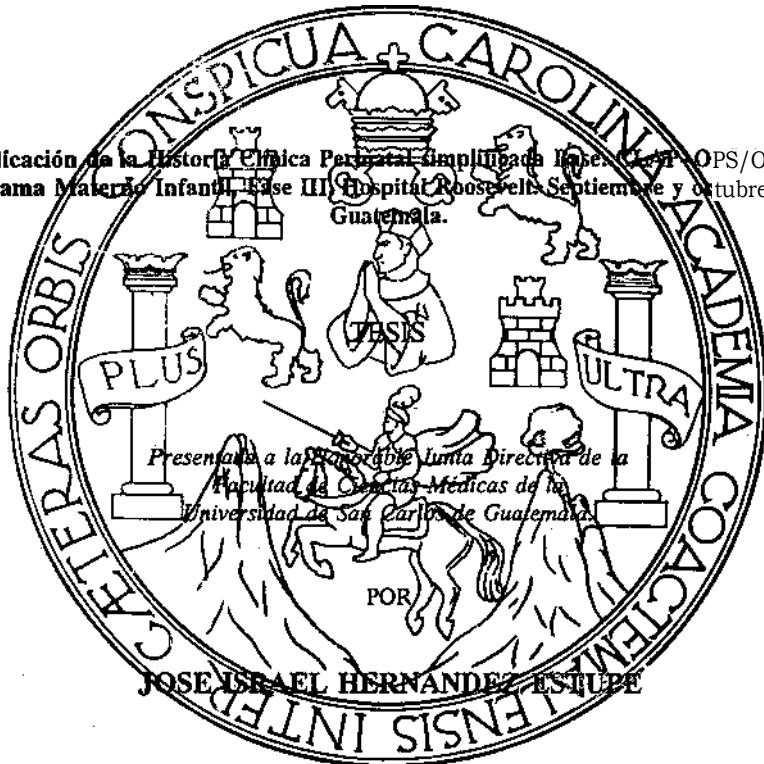


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA

Aplicación de la Historia Clínica Perinata simplificada Inse. Car OPS/OMS.
Programa Maternidad Infantil Fase III Hospital Roosevelt Septiembre y Octubre 1995,
Guatemala.



En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1995.



FOR/4A C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA. CENTRO ARZACA

Guatemala, 10 de noviembre de 19 95

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa. clue 01: BACHILLER EN- CIENCIAS Y LETRAS JOSE ISRAEL _____
Titulo o diploma de diversificado, Nombres y ape-


HERNANDEZ ESTUPE Carnet No. 88-12777 _____
ilidos completos

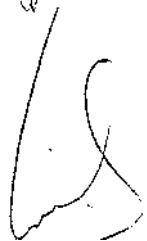
Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado
PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA

y cuyo autor, asesor(es) y revisor no responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante

a

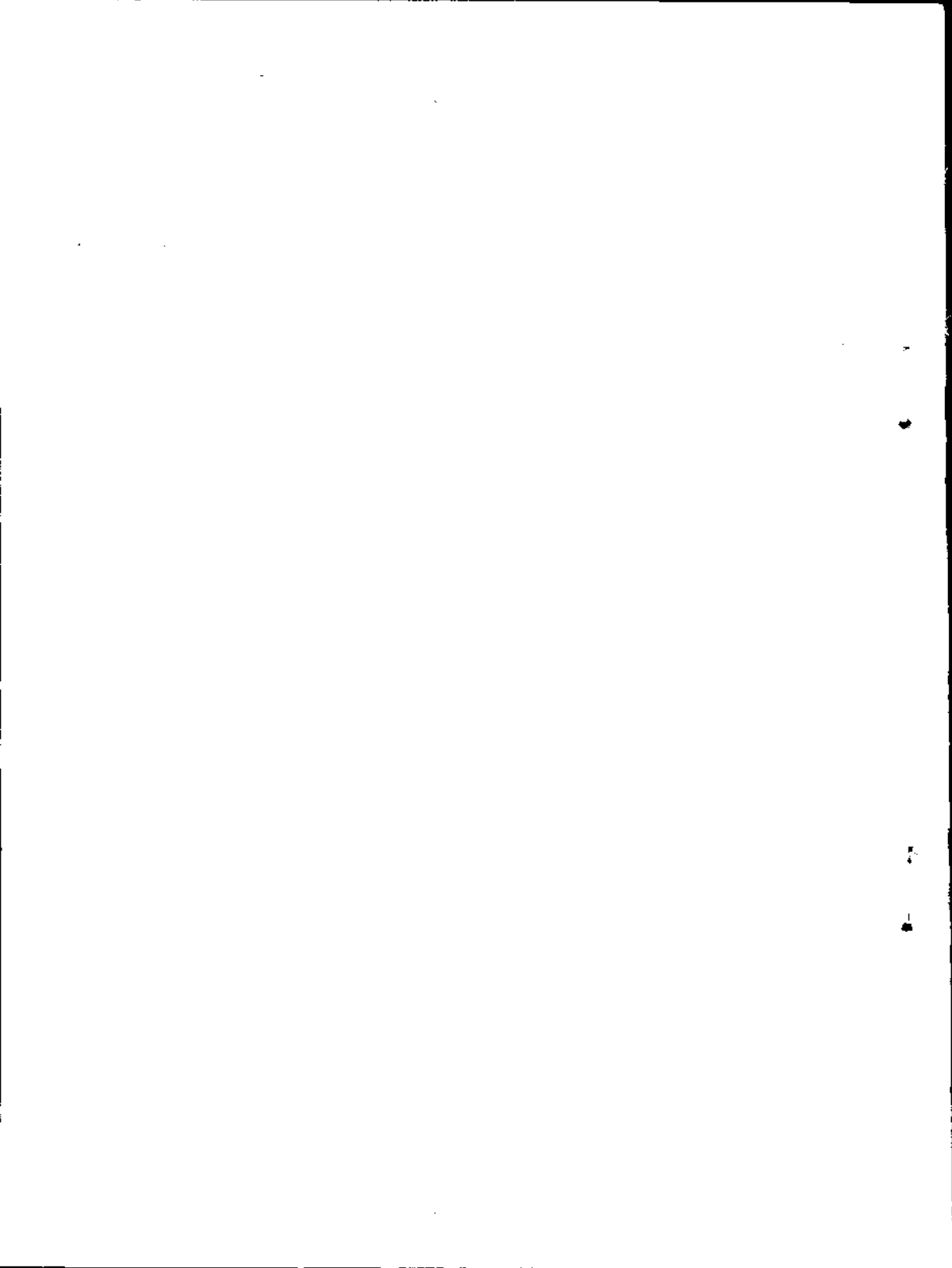

Firma y sello personal



MEDICO
CMC ANO

Revisor
Firma y cello

Registro Personal 1 I



DS °
rcz (1)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GMITTALH

FORMA D

RACE CONSTAR QUE

El (La) Bachiller: JOSE ISRAEL HERNANDEZ ESTUPC".

Carnet Univarsitario No. 88-12777

Ha presentado Para su E: 4 emen-GenerAl. PubliO, previo a optar al
Titulo dc.! MSDioo/y Cirujano, .el trabajede Tes14 titulado:
PRINCIPALES SONDICACIONES DE CESAREA

Trabajo asesorado par: DR. HECTOR EMILIO SOTO

y revisado par: DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
quienes to avalan y han **firmado conformes, por lo que seemite,**
firma y sella la presents

ORDEE TS E IMPRESION:

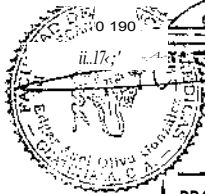
Guatemala, 10 de no iembre de 199 5

DR. LOGAN DE LI-ON BARILLAS;
Por UrZdad-d esis,
Nk

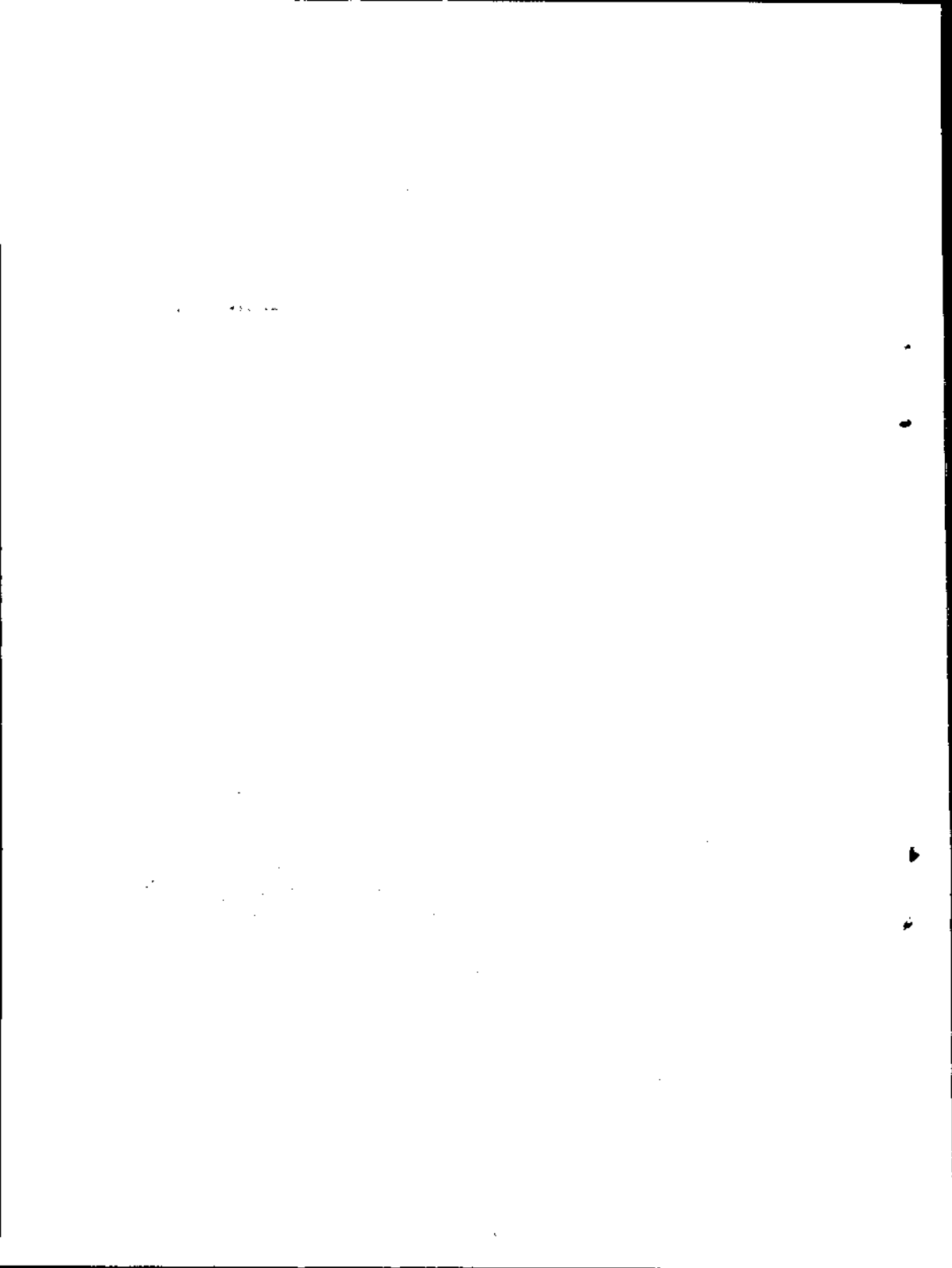


RAUL: CAST O RODAS
DIRE OR
-CENTRO DE INVEST/GACIONES
DE LAS CIE:161AS DE LA SALUD

MPRIMASE :

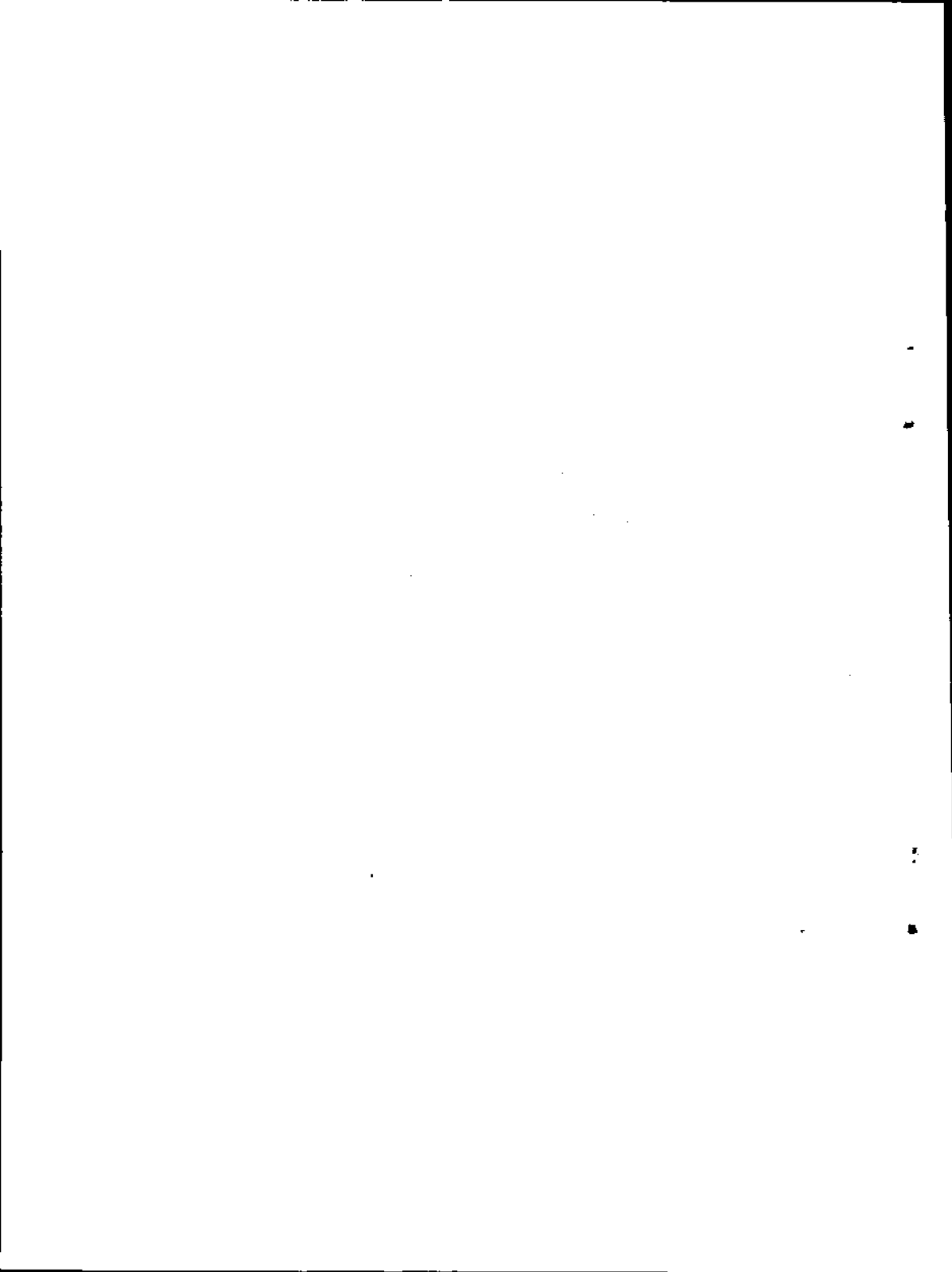


Oliva Gonzalez
DECANO



INbIbE

I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI. METODOLOGIA	15
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	17
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	23
IX. CONCLUSIONES	24
X. RECOMENDACIONES	25
XI. RESUMEN	26
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	27
XIII. ANEXOS	



I. INTRODUCCION

Uno de los problemas con los que se ve a diario el personal de salud, en especial los que se dedican a prestar atención perinatal, es en el momento del parto ya que hasta ese momento se puede saber con certeza cuál será la forma de terminación del mismo.

La forma como finalice un embarazo es muy importante ya que existen mayores riesgos y mayores gastos si el parto se resuelve por operación cesárea a que el parto se resuelva de una forma normal.

Esta investigación pretende dar a conocer la eficacia de la Historia Clínica Perinatal Base para demostrar cuáles son las principales indicaciones de operación cesárea, por lo que se utilizó la Historia Clínica Perinatal con la ayuda del Departamento Materno Infantil de la Universidad de San Carlos, a todas las pacientes que tuvieron su parto en el Hospital Roosevelt durante septiembre y octubre de 1995. Se tomaron de estas el 100 % de pacientes a las que se les realizó cesárea para realizar este estudio.

Los resultados dieron a conocer que la Historia Clínica si fue efectiva ya que nos indica cuáles son las principales indicaciones para realizar cesárea, siendo estas en orden de frecuencia: Cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo y presentaciones anormales y a la vez nos demostró que el egreso de la madre y del neonato en su mayoría fueron satisfactorios.

Dentro de las expectativas de este estudio está el que suscite el interés por mejorar la calidad de la información para beneficio de la población a la que está dedicada la Historia Clínica Perinatal Simplificada Base.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

En la literature internacional se indica que la operaci3n cesirea (la cual tiene como objetivo extraer el feto a traves de las incision de las paredes del abdomen y del &ern) en los 6ttimos arras a aumentado la frecuencia de su use lo que se debe a varios factores, entre ellos la disminuci3n de sus riesgos y nuevas indicaciones sustentadas en mejores resultados perinatales.

En los centros de nivel terciario se reportan de un 18% a un 35% de wsireas a nivel iMemacional. En el Hospital Roosevelt es de 23%. (3, 14)

Existen indicaciones bien definidas pare resolver el parto por ceserea, en estudios extranjeros se reportan co;mo indicaciones mas frecuentes: El sufrimiento fetal agudo, ceserea anterior, desproporci3n cefalo pdivica y distocia fetal. A nivel nacional en el Hospital Nacional deiutiapa se report° un estudio de cuatro afios, en el cual las principales indicaciones en orden de frecuencia de mayor a menor fueron: las distocias fetales (sufrimiento fetal agudo.presentaciones anormales), causas matemas, matemo fetales y ovulares. (7, 16, 19)

La facetted de Ciencias Medicos de la Universidad De San Carlos De Guatemala por medio de su programa matema infantil en el Hospital Roosevelt realiz6 la Historia Clinica Perinatal a todas las pacientes que tuvieron su parto en dicho centro asistencial durante los meses de septiembre y octubre de 1995 en forma experimental, con el objetivo de introducir permanentemente este sistema, que as constituido ademds de la Historia Clinics Perinatal, el carnet perinatal y los sistemas de computecien, pare conformmr el sistema infonnitico perinatal, SIP, y con ello tener bases pare demostrar sus ventajas como por ejemplo: Manor gasto economico, menor tiempo requerido y facilidad de manejo por el personal, estadisticas b'asicas disponibles inmediatamente pare comparar o realizar investigaciones, como as el caso de este estudio al identificar las principales causes de apeman cesarea y darns relacionados a este grupo de pacientes.

III. JUSTIFICACION

Como se describe en la literature, la operaci6n cesarea en los iltimos anos se ha incrementado su use por lo que se debe seccuidadeso en la clinica y apegarse a los criterios actuaes pare indicar un procedimiento quirurgico, ya que la cesarea no es inocua y genera mayores necesidades institucionales. (17)

Ante las diferentes indicaciones que presentan las pacientes para que su parto se resuelva por operacion cesarea y at no haber estudios quo tomen como fuente la Historia Clinica Perinatal Base para identificar cuales son las indicaciones mas frecuentes, que edad materna es mas afectada, cual es el estado de salud al egreso de la madre y el neonato en el post-operatorio, surgic; el interes para realizar este investigaciOn cue edemas pretendee demostrar que la Historia Clinica Perinatal Base al usarla adecuadamente proporciona dates que se pueden tomar como base para planificar la atencin n de la madre y su hijo, mejorar la salud perinatal, identificar la poblaci6n, categorizar problemas y realizar investigaciones con menos recursos y en menor tempo_ - -

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Demostrar que la Historia Clínica Perinatal Base del CLAP-OPS-OMS, permite identificar las principales indicaciones de cesárea en pacientes a quienes el programa Materno-infantil de la Facultad de Ciencias Médicas se las realice en el Hospital Roosevelt.

ESPECÍFICOS:

Demostrar que la Historia Clínica Perinatal Base contiene la información necesaria para identificar las principales indicaciones de cesárea tales como causas fetales, maternas, materno-fetales y ovulares.

Identificar al grupo de edad materna más afectado por operación cesárea.

Determinar la sobrevida materno-fetal post cesárea.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA

CESAREA: La operaciOn cesarea o parto por cesarea se define como el parto del feto a traves de inscisiones de la pared abdominal (laparotomia) y de la pared uterina (histerotomia) . Este definici6n no incluye la extracciOn del feto de la cavidad uterina en caso de rotura o de embarazo abdominal.

Existe la cesarea electiva, la que se realiza antes del inicio del trabajo de parto o antes de la apariciOn de cualquier complicaciOn.

FRECUENCIA: El empleo de la cesarea ha aumentado a un ritmo acelerado en gran parte a causa del amplio interese que se otorga al reconocimiento del sufrimiento fetal real o sospechado. Recientemente se ha reportado un incremento del 5 al 15%. (9, 14)

INDICACIONES: En general, la cesarea se emplea cada vez que se piensa que un retraso ulterior en el parto podrfa comprometer gravemente al feto, a la madre o bien a ambos y cuando es improbable que un parto por via vaginal tenga lugar sin riesgos.

Las indicaciones pueden ser absolutas o relativas, entre las absolutas se pueden mencionar la desproporci6n cefalo pelvica, placenta previa, inminencia de ruptura uterina y ruptura uterina. Las indicaciones relativas son aquellas en las que se elige la cesarea como la mejor alternativa en las diferentes circunstancias en las que se plantea tambi6n alguna otra opciOn.

Las indicaciones tambien pueden ser: maternas, fetales, materno-fetales y ovulares.

INDICACIONES MATERNAS:

Cesarea anterior. La mes anticuada pero arraigada conducta de si hay antecedente de cesarea, el embarazo actual tiene que resolverse por cesarea tiene muchos partidarios. Sin embargo en la actualidad hay bastantes pruebas de que muchas cicatrices uterinas son realmente firmes y que numerosos pacientes que han tenido una operaciOn cesarea previa no complicada pueden dar a luz con facilidad y con menos riesgos por via vaginal que por cesarea: estas incluyen aquellas que son del tipo cervical baja (no clesica), aquellas que comienzan el trabajo de parto mucho antes de la fecha probable de parto, aquellas que entran en la sala de partos con la cabeza bien encajada, cervix blando, anterior, borrado, y con dilataciOn al menos de 3 cm. En tales casos es apropiado romper las membranas y esperar egreso. Utric debe prepararse para realizar cesarea inmediatamente si hay retraso u otra anomalfa en el trabajo de parto o si hay sangrado y dolor que indiquen ruptura de la cicatriz.

En general, la operaciOn cesarea electiva repetida este indicada para; Aquellas pacientes cuya primera cesarea se efectu6 por desproporci6n cefalo pelvica, aquellas cuyo trabajo de parto sea prolongado y difcil, para aquellas que han tenido una operaciOn clesica, miomectomia prela, para aquellas que despues de intentar a la viabilidad experimentan dolor en la regi6n de la incisi6n uterina, y tambien para aquellas que esten retrasadas una semana con un producto a termino.

Distocia Osea: La pelvis durante su crecimiento puede sufrir deformaciones o llegar a la adultez con desarrollo incompleto. Las anomalías de la pelvis Osea pueden dificultar o impedir la progresión fetal. Es la llamada distocia Owe. La pelvis puede estar viciada en sus dimensiones, forma, e inclinación, la estrechez puede interesar toda la altura de la pelvis (pelvis calculada) o aisladamente el estrecho inferior, adquiriendo la forma de un embudo (pelvis infundibuliforme).

Cuando el diámetro anteposterior es el acordado se trate de una pelvis plena, así este reducido el diámetro transversal, es una transversalmente estrechada. Si testes los diámetros se hallan disminuidos, se obtiene una pelvis generalmente estrechada y cuando tal hecho ocurre, pero la disminución del diámetro anteposterior es preponderadamente, la pelvis se clasifica como plena y generalmente estrechada. En la hipoplasia genital y en ciertos enanos la pelvis es de tipo regular y generalmente estrechada, y cuando su diámetro Otil es de 8.5 cms, se le denomina, Justo Minor, lo cual significa que hasta esta medida es posible el parto espontáneo con feto a término.

Distocia Dinamica: Son distocias de la contractibilidad uterina. Son distocias matemáticas por disturbios de la fuerza impulsora. Estas pueden ser: A) cuantitativas (por disminución o aumento de la contractibilidad); B) cualitativas (por aparición de anomalías anormales, espasmos).

Alteraciones Cuantitativas: Baja la intensidad (menos de 25 mm Hg de presión amniótica) y la duración de las contracciones (hiposistolia). Son además espaciadas (bradisistolia con menos de 2 contracciones cada 10 minutos). El tono suele estar disminuido (menos de 9 mm Hg) Hipodinamia primitiva: Se presenta durante el trabajo de parto y es de tipo funcional (repleción de la vejiga, inhibición psicógena por temores) o mecánica (aglutinación del cuello fetal de apoyo de la presentación, Hipoplasia o degeneración del miometrio, sobredistensión uterina, adherencia del polo inferior de las membranas ovulares). El parto evoluciona con contracciones débiles y espaciadas, estas endurecen a penas el dero y los fenómenos pasivos son pocos manifiestos.

Tratamiento: Oxitocina intravenosa continua en dosis fisiológicas.

Hipodinamia Secundaria: Aparece al final del período dilatante o en el período de expulsión por agotamiento muscular en la lucha contra un obstáculo. Tratamiento: Descartado problema médico (desproporción cefalopélvica), oxitocina y si el problema persiste la terminación del parto se hace con fórceps o cesárea.

Aumento de la Contractibilidad: (Hiperdinamia) La intensidad de las contracciones es elevada (superior a 50 mm de Hg) (Hipersistolia) la frecuencia mayor de 5 contracciones en 10 minutos (polisistolia) y tono aumentado porque la relajación se hace cada vez menos completa.

Hiperdinamia Primitiva: Aparece con el comienzo del trabajo de parto. Las contracciones tienen una duración muy prolongada y el feto se palpa muy duro, a veces se suceden casi sin reposo. La madre se queja del dolor intenso: En la evolución de esta anomalía hay parto precipitado, desgarro de las partes blandas, desprendimiento de la placenta, hemorragia del alumbramiento, shock y anoxia fetal.

Hiperdinamia Secundaria: Aparece durante el parto por la administración exagerada de oxitocina o por la lucha de la contracción contra un obstáculo. (Rigidez del cuello, estrechez

pelviana, tumor previo). En su evolución ocurre lo siguiente: Puede ceder la potencia y pasa a hipodinamia secundaria o a la contractura, puede ceder la resistencia y continuar entonces la evolución del parto, puede no ceder la potencia ni la resistencia, con la sobredistensión del segmento inferior (síndrome de Bandl-Frommel-Pinard) y finalmente rotura del Otero.

Hiperdinamia Hipertónica: Es un grado más avanzado. Hay brevedad de los intervalos en las contracciones, elevación del tono y disminución de la intensidad. El Otero se palpa lefioso durante y entre las contracciones con dolor insoportable y continuo.

Contractura: Es otro estado muy avanzado de la hiperdinamia, luego de un prolongado y excesivo trabajo, la musculatura sufre un proceso degenerativo. El dolor desaparece, el Otero se forma irregular al moldearse sobre los niveles fetales (tritanos). Hay detención del trabajo. No desaparece con los uteroinhibidores ni aún con anestesia general profunda. Nunca determina con rotura espontánea el Otero.

Distocia de las Partes Blandas: Distocias Funcionales: Son motivadas por anomalías constrictivas del Otero. Distocias por alteraciones anatómicas: Entre ellas podemos mencionar: A) aglutinación del cuello: El orificio externo es inextensible debido a la presencia de adherencias en sus bordes, formadas por bridas de fibrinas más o menos lazes pero suficientes, para impedir la dilatación. La aglutinación se produce por procesos infecciosos a nivel de la mucosa cervical. El tratamiento comienza con introducir el dedo en el esbozo del crificio para que este ceda y alcance rápidamente una dilatación apreciable. B) Edema de cuello: el cuello del Otero puede edematizarse debido a ciertas distocias (esfuerzos inefectivos de pujo, compresión prolongada de la cabeza fetal). La dilatación progresa con mucha dificultad por que el cuello edematizado es poco extensible. El edema tan pronunciado que a pesar de una buena dinámica, no permite la dilatación cervical, puede requerir la operación cesárea, sobre todo en la primípara. C) Rigidez del cuello: la estenosis se debe a una rigidez cicatricial o tumoral. El tratamiento consiste en la expectación durante un tiempo prudencial. Si la dilatación no avanza se puede recurrir a los métodos quirúrgicos, pero si la lesión llega a interesar al cuello en toda su altura y circunferencia, se impone la cesárea abdominal.

Tumores previos: Se mencionan los tumores más frecuentes que puedan obstruir la pelvis. Estos pueden ser de origen genital (uterinos y anexiales) y extra-genitales (pálvidos y abdominales).

A) Tumores uterinos: Los más frecuentes son los fibromas. El parto, sin embargo, puede realizarse con tumores previos; se han descrito tres mecanismos distintos: el tumor puede hacerle a la cavidad abdominal durante el embarazo o el parto, a medida que el segmento inferior va distendiéndose. Debido al reblandecimiento que sufre en la rigidez, puede aplanarse durante el parto, permitiendo el pasaje del feto. Los miomas submucosos a veces son expulsados por la vagina previamente a la salida del feto.

B) Tumores previos de origen anexial: Los más conocidos son los quistes luteínicos del ovario, los cistoadenomas y los quistes dermoides que pueden oponerse al encajamiento de la presentación. El parto puede efectuarse mediante las siguientes eventualidades: por ascensión, aplanamiento, por ruptura del quiste.

Ruptura uterina: Es un accidente del embarazo más frecuentemente del parto, con grave repercusión sobre la madre y el hijo, puede producirse en forma espontánea, traumática u operatoria.

Frecuencia; el mayor conocimiento obstétrico, al permitir realizar una profilaxis del accidente ha hecho decrecer sensiblemente su frecuencia, como ha ocurrido por ejemplo con la

dehiscencia de cicatrices de operaciones cesiareas que han disminuido notablemente desde que se substituyeron las ceseres corporeas por las segmentarias.

Herpes genital: La infecciOn por el virus Herpes Hominis de la parte genital a nivel distal, puede constituir la enfermedad de transmisiOn sexual mAs frecuente. La infecciOn se adquiere al iniciar la actividad sexual. Aproximadamente el 85% de las infecciones primarias son debidas al Herpes virus tipo 2 y el resto se deben al tipo 1. Se han sugerido efectuar cesarea si se detecta la enfermedad mediante la clinica o el laboratorio y las membranas tienen menos de cuatro horas de rotas. En raras ocasiones la cesarea fracasa en prevenir la infecciOn del reciOn nacido debido a infecciOn ascendente inclusive con membranas integras o debido a viremia materna.

Toxemia: A) preeclampsia; indican la hipertensiOn no convulsiva, cuando se presentan convulsiones el termino se denomina eclampsia. La frecuencia de preeclampsia es mayor en embarazos mUltiples, diabetes sacarina, hipertensiOn, enfermedades renales crOnicas, trastornos de la colagena y mole hidatidiforme. Se ha reportado que un 5% de preeclampsia evoluciona a eclampsia.

La preeclampsia puede ser leve cuando generalmente la paciente no presenta sintomas, la presiOn arterial diastolica es de 90 a 100 mm de Hg. la proteinuria es minima y no hay pruebas de retraso de crecimiento intrauterino.

Cuando hay preeclampsia grave generalmente la paciente presenta cefalea, trastornos visuales, dolor en el abdomen alto, oliguria y retraso del crecimiento intrauterino. La paciente presenta proteinuria mayor de 200mg/ 100ml/ 24 horas, hay aumento de la creatinina, nitrogeno de urea y acid° grim puede haber presencia de coagulaciOn intravascular diseminada, dario hepato celular e hiperbilirrubinemia.

B) Eclampsia: La paciente edema de presentar los sintomas y signos de la preeclampsia presenta convulsiones tOnicas generalizadas seguidas de amnesia y confusiOn. Se presenta hipertensiOn antes de convulsionar e hipotensiOn posterior. La paciente presenta oliguria y anuria.

C) HipertensiOn crOnica: Es la elevaciOn de la presiOn arterial por encima de 140/90 mm Hg encontrada previamente a la gestaciOn o antes de la 20 semana y que persista indefinidamente despues del parto.

Los antecedentes que mAs se relacionan con estas entidades son: nuliparidad, antecedentes familiares, diabetes, embarazo multiple, embarazo en edades extremas, enfermedad hipertensiva o renal previa, mole hidatidiforme, polihidramnios. Los factores que elevan el riesgo perinatal como el bajo nivel socio econmico y cultural, la ruralidad y el no control prenatal eficiente tambien agravan el pronostico en caso de la toxemia.

La interrupciOn del embarazo ha de realizarse en caso de recurrencia o si las condiciones de la paciente no mejoran, este es en caso de preeclampsia y eclampsia. Cuando no esten dadas las condiciones para inducciOn o esta fracasa, se lleva a cabo la operaciOn cesarea.

TUBERCULOSIS PULMONAR: Se produce el aborto en el 8% de los casos y el parto prematuro en el 30%. con frecuencia la enfermedad llega a termino: * con parto espontaneo normal, generalmente el. La herencia conceptual es negada, el heredocontagio o infecciOn congénita del feto in utero es poco frecuente. En el tratamiento debe haber una dieta armónica y fariacioterapia con isoniazida, rifampicina, y etambutol en dosis adecuadas. La cesarea es indicada, el problema anestésico es muy importante por lo que prefiere la anestesia por conduccion. (2, 6, 9, 13, 14, 17)

INDICACIONES FETALES:

Presentaciones Anormales: La presentación anormal más frecuente, el occipucio fetal, orientado hacia la parte posterior de la pelvis, en lugar de la anterior. La siguiente anomalía común es la presentación de nalgas, en la que se presentan los glúteos fetales en lugar de la cabeza. En estas presentaciones anormales la mortalidad perinatal es cuatro veces mayor que en las presentaciones cefálicas. Hay diferentes variedades en la franca de nalgas, en la que las caderas están flexionadas pero las rodillas extendidas. En una presentación de nalgas completa el niño parece estar sentado al estilo indio con las caderas y rodillas flexionadas. La presentación única o doble, ocurre cuando una o ambas piernas están completamente extendidas y se presenta antes que los glúteos.

En estas presentaciones la presencia de deficiencia neurológica y cerebral son mayores. La anoxia se presenta porque al quedar el ombligo del lactante visible en el introito, el cordón comienza a comprimir entre la cabeza fetal y el estrecho superior de la pelvis, y a partir de ese momento disminuye el intercambio de oxígeno entre la madre y el feto.

SUFRIMIENTO FETAL AGUDO: Se pueden presentar dos formas de sufrimiento fetal, la aguda y la crónica. La aguda se presenta más frecuentemente durante el trabajo de parto y es de instauración rápida. Se cree que se produce por disminución del aporte de oxígeno al feto, asociado a la retención de anhídrido carbónico en el mismo. Este lleva a una alteración de la homeostasis fetal.

La forma crónica se caracteriza por una disminución del crecimiento intrauterino del feto, debido al aporte insuficiente, en forma prolongada de los materiales necesarios para su desarrollo.

CAUSAS QUE DISMINUYEN EL APOORTE DE SANGRE AL UTERO, PROVOCANDO SUFRIMIENTO FETAL:

- a) Cuando hay una caída de la presión arterial materna: El ejemplo más claro puede encontrarse cuando hay cualquier clase de shock materno. El síndrome de hipotensión supina constituye un tipo especial de hipotensión arterial muy frecuente durante la gestación.
- b) En algunos casos de trabajo de parto se ha observado que la presión de la sangre registrada en las arterias femorales, cae o desaparece en las contracciones uterinas. Este fenómeno se debe a la compresión de la aorta y las arterias primitivas durante las contracciones uterinas.
- c) En la toxemia gravídica tardía hay una disminución del gasto sanguíneo del miometrio.
- d) En los casos de pacientes con hipertensión arterial crónica o en la diabetes mellitus, la aterosclerosis, la esclerosis arterial crónica determinan la disminución del aporte de sangre al feto.

Sintomatología del sufrimiento fetal: Los signos de sufrimiento fetal más importantes son los que se obtienen por la auscultación del corazón del feto, por la observación de la frecuencia de meconio en el líquido amniótico.

La importancia de los diferentes signos ha sido y es motivo de controversia. Los trabajos modernos sobre el tema tratan de establecer su valor comparando la presencia de uno o más de estos signos con el estado del recién nacido juzgado por el índice de Apgar.

Quando el sufrimiento fetal persiste apesar de las medidas pertinentes se tends que extraer al feto si es posible previa reanimation intrauterina mediante Ia administraci3n conjunta de betamimeticos y oxigeno durante por lo menos una Nora. (5, 9, 12, 14)

INDICACIONES OVULARES.

Placenta Previa: Este entidad as un proceso en Ia cual se caracteriza anattomicamente por Ia implantaci3n de Ia placenta en el segmento inferior del idea), y por medio de Ia clinica se puede observar hemorragia de intensidad variable.

Esta forma clinica se puede observar en uno de cada 200 a 300 embarazos, siendo mayor en las nuliparas qua en las multiparas, tambien se ha podido observar que es mas frecuente en las mujeres mayores de 35 altos en comparaci3n a las mujeres de menos de 25 altos.

La implantaci3n de la placenta previa presenta una serie de variedades, siendo lateral cuando se inserta en el segmento inferior a una distancia del orificio intemo del cuello inferior a 10 centímetros pero no Ilega al orificio. Existe Ia variedad marginal cuando el reborde placentario alcanza el margen del orificio cervical, siendo segun las estadisticas Ia mas frecuente. Y por Ultimo cuando se implanta sobre el area cervical ocluyendo el orificio, siendo esta Ia oclusiva o central total.

La cesarea es hoy en die el tratamiento de elecci3n para los casos de placenta previa.

Desprendimiento Prematuro de Ia Placenta: La separaci3n de la placenta a partir de su lugar de implantaci3n en el Otero antes del parto ha sido denominado de varias formas, siendo Ia expresi3n: Desprendimiento prematuro de Ia placenta implantada normalmente, Ia mas acertada por sudescripci3n.

Puede ocurrir su desprendimiento desde unos milímetros hasta Ia separaci3n completa. En el desprendimiento moderado es decir mas de una cuarta parte pero menos de dos terceras panes de la superficie placentaria , se debe recum a operaci3n cesarea, si hay sufrimiento fetal agudo, si el trabajo de parto eficaz no sigue inmediatamente despues de la ruptura de membranas o que sea improbable que el parto vaginal ocurra en termino de dos horas.

En el desprendimiento intenso o sea Ia separaci3n de mas de dos tercios de la superficie placentaria debe z fectuarse cesarea si el feto esta todavia vivo, si el trabajo de parto eficaz no sigue despu3s de la ruptura de membranas o si no puede preverse el parto vaginal en tarmino de dos horas. (4,8,9,10,13,14)

2. TECNICA DE CESAREA

A continuación se describirá algunas características y la técnica de la cesárea segmentaria ya que esta es la operación más practicada por las siguientes razones:

a) Con una laparotomía más pequeña se aborda el Otero en un punto declive de la cavidad peritoneal, donde la serosa es más resistente y no se tropieza con el epiploon ni el intestino disminuyendo de esta forma el manipuleo.

b) En esa región el peritoneo puede ser despegado y permite luego una buena peritonización, con menor probabilidad de adherencias posteriores.

c) La menor vascularización del segmento produce menos hemorragia, y como se trata de una zona delgada y pasiva, después de la expulsión del huevo es más fácil suturar y en reposo cicatriza mejor.

d) El asiento fijo y bajo de la herida proporciona, en caso de infección mejor bloqueo y defensa.

TECNICA: La incisión de la pared debe hacerse con cuidado, ya que en el embarazo su espesor puede disminuir y es fácil herir los órganos subyacentes. Las incisiones que se pueden practicar son: La mediana intraumbilical y la transversal o de Pfannenstiel.

Incisión Mediana Intraumbilical: Se hace una incisión mediana, de 15 cms de longitud, entre el pubis y el ombligo. Se incide verticalmente la aponeurosis. La abertura del peritoneo se hace en el punto superior de la incisión para no herir la vejiga, que a veces tiene una situación muy alta, efectuando un pliegue con pinzas. Se efectúa un ojal con bisturí e incisión vertical con tijera.

Incisión Transversal o de Pfannenstiel: Se practica en el surco suprasinficial, siguiendo una trayectoria transversal arqueada. La hemostasia debe realizarse cuidadosamente por cuanto se seccionan muchos vasos. La apertura de la aponeurosis se hace transversalmente, después de lo cual se las separa de los músculos rectos y piramidales disecando en forma como hacia arriba y abajo; en cambio, la línea alba, que se halla en el centro del campo operado, se secciona a tijera, también en dirección al ombligo y al pubis. El borde superior de la incisión se fija a la piel, por debajo del ombligo, mediante un punto que tome piel, celular subcutáneo y aponeurosis. La separación de los músculos rectos y la apertura del peritoneo se realizan siguiendo la misma técnica que en la incisión longitudinal.

Una vez que se ha abierto la cavidad peritoneal con cualquiera de las dos incisiones, se cubren los bordes de la herida con compresas de gasa. La exposición del campo operatorio se realiza con una valve suprapubiana. Si la exposición es insuficiente se pueden usar los separadores laterales o el estático de Balfour. Se introducen compresas aisladoras a los lados y hacia el fondo, del Otero para disminuir la propagación abdominal del líquido amniótico, sangre o meconio.

Tracción del peritoneo uterino y desprendimiento vesical: Se incide el peritoneo visceral por encima de la vejiga. Reconociendo el fondo de saco vesicouterino, se efectúa una o más a dos citas. Más arriba, donde el peritoneo está menos adherido. Se lo secciona transversalmente unos doce cms. Después de tomar su borde inferior con una pinza, se lo desprende y con ella la vejiga utilizando el dedo, con una tijera curva de punta roma cerrada, o

con una pinza montada con una gasa, de la misma manera se hace hacia arriba para separar el colgajo superior, en este desprendimiento hay que proceder con cuidado para no lesionar los plexos venosos que asientan por debajo. Si se efectúa una incisión transversal del segmento inferior, el procedimiento que se aconseja, el despegamiento peritoneal necesario es mínimo, lo cual resulta ventajoso por los menores riesgos de hemorragia venosa y celulitis.

Sección del segmento inferior. La histerotomía puede realizarse en dirección transversal que es la técnica de Munro Kerr. La otra en dirección longitudinal o sea la técnica de Kronig-Opitz.

Incisión transversal: Se realiza una abertura arciforme de concavidad superior, esta forma de abordar el Otero facilita la sutura posterior de la brecha, produce una mejor cicatriz y permite que la operación sea realmente segmentaria cuando la porción baja del Otero tiene poca amplitud o cuando existen adherencias de la vejiga. Es la línea media y a unos 4 cms. se efectúa un ojal con una pinza tipo Kocher, perforándose el segmento y las membranas haciéndola con cuidado para no herir al feto, también puede efectuarse con bisturí. Por este ojal se introducen ambos índices y se separan las fibras musculares por división hacia ambos lados, realizando una sección transversal de más o menos 15 cms. La sección también puede hacerse con tijera de punta roma. El ayudante mientras tanto aspira la sangre y el líquido amniótico con el aspirador eléctrico para evitar que pasen al abdomen.

Extracción del feto y de los anexos ovulares: La extracción fetal puede verse dificultada por la valva suprapúbica por lo que se retira.

En presentación de vértice y mÓvil se introduce la mano por detrás de la cabeza, se hace girar el occiput o el rostra hacia la pared uterina y se desliza por la herida, apoyando la maniobra con la presión ejercida sobre el fondo uterino con la otra mano o por la mano de un ayudante. Si esto no se consigue se puede recurrir a la aplicación del forceps. En caso de dificultad es necesario agrandar la incisión. En la presentación podálica y en la situación transversa se hace la extracción por las nalgas, valiéndose de los pies y extrayendo la cabeza última por una maniobra parecida a la de Mauriceau.

Una vez extraído el niño el operador toma ambos labios de la brecha uterina con pinzas de arco. Con las primeras contracciones se desprende la placenta y las membranas, si no se realice de inmediato el alumbramiento manual.

Cierre de Utero: Se vuelve a colocar la valva para tener buen campo. El segmento inferior se sutura en uno o en dos planos con catgut simple o cromico 1. En la sutura en dos planos, el primero en sutura continua, toma todo el espesor de ambos labios musculares de la herida con la excepción de la mucosa. El segundo, también musculomuscular, invaginante del primero, se efectúa con puntos en x o en sutura continua.

Cierre del Abdomen: Primeramente se extraen las compresas aisladoras luego a la limpieza de la cavidad abdominal, a la eliminación de valvas y separadores y a la verificación de la buena retracción uterina.

Comenzando por el peritoneo parietal en forma continua con catgut cero. La sutura del planomuscular se requiere un cuidado muy especial para evitar la diástasis de los rectos anteriores. Si se opera con incisión transversa, inexorablemente se habrán abierto ambas vainas de los rectos por lo que la sutura muscular no plantea dificultades, se realiza mediante puntos de aproximación en u con catgut 1 simple. Pero si se ha efectuado la incisión mediana, lo habitual es que al incidir la aponeurosis se haya abierto solo una de las vainas y se encuentre al desahuciado un solo músculo recto. Se le diseca hasta poner al descubierto todo el músculo y luego se suturan ambos rectos anteriores con la técnica ya mencionada. En el tejido celular subcutáneo se punto de acercamiento con catgut cero.

La piel se sutura con algodón, hilo, seda. Ya finalizada la operación se oprime el abdomen para exprimir el Otero para eliminar los coágulos que pueda contener. La herida se cubre con gasas mantenidas con sinta adhesiva. (9, 14, 15)

3. HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE

El CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología de Ia OPS/OMS), tiene su sede en el Hospital de clínicas de Ia ciudad de Montevideo Uruguay. Tiene como objetivo general contribuir a mejorar la salud materno infantil cooperando con los países en la identificación y solución de los principales problemas perinatales y pediátricos de la región.

A principios de la década del setente, el CLAP propuso un modelo de Historia Clínica Perinatal Simplificada, adoptada luego por muchos países del continente, a pesar de esta aceptación inicial los resultados no respondieron a las expectativas que los autores del proyecto se habían trazado. El sistema informático ideado por el CLAP este constituido por la HCPB, el carnet perinatal, y el sistema computerizado con programas para microprocesadores personales. El sistema informático ha sido desarrollado en el idioma español, inglés y portugués.

La Historia Clínica Perinatal Simplificada Base (HCPSB), es de uso sencillo y de bajo costo, cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos fáciles de obtener que resumen la información mínima indispensable para lograr los siguientes objetivos:

- *- Normalizar y unificar la recolección de datos.
- *- Facilitar la comunicación intra y extra mural.
 - Favorecer el cumplimiento de las normas.
- *- Facilitar la capacitación, la auditoría, y registrar datos de interés legal.
- *- Proveer datos para:
 - Servir de base para planificar la atención de la madre y su hijo.
 - Mejorar la salud perinatal.
 - Identificar la población.
 - Evaluar la asistencia.
 - Categorizar problemas.
 - Realizar investigaciones.

Características del Formulario Base de la HCPSB: Los datos básicos de todo el proceso perinatal se han condensado en una hoja tamaño carta (27.5 cm de altura por 21.5 cm de ancho). La hoja está constituida por una serie de secciones que contienen la documentación referida a antecedentes obstétricos y del recién nacido en el período: neonatal inmediato. Se listan preguntas que casi en su totalidad se contestan con respuestas cerradas. La diagramación de la HCPSB facilita que los datos sean recabados sistemáticamente en el momento oportuno. La HCPSB contiene los datos indispensables para el manejo de la mayoría de los casos (bajo riesgo). Los casos que requieren más información registrada ya sea patología obstétrica o neonatal, cuenta con otros formularios especiales que se suman al de la Historia.

La Historia comienza con datos de identificación con el nombre, la edad, y características socioeducacionales y se continúa con aquellos antecedentes familiares u obstétricos de reconocida importancia para el pronóstico del embarazo actual.

En las casillas que corresponden al embarazo figuran aquellos datos o exámenes que deben ser anotados o recordados en cada control. Su llenado induce al cumplimiento de una serie de acciones que deben ser realizadas en la atención perinatal.

En las casillas del parto o aborto se incluyen los datos fundamentales sobre la información para el control del período de dilatación, así como los datos del parto y alumbramiento más importantes para el futuro de la madre y el neonato.

En el sector del neonato incluye los datos básicos del examen al nacimiento para determinar la forma de cuidado neonatal.

En las casillas que corresponden al puerperio se reúnen los datos que demuestran acciones desarrolladas en el parto.

Por último se encuentra el casillero que nos indica cuál fue la condición al egreso tanto del neonato como materno.

Sistema de detección del Riesgo Perinatal: Esta Historia cuenta con casilleros de color amarillo que indican algunos factores importantes que frecuentemente pueden aumentar el riesgo perinatal. Cuando uno o más de estos factores este presente se debe marcar en la casilla que corresponda y ser de mucha importancia para la toma de decisiones en la atención Materno Infantil. (1, 11)

VI. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo de corte transversal.

SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO.

El sujeto de estudio fue cada paciente que consultó para la atención de su parto y se resolvió por operación cesárea además de haberse realizado la Historia Clínica Perinatal del CLAP, durante los meses de septiembre y octubre de 1995. El total de partos atendidos fue de 1945 y de estos 406 se resolvieron por cesárea constituyéndose esta cantidad en el 100 % de la población.

Se excluyó del estudio a cada paciente que haya consultado por aborto o complicaciones prenatales.

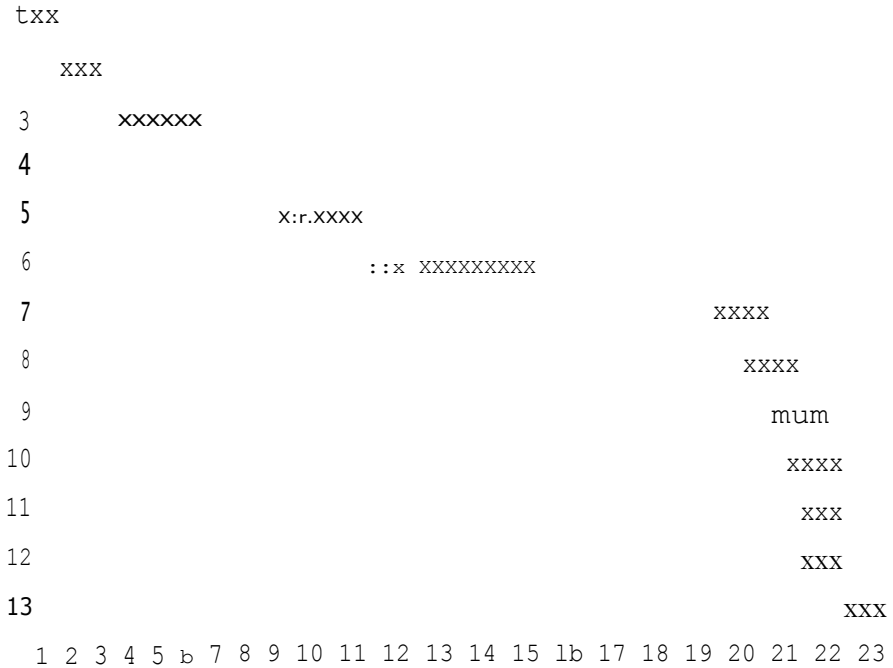
PROCEDIMIENTO.

El módulo Materno Infantil de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala realizó durante los meses de septiembre y octubre un estudio en el Hospital Roosevelt con el objetivo de implementar la Historia Clínica Perinatal del CLAP en dicha institución, para lo cual se realizó esta historia a 1945 pacientes que consultaron para la atención de su parto y estuvieron en los servicios del 3er piso post-parto y séptico. La información obtenida en cada historia se introdujo en la computadora del departamento materno infantil que cuenta con el programa SIP 1.06, para formar el banco de datos; al completar el total de las historias se seleccionaron las historias de pacientes que resolvieron su parto por operación cesárea constituyéndose este número en el universo de estudio para la presente investigación.

VARIABLES A ESTUDIAR

Distocia materna:	Distocia cuya causa reside en la madre.
Distocia fetal:	Distocia debida a la forma, tamaño o posición del feto.
Distocia ovular.	Cuya causa reside en los anexos fetales (cordón y placenta).
Cesárea:	Liberación del feto por la sección de las paredes abdominal y uterina.
Egreso materno:	Es la condición de la madre al egreso y puede ser sana, con patología, traslado o fallece.
Egreso del neonato:	Es la condición del recién nacido al egreso y puede ser sano, traslado o fallece.
Edad:	Duración de la existencia de un individuo, medida en unidades de tiempo, expresada en términos del período transcurrido desde el nacimiento.

GRAFIOA Di GANTT



1. SelecciOn del term del proyecto de investigacion.
2. ElecciOn del asesor 7 revisor.
3. RecopilaciOn de material bibliografico.
4. ElaboraciOn del proyecto conjuntamente con asesor 7 revisor.
5. AprobaciOn del proyecto por el doctoficiOn de tesis.
6. EjecuciOn del trabajo de campo.
7. Procesamiento de Los datos. ElaboraciOn de tablas y grafices.
8. An4lisis 7 discuziOn de resultados.
9. Elaboracion de conclusiones. Recomendaciones y resumen.
10. Presentacion del informe final para correcciones.
11. AprobaciOn del informe final.
12. ImpresiOn del informe final y tramites administrativos.
13. Examen pblico de defensa de la tesis.

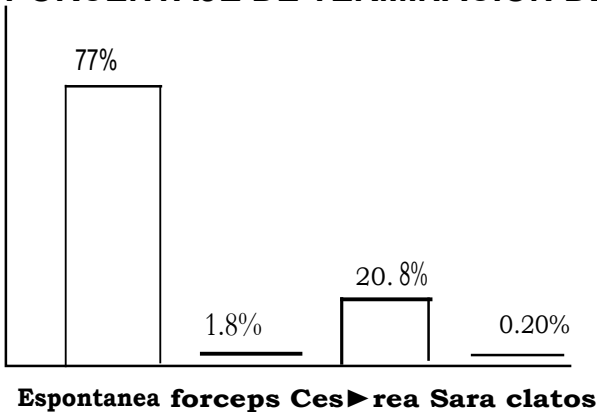
VII. PRESENTACION DE RESULT.DOS.

CUADRO NUMERO 1 TERMINACION DEL PARTO

<u>TERMINACION</u>	<u>FRECUENCIA</u>
ESPONTANEO	1500
FORCEPS	36
CESAREA	406
SIN DATO	
TOTAL	1945

FIJENTE; PROGRAMA SIP 1.06 , COMPUTADORA DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL FASE III. HOSP. ROOSEVELT.

GRAFICA NUMERO 1 PORCENTAJE DE TERMINACION DEL PARTO

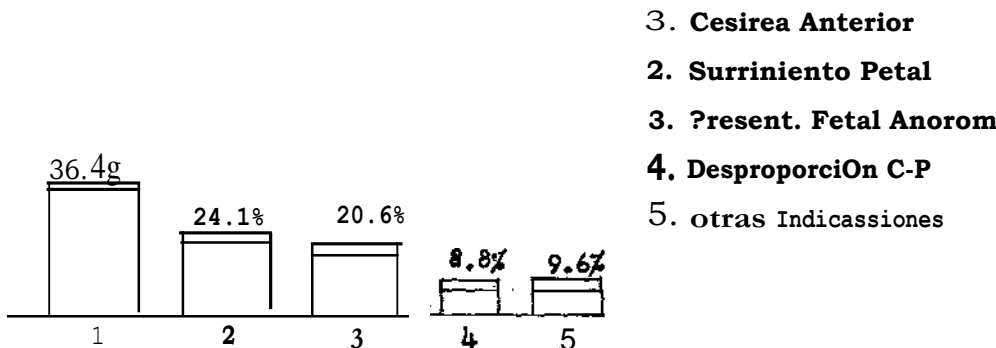


CUADRO NUMERO 2 PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA

<u>INDICACIONES</u>	<u>FRECUENCIA</u>
CESAREA ANTERIOR	148
SUFRIMIENTO FETAL	98
PRESENTACIONES ANORMALES	84
DESPROPORCION CEFALO-PELVICA	36
OTRAS	39
TOTAL	406

FUENTE: PROGRAMA SIP. 1.06 , COMPUTADORA DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL.
FASE III. HOSP. ROOSEVELT.

GRAFICA NUMERO 2 PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA

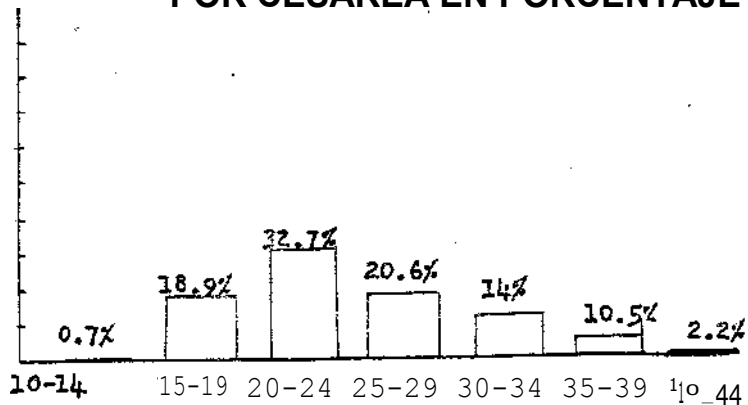


CUADRO NUMERO 3 GRUPO ETAREO MAS AFECTADO POR CESAREA

EDAD	FRECUENCIA
10-14	3
15-19	77
20-24	133
25-29	84
30-34	57
35-39	43
40-44	9
TOTAL	406

FUENTE; PROGRAMA SIP. 1.06. COPUTADORA DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL.
FASE III. HOSPITAL ROOSEVELT.

GRAFICA NUMERO 3 GRUPO ETAREO-MAS AFECTADO POR CESAREA EN PORCENTAJE

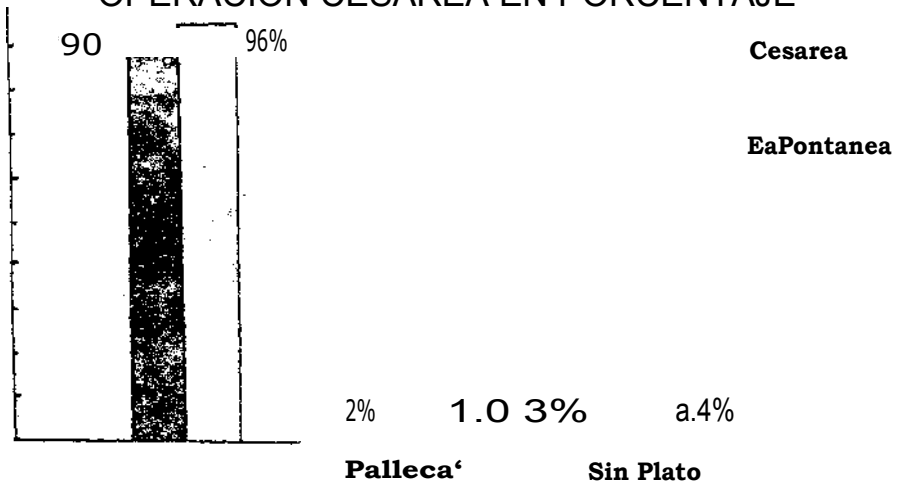


CUADRO NUMERO 4 EGRESO DEL NEONATO PRODUCTO DE OPERACION CESAREA

EGRESO	FRECUENCIA
SANO	386
FALLECIO	8
SIN DATOS	12
TOTAL	406

FUENTE; PROGRAMA SIP. 1.06, COMPUTADORA DEL PROGRAMA MATERNO
INFANTIL. FASE III. HOSP. ROOSEVELT.

GRAFICA NUMERO 4 EGRESO DEL NEONATO PRODUCTO DE OPERACION CESAREA EN PORCENTAJE

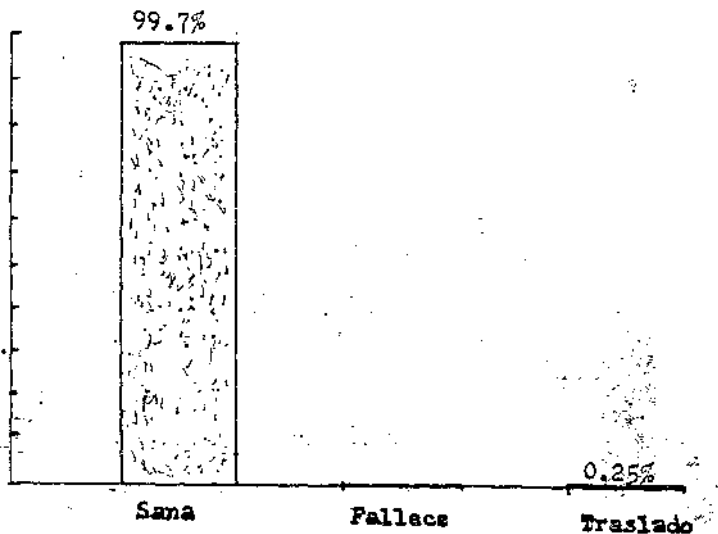


CUADRO NUMERO 5 EGRESO MATERNO POST-CESAREA

EGRESO	FRECUENCIA
SANA	405
FALLECE	0
TRASLADOS	
TOTAL	40

FUENTE: PROGRAMA SIP 1.06 COMPUTADORA DEL PROGRAMA
MATERNO INFANTIL. FASE III. HOSP. ROOSEVEL.

GRAFICA NUMERO 5 EGRESO MATERNO POST-CESAREA



VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente estudio se observe que durante septiembre y octubre de 1995 el sistema Informatico perinatal por medio de los datos recavados por Ia Historia Clinica Perinatal Base, se atendieron un total de 1945 pacientes para la atencidn de su parto. Del total de partos atendidos 1,500 se resolvieron de forma expontanea. A 406 pacientes se les realize) operaciOn ceserea por diferentes indicaciones, que representan el 20.87% del total de los patios. 36 partos se resolvieron por forceps y 2 casos en los que no hay datos de la terminaciOn.

En cuanto a las principales indicaciones de cesarea la grafica ;liner° dos nos identifica que la primera causa fue Ia de Ceserea anterior con el 36.45% , lo quo concuerda con algunas estadisticas nacionales y extranjeras. La segunda causa fue el Sufrimiento fetal que represent° el 24.13%. Y como tercera causa tenemos anormalidades en la presentaciem fetal como por ejemplo: presentaciem podelica, variedades posteriores y situaciOn transverse. La principal cause matema fue ceserea anterior y Ia principal causa fetal fue; sufrimiento fetal.

Como se observe en Ia grafica nUrnero 3, el grupo de edad matema mas afectado por operaciem cesereafue el grupo de 20 a 24 afios representando el 32.75%. Si este grupo lo unimos con el grupo de madres de 25 a 29 afios vemos *que* representan el 53.44%. Y como es de esperarse en los grupos extremos de la edad feria de la madre fueron los menos afectados representando entre ambos el 2.95%.

Una grafica muy importante de analizar es la de Ia condicitin del neonato al egreso ya que se puede comprobar que no hay diferencia significative al comparar los dos grupos de pacientes ya que los que fueron producto de ceserea y parto normal presentaron egreso sano por arrive del 95 % , Y fallecieron el 2% en ambos grupos.

La gráfica nUmero 5 que representa el estado de Ia madre at egreso luego de habersele practiced° operaciOn cesarea, nos indica que un 100% egresO viva del Hospital, de ellas 406 pacientes egresaron sanas, y una paciente fue trasladada a otro centro.

IX CONCLUSIONES

1. La historia Clínica Perinatal Simplificada Base del SIP es efectiva para determinar las principales indicaciones de cesarea.

Las tres principales indicaciones de cesarea fueron: Cesarea anterior, sufrimiento fetal agudo y presentaciones fetales anormales.

El grupo de edad materno más afectado se encuentra entre los 20 y 30 años.
- IV. La mortalidad neonatal fue igual para los neonatos nacidos por cesarea y los nacidos por parto normal.
- V. El 100% de las madres vivieron después de practicarseles la operación cesarea.

X. RECOMENDACIONES.

- I. Implementar el Sistema Informático Perinatal en los principales hospitales nacionales.

Que la Facultad de Ciencias Médicas capacite adecuadamente en el uso del Sistema Informático Perinatal a los estudiantes de medicina que roten por los servicios de: Labor y partos, recién nacidos y emergencia de la maternidad.

Reevaluar la conducta que se sigue en la resolución del parto, a las pacientes cuya indicación del parto operatorio sea la de cesárea anterior.

XI RESUMEN

El presente estudio se Revd a cabo con la ayuda del programa matemo infantil fase III de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos, en el hospital Roosevelt, durante septiembre y octubre de 1995. El cual demuestra con la Historia Clinica Perinatal Base del SIP, las principales indicaciones de ceserea. Asi de esta forma tener una base junto con algunos otros estudios pare demostrar que el Sistema Informatico Perinatal es efectivo en la recolecciOn y archivo de datos. A la vez nos permite dicha informed& tomar las medidas necesarias en mejorar la atenciOn perinatal.

Se [lend la Historia Clinica Perinatal del SIP a todas las pacientes que ingresaron al servicio de maternidad del hospital Roosevelt para la atenci3n de su parto. Dichos datos se archivaron en la computadora del programa Matemo Infantil. Del total de fiches archivadas en la computadora se seleccionaron a las pacientes que fueron intervenidas con operaciOn ceserea, las que fueron un total de 406 pacientes de donde salieron los datos que nos demuestran las principales indicaciones de ceserea durante los meses mencionados.

Los resultados obtenidos nos demuestran que la principal indicaci3n de ceserea, fue ceserea anterior, seguida de sufrimiento fetal agudo y presentaciones anorrnales del feto. El grupo de edad matema mas afectado fue de 20 a 30 arms representando el 53.4%. Y la condici3n de todas las pacientes sometidas a ceserea se reporta como sanas a excepci3n de una que fue trasladada a otro centro. En cuanto al egreso de los neonatos, se pudo comprobar que el 95.7% egresaron sanos, fallecieron 8, que representando el 2%. Ademas se pudo comprobar que este porcentaje es similar al de los neonatos que murieron y fueron producto de parto normal.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Diaz A. G. et al Sistema Informatico Perinatal. 4ta ed. Montevideo: Rosgal, 1993 (publicacion cientifica del CLAP.)
2. Dexeus S. Eclapsia y Preeclampsia. En su tratado de Obstetricia 1985. Mexico editorial Salvat vol II pp 435-440.
3. Hospital Roosevelt. Depto de Maternidad. Protocolos obstétricas . Guatemala 1993: p23
4. Jones Howard, Georgena. Función de la placenta en su tratado de Ginecología de Novak. Mex. ed interamericana 1985. p62.
5. Jorgez, J; Agüero Oscar. Cesareas por sufrimiento fetal Clínico. Rev. de Obst. y Ginec. Venezuela 42 (3) : 147-50.
6. Krup M. Steven A. Eclampsia y preeclampsia en Su tratado clínico 7ma ed. Mex. 1988 pp 75-85.
7. Loll Figueroa, Alfonso A. Estudio clínico de las cesareas en adolescentes. Rev. Diagnóstico. Perú. 25 (516): 86-91 mayo - junio 1990.
8. Merk Sharp y Dome. Placenta Previa en su manual Médico. 7ma ed. Mexico. Ed. Interamericana. 1986.
9. Merk Sharp y Dome. Cesarea en su Manual Médico . 7ma ed. Mexico. Ediciones interamericanas. 1986.
10. Merk. Sharp y Dome. Desprendimiento Prematuro de Placenta. 7ma edición. Ediciones Interamericanas. 1986
11. Organización Interamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Plan de acción del Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo Humano. Montevideo 1982. (documento OPS/OMS No. 3).
12. Pichard J. et al Distocia causada por anomalías en la posición presentación o desarrollo del feto. Obstetricia de Williams. 3ra edición Mex. Editorial Salvat 1936 pp. 631-639
13. Samberg E Desprendimiento de la Placenta. En su tratado de Obstetricia. 10ma. edición, Ediciones Mosby Company . 1981 pp258-271.
14. Swarchz R. L. C. Dworkes Cesarea en su Obstetricia, 4ta ed. Argentina 1986. pp 533-541.
15. Shafer G. E Raver. Cesarea en sus complicaciones quirúrgicas en obstetricia y Ginecología. 10 ma. ed. Mex. Ediciones Interamericanas, 1985. 50-55.

16. Suarez Ocando, Dario. Cesarea; Uso y abuso. Rev. Obst. y Ginec. Venezuela. 53 (2): 71-81 junio 1993.
17. Uribarren Birrueta, Oscar Evangelista Zalazar. Ginec. Obstetricia. Mex (61) 6 168-170. jun. 1993.
18. UcateGui Ofelia. Cestreas en adolescentes1976-1984 . Rev. Obstétrica Ven. 1984.
19. Valdes J. Reinaldo Leonardo. Indicaciones de Cesarea en un Centro activo del parto. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia. 55 (1) 10-6 1990.

XIII. A N E X O S



1LJJ		m 6 PATOLOGIAS i3 0 0 5 [ti]	7 P. 6103 aveil	7 c 810 ow IV, a veil	6 GO Eci g a2	0 TRABAJO: F ABIO F I U lif V I	g TO I Y I Y I Y	1 ip it I Y I Y I Y	1 i 5 I I I	li en 3 I	i ii d Q S S Q Q				51
lg 7		151	151	151	151	k, kik jig ii	i1 #	78 24	N,	c hi II	1111 g piniknitiir.				
0 si AII40+10		111111 1 1 1 1 1	111111 1 1 1 1 1	111111 1 1 1 1 1	111111 1 1 1 1 1	4 1 1 116 111	I g	I g	N	° 0 1 i II	inn				
1 m/		ifna M N P P	Li, 1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	Ign i ii	I g	I g	N	A 8 i f il	Cil Lit	PP P			
-1 i 2		D. eig	fig moo	o o	o o	lq rya i ii	I g	I g	N	a o ti	CUR a o	IN 1	511		
lig 6		0 B f 12t st	u	o o	o o	R 1 P	Boo 13. O Oa 14	I g	N	a o ti	D i iii	IN 1	511		
O O		i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i ii CIESICIEJE	Boo 13. O Oa 14	I g	N	a o ti	D i iii	IN 1	511		
II cm		i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i ii CIESICIEJE	Boo 13. O Oa 14	I g	N	a o ti	D i iii	IN 1	511		
IEI O BO		i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i ii CIESICIEJE	Boo 13. O Oa 14	I g	N	a o ti	D i iii	IN 1	511		
		i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i ii CIESICIEJE	Boo 13. O Oa 14	I g	N	a o ti	D i iii	IN 1	511		
		i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i ii CIESICIEJE	Boo 13. O Oa 14	I g	N	a o ti	D i iii	IN 1	511		
		i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i 1 i 1 i 1	i ii CIESICIEJE	Boo 13. O Oa 14	I g	N	a o ti	D i iii	IN 1	511		

