

**INDICACIONES DE CESAREA EN
PACIENTES PRIMIGESTAS**

Revisión de las indicaciones de cesárea en pacientes primigestas
que consultaron el Departamento de Gineco-Obstetricia
del Hospital General San Juan de Dios
Marzo - Abril de 1996, Guatemala.

MAYRA LISBETH SIERRA REYES

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

	Pg.
I INTRODUCCION.....	1
II DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III JUSTIFICACION.....	5
IV OBJETIVOS.....	7
V REVISION BIBLIOGRAFICA.....	9
VI METOLOGIA.....	25
VII PRESENTACION DE RESULTADOS.....	37
VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	45
IX CONCLUSIONES.....	51
X RECOMENDACIONES.....	53
XI RESUMEN.....	55
XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	57

I. INTRODUCCION

Desde tiempos muy antiguos se ha realizado la operación cesárea; cada día se incrementa más su uso y con el paso del tiempo se va perfeccionando más la técnica, con la finalidad de mejorar el bienestar materno y fetal.

En el presente estudio observacional descriptivo se identifican las principales indicaciones de cesárea en pacientes primigestas que consultaron al Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios en los meses de marzo y abril de 1996, a quienes se les realizó la Historia Clínica Perinatal Base SIP, - CLAP OPS/DMS. Teniendo un total de 104 pacientes (33.44%) que cumplieron con los criterios de inclusión.

Como resultado de esta investigación se determinó que las principales indicaciones de cesárea en pacientes primigestas son: Sufrimiento Fetal Agudo, Desproporción Cefalo-Pélvica, Presentación Podálica, Fracaso de Inducción y Embarazo Gemelar. El grupo etáreo más afectado es de 12 a 20 años, y la edad más afectada fué de 19 años. La edad gestacional del embarazo a término es la más frecuente.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La operación cesárea, que tiene por objetivo extraer el feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero (17, 22, 25), se ha practicado desde tiempos muy antiguos y en los últimos años se ha ido incrementando paulatinamente el número de las cesáreas por diversos factores, entre los que se pueden mencionar: las nuevas indicaciones sustentadas para mejorar los resultados perinatales, así como la disminución de los riesgos al realizarla. (3, 22).

Los estudios que se han hecho en el extranjero revelan incrementos hasta de 13 a 15 % en el período de los años 60 a los 80. Schmitz y col. calculan que en Estados Unidos se practican anualmente por lo menos 50,000 cesáreas inútiles; y la frecuencia de cesáreas en hospitales de referencia es de 18 a 35 %. (2, 3, 22).

Es importante conocer las indicaciones de cesárea que han sido reportadas en estudios extranjeros, siendo las principales en pacientes primigestas: Desproporción Cefalopélvica, Detención en la Evolución del Progreso del Trabajo de Parto, Sufrimiento Fetal Agudo, Presentación Podálica y Situación Transversa, (2, 4, 15, 17); y poder compararlas con las principales indicaciones de cesárea que se den en el Hospital General San Juan de Dios, y detectar si existen

indicaciones que pueden modificarse, con un adecuado control prenatal.

Existen estudios que reportan que el porcentaje de cesáreas en el Hospital General San Juan de Dios en 1995 fué de 15.6% y en el primer trimestre del presente año 16.8% *; en el Hospital Roosevelt fué de 23 % en 1995, en el Hospital Nacional de Cuilapa fué de 11.64 % en 1989; sin embargo, el porcentaje de las cesáreas practicadas a pacientes primigestas no está reportado (6, 11).

En este trabajo de investigación se pretende demostrar cuales son las indicaciones más frecuentes en pacientes primigestas, tomando en cuenta que la frecuencia de cesáreas en general se va incrementando cada vez más, y la principal indicación de una segunda ó tercer cesárea, es cesárea previa.

* Depto. de Gineco-Obstetricia, HGSJD.

III. JUSTIFICACION

Desde tiempos muy antiguos se ha realizado la operación cesárea, y con el paso de los años se ha perfeccionado la técnica, así como el incremento de su uso por diversos motivos, como por ejemplo: obtener mejores resultados perinatales y adicionalmente es importante tomar en cuenta que con el uso de la antibioticoterapia y las técnicas asépticas, han disminuído los riesgos de morbilidad materno fetal. (2, 3, 22).

En nuestro medio no hay trabajos de investigación que aporten datos en relación con la incidencia y principales indicaciones de cesárea en pacientes primigestas. Adicionalmente, no se ha establecido si las indicaciones son justificadas y poder compararlas con las reportadas en la literatura; además hay que tomar en cuenta que cuando una paciente primigesta es sometida a una operación cesárea, generalmente su siguiente parto se resolverá igual.

Por ello surge la inquietud de realizar un estudio en el que se revisen las indicaciones de cesárea de las pacientes primigestas que consultaron al Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios en los meses de marzo y abril de 1996; y contribuir con información de base para nuevas investigaciones.

IV. OBJETIVOS

General:

Identificar cuales son las principales indicaciones de cesárea en pacientes primigestas.

Específicos:

- * Identificar las cinco indicaciones de cesárea más frecuentes en pacientes primigestas.
- * Identificar la edad materna más afectada.
- * Identificar la edad gestacional del embarazo, de las pacientes sometidas a operación cesárea.
- * Determinar la frecuencia de cesáreas en pacientes primigestas.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

CESAREA

La operación cesárea implica la extracción del feto viable (> 28 semanas) a través de una incisión practicada en la pared abdominal y uterina (3,22,23,25). Pero en esta definición no se incluye cuando existe ruptura uterina y el feto escapa al espacio peritoneal, ó cuando hay embarazo abdominal.

La primera operación cesárea efectuada a una paciente se conoce como operación cesárea primaria, las subsiguientes se refieren como secundarias, terciarias, etc. ó simplemente como operación cesárea repetida. (3,22,25).

HISTORIA:

Se cree que el término deriva de "lex cesárea" un decreto que continuó bajo el poder de los césares desde el tiempo de Numa Pompilius, en el cual obligaba a extraer del útero el niño, de cualquier mujer que muriera al final del embarazo. Sin embargo la explicación más probable del origen del nombre es el verbo latino: "caedre" que significa cortar.

En 1610 se realizó la primer operación cesárea en una

paciente viva, pero falleció 25 días post-operatorio. En Estados Unidos de Norteamérica, se realizó la primera operación cesárea exitosa en 1794. En un inicio no se suturaban las paredes del útero y era frecuente la infección de los senos uterinos abiertos.

En 1805, Oseander realizó la sección cesárea cervical o baja del segmento uterino inferior.

En 1876, Porro realizó la primera sutura en el cérvix en el ángulo inferior de la incisión para la evacuación, ya que la paciente presentaba una hemorragia severa.

En 1882, Sanger hizo resaltar lo deseable de suturar el defecto uterino antes de cerrar el abdomen, actualmente es la operación cesárea clásica.

A finales del siglo XIX, con la introducción de la anestesia y las técnicas quirúrgicas asépticas, disminuyeron en gran cantidad la mortalidad materna.

En la actualidad el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, antibioticoterapia, asepsia, anestesia y transfusiones sanguíneas han reducido los riesgos de la operación cesárea. (3,8,10,17,22,25).

La operación cesárea electiva es aquella que se realiza antes del inicio del trabajo de parto o antes de la aparición de cualquier complicación.

La vía quirúrgica habitual es la abdominal, aunque

existe la cesárea vaginal. Cuando la operación cesárea es realizada bajo indicaciones precisas ayudará en muchas ocasiones a conservar tanto la salud y la vida de la madre y el producto, pero hay que tomar en cuenta que ninguna intervención quirúrgica está libre de riesgos, por lo que hay que justificar siempre las indicaciones. (3,25).

FRECUENCIA:

Las tasas de nacimientos por operación cesárea han ido aumentando en años recientes, en los Estados Unidos se reportó que en 1970 la tasa de estas operaciones era de 5.5%, y en 1980 se incrementó a 16.5 %, pero para 1988 la tasa aumentó a 24.7 %, se ha que el aumento de la tasa a sido a causa de la disminución de los índices de mortalidad perinatal (1). En el Hospital General San Juan de Dios la frecuencia de las operaciones cesáreas en 1995 es de 16.25 % y en el primer trimestre del presente año en 15.5 %, se hace notar que el porcentaje está entre los límites reportados por la literatura internacional que oscila entre 18 y 35 % (21).

En un trabajo realizado por el CLAP entre los años 1981 y 1985, en el que participaron 17 países de Latinoamérica, sobre un total de 2.8 millones de nacimientos, se apreció que la frecuencia de operación cesárea oscilaba entre un 9 % en Honduras y un 29 % en México. Este estudio también muestra diferencias significativas en la frecuencia de operación

cesárea, entre diversos estados de un mismo país: en la Región Noreste de Brasil la cesárea tuvo una frecuencia del 23 %, mientras que en el Estado de Sao Paulo alcanzó el 45 %.

INDICACIONES:

En la actualidad se puede afirmar que está indicada la operación cesárea en toda circunstancia en la cual el parto por vía natural conlleva un riesgo para la madre, el feto o ambos, (1,3,6,11,17).

El aumento en el diagnóstico de distocias puede deberse en parte al mayor porcentaje de mujeres con baja paridad, porque las nulíparas, y el mayor porcentaje de mujeres con edad avanzada que también tienen más a menudo distocias y requieren cesárea. (11,16,21).

Las indicaciones pueden ser:

Absolutas: son aquellas indicaciones que no dan otra opción para resolver el parto por otra vía (vaginal), sino que tiene que resolverse por operación cesárea. Entre éstas podemos mencionar: desproporción cefalopélvica, inminencia de ruptura uterina, placenta previa oclusiva y ruptura uterina.

Relativas: son las indicaciones en las que la cesárea es la mejor alternativa, tomando en cuenta que hay

alguna otra opción. Por ejemplo: cesárea previa, cesárea electiva, etc. (2,13,19).

Las indicaciones de cesárea se clasifican así:

(se mencionará sólo indicaciones en pacientes primigestas)

A. Indicaciones maternas:

1. La desproporción feto-pélvica: En ocasiones el diagnóstico es evidente, ya sea por tratarse de una pelvis estrecha con un feto de tamaño normal, ó de una pelvis límite con un feto macrosómico. En otras ocasiones el diagnóstico, vale decir, se rotula como desproporción céfalo-pélvica una relación de la pelvis con el ovoide fetal, no claramente demostrada como inadecuada. La prueba de trabajo de parto que permite hacer el diagnóstico de desproporción céfalo-pélvica, debe realizarse en la fase activa del trabajo de parto, con una dilatación de cuello uterino mayor a 3 cm, con dinámica uterina de 4 contracciones en 10 minutos y con rotura artificial de las membranas ovulares. En estas condiciones la proporcionalidad céfalo-pélvica se refleja por el encajamiento de la presentación y el avance de la dilatación del cuello uterino en 1 a 2 cm por hora. Si al cabo de 3 a 4 horas la presentación no se encaja y la dilatación cervical no progresa, se puede

concluir que estamos frente a una desproporción céfalo-pélvica y a una prueba de trabajo de parto fracasada y se debe indicar la operación cesárea con ese diagnóstico.

2. Placenta previa: la placenta previa oclusiva total es indicación de cesárea electiva, previa confirmación de la madurez pulmonar fetal. Independientemente del tipo de placenta previa, la hemorragia grave es indicación absoluta de operación cesárea.

3. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera con feto viable y vivo: se procede a practicar rotura artificial de membranas y cesárea inmediata. Con feto muerto: se aconseja la rotura artificial de membranas, a la expectativa dependiente del grado de desprendimiento placentario y del shock. Si se presenta compromiso progresivo del estado general ó del músculo uterino, se debe practicar cesárea con miras a salvar la vida de la madre y la integridad del útero.

4. Inercia uterina primaria o trabajo de parto irregular o prolongado, después de usar oxitócicos; la fase latente comienza con el trabajo del parto y finaliza al comenzar la fase activa, en la que la dilatación cervical adquiere un ritmo sustancialmente mayor. Si la fase latente se prolonga más de 20 horas en la

nulípara ó más de 14 horas en la múltipara puede establecerse el diagnóstico de fase latente prolongada. En la inercia uterina primaria aparece: un cuello grueso, borrado, rígido y sin dilatación; contracciones uterinas débiles, reguladas e incoordinadas. Si después de administrar oxitocina, no hay dilatación cervical y ya han pasado más de 20 horas en la nulípara, y no hay trabajo de parto activo se decide en resolver el parto por medio de cesárea.

5. Ruptura uterina (urgencia operatoria abdominal). La hemorragia uterina es todavía una de las causas principales de muerte materna, y la ruptura uterina es responsable de alrededor del 50 % de los casos. Al hacer el diagnóstico de ruptura uterina, hay que intervenir quirúrgicamente a la paciente lo más pronto posible y no hay que intentar extraer el feto por vía vaginal. Si la ruptura es muy amplia se hace histerectomía.

6. Tumores pélvicos que obstruyen el canal del parto o debilitan la pared uterina; es indicación de operación cesárea cualquier estructura que se interponga entre la presentación fetal y el canal de parto, obstruyéndolo. Son causa frecuente de tumor previo a la placenta previa oclusiva total, los miomas uterinos, los quistomas ováricos, el útero doble, etc.

7. Presentación podálica, en paciente primigesta. La incidencia de la presentación podálica es de un 4% lo que hace de ella una de las presentaciones anormales más frecuentes. El diagnóstico puede sospecharse por palpación abdominal, pero se confirma mediante exploración pélvica, a medida que la dilatación cervical progresa, pueden palparse con mayor facilidad las nalgas y los genitales, las tuberosidades isquiáticas y el sacro. El problema principal de la presentación de nalgas es que las partes blandas de la porción baja del cuerpo y tronco pueden amoldarse para ajustarse a la pelvis, pero la cabeza no tiene esta oportunidad, y si existe desproporción no se descubre sino hasta que el cuerpo ha sido expulsado y la cabeza queda atrapada.

8. Presentaciones viciosas: por ejemplo: presentación de hombro, posterior, de cara, la situación transversa; existe una situación transversa (oblicua) cuando el hombro ó el brazo del feto aparecen por delante en el cuello. La incidencia varía de uno por 322 a uno por 1,200 partos y la frecuencia es mayor en los fetos de menos de 1.500 gramos y en las gestaciones múltiples. La presentación de cara se produce en uno de cada 500 partos, aproximadamente, y casi siempre es la transformación de una presentación inicial de frente, que pasa a ser de cara a la

entrada de la pelvis.

9. Toxemia fulminante (preeclampsia progresiva ó eclampsia que recurre después del control temporal) en la preeclampsia grave y en la eclampsia está indicado habitualmente la interrupción del embarazo como parte del tratamiento de la enfermedad. Debe intentarse el parto vaginal mediante la inducción oxitócica a no ser que se asocien otras circunstancias como una distocia de presentación, un retardo del crecimiento fetal severo, evidencias de sufrimiento fetal agudo frente a contracciones uterinas inducidas, ó a condiciones obstétricas muy desfavorables.

10. Otros problemas serios maternos, como antecedente de fístula vesicovaginal o carcinoma del cérvix. En el carcinoma de cérvix invasor, se debe indicar la operación cesárea antes del inicio del trabajo de parto. El carcinoma in situ y las lesiones premalignas del cuello uterino no constituyen indicación de operación cesárea.

11. Distocia ósea materna. (pelvis canaliculada, pelvis infundibular, etc).

B. Indicaciones fetales: las indicaciones fetales en ocasiones son imperativas.

1. Sufrimiento fetal: el problema se debe principalmente a hipoxia por brevedad del cordón, compresión del

cordón, desprendimiento prematuro de la placenta o placenta previa. Es indicación de operación cesárea cuando el feto no se puede extraer rápida y fácilmente por vía vaginal.

2. Diabetes mellitus: actualmente el porcentaje de cesárea para resolver el parto es elevado, ya que por lo regular hay macrosomía fetal y puede causar una distocia fetopélvica al nacer, por lo que se vuelve en una indicación de cesárea relativa ya que al hacer las pruebas correspondientes, y se determine que no hay macrosomía, no se realizará cesárea.

3. Isoinmunización: la cesárea representa un intento para prevenir una posible muerte fetal in útero o la aparición de lesiones irreversibles en el producto por icterus gravis o hidrops fetalis, en casos de sensibilización Rh o ABO materna cuando la inducción es fallida.

4. Prolapso de cordón: cuando sobreviene al principio del trabajo de parto, especialmente en pacientes primigestas. Es una indicación de cesárea de urgencia, aunque no necesariamente todo cordón prolapsado conlleva esta indicación. En ocasiones es posible restituir el cordón a la cavidad uterina y continuar el parto vaginal, buscando el pronto encajamiento de la presentación. Cuando se produce el accidente y se decide la operación cesárea,

mientras se extrae el feto, se debe colocar a la paciente en posición de Tren de lemburg, en tanto un ayudante mantiene la presentación por encima del cordón colocando sus dedos, índice y medio en el interior del cuello uterino entre la presentación y la pared uterina.

5. Casos de particular interés en el producto, por ejemplo: en primigestas añosas con complicaciones.

6. Herpes vaginal severo materno; la infección genital por herpes simple tipo 2 es una infección materna que condiciona una morbilidad materna casi nula, a excepción de las pacientes inmunodeprimidas. Sin embargo, la mortalidad neonatal alcanza un 50% a 60%, con un 50 % de secuelas graves en los sobrevivientes. De ahí, que la presencia de una lesión herpética en los genitales maternos de una embarazada en trabajo de parto constituye una indicación absoluta de operación cesárea, con lo que se logra una significativa reducción de la morbilidad neonatal.

7. Hidrocefalia fetal: la hidrocefalia congénita es una de las malformaciones fetales que el obstetra observa con mayor frecuencia, y consiste en acumulación de una cantidad excesiva de líquido cefalorraquídeo en los ventrículos fetales, esto causará una desproporción cefalo-pélvica, que está descrita

anteriormente.

8. Postmadurez fetal con una inducción del parto fallida, se habla de postmadurez después de las 42 semanas de gestación, y sólo si después de una inducción no hay trabajo de parto activo, el cuello cervical no madura entonces el parto se resuelve por cesárea.
9. Madre moribunda ó muerta con feto vivo intraútero.

C. Indicaciones Ovulares:

1. Placenta previa; es la implantación de la placenta sobre el orificio interno o cerca de él. Se observa en pacientes usualmente multíparas o en pacientes con anomalías uterinas, como fibromas, que impiden una implantación normal.
2. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera con feto viable y vivo: puede existir el desprendimiento de la placenta, desde partes mínimas hasta el desprendimiento total, se realiza la ruptura artificial de membranas y cesárea inmediata. El parto vaginal será alternativa dependiente del grado de desprendimiento placentario y del shock.
3. Prolapso de cordón: es una indicación de cesárea de urgencia; en ocasiones es posible restituir el cordón a la cavidad uterina y continuar el parto vaginal buscando pronto encajamiento de la presentación.

Cuando se produce el accidente y se decide la operación cesárea, mientras se extrae el feto, se debe colocar a la paciente en posición de Tren de lenburg, en tanto un ayudante mantiene la presentación por encima del cordón colocando sus dedos, índice y medio en el interior del cuello uterino entre la presentación y la pared uterina. (2,3,6,8,11,12,13,14,15,16,21).

TIPOS DE CESAREA:

- a. Clásica: la operación clásica o también llamada corpórea es la intervención cesárea más sencilla, y puede hacerse bajo anestesia local por infiltración, el acceso operatorio y la extracción del feto pueden lograrse rápidamente. La incisión es vertical en la porción contráctil del cuerpo uterino a través del peritoneo visceral. Esta operación está indicada en placenta previa, para evitar el segmento uterino inferior hipervascularizado y la placenta misma, presentaciones transversas, así como en casos de urgencia con prolapsos de miembros superiores. Esta técnica ha sido abandonada y casi debe reservarse para casos excepcionales.

b. Segmentaria: La incisión en el segmento inferior constituye la mejor técnica para la mayoría 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 segmento uterino inferior y puede practicarse 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 del 80% de los casos en instituciones modernas y cada vez va incrementándose.

El riesgo de drenaje de material purulento de la cavidad uterina a la peritoneal, después del parto es mínimo. La vejiga y los colgajos peritoneales que cubren y cierran el sitio de corte uterino disminuyen la posibilidad de una peritonitis secundaria. La pérdida sanguínea es reducida, pues el segmento uterino es delgado y menos vascularizado que el cuerpo del útero. Esta técnica previene la formación de adherencias de intestino y epiplón. El parto es relativamente seguro, aún cuando se realice 24 horas después de la ruptura de las membranas

(infección intrauterina potencial o subclínica). El posoperatorio suele ser más tranquilo que después de una cesárea clásica, en parte porque con la técnica segmentaria es más satisfactorio el aislamiento del campo operatorio con compresas y la manipulación intestinal es mínima.

c. Extraperitoneal: La cesárea extraperitoneal puede emplearse en los casos complicados, con una infección mal tratada ó descuidada. Sin embargo, la cesárea segmentaria proporciona resultados parecidos con la ayuda de transfusiones de sangre y antibióticos. En esta técnica, la incisión en el útero puede ser paravesical (Latzko, Norton) ó retrovesical (Wasters) evitando la cavidad peritoneal y la vejiga. La operación puede realizarse con mayor facilidad después de varias horas de trabajo de parto, porque los planos de disección aparecen más definidos. Teóricamente la cesárea extraperitoneal es la cesárea ideal. Esta técnica impide que pase líquido amniótico infectado y sangre, a la cavidad peritoneal. La operación es realizable aún cuando coincida una distocia con un trabajo de parto prolongado y amniotitis franca, ó después de que haya pasado algún tiempo de la ruptura de las membranas. Por otro lado, nunca se complica con neumoperitoneo y la ocurrencia de íleo es excepcional. El curso del

postoperatorio es habitualmente más tranquilo que después de operaciones transperitoneales. Además permite la conservación del útero.

- d. Exclusión peritoneal (Gottschalk, Portes) esta técnica puede ser elegida por el cirujano sin experiencia en la operación extraperitoneal, cuando la ruptura de las membranas tienen más de 24 horas de ocurrida o existe infección intrauterina. Esta técnica, como la extraperitoneal, se utiliza pocas veces desde el advenimiento de los antibióticos. (2,18).

VI. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional Descriptivo.

POBLACION ESTUDIADA:

El sujeto de estudio fué cada Historia Clínica Perinatal Base SIP-CLAP OPS/OMS, que se le realizó a las pacientes primigestas, que consultaron al Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante los meses de marzo y abril de 1,996, y que resolvieron su parto por operación cesárea.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyó a todas las pacientes primigestas que fueron sometidas a operación cesárea, con embarazo mayor de 28 semanas y que se les realizó la historia clínica perinatal base del CLAP durante los meses de marzo y abril de 1,996.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyó a todas las pacientes primigestas que resolvieron su parto por vía vaginal.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La población total fué de 1,406 (100 %) pacientes que ingresaron a post-parto normal y patológico. El tamaño de la muestra fué el total de 104 pacientes primigestas que resolvieron su parto por medio de operación cesárea, durante los meses de marzo y abril de 1,996 del departamento de gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.

ELEMENTOS:

- * Boleta de recolección de datos:

Historia Clínica Perinatal base SIP-CLAP-OPS/OMS.

- * Definición de las variables:

- Edad
- Edad Gestacional
- Indicación de la cesárea

EDAD:

- * Definición teórica: tiempo que la paciente ha vivido desde el nacimiento hasta el momento de la cesárea.

- * Definición operativa: se anotó en años la edad de la paciente.

Rangos: 12 a 20 años
21 a 34 años
35 y más años

- * Indicador: Años. Escala numérica.

EDAD GESTACIONAL:

- * Definición teórica: es el tiempo de evolución del embarazo, medidas en semanas; que son calculadas a partir del primer día del último período menstrual antes de la concepción, hasta el momento del parto, pueden ser estimadas por altura uterina ó determinadas por ultrasonografía.

- * Definición operativa: se anotó el número de semanas de embarazo calculadas por fecha de última regla, estimadas por altura uterina ó determinadas por ultrasonografía.

Rangos: 28 a 36 semanas pretérmino
37 a 41 semanas a término
42 y más semanas post-término

- * Indicador: semanas de embarazo.
Escala Numérica.

INDICACION DE LA CESAREA:

- * Definición teórica: Factores que condicionan la indicación de cesárea los cuales se dividieron así:
Distocia materna: distocia cuya causa reside en la madre.

Distocia fetal: distocia debida a la vitalidad, posición o tamaño del feto.

Distocia Ovular: distocia cuya causa reside en los anexos fetales (cordón, placenta).

Distocia Materno-fetal: distocia que reside en la madre y el feto.

* Definición operativa: se anotó el diagnóstico que condicionó la indicación de la cesárea.

Sufrimiento Fetal Agudo: es la indicación de operación cuando el feto presenta variaciones de foco cardíaco fetal (taquicardia o bradicardia), pH sanguíneo fetal, aparición de meconio y la alteración grosera de los movimientos fetales, y no se puede extraer rápida y fácilmente por vía vaginal.

Desproporción cefalo-pélvica: constituye una de las causas más frecuentes de indicación de operación cesárea. En ocasiones este diagnóstico es evidente, ya sea por tratarse de una pelvis estrecha con un feto de tamaño normal, ó de una pelvis límite con un feto macrosómico. En otras ocasiones el diagnóstico es evidente y debe recurrirse a la prueba de trabajo de parto para confirmarlo.

Inercia uterina primaria: o trabajo de parto irregular o prolongado, después de usar occitócicos. La fase

latente comienza con el trabajo del parto y finaliza al iniciar la fase activa, en la que la dilatación cervical adquiere un ritmo sustancialmente mayor. Si la fase latente se prolonga más de 20 horas en las pacientes primigestas, puede establecerse el diagnóstico de fase latente prolongada. En la inercia uterina primaria aparece un cuello cervical grueso, borrado, rígido y sin dilatación; contracciones uterinas débiles, reguladas e incoordinadas. Si después de administrar oxitocina, no hay dilatación cervical y ya han pasado más de 20 horas en la nulípara y no hay trabajo de parto activo se decide resolver el parto por medio de cesárea.

Fracaso de inducción: cuando existen algunas condiciones como por ejemplo: ruptura prematura de membranas, postmadurez, preeclampsia y eclampsia, etc.; y se desea iniciar el trabajo de parto para resolver el embarazo, se utiliza oxitocina en solución intravenosa, aumentando las UI de oxitocina cada 15 o 20 minutos hasta que la paciente presente un trabajo de parto activo, si esto no se dá, y el cuello cervical permanece grueso, borrado, rígido y sin dilatación, entonces se decide resolver el parto por cesárea.

Embarazo Gemelar: el embarazo gemelar conlleva mayor riesgo de morbilidad perinatal. Si el primer gemelo viene de nalgas, se practica una cesárea

electiva, en parte debido al riesgo de engatillamiento de los gemelos. Si el primer gemelo tiene presentación cefálica, se resuelve el parto por vía vaginal.

Presentación Podálica: en pacientes primigestas, el diagnóstico puede sospecharse por palpación abdominal, pero se confirma mediante exploración pélvica, a medida que la dilatación cervical progresa, pueden palparse con mayor facilidad las nalgas y los genitales, las tuberosidades isquiáticas y el sacro. El problema principal de la presentación de nalgas es que las partes blandas de la porción baja del cuerpo y tronco pueden amoldarse para ajustarse a la pelvis, pero la cabeza no tiene esta oportunidad, si existe desproporción no se descubre sino hasta que el cuerpo ha sido expulsado y la cabeza queda atrapada.

Situación transversa: existe una situación transversa (oblicua) cuando el hombro o el brazo del feto aparecen por delante en el cuello cervical. Se sospecha de la situación cuando se hace la exploración pélvica y se palpa el hombro, la caja torácica, el diagnóstico se hace al visualizar por la vagina un hombro, brazo o la caja torácica. Al hacer una placa de rayos X se confirma el diagnóstico, y es una indicación de cesárea.

Placenta Previa: es la implantación de la placenta sobre el orificio interno o cerca de él. Se observa en

pacientes usualmente multíparas ó con anomalías uterinas, como fibromas, que impiden una implantación normal.

Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta: es el desprendimiento de la placenta parcial ó totalmente, con el feto intraútero, es una indicación de urgencia, cuando el desprendimiento es total.

Rotura uterina: es una urgencia operatoria, ya que se rompen las paredes del útero y esto provoca una hemorragia profusa que pone en peligro la vida materna, si la rotura es muy amplia, se hace histerectomía.

Herpes Genital: la infección genital por herpes simple tipo II es una infección materna que condiciona una morbilidad materna casi nula, sin embargo la mortalidad fetal alcanza un 50 % y los sobrevivientes el 50% queda con secuelas severas. Es indicación de cesárea cuando la enfermedad está en período activo o lo ha estado recientemente.

Condilomatosis Genital: es una enfermedad causada por papilomavirus y generalmente se transmiten por contagio sexual. Se localizan en las mujeres en la vulva, la pared vaginal, cuello uterino y la región perineal. Cuando las lesiones obstruyen en gran parte, el canal vaginal e impiden el paso del feto; ó existe

sobreinfección, el parto puede resolverse por cesárea, para evitar contaminación del feto.

* Indicador: Diagnóstico que condicionó la indicación de la cesárea. Escala Nominal.

RECURSOS:

* MATERIALES:

- Útiles de escritorio
- Computadora
- Hoja de Historia Clínica Perinatal base SIP-CLAP

* HUMANOS:

- Personal médico y de enfermería de los servicios de post parto patológico y normal, así como de recién nacidos.
- Secretaria del Programa Materno Infantil Fase III del Hospital General San Juan de Dios.

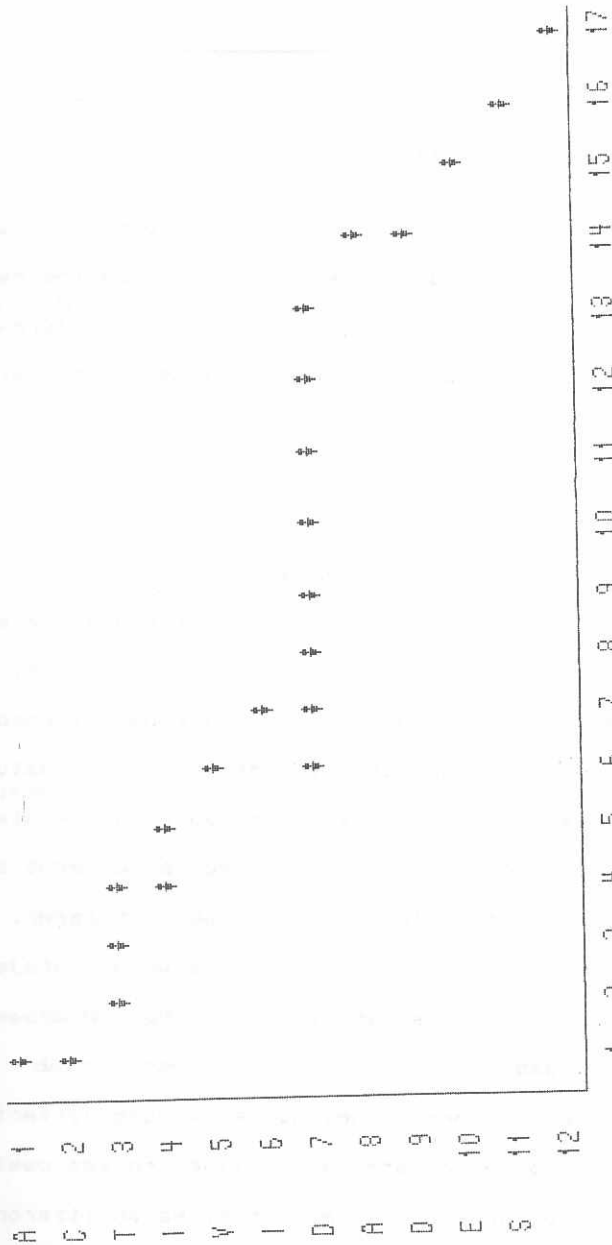
ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

En este estudio no se manipularon pacientes, ya que únicamente se tomaron los datos para analizarlos de las Historias clínicas perinatales del sistema de información perinatal, que se realizaron durante los meses de marzo y abril 1996.

PLAN PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS:

Se revisaron las historias clínicas perinatales base del SIP-CLAP-OPS/DMS, de los meses de marzo y abril de 1996, que fueron los meses de introducción del sistema al Hospital General San Juan de Dios, de donde se obtuvieron los datos de las pacientes primigestas intervenidas quirúrgicamente de operación cesárea, luego estos datos fueron procesados en un programa de computación SIP 6, luego se tabularon, y se elaboraron cuadros y gráficas con frecuencia y porcentajes de los siguientes datos: las indicaciones de cesáreas en primigestas, la edad materna, edad gestacional del embarazo, tamaño fetal correspondiente a la edad gestacional del embarazo, el tipo de anestesia utilizada en las cesáreas y la frecuencia de cesárea en primigestas, se analizaron los datos y se compararon los porcentajes con otros estudios ya reportados tanto a nivel nacional como en el extranjero.

GRAFICA DE GANTT



- 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 el Asesor y el Revisor.
- 5.- Aprobación del proyecto por el Comité de investigación del Hospital General San Juan de Dios.
- 6.- Aprobación del proyecto por la Unidad de Tesis.
- 7.- Trabajo de campo.
- 8.- Análisis y discusión de resultados.
- 9.- Elaboración de conclusiones y recomendaciones.
- 10.- Aprobación del informe final.
- 11.- Impresión del informe final y trámites administrativos.
- 12.- Examen Público y defensa de la Tesis.

CUADRO # 1

CINCO PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA
EN 104 PACIENTES PRIMIGESTAS
QUE CONSULTARON AL HOSPITAL GENERAL
SAN JUAN DE DIOS, MARZO Y ABRIL, 1996.

#	INDICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	35	33.66%
2	DESpropORCION CEFALO PELVICA	25	24.03%
3	PRESENTACION PODALICA	16	15.38%
4	FRACASO DE INDUCCION	8	7.69%
5	EMBARAZO GEMELAR	6	5.77%
6	OTROS	14	13.47%
	TOTAL	104	100.00%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP/OPS

CUADRO # 2

GRUPOS ETAREOS, DE LAS 104 PACIENTES
PRIMIGESTAS QUE RESOLVIERON SU PARTO
POR CESAREA EN EL DEPARTAMENTO
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL
SAN JUAN DE DIOS, MARZO Y ABRIL, 1996.

GRUPO ETAREO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12 A 20 AÑOS	54	51.93%
21 A 34 AÑOS	47	45.19%
35 AÑOS Y MAS	03	02.88%
TOTAL	104	100.00%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP/OPS

CUADRO # 3

EDAD GESTACIONAL DEL EMBARAZO
DE LAS 104 PACIENTES PRIMIGESTAS
QUE RESOLVIERON SU PARTO POR CESAREA
EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
MARZO Y ABRIL DE 1996.

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
28 A 36 SEMANAS	11	10.57%
37 A 41 SEMANAS	87	83.65%
42 SEMANAS Y >	6	5.78%
TOTAL	104	100.00%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP/OPS

CUADRO # 4

TAMAÑO FETAL CORRESPONDIENTE A LA EDAD
GESTACIONAL DEL EMBARAZO, POR ALTURA UTERINA
DE LAS 104 PACIENTES PRIMIGESTAS QUE RESOLVIERON
SU PARTO POR CESAREA EN EL DEPARTAMENTO DE
GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS,
MARZO Y ABRIL DE 1996.

TAMAÑO FETAL ADECUADO	# CASOS	PORCENTAJE
ACORDE	81	77.88%
NO ACORDE	23	22.12%
TOTAL	104	100.00%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP/OPS

CUADRO # 5

TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA EN LAS
104 PACIENTES PRIMIGESTAS QUE RESOLVIERON
SU PARTO POR CESAREA EN EL DEPARTAMENTO DE
GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS,
MARZO Y ABRIL DE 1996.

TIPO ANESTESIA	# CASOS	%
GENERAL	12	11.53%
BLOQUEO EPIDURAL	92	88.46%
TOTAL	104	100.00%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP/OPS

CUADRO # 6

PATOLOGIAS MATERNAS DE LAS
104 PACIENTES PRIMIGESTAS QUE RESOLVIERON
SU PARTO POR CESAREA EN EL DEPARTAMENTO DE
GINECO-OBSTETRICIA HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS,
MARZO Y ABRIL DE 1996.

#	PATOLOGIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	DESPropORCION CEFALO PELVICA	25	38.46%
2	PREECLAMPSIA	22	33.83%
3	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	7	10.77%
4	INFECCION DEL TRACTO URINARIO	3	4.62%
5	ECLAMPSIA	2	3.08%
6	AMENAZA DE PARTO PREMATURO	2	3.08%
7	HIPERTENSION PREVIA	1	1.54%
8	SINDROME DE HELLP	1	1.54%
9	OTRAS	2	3.08%
	TOTAL	65	100.00%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP/OPS

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO # 1:

PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES PRIMIGESTAS:

En este cuadro se observan las cinco principales indicaciones de cesárea en las 104 pacientes primigestas, la más frecuentemente encontrada fué Sufrimiento Fetal Agudo, con 35 casos (33.66%); en segundo lugar Desproporción Cefalopélvica con 25 casos (24.03%); la Presentación Podálica ocupa el tercer lugar con 16 casos (15.38%); en cuarto lugar está el Fracaso de Inducción con 8 casos (7.69%); por último el Embarazo Gemelar con 6 casos (5.77%). Entre otras indicaciones de cesárea encontradas en menor frecuencia están: Alteración de la Contractilidad con 3 casos (2.88%), Parto Prolongado con 2 casos (1.92%), Variedades Posteriores con 2 casos (1.92%), Preeclampsia con 2 casos (1.92%), Situación Transversa con 1 caso (0.97%), Placenta Previa 1 caso (0.97%), Agotamiento Materno 1 caso (0.97%).

En varios estudios realizados en diferentes hospitales nacionales se han reportado éstas indicaciones aunque no coinciden en el mismo orden, ya que hay que tomar en cuenta que el grupo de pacientes que fueron estudiadas no sólo son primigestas, y en estos estudios la principal indicación fué Cesárea Previa, seguida de Sufrimiento Fetal Agudo,

Presentación Podálica y por último Desproporción Cefalo-Pélvica, esto revela que las indicaciones de cesárea en pacientes primigestas, son similares a las reportadas en la literatura, (1, 7, 11, 12, 13). La Desproporción Cefalo-Pélvica, que ocupa el segundo lugar de las indicaciones de cesárea, de la presente investigación, no se obtienen en las Historias Clínicas los datos suficientes para corroborar el diagnóstico.

CUADRO # 2:

EDAD MATERNA:

Este cuadro evidencia la edad materna distribuida en grupos etáreos; el más afectado fué el que comprende las edades de 12 a 20 años, con 54 casos (51.93%), la edad más afectada fué de 19 años con 15 casos, seguido del grupo de 21 a 34 años con 47 casos (45.19%) y en el último grupo de las mayores de 35 años, sólo hubo 3 casos (2.88%); ya que son pocas las primigestas afeosas que resolvieron su parto por cesárea en el período que se realizó el presente estudio.

Los estudios publicados han reportado que las edades más afectadas han sido de 20 a 30 años, pero hay que tomar en cuenta que no son estudios de pacientes primigestas, y en nuestro medio estas pacientes son en la mayoría madres jóvenes, (2, 7, 11, 12, 14).

CUADRO # 3:

EDAD GESTACIONAL:

La edad gestacional del embarazo de las 104 pacientes que fueron sometidas a operación cesárea, fué de 87 casos (83.65%) en embarazos a término (de 37 a 41 semanas); 11 casos (10.57%) en embarazos pretérmino (28 a 36 semanas); y 6 casos (5.78%) en embarazos postérmino.

La edad gestacional fué calculada por fecha de última regla que refirieron las pacientes, el día que ingresaron al hospital. La frecuencia encontrada es similar a la reportada en estudios de diversos hospitales de Guatemala (7, 11) y del extranjero (15, 27).

CUADRO # 4:

TAMAÑO FETAL:

En este cuadro se observó que 23 casos (22.12%) corresponden al tamaño fetal no acorde para la edad gestacional del embarazo; mientras que el 77.88%, que son 81 casos fueron acordes, la altura uterina con la edad gestacional por fecha de última regla. Los casos no acordes pueden darse en embarazos gemelares, situaciones transversas.

CUADRO # 5:

TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA EN LAS OPERACIONES CESAREAS:

La anestesia utilizada más frecuentemente fué la anestesia regional (bloqueo epidural), con 92 casos que equivalen a 88.46% y con anestesia general fueron 12 casos equivalentes a 11.54%.

Según un estudio publicado en el extranjero, es más segura la anestesia regional, con respecto a dar menos complicaciones maternas durante las operaciones de cesáreas. (28).

CUADRO # 6:

PATOLOGIAS MATERNAS:

Entre las patologías maternas de las 104 pacientes primigestas que resolvieron su parto con cesárea, encontramos desproporción cefalo-pélvica con 25 casos (38.46%), preeclampsia con 22 casos (33.83%), ruptura prematura de membranas, 7 casos (10.77%), infección del tracto urinario con 3 casos (4.62%), eclampsia con 2 casos (3.08%), amenaza de parto prematuro con 2 casos (3.08%), hipertensión arterial previa 1 caso (1.54%), Sx. Hellp 1 caso (1.54%).

Estudios nacionales e internacionales que han reportado las patologías más frecuentes de las pacientes que son intervenidas quirúrgicamente, y que no son precisamente indicaciones de cesáreas; difieren en el orden de frecuencia pero son las mismas que las encontradas en el presente estudio.

El total de pacientes embarazadas fué de 1406, de éstas 483 son primigestas (34.35%). Las pacientes que fueron sometidas a operación cesárea fueron 311 que equivale a 22.11% y las pacientes primigestas que resolvieron su parto por cesárea fueron 104 que da un 33.44% del total de cesáreas realizadas.

IX. CONCLUSIONES

1. Las cinco principales indicaciones de cesárea en pacientes primigestas que fueron identificadas son: sufrimiento fetal agudo, desproporción cefalopélvica, presentación podálica, fracaso de inducción, embarazo gemelar.
2. El grupo etáreo más afectado en pacientes primigestas que resolvieron su parto con cesárea, fué de 12 a 20 años. La edad más afectada fué de 19 años.
3. La mayor frecuencia de cesáreas con relación a la edad gestacional fué en embarazos a término.
4. La frecuencia de cesáreas en pacientes primigestas en los meses de marzo y abril de 1996, fué de 33.44% del total de cesáreas; y el 7.4% corresponde a la terminación de los embarazos en general.

X. RECOMENDACIONES

1. Fomentar el control prenatal por medio de programas del Ministerio de Salud Pública, principalmente en pacientes primigestas, para detectar tempranamente problemas que puedan ser modificados para disminuir la frecuencia de cesáreas.
2. Dar seguimiento a las pacientes primigestas que fueron sometidas a operación cesárea y justificar con un diagnóstico confiable si es necesario que se le realice cesárea en la terminación del siguiente embarazo.
3. Determinar las causas por las que se presenta el sufrimiento fetal agudo, y tomar medidas preventivas mediante un adecuado control prenatal.
4. Que se continúe estudiando en otras poblaciones las indicaciones de cesárea en pacientes primigestas para hacer comparaciones y así detectar si hay problemas que pueden modificarse durante el control prenatal.

XI. RESUMEN

En la literatura tanto nacional como internacional, se ha reportado un incremento en las operaciones cesáreas para mejorar el bienestar materno y fetal.

El presente estudio observacional descriptivo, se realizó revisando las Historias Clínicas Perinatales Base del SIP CLAP OPS/DMS, para determinar las indicaciones de cesáreas en pacientes primigestas, en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios en los meses de marzo y abril de 1996; entre las que se encontraron: Sufrimiento Fetal Agudo, Desproporción Cefalopélvica, Presentación Podálica, Fracaso de Inducción y Embarazo Gemelar.

El total de las embarazadas que consultaron al hospital General, fué de 1406, de éstas 483 son primigestas (34.35%). El total de cesáreas fué de 311 casos que equivale a un 22.11% y las primigestas que resolvieron su parto por operación cesárea fueron 104 que equivale a un 33.44% del total de cesáreas, y un 7.4% del total de las terminaciones de los embarazos.

La frecuencia de operación cesárea en el Hospital General San Juan de Dios es similar a la reportada en la literatura universal, que a nivel terciario es de 18 a 35 % (2, 3, 20).

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Akoury HA, et al. Active management of labor and operative delivery in nulliparous women. Am. J. obstet Gynecol, 158:2, 1988 pags 255-8.
- 2.- Baker, Emily. Nacimiento por cesárea y cesárea hysterectomía. Clínica Obstétrica y ginecológica, Ed. Mc Graw Hill, Ed. Interamericana, 1994. pags: 745-752.
- 3.- Benson C. Ralph. Operación Cesárea En su Tratado de Obstetricia 7a. Ed. Ed. Manual Moderno 1988 pags. 399-404.
- 4.- Boylan, Peter C. y col. Dystocia, parity and the cesarean problem. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 155 No. 2 August, 1982. pags. 455-6.
- 5.- Cooper, L.G., et al. Effect of maternal age on birth outcomes among young adolescents. Soc. Biol. 1995 Spring-Summer; 42(1-2): 22-35.
- 6.- Cumez, David. Indicaciones de Cesárea. TESIS (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1994 pags. 5-16
- 7.- Choc, Rodolfo. La respuesta afectiva de la paciente sometida a cesárea por desproporción cefalo-pélvica. TESIS (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1993 Pags 26-36.
- 8.- Danfort, DN. Cesarean Section. The Journal of the American Medical Association. vol 254 No. 5 August 2, 1985. Pags. 611-3.
- 9.- Díaz, A.G. et al. Sistema Informático Perinatal. 4ta. ed. Montevideo: Rosgal, 1993. (Publicación científica del CLAP).

- 10.- Farrel, SJ y cols. Cesarean section: Indications and postoperative morbidity. Obstetrics and Gynecology 1980 No. 56 pags. 696-700.
- 11.- Hernandez, José Principales Indicaciones de Cesárea. TESIS (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1995. Pags. 5-13.
- 12.- Hernandez, María. Evaluación de la atención del parto a través de cesárea en el Hospital Nacional de Jutiapa. TESIS (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1993. Pags. 6-28.
- 13.- How, K. et al. Nulliparous cesarean section in the home of active management of labour. Aust. N Z J Obstet Gynecol, 35: 1, 1995 pags 12-5.
- 14.- Larios, Hilmar. Indicaciones de cesárea en multiparas. TESIS (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1996. Pags 21-38.
- 15.- Loli Figueroa, Alfonso. Estudio clínico de las cesáreas en adolescentes. Rev. Diagnóstico. Perú 25(516): 86-91 Mayo-Junio 1986.
- 16.- Niswander, Kenneth. Manual de Obstetricia. Editorial Salvat, 3ra. Edición. México. 1993. Pags: 435-437.
- 17.- Pérez Sánchez, Alfredo. Operación cesárea, En su Obstetricia. Chile. 1992. Pags: 290-299.
- 18.- Pichard J. y col. Distocia causada por anomalías en la posición, presentación o desarrollo del feto. Obstetricia de Williams. 3ra. Edición, Mex. Edit. Salvat 1986.
- 19.- Ramirez y R.M.A., et al. Efecto de la analgesia epidural sobre la incidencia de cesarea por distocia en nulíparas. Revista de Ginecología y obstetricia de México, vol 63, suplemento 1, 1995.
- 20.- Samberg E. Desprendimiento de la placenta. En su Tratado de Obstetricia 10. Edición, Ediciones Mosby Company. 1981 Pags. 258-271.
- 21.- Schwartz, R. Cesárea En su Obstetricia, 4ta. edición Argentina 1986. Pags. 533-541.
- 22.- Serman, F. et al. Active Labour management in primiparas. Rev. Chil-Obstet-Ginecol. 1995; 60(1):6-10.
- 23.- Shafer, G. Cesárea En su Complicaciones quirúrgicas en obstetricia y ginecología. 10a edición Mex. Ediciones Interamericana, 1985. Pags: 50-55.
- 24.- Simón, P.L., et al. Cesárea Corpórea. Revista de Ginecología y Obstetricia de México, vol 63, suplemento 1, 1995. pag. 49.
- 25.- Sizum, J. et al. Spontaneous umbilical cord hematoma. Arch-Pediatr. 1995 Dec; 2(12): 1182-3.
- 26.- Tov, P.A., et al. Mode of delivery and gestational age influence perinatal HIV-1 transmission. J-Acquir-Immune-Defic-Syndr-Hum-Retrovirol. 1995 Jan 1;11(1): 88-94.
- 27.- Valdés J. Reinaldo. Indicaciones de Cesárea en un centro activo del parto. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 55(1); 10-6: 1990.
- 28.- Vincent, Robert. Anestesia para la embarazada. Clínicas de Norteamérica de Gineco-obstetricia 1994. pags. 233-48.
- 29.- Weeks, J.W. et al. Fetal Macrosomia. American Journal Obstetric and Gynecology. 1995 Oct. 173 (4):1215-9.

CLAP-OPS/OMS: HISTORIA CLINICA PERINATAL - BASE										ESTABLEC.		N.º. H.C.	
NOMBRE _____										EDAD años		ESTADO CIVIL unión ☐ casado ☐ estable ☐ soltero ☐ otro ☐	
DOMICILIO _____										menor de 15 ☐ mayor de 35 ☐		alfabeta ☐ no ☐ estudios ☐ prim. univ. ☐ sec. ☐ años aprob. ☐	
LOCALIDAD _____ TEL. _____													
ANTECEDENTES		FAMILIARES		OBSTETRICOS		nacidos vivos		viven		En anterior embarazo			
FAMILIARES no ☐ si ☐ diabetes ☐ ☐ TBC pulmonar ☐ ☐ hipertensión ☐ ☐ gemiales ☐ ☐ otros ☐ ☐		TBC no ☐ si ☐ diabetes ☐ ☐ hipertensión crónica ☐ ☐ cirugía pélvico-uterina ☐ ☐ infertilidad ☐ ☐ otros ☐ ☐		partos ☐ abortos ☐ vaginitis ☐ mas de 3 partos ☐ ☐ ☐ algun PM menor de 2500 g ☐ ☐ ☐ gemelares ☐ ☐ ☐		partos ☐ cesáreas ☐ nacidos vivos ☐ ☐ nacidos muertos ☐ ☐ muertos 1º sem. ☐ ☐ después 1º sem. ☐ ☐		viven ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		In anterior embarazo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		PM con mayor peso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
EMBARAZO ACTUAL		ANTITETANICA		GRUPO		FUMA		HOSPITALIZACION		TRASLADOS			
PESO ANTERIOR kg		TALLA (cm)		3 ☐ 4 ☐ 5 ☐		previa ☐ si ☐ no ☐		actual 2º / R ☐ ☐		Fb ☐ ☐			
EX. CLINICO normal ☐ si ☐ no ☐		EX. MAMAS normal ☐ si ☐ no ☐		EX. ODONT. normal ☐ si ☐ no ☐		PELVIS normal ☐ si ☐ no ☐		PAPANIC. normal ☐ si ☐ no ☐		COLPOSCOPIA normal ☐ si ☐ no ☐			
CERVIX normal ☐ si ☐ no ☐		VOLV. ☐ ☐		FUMA ☐ ☐		HOSPITALIZACION ☐ ☐		TRASLADOS ☐ ☐		lugar: _____			
fecha de la consulta		1		2		3		4		5			
semanas de amenorrea		1		2		3		4		5			
peso (kg)		1		2		3		4		5			
presión arterial		1		2		3		4		5			
alt. uterina		1		2		3		4		5			
F.C.F. (lat. / min.)		1		2		3		4		5			
mov. fetal		1		2		3		4		5			
parto		1		2		3		4		5			
aborto		1		2		3		4		5			
CONSULTA PRENATAL		Nº.		EDAD GEST.		PRES. ☐ ☐		TAMANO FETAL acorde ☐ ☐		MEMBRANAS ☐ ☐			
ORIGEN ☐ ☐		en el hosp. ☐ si ☐ no ☐		INGRESO ☐ ☐		menor 37 ☐ mayor 41 ☐		pelv. ☐ ☐		hora min.			
TRABAJO DE PARTO		hora		NIVEL DE ATENCION		3º ☐ 2º ☐ 1º ☐		domo. ☐ otro ☐		Nº H.C. RN			
tensión arterial max / min (mm Hg)		contracciones ☐ ☐		ATENCION ☐ ☐		médico ☐ ☐		enf. obst. ☐ ☐		nombre RN			
altura ☐ var. posic. ☐		F.C.F. ☐ ☐		PARTO ☐ ☐		parto ☐ ☐		parto ☐ ☐		nombre			
F.C.F. (latidos / minuto)		diat. cerv. ☐ meconio ☐		NEONATO ☐ ☐		anest. gen. ☐ ☐		anest. ☐ ☐		anest. ☐ ☐			
TERMINACION		espon. ☐ fórceps ☐ cesárea ☐ otra ☐		MEDICACION EN PARTO ☐ ☐		anest. ☐ ☐		anest. ☐ ☐		anest. ☐ ☐			
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION		MUERTE Intraut. ☐ ☐		EPISIOTOMIA ☐ ☐		ALUMB. espon. ☐ ☐		PLACENTA compl. ☐ ☐		RECEN. NACIDO ☐ ☐			
TALLA cm		EDAD POR EX. FISICO		PESO E.G.		APGAR		REANIM. RESPIR.		VDRL			
PESO AL NACER g		PER. CEF.		TALLA cm		EDAD POR EX. FISICO		PESO E.G.		APGAR			
EXAMEN FISICO ☐ ☐		ninguna ☐ otros SDR ☐		infecciones ☐ ☐		ALQ. CONJUNTO ☐ ☐		HOSPITALIZADO ☐ ☐		PUERPERIO ☐ ☐			
PATOLOGIAS ☐ ☐		memb. hialina ☐ hemorragia ☐		defectos cong. ☐ ☐		ALQ. CONJUNTO ☐ ☐		HOSPITALIZADO ☐ ☐		PUERPERIO ☐ ☐			
EXAMEN FISICO ☐ ☐		sind. aspirat. ☐ hiperbilirrub. ☐		neurologicas ☐ ☐		ALQ. CONJUNTO							