



:

..

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**“IMPACTO DEL SUBCOMITÉ DE OPERACIÓN CESAREA DE PRIMERA
VEZ EN EL H.R. LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS I.S.S.S.T.E.”**

Trabajo de Investigación que presenta:

DR. JOEL HERRERA CÍNTORA

Para obtener el Diploma de la Especialidad en

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Asesor de Tesis:

DR. JOSÉ ADRIAN TOLENTINO LOPEZ

No. De Registro de Protocolo: 129.2016



2016

Ciudad Universitaria, Cd. Mx.



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.

DR. DANIEL ANTONIO RODRIGUEZ ARAIZA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. GUILBALDO PATIÑO CARRANZA
JEFE DE ENSEÑANZA

DRA. MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ ARELLANO
JEFE DE INVESTIGACIÓN

**DRA. MARIA DEL CARMEN GARCIA MARTINEZ
PROFESOR TITULAR**

**DR. JOSE ADRIAN TOLENTINO LÓPEZ
ASESOR DE TESIS**

RESUMEN

Antecedentes: Los hospitales del sector salud y en especial el medio particular, se ha observado un abuso excesivo en la práctica de la operación cesárea. En algunos países Latino Americanos Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México rebasa el 50%. La Organización Mundial de la Salud menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor del 10-15%; sin embargo se ha incrementado su frecuencia en las dos últimas décadas. La alta frecuencia de cesáreas ya se considera un problema de salud pública y se sospecha que esta situación se va a agravar en los siguientes años. Hay un desproporcionado incremento de la operación cesárea en el segundo periodo del trabajo de parto.

Objetivo: Evaluar el Impacto del Subcomité de operación cesarea de primera vez en el H.R. Lic. Adolfo López Mateos I.S.S.S.T.E.

Materiales y Métodos: En el Servicio de ginecología y obstetricia con formación de subcomité de operación cesaréa de primera vez la cual disminuirá el índice operación cesárea, la muestra seran todas las pacientes intervenidas mediante operación cesarea, se excluye las pacientes las cuales se les practico la operación cesaréa en una o más ocasiones previas o terminación de embarazo vía parto vaginal. Se registró en el subcomité para evaluación de cesárea de primera vez y se evaluará anualmente de los índices de cesáreas.

Resultados: En 2011 el total de 1343 pacientes, 427 pacientes se les realizó la operación cesárea de primera vez, tasa de 31.7% anual, pero con tasa de cesáreas global (primera vez y subsecuente) de 66.3% anual y con una tase de partos de 28.4% anual. En 2012 el número total de pacientes fue 1454 pacientes, se les realizó la operación cesárea de primera vez a 550 pacientes para una tasa de 37.8%, contándose con un total de 992 operaciones cesáreas con una tasa anual global de cesáreas de 68.2% y un total de partos de 462 partos que representa una tasa de partos de 31.7% anual. Durante el año 2013 el total de 1248 pacientes, de las cuales se les realizó la operación cesárea de primera vez a 557 pacientes tasa de 44.6%, contandose con un total de cesáreas de 866 pacientes representando el 69.3% y fue durante este año que se observó un aumento considerable de las operación cesárea iterativa con una tasa de 8.4% comparada con los años previos (de 4.4% para 2011 y de 6.2% para 2012). Estadísticamente podemos ver que en cuanto a las cesáreas hubo una disminución, y que los partos no variaron mucho más bien se mantuvieron, estas variaciones pueden ser el resultado del tamaño de la muestra, el comportamiento estadístico de los datos suele variar mucho sino tenemos una muestra representativa estadísticamente que nos lleve hacer comparaciones entre muestras similares.

Conclusiones: el estudio demostró que la formación del subcomité de operación de cesárea de pimera vez es insuficiente en esta unidad hospitalaria puesto durante la duración y funcionamiento de dicho subcomité permitió el aumento de la tasa de cesárea de 3% en 3 años, y sobre todo por fuera de los estándares internacionales establecidos por la Organización Mundial de la Salud que es máximo de 15% teniendo en 2013 una tasa de 69.3%.

Palabras clave: índice de parto, índice de cesárea, cesárea primera vez, cesárea subsecuente, subcomite.

ABSTRACT

Background: Hospitals health sector and especially the particular environment, there has been an excessive abuse in the practice of caesarean section. In some Latin American countries Chile, Argentina, Brazil, Paraguay and Mexico exceeds 50%. The World Health Organization states that no region of the world in a higher incidence of Caesarean operation 10-15% is justified; but their frequency has increased in the last two decades. The high frequency of Caesarean operation longer considered a public health problem and suspect that this situation will worsen in the following years. There is a disproportionate increase in caesarean operation in the second period of labor.

Objectives: Evaluate the Impact of the Subcommittee on Caesarean operation the first time in the H.R. Lic. Adolfo Lopez Mateos I.S.S.S.T.E.

Materials and Methods: In the Service of gynecology and obstetrics training subcommittee Caesarean first time which will reduce the Caesarean section rate, the sample will all patients operated by Caesarean section, patients which underwent caesarean section in an excluded or more occasions prior or termination of pregnancy via vaginal delivery. It was recorded in the subcommittee for evaluation of first-time Caesarean and evaluated annually caesarean section rates.

Results: In 2011 the total of 1343 patients, 427 patients underwent caesarean section first-time rate of 31.7% annually, but overall rate of caesarean sections (first and subsequent) of 66.3% annually and with a tase of deliveries 28.4 % annually. In 2012 the total number of patients was 1454 patients, underwent a Caesarean section first 550 patients for a rate of 37.8%, counting a total of 992 caesarean sections with an overall annual rate of caesarean section 68.2% and total deliveries of 462 deliveries representing a birth rate of 31.7% annually. During 2013 the total of 1248 patients, of which underwent a Caesarean section first 557 patients rate of 44.6%, counting a total of caesarean sections of 866 patients representing 69.3% and it was during this year that he observed a significant increase in caesarean section iteratively with a rate of 8.4% compared to the previous years (4.4% for 2011 and 6.2% for 2012). Statistically we can see that in terms of caesarean sections was a decrease, and that deliveries did not vary much more remained, these variations may be the result of sample size, the statistical behavior of the data tends to vary a lot but we have a sample statistically representative that leads us to make comparisons between similar samples.

Conclusions: The study showed that the formation of the subcommittee Caesarean section of first time is insufficient in this hospital because for the duration and operation of the subcommittee allowed the increased rate of caesarean 3% in 3 years, and especially outside international standards set by the World Health Organization is taking up to 15% in 2013, a 69.3% rate.

KeyWords: birth rate, rate of cesarean section, cesarean first time, subsequent cesarean subcommittee.

AGRADECIMIENTOS

A mi padre Joel por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi madre Reyna por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi hermano Paul por ser el ejemplo de un hermano mayor y de la cual aprendí aciertos en momentos difíciles.

A mi novia, mejor amiga y prometida, Helenia Arizué quien me apoyo y alentó para continuar estudiando y preparandome, y me ha ayudado a ser mejor profesionista y persona.

A mis maestros, Dra. María de Carmen García y Dr. José Adrián Tolentino por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis; a los demás adscritos del servicio por su apoyo ofrecido, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

A mis amigos, que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos: Itzel Mejía, Brenda Gabilondo.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

ÍNDICE

ANTECEDENTES.....	8
OBJETIVO GENERAL.....	16
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
MATERIAL Y MÉTODOS... ..	17
RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN.....	26
CONCLUSIONES.....	27
ANEXOS.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	30

ANTECEDENTES

Es evidente señalar que se ha incrementado el número de cesáreas en los últimos 20 años en todo el mundo y por otro lado han disminuido las atenciones de parto después de una cesárea. La Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó el año pasado un boletín referente al comportamiento de la cesárea en Latino América, llamando la atención que todos los países tienen una tasa mayor del 30%, Ecuador y Paraguay rebasan el 40%; México con 37.8%. Las principales indicaciones que encontró la OMS en los países de Latinoamérica son: antecedente de cesárea, presentación pélvica, embarazo gemelar y falta de progreso en el trabajo de parto entre las más frecuentes.

En otra publicación de la OMS, menciona que se realizan 850 000 cesáreas en Latinoamérica sin justificación. En México en los últimos 20 años se ha incrementado de 15.8% para 1990 a 37.8% en 2008 en los hospitales del sector salud, y en hasta 80% en los hospitales privados.

Este incremento ha sido el resultado de múltiples cambios en el campo de la práctica obstétrica como son el uso cada vez más frecuente del ultrasonido, mediante el cual se establecen con mucha frecuencia los diagnósticos de circular de cordón, oligohidramnios ó restricción en el crecimiento intrauterino; además de la deficiente interpretación de los trazos de la monitorización antes y durante el trabajo de parto. En ese mismo sentido, la aplicación de fórceps ha disminuido notablemente debido a la también disminución de la enseñanza teórica-práctica para este procedimiento, y por otro lado al cuidado ante una probable demanda médico-legal por haberlo utilizado, aún en ausencia de complicaciones.

Otras causas son la erradicación de la atención de parto en presentación pélvica, mayor prevalencia de cesáreas iterativas y a la falta de supervisión en los hospitales escuela del sector salud para que los médicos residentes no realicen cesáreas injustificadas.

Además, podemos sumar los cambios socio-culturales de la población como el incremento del nivel educativo de las mujeres que condiciona cierto empoderamiento para tomar la libre decisión de escoger la operación cesárea y evitar el parto que todavía en nuestro medio se difunde como un proceso que genera dolor, que es tardado y con riesgos para el recién nacido.

En ese mismo sentido, hoy en día existen más mujeres embarazadas con edad mayor a los 40 años que por tradición se ha sostenido en nuestra obstetricia como indicación absoluta de cesárea. Finalmente, también han influido las políticas de las compañías aseguradoras en la atención gineco-obstétrica, donde muchas de estas empresas solo cubren los gastos de la operación cesárea y no del parto. Toda operación cesárea puede originar diversas complicaciones maternas como son: tromboembolismo venoso, hemorragia, infección, complicaciones anestésicas, mayor probabilidad de histerectomía, lesiones a órganos vecinos y muerte. Además de las complicaciones fetales: prematuridad, lesiones al momento de la extracción, taquipnea transitoria, alejamiento del seno materno. Otro aspecto que involucra la cesárea, es el costo económico que genera, sin embargo la atención de un parto distócico también puede originar gastos semejantes al de cesárea, debido a que en estas situaciones el neonato permanece días en una terapia intensiva y con la necesidad de estudios y cuidados especiales.

DEFINICIÓN La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.

TIPOS DE CESÁREA

A. Según antecedentes obstétricos de la paciente.

Primera: Es la que se realiza por primera vez.

Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.

Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

B. Grado de urgencia

Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.

Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

C. Tipo de histerotomía

- a) Corporal o clásica.
- b) Segmento corporal (Tipo Beck).
- c) Segmento arciforme (Tipo Kerr).

INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas.

A) Causas maternas

Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica):

Estrechez pélvica.

Pelvis asimétrica o deformada.

Tumores óseos de la pelvis.

Distocia de partes blandas:

Malformaciones congénitas.

Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.

Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.

Cirugía previa del cervix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.

Distocia de la contracción.

Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)

Patología materna incluyendo; Preeclampsia/eclampsia, diabetes mellitus, nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial etc.

B) Causas fetales:

- b) Sufrimiento fetal
- c) Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- d) Restricción en el crecimiento Intrauterino
- e) Oligohidramnios severo
- f) Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- g) Prolapso de cordón umbilical
- h) Malformaciones fetales incompatibles con el parto (hidrocefalia y otras alteraciones del tubo neural, defectos de pared abdominal)
- i) Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- j) Cesárea posmortem

C) Causas mixtas:

Síndrome de desproporción cefalopélvica

Preeclampsia severa/eclampsia

Embarazo múltiple

Infeción amniótica

Isoinmunización materno-fetal

1. CESAREA DE PRIMERA VEZ

A todas las pacientes embarazadas, que no tengan ninguna contraindicación matetrna fetal, se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto, con la finalidad de evitar realizar una cesárea.

Prueba de trabajo de parto.

Es el procedimiento obstétrico a que se somete una parturienta con relación cefalopélvica límite y mediante su vigilancia y conducción, sin riesgo materno, tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, venciendo obstáculos previstos y presumiblemente franqueables.

Toda prueba de trabajo de parto debe apegarse estrictamente a los requisitos para su inicio, la metodología para su ejecución y la decisión oportuna del momento de su terminación. En algunas instituciones la prueba de trabajo de parto se realiza en mujeres con cesárea previa.

A) Requisitos para iniciar la prueba

1. Embarazo a término.
2. Presentación cefálica abocada.
3. Dilatación de 4 cm o más.
4. Actividad uterina regular (espontánea o inducida con oxitócicos).
5. Membranas rotas.
6. Buen estado materno y fetal.
7. Evacuación de vejiga y recto.
8. Al iniciar la prueba debe ser realizada una estimación del progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un período determinado y vigilar cuidadosamente la evolución mediante un partograma.
9. La presencia de tinte meconial en líquido amniótico es señal de alarma, aunque no contraindica la prueba.
10. Puede estar indicada la analgesia/anestesia a criterio del médico tratante.

B) Cuidados durante la prueba de trabajo de parto.

Mantenimiento de una adecuada actividad uterina (3 - 5 contracciones en 10 min.) según la etapa del trabajo de parto, se emplearán oxitócicos si es necesario.

- a) Auscultación cardíaca fetal cada 15 a 30 minutos, antes, durante y después de la contracción. Monitorización electrónica siempre que sea posible.
- b) Empleo de un apósito vulvar para vigilar cambios en las características del líquido amniótico.
- c) Tacto vaginal cada hora para precisar: dilatación, grado de descenso de la presentación, rotación, flexión y modelaje de la cabeza fetal.
- d) La prueba se suspenderá en caso de que exista falta de progresión del trabajo de parto en un periodo no mayor de 4 horas, signos de sufrimiento fetal o alguna otra indicación de cesárea que se presente en el transcurso de la prueba.

2. CESÁREA PREVIA

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico, por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación.

De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de permitir un parto vaginal a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones.

Se decidirá permitir un parto vaginal en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

3. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Es la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 hrs. antes del inicio del trabajo de parto.

Diagnóstico.

El diagnóstico clínico se realiza mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico, a través del orificio cervical en el examen con espejo vaginal, o mediante maniobras que hagan evidente la salida de líquido amniótico como: la compresión del fondo uterino con una mano, mientras que con la otra se rechaza ligeramente la presentación (maniobra de Tarnier) o se le indica a la paciente que puje (maniobra de valsalva); en algunas ocasiones puede

ser difícil establecer el diagnóstico y se requiere del apoyo de métodos auxiliares de laboratorio y de gabinete.

Exámenes de laboratorio y gabinete.

Los exámenes del laboratorio consisten en el análisis de la muestra del líquido amniótico tomada del fondo de saco vaginal posterior, en el que se determina: pH, cristalografía, identificación de células naranjas, y si es factible, fosfatilglicerol, alfafetoproteína, y fibronectina fetal.

Los estudios de gabinete incluyen: ultrasonido para medir la cantidad de líquido amniótico y amnioinfusión, adicionando algún colorante (índigo carmín o violeta de genciana) y la colocación de apósito vaginal para corroborar la ruptura de membranas a través de su tinción.

Conducta ante la ruptura prematura de membranas.

La conducta obstétrica en estos casos depende de:

Tiempo de evolución de la ruptura

Sospecha o certeza de infección.

Edad gestacional y madurez fetal.

Condiciones obstétricas.

Cuando no existe evidencia de infección, se realizará un manejo conservador de la paciente, que deberá incluir: estrecha vigilancia clínica, limitando la práctica de tactos vaginales, y la realización de exámenes de laboratorio y gabinete para la detección oportuna de signos y síntomas de infección amniótica, y en casos específicos, se requerirá de antibioticoterapia profiláctica y esquema de maduración pulmonar. En general, la atención de la embarazada en estos casos, requiere que la unidad médica cuente con servicios especializados para la atención del neonato. En aquellos casos en que la ruptura de membranas ocurra entre la semana 26 y 32, se valorará el uso de útero-inhibidores.

La conducta obstétrica en los casos de ruptura prematura de membranas, es la siguiente:

a) Menor de 26 semanas de gestación: interrupción del embarazo por vía vaginal con el consentimiento de la mujer.

b) Entre 26 y 28 semanas de gestación: cuando se cuente con los recursos mínimos para la atención del neonato, se realizará operación cesárea; cuando no se cuente con éstos, preferentemente se buscará el traslado de la paciente a otro nivel de atención, si no es posible, la vía de elección para la resolución del embarazo será vaginal.

c) Entre 29 y 32 semanas de gestación: se realiza operación cesárea.

d) Entre las semanas 33 y 36 de gestación: se valorarán las condiciones obstétricas y se resolverá el embarazo por la vía más favorable.

e) De la semana 37 en adelante: sin trabajo de parto, con el feto en presentación cefálica, flexionada y sin sufrimiento fetal, se inducirá maduración cervical con prostaglandinas durante 12 hrs., con una inducto-conducción subsecuente del trabajo de parto con oxitocina. En caso de que no se cuente con prostaglandinas se mantendrá una actitud expectante durante 24 hrs. en espera del inicio espontáneo del trabajo de parto, de no suceder esto, se procederá a la inducción del trabajo de parto con oxitocina.

En caso de que se sospeche de infección, debe tomarse una muestra de líquido amniótico para cultivo y antibiograma y establecer un esquema con antibioticoterapia, de acuerdo a los protocolos del Comité para el uso racional de antibióticos de la unidad hospitalaria, además está indicado resolver inmediatamente el embarazo, independientemente de la edad gestacional y del grado de madurez pulmonar fetal.

La insistencia en intentar un parto vaginal en estas pacientes puede resultar potencialmente peligrosa; la conducta propuesta es no esperar más de 4 horas después de establecido el diagnóstico.

Inductores de maduración cervical

En los últimos años se han utilizado prostaglandinas para favorecer la dilatación y borramiento del cérvix, y mediante esta acción favorecer el nacimiento por la vía vaginal, y de esta forma disminuir el número de cesáreas.

Las principales contraindicaciones para el uso de prostaglandinas son:

- Cesárea previa o cirugías uterinas previas

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Prolapso de cordón
- Sospecha de macrosomía
- Presentación pélvica
- Restricción en el crecimiento intrauterino
- Oligoidramnios
- Ruptura prematura de membranas en embarazos menores de 34 semanas
- Antecedente de parto precipitado

Dinoprostona gel de 0.5 mg.

Es una prostaglandina E2, que en la actualidad, la medicina basada en la evidencia recomienda, principalmente al mejor control del fármaco y con una dosis mínima.

Para administrar apropiadamente el producto, la paciente debe estar en posición dorsal con el cérvix visualizado mediante un espejo vaginal. Utilizando técnica estéril, se introduce el gel por medio de la cánula, proporcionada, dentro del canal cervical, justo por debajo del orificio interno. La paciente debe permanecer en posición supina, por lo menos, 15 minutos para minimizar el escurrimiento del canal cervical.

Sí se obtiene la respuesta deseada después de la aplicación, se recomienda esperar de 6-12 horas sí se requiere la administración intravenosa de oxitocina. Sí no hay respuesta cervical-uterina con la dosis inicial, se pueden administrar hasta tres dosis repetidas. La dosis repetida recomendada es de 0.5 mg con un intervalo de dosis de 6 horas.

La necesidad de dosis adicionales y el intervalo deben ser determinados por el médico tratante, basado en la evolución del trabajo de parto. La dosis máxima acumulativa recomendada por un periodo de 24 horas es de 1.5 mg de dinoprostona.

Misoprostol

El misoprostol, es un análogo sintético de la prostaglandina E1, en México solo existe la presentación en tabletas de 200 mcg y actualmente la dosis recomendada es de 25 mcg, por vía vaginal, puede administrarse cada 3 a 6 horas, y puede continuarse con oxitocina una vez transcurridas 4 horas de la última dosis. El uso de prostaglandinas se asocia con presencia de taquisistolia y desaceleraciones de la FCF, por lo que debe estar la paciente monitorizada.

4. PRESENTACION PELVICA

La presentación pélvica ocurre en el 3 - 4 % del total de los embarazos. En la mayoría de las unidades obstétricas, esta modalidad de presentación constituye una indicación de cesárea (excepto cuando la paciente acude en periodo expulsivo).

El parto vaginal en presentación pélvica se permitirá únicamente bajo ciertas condiciones:

- Experiencia del médico en la atención del parto en presentación pélvica.
- Periodo expulsivo
- Antecedentes de cuando menos un parto vaginal previo.
- Pelvis clínicamente útil.
- Presentación en un segundo o tercer plano de Hodge.

5. SUFRIMIENTO FETAL

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno fetal, que ocasiona hipoxemia, hipoxia, acidosis metabólica, acidemia metabólica. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso muerte fetal.

Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles (hipotensión materna, efecto Poseiro, hipercontractilidad por uso de oxitócicos), o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical).

El concepto de sufrimiento fetal no es suficientemente preciso, por lo que se ha recomendado utilizar: "alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal", término que ayuda a describir clínicamente el tipo y severidad de las modificaciones que existen.

El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico. En su forma crónica se presenta antes del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria, como: infecciones, trastornos hipertensivos, isoinmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa, que se traducen generalmente en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios. Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de estar alteradas, alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación.

Diagnóstico

El diagnóstico de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto se sustenta fundamentalmente en: alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, pudiendo acompañarse de la presencia o no de meconio y alteraciones del pH de la sangre capilar obtenida del cuero cabelludo fetal (en los centros que cuentan con este último recurso).

La sola presencia de meconio no es una indicación para la terminación inmediata del embarazo, este signo tiene valor para considerar la indicación de cesárea cuando se acompaña de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal y cuando ocurren cambios en su coloración y densidad.

4. COMPLICACIONES

Las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar en forma

- a) Transoperatoria
- b) Postoperatoria

a) Las complicaciones transoperatorias pueden ocurrir en la madre, en el feto o en ambos:

- *Complicaciones maternas:* hemorragia, lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga, uréter, así como tromboembolismo de líquido amniótico y prolongación de la histerorrafia desgarras hacia el cerviz que en muchos de los casos amerita realizar la histerectomía obstétrica.
- La anestesia puede condicionar complicaciones en la madre que pueden ser *respiratorias:* hipoventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, broncoaspiración, broncoconstricción, paro respiratorio, absorción masiva de anestesia, y *cardiovasculares:* hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca y paro cardíaco.
- *Complicaciones fetales:* traumatismos, broncoaspiración, depresión respiratoria.

b) Las complicaciones postoperatorias dependen del momento de su presentación y pueden ser:

1. **Inmediatas:** hemorragia, hematoma, lesiones en vejiga, uréter, intestino e íleo paralítico.
2. **Mediadas:** infección puerperal, urinaria, respiratoria, anemia, retención de restos placentarios o membranas dehiscencia de la histerorrafia entre otras.
3. **Tardías:** ruptura uterina en embarazos subsecuentes y procesos adherenciales.

ANTIBIOTICOTERAPIA EN LA OPERACIÓN CESAREA

Como en otras intervenciones quirúrgicas, la realización de la operación cesárea conlleva riesgo de infección; la frecuencia y severidad de las infecciones depende de las condiciones en las que se realiza. A continuación se enlistan los factores de riesgo de acuerdo a la evidencia actual.

Factores de riesgo para infección postcesárea

- Trabajo de parto prolongado
- Múltiples tactos vaginales
- Ruptura prematura de membranas
- Cesárea de urgencia
- Antecedentes de amniocentesis o instrumentaciones
- Dificultad en la técnica quirúrgica
- Anemia severa (Hb menor de 9 mg /dl)
- Líquido amniótico meconial
- Diabetes Mellitus y DMG

La medicina basada en la evidencia demuestra que la utilización de antibióticos manera profiláctica antes de la cesárea ó desde el momento en el que se realiza el pinzamiento del cordón umbilical, reducen el riesgo de infección.

Los antibióticos profilácticos recomendados son:

- Cefalosporinas de primera generación
- Ampicilina y gentamicina

La antibioticoterapia se mantendrá por vía endovenosa 72 hrs y se completará el esquema según la evolución de la paciente, si ésta es desfavorable, se revalorará la conducta y se adecuará el tipo de antibiótico de acuerdo a los protocolos del Comité para el uso racional de antibióticos de la unidad hospitalaria.

REQUERIMIENTOS PREOPERATORIOS

La orientación y consejería en salud reproductiva se deberá iniciar desde la etapa prenatal, haciendo especial énfasis en la prolongación del periodo intergenésico y promoviendo la lactancia materna y el alojamiento conjunto. Estas acciones deberán reforzarse al ingreso de la paciente y durante su estancia en la sala de labor.

Antes de la operación cesárea deberán cubrirse los siguientes requisitos preoperatorios:

Historia clínica perinatal completa con partograma debidamente llenado, signos vitales incluyendo exámenes de laboratorio y gabinete.

Se informará a la paciente y a sus familiares el motivo de la operación cesárea, así como los riesgos para ella y el recién nacido, haciendo mención de las posibles complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas.

La paciente debe firmar la autorización de la operación cesárea en la **hoja quirúrgica y en la nota preoperatoria del expediente clínico**, en la que se fundamente la indicación de la operación cesárea; se dejará constancia de haber solicitado una segunda opinión, firmada por los ginecoobstetras responsables.

En caso de que la paciente opte por un método anticonceptivo transcesárea o postcesárea se recomendarán aquellos que no interfieran con la lactancia materna (dispositivo intrauterino medicado con cobre, oclusión tubaria bilateral o anticonceptivos hormonales que sólo contienen progestina) y se deberá contar con el consentimiento informado y firmado de la mujer en el formato institucional específico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar

La decisión de la mujer de que se le practique oclusión tubaria bilateral en la resolución del embarazo no constituye, por si misma, una indicación para operación cesárea.

CUIDADOS PREOPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS

Los cuidados preoperatorios incluyen:

- **Valoración preanestésica**, el anestesiólogo deberá anotar el estado de la paciente, signos vitales, signos y síntomas, medicación preanestésica, tipo y riesgo de anestesia, registro y análisis de estudios de laboratorio.
- Ayuno preoperatorio de 8 hrs o más (cuando el caso lo permita)
- Rasurado suprapúbico y aseo completo, con especial énfasis en la vulva y perineo
- Colocación de sonda vesical
- Disponibilidad de sangre segura y compatible

Los cuidados postoperatorios consistirán en:

- **Nota postoperatoria completa**, anotando diagnóstico pre y postoperatorio, cirugía programada y realizada, nombre completo de cirujano, ayudantes, anestesiólogo. Anotar hallazgos, complicaciones pérdida hemática, cuenta completa de gases, si hubo envío de tejido para estudio histopatológico, estado postquirúrgico inmediato, área donde pasará paciente y nombre completo y firma del cirujano.
- **Hoja quirúrgica completa**, anotando diagnóstico pre y postoperatorio, cirugía programada y realizada, descripción de la técnica quirúrgica, nombre completo de cirujano, ayudantes, anestesiólogo, instrumentista y circulante. Anotar hallazgos, complicaciones pérdida hemática, cuenta completa de gases, si hubo envío de

tejido para estudio histopatológico, estado postquirúrgico inmediato, área donde pasará paciente, nombre completo y firma del cirujano.

- **Nota postanestésica completa**, anotando el estado actual de la paciente, signos, síntomas, balance de líquidos, cantidad de pérdida hemática, medicamentos utilizados, uso de expansores del plasma o hemoderivados, duración, tipo de anestesia y complicaciones de la anestesia. Anotar si se solicitó algún estudio de laboratorio, manejo, plan, tratamiento inmediato y nombre completo y firma del anesthesiólogo
- **Hoja anestésica con llenado completo**, gráfica de signos vitales, ingresos y egresos, cantidad de pérdida hemática, uso de expansores del plasma o hemoderivados, medicamentos utilizados, duración, tipo y complicaciones de la anestesia. Anotar si se solicitó algún estudio de laboratorio, manejo, plan, tratamiento inmediato anotando el estado actual de la paciente al término de la cirugía, signos, síntomas, y nombre completo y firma del anesthesiólogo.
- Medición horaria de signos vitales durante las primeras cuatro horas y posteriormente cada 8 hrs hasta el alta de la paciente.
- Vigilancia de la diuresis durante las primeras 12 hrs y del inicio de la micción espontánea, después de retirar la sonda vesical.
- Administración de líquidos por vía oral después de 8 hrs; una vez iniciado el peristaltismo intestinal se indicará dieta blanda.
- Deambulación paulatina a partir de las 12 hrs de postoperatorio.
- Estrecha vigilancia de la hemorragia transvaginal.
- Reforzamiento de la orientación-consejería en salud reproductiva a través de comunicación interpersonal.
- Vigilar sangrado de herida quirúrgica.
- Retiro de puntos de sutura totales a los 7 días.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el Impacto del Subcomité de operación cesarea de primera vez en el H.R. Lic. Adolfo López Mateos I.S.S.S.T.E.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Disminucion del índice de cesárea de primera vez sin indicación medica en el H.R. Lic. Adolfo López Mateos I.S.S.S.T.E. comparado con la tasa de cesárea al inicio del comité

Evaluar la tasa de cesárea de primera vez sin indicación médica al final del periodo estudiado en el H.R. Lic. Adolfo López Mateos I.S.S.S.T.E

Valorar el aumento de la tasa de partos vía vaginal al final del periodo estudiado en el H.R. Lic. Adolfo López Mateos I.S.S.S.T.E

MATERIAL Y METODOS:

El estudio se realizará en el Servicio de ginecología y obstetricia con la formación de un subcomité de operación cesaréa de primera vez en el H.R. Lic. Adolfo López Mateos I.S.S.S.T.E. disminuirá el índice operación cesárea sin indicación médica con aumento secundario del índice de parto vía vaginal.

El tamaño de la muestra seran todas las pacientes intervenidas mediante operación cesarea por primera vez en el en el H.R. Lic. Adolfo López Mateos I.S.S.S.T.E. durante el periodo comprendido marzo de 2011 a febrero de 2013.

No se contrara con grupo de control y tendrán como criterio de inclusión las femeninos con operación cesarea por primera vez en el H.R. Lic. Adolfo López Mateos I.S.S.S.T.E.

Se contará como criterios de exclusión las pacientes en las cuales se les practico la operación cesaréa en una o más ocasiones previas o terminación de embarazo vía parto vaginal en el H.R. Lic. Adolfo López Mateos I.S.S.S.T.E y como criterios de eliminación femeninos con cesareas previas o terminación de embarazo vía parto vaginal.

El plan de trabajo sera que al momento de ingreso a ginecología y obstetricia realizar historia clínica completa, que determinará la indicación para operación cesárea; y quedará registrada en el formato oficial de subcomité para evaluación de cesárea de primera vez.

Posteriormente se presentará en la sesión semanal del subcomité para analizar las si la indicación fue absoluta o existían inconsistencias.

Mensualmente se elaborará un informe el cual evaluará la disminución del índice de cesárea de primera vez.

Se realizarás sesiones extraordinarias para valorar específicamente cada caso, fundamentando bibliográficamente las indicaciones para casos controversiales y solicitando informe al equipo quirúrgico correspondiente.

Registro en la libreta de sesiones del subcomité, de las indicaciones de operación cesárea de primera vez, en donde se anexa el formato oficial del reporte de caso de cesárea de primera vez.

Al término del mes se anexará la evaluación de los casos indicados, así como las acciones a tomar para reducir el índice de cesárea de primera vez.

Evaluación anual de los índices de cesáreas de primera vez y el impacto en la disminución del número de cesáreas de primera vez.

Para comprobar la asociación entre las variables y sus categorías se aplicará la prueba de T de Student, el test exacto de Fisher y la evaluación de una prueba diagnóstica (VPP, VPN, SE, ES, RV+ y RV-).

Los recursos humanos: Dr. Oscar Trejo Solórzano Presidente del subcomité de cesárea de primera vez.

Dra. María del Carmen García Secretaria del subcomité de cesárea de primera vez.

Dr. José Adrián Tolentino Vocal del subcomité de cesárea de primera vez.

Dr. Joel Herrera Cíntora Vocal del subcomité de cesárea de primera vez.

Dr. Juan Pablo Barba Martí Coordinador del servicio de Ginecología y Obstetricia H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

Médicos residentes de cuarto, tercer, segundo y primer año del servicio de Ginecología y Obstetricia H.R.L.A.L.M. I.S.S.S.T.E.

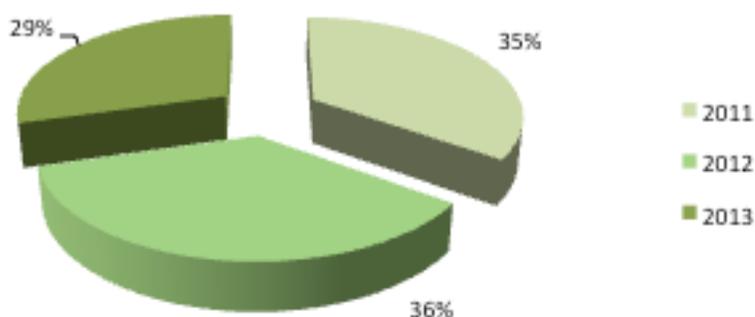
RESULTADOS

No. de partos por año

Año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2011	452	34.9	34.9	34.9
2012	462	35.6	35.6	70.5
2013	382	29.5	29.5	100.0
Total	1296	100.0	100.0	

El cuadro nos muestra el porcentaje de partos que fueron atendidos durante los años que estamos comparando, podemos ver que el mayor porcentaje 35.6% de partos atendidos fueron durante 2012, seguido por un 34.9% durante 2011 y sólo un 29.5% de estos fueron atendidos en el 2013.

Porcentajes de partos por año

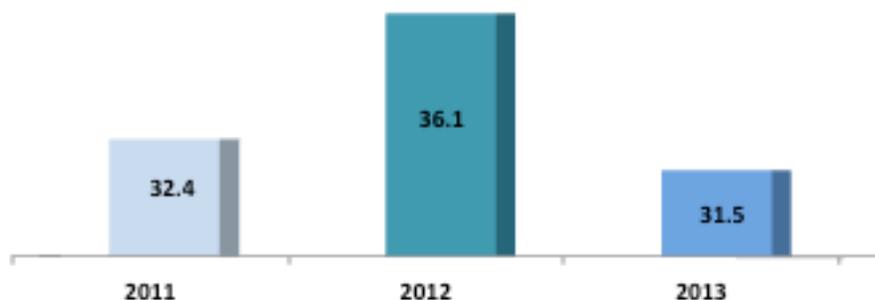


No. de cesáreas por año

Año	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2011	891	32.4	32.4	32.4
2012	992	36.1	36.1	68.5
2013	866	31.5	31.5	100.0
Total	2749	100.0	100.0	

En lo que respecta a las cesáreas observamos que también en mayor porcentaje es decir un 36.1% fueron atendidas durante 2012, un 32.4% en 2011 y un 31.5% de estas fueron atendidas durante 2013.

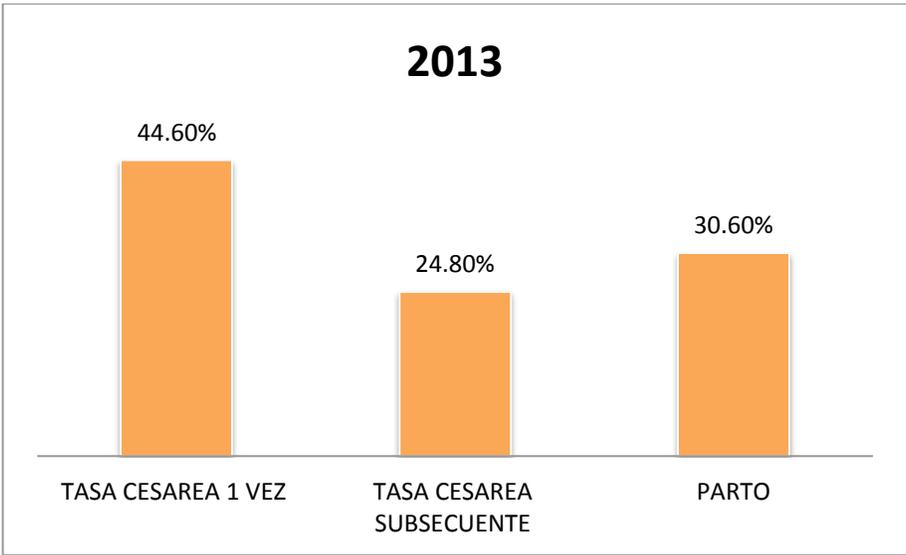
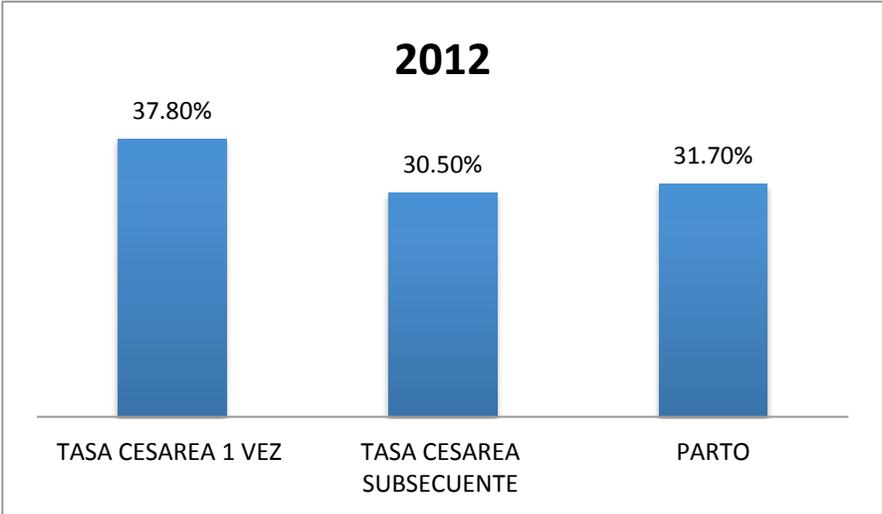
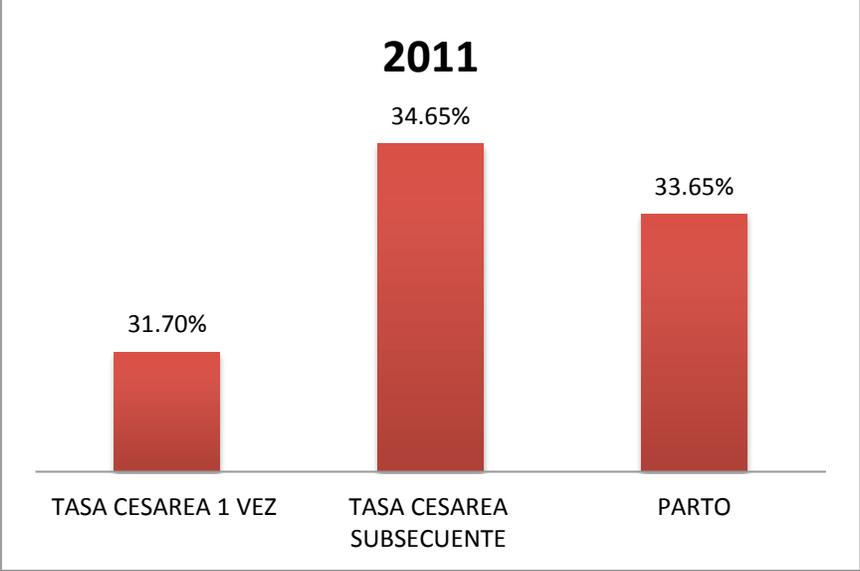
Porcentaje de cesareas por año



Tasas de Cesáreas de Primera Vez, Subsecuentes y Partos por año

AÑO	TASA CESAREA 1 VEZ	TASA CESAREA SUBSECUENTE	PARTO	TOTAL
2011	31.70%	34.65%	33.65%	100.00%
2012	37.80%	30.50%	31.70%	100.00%
2013	44.60%	24.80%	30.60%	100.00%

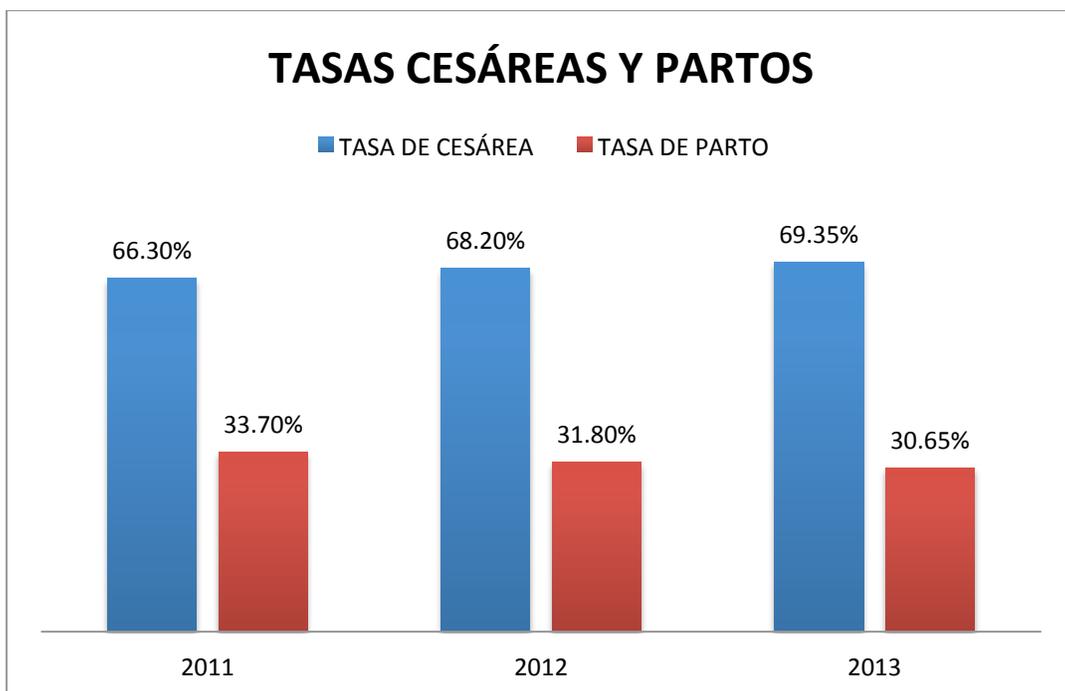
El cuadro y los gráficos se aprecia que durante el año 2011 se tuvo un índice de cesárea de primera vez de 31.7% la cual fue la más baja durante el tiempo de observación comparada con los años 2012 y 2013 que fueron de 37.8% y 44.6% respectivamente; se observó también que la tasa de partos atendidos disminuyó con una tasa en 2013 de 30.6% comparadas con la tasa de 2012 que fue de 31.7% y en 2011 de 33.65%. Las tasas de cesáreas subsecuentes de 2011 fue de 34.65% con una tasa en 2013 de 24.8%.



Tasas de cesáreas y partos anuales.

AÑO	TASA DE CESÁREA	TASA DE PARTO	TOTAL
2011	66.30%	33.70%	100%
2012	68.20%	31.80%	100%
2013	69.35%	30.65%	100%

En la tabla se aprecia que el índice o tasa de cesárea en el año 2011 fue de 66.3% la cuál fue la más baja durante el estudio, llegando a tener en el año 2012 de 68.2% y en el año 2013 de 69.3%; mientras que el índice de parto durante este año fue la más baja de 30.65% y durante el año 2012 de 31.8% y en el 2011 de 33.7%.



Número de partos según año de estudio

Año de estudio	Total Partos			Total
	382	452	462	
2011	0 0.0%	452 100.0%	0 0.0%	452 34.9%
2012	0 0.0%	0 0.0%	462 100.0%	462 35.6%
2013	382 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	382 29.5%
Total	382 100.0%	452 100.0%	462 100.0%	1296 100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2592.000	4	0.000
Razón de verosimilitudes	2838.630	4	0.000
Asociación lineal por lineal	790.163	1	.000
N de casos válidos	1296		

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal Phi	1.414	0.000
por nominal χ^2 de Cramer	1.000	0.000
N de casos válidos	1296	

De acuerdo a los datos estadísticos anteriores podemos ver que en cuanto a los partos hay una pequeña disminución, aunque las pruebas estadísticas nos indican que debemos aceptar que hubo un aumento de ellos. La prueba de chi cuadrada de 2592.000 para 4 grados de libertad nos indica que debemos aceptar este aumento de partos. Aunque viendo el cuadro de los datos y los porcentajes podemos decir que se han mantenido, que la variación no fue significativa entre los años de 2011 y 2013, esto puede presentarse debido a la captación de los datos.

Número de cesáreas según año de estudio

Año de estudio	Total Partos			Total
	866	891	992	
2011	0 0.0%	891 100.0%	0 0.0%	891 32.4%
2012	0 0.0%	0 0.0%	992 100.0%	992 36.1%
2013	866 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	866 31.5%
Total	866 100.0%	891 100.0%	992 100.0%	2749 100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5498.000	4	0.000
Razón de verosimilitudes	6030.564	4	0.000
Asociación lineal por lineal	81.459	1	.000
N de casos válidos	2749		

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Phi	1.414	0.000
V de Cramer	1.000	0.000
N de casos válidos	2749	

Los datos estadísticos de las tablas anteriores nos indican que si hay una disminución en cuanto al número de cesáreas atendidas por año, ya que en el año 2011 se atendieron un 32.4% del total de la muestra, para 2012 aumento a un 36.1%, pero para 2013 se presentó una disminución de este porcentaje de tan sólo un 31.5% de las pacientes atendidas por este medio. La prueba estadística chi cuadrada de 5498.000 para 4 grados de libertad nos indica que debemos aceptar la hipótesis de

que ha habido una disminución en el índice de operaciones por cesárea. El valor de la significancia asintótica bilateral de 0.000 nos lleva a no tener duda alguna en aceptar esta hipótesis. Por otra parte la ϕ y V de Cramer nos indican que hay una relación significativa entre el año y la disminución de operaciones por cesárea. Aunque esta disminución no fue significativa, fue mínima.

DISCUSIÓN

Durante el periodo de tres años de estudio el número de pacientes anuales vario considerablemente con un total para el año del 2011 de 1343 pacientes de las cuales 427 pacientes se les realizó la operación cesárea de primera vez que representa una tasa de 31.7% anual, pero se cuenta con una tasa de cesáreas global (primera vez y subsecuente) de 66.3% anual y con una tase de partos de 28.4% anual. Para el año de 2012 el número total de pacientes obstétricas atendidas en el hospital fue 1454 pacientes, de las cuales se les realizó la operación cesárea de primera vez a un total de 550 pacientes para una tasa de 37.8% contándose con un total de 992 operaciones cesáreas con una tasa anual global de cesáreas de 68.2% y un total de partos de 462 partos que representa una tasa de partos de 31.7% anual. Durante el año 2013 por factores administrativos se apreció en el hospital una disminución de afluencia de derechohabientes al hospital Reg. López Mateos, presentandose para atención obstétrica en este año de 1248 pacientes, de las cuales se les realizó la operación cesárea de primera vez a 557 pacientes representando una tasa de 44.6%, contandose con un total de cesáreas de 866 pacientes representando el 69.3% y fue durante este año que se observó un aumento considerable de las operación cesárea iterativa con una tasa de 8.4% comparada con los años previos (de 4.4% para 2011 y de 6.2% para 2012).

Estadísticamente podemos ver que en cuanto a las cesáreas hubo una disminución, y que los partos no variaron mucho más bien se mantuvieron, estas variaciones pueden ser el resultado del tamaño de la muestra, el comportamiento estadístico de los datos suele variar mucho sino tenemos una muestra representativa estadísticamente que nos lleve hacer comparaciones entre muestras similares.

Todos estos valores se encuentran totalmente fuera de las tasas de cesáreas recomendada por la Organización Mundial de la Salud que es máximo del 15% (tanto para cesárea de primera vez y subsecuente). La función del Subcomité de cesárea de primera vez a pesar de emitir recomendaciones, capacitacion del personal, solicitudes de disminución del índice de cesáreas no fueron suficientes, y por mucho fueron rebasadas todas estas medidas por lo tanto se considera como un subcomité de bajo impacto para la disminución de la incidencia de cesárea en la institución. Sin embargo este hospital se considera como unidad de atención de tercer nivel, por lo cual podría justificar hasta cierto punto el elevado índice de cesárea, pero no una tasa de 69%.

CONCLUSIONES

- El presente estudio demostró que la formación del subcomité de operación de cesárea de primera vez es insuficiente en esta unidad hospitalaria puesto durante la duración y funcionamiento de dicho subcomité permitió el aumento de la tasa de cesárea de 3% en 3 años, y sobre todo por fuera de los estándares internacionales establecidos por la Organización Mundial de la Salud que es máximo de 15% teniendo en 2013 una tasa de 69.3%. Sin embargo el mismo subcomité se recomendaría tener más facultades sobre el funcionamiento y operación de las áreas quirúrgicas, con mayores estrategias para poder disminuir el índice de cesáreas en esta institución.
- Estadísticamente podemos ver que en cuanto a las cesáreas hubo una disminución, y que los partos no variaron mucho más bien se mantuvieron, estas variaciones pueden ser el resultado del tamaño de la muestra.

ANEXOS

TABLAS:

Recoleccion de datos del año 2011.

2011.						
	Primigesta		Muligesta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Vaginal Eutocico	253	56%	198	43.8%	451	99.8%
Vaginal Distocico	01	0.2%	0	0%	01	0.2%
Total Partos	254	56.2%	198	43.8%	452	100%
Primera Vez	308	72%	119	28%	427	48%
Segunda Vez	-	-	415	47.6%	415	47.6%
Iterativa	-	-	49	4.4%	49	4.4%
Total Cesárea	308	34.5%	583	65.5%	891	100%
Total	562	41.8%	781	58.2%	1343	100%

Recoleccion de datos del año 2012.

2012.						
	Primigesta		Muligesta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Vaginal Eutocico	221	%	241	%	462	100%
Vaginal Distocico	0	0%	0	0%	0	0%
Total Partos	221	47.8%	241	52.2%	462	100%
Primera Vez	418	76%	132	24%	550	55.4%
Segunda Vez	-	-	380	38.4%	380	38.4%
Iterativa	-	-	62	6.2%	62	6.2%
Total Cesárea	418	42.1%	574	57.9%	992	100%
Total	639	43.9%	815	56.1%	1454	100%

Recoleccion de datos del año 2013.

2013.						
	Primigesta		Muligesta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Vaginal Eutocico	127	33.4%	253	66.6%	380	99.5%
Vaginal Distocico	1	0.25%	1	0.25%	2	0.5%
Total Partos	128	33.6%	254	66.4%	382	100%
Primera Vez	318	57%	239	43%	557	64.3%
Segunda Vez	-	-	236	27.3%	236	27.3%
Iterativa	-	-	73	8.4%	73	8.4%
Total Cesárea	318	36.7%	548	63.3%	866	100%
Total	446	35.7%	802	64.3%	1248	100%

HISOTRIA CLINICA

FECHA: HORA:

▣ Signos vitales PRESENTACIÓN:
TA: DIAGNÓSTICOS:
*FC: FICHA DE IDENTIFICACIÓN:
*FR: Originaria y residente:
*PESO ACTUAL: kg Domicilio:
*TALLA: m Religión:
*IMC: Escolaridad:
*PESO PREVIO AL Estado civil:
EMBARAZO: Ocupación:
IC ponderal : Teléfono:
 Familiar responsable:

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Enfermedades propias de la infancia. Cirugías. Traumáticos. Alérgicos. Transfucionales. Crónico degenerativos.

ANTECEDENTES GINECO- OBSTETRICOS.

Menarca. Telarca-pubarca. Ritmo. Inicio de vida sexual activa. Citología cérvico vaginal. Método de planificación familiar. Autoexploración mamaria. Mastografía nunca realizada. Fecha de ultima menstruación.

ANTECEDENTES PERINATALES

Gestas: Hallazgos.

SINTOMAS:

EXPLORACION FISICA:

ANALISIS:

ULTRASONIDO:

PLAN:

PRONOSTICO:

BIBLIOGRAFIA

Secretaría de Salud. Centro Nacional de Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica: Vigilancia del trabajo de parto. Evidencias y recomendaciones. 2008.

Secretaría de Salud. Centro Nacional de Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica: Realización de la operación cesárea. Evidencias y recomendaciones. 2008.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. División de Excelencia Médica. Guía de Práctica Clínica. Realización de la operación cesárea. Evidencias y recomendaciones. 2009.

World Health Organization. Rising caesarean deliveries in Latin America: how best to monitor rates and risks. 2009. WHO/RHR/05.

Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Categorisation of urgency for Caesarean section. Nov. 2009.

Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Intrapartum fetal surveillance. Clinical Guidelines. Dec 2009.

National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008. Induction of labour.

National Institute for Health. State of the Science Conference Statement on Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. 2010; 27,3.

American College of Obstetricians and Gynecologists: Vaginal birth after previous cesareans delivery. Practice Bulletin. 2010. No 115.

American College of Obstetricians and Gynecologists: Management of intrapartum fetal heart rate tracings. Practice Bulletin. 2010.No.116.

American College of Obstetricians and Gynecologists: Induction of labor. Practice Bulletin. 2009.No.107.

Cabezas GE., Delgado LA, Morales OA, Pérez-Palacios G: Comportamiento de la cesárea en la Secretaría de Salud durante el período 1990-95. Ginecol Obstet Mex 1998; 66:335-38.

Zupancic J. The economics of elective cesarean section. Clin Perinatol 2008;35:591-99.

Wylie BJ, Mirza FG. Cesarean delivery in the developing World. Clin Perinatol 2008; 35; 3:571-82.

Villanueva EL. Operación cesárea: una perspectiva integral. Rev Fac Med UNAM 2004. 47; 246-50.

Centro Latinoamericano de Atención Perinatal y Desarrollo Humano (CLAP): Proyecto Latinoamericano de Cesáreas. Fundamentos y Guías para la Segunda Opinión. 2000.

Cunningham FG, et al: Williams Obstetricia, 22a. edición. Editorial Médica Panamericana, 2005. pp: 321 -350, 431 -442, 463 -472, 477-498.

Carbone B. Increase in cesarean delivery: Are we facing a pandemic? Int J Gynecol Obstet. 2009. 107, 183-84.

García A, Chávez A.J, Jiménez S G., Izquierdo PJC, Angeles WC, Santos GJ, Luna GS: Modificaciones cervicales inducidas por prostaglandinas E2. Ginecol Obstet Mex 1998; 58: 8-13.

Grant A: Monitoring the fetus during labour. Chalmers Y, Enkin M K M, Ed: Effective care in pregnancy and childbirth 1989; Vol. 2., University Press, Oxford, New York. 846-882.

Guzmán SA, et al.: ¿Qué hacer para reducir el número de cesáreas? Ginecol Obstet Mex 1997; jul 65: 273-76.

Instituto Nacional de Perinatología: Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología 2003.

Kristensen M O: Can the use cesarean section be regulated?. Acta Obstet Gynecol Scand 1998;77, r 1998. 77: 951-960.

Langer A: Evaluación de un programa para disminuir la frecuencia de las operaciones cesáreas en México. En: Cesáreas, Tendencias actuales y perspectivas Secretaría de Salud /Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México / Instituto Nacional de Perinatología 1997; 65-72.

Manual de Diagnóstico y Tratamiento de Obstetricia y Perinatología.. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Editorial Ciencias Médicas 1997.

McMahon M, Luther ER, Buwes WA, Olshan A.:Comparison of trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med 1996; 335 (10): 689-700.

Narro RJ, Camus G R, Deliens D C, Gutiérrez P E: Tendencia de los embarazos terminados por cesárea en el D. F. Salud Pública de México 1984; 26: 381-88.

National Institute of Child Health and Human Development Research Planning Workshop. Electronic fetal heart rate monitoring: research guidelines for interpretation. Am J Obstet Gynecol, 1997: 177;1385-90.

Orowitz RI, Thompson JR: Cuidados postanestésicos y posoperatorios. Cirugía Ginecológica: Te Linde's 2005 ed. Panamericana.

Porreco R, Thorp J: The cesarean birth epidemic: trends, causes and solutions. Am J. Obstet Gynecol 1996; 175: 369-374.

Pruett KM, Kishcn B, Cotton DB: Unknown uterine scar and trial of labor. Am J Obstet Gynecol 1990; 76: 750-754.

Rodríguez S E, Sangines M, Miranda A O, Okhuysen CC, Ahued A J: Cesárea de repetición. Ginecol Obstet Méx 1982;50:153-6.

Rosen M, Dickinson J, Westhoff C: Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. Obstet Ginecol 1991; 77(3): 465-470.

Secretaría de Salud: Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. NOM-005-SSA 2-1993. 2005.

Secretaría de Salud: Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido. NOM-007-SSA 2 –1993.

Shor PV, Chávez AJ, Castelazo ME, Rivero E, Karchmer KS: Mortalidad materna asociada a la operación cesárea. Ginecol Obstet Mex 1982; 50:189-95.

Anaya PR y colaboradores. Morbilidad materna asociada a operación cesárea Cir Ciruj 2008.76:467-72.

Althabe F, Belizán JM, Villar J y cols. Segunda opinión obligatoria para reducir cesáreas innecesarias en Latino América: un estudio controlado randomizado en racimo (1). Rev Chil Obstet Gynecol 2004; 69.3. 404-06.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Cesarean Delivery on Maternal Request. Committee Opinion. 386 • November 2007.

Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM and cols. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-2008. Lancet 2010; 375: 490–99.

Clark SC, Belfort MA, and col. Improved outcomes, fewer cesarean deliveries, and reduced litigation: results of a new paradigm in patient safety. Am J Obstet Gynecol;2008; 199:105.e1-105.e7.

Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, et al. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2008;199:36.e1-36.e5.