

11217
6



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA DE POSGRADO

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**CARACTERISTICAS OBSTETRICAS Y PERINATALES DE PACIENTES
ATENDIDAS DE PARTO CON ANTECEDENTES DE CESAREA PREVIA.**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

**PRESENTADO POR
DR. ANTONIO AGUIRRE RAMIREZ**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. RAUL RENDON MONTOYA**

- 2003 -

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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).

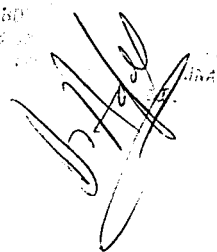
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

"Características obstétricas y perinatales de pacientes atendidas de parto con antecedentes de cesárea previa"

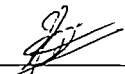
Dr. Aguirre Ramírez Antonio

SUSO
DIVISIÓN

197
1980

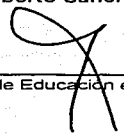


**Vo. Bo.
Dr. José Antonio Memije Neri**

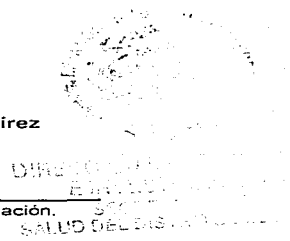


Profesor titular del curso de especialización
En Ginecología y Obstetricia.

**Vo. Bo.
Dr. Roberto Sánchez Ramírez**



Director de Educación e Investigación.



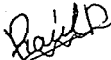
SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN
EDIFICIO "A"
SALUD DEL D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

"Características obstétricas y perinatales de pacientes atendidas de parto con antecedentes de cesárea previa"

Dr. Aguirre Ramírez Antonio

**Vo. Bo.
Dr. Raúl Rendón Montoya**



Director de Tesis
Jefe del Servicio de
Ginecología y Obstetricia
Hospital General Ticóman

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS.

A mi padre Sr. Jesús Aguirre González
Por su gran apoyo, y dedicación a mi vida.

A mi madre Sra. Vicenta Ramirez Cazares
Por darme la vida y el apoyo moral.

Al Dr. Raúl Rendón Montoya
Asesor de mi tesis. Un sincero agradecimiento por su apoyo.

A la Dra. Maria del Rosario Mendoza
Ya que sin su ayuda no hubiese sido posible realizarla.

A cada uno de mis Maestros
Que gracias a su paciencia y dedicación fue posible llegar a esta meta.

Al Dr. Eduardo Cuervo Vite
Por sus consejos

GRACIAS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Material y Métodos	20
Resultados	22
Discusión	24
Referencias Bibliográficas	26
Anexos	30

RESUMEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO: Identificar las características obstétricas y perinatales de pacientes atendidas de parto con antecedente de cesárea previa en el Hospital General de Ticóman de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el H. G Ticóman en el servicio de ginecología y obstetricia durante el periodo primero de Enero a treinta de Julio de 2002. Se obtuvo el número total de egresos del servicio, utilizando como criterios de inclusión aquellas pacientes secundigestas con cesárea previa y con expedientes clínicos completos. Se utilizaron variables dependientes (parto) e independientes (edad de la paciente, edad gestacional, dilatación y borramiento cervical, inducción y conducción, apgar, peso fetal y sus complicaciones) así como complementarias (indicación de cesárea previa, y periodo intergenésico), capturando la información en la base de datos del paquete de Excell obteniendo los porcentajes de cada una de las variables para su representación esquemática en tablas, cuadros y figuras.

RESULTADOS Se incluyeron en el estudio un total de 60pacientes,con edad comprendida entre los 17(5%) y 40(1.6%)años, con edad promedio de 18(6%) y 19(7%) años, con una edad gestacional entre 37(18%) y 40(25%), trabajo de parto fase activa a 4cms(20%) Así mismo se les inició conducción de trabajo de parto a 16 pacientes (26.6%) con 2.5 mU, 33 pacientes(55%) con 5mU y a 11 pacientes (18.3%) se les vigiló estrechamente. Llamando la atención que el periodo del último evento obstétrico (operación cesárea) y el actual, embarazo había transcurrido tan sólo 2 a 3(25%) años. Las indicaciones más sobresalientes del antecedente de cesárea previa fueron desproporción cefalopélvica (45%), expulsivo prolongado (16.6%) y presentación pélvica (15%).En relación al peso llamo la atención que en aquellas pacientes con antecedentes de desproporción cefalopélvica, el embarazo actual culminó con un feto de mayor peso en el 41.1%. Solamente hubo una complicación materna (1.6%) caracterizada por dehiscencia de histerorrafia ingresando urgentemente a unidad de quirófanos.

CONCLUSIÓN: La frecuencia de la operación cesárea en nuestros días y en nuestro hospital de investigación se encuentra por arriba de lo establecido por la norma oficial, debido en su mayoría a indicaciones relativas(68%) según un estudio elaborado años atrás, siendo entre otras, desproporción cefalopélvica, presentación pélvica y aún la misma cesárea previa. Creemos en el momento, que una paciente bien valorada, y con una vigilancia estrecha se le deba dar la oportunidad a prueba de trabajo de parto siempre y cuando el mismo embarazo o la condición fetal presente no sea una contraindicación absoluta para el mismo procedimiento. Ya que las desproporciones cefalopelvicas no siempre son objetivas sino que subjetivas por la mano exploradora y que esta condición por si sola es una causa frecuente de cesárea de repetición.

PALABRAS CLAVES: Cesárea previa, prueba de trabajo de parto.

INTRODUCCIÓN.

Antes del siglo XX, rara vez se realizaba una cesárea por que lo más frecuente es que se condujese a la muerte de la parturienta. Sin embargo, la segunda mitad del siglo XIX atestiguó logros en medicina que aumentaron tanto la seguridad, como el entusiasmo por la operación. El advenimiento de la anestesia obstétrica en el decenio de 1850, fue el principal de esos perfeccionamientos, seguidos por la adopción de técnicas antisépticas recomendadas por Joseph Lister en el decenio de 1870 y la sutura de la incisión uterina propuesta por Sanger en el decenio de 1880.¹

El advenimiento de la cesárea a principios del decenio de 1900 se acompañó casi de inmediato de un interés por atender mejor a las pacientes con antecedente de dicha operación. La realización de una cesárea repetida en aquella época significaba exponer a la paciente a la paciente a un riesgo significativo de perder la vida por sepsis, hemorragia o ambos. En su Libro "Obstetrics and Gynecology in America, Harold Speert revisa la estadística de la mortalidad materna relacionada con la cesárea recolectada por E. D. Pals de la White House Conference on Child Health and Protection en 1933 que señala que encontró una tasa de mortalidad materna entre 4.2 y 16% en alguno de los mejores hospitales de la nación. Alternativamente se reconoció incluso en los primeros decenios del siglo XX que el parto vaginal después de cesárea colocaba a la paciente en riesgo de ruptura uterina, con posibilidad de morbilidad y mortalidad materna y fetal.²

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El 12 de Mayo de 1916, Edwing D. Craig señaló lo siguiente a su ingreso a la Eastern Medical Society of The New York City:

"Algo debe tenerse siempre en mente, que no importa que tan cuidadosa se suture la incisión uterina, nunca se puede estar cierto de que la pared cicatrizada resista un embarazo y trabajo de parto posterior sin romperse, eso indica que la regla usual es una vez hecha una cesárea siempre debe tenerse otra".

En 1881, en Heidelberg Alemania Keher hizo la primera incisión transversal transperitoneal retrovesical para el nacimiento por cesárea e informó de sus logros. Para muchos historiadores, ese suceso marcó el origen de la era de nacimiento por vía abdominal determinado por el medico.²

Sin embargo, en los últimos 120 años ha sido una controversia la interrogante de la vía de nacimiento en embarazos subsiguientes de mujeres con antecedentes de cesárea. Dicho debate continuo se ha dirigido principalmente a la seguridad relativa del nacimiento por vía abdominal respecto a la vía vaginal en presencia de una cicatriz uterina, en años recientes se ha recibido influencias en una diversidad de factores económicos, sociales y éticos.²

Este método ha sido cuestionado durante el siglo XX, así, el concepto parto vaginal después de una cesárea no es de origen reciente. En 1916 Williams

revisó las publicaciones en el mundo e identificó más de 30 informes de casos de parto vaginal después de cesárea exitosos y concluyó que cuando un útero se ha suturado con cuidado y no ocurrió infección subsiguiente, la cicatriz de cesárea será suficientemente fuerte para permitir la distensión de un embarazo a término o inclusive la tensión impuesta por el trabajo de parto por sí mismo.²

Schell expresó desaprobación por el aforismo de Craig en 1923 y presentó su experiencia personal de 23 pacientes que tenían cesárea previa y presentaron un parto vaginal, un total de 34 recién nacidos. En 1930 Mc Lane señaló que en el John Hopkins, el nacimiento por el conducto normal del parto después de la cesárea previa "era tan frecuente que era muy difícil que fuese un aspecto a señalar", y comunicó 38 casos, sin una sola ruptura uterina. En 1951, Cosgrove informó de un grupo de 500 pacientes con antecedentes de cesárea previa y partos vaginales en el 35.8%. No hubo muertes maternas por ruptura de la cicatriz previa de cesárea, pero sí seis en el grupo de nacimiento por esa operación. Numerosas publicaciones por otros autores entre 1940 y 1970 mostraron la seguridad y eficacia relativas de parto vaginal después de una cesárea. En casi todos estos informes, no obstante se insistió en la individualización una selección prudente de pacientes.²

Además, un tema en esos informes fue la observación intensiva que se tipifica en el comentario de Cosgrove. La complicación más temida del embarazo en mujeres con antecedentes de cesárea previa es la ruptura de la cicatriz y morbilidad acompañada con posible mortalidad de la madre, feto o ambos.²

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Kerr señaló en 1924 que la tasa de ruptura en mujeres con cicatriz era de 4%, en una época en la que casi todas las cesáreas se hacían con incisiones tipo clásico. Después se reconoció que la tasa de ruptura que acompañaba a la incisión retro vesical transversal baja que Kerr ayudó a popularizar era mucho menor, por debajo del 2% y un décimo sexto de la tasa correspondiente a la operación clásica según Jesuran. La tasa absoluta era menor y las rupturas menos intensas, casi siempre incompletas o totalmente silenciosas con menor morbilidad y mortalidad materna o fetal global.^{3,4}

En 1968, una época en la que pocas pacientes con cicatrices uterinas se habían sometido a prueba de trabajo de parto. Palerme y Friedman comunicaron una incidencia de ruptura uterina del 2.5% con cicatrices uterinas clásicas, 1.3% con cicatrices verticales del segmento inferior y 0.07% en las transversales del segmento inferior.^{3,4}

A pesar del relativamente bajo riesgo de ruptura uterina, debido a mejoras en la anestesia y las técnicas quirúrgicas, facilidades más complejas de banco de sangre y la disponibilidad de una amplia variedad de antibióticos, así como mejor control de las enfermedades maternas, la morbilidad, mortalidad vinculadas con la cesárea repetida electiva era muy baja.⁵

Para 1978, se informaba que la tasa de mortalidad relacionada con una cesárea electiva de repetición era menor de 1 en 5420. Con una mayor

seguridad de la cesárea en general y una atención creciente al resultado del recién nacido, la tasa total de cesáreas en EE.UU. aumentó rápidamente y para 1980 era de 16.5% según la National Vital Statistics Resource una cuadruplicación en menos de 20 años. En 1980 hubo 17,8204 cesáreas repetidas en EE. UU., el décimo procedimiento quirúrgico más frecuente, que constituyeron 29.9% de todas las cesáreas. De las pacientes con una cicatriz uterina, 96.6% se atendió por una operación repetida y solo 3.4% tuvo parto.⁵

Aunque la primera parte del decenio de 1980, 96 a 99% de las pacientes con una cicatriz uterina se había practicado una nueva cesárea, había ciertas instituciones en las que se ofrecía una prueba de trabajo de parto a pacientes seleccionadas. Años antes en el New York Hospital, Douglas informó que más del 33% de las pacientes con antecedentes de cesárea presentaron un parto vía vaginal en el siguiente embarazo.⁵

En 1978, Merill y Gibbs señalaron que de 526 pacientes con cesárea previa bajo prueba de trabajo de parto, 49% tuvieron un parto vía vaginal. Notaron un incremento significativo en la morbilidad materna cuando la prueba de trabajo de parto concluía en una cesárea. En un informe separado Gibbs señaló que la frecuencia de ruptura de cicatrices uterinas transversales bajas era igual en pacientes sometidas a cesárea repetidas que en las sometidas a prueba de trabajo de parto y parto vaginal.⁵

O'Sullivan y col, informaron que de 263 pacientes con antecedentes de cesárea en estudio para su elegibilidad a una prueba de trabajo de parto por criterios conservadores, 103 pacientes se consideraron candidatas apropiadas. De ellas, 13 rehusaron la prueba de trabajo de parto y de los 90 restantes 76(84%) lograron un parto vaginal.⁵

Saldana y cols, dieron a conocer de 226 pacientes con antecedentes de cesárea en una clínica de alto riesgo. De las 145 sometidas a una prueba de trabajo de parto, 38.6% tuvieron un parto vía vaginal. Se incluyeron en este grupo de pacientes con más de una cesárea previa con antecedentes de desproporción cefalo pélvica. Ellos no observaron rupturas uterinas y señalaron que 28% de las mujeres diagnosticadas como desproporción céfalo pélvica tuvo un parto vaginal.⁵

Moorewood y cols, informaron de 243 pacientes a quienes se permitió una prueba de trabajo de parto, con una tasa de éxito de 70.4%.⁵

Minkoff y Schwars, informaron de una morbilidad de 27.4% en cesáreas electivas repetidas en el Downstate Medical Center Kings County Hospital Brooklyn y sugirieron que la mayor tasa de cesáreas pudieran disminuir con seguridad al permitir pruebas de trabajo de parto, en pacientes seleccionadas con antecedentes de cesárea.⁵

Como criterios generales, muchas de las Instituciones que ofrecieron una prueba de trabajo de parto a pacientes con antecedentes de cesárea previa tuvieron un método conservador para su selección y el tratamiento de los trabajos de parto. Aunque hubo poca consistencia de una Institución a otra, la selección se vio limitada frecuentemente a pacientes con embarazo único y solo una cesárea previa, cuya evolución postoperatoria no tuvo mortalidad.⁶

En Septiembre de 1980, el National Institutes of Child Health and Human Development junto con el National Center for Health Care Technology copatrocinaron una conferencia sobre nacimiento por cesárea para valorar los fundamentos basados en la investigación de la creencia popular de que el resultado de los embarazos complicados mejoraban al hacer una cesárea más que permitir un parto vaginal. En el resumen de la conferencia se citó a la tasa creciente de cesáreas como motivo de preocupación, pero también que dicha tendencia podía detenerse y tal vez revertirse, mientras se continuaban mejorando los resultados maternos y fetales. En el grupo se calculó que 25 a 30% del incremento global observado en las tasas de cesárea era en gran parte debido a las operaciones repetidas y que la mortalidad materna vinculada era de dos a cuatro veces mayor que la de parto vaginal.⁷

Después de la publicación del National Institutes Health Consensus Development Conference Report en 1981, "Nacimiento por cesárea" pareció surgir un amplio interés de la comunidad obstétrica por parto vaginal después de una cesárea. El Informe estimuló una actividad considerable de investigación y

después de varios años se aceptó de manera entusiasta el concepto de parto después de una cesárea no sólo por médicos sino también por otros proveedores de atención de la salud, pacientes y quienes pagan al gobierno y las compañías de seguro.⁷

En un esfuerzo por aumentar el número de pacientes con parto vaginal después de cesárea, los criterios conservadores que excluían a muchas de una prueba de trabajo de parto fueron cuestionados y con frecuencia ignorados.⁷

En 1988, Flamm y cols, informaron de uno de los grupos más grandes de pacientes luego de cesárea bajo prueba de trabajo de parto después del informe de National Institutes of Health. En 8 centros Médicos durante el período bianual de 1984 a 1985 acudieron 4,929 pacientes con antecedentes de una o más cesáreas, de las que 1,776 aceptaron voluntariamente una prueba de trabajo de parto y 1,314 tuvieron un parto por vía vaginal lo que presentó una tasa de éxito del parto después de la cesárea de 74% para una frecuencia de 36% del procedimiento. La tasa real de rupturas fue de 0.2% y en 0.6% de las pacientes se encontraron dehiscencias asintomáticas. No hubo mortalidad materna o perinatal en pacientes con ruptura uterina, si bien se hizo una histerectomía.⁷

Fue de especial importancia el hecho de que el grupo con prueba de trabajo de parto incluyó a 86 pacientes con cicatrices cuyo tipo se desconocía y 89 con dos o más cesáreas previas. Se uso conducción con oxitocina y anestesia

epidural con las mismas indicaciones y contraindicaciones que en pacientes con trabajo de parto sin antecedentes de cesárea. Se excluyó del estudio aquellas con incisión clásica o vertical baja previa, presentación pélvica o embarazo gemelar. La tasa de mortalidad perinatal en una prueba de trabajo de parto fue de 4 por 1000, en tanto la mortalidad perinatal global en los 9 hospitales participantes durante el período del estudio fue de 11 por 1000.⁹

Meir y Porreco, en un estudio similar comunicaron una tasa de éxito de parto después de cesárea de 84.5% y recomendaron una prueba de trabajo de parto en pacientes con sólo una cesárea previa transversal baja y ninguna indicación actual de cesárea.⁹

El uso de oxitocina para inducción o conducción de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa es motivo de controversia. (Tabla 1).

Flamm y col, comunicaron el uso de oxitocina en 485 pacientes con cicatrices uterinas y concluyeron que no había diferencia significativa con respecto a ruptura uterina, morbilidad materna o fetal o mortalidad y que el uso juicioso de oxitocina es seguro en pacientes con antecedentes de cesárea.

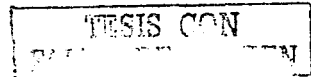
En 1999, Zelop y col, publicaron un estudio de 560 mujeres con una cesárea previa a quienes se indujo el trabajo de parto con oxitocina o gel de prostaglandina E2 y concluyeron que había un incremento global en las rupturas uterinas en comparación con pacientes similares con trabajo de parto

espontáneo. Hubo nueve rupturas uterinas (2%) en 458 mujeres inducidas con oxitocina, una (2.9%) en 35 a quienes se indujo con gel de prostaglandinas E2 sola y (4.5%) en 67 pacientes que recibieron ambos medicamentos.^{9,10}

Wings y cols, informaron el uso de misoprostol para inducción de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa y hallaron dos rupturas (11%) en 17 pacientes. Sin embargo, Del Valle y cols., estudiaron a 89 pacientes con antecedentes de cesárea previa que recibieron prostaglandinas E2 para maduración cervicouterina y concluyeron que ésta parece segura y eficaz en aquella bajo inducción con un cuello uterino desfavorable. (Tabla 2).¹⁰⁻¹³

Otros investigadores concluyeron de manera similar que el uso de gel de prostaglandina E2 en pacientes con cesárea previa es relativamente seguro y eficaz. Hay una tendencia a ampliar las circunstancias obstétricas en las que puede ser apropiado el parto después de cesárea. Sin embargo, las pruebas para valoración del riesgo de resultados adversos en muchas de esas circunstancias son escasas o nulas. (Tabla 3)¹³

La publicación oficial sobre parto después de cesárea por el AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) fue un enunciado del comité emitido en Enero de 1982 con el título "Guidelines for vaginal delivery after cesarean childbirth" que señala que con una cuidadosa selección de pacientes con incisiones uterinas segmentarias, transversales bajas



previa y personal apropiado parecía una opción aceptable el intento de parto vaginal.

Las pautas sugeridas incluían que el embarazo fuese de un solo feto, en presentación de vértice, con peso calculado menor de 4000grs, que la indicación de la cesárea previa no fuese un trastorno recurrente y que no hubiese otros antecedentes obstétricos, médicos o quirúrgicos o hallazgos que contraindicaran el trabajo de parto o el parto vaginal.

La sección referente al personal, es de máximo interés por que recomendaba que debiera estar en el Hospital un médico responsable capaz de valorar el trabajo de parto y hacer una cesárea. Disponible de inmediato para hacer la operación de urgencia o resolver otras complicaciones.

La posición oficial de la ACOG sobre parto después de cesárea ha evolucionado en el transcurso de los últimos 18 años y se refleja en documentos emitidos en 1984, 1988, 1994 y 1998 y más recientemente Julio de 1999. Los primeros muestran una tendencia a ampliar la lista de circunstancias obstétricas para candidatas a parto después de cesárea, disminuir el número de contraindicaciones de la prueba de trabajo de parto y en general facilitar las recomendaciones de vigilancia, tiempo de respuesta y disponibilidad de recursos.

El ACOG Practice Bulletin Number 5 Julio 1999, difiere significativamente de sus predecesores más recientes por que recomienda que casi todas las mujeres con una cesárea previa e incisión transversal baja son candidatas para una prueba de trabajo de parto después de una cesárea y han de asesorarse al respecto así como ser objeto de ofrecimiento de una prueba de trabajo de parto. Los documentos previos sugieren que se alentará a la paciente a intentar una prueba de trabajo de parto. Las recomendaciones restantes actuales indican que se puede usar anestesia epidural, que aquellas mujeres con incisiones bajas son candidatas de parto después de cesárea y que el uso de oxitocina o gel de prostaglandinas requiere de vigilancia estrecha de la paciente.

Además se aconseja en este boletín que se permita a las mujeres con dos cesáreas previas transversales bajas una prueba de trabajo de parto, con información de que el riesgo de ruptura uterina aumenta conforme lo hacen el número de cesáreas. Se insiste en las incisiones fúndicas como contraindicación de parto después de cesárea y por último se señala que puesto la ruptura uterina puede ser catastrófica debe intentarse un parto después de una cesárea en instituciones equipadas para responder con médicos disponibles para proveer atención de urgencia. (Tabla 4 y 5).¹⁴

Debido a la escasez de datos no se puede hacer recomendaciones sobre el de parto después de cesárea en las presentaciones pélvicas, el embarazo múltiple, el posttermino, aquel con sospecha de macrosomía, o en pacientes cuya incisión previa se desconoce.

Hubo diversos motivos por los que los comités del ACOG dedicados a la elaboración del documento más reciente sobre parto después de cesárea tuvieron un abordaje más intenso a la disponibilidad de personal y recursos:¹⁴⁻¹⁶

- En primer lugar el riesgo de ruptura uterina es al menos del 1% y de esas rupturas al menos tal vez sean catastróficas con una tasa de mortalidad grave materna, fetal o ambas de 10 a 25%. Es más, hay preocupación que la ruptura uterina vinculada con una prueba de trabajo de parto en una paciente con cicatriz uterina constituye suceso subcomunicado, lo que haría a ese cálculo de riesgo de 1% todavía mayor. Los resultados de las pacientes pueden beneficiarse de la disponibilidad inmediata de médicos capaces de hacer una cesárea.
- En segundo lugar, con base de informes de miembros de ACOG, la ruptura uterina casi siempre origina una acción legal sin importar el resultado clínico o la excelencia de la atención. No hay estudios prospectivos aleatorizados con testigo que comparen resultados entre cesárea repetida electiva y parto después de cesárea, ni es probable que los haya en momento alguno del futuro. Un meta análisis reciente de comparación de la cesárea repetida electiva con la prueba de trabajo de parto que cubre publicaciones de 1989 a 1999, indicó que ocurrió ruptura uterina dos veces más frecuente en mujeres con una cesárea previa sometidas a una prueba de trabajo de parto que en aquellas de cesárea repetida. Las muertes fetales y neonatales y las puntuaciones de APGAR

a los 5 minutos menores de 7 fueron más frecuentes en el grupo
comprobadas de trabajo de parto.

En un intento reciente en que se intenta analizar la eficacia en cuanto a costos
de la cesárea electiva con antecedentes de cesárea transversal baja, la
conclusión a la que se llegó fue que la cesárea electiva sistemática produce
aumento de la morbilidad y mortalidad materno, un alto costo para el sistema
médico. No obstante el subgrupo de pacientes que tuvieron una cesárea
después de la prueba de trabajo de parto fallido hubo mayores tasas de ruptura
uterina, endometritis, infección de herida quirúrgica, lesiones quirúrgicas,
histerectomía y muerte materna.

En otro informe se concluyó que los lactantes nacidos por cesárea electiva de
repetición tienen mayor riesgo de problemas respiratorios, pero que los nacidos
en el grupo con prueba de trabajo de parto tenían mayores tasas de sospecha
de sepsis o de esta última.

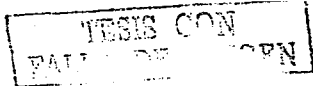
En la actualidad, parecería que lo que se requiere es un estudio más
cuidadoso de las pacientes y hacer más rigurosos los requerimientos de
elegibilidad para una prueba de trabajo de parto. Si se dispone de pruebas de
detección apropiadas que sean eficaces para identificar pacientes con el riesgo
máximo, se podría hacer menos rígido el abordaje. Mientras tanto es mejor errar
en el lado de ser conservador. Incluso los más entusiastas de parto vaginal
después de cesárea previa han indicado algún desaliento reciente y deseo de

revalorar la situación. Esta dado que en el ambiente actual se requiere asesoramiento y consentimiento informado apropiado antes de proceder a una prueba de trabajo de parto.

El concepto de que el parto vaginal con un a cesárea previa es una vía de acceso segura y eficaz para muchas pacientes constituye un hecho bien establecido. Eso no significa que sea apropiado para todas aquellas que planean embarazarse en presencia de una cicatriz previa. La comunidad médica no debe usar el parto vaginal después de la cesárea como su principal recurso para responder a las preocupaciones económicas y sociales por la mayor tasa de cesáreas. más bien el estándar de atención debe de determinarse por la seguridad de la paciente individual.

La tasa de cesáreas en Estados Unidos ha aumentado de 5% en 1970 hasta un máximo de casi 25% en 1987. Entre 1987 y 1996, dicha cifra disminuyó y partir de entonces parece otra vez estar aumentando para alcanzar hoy casi 22%. lo que se traduce en casi 900 000 cesáreas por año, de las que 300 000 son repetidas.

En 1999, 30% de las cesáreas en Estados Unidos eran de repetición. La tasa de partos vaginales con cesárea previa disminuyó 11% entre 1998 y 1999, de 26.3 a 23.4 por 100 nacidos en mujeres con cesárea previa. Es digno de mencionar que entre 1989 y 1996 el parto vaginal después de cesárea aumentó



un 50%, pero ha disminuido de modo constante desde 1996 (17%, 1996-1999).

(tabla 6) 17,18

Casi todos los informes en las publicaciones indican que de 60 a 80% de las pruebas de trabajo de parto después de una cesárea culmina con parto vaginal. Estos resultados obviamente reflejan una tendencia de selección, por que por lo general se excluyeron las mujeres que eran candidatas inadecuadas de una prueba de trabajo de parto.¹⁹⁻²¹

Tal vez la más extrema de estas tendencias se refleja en el estudio de casos y testigos de Harrington y cols., describe una tasa de buen éxito de 98.3% con parto después de una cesárea y una 0.3% de dehiscencias uterinas en casi 300 pacientes seleccionadas atendidas por enfermeras obstétricas certificadas. Las mujeres elegibles para su participación se consideraron de bajo riesgo y se requería que tuvieran una edad gestacional de 36 a 43 semanas, trabajo de parto activo (contracciones uterinas regulares y una dilatación cervical de al menos 4 cms), embarazo único, presentación cefálica, peso fetal calculado de 2500 a 4000grs. ausencia de problemas médicos significantes, ausencia de meconio espeso, sin datos de corioamnioitis y con antecedentes de una sola cicatriz uterina transversa baja o un parto vaginal después de una cesárea no complicado. Estos criterios describen la candidata óptima para una prueba de trabajo de parto. Así en ausencia de contraindicaciones absolutas, para una prueba de trabajo de parto, casi todas las mujeres con cesárea previa serán candidatas aceptables.^{24,25}

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las tasas de buenos resultados de parto después de cesárea en embarazadas cuya cesárea fue por indicaciones obstétricas no recurrentes, tienen tasas similares de buen éxito que las que no tenían cesárea previa. El antecedente de un parto vaginal previo a la cesárea previa también conlleva mayor probabilidad de parto vaginal satisfactorio. Es más, casi todas las mujeres cuya cesárea previa se hizo por distocia logran un parto después de una cesárea pero la prueba de trabajo de parto es menor (50 a 70%) que en aquellas con indicaciones no recurrentes.^{24,25}

Latinoamérica se está constituyendo en la región con el mayor índice de cesáreas en el mundo, que presenta una tendencia a continuar aumentando. Es necesario establecer conductas que tiendan a paliar esta situación ya que de continuar así, estas cifras alcanzarán valores aún mayores, lo que implica graves consecuencias de morbilidad y mortalidad materna y fetal, además de los altos costos en los sistemas de salud. No existen intervenciones probadas en forma rigurosa que permitan recomendar su uso para poder llegar a cifras racionales de esta operación.

¿Cuáles son las características obstétricas y perinatales que presentan las pacientes que fueron atendidas de parto con antecedentes de cesárea previa, en el Hospital General de Ticmán

En el año de 1995, la tasa promedio nacional de cesáreas fue del 28.58% correspondiendo al estado de Zacatecas la más baja de 19.82% y al estado de Nuevo León la más alta de 42.14% todos los estados tuvieron incrementos que oscilaron entre 23.55% para Chiapas y 67.97% para el estado de Querétaro, y así mismo en todos ellos los incrementos fueron estadísticamente significativos.^{27,28}

En México, en la literatura médica nacional existen informes como la de Castelazo Ayala en 1957, en el HGO 1 del IMSS, señalando una tasa de operación cesárea de 2.3%. En una revisión efectuada en el período de 1976 a 1983 por la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal se encontraron tasas de operación cesárea que oscilaban entre 14.6% y 19.15% para los años referidos anteriormente.²⁸

Existe un interés creciente a cerca de su asociación con la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Algunas de las razones dadas recientemente para este incremento son el miedo de litigios, los incentivos financieros y fundamentalmente el estilo de la práctica médica.

El incremento de la operación cesárea notado a partir de la década de los 70's no disminuyó como se esperaba la morbilidad y mortalidad perinatales.

Las principales indicaciones de la operación cesárea en nuestro ambiente son distocia de contracción, cesárea previa y sufrimiento fetal. En el año de 1998

la frecuencia con la que se practicó la operación cesárea fue de 35% de los embarazos atendidos, no teniendo en cuenta el número de cesáreas de repetición que se realizaron en este porcentaje.^{29,30}

En el Hospital General de Ticomán la incidencia de la operación cesárea en los años comprendidos de 1997 a 2001 osciló entre 23 y 26%. Como hemos analizando anteriormente la realización de operación cesárea no es un procedimiento inocuo ya que presenta cierto grado de morbilidad y mortalidad materna, como lo expuesto en países de primer mundo, principalmente como infecciones de herida quirúrgica, endometritis, deciduitis, aumentando por lo tanto y de la mano el costo de la atención de este procedimiento con relación al parto eutócico de ahí lo importante de su trascendencia en nuestro medio.

Tomando en cuenta que una de las indicaciones más frecuente de operación cesárea es la misma cesárea previa en su mayoría realizada por una indicación relativa (Enfermedad hipertensiva del embarazo, ruptura prematura-precoc de membranas, baja reserva fetal, embarazo múltiple, distocia dinámica, embarazo prolongado, nulipara añosa, isoimmunización, diabetes mellitus, compromiso de histerorráfia, oligohidramnios, retardo del crecimiento intrauterino, infección del virus del papiloma humano, parto pretérmino, presentación pélvica, hipo motilidad fetal, periodo inter genésico corto, y trabajo de parto no progresivo), la individualización de cada paciente obstétrica y seleccionando a cada una en cuanto a su antecedente obstétrico, para la realización de una prueba de trabajo disminuiría la incidencia de dicha operación cesárea en nuestros hospitales.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en el Hospital General de Ticoman de segundo nivel de la Ciudad de México en el servicio de de ginecología y obstetricia en el período comprendido entre primero de Enero al treinta de Julio de 2002. Se obtuvo el número total de egresos del servicio y se busco en la libreta de registro aquellas pacientes secundigestas con cesárea previa, de las cuales se capturaron en un formato

Utilizando como criterios de inclusión a todos los expedientes clínicos completos, de pacientes con cesárea previa, atendidos de parto de cualquier edad, y excluyendo a todos los expedientes incompletos.

Se utilizaron variables independientes como edad de la paciente, edad gestacional, dilatación cervical, apgar, silverman- anderson y capurro con una escala de medición todas ellas, cuantitativa discontinua, así mismo variables como trabajo de parto inducción, conducción, complicaciones fetales todas ellas con una escala de medición cualitativa nominal. Al igual que variables complementarias como son Indicación de cesárea previa con una escala de medición cualitativa nominal y Período intergenésico con una escala de medición cuantitativa discontinua, y solo una variable dependiente; parto, con una escala de medición cualitativa nominal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para el análisis de los resultados se capturaron los datos en una base de datos elaborados en el paquete Excell obteniendo los porcentajes de cada una de las variables para su presentación en porcentajes, cuadros, y figuras siendo esta investigación sin riesgo alguno.

TESIS CON
FALLA DE CUBEN

RESULTADOS.

Dentro del estudio se incluyeron 60 pacientes, registradas en el archivo clínico del H. G. Ticoman de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el período comprendido 1 de Enero a 30 de Julio del 2002. Reuniendo criterios de inclusión al protocolo de estudio, todas ellas en edades entre los 17 y 40 años, con predominio entre 18(6%) y 19(7%) años, y hasta un 8.3% para las edades comprendidas entre los 20 y 24 años ^{Gráfica 1}. La edad gestacional reportada, fue entre 37(18%) y 40(25%) semanas, con un mínimo de 32 y un máximo de 42 semanas ^{Gráfica 2}. En su mayoría llegaron con un trabajo de parto ya en fase activa con dilatación de 4cms (20%), del total de los ingresos, y con un borramiento del 70-80 (23 al 25%) ^{Gráfica 3-4}.

A 16 (26.6%) pacientes se le inició conducción de trabajo de parto con dosis de 2.5mU/ml de oxitocina, 5mU a 33(55%) y 0mU a 11(18.3%) independientemente del grado de dilatación a su ingreso o valoración previa por medio de la escala de bishop para valorar éxito del trabajo de parto ^{Gráfica 5}.

El período transcurrido del último evento obstétrico y el actual varió en años, de 1 año (3.3%) hasta 13 años (1.6%) con un frecuencia mayor en los primeros dos años posterior a éste, reportándose hasta en un 25% ^{Gráfica 6}.

Considerando la indicación del evento obstétrico previo, en un 45%(27 pacientes) fueron por desproporción cefalo pélvica, seguido de expulsivo prolongado 10 pacientes (16.6%) y presentación pélvica en un 15%(9 pacientes), siendo una de las cuatro indicaciones relativas ^{Gráfica 7}.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El peso fetal obtenido en el evento obstétrico actual fue entre 3000 y 3500grs (56%), reportándose un aumento total de peso entre los fetos del 56.6% en comparación con el evento anterior que culminó en operación cesárea ^{Tabla 1}.

Se observó que en las pacientes sometidas a cesárea por desproporción cefalopelvica el 41.1%(14 pacientes) tuvieron un peso fetal mayor al anterior ^{Tabla 2}.

En la mayoría de los recién nacidos la calificación de Apgar fue de 8-9 (78.34%) y solamente hubo la presencia de un Apgar de 3-6, sin haberse relacionado con meconio o alguna complicación obstétrica directa ^{Tabla 3}.

Con respecto a morbilidad, se presentó 1(1.6%) dehiscencia de histerorrafia, que inmediatamente fue intervenida sin llegar a consecuencias graves, reportando una frecuencia igual a la reportada en la literatura Internacional ^{Tabla 4}.

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

DISCUSIÓN

La literatura ha mencionado una frecuencia anual de 23% para la atención de parto vía cesárea, un comportamiento muy similar a los demás centros hospitalarios dentro de nuestra ciudad. Existe bibliografía que hace referencia hasta un 41% como lo son centros de tercer nivel como el INPer, en el último año y que en un tiempo se observó el mismo comportamiento con los Estados Unidos en especial a principios del decenio pasado, pero que debido a sus mejoras en la valoración y en la inquietud por reducir sus tasas de operación cesárea por indicaciones relativas y cesáreas de repetición, han disminuido hasta un 19.7%.

La frecuencia de la operación cesárea en nuestro país se encuentra por arriba de lo estimado por la norma oficial, donde hace referencia un índice del 15%, 17% por debajo de frecuencia anual en nuestro hospital.

Cabe mencionar que de no existir una contraindicación absoluta como las ya mencionadas, a cada paciente se le debe individualizar y ofrecerle una prueba de trabajo de parto ya que la literatura internacional y en especial el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia han obtenido tasas de buenos resultados hasta en un 82%, siempre y cuando esta paciente este bajo vigilancia según las normas del ACOG. En casos de cesárea previa por desproporción cefalopélvica debe ser revalorada, ya que existen datos que respaldan que es un dato subjetivo y por lo tanto varía entre los especialistas a cargo.

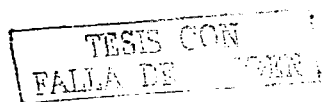
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Así como inculcar a nuestros jóvenes que muy pronto serán los adultos del mañana, a la responsabilidad que acarrea un embarazo y sus responsabilidades que esto con lleva, ya que en promedio la edad que se ha manejado en nuestros hospitales son entre los 17 y 19 años pacientes que aún no están preparadas para dar ese paso, de la adolescencia a la maternidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.-Cohen B. Atkins M. **Breve historia del parto vaginal después de cesárea.** Clinical Obstetrics and Gynecology, Gynecologic Surgery and Oncology Updates/ Vaginal Birth After Cesarean: Contemporary Issues. U.S.A.: Mc Graw-Hills Interamerican 2001:563-566.
- 2.-Sachs B P. **Parto vaginal después de cesárea: Aspectos contemporáneos.** Clinical Obstetrics and Gynecology, Gynecologic Surgery and Oncology Updates/ Vaginal Birth after cesarean: Contemporary Issues. U.S.A: Mc Graw-Hills Interamerican 2001:513.
- 3.-Wing D A . Richard H.P. **Selección y atención del parto vaginal con cesárea previa.** Pitkin R. M. Scott. J.R, Clinical Obstetrics and Gynecology, Controversies in Obstetrics/Controversies in Gynecology, U.S.A: McGraw-Hills Interamerican 1999: 759-769
- 4.-Liberman E. **Factores de Riesgo de Ruptura Uterina Durante una Prueba de Trabajo de Parto después de Cesárea.** Clinical Obstetrics and Gynecology, Gynecologic Surgery and Oncology Updates/ Vaginal Birth After Cesarean: Contemporary Issues. U.S.A: Mc Graw-Hills Interamerican. 2001:567-578.
- 5 -McMahon M.H. **Parto vaginal después de cesárea.,** Clinical Obstetrics and Gynecology. Evidence based-Medicine: Underlying Principals/ Evidence based Medicine: Clinical Aplications, U.S.A.: Mc Graw-Hills Interamerican 1998:341-351.
- 6 -Zinberg S. **Parto vaginal después de una cesárea: una controversia continua.** Clinical Obstetrics and Gynecology, Gynecologic Surgery and Oncology



Updates/ Vaginal Birth After Cesarean: Contemporary Issues. U S A. Mc Graw-Hills Interamerican 2001 523-531.

7 -Sachs B P. **Parto vaginal después de cesárea: una perspectiva de normas de salud.** Clinical Obstetrics and Gynecology, Gynecologic Surgery and Oncology

Updates/ Vaginal Birth after cesarean: Contemporary Issues. U S A. Mc Graw-Hills 2001 515-522

9 -Goetzl Laura, Shipp D Thomas, Cohen A. Amy et al. Oxytocin Dose and Risk of Uterine Rupture in trial of Labor After Cesarean **Obste Gynecol** 2001, 97:381-384

10 - Wing A Deborah Lowet Karla richer H. Paul. Disruption of Prior uterine incision following misoprostol for labor induction in women with previous cesarean delivery. **Obstet Gynecol** 1998, 91 828-830

11 -Sciscione C Anthony Nguyen Lisa, Manley S. James et al. Uterine Rupture During Preinduction Cervical Ripening with Misoprostol In a Patient with Previous Cesarean delivery. **Aust NZ J Obstet Gynecol** 1998, 38 96-97.

12 -Plaut M Melanie, Scharwts L, Martin, Lubrawski L Suzanne et al. Uterine rupture associated with de use of misoprostol in the gravid patient with previous cesarean section. **Am J Obstet Gynecol** 1999; 180: 1535-1542.

13 -Blanchette A. Howard, Nayak Sandhya, Erasmus Sapna. Comparison of the safety and efficacy of intravaginal misoprostol(Prostaglandin E1) with dose of dinoprostone (prostaglandin E2) por cervical ripening and induction of labor in a community hospital. **Am J Obstet Gynecol** 1999 180:1551-1559.

14.-Flamm B. L, **Parto vaginal después de cesárea: disminución de riesgo médico y legal.** Clinical Obstetrics and Gynecology, Gynecologic Surgery and

Oncology Updates/ Vaginal Birth after cesarean: Contemporary Issues. U.S.A: Mc Graw-Hills Interamerician 2001:579-586.

15.-Zelop M. Carolyn, Sjipp D. Thomas. Repke T. John et al. Effect of previous vaginal delivery on the risk of uterine rupture during a subsequent trial of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1184-1186.

16.-Zelop M. Caroline, Shipp D. Thomas, Cohen A. Amy et al. Trial of Labor After 40 Weeks Gestation in Women With Prior Cesarean. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 391-393.

17.-November M.T, **Análisis de costos del parto vaginal después de cesárea.** Mutch Clinical Obstetrics and Gynecology, Gynecologic Surgery and Oncology Updates/ Vaginal Birth After Cesarean: Contemporary Issues. U.S.A: Mc Graw-Hills Interamerican 2001:532-548.

18 -Grobman A. William, Peaceman M. Alan, Socol L. Michael. Cost-Effectiveness of Elective Cesarean delivery After one Prior Low Transverse Cesarean. *Obstet Gynecol.* 2000; 95: 745-751.

19 -Shipp D Thomas, Zelop M Caroline Repke T. John et al., Labor after Previous Cesarean: Influence of Prior Indication and Parity. *Obstet Gynecol* 2000: 895: 913-6.

20 -Rageth J Cristoph. Juzi Claudia, Grosenbacher Heidi Delivery After Previous Cesarean: A Risk Evaluation. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 332-337.

21.-Appleton Bill. Targett Christopher. Rasmussen Michael et al. Vaginal Birth after Cesarean section: an Australian multicentre study. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 2000; 40: 87-91.

22.-Shipp D.Thomas. Zelop M.Carolyn, Intrapartum Uterine Rupture and Dehiscense in Patients With prior Lower Uterine Segment Vertical and Transverse Incisions. **Obstet Gynecol** 1999; 94:735-40.

23.-Shipp D. Thomas, Zelop M. Caroline, Repke T. John "et al". Interdelivery Interval and Risk of Symtomatic Uterine Rupture. **Obstet Gynecol.** 2001; 97: 175-177.

24.-Gail K.C. **Atención intraparto del parto vaginal después de cesárea.** Clinical Obstetrics and Gynecology. Gynecologic Surgery and Oncology Updates/ Vaginal Birth After Cesarean: Contemporary Issues. U.S.A.: Mc Graw-Hills Interamerician, 2001 :549-553.

25.-Mastrobattista J M, **Parto vaginal después de cesárea.** Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, Controversies of Labor Management. U.S.A: Mc Graw-Hills 1999 299-309

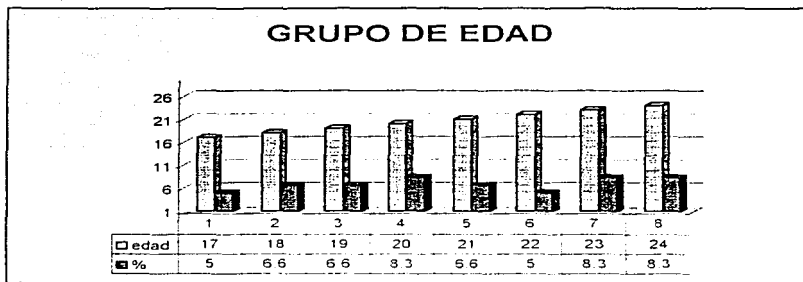
26.-Juarez Ocaña. Fajardo Gutierrez. Perez Palacios et al. Tendencia de los embarazos terminados por operación cesárea en México durante el periodo comprendido 1991-1995. **Ginecol Obstret Mex.** 1999; 67: 308 -318.

27.-Corral Chavez. Yin Urias. Perez Hernández et al. Tendencia de la operación cesárea en tres ámbitos de atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo 1981-1995. **Ginecol Obstret Mex.** 1999; 67: 9 -12.

28.-Lira Placencia. Tiscareña Barajas. Duque Segundido et al. Cesárea de repetición ¿una cesárea necesaria? **Ginecol Obstret Mex.** 2000; 68: 218 -223.

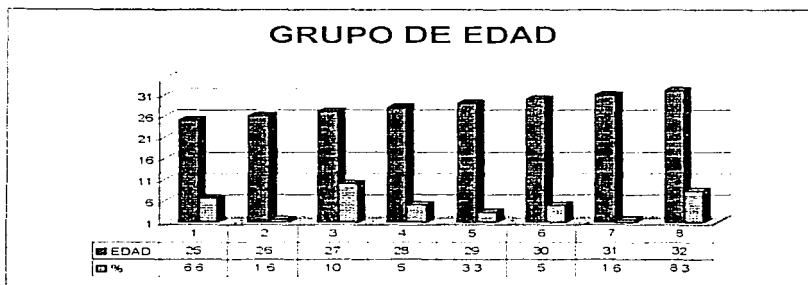
29.-Martinez Velasquez. Martínez Martínez . Vazquez Torres et al. Parto vaginal posterior a cesárea. **Ginecol Obstret Mex.** 2000; 68:183-184.

Gráfica 1.a



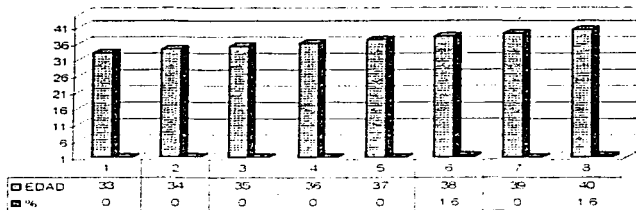
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 1.b



Gráfica 1.c

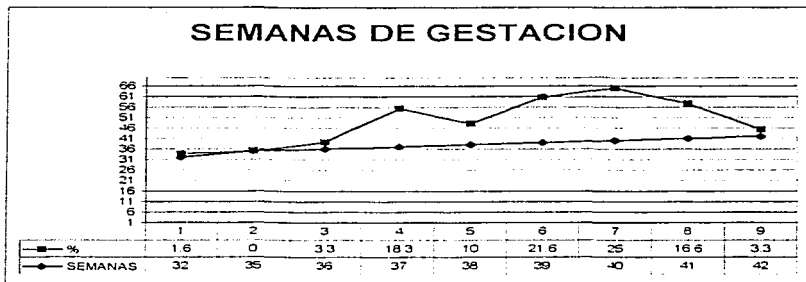
GRUPO DE EDAD



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

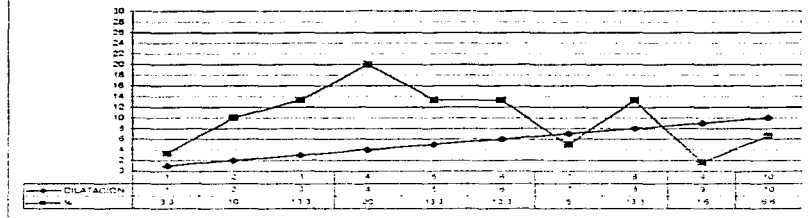
Gráfica 2

SEMANAS DE GESTACION



Gráfica 3

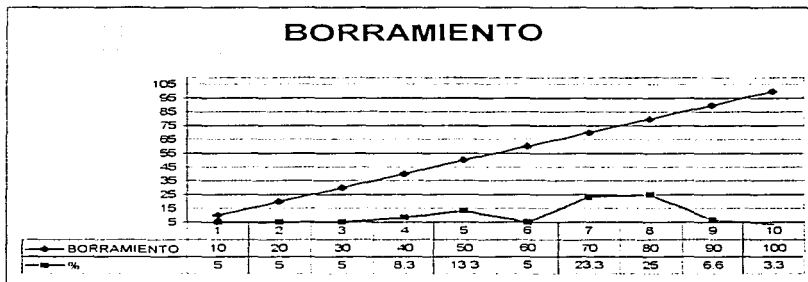
DILATACION



TESIS CON
FALLA EN CARGA

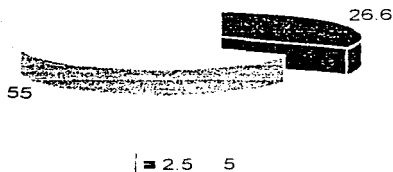
Gráfica 4

BORRAMIENTO



Gráfica 5

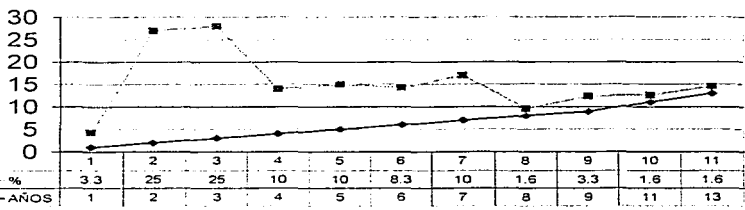
USO DE OXITOCINA



TESIS CON FALLA DE RIGEN

Gráfica 6

ULTIMA CESÁREA



Gráfica 7

INDICACIONES DE CESAREA PREVIA	No.	%
Desproporción cefalopelvica	27	45
Expulsivo prolongado	10	16.6
Presentación pélvica	9	15
Situación transversa	3	5
Preeclampsia severa	3	5
Sufrimiento fetal agudo	3	5
Oligohidramnios	2	3.3
Macrosomía fetal	2	3.3
Sin trabajo de parto	1	1.6
total	60	100%

Fuente: Archivo clínico H. G. Ticoman 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 1.

PESO FETAL ANTERIOR		No	%
2000grs	2500grs	4	6.6
2501grs	3000grs	11	18.3
3001grs	3500grs	29	48.3
3501grs	4000grs	14	23.3
4001grs	más	2	3.3
total		60	100%

Fuente: Archivo clínico de H. G. Ticoman S.S.D.F.

TESIS CON
FALLA DE GEN

PESO FETAL ACTUAL		No.	%
2000grs	2500grs	3	5
2501grs	3000grs	11	18.3
3001grs	3500grs	34	56.6
3501grs	4000grs	10	16.6
4001grs	más	2	3
total		60	100%

Fuente: Archivo clínico de H.G. Ticoman S.S.D.F.

Tabla 2.

Comparación del Peso

INDICACIÓN DE CESAREA PREVIA	No.	%
Desproporción cefalopelvica	14	41.1
Expulsivo		
prolongado	5	14.7
Presentación		
pelvica	5	14.7
Situación		
transversa	2	5.8
Preeclampsia		
severa	3	8.8
Sufrimiento fetal agudo	3	8.8
Oligohidramnios	1	2.9
Total	34	100.00%

Fuente: Archivo Clínico H.G.Ticomán S.S.D.F.

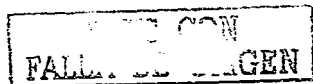


Tabla 3.

APGAR.

PUNTUACIÓN	No.	%
9=9	1	1.6
8=9	47	78.3
8=8	4	6.6
7=9	1	1.6
7=8	4	6.6
7=7	2	3.3
3=6	1	1.6
Total	60	100%

Fuente: Archivo Clínico H. G. Ticoman S .S. D. F.

Tabla 4.

COMPLICACIONES

		No.	%
FETALES	(ASFIXIA LEVE)	2	3.3
MATERNA	(DEHISCENCIA)	1	1.6

Fuente. Archivo clínico H.G Ticoman S.S.D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN