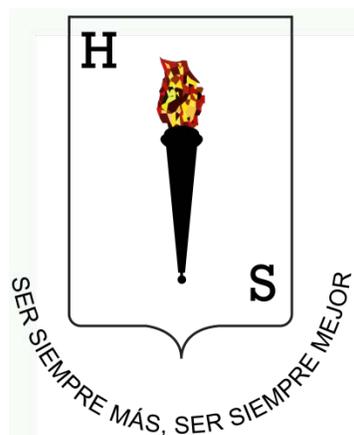


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL  
DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

AUMENTO DE OPERACIÓN CESÁREA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

JASMINE DOMÍNGUEZ CÁRDENAS

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENFERMERÍA MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN; 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# *AGRADECIMIENTOS*

*DIRECTORA DE TESIS: LIC. ENF. MARIA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO*

Por transmitirme uno de sus tantos conocimientos para llevar acabo mi tesis.

*LIC.ENF. MARTHA ALCARAZ.*

Con admiración, respeto y gratitud por tanto apoyo y enseñanza no solo académica sino de vida.

*ENF. GRAL. SABINA CARDENAS LOPEZ*

Por ser en mi un gran ejemplo de enfermera desde mi infancia.

# *DEDICATORIA*

*A DIOS*

Por darme la oportunidad de terminar una más de mis metas en la vida.

*A MI MADRE*

Por el apoyo que me han brindado y por el ejemplo que me dio al desempeñarse como una excelente enfermera.

*A MI ESPOSO Y A MI HIJA*

Por tanto apoyo y amor, los cuales son mi impulso día con día

## CONTENIDO

1. DELIMITACIÓN DEL CONTEXTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
2. CONTEXTO PROBLEMÁTICO .....	7
3. HIPÓTESIS .....	8
4. OBJETIVOS .....	9
5. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN .....	10
6. METODOLOGÍA.....	11
7. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL .....	13
8. INVESTIGACIÓN DE CAMPO .....	44
9. RESULTADOS .....	45
10. CONCLUSIONES.....	57
11. PROPUESTA DE SOLUCIÓN.....	59
12. FUENTES DE INFORMACIÓN .....	64
13. ANEXO .....	69

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Cesáreas realizadas durante el año 2013 .....	45
Cuadro 2. Edad Materna .....	47
Cuadro 3. Cesáreas realizadas por día.....	48
Cuadro 4. Tiempo promedio en la realización de una cesárea .....	49
Cuadro 5. Antecedentes gineco-obstetricos .....	50
Cuadro 6. Cirujanos que practicaron la operación cesárea .....	51
Cuadro 7. Diagnósticos pre-cesárea.....	52
Cuadro 8. Sexo de los productos obtenidos .....	53
Cuadro 9. Apgar de los productos.....	54
Cuadro 10. Características de los productos .....	55
Cuadro 11. Peso de los productos obtenidos.....	56

## LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Cesáreas realizadas durante el año 2013 .....	45
Gráfica 2. Cesáreas 2014 .....	46
Gráfica 3. Edad Materna .....	47
Gráfica 4. Cesáreas realizadas por día .....	48
Gráfica 5. Tiempo promedio en la realización de una cesárea. ....	49
Gráfica 6. Antecedentes gineco-obstetricos.....	50
Gráfica 7. Cirujanos que practicaron la operación cesárea.....	51
Gráfica 8. Diagnósticos pre-cesárea.....	52
Gráfica 9. Sexo de los productos obtenidos.....	53
Gráfica 10. Apgar de los productos.....	54
Gráfica 11. Características de los productos.....	55
Gráfica 12. Peso de los productos obtenidos.....	56

## **1. DELIMITACIÓN DEL CONTEXTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN**

La operación cesárea consiste en extraer los productos de la concepción a través de una incisión en la pared abdominal y el útero, la cual se practica desde la antigüedad y con mayor frecuencia en la actualidad que tiene un engrandecimiento de hasta dos y cuatro veces de todos los partos en la mayoría de los centros hospitalarios a nivel mundial según las tendencias de la Calidad Asistencial en los hospitales donde el índice correcto de cesáreas entre el total de recién nacidos no debe ser mayor del 15 %.

Durante la formación profesional como estudiante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud he tenido la gratitud de obtener un conocimiento de la operación cesárea dentro de la obstetricia moderna el cual ha adquirido mucho impacto por su incremento en las ultimas tres décadas que se ha convertido en motivo de preocupación tanto para el medico obstetra, una licenciada en enfermería y obstetricia como para otros profesionales y un problema directo en las mujeres embarazadas a las cuales se les practica. Se detecto mediante la observación, una situación que llamo la atención y de la cual surgieron varias interrogantes entre ellas ¿por qué ha aumentado la práctica de la cesárea? Ante esta interrogación surgió la necesidad de realizar un estudio buscando una respuesta o alternativa ante tal situación.

En el presente estudio se determina la incidencia de cesárea en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el año 2013 y se conocerán las principales indicaciones de cesárea haciendo una comparación con la literatura.

## ANTECEDENTES

Mediante el método deductivo, se vera que piensa y como se realiza la cesárea en diversas partes.

La operación cesárea, quizá la más antigua de las operaciones, tan útil y necesaria en la actualidad, ha pasado por ensayos tan grandes e interesantes a través de toda la historia del hombre para ir perfeccionándose hasta el grado en que la conocemos hoy en día.

El nacimiento de un niño mediante un corte a través de la pared abdominal viene el verbo latino “caedere”, que significa “cortar”. Anteriormente se creía que la palabra “cesárea” se debía a que el emperador romano Cayo Julio César había nacido mediante esta operación; investigaciones posteriores han desmentido este hecho (1).

La denominación de “operación cesárea” es atribuida a Plinio el Viejo, en el Libro VII de su Historia Natural, de donde se inspiró Francois Rousset para que en 1581 denominara a esta operación “cesárea”. También fue utilizado este término por Jacques Guillemau en 1598 y por el jesuita llamado Theophilus Raynaudus en 1637.

Tomando en cuenta las innumerables leyendas y tradiciones de los pueblos, así como de su mitología, parece ser que la operación cesárea se practicaba desde los tiempos más remotos. De esta manera tenemos que Indra, el más elevado de los dioses hindúes, se negó a parir por vía vaginal saliendo oblicuamente por el lado del abdomen, tal como se describe en el Rig Veda, el libro más antiguo de la India. Un hecho similar ocurrió con Buda. En otro libro sagrado, el Jajur Veda, se aconseja desde varios años antes de Cristo, se extraiga el feto por el vientre de la mujer embarazada muerta cuando haya señales de vida fetal.

En Persia se relata que algunos consideran la primera operación cesárea efectuada en una mujer ecláptica con un producto macrosómico. El recién nacido fue posteriormente el heroico personaje llamado Rustem. La mitología griega, por su parte, menciona que Dionisio y Aesclepios nacieron por esta vía, y que Apolo seccionó el vientre de la infiel Coronis para que naciera Aesclepios. Se afirma igualmente que Baco fue extraído del vientre de su madre.

En la época prehistórica la operación cesárea también se realizaba. Se relata que en el papiro egipcio Nahum, que data del año 2160 a. C., se encuentran referencias en relación a la operación cesárea y que relata que dicha operación la realizaban mujeres cirujanas. En la obra hebrea Mischanagoth (140 años a.C.) también se menciona la cesárea, así mismo en la publicación llamada Nidda y en el Talmud, que son posteriores al primero.

Durante los primeros años del cristianismo no se volvió a hablar del hecho, sino hasta el año 1250 en que se señala a Paulo, Obispo de Mérida, España, realizando una operación cesárea con extracción del feto muerto y logrando la supervivencia de la madre.

En el año de 1500, Gaspar Bauhim reporta que el carnicero sueco Jacob Neafer de un tajo le abrió el vientre a su esposa y extrajo un niño que vivió durante 77 años. En el año 1581 fue publicada en París la primera monografía acerca de la operación cesárea bajo el título de “TraiteNaouveau de L’Hysterotomotokie ou Enfantement Caesarien”, por Francois Rousset, alcanzando gran difusión, siendo la obra clásica para estudiar el tema durante dos o tres siglos. El día 21 de abril de 1610, se practicó en Alemania la primera operación cesárea en una mujer viva, libre de toda objeción.

Posterior a este período, pasaron muchos años de oscuridad, quizá por los resultados desastrosos que llevaron a los estudiosos de ese tiempo, más que a perfeccionar la operación, a desarrollar técnicas para ampliar la pelvis y para actuar sobre el feto. A finales del siglo XIX, con el mejoramiento de las técnicas, la

sutura del útero, la anestesia y, sobre todo, los éxitos alcanzados, determinaron la época brillante de la operación. Un hecho sobresaliente de estos años grises fue el que William Hunter, Tocólogo inglés, en la segunda edición de su libro "A new System of Midwifery", aparecida en Brentford en 1786, propusiera hacer la incisión uterina en el segmento inferior.

Fueron muchos y algunos famosos. Los cirujanos de aquella época que se oponían al uso de la operación cesárea y que llegaron al grado de fundar una escuela anticesárea presidida por Jean Francois Sacombe, que acusaba públicamente y por escrito, de criminales y antropófagos a los que la practicaban.

El 21 de mayo de 1876, Eduardo Porro realizó la primera cesárea histerectomía subtotal con éxito en una primípara de 25 años. Para el año de 1881. Adolph Keherer recomendaba que después de una incisión oblicua del útero. Se hiciera una sutura uterina doble, evitando el sangrado y el paso de loquios a la cavidad abdominal. En ese mismo año. Max Sanger recomendaba a su vez, la incisión uterina en la parte media de la cara anterior, suturando en dos capas. (1).

A partir de entonces, y en especial los primeros años de este siglo, los esfuerzos de los obstetras y cirujanos se encausaron el perfeccionamiento de suturas, de las incisiones uterinas. Las vías de acceso y a precisar las indicaciones. Así tenemos que en 1907 fue descrita la primera intervención cesárea extraperitoneal, la cual se ha empleado hasta hace pocos años con varias modificaciones, tales como las introducciones por Latzko, Shellheim y Waters (1940).

En el año de 1912, Kronig defendía que la ventaja principal de la técnica extraperitoneal estaba no tanto en evitar abrir por completo la cavidad abdominal, sino más bien, en abrir el útero a través del delgado segmento inferior y en cubrir después la incisión con peritoneo. Esta técnica, con modificaciones de poca importancia fue introducida en los Estados Unidos por Beck (1919) y

popularizada por De Lee en 1922. Una modificación de particular importancia fue introducida por Leer en 1926, en que se prefería que la incisión uterina fuera en forma transversal en lugar de longitudinal. En la actualidad esta técnica es la más usada (2.3.).

En Reino Unido, según un artículo publicado por Jano On-Line el 07 de septiembre del 2005, de Ninewells Hospital and Medical School, de Dundee, las cesáreas que se realizan son para proteger a las mujeres contra posibles intervenciones del suelo pélvico que puedan surgir por el paro vaginal.

Otros estudios realizados en Estados Unidos por Iblnews Agencias, el 24 de noviembre (Informe por el Centro Nacional de Estadística de Salud), aumento la tasa a un 4.1 millones de alumbramientos por cesárea.

En otro estudio realizado por el CLAP (centro Latinoamericano de Perinatología) con sede en Montevideo, Uruguay el 8 de noviembre del 2003, destacan que mas de 850 000 cesáreas se realizan anualmente en América Latina y el Caribe, como en el caso de Chile 40%, Brasil 27.1%, Republica dominicana 25,9%, Argentina 25.4%, México 24.1%, Ecuador 18.5%, Panamá 18.2% y Colombia 16.8%.

En el D.F., el 8 de agosto del 2003, por Miriam Ruiz Cimar, de acuerdo a la instancia de Naciones Unidas en el informe Salud México 2002, avalado por el Secretario de Salud Julio Frenk Mora y el Presidente Vicente Fox, señalo que en nuestro país, el promedio de nacimientos quirúrgicos es dos veces mayor al recomendado por la OMS.

En México, Carolina Gomes Mena, realizo una investigación el 12 de agosto del 2005 y retomando un informe de salud, México 2004, reconoce que la institución con más cesáreas es el ISSSTE, ya que en el 2004 hubo 60 por cada 100 alumbramientos. Al año se practican alrededor de 700 millones en la Secretaria de Salud y 450 millones en el IMSS todas estas, realizadas en mujeres

entre 18 – 24 años. En la Secretaría de Salud, el porcentaje mas bajo corresponde a México con el 23% y el más alto a Yucatán 40%.

En la ciudad de Morelia la cesárea se presenta con frecuencia, sin embargo no se encuentran estudios apropiados al respecto.

## **2. CONTEXTO PROBLEMÁTICO**

Es interesante analizar las diferentes indicaciones que prevalecen en la actualidad con respecto a la realización de una operación cesárea pues es evidente que ha habido un gran aumento en el porcentaje de partos que terminan en operación cesárea.

La operación cesárea practicada en mujeres que acuden al Hospital de Nuestra Señora de Salud durante el año 2013.

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

**¿En el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de Morelia, Mich. La práctica de la operación cesárea es mayor a lo recomendado por la OMS?**

### **3. HIPÓTESIS**

En el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de Morelia, Mich. La práctica de la operación cesárea es mayor a lo recomendado por la OMS.

#### **4. OBJETIVOS**

**GENERALES:** Conocer la incidencia de la operación cesárea en las pacientes atendidas por trabajo de parto en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud durante el año 2014.

**ESPECÍFICOS:** Conocer las principales causas por las que se lleva a cabo dicho procedimiento en el hospital de la Salud.

Analizar las causas de la operación cesárea.

## **5. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN**

1. Cesárea

2. Aumento de la operación en el último año

## **6. METODOLOGÍA**

Para realizar la siguiente investigación fueron requeridas la investigación documental y la investigación de campo las cuales consisten en:

### **Investigación documental**

El objetivo de la investigación documental es elaborar un marco teórico conceptual para formar un cuerpo de ideas sobre el objeto de estudio. Todo material que proporciona información y que puede utilizarse para consulta se considera importante en la investigación documental, por ejemplo , libros, archivos, etc. Con el propósito de elegir los instrumentos para la recolección de información es sumamente conveniente remitirse a las fuentes de información.

En donde aplique esta investigación fue con la realización de fichas bibliográficas y fichas de trabajo en donde fue indispensable la revisión de varios autores.

### **Investigación de campo**

En esta investigación de campo se aplica de forma directa la observación en el objeto de estudio. Para que esta sea adecuada y completa es necesario un instrumento que así lo permita. El instrumento de observación se diseña según sea el objeto de estudio. El fundamento de la observación en la investigación científica consiste en hallar y construir las regularidades de la naturaleza y la sociedad. Se observan objetos, hechos y entidades empíricas que se encuentran en la realidad.

Esta investigación la utilice con la realización de un cuestionario que fue aplicado a pacientes primigestas y multigestas que acudieran al hospital de nuestra señora de la salud en año 2013 – 2014.

Para la siguiente investigación primeramente seleccione un tema de mi interés: aumento de operación cesárea; con mi tema ya selecto realice un subtema para después plantearme un problema, al cual le voy a dar una solución con la investigación que realizare. Recopile información de varios autores, para lo cual realice una investigación documental y la realización de fichas de trabajo y bibliográficas. Para la documentación de campo realice cuestionario que fue realizado a las pacientes que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

De la misma forma que fue requerido el método científico:

El **método científico** es un método de investigación usado principalmente en la producción de conocimiento en las ciencias. Para ser llamado científico, un método de investigación debe basarse en la empírica y en la medición, sujeto a los principios específicos de las pruebas de razonamiento. Se dice que es "un método o procedimiento que ha caracterizado a la ciencia natural desde el siglo XVII, que consiste en la observación sistemática, medición y experimentación, y la formulación, análisis y modificación de las hipótesis."

El método científico está sustentado por dos pilares fundamentales. El primero de ellos es la reproducibilidad, es decir, la capacidad de repetir un determinado experimento, en cualquier lugar y por cualquier persona. Este pilar se basa, esencialmente, en la comunicación y publicidad de los resultados obtenidos. El segundo pilar es la refutabilidad. Es decir, que toda proposición científica tiene que ser susceptible de ser falsada o refutada. Esto implica que se podrían diseñar experimentos, que en el caso de dar resultados distintos a los predichos, negarían la hipótesis puesta a prueba.

## **7. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

### **JUSTIFICACIÓN**

La cesárea ha sido una intervención quirúrgica que cada vez es mas frecuente por diversos motivos, incluso se puede decir que en ocasiones se abusa de este procedimiento, como lo demuestran algunos estudios realizados, lo cual obligó a normar los criterios para la realización de la cesárea, de tal manera que en la actualidad la OMS recomienda que dicho procedimiento no debe de rebasar el 15% del total de partos atendidos; en alguna literatura se ha demostrado que en los países en vías de desarrollo como el nuestro y en los hospitales particulares como en el que se pretende realizar el estudio estas cifras son rebasadas mas allá de la media nacional, por lo que surge la inquietud de saber cual es la frecuencia de la realización de las cesáreas y que tanto son rebasadas las cifras establecidas por la OMS, ya que hasta ahora no se conocen dichos datos en nuestro hospital.

Es interesante analizar las diferentes indicaciones que prevalecen en la actualidad con respecto a la realización de una cesárea, el propósito de esta investigación es conocer la frecuencia con que se practica en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud y así poder rescatar alguna recomendación o crear conciencia sobre el gran aumento de esta.

### **IMPORTANCIA DE ESTUDIO**

La operación cesárea es una de las cirugías obstétricas que se practican desde la antigüedad y con mayor frecuencia en la actualidad, razón por la cual la importancia de conocer la incidencia de dicha cirugía en nuestro Hospital.

Al personal de salud, le sirve como una guía para que en el momento que presten su servicio a las pacientes obstétricas tengan una visión más amplia de cómo debe tratar y dirigirse hacia las pacientes.

Como estudiante de enfermería y obstetricia, ampliar mis conocimientos.

## **VIABILIDAD**

Decir viabilidad se refiere a la facilidad que se tiene para llevar a cabo esta investigación por lo tanto, el estudio es relativamente fácil de realizar ya que el personal de enfermería lleva un registro de todas las operaciones cesáreas realizadas, por lo que bastaría con vaciar la información en una hoja de registro para después valorar los datos importantes para la investigación.

Se tuvo el lugar: el Hospital, siendo una herramienta, donde se tiene acceso a los diferentes servicios, esto facilitó la investigación. Aunado a esto, se tuvieron los recursos materiales para el buen aprendizaje y mejor análisis.

Se tuvo acceso a la biblioteca para consultar libros, no se puede dejar de lado una herramienta fundamental: el Internet, del cual se obtuvo información permitiendo ampliar el conocimiento.

## **LIMITACIÓN DEL ESTUDIO**

Al inicio de la investigación, se encontraron diversos obstáculos que dificultaron la realización de ésta.

Hay mucha información en Internet así como en libros pero se dificulta el acceso, son libros antiguos, solo unos pocos son recientes.

No se acostumbra a investigar, la falta de experiencia nos conlleva a no saber consultar libros, artículos, estudios recientes y la lógica de la metodología.

La falta de tiempo; las múltiples actividades realizadas en la Escuela de Enfermería dejan poco tiempo para la realización de un trabajo de tesis.

Para la realización de un trabajo de tesis es importante contar con

herramientas que lo faciliten como la computadora, la cual no se tiene y desde un principio no se tuvo acceso a esta herramienta.

La operación cesárea es una de las cirugías obstétricas que se practican con mayor frecuencia en la actualidad, llegándose a realizar en aproximadamente un 15-20% de todos los partos en la mayoría de los centros hospitalarios a nivel mundial, registrando de esta manera un incremento de hasta 2 y 4 veces en los últimos años (3.4.). Solamente en los Estados Unidos de Norteamérica está calculado que son realizadas 620.000 operaciones cesáreas al año (5). Nuestro país, que no ha escapado a la tendencia mundial de intervencionismo, también registra un aumento importante en la frecuencia de operaciones cesáreas.

En este aumento ha influido notablemente la mayor importancia atribuida a la morbi-mortalidad perinatal, las mayores tasas de supervivencia neonatal en los prematuros muy pequeños y la carencia relativa de riesgos en la embarazada (3). La cual, sin embargo, por ser la operación cesárea una cirugía mayor y que como tal, esta relacionada con lesiones que no se producen en el parto vaginal, tiene un riesgo de 3 a 4 veces mayor que los partos vaginales. La liberación del feto por operación cesárea esta asociada con una morbi-mortalidad materna mas elevada así como mayores gastos para los diferentes sistemas e instrucciones del Sector Salud.

En el hospital donde se lleva a cabo la presente investigación, tiene una disponibilidad de 6 camas en el servicio de gineco-obstetricia privada y 20 camas en el servicio de gineco-obstetricia general, con un promedio ocupacional del 70%. Se atienden un promedio de 715 partos por año, de los cuales 483 son resultados de la operación cesárea, la misma que se estudiará en su frecuencia.

El nacimiento por operación cesárea puede preferirse en forma electiva debido a padecimientos existentes antes de la iniciación del trabajo de parto, o con mayor frecuencia, durante el trabajo de parto, cuando se decide esperar o intentar

un parto vaginal puede poner en riesgo el bienestar materno-fetal.

Debido a la gran variedad de procesos por los cuales se realiza una operación cesárea, en el presente capítulo se tratarán de proporcionar hechos fidedignos en cuanto a la necesidad real de parto abdominal en diversas situaciones especiales dividiéndolas en causas maternas y causas fetales.

- **CAUSAS MATERNAS**

**Distocias.** La distocia es la causa más importante en la elevación de partos por cesárea. El término “distocia”, del griego “dys”, malo o anormal, y “tokos”, nacimiento; se usa para describir cualquier TP (Trabajo de Parto) que se prolongue y es la consecuencia de tres anomalías distintas que pueden entenderse en combinación con:

- Contracciones uterinas subnormales que no tienen la fuerza suficiente o no están coordinadas adecuadamente para vencer la normal resistencia de los tejidos blandos y el canal del parto que presentan al nacimiento.
- La presentación o desarrollo anormal del feto de tal forma que no pueda ser expulsado.
- Anomalías en el tamaño o características del canal del parto que presentan un obstáculo al descenso del feto.

La DCP (desproporción céfalo pélvica) verdadera, es el resultado de anomalías del producto y/o del canal del parto y en la mayoría de las veces no pueden remediarse; una vez que se ha iniciado el TP. El parto disfuncional en contraste, puede tratarse frecuentemente de manera óptima (4).

Para saber si en realidad un parto se encuentra obstruido, se requiere necesariamente saber lo que es normal. La dilatación normal de un TP sigue una curva en relación con el tiempo, según lo hace notar Friedman (4.6.). Otros autores, como Hendriks y Cols. (7), no admiten la fase de desaceleración tardía

descrita por Friedman haciendo notar que el parto normal activo existe típicamente una aceleración más constante de la dilatación cervical. Estos puntos de vista, al parecer diferentes, no alteran el hecho de que cualquier prolongación importante de alguna de las fases descritas, antes o después de los cuatro centímetros de dilatación, constituye una disfunción uterina (3).

En las pacientes nulíparas la fase latente normal puede durar hasta 20 horas con una duración media de 6.4 horas, en las multigestas esta misma fase puede durar hasta 14 horas con una media de 4.8 horas. Las curvas normales en la fase activa son aproximadamente de 1 cm. de dilatación por hora en las nulíparas y de 1.5 cm. En las multigestas, la fase latente puede distinguirse del TP falso sólo en forma retrospectiva y puede prolongarse anormalmente por acción medicamentosa, analgésica o por anestesia de conducción. La operación cesárea practicada en la fase de conducción. La operación cesárea practicada en la fase latente es injustificada, a menos que haya otra indicación a parte de la distocia (4).

El fracaso de la evolución del TP es sólo en término descriptivo y de ninguna manera un diagnóstico (4). Antes de llegar al diagnóstico de DCP deben hacerse esfuerzos para evaluar la fuerza del TP. La palpación manual puede evaluar la fuerza del TP. La palpación manual puede evaluar la fuerza de las contracciones, aunque es muy aproximada. A este respecto los catéteres de presión intrauterina proporcionan una información precisa. Puede sospecharse una DCP verdadera si el cuello no dilata a una velocidad normal a pesar de contracciones efectivas de más de 50 mm. de mercurio, con duración de 45 – 60 segundos y que ocurren cuando menos una cada tres minutos. Si las contracciones son ineficaces debe considerarse el reforzamiento del TP con oxitocina mediante infusión intravenosa.

Varios estudios han demostrado que la simple deambulación es cuando menos tan eficaz como la oxitocina en el reforzamiento de la actividad uterina (8). Es importante evaluar si la falta de descanso es por fuerza inadecuada o por un producto grande o con presentación anómala. La DCP relativa causada por

posición occipito-posterior persistente (OPP) o cabeza desflexionada, a veces puede corregirse manualmente, con fórceps o modificando la posición de la paciente (3.4.).

La prevención de la distocia ha sido planteada por varios autores (9.10.), comunicando cierta declinación en la mortalidad perinatal sin que aumente el índice de cesáreas. El primer principio debe ser el cuidado en el diagnóstico del parto. Todas las pacientes con moco sanguinolento, ruptura espontánea de membranas o borramiento completo del cuello uterino deben considerarse en TP y admitirse en un hospital. No deben darse analgésicos hasta comprobar la presencia de un TP efectivo, se inicia entonces un partograma y se realiza amniotomía artificial. Las pacientes que no progresen deben ser estimuladas con oxitocina y deben estar estrechamente vigiladas para auscultar continuamente la FCF (Frecuencia cardiaca fetal) y controlar la infusión continua de la oxitocina. Se tolera un período de 10 horas para lograr la dilatación completa y dos horas para el período expulsivo. Si no se produce el parto en ese lapso de tiempo se deberá realizar el parto con aplicación de fórceps o bien, mediante operación cesárea.

Estos autores (9.10.) demostraron que la prevención de la intervención durante la fase latente del TP, junto con el tratamiento de apoyo a la fase activa verdadera, se puede reducir la necesidad de parto abdominal por cesárea (4).

**Cesárea previa.** Una de las controversias más antiguas en el campo de la obstetricia es el debate acalorado sobre el tratamiento óptimo de la embarazada con cesárea previa. Esta controversia se ha acentuado últimamente debido al gran aumento de operaciones cesárea por esta causa, llegando a incrementarse hasta en un 300% en el último decenio (4). El aforismo de Craigin en 1916 “una cesárea siempre será seguida de otra”, corresponde a una época anacrónica y sin embargo en la actualidad, la mayoría de los obstetras trata este aforismo arcaico como si fuera la conclusión de un estudio reciente. Estudios recientes apoyan la inocuidad de las pruebas de inducción del parto (11.12.).

Uno de los principales temores de los obstetras, es que se presente ruptura uterina al permitir un TP después de una o varias cesáreas previas. Esta ocurre con menor frecuencia en pacientes con cicatrices anteriores de cesáreas clásicas, pero es sumamente rara en pacientes con incisión uterina transversal baja previa (4.). La presencia de síntomas, hemorragia y morbi-mortalidad materno – fetal es mínima o no la hay cuando se presenta ruptura uterina durante el TP. En 1970, Yussman concluía que “es aparente que la ruptura de la cicatriz de una cesárea constituye una entidad sumamente distinta a la ruptura espontánea o traumática”. En un extenso repaso de la literatura de 1950 a 1980, Lavin incluyó 5,350 partos después de cesárea y no encontró ninguna muerte materna relacionada con la ruptura uterina (13). En conclusión, la ruptura espontánea o traumática del útero no cicatrizado frecuentemente es incompleta e imprevista. Por el contrario, la ruptura de una incisión uterina transversa baja previa, en la mayor parte de los casos, es incompleta y sin consecuencias (4).

El uso de oxitocina en pacientes con cesáreas previas se ha estudiado ampliamente concluyendo que no hay aumento aparente del riesgo de usarla. No hay razón para pensar que una presión intrauterina dada, causada por la adición de la oxitocina sea más peligrosa para una cicatriz uterina que la misma presión alcanzada sin la adición (15). Aunque probablemente la inocuidad de las pruebas de inducción con oxitocina permanecerá en controversia durante años. Estos datos identificaron más de 600 casos sin incremento en la morbi-mortalidad materna o fetal.

El uso de la anestesia de conducción durante las pruebas de inducción ha sido preocupante para algunos autores por el riesgo de enmascarar el dolor de la ruptura uterina. En un estudio anterior se identificaron 600 pruebas de inducción del parto con anestesia regional y no se encontraron muertes maternas o fetales (4). Indudablemente se requieren más datos antes de llegar a una conclusión definitiva sobre el uso de la anestesia regional en las pruebas de inducción del parto con cesáreas previas.

Eglinton y Cols (16) concluyeron que el embarazo de post-término en mujeres con historia de cesárea previa puede tratarse exactamente como si fueran mujeres que no hubieran tenido esa intervención. Estos autores encuentran que la paciente con una historia de cesárea previa que alcanza las 42 semanas de gestación presenta una situación muy incómoda para el obstetra, aunque muchas de ellas tienen fecha erróneas que es preciso determinar con exactitud.

Las pacientes escogidas correctamente con una cesárea transversal baja previa podrían tener un parto por vía vaginal después de una prueba de inducción con oxitocina, siempre y cuando el hospital en donde se realizar tenga instalaciones adecuadas y médicos capaces de realizar una cesárea de urgencia.

Se puede afirmar que cuando menos tres de cada cuatro mujeres tendrán parto vaginal después de cesárea previa (4).

Revisando la mortalidad materna por cesárea, se sabe que es de una muerte por cada 1000 cesáreas y la cifra correspondiente a la cesárea de repetición es de una por cada 5000 (17). Por lo tanto, es de suponer que estas pruebas de inducción previenen dos muertes maternas. Aún ocurriendo una muerte materna ocasional debido a rotura de una incisión uterina transversa baja, indudablemente no probaría que la cesárea repetida electiva es más segura para la madre. La mortalidad perinatal es también baja en estas entidades en comparación con la mortalidad causada por una cesárea de repetición electiva (16).

**Estrechez pélvica.** Tratase de cualquier reducción de los diámetros pélvicos o cualquier distorsión morfológica que reduzca la capacidad pélvica. Estas se clasifican en:

- Estenosis del estrecho superior, limitado por detrás por el promontorio sacro, externamente por la línea Terminal y por delante por la sínfisis del pubis, se encuentra reducido si su diámetro anteroposterior más

corto es de 10 cm. o menos, este diámetro usualmente se mide por el conjugado diagonal, el cual debe ser mayor de 11.5 cm.

- Estenosis de la pelvis media, que se encuentra limitado por detrás por el sacro, externamente por la espina ciáticas y por delante por la sínfisis del pubis. Si la distancia entre ambas espinas ciáticas es inferior a 8 cm. Se considera que la pelvis media es estrecha. Las medidas promedio de la pelvis media son: transversa 10.5 cm., anteroposterior (del borde inferior de la sínfisis del pubis al punto de unión entre las vértebras sacras IV y V), 11.5 cm. y el sagital posterior (de la parte media de la línea interespinosa al mismo punto del sacro) de 5 cm.
- Estenosis del estrecho inferior que está limitado externamente por las tuberosidades isquiáticas, por detrás por la punta del sacro y por delante por el arco de la sínfisis púbica. Un arco púbico estrecho disminuye el diámetro anteroposterior eficaz.
- Combinaciones de estenosis del estrecho superior, parte media y estrecho inferior de la pelvis (2.3.).

Incluso en las manos más expertas, las determinaciones clínicas de los diámetros pélvicos son simples estimaciones y al menos que la pelvis materna sea claramente pequeña, su capacidad puede demostrarse únicamente mediante una prueba de parto. Si hay un retraso en la detección del TP, se debe realizar una valoración intensiva de las relaciones pelvifetales antes de llevar a cabo cualquier tratamiento (3). En algunos centros hospitalarios se usa la pelvimetría radiológica. Si esta pone de manifiesto unas medidas claramente inadecuadas, debe practicarse una operación cesárea sin intentar iniciar de nuevo el TP.

Debe tenerse en cuenta que la pelvis materna es tan solo uno de los tres parámetros que determinan el éxito de un parto (1).

La administración de oxitocina en cualquier forma de reducción pélvica, a

no ser que la cabeza ha rebasado el punto de obstrucción, puede ser catastrófica para el feto y puede romper el útero de la futura madre.

El empleo de fórceps para realizar el parto en la reducción de la pelvis media ha sido la causa responsable de la mayor parte de los traumatismos vinculados a la aplicación de fórceps (2).

**Placenta previa.** Se incluyen en este apartado todos los casos de implantación anormal de la placenta, en la que un sangrado abundante, cualquiera que sea el sitio de la inserción, motiva la operación, también se incluyen los casos de placenta previa total central, los cuales se operan aún sin sangrado activo. Este tipo de indicación de operación cesárea ha ido aumentando con el tiempo desde el decenio de 1930 hasta nuestros días, con lo que ha logrado una disminución importante de la morbi-mortalidad materna y fetal.

La operación cesárea es en la actualidad el método aceptado para el parto en prácticamente todos los casos de placenta previa, sobre todo cuando ponga en peligro por un problema de hemorragia, tanto la vida de la madre como del producto. Para justificar la cesárea en presencia de un feto muerto es de nuevo necesario comprender que el parto abdominal es realizado principalmente a favor de la madre.

Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. Esta entidad presupone un accidente grave, característica clínica de la mayoría de los casos de esta complicación. Pueden aparecer todos los grados de desprendimiento desde un área de pocos milímetros de diámetro hasta la placenta entera. Se considera desprendimiento prematuro de placenta cuando en una inserción normal, se separa de la basal decidual después de la veintava semana y antes del tercer estadio del parto.

Cuando se presenta un desprendimiento prematuro de la placenta debe intentarse acelerar el parto en todos los casos. Antiguamente se utilizaban límites

de tiempo para provocar el parto, sin embargo, la conducta actual es de no dar importancia al tiempo, sino más bien a la compensación de la pérdida sanguínea de la madre. Una vez hecho el diagnóstico, debe hacerse amniotomía artificial para facilitar la dilatación instaurando de inmediato una conducción con oxitocina. En esta entidad es preferible el parto por vía vaginal y la operación cesárea sólo estará indicada en:

- Cuando aparece sufrimiento fetal y la expulsión vaginal no es inminente.
- En los casos de desprendimiento placentario grave con feto viable.
- Cuando la hemorragia es lo suficientemente grave para poner en peligro la vida de la madre.
- En las pacientes en quienes ha fracasado la prueba de parto (3).

**Problemas de anexos uterinos.** Los problemas de este tipo son básicamente relacionados con la presencia de tumoraciones. Aunque todas las variedades de tumores ováricos pueden complicar el embarazo, los más frecuentes son los quistes. La mayoría de las veces los tumores de anexos uterinos no fijos se deslizan hacia arriba de la pelvis a la par que el crecimiento uterino. En todos estos casos, la utilización de la operación cesárea no se puede sistematizar, puesto que depende del criterio médico para valorar el sitio, tamaño e interferencia que pudiera tener dicho tumor con el trabajo de parto, de ahí que a pesar del gran número de estas tumoraciones, sólo unas cuantas ameritan la operación cesárea. Otras entidades capaces de crear problemas a la hora del parto y que se han reportado aunque con menor frecuencia son el enterocele y la vejiga distendida (distocia de vejiga).

**Problemas en el útero.** Aunque los padecimientos uterinos capaces de indicar una operación cesárea son varios, en la práctica son cuatro los problemas principales a saber:

- Infección. Con mayor frecuencia de lo esperado se presenta infección uterina en el embarazo, casi siempre en forma de amniotas, lo que para algunos autores constituye una indicación de operación cesárea. Por el contrario, en caso de infección hay que aumentar las precauciones antes de indicar una operación cesárea, por lo que se recomienda que sólo en aquellos casos en que la infección se acompañe de algún problema obstétrico concomitante, debe hacerse la operación cesárea (1).
  
- Peligro o sospecha de dehiscencia de cicatriz previa. Esta es una de las causas de las cuales se abusa para efectuar una operación cesárea, operándose indebidamente más de la mitad de los casos que indican la cesárea por este motivo. Anteriormente se seguía la rutina de efectuar cesárea en todas aquellas pacientes que habían sufrido ruptura uterina previa (1). En la actualidad debe darse una prueba de trabajo de parto bajo estrecha vigilancia materna y fetal.
  
- Cirugía ginecológica previa sobre el útero es indicación de operación cesárea. Para evitar en primer lugar la ruptura del órgano y, en segundo lugar, para conservar el éxito obtenido. Se trata principalmente de las operaciones para tratamiento de las anomalías congénitas, o bien, para extraer miomas o fijar el útero.

Otras indicaciones que ocasionalmente son vistas en la realización de operaciones congénitas, desviaciones uterinas de los medios de fijación, y miomatosis uterina.

**Problemas en el cuello uterino.** La mayoría de las veces de distocia cervical es consecuencia de alteraciones en la actividad uterina y consiste usualmente en el llamado cérvix espástico o conglutinado con inversión del triple gradiente descendente. Se han incluido en este apartado problemas de tipo anatómico como fibrosis cervical, cicatrices retráctiles de desgarros anteriores, anormalidades

congénitas y desviaciones y fijaciones por procesos adherenciales o tumorales. Este tipo de indicaciones es raro y en la actualidad se duda que la distocia cervical pura sea una causa real para operación cesárea.

Cuando se presenta carcinoma del cuello uterino y embarazo, está indicado terminar éste mediante operación cesárea, principalmente en el carcinoma invasor. Algunos autores recomiendan realizar cesárea histerectomía junto con linfadenectomía extensa (Sall. Rini y Pineda. 1974, Thompson y Cols en 1975). En el caso de carcinoma In Situ. La tendencia general es permitir el parto por vía vaginal. La terapeuta quirúrgica radical inmediata o la radiación posterior dependerán del grado de invasión y de las normas terapéuticas.

Cuando existe cirugía cervical previa, por ejemplo en la operación de Manchester, y la paciente logra un embarazo a término, está indicando terminar ese embarazo mediante operación cesárea. De la misma manera, en los casos de infertilidad por incompetencia ístmico cervical en la que por medio de una operación de Shirodkar, la paciente consigue llevar a término su embarazo.

En cuanto a las cicatrices retráctiles, las anomalías anatómicas y los tumores cervicales cuando son voluminosos y actúan como tumor previo, son causas de operación cesárea al impedir casi siempre una adecuada dilatación del cuello uterino.

**Problemas de la vagina.** Constituyen una entidad rara que por si misma indique una operación cesárea, al impedir el descenso del producto. Los tabiques longitudinales casi nunca ocasionan problemas y los transversales, como casi siempre son completos, impiden la fecundación. Pueden presentarse también traumatismos y procesos inflamatorios.

Por otra parte, los procesos cicatrizales, los tumores, endometriosis, varices externas y vaginismos capaces de actuar de manera desfavorable en el parto, son raras.

**Problemas valvulares.** Un hecho semejante al anterior ocurre con los procesos valvulares capaces de indicar una operación cesárea y estos son rarísimos. Los más frecuentes son las varices, los traumatismos y los procesos cicatrizales. Los condilomas acuminados, el herpes genital y la presencia de tumores malignos de la vulva también deben considerarse como indicaciones de operación cesárea (1).

**Pre eclampsia-eclampsia.** El recurso terapéutico para estos padecimientos es, sin lugar a dudas, la terminación del embarazo. Si esto no se consigue por medio de una inducto-conducción adecuada, está indicada la operación cesárea sin espera a estudios finales para decidir la intervención, en donde la mortalidad materna y fetal es enorme. Esto no quiere decir que invariablemente en todos los casos de preeclampsia-eclampsia el tratamiento de elección deba ser la operación cesárea, sino que cuando, por no responder adecuadamente al tratamiento médico instituido a estar en peligro la vida del feto, deba interrumpirse con urgencia el embarazo por medio de una operación cesárea.

**Nefropatías.** Los padecimientos renales graves con frecuencia impiden la llegada de un embarazo al término, en el supuesto caso que la paciente nefrópata haya logrado embarazarse. La resolución de un embarazo a término en este tipo de paciente exige una valoración adecuada de la paciente en particular y de su embarazo. Si existen indicaciones obstétricas sobre agregadas, serían precisamente éstas las que indicaran la operación cesárea en un momento dado, mas que la propia enfermedad en si.

**Cardiopatías.** Son raros los casos con padecimiento cardiovascular que ameriten operación cesárea. Las principales son cardiopatías descompensadas y pacientes con valvuloplastía previa. Pueden incluirse aquí, las pacientes cardiópatas a las que se les practica una operación cesárea en estado agónico, es decir, prácticamente son operaciones postmortem. Estas aclaraciones se hacen porque debe hacerse sólo por causa obstétrica puesto que el vaciamiento uterino aumenta bruscamente hasta un 45% el gasto cardiaco (18).

**Problemas broncopulmonares.** Cualquier proceso bronco pulmonar incluida la tuberculosis, no es en sí motivos para indicar una operación cesárea. En estos pacientes lo que se aconseja, al igual que en los cardiópatas, es acortar el segundo periodo de TP mediante aplicación de fórceps profilácticos. Ocasionalmente las enfermas con insuficiencia respiratoria aguda son sometidas a operación cesárea, sin embargo, no siempre debe ser así.

**Primiparidad añosa.** Una operación cesárea en estas condiciones está encaminada a reducir la mortalidad fetal (19). En el 50% de las primíparas de 40 años o más se efectúa la operación cesárea. Esto da margen bastante amplio y se cree que hay un franco abuso en este aspecto tomando como argumento que se trata de “un producto valioso”.

**Otras causas.** Existe una variedad de problemas fuera del área genital que ocasionalmente indican una operación cesárea. Entre estas tenemos los trastornos psíquicos como el terror al parto, cosa desde luego, de ninguna manera está indicada una operación cesárea, otras causas son los problemas neurológicos de paraplejia, hemiplejia, los accidentes generales como quemaduras, los traumatismos sobre la pelvis y los miembros inferiores con fracturas y que por el yeso o aparatos ortopédicos, impidan el parto vaginal, las heridas abdominales contusas, punzantes o por proyectil de arma de fuego interesando o no, el útero. Ocasionalmente en la edad reproductiva de la mujer por haber carcinoma de partes vecinas al útero como cáncer de recto, vejiga o uretra que pueden indicar en un momento dado una operación cesárea.

En la actualidad no debe incluirse dentro de las indicaciones de operación cesáreas el llamado “parto prolongado”, y una consecuencia del mismo, el agotamiento materno, el cual hace todavía algunos años se consideraba como una de las causas mas frecuentes de cesárea. Una falla durante el proceso de TP debe descubrirse a tiempo y nunca esperarse hasta los estadios finales de los partos mal tratados. No hay que motivar operaciones innecesarias, cuando se indica correctamente, la operación cesárea debe realizarse a tiempo y no

tardíamente.

- **CAUSAS FETALES**

**Presentación de nalgas.** Esta presentación como indicación de operación cesárea ha ido aumentando poco a poco su importancia debido a que las cifras de morbi-mortalidad del feto son mucho menores en la operación que cuando son atendidos por vía vaginal.

La presentación de nalgas aparece en un 3 – 4 % de todos los partos siendo una de las presentaciones anormales mas frecuentes. Los riesgos inmediatos del parto de nalgas son: la DCP., accidentes del cordón, atrapamiento cervical y lesiones de la médula espinal, el hígado, las suprarrenales o el bazo. Entre los riesgos tardíos encontramos con frecuencia la parálisis cerebral, trastornos en el aprendizaje y las disfunciones cerebrales. En algunos estudios (20) se ha calculado una mortalidad perinatal tres veces superior en el parto de nalgas que en el parto de vértice.

Dentro de esta indicación de operación se comprenden principalmente dos tipos de pacientes: la presentación pélvica en casos de pacientes con una operación cesárea previa y la presentación pélvica en pacientes nulíparas. Ambas situaciones son siempre indicación de operación cesárea para muchos obstetras, agregándoles a ellas, cualquier otra causa para complementar las indicaciones de cesáreas en un parto pélvico (1). En general la operación cesárea ha sido usada en las siguientes circunstancias:

- Presentación de nalgas y feto grande, considerando que cualquier producto con peso calculado de 3500 gr. o mas. Debe ser extraído por operación cesárea, incluso con pelvis materna normal. Por el contrario, en los prematuros de presentación pélvica también deben ser extraídos por operación cesárea debido a la mayor morbi-mortalidad del parto vaginal en los prematuros y el riesgo de atrapamiento de la cabeza fetal

en el cuello como consecuencia de la menor proporción cabeza-cuello en la prematuridad, relacionándose con una mortalidad del 25% durante el parto vaginal.

- Presentación de nalgas y cualquier grado de contracción o forma desfavorable de la pelvis.
- Presentación de nalgas y cabeza en hiperextensión, pues ésta cursa con un 25% de transacciones de la médula espinal si se realiza parto vaginal.
- Presentación de nalgas sin actividad uterina pero con indicaciones fetales o maternas de parto.
- Presentación de nalgas y disfunción uterina.
- Presentación de nalgas y pies, pues la posibilidad de compresión del cordón umbilical prolapsado o de un cordón enredado alrededor de las extremidades es un riesgo importante para el feto.
- Producto valioso.
- Presentación de nalgas y muerte perinatal previa.
- Presentación de nalgas y solicitud firme de esterilización por la madre (2.3.).

Con una valoración adecuada como puede lograrse un parto vaginal en una presentación de nalgas francas. El médico que defiende ingenua o intencionadamente cualquier parto fuera de un marco hospitalario, no se da cuenta de los peligros de un parto, o bien, es insensible al bienestar materno-fetal (2). Se ha señalado que la piedra de toque para conocer la habilidad y el buen juicio del obstetra es la atención de un parto pélvico (1).

**Situación transversa.** Se presenta cuando el hombro o el brazo del feto aparecen por delante del cuello. La frecuencia varía de partos, siendo mayor en los fetos de menos de 150 gr. y en las gestaciones múltiples (3).

El diagnóstico se realiza cuando el hombro se encuentra por encima del estrecho superior y no es visible, a través de la vagina, ninguna parte presentada, cuando a través de la vagina es visible un brazo, un hombro, o la caja torácica, cuando a nivel del abdomen la cabeza se palpa en una fosa ilíaca y las nalgas en la otra, y cuando el tamaño del fondo uterino no coincide con la edad gestacional. La causa de la situación transversa es variada: placenta previa, pretérmino, abdomen péndulo, multiparidad, contractura pélvica, embarazo múltiple, hidramnios, feto muerto, miomas, anomalías fetales o uterinas (3).

El tratamiento consiste usualmente en operación cesárea si se detecta una vez establecido el TP, prefiriendo realizar incisión uterina tipo Kronig para facilitar la extracción. Si la paciente no se encuentra en TP, debe localizarse la placenta por ultrasonido para descartar placenta previa y determinar si el feto presenta anomalías importantes o si existen tumores pélvicos. Si una palpación cuidadosa del fondo, cuello o anexos no pone de manifiesto ninguna anomalía, puede intentarse una versión externa suave para transformar la situación transversa en una de vértice o de nalgas. La situación oblicua se ha denominado inestable ya que puede convertirse espontáneamente en una presentación occipital o de nalgas. Debido a que la ruptura de membranas constituye un gran riesgo de prolapso de cordón, debe considerarse la operación cesárea en el momento oportuno (3).

El parto espontáneo vaginal de un niño totalmente desarrollado es del todo imposible en las situaciones transversas persistentes ya que la expulsión no puede llevarse a cabo. El parto en las situaciones transversas aumenta en cierto grado el riesgo materno y en gran proporción los riesgos para el feto. Puede presentarse ruptura uterina espontánea, o bien traumática debido a la extracción y versión tardías y mal efectuadas.

**Presentación compleja.** En estas presentaciones, una extremidad fetal se prolapsa junto con la parte en presentación para entrar simultáneamente en el canal pélvico.

El diagnóstico se establece mediante la palpación de una extremidad, bien de un pie o un brazo, junto a la cabeza o las nalgas. En aproximadamente un 10% se produce prolapso de cordón.

El tratamiento de la presentación compleja debe ser expectante, la extremidad prolapsada no debe tocarse ya que por lo general se desplazará espontáneamente y tendrá lugar un parto vaginal normal. Si se produce impactación, puede intentarse elevación del miembro prolapsado y empujar simultáneamente la cabeza hacia abajo por presión en el fondo uterino. La operación cesárea sólo debe dejarse para cuando el parto se interrumpa o haya datos de sufrimiento fetal.

**Presentación de frente y de cara.** Es una presentación rara produciéndose en menos partos. La evolución habitual del TP en la presentación de cara es la conversión a una presentación occipital, pero por lo general se produce un retraso en el descenso. La presentación de frente se debe a una flexión inadecuada de la cabeza. Los factores predisponentes son: DCP, cabeza no encajada en el momento de ruptura de membrana, hidramnios, circular de cordón, placenta previa, gran multiparidad o bien, un niño muy pequeño en una pelvis muy grande.

El tratamiento consiste en observación durante el primer estadio del TP ya que en 2/3 partes se convierten en una presentación de cara y occipucio. Si el feto es grande y la conversión no se produce rápidamente, está indicando practicar una cesárea.

La presentación de cara se produce cuando la cabeza está hiperextendida para que el occipucio se ponga en contacto con la espalda. Se presenta en

aproximadamente 1:600 partos o un porcentaje de 0.17% (3). El diagnóstico siempre será por examen vaginal encontrado ausencia de fontanelas o de suturas, eminencias malares prominentes formando un triángulo con la boca y se palpa fácilmente las orejas. El tratamiento es expectante como en la mayoría de los casos de posición mentoniana posterior no puede tener lugar al parto vaginal y es obligado realizar una cesárea (3). Sin embargo, en ausencia de una pelvis contraída y en presencia de contracciones uterinas eficaces sin manifestaciones de sufrimiento fetal, normalmente seguirá un parto vaginal satisfactorio.

**Posición occipito-posterior persistente (OPP).** Es una de las causas más frecuentes de retraso del segundo período del TP. En la mayoría de los casos, la cabeza fetal sufre un giro espontáneo y adopta la posición anterior sin dificultad seguida de un parto normal. Sin embargo en 5% de los partos esta rotación no se lleva a cabo dando lugar a una posición OPP. No se conoce las causas en exactitud de esta falta de rotación, pero suele aparecer en las pacientes con estrechamiento transversal del plano medio de la pelvis y con paredes pélvicas convergentes. La pelvis antropoide predispone a esta presentación así como la platipeloide y la androide (3). Las posibilidades de parto vaginal son:

- Esperar el parto espontáneo.
- Parto con fórceps dirigiendo el occipucio a una posición posterior.
- Rotación del occipucio con el fórceps a una posición anterior.
- Rotación manual de la posición seguida de un parto con fórceps.

Los fórceps usados para estos fines son: Simpson-Luikart si la cabeza está moldeada, Tucker-McLane si no lo está. Así mismo se usarán fórceps Kielland como rotadores en la cabeza posición occipito-transversa (2), y cuando la cabeza se detiene en la parte media de la pelvis (parada en transversa profunda en pelvis androide) se utilizan con buenos resultados los fórceps de Barton. Últimamente se ha difundido el uso del extractor al vacío para tratar estas posiciones.

**Producto macrosómico.** Con los fetos de gran tamaño la distocia puede originarse por el hecho de que la cabeza se vuelve no sólo mayor sino que también es más dura y menos maleable. Puede presentarse además la distocia de hombros. En nuestro medio se considera producto macrosómico a todo aquel que pesa más de 4 kg.

El diagnóstico de la distocia de hombro se realiza cuando la presión que el hombro anterior ejerce sobre la cabeza ya expulsada tropieza contra el obstáculo del hueso púbico haciendo que el cordón se estire al interior de la pelvis comprimiéndose y causando alteraciones en la FCF y sufrimiento fetal.

Las medidas profilácticas para evitar este tipo de distocias son:

- Vigilancia prenatal cuidadosa determinando si el feto es muy grande,
- Escrutinio riguroso del estado metabólico de los carbohidratos en embarazo en que clínicamente se calcule peso mayor de cuatro kilogramos, probablemente se elija una operación cesárea electiva. Evidentemente más deseable para la distocia de profilaxis.

**Malformaciones fetales como causa de distocias.** Cuando son motivo de operación cesárea entran en el grupo de la DCP. En su mayoría incompatibles con el parto vaginal, sobre todo si el feto está vivo. Dentro de los más comunes tenemos:

- Hidrocefalia, cuya frecuencia es de 1:2000 partos y que consiste en una acumulación excesiva de líquido cefalorraquídeo en los ventrículos cerebrales fetales. Su comprobación se realiza con radiografía o ultrasonido. El tratamiento de esta entidad va a depender si el feto está vivo. Si es así se realiza una operación cesárea; por el contrario, si el feto ya está muerto debe intentarse una punción suprapúbica para extraer líquido cefalorraquídeo. Actualmente no está justificado realizar una

operación cesárea en un producto hidrocefalo muerto.

- Malformación de la región truncal. Puede consistir en mielomeningocele como teratoma sacrococcígeo o bien gemelos siameses. Una vez detectada la malformación posiblemente sea más recomendable realizar una operación cesárea en lugar de una operación destructiva como sería la craneoplastía o cleidotomía.

**Embarazo múltiple.** Por si mismo, el embarazo múltiple tiene un riesgo mayor de morbi-mortalidad perinatal. La frecuencia varia de una raza a otra; en a raza blanca es de 1:100 gestaciones y es completamente independiente de la raza, herencia, edad, paridad y tratamiento con gonadotropinas para la esterilidad (gemelos monocigóticos) (2). Su diagnóstico debe sospecharse cuando hay un fondo uterino mayor para la edad gestacional, cuando el útero crece demasiado, cuando mediante la maniobra de Leopold se palpan dos fetos o bien, cuando se palpan numerosas partes fetales. También puede hacerse el diagnóstico cuando se escuchan dos tonos cardiacos fetales o distintas frecuencias o cuando los niveles del lactógeno placentario son superiores a las cifras normales en las gestaciones múltiples. El diagnóstico definitivo lo dan las exploraciones radiológicas o ultrasonográficas abdominales (3).

La conducta aconsejada es seguir una vigilancia materno-fetal continua durante el parto teniendo sangre fresca total compatible a disposición, canalización de vena, la presencia de un anesthesiólogo para el momento del parto y un pediatra para la asistencia de los productos.

Durante el parto algunos autores (3) recomiendan que el caso de que el primer gemelo venga en presentación pélvica se practique una operación cesárea, debido al riesgo de choque de los gemelos. En general, las indicaciones preconizadas para el uso de la operación cesárea en el embarazo gemelar. Incluyen: cesárea previa, hipertensión grave inducida, ruptura de las membranas sin TP, hipotonía uterina, sufrimiento fetal, prolapso del cordón, fetos grandes en

una pelvis materna pequeña, desprendimiento de placenta, TP prolongado con firme necesidad de esterilización definitiva y en algunos casos atrapamiento del segundo gemelo después de parto vaginal del primero. Se recomienda que cuando se realice una operación cesárea, se haga mediante una incisión vertical en el segmento inferior debido a que si el feto está en situación transversa e inadvertidamente los brazos salen primero, es mucho más fácil y seguro extender hacia arriba la incisión vertical y hacer una incisión transversa.

**Prolapso del cordón.** Cuando se presenta esta situación exige una rápida e inmediata extracción del producto. La afectación de la circulación fetal, sobre todo durante las contracciones uterinas, da lugar a una situación de asfixia parcial prolongada que puede culminar con la muerte fetal (22).

Existe una situación llamada prolapso oculto del cordón en donde se encuentra el cordón junto con la presentación pero no puede palparse fácilmente durante la exploración vaginal. En esta situación, las desaceleraciones variables profundas de la frecuencia cardiaca fetal pueden desaparecer elevando la cabeza del feto o cambiando de posición materna. Debe sospecharse prolapso del cordón cuando las desaceleraciones variables persisten a pesar de la administración de oxígeno a la madre, cambios posturales o sin que la madre presente hipotensión (23).

La conducta usual es que cuando se presente el prolapso de cordón con feto vivo debe realizarse una operación cesárea cuando es imposible la extracción a corto plazo por la vía vaginal.

**Isoinmunización.** Cuando una paciente embarazada se encuentra sensibilizada y produce anticuerpos IgG (capaces de atravesar la placenta) contra los antígenos fetales de los sistemas ABO o RH puede tener lugar una destrucción potencialmente letal de los eritrocitos fetales. Esta hemólisis puede condicionar en el feto un cuadro de anemia, insuficiencia cardiaca congestiva, edema y ascitis. En los casos de suma gravedad el feto puede morir intrauterinamente.

La investigación adecuada de la gravedad de la enfermedad en pacientes que se han sensibilizado mediante embarazos previos o transfusiones incompatibles, puede efectuarse únicamente con amniocentesis seriadas. El líquido amniótico se examina con espectrofotometría para detectar bilirrubinoide en exceso trazando una curva aritmética (Liley) que abarca tres zonas de riesgo de acuerdo a la intensidad de la enfermedad.

La zona I es la de menor intensidad y las pacientes que entren en este apartado se les provocará el parto cuando la relación lecitina-esfingomielina (LIE) alcance la madurez. En la zona II se sigue la misma conducta. En la zona III, si no se administran transfusiones intrauterinas, se debe provocar el parto a las 32-34 semanas de gestación. Si ya se han administrado transfusiones intrauterinas suele recomendarse el parto a las 35 semanas.

La extracción del feto potencialmente anémico debe de efectuarse de la manera más atraumática posible utilizando control fetal y anestesia regional y practicando una operación cesárea ante la más mínima duda.

**Diabetes.** La prevalencia de la diabetes en la mujer embarazada varía. La mortalidad perinatal global es del 10-15%. Si la asistencia prenatal es escasa o nula, la mortalidad es de 30 a 40%, es un hecho que la mortalidad perinatal varía con la gravedad de la enfermedad y la presencia o no de complicaciones, las causas principales de morbilidad perinatal son: síndrome de sufrimiento respiratorio (25-30%), anomalías congénitas (6-15%), macrosomía y traumatismo del parto, retardo del crecimiento fetal y parálisis cerebral junto con crisis convulsivas. Además pueden presentarse episodios de hipoglucemia (20-30%), Hipocalcemia (10-25%), e ictericia (20-40%) (25,26 y 27).

En todas las pacientes embarazadas después de la semana 40 y que sean diabéticas, deben aplicarse las técnicas de vigilancia fetal como son: pruebas de stress por contracción una vez por semana, estrioles séricos o de 24 horas, al menos 2-3 veces por semana y registros de movimiento fetal, extrayéndose el feto

ante cualquier peligro. La manera ideal de extraer el producto es mediante una inducto-conducción del TP con oxitocina previa valoración de los índices de Bishop y la prueba de stress por contracción. Si el feto es considerado macrosómico, debe considerarse la posibilidad de realizar una operación cesárea si se cree que haya posibilidad de traumatismo durante el parto.

**Producto de post-término.** Es bien sabido que cuando el embarazo se prolonga mas allá de las 42 semanas, las cifras de morbi-mortalidad fetal aumentan, por lo que esta indicando la interrupción del embarazo. Como la mayoría de las pacientes en esta situación tienen una cerviz muy favorable, es factible usar la inducto-conducción del TP sin complicaciones, siendo raro el caso en que se necesite practicar una operación cesárea (1). La frecuencia del embarazo de post-término es de 9%, caracterizándose por una disminución de la función placentaria con mayor riesgo de muerte o lesión fetal, debido a hipoxia crónica, desequilibrio nutricional o ambos. Siempre que se presenta un embarazo de post-término, es menester realizar una prueba de sufrimiento por contracción extrayendo el feto por vía abdominal si alguna de ellas no es reactiva. Si el momento de estar realizando una inducto-conducción se descubre sufrimiento fetal, esta indicando realizar una operación cesárea de inmediato.

**Producto valioso.** Esta es quizá la indicación de operación cesárea que más controversias suscita. Sin embargo es una indicación que aún permanece latente en nuestro medio. En ella están comprendidos los casos de mujeres estériles o infértiles durante varios años como pacientes en quienes se presenta la muerte habitual in útero y en las cuales no se ha encontrado el motivo de ello, como mujeres más allá de los 35 años, primigestas y algunos casos en que se considere la imposibilidad para conseguir otro embarazo de termino.

Conforme aumente la seguridad para la madre y el feto, esta causa tendrá un porcentaje cada vez mayor de operaciones cesáreas. Sin embargo no hay que olvidar que nunca se puede garantizar un 100% la vida del producto mediante una operación cesárea (1.)

**Sufrimiento fetal.** En esta indicación están comprendidos todos los casos en los cuales se lleva a cabo la interrupción del embarazo porque el feto presenta signos de sufrimiento fetal (SF). La decisión de practicar una operación cesárea en presencia de SF se basa en la preocupación justificada de la presencia de hipoxia o acidosis transparto prolongadas y sus consecuencias. En la actualidad se considera que los acontecimientos transparto ocasionan un 20% de los nacimientos con feto muerto. Un 15 % de parálisis cerebral y un 10% de retraso mental intenso. Se han atribuido también anomalías en el aprendizaje, hiperacididad y deficiente rendimiento escolar (3).

Clásicamente los dos métodos para detectar SF han sido la aparición de meconio y la auscultación frecuente de la frecuencia cardíaca fetal transparto, describiéndose SF en presencia de una frecuencia mayor de 160 y menor de 120 por minuto. La presencia de líquido amniótico teñido de meconio indica la necesidad de un tratamiento enérgico a las vías respiratorias durante el nacimiento, pero por sí solo, no representa un signo de sufrimiento fetal. Por otra parte, Benson y Cols, en 1968 (28), concluyen que no existe indicador auscultatorio confiable alguno de SF en término de frecuencia cardíaca total, excepto en grado extremo.

Se han hecho innumerables esfuerzos por identificar parámetros que sugieran hipoxia o acidosis fetales tales como muestra sanguínea del cuerpo cabelludo fetal para medición del pH. La cual tiene una falsa positividad de solo 10 a 20% en comparación con 50-60% de la vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal. La acidosis materna de tipo metabólico, la alcalosis respiratoria y particularmente la acidosis materna de tipo respiratorio, pueden influir en el pH del cuerpo cabelludo fetal.

Normalmente se producen alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal en tres patrones diferentes en relación a las contracciones uterinas denominadas desaceleraciones tempranas, tardías y variables. El identificarlas constituye la base misma del uso continuo de la vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal como

instrumento para la detección temprana de hipoxia y la prevención de la morbimortalidad fetal subsecuente.

La línea normal de frecuencia cardíaca fetal es de 120-160 latidos por minuto con una media de 140 o menores que duren más de 15 minutos se consideran anormales. Los cambios a corto plazo en la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal indican el estado del feto en un momento dado, observando que una variabilidad notablemente aumentada refleja hipoxia temprana y posible acidosis. Cuando esta variabilidad está disminuida o ausente, se debe considerar la posibilidad de hipoxia o asfixia. A este respecto, debe considerarse que el sueño fetal, los fármacos que ocasionan depresión del sistema nervioso central, las anomalías del mismo sistema nervioso central y los bloqueadores parasimpáticos, pueden causar disminución de la variabilidad (4).

Cuando ocurre una desaceleración prolongada en labor, siempre debe buscarse la causa. La primera maniobra será realizar un examen pélvico inmediato para descartar compresión del cordón umbilical o descenso rápido. Si la causa no puede ser determinada, se examinan otros datos, se chequea los signos vitales para hipotensión arterial materna, se visualizan la coloración materna para hipoxia, así como las respiraciones. Se inspecciona para tratar de encontrar hemorragia vaginal y se pregunta si se ha dado un anestésico recientemente. Si la causa de la desaceleración prolongada no puede ser establecida, la aceptación usual es que se trata de una compresión oculta del cordón (23).

El tratamiento dependerá indudablemente de la causa. Para el prolapso del cordón se hará la elevación de la presentación y parto rápido usualmente por operación cesárea. La hipotensión materna puede ser tratada con reposición de líquidos y uso de vasopresores si fuere necesario. Si hay contracciones excesivas, se discontinúa la oxitocina y se puede pasar una dosis única de algún tocolítico. Si la causa no puede ser establecida, se cambia de posición materna para descomprimir el cordón umbilical y si hay recurrencia, se debe de considerar la

amnioinfusión con solución salina isotónica (4).

## **MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNAS EN LA CESÁREA.**

Hasta fines del siglo pasado, el riesgo extremo de la cesárea para la vida materna hizo que este método de nacimiento fuera el último recurso. Si en algún aspecto de la medicina se ha notado extraordinariamente una evolución satisfactoria, se puede manifestar que es en la mortalidad obstétrica y en especial en la operación cesárea. En la actualidad se ha llegado a creer que la operación cesárea es una operación sin peligros tanto para la madre como para el feto. Nada más falso que esto puesto que la operación cesárea por si misma, siendo un procedimiento quirúrgico mayor, puede crear problemas colaterales capaces de originar morbi-mortalidad.

Desde luego que todas las muertes posteriores a la cesárea no son atribuibles directamente al procedimiento vidas maternas. Aunque la operación cesárea es causa de cierta morbilidad, no practicarla en circunstancias apropiadas también acarrea un riesgo de morbilidad materna. Algunas dificultades adicionales para estimar con precisión el riesgo de morbi-mortalidad después de la cesárea se originan porque estos riesgos están relacionados con la destreza y la experiencia del cirujano. La calidad de atención del personal, especialmente de anestesia, y las características maternas.

En la actualidad la mortalidad materna en la operación cesárea varía del 0.04 al 0.5 % (1) o bien de 0 a 105: 100 000 procedimientos (4).

En el estudio de Rubin y Cols el riesgo relativo de muerte materna después se la cesárea es 6 veces mayor que el del parto vaginal, según el índice de mortalidad atribuible a la cesárea.

En grado menos peligroso, pero indudablemente no menos importante por su gran frecuencia y las secuencias que dejan algunas de ellas, están las

complicaciones de la operación que no llegan a ocasionar directamente la muerte de la paciente. Las listas de estas complicaciones son grandes y comprenden lesiones al urétero, vejiga urinaria y recto, lesiones a los vasos sanguíneos y laceraciones del cuello uterino, vagina y ligamentos anchos. La cesárea también aumenta el riesgo de hemorragia posparto, embolia pulmonar, íleo paralítico, endometritis, infecciones de las vías urinarias y otras infecciones.

Después de la hemorragia puede haber histerectomía como resultado de hemorragia o infecciones y la infección posterior puede deteriorar la fertilidad futura.

Como el índice de complicaciones posteriores a la intervención pueden variar con la destreza y experiencia del cirujano así como de otros múltiples factores, los cálculos sobre frecuencia de complicaciones publicados en la literatura actual deben interpretarse con cuidado. Sin embargo, se ha demostrado que la endometritis es la causa más común de morbilidad infecciosa posterior a la cesárea. En segundo lugar esta la transfusión sanguínea y en tercer lugar se encuentran las pacientes que tienen complicaciones importantes no infecciosas como íleo paralítico, embolia pulmonar o lesión quirúrgica de las vías urinarias inferiores (3).

Por lo que respecta a la infección parece estar bien establecido que el uso de antibióticos profilácticos disminuye el riesgo posterior de infección en la cesárea y que esta intervención, cuando es primaria tiene un riesgo mayor de infección que la de repetición.

En algunos sitios se ha logrado índices de mortalidad de cero en grandes series y esto sugiere que la atención cuidadosa en la técnica quirúrgica y el cuidado postoperatorio esmerado pueden reducir la mortalidad postoperatoria.

## **MORTALIDAD Y MORBILIDAD FETALES.**

En la actualidad es innegable que la operación cesárea ha logrado abatir considerablemente los altos índices de morbi-mortalidad fetal que se veía con anterioridad. Muchos autores, al observar esta disminución de la mortalidad perinatal que coincidió con el aumento del índice de cesáreas, pensaron que la caída en la mortalidad perinatal era el resultado del incremento de la frecuencia de cesárea. Sin embargo Pearson y O'Driscoll (9) han señalado que en algunas instituciones ocurrió el mismo descenso en la mortalidad perinatal aunque su índice de operaciones cesáreas permaneció bajo y estable durante los últimos años.

Las principales causas de mortalidad en los fetos obtenidos por operación cesárea son: la madurez incompleta, las afecciones respiratorias y los problemas neurológicos. Al igual que en la morbi-mortalidad materna, no puede hablarse de cifras porcentuales exactas, puesto que también en esta entidad existen muchos factores que van a modificar los resultados.

Afortunadamente las cifras de morbilidad fetal no son altas de acuerdo a los datos de mortalidad. Las principales causas de complicaciones fetales en la operación cesárea son: inmadurez y prematurez, síndrome de sufrimiento respiratorio, lesiones neurológicas y traumatismo sobre el feto.

Entre los factores que predisponen a la aparición de complicaciones fetales durante la operación cesárea y aún después, tenemos primero los antecedentes como son edad avanzada de la madre y multiparidad, interrupción del embarazo prematuro, falta de control prenatal, presencia de padecimiento materno, tipo de operación, tiempo operatorio, tipo de anestesia y, finalmente, peso del producto (1).

Sobresalen la patología materna y el poco peso del producto al efectuar la operación cesárea, como los factores que más determinan la morbi-mortalidad

fetal.

## **GLOSARIO DE TÉRMINOS**

1. **Caedere:** Cortar
2. **Macrosómico:** Feto muy grande que pesa más de 4kg.
3. **Extraperitoneal:** Fuera de cavidad peritoneal.
4. **Tokos:** Mujer.
5. **Multigestas:** Muchos embarazos.
6. **Interespinal:** Músculo pequeño situado entre dos apófisis.
7. **Enterocel:** Herniación de asas intestinales a través del fondo del saco de Douglas que va a producir por el fondo vaginal.
8. **Prolapso uterino:** Caída o deslizamiento del útero desde su posición normal en la cavidad pélvica dentro de la vaginal.

## 8. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

La muestra de población fueron trescientas personas, el cuestionario se aplicó a un 10 % de la población el cual se aplicó durante un mes en la consulta externa en pacientes que asistían a consulta de ginecología. Las gráficas son los resultados de los datos obtenidos de las encuestas analizadas.

Para obtener el número de personas para la aplicación de la encuesta se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

Con el propósito de que la muestra fuera representativa, se realizó una determinación estadística utilizando para ello, la siguiente fórmula:

### FORMULA

$$N = \frac{Z^2 p q N}{E^2 N + Z^2 p q}$$

### SIGNIFICADO DE VALORES

N= tamaño de la población

n= tamaño de muestra

Z<sup>2</sup>= consecuencia del tamaño de muestra

E= margen de error aceptado

P= probabilidad de éxito

q= probabilidad de fracaso

De las técnicas utilizadas la encuesta es el que con mayor frecuencia o por lo menos es un instrumento complementario que se emplea para obtener información. En esta investigación se aplicó la encuesta a 30 embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

## 9. RESULTADOS

El investigador busca describir sus datos y posteriormente efectuar análisis estadísticos para relacionar sus variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, 495). Es por ello que los resultados obtenidos se expondrán de manera porcentual y grafica en el presente capitulo para una mejor interpretación, buscando conclusiones precisas para responder a los a los objetivos e hipótesis.

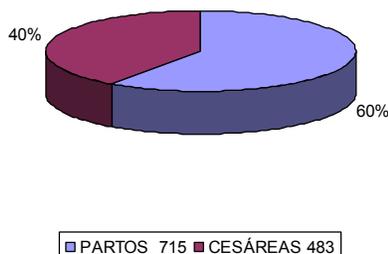
Una vez que los datos se han codificado, se procede a analizarlos de la siguiente manera:

**Durante el año 2013 en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de Morelia, Mich. Se atendieron un total de 715 (59.68 %) partos, de los cuales 483 (40.32 %) fueron atendidos por vía abdominal mediante operación cesárea.**

	N	%
PARTOS	715	59.68
CESÁREAS	483	40.32

**FUENTE:** Libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2013.

Cuadro 1. Cesáreas realizadas durante el año 2013

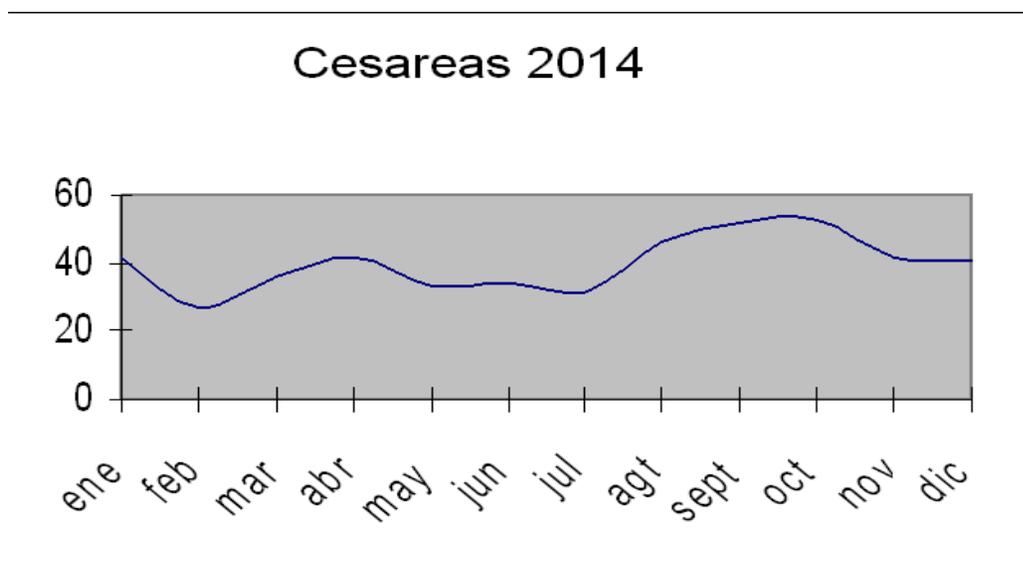


**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2013.

Gráfica 1. Cesáreas realizadas durante el año 2013

Este gráfico nos muestra que la práctica de la operación cesárea en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud es más alta del 15%, lo recomendado por la OMS.

**Durante nuestro estudio se pudo apreciar que la operación cesárea presentó su mayor frecuencia durante los meses de agosto, septiembre, octubre y noviembre, o sea en los últimos meses del estudio.**



**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2013.

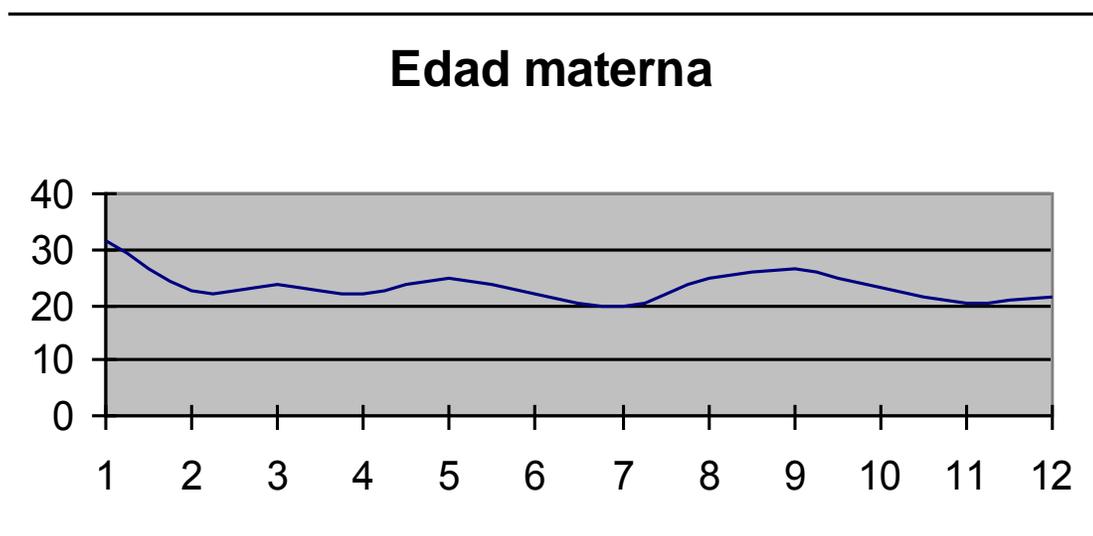
Gráfica 2. Cesáreas 2014

De acuerdo a la edad, la operación cesárea se realizó más comúnmente en pacientes comprendidas en una media de 21.84 años.

	$\bar{X}$	RANGO
EDAD	21.84 años	13-41 años

**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2014.

Cuadro 2. Edad Materna



**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2013

Gráfica 3. Edad Materna

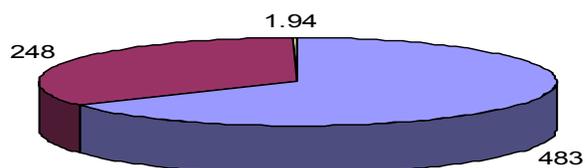
Si consideramos exclusivamente los días en que se reporta una intervención encontramos 248, por lo que el promedio de cesáreas realizadas por día fueron de 1.94.

#### CESÁREAS PROMEDIO

	N	DÍAS LABORADOS	X
CEÁREAS	483	248	1.94

**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2013

Cuadro 3. Cesáreas realizadas por día



■ AÑO ■ DAIS LABORADOS □ CEÁREA POR DAI

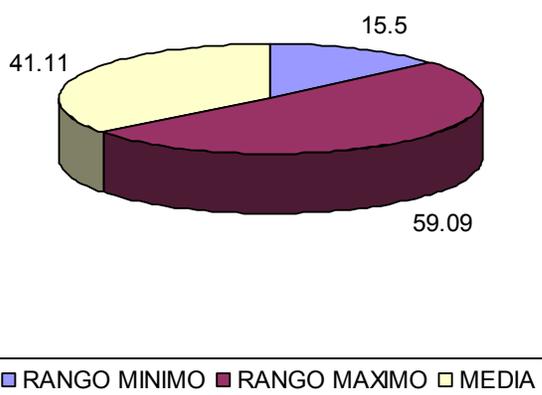
**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2013

Gráfica 4. Cesáreas realizadas por día

El tiempo en que se realiza la intervención se encuentra en un rango que va de 15.5 a 59.05 minutos, el promedio es de 41.10 minutos.

RANGO	X
15.5 a 59.05	41.11

Cuadro 4. Tiempo promedio en la realización de una cesárea



**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2013.

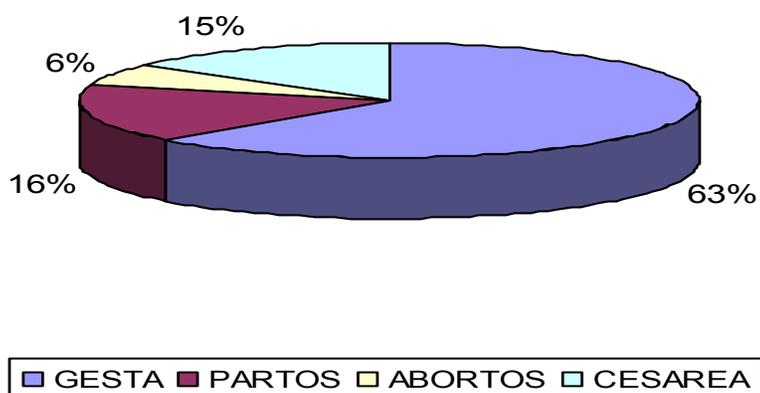
Gráfica 5. Tiempo promedio en la realización de una cesárea.

La media de los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes son los siguientes: gestas 1.86, partos 0.48, abortos 0.19, cesárea 0.43.

ANTECEDENTES.	X
GESTAS	1.86
PARTOS	0.48
ABORTOS	0.19
CESÁREAS	0.43

**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2013

Cuadro 5. Antecedentes gineco-obstetricos



**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2013.

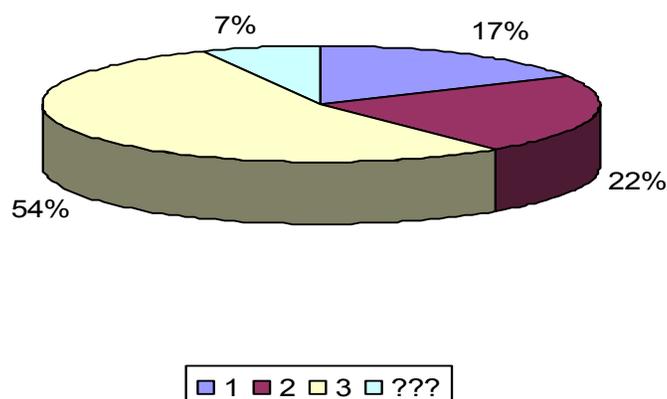
Gráfica 6. Antecedentes gineco-obstetricos

En relación a los médicos que realizaron la cesárea, 1º medico 85 (17 %); 2º medico 108 (22 %) y 3º medico 266 (54 %).

CIRUJANOS	n	%	D.E.
1º	85	17	0.08
2º	109	22	0.07
3º	266	54	0.02
???	23	7	0.19

**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2013.

Cuadro 6. Cirujanos que practicaron la operación cesárea



**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2013.

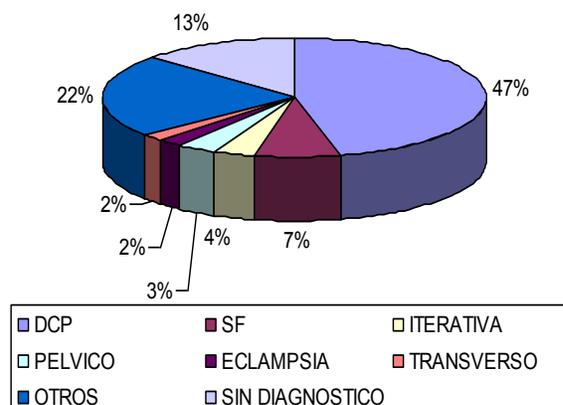
Gráfica 7. Cirujanos que practicaron la operación cesárea

La desproporción céfalo pélvica se diagnóstico en 223 cesáreas (46.16%), transverso fueron 9 (1.86%), Pélvico 16 (3.31%), sufrimiento fetal 34 (7.04 %), Eclampsia 10 (2.07 %), Iterativa 18 (3.72 %), otros 108 (22.36%) y sin diagnóstico 65 (13.45 %).

	n	%
DCP	223	46.16
SF	34	7.04
ITERATIVA	18	3.72
PÉLVICO	16	3.31
ECLAMPسيا	10	2.07
TRANSVERSO	9	1.86
OTROS	108	22.36
SIN DIAGNOST	65	13.45

**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2013.

Cuadro 7. Diagnósticos pre-cesárea



Gráfica 8. Diagnósticos pre-cesárea.

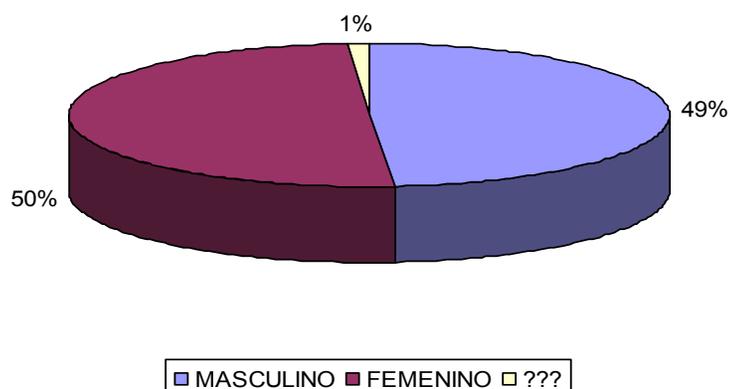
Durante el registro de los datos no se encontró reporte de pelvimetría radiológica, por lo que se piensa que el diagnóstico fue solamente clínico.

El tipo de anestesia usado para realizar las operaciones cesáreas que con más frecuencia se usó fue el bloqueo epidural lumbar (BEDL) con 483 casos reportados. (Anexo I).

Las características de los productos fueron las siguientes: Se obtuvieron 235 del sexo masculino (48.65%), 242 del femenino (50.10%) y en 6 casos no se reportó el sexo (1.24%).

SEXO	n	%
MASCULINO	235	48.65
FEMENINO	242	50.10
???	6	1.24

Cuadro 8. Sexo de los productos obtenidos



**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2014.

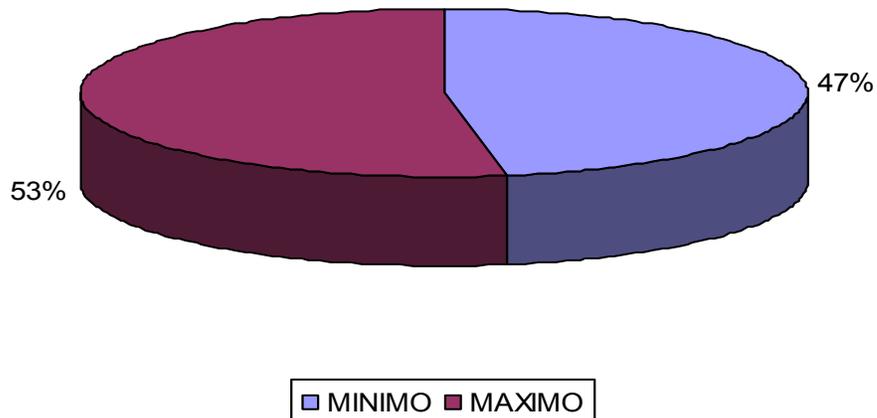
Gráfica 9. Sexo de los productos obtenidos.

**El Apgar mínimo en promedio es de 7.8 y el máximo fue de 8.7.**

	X
MÍNIMO	7.8
MÁXIMO	8.7

**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2014.

Cuadro 9. Apgar de los productos



**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2014.

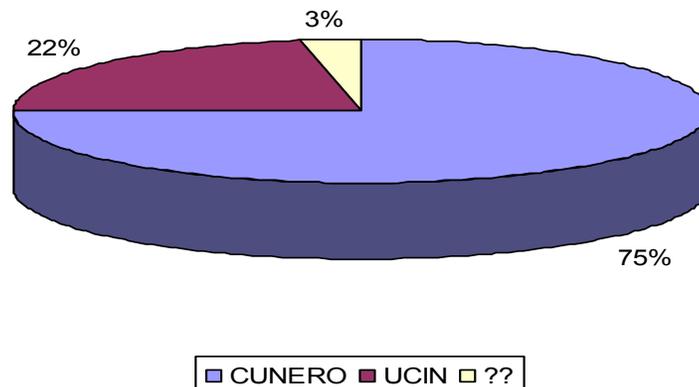
Gráfica 10. Apgar de los productos

Al servicio de cunero se derivaron 336 (75.15%), 106 (21.94 %) ingresaron a la unidad de cuidados intensivos neonatales y en 14 (2.73%) no se anotó el sitio al que se derivaron.

	N	%
CUNERO	363	75.15
UCIN	106	21.94
???	14	2.89

**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2014

Cuadro 10. Características de los productos



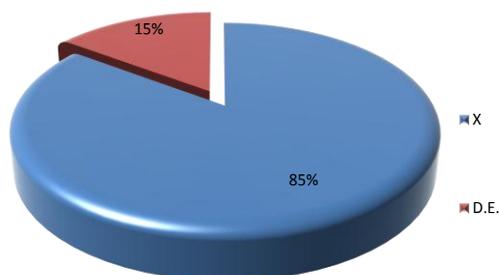
Gráfica 11. Características de los productos

Por lo referente de los productos obtenidos por operación cesárea, se analizó primeramente el peso de ellos que comprendieron con una media de 3141.37 (DE = 551.35).

	X	D.E.
GRAMOS	3141.37	551.35

**FUENTE:** libreta de registro diario de ingresos a la unidad toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, Morelia Michoacán, 2014.

Cuadro 11. Peso de los productos obtenidos



Gráfica 12. Peso de los productos obtenidos

**Se reportó mortalidad fetal de 1 caso de óbito en nuestra serie. (Anexo I)**

## 10. CONCLUSIONES

En el Hospital de Nuestra Señora de la Salud A.C. de Morelia, Mich. Se realizan 40.32% de cesáreas, lo cual significa que casi la mitad de la atención del embarazo concluye en una cesárea, cuando el promedio que sugiere la OMS es del 15%.

La grafica muestra dos curvas anuales, una sucede en los meses de marzo a mayo, otra en la que sucede el mayor número de cesáreas, se presentan en los meses de agosto a noviembre.

El promedio de realización de cesáreas por día laboral es elevado.

En relación al diagnóstico llama la atención el 13.45% de los casos que no se reportó un diagnóstico preoperatorio.

Un 22% de los recién nacidos ingresan a la unidad de cuidados intensivos neonatales, lo cual sugiere debió haber sido por alguna complicación durante el parto o en los primeros segundos o minutos del nacimiento.

La mayor cantidad de operaciones cesáreas se realizaron en embarazos de término. No se registran operaciones cesáreas en pacientes con embarazo con producto inmaduro, pretérmino.

Es claro que la mayoría de las mujeres que han tenido su primera operación cesárea a causa de desproporción céfalo-pélvica debe recibir la oportunidad de realizar un parto por vía vaginal en su siguiente embarazo a término.

Las determinaciones clínicas de los diámetros de la pelvis materna son simples estimaciones y, al menos que se trate de una pelvis muy chica, su capacidad sólo puede demostrarse mediante una prueba de Trabajo de Parto o/y una pelvimetría radiológica.

La atención cuidadosa en el período preparto y transparto de una paciente embarazada, pueden prevenir la distocia y el sufrimiento fetal, pues son las indicaciones transparto más comunes de la cesárea y cuando se diagnostican correctamente, las más apropiadas.

El cuidado en el establecimiento del diagnóstico puede conducir a una reducción en las cesáreas practicadas por distocia y sufrimiento sin perjudicar a la madre o al feto.

El obstetra debe abordar íntegramente a la mujer embarazada que se presenta en trabajo de parto, teniendo en cuenta que en las manos de él están las vidas de la madre y su producto, siendo su responsabilidad hasta donde sea posible, entregar un recién nacido sano y una madre con el menor daño posible.

## **11. PROPUESTA DE SOLUCIÓN**

En la sala de trabajo de parto debe llevarse con estricto control, un registro gráfico (partograma) de la progresión del trabajo de parto con el fin de determinar cualquier anomalía y poderla resolver adecuadamente.

El médico que se encuentre al cuidado de la embarazada deberá estar capacitado para detectar y resolver de la mejor manera posible cualquier alteración que se presente en la evolución del Trabajo de Parto.

Antes de pensar en practicar una operación cesárea deben tomarse medidas de tratamiento específico como son reposo o movimiento de la paciente, hidratación, uso de sedantes y oxitocina.

Cuando no hay datos de sufrimiento fetal, la prueba de inducción del trabajo de parto no debe interrumpirse prematuramente. Sólo en muy raras ocasiones la operación cesárea está indicada durante la fase latente del trabajo de parto.

Realizar mayor promoción entre las pacientes embarazadas a fin de que acudan a un control prenatal adecuado.

Se recomienda reducir la primera cesárea (19) y protocolizar como procedimientos, tanto el parto como la cesárea. La nueva filosofía de la atención del parto es: motivar la participación del padre, la preparación de la madre durante el embarazo y de los profesionales que se encuentran involucrados en este evento, esto ha demostrado tener efectos positivos en la incidencia de la operación cesárea y el grado de satisfacción de la usuaria, que es el objetivo principal de todo profesional al aplicar su trabajo.

## COMENTARIOS

Aunque a nivel mundial ha habido un incremento en la frecuencia de operaciones cesáreas durante los últimos 20 años, los reportes raramente sobrepasan un porcentaje del 20% (4). Como se mencionó antes, en el hospital la frecuencia de 40.32% nos indica que más de la cuarta parte de todos los partos son resueltos por vía abdominal. Un porcentaje demasiado alto.

Esto nos indica claramente que la tendencia actual de cesáreas repetidas continuará elevándose en una proporción aún mayor al incremento de dicho índice, debido al aumento creciente de partos por cesárea primaria. Esto también ha sido reportado por otros autores. (4).

El tratamiento óptimo de la embarazada con una cesárea previa siempre ha sido tema controversial. En 1980 el “National Institute of Health” (NIH) de los Estados Unidos de Norteamérica señaló que las cesáreas repetidas eran una de las dos razones principales del incremento en el índice de estas intervenciones (31). En nuestro medio, el antiguo aforismo de Craigin de que “una cesárea siempre será seguida de otra”, parece prevalecer aún durante algún tiempo más.

Se ha demostrado que las pruebas de inducción del parto en pacientes con cesárea previa, con una vigilancia adecuada, son inocuas pudiéndose afirmar que en la actualidad, cuando menos tres de cuatro pacientes tendrá parto vaginal después de operación cesárea, independientemente de la causa que originó la cesárea anterior.

La estrechez pélvica es causa importante en el aumento de operaciones cesáreas. En nuestra serie encontramos un porcentaje del 46.16% ocupando la primera causa más frecuente de operaciones cesáreas. Del anterior porcentaje, no se reporta si el diagnóstico fue clínico o radiológico.

De lo anterior, deducimos que un gran número de operaciones cesárea se están realizando sin tomar en cuenta que, inclusive en las manos más expertas, las determinaciones clínicas de los diámetros pélvicos son simples estimaciones y que al menos que la pelvis materna sea claramente pequeña, su capacidad puede demostrarse únicamente mediante una prueba de trabajo de parto y/o una pelvimetría radiológica. Esta es la conducta aceptada en la actualidad y la que se lleva a cabo en la mayoría de los centros hospitalarios a nivel mundial, notándose una importante disminución en el número de operaciones cesáreas realizadas por este motivo. Desafortunadamente, en nuestro medio continúan realizándose un gran número de operaciones cesáreas sólo basadas en los parámetros clínicos, sin dar oportunidad a los pacientes de una prueba de trabajo de parto o beneficiarnos con el auxilio de una pelvimetría radiológica. Si esto se llevara a cabo, indudablemente que el alto porcentaje derivado de operaciones cesáreas realizadas por estrechez pélvica, disminuiría notablemente.

Otra categoría obstétrica que desempeña un papel importante en el aumento del índice de partos por cesárea es el sufrimiento fetal. En los últimos años debido, en parte, al empleo de la vigilancia electrónica del feto y a la toma de muestras de sangre del cuero cabelludo fetal en nuestro medio estos adelantos no se encuentran al alcance de nuestras manos y sólo detectamos el sufrimiento fetal en base a los parámetros clásicos que son la aparición de meconio y la auscultación frecuente de la frecuencia cardíaca fetal transparto.

Está demostrado que ni la aparición de meconio por sí sola es indicativa de sufrimiento fetal ni existe un indicador auscultatorio confiable de sufrimiento fetal en término de frecuencia cardíaca fetal.

Desgraciadamente, no disponemos de pruebas nuevas para diferenciar el riesgo neurológico fetal de una morbilidad fetal. Ciertamente es que las pruebas sanguíneas del cuero cabelludo del feto y la vigilancia electrónica fetal ayudan en mucho a la detección temprana de un sufrimiento fetal y a evitar las intervenciones innecesarias basadas únicamente en la aparición de meconio o en la vigilancia de

frecuencia cardiaca fetal. Es poco probable, sin embargo, que la tendencia a intervenir mediante cesárea en casos de sufrimiento fetal vaya disminuyendo, antes de que dispongamos de una mejor vigilancia del feto, con información menos confusa.

Otra categoría importante que interviene en el aumento del índice de natalidad por cesárea es la presentación pélvica. Esto va de acuerdo a lo reportado en la literatura mundial (4).

En el síndrome de hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia-eclampsia) encontramos un porcentaje de 2.07 de operaciones cesáreas. A pesar de que cada vez se cuenta con recursos mas efectivos para estos problemas la terminación del embarazo sigue siendo uno de los de mayor valor, y cuando esta no se logra por medio de inducto-conducción, debido a las condiciones cervicales o a la urgencia en el vaciamiento uterino, puede practicarse una operación cesárea sin esperar a los estadios finales de la enfermedad, en donde aumentan los índices de mortalidad materna y fetal.

La frecuencia tan alta que con anterioridad se observa ha tendido a disminuir a medida que se trata mejor a la paciente durante el periodo prenatal y el mejor control fetal in útero. Esto es debido también indudablemente a que las pacientes acuden con mayor frecuencia a recibir atención prenatal adecuada.

Ocasionalmente en nuestro medio, el embarazo múltiple es indicación de operación cesárea, motivada principalmente por alguna de las complicaciones obstétricas que acompañan al embarazo múltiple.

Los métodos de anestesia utilizados para la operación cesárea han experimentado múltiples cambios en el transcurso de los últimos 20 años. Antes de los principios del decenio de 1970 la anestesia general era la técnica más común; aunque en algunos centros el bloque espinal era empleado en gran escala. Sin embargo en los años siguientes, el bloqueo epidural lumbar empezó a

tener mayor aceptación. De hecho, en Estados Unidos existen muchos centros de obstetricia donde el 80-90 % de las cesáreas se efectúan utilizando el bloqueo epidural (4).

De la misma manera, en nuestra institución se ha utilizado con mayor frecuencia el bloqueo epidural lumbar debido a que consideramos que con este tipo de anestesia no se punciona la duramadre, la cefalea de postpunción lumbar no ocurre y por otra parte, el riesgo de neumonía por aspiración es muy reducido. Además de que la paciente conserva un estado consciente favorable.

En nuestro estudio de 483 pacientes sometidas a operación cesárea, no encontramos ningún solo caso de mortalidad. En series mayores hechas en los Estados Unidos también ha habido reportes de mortalidad nula. Esto habla a favor de un mejor cuidado preparto, transparto y postparto de las pacientes sometidas a operación cesárea.

Referente a los productos obtenidos por operación cesárea, no se encontró variación en cuanto a edad gestacional ni peso con respecto a los partos por vía vaginal. La calificación de Apgar al minuto y a los 5 minutos fue de una media de 8.7 la máxima, por el contrario la calificación menor fue de una media de 7.8 esto dentro de los parámetros establecidos de acuerdo a los reportes hechos en la literatura mundial.

De todos los productos obtenidos por operación cesárea, uno nació muerto. De haberse hecho el diagnóstico antes de iniciar la cirugía probablemente ésta no se hubiera llevado a cabo.

## 12. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ruiz Velazco V. La operación cesárea. 1ª ed. La prensa Medica Mexicana. México, D.F., 1971.
2. Pritchard, J.A. and Mac Donald, P.C. obstetricia de Williams. 15ª edición. Editorial Salvat Editores, México, 1985.
3. Niswander K.R, Manual de obstetricia. Diagnóstico y tratamiento, 2ª ed. Salvat editores, Barcelona, 1984.
4. Pitkin, R. M., Scott, J. R. Cesárea, Clínicas obstétricas y Ginecológicas. Vol. 4/1985 1º. Ed. Interamericana. México, D. F., 1986.
5. David E. y Cols. Antibiotic Therapy to the Post-partum Endometritis Treatment; Obstetrics and Gynecology. Vol. 69, mun. 1. p.p. 354. 1987.
6. Friedman E. A., Labor; Clinical Evaluation and Management. 2ª. Ed. Appleton-Century-Crofts. 1982.
7. Hendriks C. H., Brenner W. E., and Kraus G. Normal Cervical Dilation Pattern in Late Pregnancy and Labor ; AM. J. Obstet-Gynecol. 1970, 106:1065.
8. Read JA. y Cols. Randomized Trial of Ambulation Versus Oxytocin for Labor Enhancement; a Preliminary Report. AM. J. Obstet Gynecol. 1981, 13:669.
9. O'Driscoll K, Foley M. Correlation of Decrease in Perinatal Mortality and Increase in Cesarean Section Rates. Obstet-Gynecol. 1983, 61:1.
10. Driscoll K, Foley M., Mac Donald D. Active Management of Labor as an Alternative to Cesarean Section for Dystocia. Obstet-Gynecol. 1984, 63:485.

11. Carlson C, Nybell-Lindahl G, Ingermarson J. Extradural Block in Patients Who has Previously Undergone Cesarean Section. Br. J. Anesthes, 1980, p.p. 829.
12. Rudick V. Niu D. Hetman, Pen M., Geller E. Avni A. Golan A. Epidural Analgesia for Planned vaginal Delivery Following Previous Cesarean Section. Osbtet-Gynecol. 1984, 64:621.
13. Yussman M, Haynes M. Rupture of the Gravit Uterus, a 12 years Study. Obstet-Gynecol. 1970, 36:115.
14. Costelazo A. L. Obstetricia. 5° Ed., México, D. F., 1978. p.p. 527
15. Flamm BL. Dunnet C. Fishermann E., Quilligan EJ: Vaginal Delivery Following Cesarean Section; Use of Oxitocin Argumentation and Epidural Anesthesia with Internal Tocodynamic and Internal Fetal Monitoring. AM. Obstet-Gynecol. 1984. 148:759.
16. Eglinton G. Phelan J. Yeh D. Diaz F. Wallace T. Paul R: Outcome of a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery. J. Reprod. Med. 1984, 29:3.
17. Klein L. Cesarean Birthth and Trial of Labor, Female Patient. 1984, 9:106.
18. Adams JG. Hemodynamic Effects of Cesarean Section. AM. J. Obstet-Gynecol. 1961, 82:673.
19. Baird D. Contribution of operative obstetrics to Prevention of Perinatal Dearth. J. Obstet-Gynec. 1973, 70:204.
20. Rovinsky JJ. Et al Management of the Breech Presentation at Term. J. Obstet-Gynecol. 1973, 115:497.

21. Carmen Soto. Efectos del apoyo social en nulípara durante el embarazo y parto. Proyecto N° 202; 84B: 0.10-1.0.
22. Myers RE. Condition Leading to Perinatal Brain Damage in the Non Human Primate. In. PG. Crosignari and G. Pardi. (Eds). Fetal Evaluation Lung Pregnancy and Labor. Academic Press, New York, 1971.
23. Garite J. Thomas MD., Towers Craig M., Seeking the Cause of Transient Tachicard. Comtemp. Ob-Gyn. p.p. 36-40, 1986.
24. North AF, Jr. Et al. Birth Weight Gestational Age and Perinatal Death in 5471 Infants of Diabetic Mothers. J. Pediatrics. 1977, 90:446.
25. Steubens JA, et al, Outcome at Ages 1,3 and 5 years in Children Born to Diabetic Women. Obstet-Gynecol. Surv. 1977, 32:455.
26. Gabbe SG, Congenital Malformations in Infants of Diabetic Mothers. Obstet-Gynecol. Surv. 1977, 30:129.
27. Felig P, Body Fuel Metabolism and Diabetes Mellitus in Pregnancy. Med. Clin. North AM. 1977, 61:5.
28. Benson RC, Shubeck F, Beutchberger J, Fetal Heart Rate as a Predictor of Fetal Distress, a Repor From the Colaborative Proyect. Obstet-Gynecol. 1968, 32:259.
29. Roberto A. V. Y Antonio F. Historia de la Obstetricia y la Ginecología en Latinoamérica. Edit. Flasog. Imprenta Distrital de Bogota. 1970.
30. Ara C, Borrcis R, Rosell I: Anestesia en la cesárea. En Miranda A: Tratado de Anestesiologías y Preanimación en Obstetricia: Principios

Fundamentales y Bases de Aplicación Práctica. Barcelona, Masson S,A. 1997; p. 513-55.

31. Rosen M. et al. the Cesarean Birth Task Force National Institute of Health. Consensus Development Statement on Cesarean. Child birth. Obstet-Gynecol. 1981, 57:537.
32. Parazzini F, Pirota N: determinants of Cesarean Section rates in Italy. Br. Obstet-Gynecol. 1992; 99:203-206.
33. Placek P, Taffel S: The cesarean future. AM Demog. 1987; 9 46-47. A TPS  
FLSO RADERO I.
34. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altorriesgo/tecnicacesarea.html>.
35. <http://www.crecerjuntos.com.ar/cesarea.htm>.
36. <http://www.tuotromedico.com/temas/cesarean.htm>.
37. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002911.htm#visualcontent>.
38. <http://www.codamedver.gob.mx/1tcesarea.thmn>.
39. [http://www.comexan.com.mx/revista/vol123\\_oct-dic/anestesia\\_genaral\\_en\\_la\\_cesarea.htm](http://www.comexan.com.mx/revista/vol123_oct-dic/anestesia_genaral_en_la_cesarea.htm).
40. Rojas S.R. Guía para realizar investigación. Ed. Sociales. México, Textos Universitarios, FCPS, UNAM, 1979.

41. Rojas S.R. El procedimiento de la investigación científica. México, Trillas, 1980.
42. Zorrilla A.S. Introducción a la metodología de la investigación. México, Aguilar León y Cal Editores, 1989.
43. Hernández S.R. y cols Metodología de la investigación. Editorial McGraw-Hill, 2003. Tercera Edición.
44. Schmelkes C. Manual para la Presentación de Anteproyectos e informes de investigación (tesis). Segunda edición, Oxford. University press. 1998.

### 13. ANEXO

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.

Entrevista para conocer índice de casos de operación cesárea.

**Objetivo:** Se busca ofrecer a la comunidad una información precisa acerca de los factores de riesgo en la población reproductiva que pueden ocasionar se realice una operación cesárea.

1) ¿Has tenido hijos?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2) ¿Cuántos hijos has tenido?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3) ¿Cuántos de ellos han nacido por medio de parto?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4) ¿Tienes más de 25 años de edad?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5) ¿En tu último embarazo tuviste alguna complicación?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6) ¿Tu último embarazo llegó a término?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

7) ¿te han realizado operación cesárea?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

8) ¿en caso de que la pregunta anterior sea positiva explica por qué?

---

---

9) ¿Conoces los riesgos que esta operación implican?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

10) ¿Te gustaría que se te informara acerca de los riesgos durante el embarazo?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tienes algún comentario?

---

## **ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio fue realizado en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de Morelia, Mich. En la presente investigación se utilizó el estudio exploratorio, ya que la cesárea es un tema que se utiliza con frecuencia, de igual forma se utilizó el estudio descriptivo el cual fue primordial para recolectar los datos útiles de la cesárea llegando a la evaluación de ciertos aspectos y obteniendo conclusiones sobre este tema, los estudios correlacionales pretenden responder a preguntas de investigación la cual ayudo a descubrir los puntos fundamentales que se deseaban investigar del tema y por ello se evita tomar rutas equivocadas que nos alejan de la meta deseada, también se utilizó el estudio explicativo el cual facilito la explicación de porqué sucede con frecuencia la cesárea.

## **PLAN DE INVESTIGACIÓN**

Se recabaron los datos de todas las pacientes obstétricas que ingresaron a quirófano para la realización de cesárea, en esta área el personal de enfermería lleva un control estricto de cada una de las intervenciones quirúrgicas las que anota en una libreta destinada exclusivamente para las cesáreas de donde se realizó la recolección de datos mes tras mes, hasta completar el año. De dicha libreta se recabaron los datos (del 1 de Enero al 31 de diciembre del 2013). El personal de enfermería del área toco-quirúrgica del Hospital realiza las anotaciones correspondientes a las cesáreas realizadas en una libreta única para dicho procedimiento, por lo que se solicitó autorización a la enfermera encargada del servicio, así como a la dirección médica del hospital para recabar los datos plasmados en su libreta.

Se diseñó una tabla para recabar los datos de la libreta de cesáreas, la cual se encuentra en el anexo 1. La tabla nos permite analizar datos demográficos, antecedentes gineco-obstétricos, motivo de la cesárea, cesáreas realizadas por cada uno de los médicos, datos generales que incluyeron edad, paridad, edad gestacional de su embarazo al momento de la cesárea, indicaciones, tipo de anestesia usada, médico, y duración de la intervención.

De los productos se analizaron peso, talla, sexo, calificación de Apgar, y servicio al que ingresa.

Mediante el análisis de cada una de las indicaciones de operación cesárea, se hizo un estudio comparativo entre lo que se realiza en el hospital y lo reportado en la literatura mundial, también se conocieron y analizaron las causas de la operación cesárea, se revisaron datos clínicos de las pacientes sometidas a operación cesárea, se analizaron las diferentes indicaciones de cesárea que prevalecen actualmente en el hospital, se diseñaron y aplicaron instrumentos de recopilación de información útil para la investigación, se buscó bibliografía necesaria y útil de operación cesárea.

## **UNIDAD DE ANÁLISIS.**

El estudio de la presente investigación, se realizó en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, ubicado en la calle Ignacio Zaragoza N° 276 esquina con Eduardo Ruiz en Morelia Michoacán. Este hospital fue creado por las Hermanas de la Caridad y transferido a las Misioneras Trabajadoras Sociales de la Iglesia, por cuestiones económicas, ya que no se pudo seguir adelante. Esta obra, obra está relacionada con la Escuela de Enfermería, que surgió motivada por la necesidad de unificación de técnicas, logrando con esto tener una base para que las prácticas de estudiantes, sean efectivas y demuestren que lo que aplican en todos sus procedimientos de enfermería sean principios y no la secuencia de pasos mecánicos, perdiéndose la prioridad que debe tener toda enfermera.

Las unidades de análisis constituyen segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizadas para ubicarlos dentro de las categorías (Hernández, et.al.2003, 14). Las unidades de análisis se escogieron de acuerdo a los objetivos y la pregunta de investigación, estas unidades ayudaron a dar respuesta a las interrogantes del tema para que así esta investigación sea científica.

Esta investigación se formó por la unidad primaria: la cual estuvo conformada por todas las mujeres embarazadas que acudieron al Hospital de Nuestra Señora de la Salud durante el periodo de enero a diciembre del año 2004 que ameritaron cesárea.

## **PROCEDIMIENTO.**

En este apartado se hablara del proceso que se siguió para la realización de instrumentos para la recolección de datos. Se tendrá en cuenta que las unidades de analizas constituyen segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados para ubicarlos dentro de las categorías (Hernández, Et.Al. 2003, 414).

Para describir el tamaño de la muestra con números finitos se tomó la fórmula de Lourdes Mounch, valor que se le dio fue de 50 es decir se tomó la mitad de un 100%.

## **VARIABLES DE ESTUDIO.**

1. Cesárea
2. Aumento de la operación en el último año

## **OBJETIVOS DEL ESTUDIO.**

**GENERALES:** Conocer la incidencia de la operación cesárea en las pacientes atendidas por trabajo de parto en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud durante el año 2014.

**ESPECÍFICOS:** Conocer las principales causas por las que se lleva a cabo dicho procedimiento en el hospital de la Salud.

Analizar las causas de la operación cesárea.

## **METODOLOGÍA.**

Para realizar la siguiente investigación fueron requeridas la investigación documental y la investigación de campo las cuales consisten en:

### **Investigación documental**

El objetivo de la investigación documental es elaborar un marco teórico conceptual para formar un cuerpo de ideas sobre el objeto de estudio. Todo material que proporciona información y que puede utilizarse para consulta se considera importante en la investigación documental, por ejemplo , libros, archivos, etc. Con el propósito de elegir los instrumentos para la recolección de información es sumamente conveniente remitirse a las fuentes de información.

En donde aplique esta investigación fue con la realización de fichas bibliográficas y fichas de trabajo en donde fue indispensable la revisión de varios autores.

## **Investigación de campo**

En esta investigación de campo se aplica de forma directa la observación en el objeto de estudio. Para que esta sea adecuada y completa es necesario un instrumento que así lo permita. El instrumento de observación se diseña según sea el objeto de estudio. El fundamento de la observación en la investigación científica consiste en hallar y construir las regularidades de la naturaleza y la sociedad. Se observan objetos, hechos y entidades empíricas que se encuentran en la realidad.

Esta investigación la utilice con la realización de un cuestionario que fue aplicado a pacientes primigestas y multigestas que acudieran al hospital de nuestra señora de la salud en año 2013 – 2014.

Para la siguiente investigación primeramente seleccione un tema de mi interés: aumento de operación cesárea; con mi tema ya selecto realice un subtema para después plantearme un problema, al cual le voy a dar una solución con la investigación que realizare. Recopile información de varios autores, para lo cual realice una investigación documental y la realización de fichas de trabajo y bibliográficas. Para la documentación de campo realice cuestionario que fue realizado a las pacientes que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

De la misma forma que fue requerido el método científico:

El **método científico** es un método de investigación usado principalmente en la producción de conocimiento en las ciencias. Para ser llamado científico, un método de investigación debe basarse en la empírica y en la medición, sujeto a los principios específicos de las pruebas de razonamiento. Se dice que es "un método o procedimiento que ha caracterizado a la ciencia natural desde el siglo XVII, que consiste en la observación sistemática, medición y experimentación, y la formulación, análisis y modificación de las hipótesis."

El método científico está sustentado por dos pilares fundamentales. El primero de ellos es la reproducibilidad, es decir, la capacidad de repetir un determinado experimento, en cualquier lugar y por cualquier persona. Este pilar se basa, esencialmente, en la comunicación y publicidad de los resultados obtenidos. El segundo pilar es la refutabilidad. Es decir, que toda proposición científica tiene que ser susceptible de ser falsada o refutada. Esto implica que se podrían diseñar experimentos, que en el caso de dar resultados distintos a los predichos, negarían la hipótesis puesta a prueba.

### **JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.**

La cesárea ha sido una intervención quirúrgica que cada vez es más frecuente por diversos motivos, incluso se puede decir que en ocasiones se abusa de este procedimiento, como lo demuestran algunos estudios realizados, lo cual obligó a normar los criterios para la realización de la cesárea, de tal manera que en la actualidad la OMS recomienda que dicho procedimiento no debe de rebasar el 15% del total de partos atendidos; en alguna literatura se ha demostrado que en los países en vías de desarrollo como el nuestro y en los hospitales particulares como en el que se pretende realizar el estudio estas cifras son rebasadas más allá de la media nacional, por lo que surge la inquietud de saber cuál es la frecuencia de la realización de las cesáreas y que tanto son rebasadas las cifras establecidas por la OMS, ya que hasta ahora no se conocen dichos datos en nuestro hospital.

Es interesante analizar las diferentes indicaciones que prevalecen en la actualidad con respecto a la realización de una cesárea, el propósito de esta investigación es conocer la frecuencia con que se practica en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud y así poder rescatar alguna recomendación o crear conciencia sobre el gran aumento de esta.

## **FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO.**

Decir viabilidad se refiere a la facilidad que se tiene para llevar a cabo esta investigación por lo tanto, el estudio es relativamente fácil de realizar ya que el personal de enfermería lleva un registro de todas las operaciones cesáreas realizadas, por lo que bastaría con vaciar la información en una hoja de registro para después valorar los datos importantes para la investigación.

Se tuvo el lugar: el Hospital, siendo una herramienta, donde se tiene acceso a los diferentes servicios, esto facilitó la investigación. Aunado a esto, se tuvieron los recursos materiales para el buen aprendizaje y mejor análisis.

Se tuvo acceso a la biblioteca para consultar libros, no se puede dejar de lado una herramienta fundamental: el Internet, del cual se obtuvo información permitiendo ampliar el conocimiento.

## **MARCO TEORICO.**

La operación cesárea es una de las cirugías obstétricas que se practican con mayor frecuencia en la actualidad, llegándose a realizar en aproximadamente un 15-20% de todos los partos en la mayoría de los centros hospitalarios a nivel mundial, registrando de esta manera un incremento de hasta 2 y 4 veces en los últimos años (3.4.). Solamente en los Estados Unidos de Norteamérica está calculado que son realizadas 620.000 operaciones cesáreas al año (5). Nuestro país, que no ha escapado a la tendencia mundial de intervencionismo, también registra un aumento importante en la frecuencia de operaciones cesáreas.

En este aumento ha influido notablemente la mayor importancia atribuida a la morbi-mortalidad perinatal, las mayores tasas de supervivencia neonatal en los prematuros muy pequeños y la carencia relativa de riesgos en la embarazada (3). La cual, sin embargo, por ser la operación cesárea una cirugía mayor y que como tal, está relacionada con lesiones que no se producen en el parto vaginal, tiene un

riesgo de 3 a 4 veces mayor que los partos vaginales. La liberación del feto por operación cesárea está asociada con una morbi-mortalidad materna más elevada así como mayores gastos para los diferentes sistemas e instrucciones del Sector Salud.

En el hospital donde se lleva a cabo la presente investigación, tiene una disponibilidad de 6 camas en el servicio de gineco-obstetricia privada y 20 camas en el servicio de gineco-obstetricia general, con un promedio ocupacional del 70%. Se atienden un promedio de 715 partos por año, de los cuales 483 son resultados de la operación cesárea, la misma que se estudiará en su frecuencia.

El nacimiento por operación cesárea puede preferirse en forma electiva debido a padecimientos existentes antes de la iniciación del trabajo de parto, o con mayor frecuencia, durante el trabajo de parto, cuando se decide esperar o intentar un parto vaginal puede poner en riesgo el bienestar materno-fetal.

Debido a la gran variedad de procesos por los cuales se realiza una operación cesárea, en el presente capítulo se tratarán de proporcionar hechos fidedignos en cuanto a la necesidad real de parto abdominal en diversas situaciones especiales dividiéndolas en causas maternas y causas fetales.

- **CAUSAS MATERNAS**

**Distocias.** La distocia es la causa más importante en la elevación de partos por cesárea. El término “distocia”, del griego “dys”, malo o anormal, y “tokos”, nacimiento; se usa para describir cualquier TP (Trabajo de Parto) que se prolongue y es la consecuencia de tres anomalías distintas que pueden entenderse en combinación con:

- Contracciones uterinas subnormales que no tienen la fuerza suficiente o no están coordinadas adecuadamente para vencer la normal resistencia de los tejidos blandos y el canal del parto que presentan al nacimiento.

- La presentación o desarrollo anormal del feto de tal forma que no pueda ser expulsado.
- Anomalías en el tamaño o características del canal del parto que presentan un obstáculo al descenso del feto.

La DCP (desproporción céfalo pélvica) verdadera, es el resultado de anomalías del producto y/o del canal del parto y en la mayoría de las veces no pueden remediarse; una vez que se ha iniciado el TP. El parto disfuncional en contraste, puede tratarse frecuentemente de manera óptima (4).

Para saber si en realidad un parto se encuentra obstruido, se requiere necesariamente saber lo que es normal. La dilatación normal de un TP sigue una curva en relación con el tiempo, según lo hace notar Friedman (4.6.). Otros autores, como Hendriks y Cols. (7), no admiten la fase de desaceleración tardía descrita por Friedman haciendo notar que el parto normal activo existe típicamente una aceleración más constante de la dilatación cervical. Estos puntos de vista, al parecer diferentes, no alteran el hecho de que cualquier prolongación importante de alguna de las fases descritas, antes o después de los cuatro centímetros de dilatación, constituye una disfunción uterina (3).

En las pacientes nulíparas la fase latente normal puede durar hasta 20 horas con una duración media de 6.4 horas, en las multigestas esta misma fase puede durar hasta 14 horas con una media de 4.8 horas. Las curvas normales en la fase activa son aproximadamente de 1 cm. de dilatación por hora en las nulíparas y de 1.5 cm. En las multigestas, la fase latente puede distinguirse del TP falso sólo en forma retrospectiva y puede prolongarse anormalmente por acción medicamentosa, analgésica o por anestesia de conducción. La operación cesárea practicada en la fase de conducción. La operación cesárea practicada en la fase latente es injustificada, a menos que haya otra indicación a parte de la distocia (4).

El fracaso de la evolución del TP es sólo en término descriptivo y de ninguna manera un diagnóstico (4). Antes de llegar al diagnóstico de DCP deben hacerse esfuerzos para evaluar la fuerza del TP. La palpación manual puede evaluar la fuerza del TP. La palpación manual puede evaluar la fuerza de las contracciones, aunque es muy aproximada. A este respecto los catéteres de presión intrauterina proporcionan una información precisa. Puede sospecharse una DCP verdadera si el cuello no dilata a una velocidad normal a pesar de contracciones efectivas de más de 50 mm. de mercurio, con duración de 45 – 60 segundos y que ocurren cuando menos una cada tres minutos. Si las contracciones son ineficaces debe considerarse el reforzamiento del TP con oxitocina mediante infusión intravenosa.

Varios estudios han demostrado que la simple deambulación es cuando menos tan eficaz como la oxitocina en el reforzamiento de la actividad uterina (8). Es importante evaluar si la falta de descanso es por fuerza inadecuada o por un producto grande o con presentación anómala. La DCP relativa causada por posición occipito-posterior persistente (OPP) o cabeza desflexionada, a veces puede corregirse manualmente, con fórceps o modificando la posición de la paciente (3.4.).

La prevención de la distocia ha sido planteada por varios autores (9.10.), comunicando cierta declinación en la mortalidad perinatal sin que aumente el índice de cesáreas. El primer principio debe ser el cuidado en el diagnóstico del parto. Todas las pacientes con moco sanguinolento, ruptura espontánea de membranas o borramiento completo del cuello uterino deben considerarse en TP y admitirse en un hospital. No deben darse analgésicos hasta comprobar la presencia de un TP efectivo, se inicia entonces un partograma y se realiza amniotomía artificial. Las pacientes que no progresen deben ser estimuladas con oxitocina y deben estar estrechamente vigiladas para auscultar continuamente la FCF (Frecuencia cardiaca fetal) y controlar la infusión continua de la oxitocina. Se tolera un período de 10 horas para lograr la dilatación completa y dos horas para el período expulsivo. Si no se produce el parto en ese lapso de tiempo se deberá

realizar el parto con aplicación de fórceps o bien, mediante operación cesárea.

Estos autores (9.10.) demostraron que la prevención de la intervención durante la fase latente del TP, junto con el tratamiento de apoyo a la fase activa verdadera, se puede reducir la necesidad de parto abdominal por cesárea (4).

**Cesárea previa.** Una de las controversias más antiguas en el campo de la obstetricia es el debate acalorado sobre el tratamiento óptimo de la embarazada con cesárea previa. Esta controversia se ha acentuado últimamente debido al gran aumento de operaciones cesárea por esta causa, llegando a incrementarse hasta en un 300% en el último decenio (4). El aforismo de Craigin en 1916 “una cesárea siempre será seguida de otra”, corresponde a una época anacrónica y sin embargo en la actualidad, la mayoría de los obstetras trata este aforismo arcaico como si fuera la conclusión de un estudio reciente. Estudios recientes apoyan la inocuidad de las pruebas de inducción del parto (11.12.).

Uno de los principales temores de los obstetras, es que se presente ruptura uterina al permitir un TP después de una o varias cesáreas previas. Esta ocurre con menor frecuencia en pacientes con cicatrices anteriores de cesáreas clásicas, pero es sumamente rara en pacientes con incisión uterina transversal baja previa (4.). La presencia de síntomas, hemorragia y morbi-mortalidad materno – fetal es mínima o no la hay cuando se presenta ruptura uterina durante el TP. En 1970, Yussman concluía que “es aparente que la ruptura de la cicatriz de una cesárea constituye una entidad sumamente distinta a la ruptura espontánea o traumática”. En un extenso repaso de la literatura de 1950 a 1980, Lavin incluyó 5,350 partos después de cesárea y no encontró ninguna muerte materna relacionada con la ruptura uterina (13). En conclusión, la ruptura espontánea o traumática del útero no cicatrizado frecuentemente es incompleta e imprevista. Por el contrario, la ruptura de una incisión uterina transversa baja previa, en la mayor parte de los casos, es incompleta y sin consecuencias (4).

El uso de oxitocina en pacientes con cesáreas previas se ha estudiado

ampliamente concluyendo que no hay aumento aparente del riesgo de usarla. No hay razón para pensar que una presión intrauterina dada, causada por la adición de la oxitocina sea más peligrosa para una cicatriz uterina que la misma presión alcanzada sin la adición (15). Aunque probablemente la inocuidad de las pruebas de inducción con oxitocina permanecerá en controversia durante años. Estos datos identificaron más de 600 casos sin incremento en la morbi-mortalidad materna o fetal.

El uso de la anestesia de conducción durante las pruebas de inducción ha sido preocupante para algunos autores por el riesgo de enmascarar el dolor de la ruptura uterina. En un estudio anterior se identificaron 600 pruebas de inducción del parto con anestesia regional y no se encontraron muertes maternas o fetales (4). Indudablemente se requieren más datos antes de llegar a una conclusión definitiva sobre el uso de la anestesia regional en las pruebas de inducción del parto con cesáreas previas.

Eglinton y Cols (16) concluyeron que el embarazo de post-término en mujeres con historia de cesárea previa puede tratarse exactamente

como si fueran mujeres que no hubieran tenido esa intervención. Estos autores encuentran que la paciente con una historia de cesárea previa que alcanza las 42 semanas de gestación presenta una situación muy incómoda para el obstetra, aunque muchas de ellas tienen fecha erróneas que es preciso determinar con exactitud.

Las pacientes escogidas correctamente con una cesárea transversal baja previa podrían tener un parto por vía vaginal después de una prueba de inducción con oxitocina, siempre y cuando el hospital en donde se realizar tenga instalaciones adecuadas y médicos capaces de realizar una cesárea de urgencia.

Se puede afirmar que cuando menos tres de cada cuatro mujeres tendrán parto vaginal después de cesárea previa (4).

Revisando la mortalidad materna por cesárea, se sabe que es de una muerte por cada 1000 cesáreas y la cifra correspondiente a la cesárea de repetición es de una por cada 5000 (17). Por lo tanto, es de suponer que estas pruebas de inducción previenen dos muertes maternas. Aún ocurriendo una muerte materna ocasional debido a rotura de una incisión uterina transversa baja, indudablemente no probaría que la cesárea repetida electiva es más segura para la madre. La mortalidad perinatal es también baja en estas entidades en comparación con la mortalidad causada por una cesárea de repetición electiva (16).

**Estrechez pélvica.** Tratase de cualquier reducción de los diámetros pélvicos o cualquier distorsión morfológica que reduzca la capacidad pélvica. Estas se clasifican en:

- Estenosis del estrecho superior, limitado por detrás por el promontorio sacro, externamente por la línea Terminal y por delante por la sínfisis del pubis, se encuentra reducido si su diámetro anteroposterior más corto es de 10 cm. o menos, este diámetro usualmente se mide por el conjugado diagonal, el cual debe ser mayor de 11.5 cm.
- Estenosis de la pelvis media, que se encuentra limitado por detrás por el sacro, externamente por la espina ciáticas y por delante por la sínfisis del pubis. Si la distancia entre ambas espinas ciáticas es inferior a 8 cm. Se considera que la pelvis media es estrecha. Las medidas promedio de la pelvis media son: transversa 10.5 cm., anteroposterior (del borde inferior de la sínfisis del pubis al punto de unión entre las vértebras sacras IV y V), 11.5 cm. y el sagital posterior (de la parte media de la línea interespinosa al mismo punto del sacro) de 5 cm.
- Estenosis del estrecho inferior que está limitado externamente por las tuberosidades isquiáticas, por detrás por la punta del sacro y por delante por el arco de la sínfisis púbica. Un arco púbico estrecho

disminuye el diámetro anteroposterior eficaz.

- Combinaciones de estenosis del estrecho superior, parte media y estrecho inferior de la pelvis (2.3.).

Incluso en las manos más expertas, las determinaciones clínicas de los diámetros pélvicos son simples estimaciones y al menos que la pelvis materna sea claramente pequeña, su capacidad puede demostrarse únicamente mediante una prueba de parto. Si hay un retraso en la detección del TP, se debe realizar una valoración intensiva de las relaciones pelvifetales antes de llevar a cabo cualquier tratamiento (3). En algunos centros hospitalarios se usa la pelvimetría radiológica. Si esta pone de manifiesto unas medidas claramente inadecuadas, debe practicarse una operación cesárea sin intentar iniciar de nuevo el TP.

Debe tenerse en cuenta que la pelvis materna es tan solo uno de los tres parámetros que determinan el éxito de un parto (1).

La administración de oxitocina en cualquier forma de reducción pélvica, a no ser que la cabeza ha rebasado el punto de obstrucción, puede ser catastrófica para el feto y puede romper el útero de la futura madre.

El empleo de fórceps para realizar el parto en la reducción de la pelvis media ha sido la causa responsable de la mayor parte de los traumatismos vinculados a la aplicación de fórceps (2).

**Placenta previa.** Se incluyen en este apartado todos los casos de implantación anormal de la placenta, en la que un sangrado abundante, cualquiera que sea el sitio de la inserción, motiva la operación, también se incluyen los casos de placenta previa total central, los cuales se operan aún sin sangrado activo. Este tipo de indicación de operación cesárea ha ido aumentando con el tiempo desde el decenio de 1930 hasta nuestros días, con lo que ha logrado una disminución importante de la morbi-mortalidad materna y fetal.

La operación cesárea es en la actualidad el método aceptado para el parto en prácticamente todos los casos de placenta previa, sobre todo cuando ponga en peligro por un problema de hemorragia, tanto la vida de la madre como del producto. Para justificar la cesárea en presencia de un feto muerto es de nuevo necesario comprender que el parto abdominal es realizado principalmente a favor de la madre.

Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. Esta entidad presupone un accidente grave, característica clínica de la mayoría de los casos de esta complicación. Pueden aparecer todos los grados de desprendimiento desde un área de pocos milímetros de diámetro hasta la placenta entera. Se considera desprendimiento prematuro de placenta cuando en una inserción normal, se separa de la basal decidual después de la veintava semana y antes del tercer estadio del parto.

Cuando se presenta un desprendimiento prematuro de la placenta debe intentarse acelerar el parto en todos los casos. Antiguamente se utilizaban límites de tiempo para provocar el parto, sin embargo, la conducta actual es de no dar importancia al tiempo, sino más bien a la compensación de la pérdida sanguínea de la madre. Una vez hecho el diagnóstico, debe hacerse amniotomía artificial para facilitar la dilatación instaurando de inmediato una conducción con oxitocina. En esta entidad es preferible el parto por vía vaginal y la operación cesárea sólo estará indicada en:

- Cuando aparece sufrimiento fetal y la expulsión vaginal no es inminente.
- En los casos de desprendimiento placentario grave con feto viable.
- Cuando la hemorragia es lo suficientemente grave para poner en peligro la vida de la madre.
- En las pacientes en quienes ha fracasado la prueba de parto (3).

**Problemas de anexos uterinos.** Los problemas de este tipo son básicamente relacionados con la presencia de tumoraciones. Aunque todas las variedades de tumores ováricos pueden complicar el embarazo, los más frecuentes son los quistes. La mayoría de las veces los tumores de anexos uterinos no fijos se deslizan hacia arriba de la pelvis a la par que el crecimiento uterino. En todos estos casos, la utilización de la operación cesárea no se puede sistematizar, puesto que depende del criterio médico para valorar el sitio, tamaño e interferencia que pudiera tener dicho tumor con el trabajo de parto, de ahí que a pesar del gran número de estas tumoraciones, sólo unas cuantas ameritan la operación cesárea. Otras entidades capaces de crear problemas a la hora del parto y que se han reportado aunque con menor frecuencia son el enterocele y la vejiga distendida (distocia de vejiga).

**Problemas en el útero.** Aunque los padecimientos uterinos capaces de indicar una operación cesárea son varios, en la práctica son cuatro los problemas principales a saber:

- Infección. Con mayor frecuencia de lo esperado se presenta infección uterina en el embarazo, casi siempre en forma de amniotias, lo que para algunos autores constituye una indicación de operación cesárea. Por el contrario, en caso de infección hay que aumentar las precauciones antes de indicar una operación cesárea, por lo que se recomienda que sólo en aquellos casos en que la infección se acompañe de algún problema obstétrico concomitante, debe hacerse la operación cesárea (1).
- Peligro o sospecha de dehiscencia de cicatriz previa. Esta es una de las causas de las cuales se abusa para efectuar una operación cesárea, operándose indebidamente más de la mitad de los casos que indican la cesárea por este motivo. Anteriormente se seguía la rutina de efectuar cesárea en todas aquellas pacientes que habían sufrido ruptura uterina previa (1). En la actualidad debe darse una prueba de

trabajo de parto bajo estrecha vigilancia materna y fetal.

- Cirugía ginecológica previa sobre el útero es indicación de operación cesárea. Para evitar en primer lugar la ruptura del órgano y, en segundo lugar, para conservar el éxito obtenido. Se trata principalmente de las operaciones para tratamiento de las anomalías congénitas, o bien, para extraer miomas o fijar el útero.

Otras indicaciones que ocasionalmente son vistas en la realización de operaciones congénitas, desviaciones uterinas de los medios de fijación, y miomatosis uterina.

**Problemas en el cuello uterino.** La mayoría de las veces de distocia cervical es consecuencia de alteraciones en la actividad uterina y consiste usualmente en el llamado cérvix espástico o conglutinado con inversión del triple gradiente descendente. Se han incluido en este apartado problemas de tipo anatómico como fibrosis cervical, cicatrices retráctiles de desgarros anteriores, anomalías congénitas y desviaciones y fijaciones por procesos adherenciales o tumorales. Este tipo de indicaciones es raro y en la actualidad se duda que la distocia cervical pura sea una causa real para operación cesárea.

Cuando se presenta carcinoma del cuello uterino y embarazo, está indicado terminar éste mediante operación cesárea, principalmente en el carcinoma invasor. Algunos autores recomiendan realizar cesárea histerectomía junto con linfadenectomía extensa (Sall. Rini y Pineda. 1974, Thompson y Cols en 1975). En el caso de carcinoma In Situ. La tendencia general es permitir el parto por vía vaginal. La terapeuta quirúrgica radical inmediata o la radiación posterior dependerán del grado de invasión y de las normas terapéuticas.

Cuando existe cirugía cervical previa, por ejemplo en la operación de Manchester, y la paciente logra un embarazo a término, está indicando terminar ese embarazo mediante operación cesárea. De la misma manera, en los casos de

infertilidad por incompetencia ístmico cervical en la que por medio de una operación de Shirodkar, la paciente consigue llevar a término su embarazo.

En cuanto a las cicatrices retráctiles, las anomalías anatómicas y los tumores cervicales cuando son voluminosos y actúan como tumor previo, son causas de operación cesárea al impedir casi siempre una adecuada dilatación del cuello uterino.

**Problemas de la vagina.** Constituyen una entidad rara que por sí misma indique una operación cesárea, al impedir el descenso del producto. Los tabiques longitudinales casi nunca ocasionan problemas y los transversales, como casi siempre son completos, impiden la fecundación. Pueden presentarse también traumatismos y procesos inflamatorios.

Por otra parte, los procesos cicatrizales, los tumores, endometriosis, varices externas y vaginismos capaces de actuar de manera desfavorable en el parto, son raras.

**Problemas valvulares.** Un hecho semejante al anterior ocurre con los procesos valvulares capaces de indicar una operación cesárea y estos son rarísimos. Los más frecuentes son las varices, los traumatismos y los procesos cicatrizales. Los condilomas acuminados, el herpes genital y la presencia de tumores malignos de la vulva también deben considerarse como indicaciones de operación cesárea (1).

**Pre eclampsia-eclampsia.** El recurso terapéutico para estos padecimientos es, sin lugar a dudas, la terminación del embarazo. Si esto no se consigue por medio de una inducto-conducción adecuada, está indicada la operación cesárea sin espera a estudios finales para decidir la intervención, en donde la mortalidad materna y fetal es enorme. Esto no quiere decir que invariablemente en todos los casos de pre eclampsia-eclampsia el tratamiento de elección deba ser la operación cesárea, sino que cuando, por no responder adecuadamente al tratamiento médico instituido a estar en peligro la vida del feto, deba

interrumpirse con urgencia el embarazo por medio de una operación cesárea.

**Nefropatías.** Los padecimientos renales graves con frecuencia impiden la llegada de un embarazo al término, en el supuesto caso que la paciente nefrópata haya logrado embarazarse. La resolución de un embarazo a término en este tipo de paciente exige una valoración adecuada de la paciente en particular y de su embarazo. Si existen indicaciones obstétricas sobre agregadas, serían precisamente éstas las que indicaran la operación cesárea en un momento dado, más que la propia enfermedad en sí.

**Cardiopatías.** Son raros los casos con padecimiento cardiovascular que ameriten operación cesárea. Las principales son cardiopatías descompensadas y pacientes con valvuloplastía previa. Pueden incluirse aquí, las pacientes cardiópatas a las que se les practica una operación cesárea en estado agónico, es decir, prácticamente son operaciones postmortem. Estas aclaraciones se hacen porque debe hacerse sólo por causa obstétrica puesto que el vaciamiento uterino aumenta bruscamente hasta un 45% el gasto cardiaco (18).

**Problemas broncopulmonares.** Cualquier proceso bronco pulmonar incluida la tuberculosis, no es en sí motivos para indicar una operación cesárea. En estos pacientes lo que se aconseja, al igual que en los cardiópatas, es acortar el segundo periodo de TP mediante aplicación de fórceps profilácticos. Ocasionalmente las enfermas con insuficiencia respiratoria aguda son sometidas a operación cesárea, sin embargo, no siempre debe ser así.

**Primiparidad añosa.** Una operación cesárea en estas condiciones está encaminada a reducir la mortalidad fetal (19). En el 50% de las primíparas de 40 años o más se efectúa la operación cesárea. Esto da margen bastante amplio y se cree que hay un franco abuso en este aspecto tomando como argumento que se trata de “un producto valioso”.

**Otras causas.** Existe una variedad de problemas fuera del área genital que

ocasionalmente indican una operación cesárea. Entre estas tenemos los trastornos psíquicos como el terror al parto, cosa desde luego, de ninguna manera está indicada una operación cesárea, otras causas son los problemas neurológicos de paraplejia, hemiplejia, los accidentes generales como quemaduras, los traumatismos sobre la pelvis y los miembros inferiores con fracturas y que por el yeso o aparatos ortopédicos, impidan el parto vaginal, las heridas abdominales contusas, punzantes o por proyectil de arma de fuego interesando o no, el útero. Ocasionalmente en la edad reproductiva de la mujer por haber carcinoma de partes vecinas al útero como cáncer de recto, vejiga o uretra que pueden indicar en un momento dado una operación cesárea.

En la actualidad no debe incluirse dentro de las indicaciones de operación cesáreas el llamado “parto prolongado”, y una consecuencia del mismo, el agotamiento materno, el cual hace todavía algunos años se consideraba como una de las causas más frecuentes de cesárea. Una falla durante el proceso de TP debe descubrirse a tiempo y nunca esperarse hasta los estadios finales de los partos mal tratados. No hay que motivar operaciones innecesarias, cuando se indica correctamente, la operación cesárea debe realizarse a tiempo y no tardíamente.

#### ▪ CAUSAS FETALES

**Presentación de nalgas.** Esta presentación como indicación de operación cesárea ha ido aumentando poco a poco su importancia debido a que las cifras de morbi-mortalidad del feto son mucho menores en la operación que cuando son atendidos por vía vaginal.

La presentación de nalgas aparece en un 3 – 4 % de todos los partos siendo una de las presentaciones anormales más frecuentes. Los riesgos inmediatos del parto de nalgas son: la DCP., accidentes del cordón, atrapamiento cervical y lesiones de la médula espinal, el hígado, las suprarrenales o el bazo. Entre los riesgos tardíos encontramos con frecuencia la parálisis cerebral,

trastornos en el aprendizaje y las disfunciones cerebrales. En algunos estudios (20) se ha calculado una mortalidad perinatal tres veces superior en el parto de nalgas que en el parto de vértice.

Dentro de esta indicación de operación se comprenden principalmente dos tipos de pacientes: la presentación pélvica en casos de pacientes con una operación cesárea previa y la presentación pélvica en pacientes nulíparas. Ambas situaciones son siempre indicación de operación cesárea para muchos obstetras, agregándoles a ellas, cualquier otra causa para complementar las indicaciones de cesáreas en un parto pélvico (1). En general la operación cesárea ha sido usada en las siguientes circunstancias:

- Presentación de nalgas y feto grande, considerando que cualquier producto con peso calculado de 3500 gr. o más. Debe ser extraído por operación cesárea, incluso con pelvis materna normal. Por el contrario, en los prematuros de presentación pélvica también deben ser extraídos por operación cesárea debido a la mayor morbi-mortalidad del parto vaginal en los prematuros y el riesgo de atrapamiento de la cabeza fetal en el cuello como consecuencia de la menor proporción cabeza-cuello en la prematurez, relacionándose con una mortalidad del 25% durante el parto vaginal.
- Presentación de nalgas y cualquier grado de contracción o forma desfavorable de la pelvis.
- Presentación de nalgas y cabeza en hiperextensión, pues ésta cursa con un 25% de transacciones de la médula espinal si se realiza parto vaginal.
- Presentación de nalgas sin actividad uterina pero con indicaciones fetales o maternas de parto.
- Presentación de nalgas y disfunción uterina.

- Presentación de nalgas y pies, pues la posibilidad de compresión del cordón umbilical prolapsado o de un cordón enredado alrededor de las extremidades es un riesgo importante para el feto.
- Producto valioso.
- Presentación de nalgas y muerte perinatal previa.
  - Presentación de nalgas y solicitud firme de esterilización por la madre (2.3.).

Con una valoración adecuada como puede lograrse un parto vaginal en una presentación de nalgas francas. El médico que defiende ingenua o intencionadamente cualquier parto fuera de un marco hospitalario, no se da cuenta de los peligros de un parto, o bien, es insensible al bienestar materno-fetal (2). Se ha señalado que la piedra de toque para conocer la habilidad y el buen juicio del obstetra es la atención de un parto pélvico (1).

**Situación transversa.** Se presenta cuando el hombro o el brazo del feto aparecen por delante del cuello. La frecuencia varía de partos, siendo mayor en los fetos de menos de 150 gr. y en las gestaciones múltiples (3).

El diagnóstico se realiza cuando el hombro se encuentra por encima del estrecho superior y no es visible, a través de la vagina, ninguna parte presentada, cuando a través de la vagina es visible un brazo, un hombro, o la caja torácica, cuando a nivel del abdomen la cabeza se palpa en una fosa ilíaca y las nalgas en la otra, y cuando el tamaño del fondo uterino no coincide con la edad gestacional. La causa de la situación transversa es variada: placenta previa, pretérmino, abdomen péndulo, multiparidad, contractura pélvica, embarazo múltiple, hidramnios, feto muerto, miomas, anomalías fetales o uterinas (3).

El tratamiento consiste usualmente en operación cesárea si se detecta una vez establecido el TP, prefiriendo realizar incisión uterina tipo Kronig para facilitar la extracción. Si la paciente no se encuentra en TP, debe localizarse la placenta

por ultrasonido para descartar placenta previa y determinar si el feto presenta anomalías importantes o si existen tumores pélvicos. Si una palpación cuidadosa del fondo, cuello o anexos no pone de manifiesto ninguna anomalía, puede intentarse una versión externa suave para transformar la situación transversa en una de vértice o de nalgas. La situación oblicua se ha denominado inestable ya que puede convertirse espontáneamente en una presentación occipital o de nalgas. Debido a que la ruptura de membranas constituye un gran riesgo de prolapso de cordón, debe considerarse la operación cesárea en el momento oportuno (3).

El parto espontáneo vaginal de un niño totalmente desarrollado es del todo imposible en las situaciones transversas persistentes ya que la expulsión no puede llevarse a cabo. El parto en las situaciones transversas aumenta en cierto grado el riesgo materno y en gran proporción los riesgos para el feto. Puede presentarse ruptura uterina espontánea, o bien traumática debido a la extracción y versión tardías y mal efectuadas.

**Presentación compleja.** En estas presentaciones, una extremidad fetal se prolapsa junto con la parte en presentación para entrar simultáneamente en el canal pélvico.

El diagnóstico se establece mediante la palpación de una extremidad, bien de un pie o un brazo, junto a la cabeza o las nalgas. En aproximadamente un 10% se produce prolapso de cordón.

El tratamiento de la presentación compleja debe ser expectante, la extremidad prolapsada no debe tocarse ya que por lo general se desplazará espontáneamente y tendrá lugar un parto vaginal normal. Si se produce impactación, puede intentarse elevación del miembro prolapsado y empujar simultáneamente la cabeza hacia abajo por presión en el fondo uterino. La operación cesárea sólo debe dejarse para cuando el parto se interrumpa o haya datos de sufrimiento fetal.

**Presentación de frente y de cara.** Es una presentación rara produciéndose en menos partos. La evolución habitual del TP en la presentación de cara es la conversión a una presentación occipital, pero por lo general se produce un retraso en el descenso. La presentación de frente se debe a una flexión inadecuada de la cabeza. Los factores predisponentes son: DCP, cabeza no encajada en el momento de ruptura de membrana, hidramnios, circular de cordón, placenta previa, gran multiparidad o bien, un niño muy pequeño en una pelvis muy grande.

El tratamiento consiste en observación durante el primer estadio del TP ya que en 2/3 partes se convierten en una presentación de cara y occipicio. Si el feto es grande y la conversión no se produce rápidamente, está indicando practicar una cesárea.

La presentación de cara se produce cuando la cabeza está hiperextendida para que el occipicio se ponga en contacto con la espalda. Se presenta en aproximadamente 1:600 partos o un porcentaje de 0.17% (3). El diagnóstico siempre será por examen vaginal encontrado ausencia de fontanelas o de suturas, eminencias malares prominentes formando un triángulo con la boca y se palpa fácilmente las orejas. El tratamiento es expectante como en la mayoría de los casos de posición mentoniana posterior no puede tener lugar al parto vaginal y es obligado realizar una cesárea (3). Sin embargo, en ausencia de una pelvis contraída y en presencia de contracciones uterinas eficaces sin manifestaciones de sufrimiento fetal, normalmente seguirá un parto vaginal satisfactorio.

**Posición occipito-posterior persistente (OPP).** Es una de las causas más frecuentes de retraso del segundo período del TP. En la mayoría de los casos, la cabeza fetal sufre un giro espontáneo y adopta la posición anterior sin dificultad seguida de un parto normal. Sin embargo en 5% de los partos esta rotación no se lleva a cabo dando lugar a una posición OPP. No se conoce las causas en exactitud de esta falta de rotación, pero suele aparecer en las pacientes con estrechamiento transversal del plano medio de la pelvis y con paredes pélvicas convergentes. La pelvis antropoide predispone a esta presentación así como la

platipeloide y la androide (3). Las posibilidades de parto vaginal son:

- Esperar el parto espontáneo.
- Parto con fórceps dirigiendo el occipucio a una posición posterior.
- Rotación del occipucio con el fórceps a una posición anterior.
- Rotación manual de la posición seguida de un parto con fórceps.

Los fórceps usados para estos fines son: Simpson-Luikart si la cabeza está moldeada, Tucker-McClane si no lo está. Así mismo se usarán fórceps Kielland como rotadores en la cabeza posición occipito-transversa (2), y cuando la cabeza se detiene en la parte media de la pelvis (parada en transversa profunda en pelvis androide) se utilizan con buenos resultados los fórceps de Barton. Últimamente se ha difundido el uso del extractor al vacío para tratar estas posiciones.

## **1. FUENTES DE INFORMACIÓN**

1. Ruiz Velazco V. La operación cesárea. 1ª ed. La prensa Medica Mexicana. México, D.F., 1971.
2. Pritchard, J.A. and Mac Donald, P.C. obstetricia de Williams. 15ª edición. Editorial Salvat Editores, México, 1985.
3. Niswander K.R, Manual de obstetricia. Diagnóstico y tratamiento, 2ª ed. Salvat editores, Barcelona, 1984.
4. Pitkin, R. M., Scott, J. R. Cesárea, Clínicas obstétricas y Ginecológicas. Vol. 4/1985 1º. Ed. Interamericana. México, D. F., 1986.
5. David E. y Cols. Antibiotic Therapy to the Post-partum Endometritis Treatment; Obstetrics and Gynecology. Vol. 69, mun. 1. p.p. 354. 1987.

6. Friedman E. A., Labor; Clinical Evaluation and Management. 2<sup>a</sup>. Ed. Appleton-Century-Crofts. 1982.
7. Hendriks C. H., Brenner W. E., and Kraus G. Normal Cervical Dilation Pattern in Late Pregnancy and Labor ; AM. J. Obstet-Gynecol. 1970, 106:1065.
8. Read JA. y Cols. Randomized Trial of Ambulation Versus Oxytocin for Labor Enhancement; a Preliminary Report. AM. J. Obstet Gynecol. 1981, 13:669.
9. O'Driscoll K, Foley M. Correlation of Decrease in Perinatal Mortality and Increase in Cesarean Section Rates. Obstet-Gynecol. 1983, 61:1.
10. Driscoll K, Foley M., Mac Donald D. Active Management of Labor as an Alternative to Cesarean Section for Dystocia. Obstet-Gynecol. 1984, 63:485.
11. Carlson C, Nybell-Lindahl G, Ingermarson J. Extradural Block in Patients Who has Previously Undergone Cesarean Section. Br. J. Anesthes, 1980, p.p. 829.
12. Rudick V. Niu D. Hetman, Pen M., Geller E. Avni A. Golan A. Epidural Analgesia for Planned vaginal Delivery Following Previous Cesarean Section. Osbtet-Gynecol. 1984, 64:621.
13. Yussman M, Haynes M. Rupture of the Gravit Uterus, a 12 years Study. Obstet-Gynecol. 1970, 36:115.
14. Costelazo A. L. Obstetricia. 5<sup>o</sup> Ed., México, D. F., 1978. p.p. 527
15. Flamm BL. Dunnet C. Fishermann E., Quilligan EJ: Vaginal Delivery Following Cesarean Section; Use of Oxitocin Argumentation and

- Epidural Anesthesia with Internal Tocodynamic and Internal Fetal Monitoring. AM. Obstet-Gynecol. 1984. 148:759.
16. Eglinton G. Phelan J. Yeh D. Diaz F. Wallace T. Paul R: Outcome of a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery. J. Reprod. Med. 1984, 29:3.
17. Klein L. Cesarean Birth and Trial of Labor, Female Patient. 1984, 9:106.
18. Adams JG. Hemodynamic Effects of Cesarean Section. AM. J. Obstet-Gynecol. 1961, 82:673.
19. Baird D. Contribution of operative obstetrics to Prevention of Perinatal Dearth. J. Obstet-Gynec. 1973, 70:204.
20. Rovinsky JJ. Et al Management of the Breech Presentation at Term. J. Obstet-Gynecol. 1973, 115:497.
21. Carmen Soto. Efectos del apoyo social en nulípara durante el embarazo y parto. Proyecto N° 202; 84B: 0.10-1.0.
22. Myers RE. Condition Leading to Perinatal Brain Damage in the Non Human Primate. In. PG. Crosignari and G. Pardi. (Eds). Fetal Evaluation Lung Pregnancy and Labor. Academic Press, New York, 1971.
23. Garite J. Thomas MD., Towers Craig M., Seeking the Cause of Transient Tachicard. Comtemp. Ob-Gyn. p.p. 36-40, 1986.
24. North AF, Jr. Et al. Birth Weight Gestational Age and Perinatal Dearth in 5471 Infants of Diabetic Mothers. J. Pediatrics. 1977, 90:446.

25. Steubens JA, et al, Outcome at Ages 1,3 and 5 years in Children Born to Diabetic Women. *Obstet-Gynecol. Surv.* 1977, 32:455.
26. Gabbe SG, Congenital Malformations in Infants of Diabetic Mothers. *Obstet-Gynecol. Surv.* 1977, 30:129.
27. Felig P, Body Fuel Metabolism and Diabetes Mellitus in Pregnancy. *Med. Clin. North AM.* 1977, 61:5.
28. Benson RC, Shubeck F, Beutchberger J, Fetal Heart Rate as a Predictor of Fetal Distress, a Repor From the Colaborative Proyect. *Obstet-Gynecol.* 1968, 32:259.
29. Roberto A. V. Y Antonio F. Historia de la Obstetricia y la Ginecología en Latinoamérica. Edit. Flasog. Imprenta Distrital de Bogota. 1970.
30. Ara C, Borrcis R, Rosell I: Anestesia en la cesárea. En Miranda A: Tratado de Anestesiologías y Preanimación en Obstetricia: Principios Fundamentales y Bases de Aplicación Práctica. Barcelona, Masson S,A. 1997; p. 513-55.
31. Rosen M. et al. the Cesarean Birth Task Force National Institute of Health. Consensus Developtment Statement on Cesarean. *Child birth. Ostet-Gynecol.* 1981, 57:537.
32. Parazzini F, Pirota N: determinants of Cesarean Section rates in Italy. *Br. Obstet-Gynecol.* 1992; 99:203-206.
33. Placek P, Taffel S: The cesarean future. *AM Demog.* 1987; 9 46-47. A TPS  
FLSO RADERO I.

34. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/tecnica-cesarea.html>.
35. <http://www.crecerjuntos.com.ar/cesarea.htm>.
36. <http://www.tuotromedico.com/temas/cesarean.htm>.
37. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002911.htm#visualcontent>.
38. <http://www.codamedver.gob.mx/1cesarea.thmn>.
39. [http://www.comexan.com.mx/revista/vol123\\_oct-dic/anestesia\\_general\\_en\\_la\\_cesarea.htm](http://www.comexan.com.mx/revista/vol123_oct-dic/anestesia_general_en_la_cesarea.htm).
40. Rojas S.R. Guía para realizar investigación. Ed. Sociales. México, Textos Universitarios, FCPS, UNAM, 1979.
41. Rojas S.R. El procedimiento de la investigación científica. México, Trillas, 1980.
42. Zorrilla A.S. Introducción a la metodología de la investigación. México, Aguilar León y Cal Editores, 1989.
43. Hernández S.R. y cols Metodología de la investigación. Editorial McGraw-Hill, 2003. Tercera Edición.
44. Schmelkes C. Manual para le Presentación de Anteproyectos e informes de investigación (tesis). Segunda edición, Oxford. University press. 1998.

## 2. ANEXO

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.

Entrevista para conocer índice de casos de operación cesárea.

**Objetivo:** Se busca ofrecer a la comunidad una información precisa acerca de los factores de riesgo en la población reproductiva que pueden ocasionar se realice una operación cesárea.

1) ¿Has tenido hijos?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2) ¿Cuántos hijos has tenido?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3) ¿Cuántos de ellos han nacido por medio de parto?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4) ¿Tienes más de 25 años de edad?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5) ¿En tu último embarazo tuviste alguna complicación?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6) ¿Tu último embarazo llego a término?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

7) ¿te han realizado operación cesárea?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

8) ¿en caso de que la pregunta anterior sea positiva explica por qué?

---

---

9) ¿Conoces los riesgos que esta operación implican?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

10) ¿Te gustaría que se te informara acerca de los riesgos durante el embarazo?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

¿Tienes algún comentario?