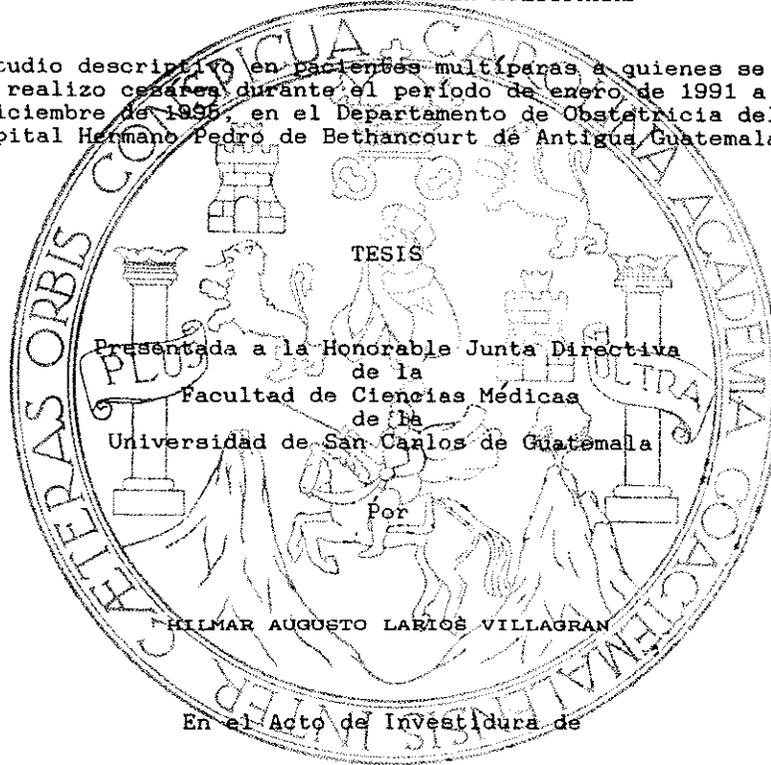


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"INDICACION DE CESAREA EN MULTIPARAS"

"Estudio descriptivo en pacientes multiparas a quienes se les realizo cesareas durante el periodo de enero de 1991 a diciembre de 1995, en el Departamento de Obstetricia del Hospital Hermano Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala."



TESIS

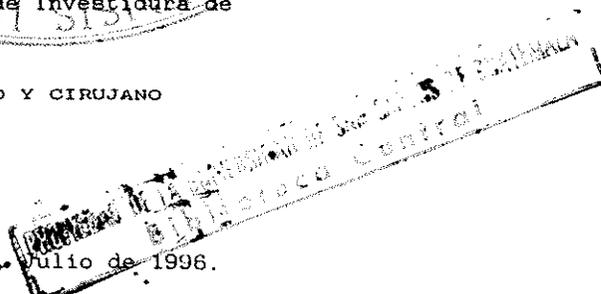
Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la
Facultad de Ciencias Medicas
de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

RILMAR AUGUSTO LABIOS VILLAGRAN

En el Acto de Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, Julio de 1996.

7848)
.3

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

a) BACHILLER : HILMAR AUGUSTO LARIOS VILLAGRAN

Identificación Universitaria No. 90-13651

Presentado para su Examen General Público, previo a optar al Título Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

INDICACION DE CESAREA EN MULTIPARAS

Trabajo asesorado por:

LUIS FIGUEROA

Revisado por:

HERNAN SANCHEZ

Los que lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y avalan la presente ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 6 de Julio de 1996.

IDENTIFICACION DE TESIS

DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:



Dr. Abel Oliva Gonzalez
DECANO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



Guatemala, 5 de julio de 1996

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Por
doctores Humberto Escobar Juárez
DINADOR
Presidente de Tesis
del presente

se informa que el BACHILLER
HILMAR AUGUSTO LARIOS VILLAGRAN

Nombres y Apellidos Completos

Identificación No.: 90-13651 ; ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis
del siguiente tema:

INDICACION DE CESAREA EN MULTIPARAS

En el cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido,
fidedignidad, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos; así
como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Firma del Estudiante

f.: Asesor
Nombre Completo y Sello Profesional:

Dr. Luis Figueroa Erazo
Médico y Cirujano
Colegiado No. 8793

f.: Revisor
Nombre Completo y Sello Profesional:

Reg. de Personal: 17681

Dr. Herman Sanchez Barrientos
Médico y Cirujano
Colegiado No. 4692



AD DE CIENCIAS MEDICAS
MALA, CENTRO AMERICA

Of. APR-UT-74-96

Guatemala, 6 de julio de 1996

HILLER:
MAR AUGUSTO LARIOS VILLAGRAN
ULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ente.

este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis,
lado INDICACION DE CESAREA EN MULTIPARAS

ido **RECIBIDO**, y luego de revisado se ha establecido que cumple con
requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por
que es autorizado para completar los trámites previos a su
luación.

otro particular me suscribo de usted.

etuosamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez
COORDINADOR



La información y conceptos contenidos en el
presente trabajo es responsabilidad única del
autor.

INDICE

I. INTRODUCCION	1.
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2.
III. JUSTIFICACION	3.
IV. OBJETIVOS	4.
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	5.
VI. MATERIAL Y METODOS	17.
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	21.
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	34.
IX. CONCLUSIONES	36.
X. RECOMENDACIONES	37.
XI. RESUMEN	38.
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39.
XIII. ANEXOS	42.

INTRODUCCION

El presente trabajo de carácter observacional, fue realizado en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Hermano Pedro de Bethancourt, durante un período de cinco años, de enero de 1991 a diciembre de 1995. En este se hace una descripción de las indicaciones de cesárea en multiparas, así como la frecuencia en relación al total de partos atendidos y la complicaciones que ello conlleva .

Se realizó una revisión bibliográfica actualizada, sobre el tema, posteriormente se consulto las historias clínicas de pacientes multiparas a quienes se les realizó cesárea, en el período de estudio, las cuales fueron proporcionadas por el Departamento de Registro, Archivo y Estadística del Hospital.

Entre las variables que se tomaron en cuenta, en la ficha de recolección de datos, tenemos: edad, número de partos anteriores, edad gestacional, indicaciones de cesárea, complicaciones trans-operatorias, complicaciones post-operatorias, número total de partos en el período de estudio. Encontrándose un incremento de cesáreas efectuadas, en los últimos 5 años, siendo la frecuencia de 0.93% en pacientes multiparas. Las principales indicaciones para efectuar cesárea fueron fetales en 69% de las pacientes, siendo sufrimiento fetal y situación transversal las más frecuentes, seguidas por las indicaciones maternas y materno-fetales. De las 18 pacientes que presentaron del tracto urinario en 66.66% e Infección de herida operatoria en 26.78% de las pacientes.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
BIBLIOTECA CENTRAL

DEFINICION DEL PROBLEMA

Cuando en 1610 Porro, efectuó la primera operación cesárea, con los resultados tan nefastos obtenidos, nadie podía imaginar que años más tarde en 1794, fuera en los Estados Unidos de Norteamérica, donde se efectuara la primera operación cesárea exitosa.

En la última parte del siglo XIX, con el advenimiento de la anestesia y técnica quirúrgicas asépticas, se dio un auge a dicho procedimiento como alternativa para la resolución de embarazos complicados, que en otras circunstancias culminaban en la muerte materna y/o fetal. (2)

Con el inicio de la era antimicrobiana a mitad del presente siglo se reducen aún más los riesgos a los cuales estaba sujeta toda paciente operada, lo cual permite resolver y reducir significativamente la morbi-mortalidad materno-infantil.

En los centros de nivel terciario se reportan un 18% a un 35% de cesáreas a nivel internacional, mientras que en el Hospital Roosevelt es de 23%.

Existen indicaciones bien definidas para resolver el parto por cesárea, en estudios extranjeros se reportan como indicaciones más frecuentes: sufrimiento fetal, desproporción cefalopelvica, distocia fetal. (17,22)

Por lo expuesto es necesario conocer cuales han sido las indicaciones para realizar operación cesárea en multíparas, así como las complicaciones que conlleva, aportando información que contribuirá en cierta forma a la toma de medidas, prevención y solución de problemas encontrados, para un mejor bienestar al grupo más afectado en morbilidad-mortalidad, como lo es el materno-infantil.

III

JUSTIFICACION

En Guatemala el grupo más susceptible es el Materno-Infantil. De cada 1,000 niños que nacen, se mueren 54 antes de cumplir un año de edad, y de ellos 14.2% antes de cumplir 28 días. La tasa de mortalidad materna es de 248 por 100,000 nacidos vivos; 40 veces más alta que en otros países de la región. Las principales causas de mortalidad materna son hemorragia con 39%, complicaciones del aborto en 24%, sepsis con 18% y las toxemias en 14%. (11,22)

La operación cesárea tiene por objeto la extracción del feto a través de incisiones en las paredes del abdomen y del útero. La resolución del embarazo por cesárea puede, si esta totalmente indicada, beneficiar a la madre y al niño; sin embargo no hay que olvidar que presenta los riesgos de cualquier intervención quirúrgica.

En los últimos años, países desarrollados han reportado incremento progresivo (5-15%) de uso de cesárea para la resolución del embarazo complicado, reportando al mismo tiempo disminución en sus índices de morbi-mortalidad materno-infantil. (11,18,22)

Siendo el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, un centro asistencial de referencia, donde se atiende un número considerable de pacientes obstétricas, es importante determinar las indicaciones por las cuales el personal médico de este hospital decide efectuar operación cesárea antes de proceder a dar vía baja a pacientes con embarazo complicado, lo cual será de beneficio para el Hospital y para el personal médico debido a que se estará aportando información que contribuirá en cierta forma a la toma de medidas, prevención y solución de problemas encontrados, así como a apegarse a las indicaciones de cesárea para realizar la menor cantidad posible de cesárea innecesarias, lo cual estará redundando en un amplio beneficio para el sector materno-infantil; también se estarán aportando datos que podrán servir de base para la realización de estudios posteriores.

IV

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Determinar la frecuencia, indicaciones y complicaciones de cesárea en multiparas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el grupo de edad materna a quienes más se les realizo cesarea.
2. Determinar las indicaciones maternas para realizar cesárea.
3. Determinar las indicaciones fetales para realizar cesárea.
4. Describir las complicaciones trans-operatorias de las cesáreas.
5. Describir las complicaciones post-operatorias por este procedimiento quirúrgico.
6. Determinar la frecuencia del procedimiento quirúrgico cesárea, con relacion a partos vaginales o distócicos.

REVISION BIBLIOGRAFICA

CESAREA

Se define como el parto despues de la 28 semana de gestación del feto y de la placenta atraves de una incisión en la pared uterina.

La primera operación cesárea efectuada a una paciente se conoce como operación cesárea primaria, las subsiguientes se refieren como secundarias, terciarias, etc. o simplemente como operación cesárea repetida.

Una operación cesárea electiva es aquella que se realiza antes del inicio del trabajo de parto o antes de la aparición de cualquier complicación que pudiera constituir una indicación urgente. (8,13,15,15)

HISTORIA

Los origenes de la sección cesárea radica desde la era clasica, o posiblemente antes. La Antigua India, los Hebreos, los Griegos y los Romanos estan todos familiarizados con la sección cesárea post-mortem. El nombre de "operación cesárea", fue usado por primera vez para designar, este tipo de procedimiento, durante el período del Renacimiento, cuando fue practicada por primera vez en mujeres vivas. Se ha sugerido que el termino deriva del Lex Caesarea, un decreto que continuo bajo el poder de los cesares desde el tiempo de Nums Popilius, según el cual se obligaba que antes del entierro de la madre, el niño se extrajera del útero de cualquier mujer que muriera al final del embarazo.

Es probable que el término deriva de la palabra latina Caedere, "cortar".

La primera operación registrada en una paciente viva (murió al 25 día post-operatorio), se hizo en 1610. A mediados del siglo diecinueve la operación cesárea era dejada como última opción. La primera operación exitosa en Estados Unidos de Norteamérica se hizo en 1794. (2,8)

FRECUENCIA

En los últimos 15 años, la frecuencia de cesárea ha aumentado de 5-15% en forma continua. En gran parte se debe a la evasión del uso del forceps medio y del parto pélvico y como resultado del registro del estado fetal por medios electrónicos para una detección oportuna de sufrimiento fetal grave. También se ha observado un aumento de la cesárea re-

petitiba en forma concomitante al incremento de las cesáreas primarias.

Los porcentajes más elevados pertenecen a sitios donde son comunes las pelvis deformadas o estenosadas, o bien donde se practican cesáreas subsiguientes, según la aseveración de "una vez cesárea, siempre cesárea". (8,15)

INDICACIONES

La cesárea realizada bajo indicaciones precisas ayudara en muchas ocasiones a conservar la salud y la vida, tanto de la madre como del producto. Sin embargo ninguna intervención quirúrgica esta libre de riesgos, y la cesárea no debe hacerse sin razón justificada.

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

Las indicaciones pueden ser absolutas o relativas, entre las absolutas se pueden mencionar, desproporción cefalopélvica. Placenta previa oclusiva, inminencia de rotura uterina y ruptura uterina. Las indicaciones relativas son aquellas en las que se elige la cesárea como mejor alternativa en circunstancias, en que se planteo tambien alguna otra opción. son casos que por lo tanto tendran que ser analizados detenidamente antes de adoptar una desición. Por ejemplo la cesarea previa es para algunos indicación de cesarea por el riesgo de rotura de la cicatriz uterina durante el parto. El peligro sin embargo es pequeño por lo que para otros sino se repite los motivos de la primera intervención o no existe otra indicación y si la paciente a dado a luz anteriormente a un niño de tamaño normal por via vaginal deberia permitirse el parto normal bajo observacion cuidadosa.

A veces es necesario realizar una cesárea por una serie de causas asociadas, ninguna de las cuales justificaria la intervención si se consideraran aisladamente. Cuando se dan varias indicaciones parciales puede haber mayor peligro en el parto por via vaginal, de modo que a veces al sumarse estas, crean una verdadera indicación en conjunto. (13,15,17)

Entre las indicaciones se encuentran las siguientes:

A. INDICACIONES MATERNAS

a. Desproporción cefalopélvica, usualmente despues de una prueba de trabajo de parto en presentación de vértice, es la indicación más común para cesárea.

- b. Cicatriz uterina potencialmente debil, a consecuencia de miomectomia, o de cesárea previa. La dehiscencia de la cicatriz parcial o completa, por operación cesárea previa se presenta en 1 a 3% de los casos.
- c. Placenta previa que cubre el 30 por ciento o más del cervix.
- d. El desprendimiento prematuro de placenta con hemorragia anteparto considerable.
- e. Inercia uterina primaria o trabajo de parto irregular prolongado, no obstante la estimulación.
- f. Ruptura uterina (urgencia operatoria abdominal).
- g. Tumores pelvicos que obstruyan el conducto del parto o debilitan la pared uterina.
- h. Presentaciones anormales, (presentación pélvica cuando la madre es primipara o el feto es grande transversal o de hombros, presentación de cara o de frente con mentón posterior).
- i. Preeclampsia-eclampsia fulminantes.
- j. Otros problemas maternos con antecedentes de fistulas vesico-vaginal o carcinoma del cervix.
- k. Herpes genital.
- l. Nefropatia crónica.
- m. Tuberculosis pulmonar grave.
- n. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente incertada.

B. INDICACIONES FETALES

- a. Sufrimiento fetal; en uno a dos por ciento de las admisiones maternas hospitalarias, se registra sufrimiento fetal. El problema se debe generalmente a hipoxia por brevedad del cordón, compresión del cordón, desprendimiento prematuro de placenta o placenta previa.
- b. Fetos pequeños, (de 1500 a 2500 gramos) o grandes (más de 3800 gramos), o los que tengan presentación pelvica o transversa.

c. Diabetes mellitus materna; actualmente se practica cesárea para terminar el embarazo en más de 50% de pacientes enfermas con diabetes. El parto precoz ayuda a reducir la elevada frecuencia de mortalidad intraparto y postnatal en hijos de madre diabética de clases B-H.

d. Isoinmunización materna; La cesárea representa un intento para prevenir una posible muerte fetal o la aparición de lesiones irreversibles por ictericia grave en el producto, o por hidropesía fetal, en caso de isoinmunización Rh o ABO materna cuando la inducción no tiene éxito.

e. Prolapso del cordón; cuando sobreviene a principio del trabajo de parto especialmente en una primigravida.

f. Caso de particular interés social en el producto, ejemplo en primigesta añosa con complicaciones, antecedentes de numerosos embarazos avanzados con ausencia de hijos vivos, primipara pélvica.

g. Retraso del crecimiento intrauterino.
(1,3,15,17,22)

CONTRAINDICACIONES

En el momento actual la cesárea no tiene virtualmente contraindicación alguna, excepto el hecho de no estar correctamente indicada. (17)

TECNICAS OPERATORIAS

La histerotomía se realiza generalmente a nivel del segmento inferior (cesárea segmentaria) y excepcionalmente a nivel del cuerpo uterino (cesárea corporal o clásica).

CESAREA SEGMENTARIA

La cesárea segmentaria es la operación más practicada en el presente a causa de que ofrece mayores seguridades inmediatas y tardías. se pueden puntualizar en ella las siguientes ventajas:

a) Con una laparotomía más pequeña se aborda al útero en un punto declive de la cavidad peritoneal, donde la serosa es más resistente y no se tropieza con el epiplón ni el intestino, disminuyendo 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 feto, es más fácil de suturar y en reposo cicatriza mejor.

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

Técnica

La incisión de la pared se hace con cuidado, ya que en el embarazo su espesor puede disminuir, es fácil herir los órganos subyacentes. Las incisiones practicadas son la mediana infraumbilical y la transversal o de Pfannenstiel.

La incisión en el segmento inferior constituye la mejor técnica para la mayor parte de las indicaciones de cesárea. El peritoneo visceral del útero se corta en el sitio donde se refleja en la vejiga, y se forman dos colgajos peritoneales, uno superior y otro inferior. La vejiga se separa de sus adherencias laxas con la pared uterina anterior y se rechaza hacia abajo. Entonces queda expuesto ampliamente el delgado peritoneo del útero. Se realiza entonces una incisión vertical o una transversal, varios centímetros por abajo del corte en el peritoneo. Después de la extracción del producto se sutura la pared uterina en capas y se unen los colgajos peritoneales. Así queda la herida uterina cerrada y cubierta por la vejiga. Esta operación es de elección en más de 80% de las instituciones modernas y es posible que esta proporción ascienda mucho más.

Las desventajas son que la operación es algo más difícil y larga que la operación clásica (particularmente cuando se trata de cesáreas repetidas). La incisión transversal del segmento puede prolongarse lateralmente y lacerar a los gruesos vasos uterinos; en cambio, la extensión de la incisión vertical puede afectar a la vejiga y el cervix. Cuando existen placenta previa o inserción baja de la placenta, con adhesión a la pared uterina anterior, es fácil causar una hemorragia importante de origen materno o fetal. La incidencia de placenta previa en embarazos subsiguientes de mujeres con una cicatriz de cesárea en el segmento inferior es de 10% (3 veces mayor que la frecuencia normal de implantación baja).

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CESAREA CORPOREA O CLASICA

Esta operación esta generalmente indicada en placenta previa (para evitar el segmento uterino inferior hipervascularizado y la placenta misma: y en casos de urgencia obstetrica, como desprendimiento prematuro de placenta y prolapso del cordón, situaciones que demandan una rapida actuación. La incisión es vertical en la porción contractil del cuerpo uterino a través del peritoneo visceral. Esta operación debe hacerse en menos de 5% de las cesáreas.

Las ventajas de la incisión clásica son: que es la intervención cesárea más sencilla, y puede hacerse bajo anestesia local por infiltración. El acceso operatorio y la extracción del feto pueden lograrse rapidamente. Las desventajas son que la hemorragia de la gruesa y vascularizada pared uterina es abundante. No es posible conseguir una buena peritonización de la herida uterina, y las adherencias intestinales en la cicatriz uterina pueden dar lugar a obstrucción intestinal. Con frecuencia la cicatrización del miometrio es defectuosa. La formación de trayectos fistulosos es común y pueden dar paso al fluido purulento de la cavidad uterina a la cavidad peritoneal. La deshicencia de la cicatriz uterina en embarazos subsiguientes sucede en 1-2% de los casos. (4,15,16,19)

INDICACIONES MATERNA

A. Herpes Genital

Constituye la enfermedad de transmisión sexual más frecuente, producida por el virus Herpes hominis, aproximadamente el 85% de las infecciones primarias, son debidas al Herpes virus tipo 2 y el resto al tipo uno. Se ha sugerido efectuar cesárea si se detecto la enfermedad mediante clínica o el laboratorio y las membranas tienen menos de cuatro horas rotas. En raras ocasiones la cesárea fracasa, en prevenir la infección del recién nacido, debido a infección ascendente. La infección materna parece transmitirse solo rara vez a través de la placenta o de un corioamnios intacto al embrión o al feto.

B. Distocia osea

La pelvis del adulto esta compuesta de cuatro huesos: el sacro, el coccix y los dos huesos innominados. La pelvis durante su crecimiento puede sufrir deformaciones o llegar a la adultez con desarrollo incompleto. Las anomalías de la pel-

vis son; Pelvis Ginecoide: esta pelvis exhibe las características anatómicas ordinarariamente asociadas a la hembra humana. las paredes laterales de la pelvis son rectas, las ciáticas no son prominentes, el diámetro transversal del estrecho superior, como un todo, es ligeramente oval o redondo, el diámetro sagital posterior en la entrada pelvica es solo algo más corto que el sagital anterior. Pelvis androide: las características principales son, el diámetro sagital posterior en la entrada pélvica es mucho más corto que el sagital anterior las paredes laterales suelen ser convergentes, las espinas isquiáticas son prominentes, el sacro esta adelantado en la pelvis y suele estar rectificado, la pelvis en extremo androide sugiere un pronóstico bastante malo para el parto vaginal. Pelvis antropoide: la característica, un diámetro anteroposterior de la entrada pelvica mayor que el transversal y forma más o menos un ovalo en el sentido anteroposterior, con el segmento anterior algo estrecho y puntiagudo, es probable que las espinas isquiáticas sean prominentes. Pelvis platipeloide: se trata de una pelvis ginecoide aplanada, con un diámetro anteroposterior corto y un diámetro transversal ancho. La pelvis platipeloide es la más rara de las pelvis puras, ya que solo existe en menos del 3% de mujeres. Pelvis intermedias: los tipos de pelvis intermedio o mixto son mucho más frecuente que los tipos puros. (8,14)

C. Toxemia

a. Preeclampsia

La alteración fisiológica básica en la preeclampsia es el vasoespasmio, especialmente en las arteriolas. La frecuencia de preeclampsia es mayor en embarazos múltiples, diabetes sacarina, hipertensión, enfermedades renales crónicas, trastornos de la colágena y mola hidatidiforme. Cuando se presenta convulsiones el término se denomina eclampsia, en un 5% de preeclampsia evoluciona a eclampsia.

b. Preeclampsia leve

La paciente generalmente no presenta síntomas, la presión arterial diastólica es de 90 a 10 mmHg, la proteinuria es mínima y no hay pruebas de retraso de crecimiento intrauterino.

c. Preeclampsia grave

La paciente presenta cefalea, trastornos visuales, dolor en el abdomen a nivel alto, oliguria y retardo del crecimiento intrauterino. La paciente presenta proteinuria mayor de 200mg/100ml/24 hrs, presencia de coagulación intravascular diseminada, daño hepático e hiperbilirrubinemia.

d. Eclampsia

Es un trastorno agudo caracterizado por convulsiones clónicas y tónicas causadas de algún modo por la hipertensión inducida o agravada por el embarazo, la eclampsia se manifiesta con mayor frecuencia en el último tercio del embarazo y en numerosas ocasiones aumenta al aproximarse el término. Existe oliguria y anuria. (4,14,15,17,20)

D. Tumores previos

Estos pueden ser de origen genital (uterinos y anexial) y extragenital (pelvicos y abdominales).

Entre los tumores uterinos, los más frecuentes son los fibrosos, aunque puede realizarse el parto. Entre los tumores previos de origen anexial, los más conocidos son los quistes luteínicos del ovario, los cistoadenomas y los quistes dermoides. (17,20,22)

E. Nefropatía Crónica

El efecto del embarazo sobre la nefropatía depende del grado de evolución de la enfermedad, el pronóstico es peor cuanto más grave es la nefropatía, partos prematuros, aumentan los abortos, recién nacidos de bajo peso, toxemia y desprendimiento prematuro de placenta.

F. Rotura uterina

En general un útero sin traumatismos previos en el que comienza un parto espontáneo no mantiene las contracciones energéticas hasta llegar a destruirse.

Entre la etiología más frecuente, podemos citar: A: Cirugía relacionada con el miometrio, cesárea o histerotomía, rotura uterina previamente reparada, incisión de miomectomía en el endometrio o a través de este. B: Traumatismos coincidentes en el útero, aborto instrumentado (sondas, legras u otros aparatos), traumatismos puntiagudo o romo (accidentes cuchillos, balas). C: Lesión uterina durante el embarazo actual, contracciones persistentes, intensas y espontáneas, administración de oxitocina o prostaglandina, sobredistensión uterina importante (fetos múltiples hidramnios). (8,14,17)

G. Distocia de las Partes Blandas

Distocias funcionales:

Son dadas por anomalías contractiles del útero, distocias por alteraciones anatómicas, en las cuales podemos citar:

a. Aglutinación del cuello

El orificio externo es inextensible debido a la presen-

cia de adherencias en sus bordes, formadas por bridas de fibrina más o menos laxas pero suficientes para impedir la dilatación. La aglutinación se produce por procesos infecciosos a nivel de la mucosa cervical. el tratamiento bastara con introducir el dedo en el esbozo del orificio para que este ceda y alcance rápidamente una dilatación apreciable.

b. Edema del cuello

Este puede edematizarse debido a ciertas distocias (esfuerzos intempestivos de pujo, comprensión prolongada de la cabeza fetal).

La dilatación progresa con mucha dificultad porque el cuello edematizado es poco extensible. El edema tan pronunciado que a pesar de una buena dinamica, no permite la dilatación cervical, puede requerir la operación cesárea abdominal.

c. Rigidez del cuello

Esta estenosis se debe a una rigidez cicatrizal o tumoral. El tratamiento consiste en la expectación durante un tiempo prudencial. Si la dilatación no avanza se puede recurrir a los métodos quirúrgicos. (4,8,14,17)

H. Tuberculosis Pulmonar

Rara vez la tuberculosis constituye una indicación para el aborto terapeutico, a menos que exista una tuberculosis diseminada o una función cardiopulmonar comprometida gravemente se produce el parto prematuro en el 30%, y se produce aborto en el 8%. La tuberculosis congenita es rara incluso cuando la madre padece enfermedad diseminada pero se da y puede ser fatal. (14,15)

I. Aumento de la Contractilidad

a. Hiperdinamia

La intensidad de las contracciones es elevada (superior a 50 mmH) (hipersistolía), la frecuencia mayor de 5 contracciones en 10 minutos (polisistolía) y tono aumentado porque la relajación se hace cada vez menos completa.

b. Hiperdinamia Primitiva

Se da en el comienzo del parto, las contracciones tienen una duración muy prolongada y el útero se palpa muy duro, la paciente suele quejarse de dolor intenso.

c. Hiperdinamia secundaria

Esta se da por la administración exagerada de oxitocicos o por la lucha de la contracción contra un obstaculo, (rigidez del cuello, tumor previo. etc)

d. Hiperdinamia hipertónica

El útero se palpa leñoso durante y entre las contracciones con dolor insoportable y continuo, es un grado más avanzado, elevación del tono y disminución de la intensidad.

e. Contractura

Estado muy avanzado de la hiperdinamia, dado por un prolongado y excesivo trabajo de parto, el dolor desaparece, el útero se forma e irregular al moldearse sobre los niveles fetales (tetanos). El trabajo de parto suele detenerse, y los útero inhibidores y muchas veces la anestesia general profunda, no suele desaparecer la contractura. (4,8,14,15,17)

J. Hipodinamia secundaria

Suele aparecer al final del período dilatante o en el período de expulsión por agotamiento muscular en la lucha contra un obstáculo, el tratamiento, es la evaluación de la causa que lo produce, por ejemplo desproporción cefalopélvica la terminación del parto se hará con forceps o cesárea. (14)

K. Placenta previa

La placenta en lugar de estar implantada en el cuerpo del útero, por fuera del orificio cervical interno, se localiza por encima del orificio interno o muy cercano a él. Se identifican 4 grados de la anomalía:

a. Placenta previa total: El orificio interno está totalmente recubierto por la placenta.

b. Placenta previa parcial; El orificio interno se halla cubierto parcialmente por la placenta.

c. Placenta previa marginal: El borde de la placenta está en el margen del orificio.

d. Placenta de baja implantación: La región del orificio interno aparece recubierta por la placenta, de modo que el borde de ella no alcanza realmente el orificio cervical interno, pero está muy próximo a él.

La cesárea es el método aceptado para el parto en prácticamente todos los casos de placenta previa. (10,14)

INDICACIONES FETALES

a. Prolapso del Cordon

Es una de las complicaciones que debe ser tratada urgen-

temente. La paciente debe ser colocada en trendelemburg, proteger el cordón con los dedos índice y medio dentro del cervix entre la cabeza y la pared uterina, y realizar la operación cesárea sin cambiar la posición o alterar la protección digital del cordón. (14,22)

b. Presentaciones anormales

La presentación de nalgas es frecuente lejos del final del embarazo. Sin embargo lo habitual es que en algún momento antes del comienzo del parto, el feto se coloque de forma espontánea en presentación de vértice, de manera que solo en un 3 o 4% de los embarazos sencillos persista en presentación de nalgas. La presentación de nalgas es mucho más frecuente al final del segundo trimestre. Se ha asociado a la relajación uterina asociada a una gran paridad, la existencia de varios fetos, el hidramnio, oligoamnios, la hidrocefalia, la anencefalia, anomalías uterinas y los tumores.

En una presentación de nalgas completa el niño parece estar sentado al estilo "indio" con las caderas y rodillas flexionadas. La podálica única o doble, ocurre cuando una o ambas piernas están completamente extendidas y se presentan antes que los gluteos.

Para intentar minimizar la mortalidad y la morbilidad del niño, actualmente se recurre a menudo a la cesárea en las circunstancias siguientes, para dar a luz a todos los niños, excepto a los muy inmaduros con un porcentaje de supervivencia mínimo podemos citar los siguientes: a: Presentación de nalgas y feto grande, b: Presentación de nalgas y cualquier grado de estenosis o forma desfavorable de la pelvis, c. Presentación de nalgas y cabeza es hiperextensión, d: Presentación de nalgas sin contracciones de parto, pero con indicaciones maternas o fetales de parto, como hipertensión inducida por el embarazo o rotura de membranas durante 12 horas o más, e: Presentación de nalgas y disfunción uterina y f. Presentación de nalgas o de pies.

En la presentación de cara y de frente, son candidatos a parto vaginal, a menos que si las contracciones se hacen demasiado fuertes o ineficaces, o si aparece sufrimiento fetal, esta indicada la cesárea precoz. (1.3.3.14)

c. Sufrimiento fetal

El sufrimiento fetal generalmente se asocia a una frecuencia cardíaca o ritmo anormales, acidosis o hipoxia secundarias a hipotensión materna o aún accidente del cordón umbilical. La monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal, la presión uterina y el ph del cuero cabelludo permite determinar el sufrimiento fetal durante el parto. En el feto a término la frecuencia cardíaca normal es de 120 a 160 latidos por minuto. La taquicardia (superior a 160 latidos por

minuto) se asocia con hipoxia fetal o materna, hipertiroidismo en la madre, administración de B-adrenergicos o atropina, anemia o algunos tipos de arritmias del feto. La bradicardia (menos de 120 latidos por minuto) se presenta en la hipoxia fetal por transferencia placentaria de anestésicos locales y bloqueadores B-adrenergicos y ocasionalmente en las arritmias cardiacas asociadas a cardiopatias congenitas. Se considera que el sufrimiento fetal agudo es una perturbación metabolica compleja, debida a una disminución de los intercambios fetomaternos de evolucion relativamente rapida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal, incluso a la muerte.

Siendo una indicación de cesárea urgente ante el sufrimiento fetal. (1,8,14,17)

MATERIAL Y METODOS

1. TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo.

2. SUJETO DE ESTUDIO:

Pacientes multíparas a quienes se les realizó cesárea en el Hospital Hermano Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

3. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El número total (126) pacientes multíparas a quienes se les realizó cesárea en el período de enero de 1991 a diciembre de 1995.

4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

Incluyen: Pacientes multíparas a quienes se les realizó cesárea.

Excluyen: Primíparas y pacientes con cesárea previa.

5. VARIABLES A ESTUDIAR:

EDAD:

Definición teórica: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Definición operacional: Edades de multíparas que para este estudio es de 15 a 45 años.

Escala de medición: Años (Numérica)

CESAREA:

Definición teórica: Intervención quirúrgica practicada en obstetricia que consiste en incidir la pared anterior del útero y el abdomen para la liberación del feto.

Definición operacional: Resolución quirúrgica del embarazo por incisión del abdomen y del útero.

Escala de Medición: Número de cesáreas realizadas (Numérica).

MULTIPARA:

Definición teórica: Se refiere al número de partos que ha tenido una paciente, ya sea por cesárea o algún otro

procedimiento o parto vaginal.

Definición operacional: Se tomara a toda mujer múltipara, incluyendo el segundo parto.

Escala de medición: Número de partos. (Numérica)

INDICACIONES:

Definición teórica: Conjunto de circunstancias de la paciente que sirven de guía para la realización de una cesárea.

Definición operacional: Factores que condicionan la indicación cesárea, los cuales se dividen en: distocia materna, distocia cuya causa reside en la madre, distocia fetal, distocia debido a la vitalidad, posición o tamaño del feto. Distocia ovular, distocia cuya causa reside en los anexos fetales (cordon, placenta,), distocia materno-fetal, distocia que reside en la madre y el feto.

Escala de medición: Indicaciones para realizar cesárea.

(Nominal)

COMPLICACIONES:

-TRANSOPERATORIAS

-POSTOPERATORIAS

Definición teórica: Dicese de una contingencia patológica nueva que se presenta durante o despues de un procedimiento.

Definición operacional: Complicaciones más frecuentes presentadas durante o despues de la cesárea.

Escala de medición: Número de complicaciones. (Nominal)

F. RECURSOS:

1. MATERIALES

- Departamento de maternidad del Hospital Hermano Pedro de Bethancourt.
- Departamento de archivo y registros médicos.
- Historias clínicas de pacientes a quienes se les realizo cesárea.
- Computadora
- Utiles de escritorio

2. HUMANOS

- Personal médico del Departamento de Obstetricia del Hospital de Antigua Guatemala.
- Personal del Departamento de Archivo y Registro.
- Asesor
- Revisor

PLAN DE EJECUCION DE LA INVESTIGACION

Tiempo: Febrero de 1991 a Julio de 1996.
Lugar: departamento de Maternidad del Hospital Hermano Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

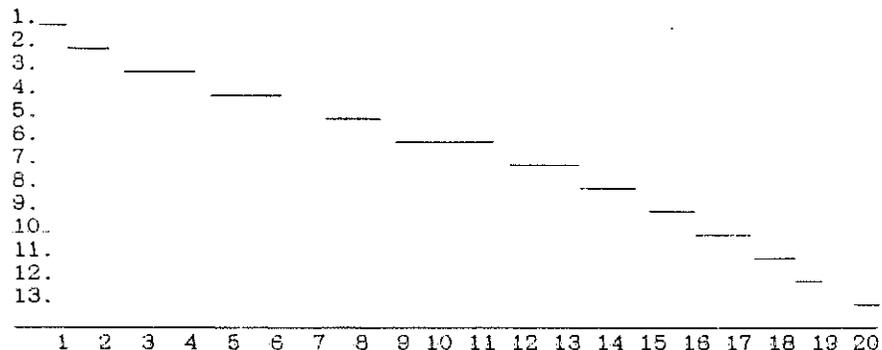
En el presente estudio, se revisarán los expedientes ínicos de las pacientes que consultaron al servicio de ternidad, a quines se les practico operación cesárea, en el spital Hermano Pedro de Antigua Guatemala. Los datos tenidos se anotaron en un anexo.

PRESENTACION DE RESULTADOS Y TRATAMIENTO ESTADISTICO:

Recolectados los datos, se procedio a la tabulación de tos, representandolos en cuadros estadísticos, los cuales dican las variables estudiadas, posteriormente analizando-s y obteniendo asi las conclusiones y recomendaciones del esente estudio.

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de investigación
2. Elección del asesor y revisor
3. Recopilación de material bibliográfico
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor
5. Aprobación del proyecto por el comité de investigación del Hospital o Institución en donde efectuara el estudio.
6. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis
7. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información
8. Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y gráficas
9. Análisis y discusión de resultados
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
11. Presentación del informe final para correcciones
12. Aprobación de informe final
13. Impresión de informe final y trámites administrativos

VIII

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO 1

CESAREA EN MULTIPARAS. FRECUENCIA POR AÑO
 EN RELACION AL TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS.
 HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA.
 ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1995.

	AÑO					TOTAL	%
	1991	1992	1993	1994	1995		
PARTOS	2,008	2,249	2,570	3,003	3,591	13,421	99.07
	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %		
CESAREA EN MULTIPARAS	15 .74	16 .71	25 .96	24 .79	46 1.2	126	0.93
TOTAL	2,023	2,265	2,595	3,027	3,637	13,547	100

FUENTE: Archivo y registro médico, Hospital de Antigua Guatemala.

CUADRO 2

CESAREA. INDICACION MATERNA Y FETAL.
HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA.
ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1995.

INDICACION	NUMERO	%
MATERNA		
Atonia uterina	1	0.79
pre-eclampsia	16	12.69
papilomatosis	3	2.4
Placenta Previa	1	0.79
Sub-total	21	16.69
FETALES		
Sufrimiento fetal	32	25.39
Situación transversa	32	25.39
Podálica	21	16.66
Gemelar	2	1.58
Sub-total	87	69.03
MATERN0-FETAL		
Preeclampsia+sufrimiento fetal	3	2.38
Desproporción cefalopélvica	15	11.90
Sub-total	18	14.28
TOTAL	126	100

FUENTE: Archivo y Registro médico, Hospital de Antigua Guatemala.

CUADRO 3

CESAREA. INDICACIONES SEGUN EDAD MATERNA.
 HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA.
 ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1995.

DAD	MATERNA	INDICACION FETAL	MATERNA-FETAL	TOTAL	%
5-20	0	0	0	0	0
0-25	3	11	5	19	15.08
5-30	3	22	5	30	23.81
0-35	2	15	5	22	17.46
5-40	2	23	2	27	21.43
0-45	11	16	1	28	22.22
OTAL	21	87	18	126	100

UENTE: Archivo y Registro médico, Hospital de Antigua Guatemala.

CUADRO 4

CESAREA. INDICACION SEGUN EDAD GESTACIONAL.
 HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA.
 ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1995.

EDAD GESTACIONAL	FETAL	MATERNA	MATERO-FETAL	TOTAL	%
31-36	1	3		4	3.17
37-39	53	11	10	74	58.73
40-42	33	10	5	48	38.10
TOTAL	87	24	15	126	100

FUENTE: Archivo y Registro médico, Hospital de Antigua Guatemala.

CUADRO 5

PROMEDIO DE PARTOS ANTERIORES SEGUN EDAD MATERNA.
HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA.
ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1995.

EDAD	PROMEDIO DE PARTOS ANTERIORES
15-20	0
20-25	2
25-30	2
30-35	4
35-40	5
40-45	5

ENTE: Archivo y Registro médico, Hospital de Antigua
Guatemala.

CUADRO 6

METODO DIAGNOSTICO SEGUN EDAD GESTACIONAL.
 HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA.
 ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1995.

EDAD GESTACIONAL	METODO DIAGNOSTICO					
	CLINICO		CLINICO+RADIO		CLINICO+USG	
	No.	%	No.	%	No.	%
31-36	2	1.58			2	1.6
37-39	51	40.47	19	15	4	3.3
40-42	37	29.36	8	6.35	3	2.38
TOTAL	90	71.41	27	21.35	9	7.78

FUENTE: Archivo y Registro médico, Hospital de Antigua Guatemala.

CUADRO 7

COMPLICACIONES DE CESAREA.
HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA.
ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1995.

COMPLICACIONES	No.	%
Endometritis	1	5.56
Infección de herida operatoria	5	27.78
Infección del tracto urinario	12	66.66
Fetales	0	0
TOTAL	18	100

FUENTE: Archivo y Registro médicos, Hospital de Antigua Guatemala.

CUADRO 8

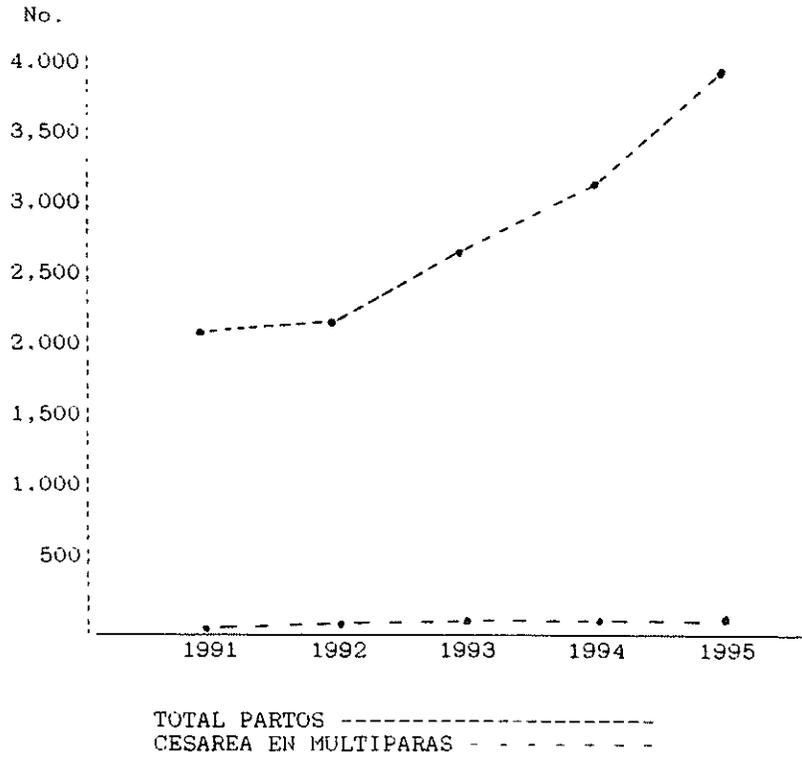
CESAREA. COMPLICACIONES SEGUN EDAD MATERNA.
 HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA.
 ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1995.

EDAD	ENDOMETRITIS	INFECCION HERIDA OP.	I.T.U.	FETALES	TOTAL	%
15-20					0	0
20-25	1	1	3		5	27.78
25-30		1	2		3	16.67
30-35		2	2		4	22.22
35-40			1		1	5.56
40-45		1	4		5	27.77
TOTAL	1	5	12		18	100

FUENTE: Archivo y Registro médico, Hospital de Antigua Guatemala.

GRAFICA 1

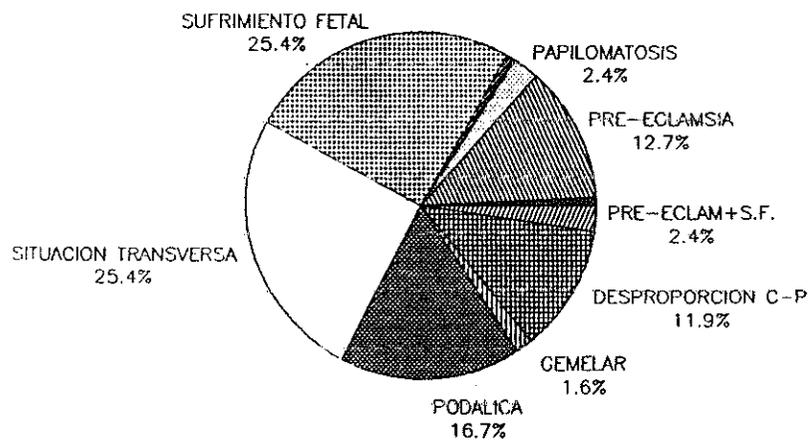
CESAREA EN MULTIPARAS. FRECUENCIA POR AÑO
EN RELACION AL TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS.
HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA.
ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1995.



FUENTE: Cuadro 1.

GRAFICA 2

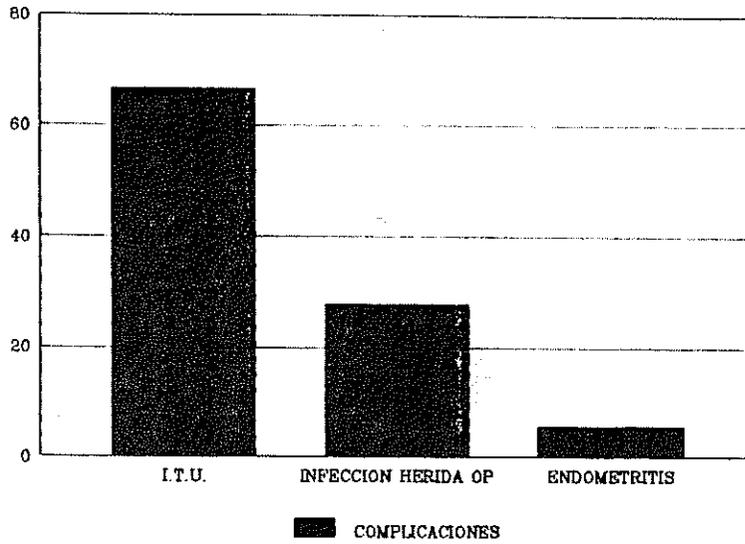
CESAREA. INDICACION MATERNA Y FETAL.
HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA.
ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1995.



FUENTE: Cuadro 2.

GRAFICA 3

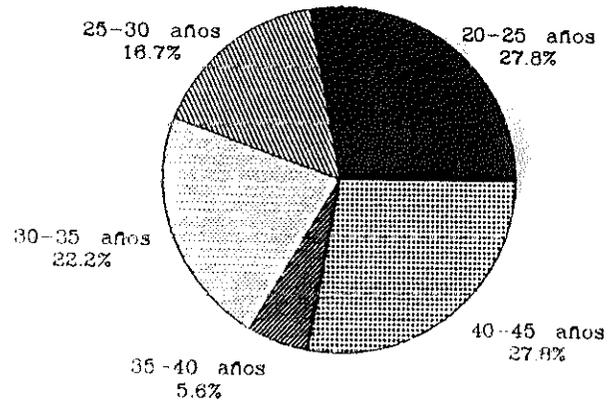
COMPLICACIONES DE CESAREA.
HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA.
ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1995.



FUENTE: Cuadro 7.

GRAFICA 4

CESAREA. COMPLICACIONES SEGUN EDAD MATERNA.
HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA.
ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1995.



FUENTE: Cuadro 8.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El total de partos atendidos durante los últimos cinco años, en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala fue de 13,547; observándose, 126 pacientes multiparas a quienes se realizó cesárea, equivalentes al 0.93% del total. Este porcentaje es bajo en relación a estudios nacionales, donde la frecuencia de cesáreas en general, es de 23 % (en el Hospital Roosevelt), pero hay que tomar en cuenta, la afluencia de pacientes a dicho lugar, y que en el presente trabajo, no se tomo a pacientes con cesárea anterior; adicionalmente a partir de 1993 se incluyo como protocolo el operar a toda multipara con diagnóstico clínico de presentación podálica.

Entre las principales causas para realizar cesárea en multiparas se observo que la indicación fetal representa el 33% de las cesáreas efectuadas en el período de estudio; seguido de la indicación materna (16.69%) y materno-fetal (1.28%). Entre las indicaciones fetales, las más frecuentes fueron situación transversa y sufrimiento fetal con el 78%, dato que difiere de la literatura consultada, donde la principal indicación de cesárea, independientemente de cesárea anterior, es desproporción cefalo-pélvica. Entre las otras indicaciones, según el presente estudio, están la indicación materna: preeclampsia (12.69%), y las materno-fetales: desproporción-cefalopélvica (11.90%).

Con respecto a la edad materna, la mayor frecuencia de cesárea se encuentra en las edades de 25 a 30 años con 23.8% y de 40 a 45 con 22.22%. El 96.81% de las cesáreas se realizó a partir de la 37 semana de gestación.

El número promedio de partos por paciente es de 5, dato que refleja similitud con el promedio nacional, el cual es de 5.6 hijos.

El método diagnóstico más frecuentemente utilizado fue el clínico (71.41%), seguido del clínico más radiología (11.4%), clínico mas ultrasonograma (7.14%). Resultados obtenidos a que la principal causa de cesarea se puede diagnosticar clinicamente, monitorizando la frecuencia cardiaca fetal y utilizando las maniobras de Leopold. En otros casos como desproporción cefalo-pélvica o anomalías en la presentación, se confirmo el diagnóstico por medio del estudio radiológico, más accesible que el ultrasonido.

18 pacientes tuvieron complicaciones post-operat de las cuales 68.66% fueron infección del tracto urin. 27.77% infección de herida operatoria; correspondiend 14.2% de frecuencia con relación a las pacientes estud Datos que concuerdan con los resultados de otros tra Entre las posibles causas que generan dichas complica se pueden citar: mala asepsia o antisepsia, trauma d la cateterización de la uretra, así como una mala anti en el área de incisión de la histerotomía, debido al limitado por la urgencia de realizar dicho procedi quirúrgico.

Las complicaciones de cesárea se presentaron en extremas, exceptuando el grupo de 15 a 20 años dor existe ningún caso. Las complicaciones trans-operator estuvieron presentes, así como la mortalidad materna y fue de cero casos.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de cesárea en multíparas, en relación al total de partos atendidos en el período de estudio, fue de 0.93 %.
2. En los últimos cinco años ha habido un incremento de cesáreas en multíparas, en el Hospital Nacional de Antigua.
3. Las indicaciones más frecuentes de cesárea son sufrimiento fetal y situación transversa.
4. La indicación materna más frecuente de cesárea fue preeclampsia.
5. La indicación materno-fetal más frecuente fue, desproporción cefalo-pélvica.
6. Las pacientes que con mayor frecuencia fueron sometidas a cesárea, están comprendidas dentro de las edades de 25 a 30 y de 40 a 45 años.
7. No se presentaron complicaciones trans-operatorias.
8. La mayoría de cesáreas se realizaron en embarazos a término.
9. Las complicaciones post-operatorias más frecuentes de cesárea fueron, infección del tracto urinario e infección de herida operatoria.
10. La mortalidad materna, así como la fetal fue de cero.

RECOMENDACIONES

Dar a conocer a través de programas de salud a la población, los riesgos a los cuales esta expuesta al presentar embarazos en edad avanzada, arriba de los 35 años.

Dar a conocer las instituciones que presten servicios sobre educación sexual, control prenatal y planificación familiar, a las mujeres que se encuentran en las edades arriba de los 35 años, ya que ellas presentan mayor probabilidad de que se les practique cesárea y presentan mayor frecuencia de complicaciones.

Determinar las causas por las que se presenta sufrimiento fetal, tomando medidas preventivas y disminuir así la frecuencia de cesáreas.

Mejorar las medidas de asepsia y antisepsia, preoperatoria.

Establecer las causas que provocan infección del tracto urinario, mejorando la técnica de cateterización ureteral y prevenir así esta complicación.

RESUMEN

En estudios realizados en otros países, y en el nuestro, se ha observado que el empleo de la operación cesárea ha aumentado de manera considerable, por el interés que se tiene en el bienestar fetal y materno.

El presente trabajo, realizado en el Departamento de Maternidad del Hospital de Antigua Guatemala, Hermano Pedro de Bethancourt, se basó en considerar cuáles fueron las principales indicaciones para realizar cesárea en pacientes multiparas, en el período comprendido de enero de 1991 a diciembre de 1995.

Para su realización, se estudiaron los expedientes clínicos de las pacientes multiparas sometidas a cesárea, sin cesárea anterior; encontrando en dicho estudio, que las principales indicaciones de cesárea fueron: indicaciones fetales (sufrimiento fetal y situación transversa, 69.3%), maternas (preeclampsia), y materno-fetales (desproporción cefalo-pélvica). Correspondiendo a las indicaciones fetales un alto porcentaje. Las complicaciones más frecuentes fueron, infección del tracto urinario e infección de herida operatoria.

En conclusión podemos referir que las principales indicaciones por las que se realiza cesárea en este hospital, difieren en relación a otros estudios, por lo que deben implementarse medidas que eviten situaciones como sufrimiento fetal y así disminuir la frecuencia de cesáreas. En cuanto a las complicaciones presentadas, también referidas por la literatura como las más frecuentes, pueden prevenirse o disminuir su frecuencia si se toman medidas como mejorar la asepsia y antisepsia, o determinando otras causas que provoquen estas patologías.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aisenbrye G.A., Catanzarite V.A.; "MONOAMNIOTIC AND PSEUDOMONOAMNIOTIC TWINS; SONOGRAFIC DIAGNOSIS, DETECTION OF CORD ENTANGLEMENT, AND OBSTETRIC MANAGEMENT". *Obstetric and Gynecology*, August 1995, Volume 86, No. 2, paginas 218-222.
2. Aubard Y., Le-Mur Y.; "THE HISTORY OF CESAREAN SECTION". *Review of french Gynecology and Obstetric*. January 1995, Volume 90. No. 1. Paginas 5-11.
3. Brown Lynn, Karrison Theodore; "MODE OF DELIVERY AND PERINATAL RESULTS IN BREECH PRESENTACION". *American Journal of Obstetric and Gynecology*, July 1994. Volume 171, No. 1. Paginas 28-33.
4. Burns L.C., Geller S.E.; "THE EFECT OF PHYSICIAN FACTORS ON THE CESAREAN SECTION DECISION", *Medical Care*. October 1992, Volume 167, No. 4.
5. Chadvik. Y.; "PROCEDURES IN CESAREAN SECTION". *Gynecology and Obstetric Review*", 1988, Paginas 32-36.
6. Hernandez Estupe Jose; "PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA", *Tesis de Medicina* 1995. Paginas 6-27.
7. Macara Lena, Murphy Karl; "THE CONTRIBUTION OF DYSTOCIA TO THE CESAREAN SECTION RATE", *American Journal of Obstetric and Gynecology*, July 1994, Volume 171, No. 1. Paginas 71-76.
8. McCurdy Charles, Magann Everett; "THE EFECT OF PLACENTAL MANAGEMENT AT CESAREAN DELIVERY ON OPERATIVE BLOOD LOSS", *American Journal of Obstetric and Gynecology*, November 1992, Volume 167, No. 5. Paginas 1363-1366.
9. McDonald P.C.: "INDICACIONES DE CESAREA" *Manual de Obstetricia*. 1984. Paginas 89-92.
10. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social: "LINEAMIENTO DE POLITICA DE SALUD 1994-1995".
11. Naef III Robert W., Washburne J.F.; "HEMORRHAGE ASSOCIATED WITH CESAREAN DELIVERY: WHEN IS TRANSFUSION

- NEEDED?". Obstetrical and Gynecological Survey, August 1995, Volume 50 No. 8. Paginas 581-583.
12. Paul R.H., Miller D.A.: "CESAREAN BIRTH; HOW TO REDUCE THE RATE", American Journal of Obstetric and Gynecology, June 1995, Volume 172, No. 8. Paginas 1903-1907.
 13. Pitchard J.A Macdonald P. C.,; "WILLIAMS OBSTETRICIA", Editorial Sarvat, Tercera Edicion. 1986. Paginas 841-845.
 14. Raip C. Benson: "MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA". Editorial El Manual Moderno S.A. Mexico D.F. 1985. Paginas 398-403.
 15. Rodriguez Alfreco. Porter Kathy: "BLUNT VERSUS SHARP EXPANSION OF THE UTERINE INCISION IN LOW-SEGMENT TRANSVERSE CESAREAN SECTION", American Journal of Obstetrics and Gynecology, October 1994, Volume 171 No. 4. Paginas 1022-1025.
 16. Schwarez Ricardo; "OBSTETRICIA", Editorial Libreria El Ageneo 4ta Edicion, Paginas 533-539.
 17. Signorelli C., Cattaruzza M.S.; "RISK FACTORS FOR CESAREAN SECTION IN ITALY; RESULTS OF A MULTICENTRE STUDY", Public Health, May 1995, Volume 109, No. 3. Paginas 191-199.
 18. Stard M., Chavkin y.; "EVALUATIONS OF COMBINATIONS OF PROCEDURES IN CESAREAN SECTION", Obstetric and Gynecological Survey, November 1995. Volume 50, No. 11. Paginas 771-773.
 19. Stembera Z.: "ANALYSIS OF THE INCREASED FREQUENCY OF CESAREAN SECTION IN THE CZECH REPUBLIC". Ceska-Gynekol. August 1995, Volume 60, No. 4. Paginas 183-191.
 20. The European Colaborative Study, "CESAREAN SECTION AND RISK OF VERTICAL TRANSMISSION OF HIV-1 INFECTIONS", January 1995, volume 60, No. 4. Paginas 183-191.
 21. Uribarren Oscar. Salazar Carolina; "CESAREA; SU FRECUENCIA E INDICACIONES", Ginecologia y obstetricia de Mexico, Junio 1993. volume 61, No. 17. Paginas 168-170.
 22. Van-Roosmalen J., van-der-Does C.D.; "CESAREAN BIRTH RATES WORDWIDE. A SEARCH FOR DETERMINANTS". Trop-Geogr-Med, 1995, volume 47, No. 1. Paginas 19-22.

XIII

ANEXOS

41



BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
CESAREAS EN MULTIPARAS

NUMERO DE REGISTRO MEDICO: _____ NUMERO DE BOLETA _____

Nombre de la paciente _____

Edad _____

Número de partos anteriores _____

Edad gestacional _____

Fecha de la cesárea _____

Indicación de cesárea

Materna _____

Fetal _____

Materna-fetal _____

Método diagnóstico que se utilizo para la indicación de cesárea

Complicaciones

Transoperatorias _____

Postoperatorias _____

Fetales _____

Número total de partos atendidos durante el período del estudio (partos vaginales, cesáreas u otro tipo de procedimiento).
