

**UNIVERSIDAD DE SANCARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS**

**INDICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL REGIONAL DR. JUAN JOSE ORTEGA DE
COATEPEQUE DURANTE LOS MESES DE AGOSTO-
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DEL 2001**

**KARLA MERCEDES CAMPOLLO
TARACENA**

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala agosto de 2002

INDICE:

Contenido:	Pag
'u Introducción	1
II. Definición del Problema	2
III. Justificación	4
w. Objetivos	5
vu Revisión Bibliográfica	6
VI. Metodología	23
VII~ Aspectos Eticos de la Investigación	27
VIII. Presentación y Análisis de Resultados	28
Ix. Conclusiones	47
x. Recom.ndaciones	48
XI. Resumen	49
xli. Referencias Bibliográficas	50
xlii. Anexos	54

I. INTRODUCCION:

En los últimos años en Guatemala¹ como en otros países del mundo se ha observado un incremento progresivo en la frecuencia de la operación cesárea en relación con el número total de partos

Según la Norma Oficial Mexicana para la atención del embarazo, parto y puerperio, todas las unidades médicas que brindan atención obstétrica deben contar con lineamientos para la indicación de la cesárea, cuyo Índice recomendado es de 15%.

Múltiples factores contribuyen a la tendencia ascendente de este procedimiento. El incremento en el diagnóstico de sufrimiento fetal, el viejo dogma establecido por Craigin en 1916: una cesárea siempre será seguida de otra, la normatividad en muchos hospitales de que en todos los casos de presentación podálica, se practique la cesárea, el temor a la mala práctica con y sin consecuencias legales, los incentivos económicos y prácticos para los profesionales de la salud, la oportunidad de ejercitar la técnica quirúrgica en los hospitales docentes, entre otros.

El aumento alarmante de la frecuencia de cesárea no está exento de consecuencias negativas sobre la salud de la mujer y del recién nacido y consume un exceso de recursos destinados a su atención, que pudieran estar destinados para la atención de otras prioridades en salud reproductiva.

El objetivo del presente trabajo fue el análisis de las Indicaciones de cesárea en el Hospital Regional Juan José Ortega de Coatepeque, así como verificar si dichas indicaciones fueron precisas¹ racionales y defendibles.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA:

La operación cesárea es posiblemente una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas de la humanidad que han experimentado cambios notables a lo largo de la historia pero en forma muy especial en los últimos 40 años: han variado su técnica, se incrementaron las indicaciones para realizarla y sobre todo, ha mejorado su pronóstico de forma espectacular.(14,21,23)

La operación cesárea como procedimiento médico fue realizada in vivo en casos excepcionales y desesperados desde la segunda mitad del siglo XVI y era por lo general mortal. Su altísima tasa de mortalidad continuó hasta principios del siglo XX (Fasbender, 1906. Eastman, 1932). La primera publicación médica sobre la operación cesárea fue la efectuada por Francois Mauriceau en 1688.(25,27,31)

Entre 1950-2000 se ha producido una tendencia mundial al aumento de la operación cesárea. Antes de 1960 la frecuencia de la cesárea era inferior al 5%. En Estados Unidos de Norteamérica ha aumentado desde aproximadamente 10% en 1985 hasta 23.8% en 1989, en Santiago de Chile en 1993 se registró un 24% de cesáreas en los hospitales públicos y un 33% en las clínicas privadas (Molina, 1983). En México para 1997 la práctica de esta intervención varía de un 24 a un 62%, y en Brasil ha llegado hasta un 45%.(3,11,25,27)

La mayor demanda de esta intervención exigió un análisis de sus posibles causas, de sus efectos sobre la salud de la mujer, el hijo y la familia.

Como consecuencia del alto índice de cesáreas está la disminución de la paridad de la mayoría de las mujeres grávidas. Una de las razones de la alta incidencia de la operación cesárea es la cesárea de repetición, la cual se ha venido efectuado con más frecuencia ya que algunos autores o instituciones toman al pie de la letra el aforismo de Craig de que una cesárea siempre es cesárea, que data desde 1916. (3,7,15,25)

Las indicaciones de operación cesárea en Latinoamérica son: cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, desproporción cefalopélvica, presentación podálica y síndrome hipertensivo del embarazo. (25)

Concurrentemente con el aumento de las indicaciones de operación cesárea se produjo una lógica disminución de oportunidades de ejercitar maniobras obstétricas vaginales y, conjuntamente a ello, el tiempo dedicado al estudio concienzudo de la pelvis y del mecanismo del parto. La indicación de cesárea debe ser precisa, racional y defendible, se debe efectuar cuando el parto vaginal no es posible o cuando éste significa un mayor riesgo materno o perinatal, es necesario que el médico reflexione sobre los riesgos y beneficios de este acto quirúrgico; la principal contraindicación para la cesárea es la ausencia de una indicación precisa

Por lo anterior se decidió llevaron a los médicos del Hospital a realizar cesárea a pacientes con obstétrica, y mejorar el diagnóstico

realizar una revisión de las indicaciones que Regional Dr. Juan José Ortega de Ooatepeque el propósito de contribuir a mejorar la atención de algunas indicaciones de esta Intervención.

II. JUSTIFICACION:

En las últimas décadas ha habido un aumento es-acular en el índice de cesáreas en la mayoría de paíes incluyendo el nuestro.

En general la cesárea se emplea cada vez que se piensa que un retraso ulterior en el parto podría comprometer gravemente al feto, a la madre o bien a ambos, y cuando es improbable que un parto por vía vaginal tenga lugar sin riesgos. (18,24,27)

La operación cesárea ha sido catalogada como el evento quirúrgico hospitalario que se realiza con mayor frecuencia, lo cual, lejos de considerarse como un procedimiento inocuo, incluye varias implicaciones negativas como la posibilidad de incrementar la morbilidad materna, por infecciones, ello aumenta la estancia hospitalaria, propicia la sobreexplotación tanto de los recursos humanos como los materiales y, en consecuencia, eleva el costo de la atención de este evento.(3,7,9, 28)

Sin duda la operación cesárea ha contribuido a la disminución de la mortalidad matern~perlnatal, no obstante no se debe practicar una cesárea muy a la ligera, y, a menos que la indicación esté perfectamente definida, se requiere reflexión respecto a la valoración del beneficio contra el riesgo. La tasa de mortalidad materna actual se encuentra de 8 a 10 muertes maternas por 10,000 cesáreas si se compara con la tasa de mortalidad por parto vaginal de 2.7 muertes maternas por 10,000 partos vaginales concluimos que el riesgo de muerte materna es 3 a 5 veces mayor en la operación cesárea que en el parto vaginal. (Pernolí 1994).En relación a los efectos fetales es claro que se prefiere una cesárea a un parto vaginal difícil, pero no hay pruebas concluyentes de que la utilización liberal de la cesárea haya reducido el déficit neurológico en niños de nuestra población (14).

En el Hospital Regional de Ooatepe~ue, para 1 ,999 el índice de cesáreas es del 27%, en el año 2,000 se Incrementó el Índice de cesáreas a un 38%, y, según protocolos de manejo el índice de cesáreas no debería exceder del 15%.(3).

Ante este hecho, se decidió estudiar las indicaciones que llevaron a los médicos del Hospital Regional de Coatepeque a realizar cesárea a las pacientes atendidas durante los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del año 2,001, con el propósito de mejorar el perfil de atención a las pacientes e incidir en diversos factores incidentes en la toma de dicha decisión médica.

IV OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar atendidas los meses

las indicaciones por en el Hospital Regional de Agosto, Septiembre₁

las cuales se practicó cesárea a pacientes Dr. Juan José Ortega de Ooi~que durante Octubre del 2,001.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

-Determinar frecuencia₁

cuales son las Indicaciones para cesárea que se presentan con mayor y dentro de ellas cuales fueron absolutas y relativas.

-Determinar la edad de las pacientes que se relaciona más frecuentemente con la cesárea.

-Determinar la paridad de las pacientes más frecuentemente relacionada con la cesárea~

-Determinar partog rama.

a qué porcentaje de pacientes se les llevó registro gráfico del

-Establecer el porcentaje de pacientes a quienes se les realizó prueba de trabajo de parto con oxitocina antes de ser sometidas a cesárea.

-Determinar qué porcentaje de las pacientes intervenidas quirúrgicamente llevaron control prenatal.

-Establecer el porcentaje de pacientes a quienes se les realizó cesárea electiva.

V REVISION BIBLIOGRAFICA:

II DEFINICION:

Cesárea es el acto quirúrgico mediante el cual se extraen el feto¹ la placenta y los anexos ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y la pared uterina.

El término cesárea¹ de acuerdo con la definición anterior, excluye la extracción del feto libre en la cavidad abdominal como consecuencia de rotura uterina o de un embarazo abdominal.(16,25,31)

2. HISTORIA:

Por muchos años se supuso que el nombre de la operación derivaba por haberse practicado por primera vez para dar nacimiento a Julio César, sin embargo la madre de Julio César vivió durante muchos años después del nacimiento de éste, y hasta fines del siglo XVII la cesárea era mortal para la madre. (9,24)

Se ha creído que el nombre de la operación deriva de una ley romana que se supone promulgada por Numa Pompilio (siglo VIII antes de J.C.) en la que se ordenaba que se practicara en mujeres fallecidas durante las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño. Según esta explicación, la ley, llamada *lex regia* al principio, vino a llamarse *lex caesarea* en tiempo de los emperadores.

La palabra ~cesárea~ con que se designa la intervención pudo derivar en algún momento de la Edad Media del verbo latino *caedere*, "caer". Historiadores antiguos como Plinio dicen que Escipión el Africano (vencedor de Aníbal), Mircio y Julio César nacieron así. Se creyó que el hecho de nacer de manera extraordinaria, como se refiere en las mitologías y leyendas antiguas, confería poderes sobrenaturales y elevaba a los héroes por encima de los demás mortales. Es pertinente indicar que semejante intervención no es mencionada por Hipócrates, Galeno, Celso, Paulo, Sorano ni por ningún otro escritor médico de ese tiempo. (9,27)

En 1500 Jacob Nufes, un castrador alemán llevó a cabo esta intervención en su mujer, quien no sólo logró que su mujer sobreviviera, sino que, además, pudo dar a luz a 2 niños más.

La cesárea se recomendó por primera vez *in vivo*, con su nombre actual

en el célebre trabajo de Francois Rousst titulado *Traité nouveau de l'hystérotomokle ou l'enfantment césarien*₁ que se publicó en el año 1,561. El publicó 14 casos de cesárea realizados con éxito.(25,27)

La primera publicación médica sobre la operación cesárea fué la efectuada por Francois Maurioeau en 1,086, donde reliere que dicha intervención fué realizada in vivo en casos desesperados y era mortal. (25) El punto clave en la evolución de la cesárea se produjo en el año 1 ,882, cuando lalax Sanger introdujo la sutura de la pared uterina. La primera Intervención extraperitoneal fué la descrita por Frank en 1,907, la cual en 1,906 tuvo ciertas modificaciones introducidas por Latzko, Sellheim y Waters.

En el año 1,912 ~onig defendió que la ventaja principal de la técnica extraperitoneal estribaba no tanto en evitar por completo la cavidad peritoneal, sino más bien en abrir el útero a través de su delgado segmento Inferior. En 1,928 Kerr prefería que la incisión fuera transversal en lugar de longitudinal. En 75 años se habían logrado las soluciones técnicas para responder a las dos grandes amenazas de la operación cesárea: la hemorragia y la Infección. (24,25,27).

3. EPIDEMIOLOGÍA DE LA OPERACION CESAREA:

En Europa, el aumento de la frecuencia de cesáreas ha pasado del 8.8% en 1981 al 18.7% en 1989. En Canadá la frecuencia se encuentra en un 24.7% para 1999.

Para 1985 en la Región Nordeste de Brasil la cesárea tuvo una frecuencia del 23%, mientras que en el Estado de Sao Paulo alcanzó el 45%. En Guatemala las cifras oscilan entre un 20% en Hospitales Nacionales hasta un 40% en clínicas privadas. En el Hospital RegIonal de Coatepeque las cifras han aumentado desde un 27% en 1999 hasta un 38% en el año 2000.(7,11,14,20,21,25,28).

4. CAUSAS DEL INCREMENTO EN EL NUMERO DE CESAREAS:

Una mayor demanda de esta intervención proviene del perfeccionamiento de diversos factores incidentes en la toma de decisión médica y en la aceptabilidad pública:

- Mejor técnica operatoria.
- Desarrollo de nuevos y mejores elementos técnicos al servido de la cirugía

general.

7

-Estructuración de un equipo multiprofesional que induce al anestesiólogo y al neonatólogo.

-Progresos en la anestesia, antibioticoterapia y hemoterapia.

-Mejoras en el diagnóstico de algunas Indicaciones monitorización cardiot fetal, del pH fetal, del ultrasonido₁ y de de madurez y bienestar fetal.

obst

etra,

por medio de la
pruebas de
detección

Otra posible razón del aumento de la frecuencia de la cesárea es la disminución de la paridad de la mayoría de mujeres grávidas. Ya que casi la mitad de las mujeres embarazadas son nulíparas y por tanto cabría esperar un aumento del número de cesáreas debidas a los problemas más comunes entre las mujeres nulíparas o bien porque en diversos estudios demuestran que la primera cesárea señala de una u otra forma el futuro obstétrico de la paciente ya que aquella mujer que se operó inicialmente por una indicación relativa, en el 70.7% se resuelve a operar por una Indicación igualmente relativa. (11,20,28).

Existen también factores negativos que influyen en la mayor frecuencia de cesáreas como:

-El gran aumento de los juicios por mala práctica médica.

-Presiones del paciente sobre el médico para realizar una cesárea.

-Los incentivos económicos y prácticos para los profesionales de la salud.

-El temor a la mala práctica médica.

-La oportunidad de ejercitar la técnica quirúrgica en los hospitales docentes. (4,11).

-La creencia de que el nacimiento por vía vaginal altera negativamente el canal del

parto afectando la relación sexual ideal. (14).

En los Estados Unidos de Norteamérica se realizó un estudio por invitación del National Institute of Health, que evaluó un millón de partos atendidos en diferentes tipos de hospitales. Se comprobó que la indicación: distocia era causal del 30% de las operaciones cesáreas; cesárea anterior o cesárea previa, del 27%, el sufrimiento fetal del 14%, y la presentación podálica de otro 14%. El estudio concluyó:

-que el diagnóstico de distocia podía ocultar algunas carencias de juicio clínico.

-que muchos de los diagnósticos de falta de progreso del trabajo de parto eran sólo aparentes y no reales.

-que en el caso de sufrimiento fetal puede haber una inadecuada interpretación de los registros cardiorrespiratorios.

-que la indicación de presentación podálica es posible disminuir la intervención quirúrgica con un mejor adiestramiento de los especialistas obstetras. (11,25,28).

En general se cree que las causas del incremento en el número de cesáreas se puede atribuir fundamentalmente a dos razones:

8

la creencia de que la cesárea mejora la morbilidad y mortalidad materna y perinatal y que la cesárea evita muchas reclamaciones y problemas jurídicos. (14).

5. CESAREA Y ETICA MEDICA:

La relación médico-paciente ha estado regida tradicionalmente, y particularmente en la obstetricia, por una actitud paternalista de parte del médico y de aceptación de ella por parte de la paciente, el esposo y la familia. Esta relación se ha ido modificando en los países de mayor desarrollo, hacia una actitud de autonomía por parte de la paciente. (25).

Se hace indispensable en el ejercicio de la obstetricia una actitud renovada en términos de atender integrando permanentemente una educación de la paciente y de sus familiares respecto al embarazo, parto, puerperio y futuro gestacional. Es la introducción del consentimiento informado formal a la rutina obstétrica~

El proceso de consentimiento informado permitirá definir a través del curso del embarazo la relación médico paciente que pudiera darse en una emergencia como puede ser una operación cesárea. El tema de consentimiento informado debe vincularse a las crecientes demandas judiciales a obstetras en relación a la operación cesárea. Estos juicios se dirigen generalmente a comprobar si hubo técnica quirúrgica negligente, negligencia en prevenir complicaciones quirúrgicas o negligencia en decidir si se practica y cuándo se practica la operación cesárea.

Al respecto el artículo 45 del Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala dice: No es ético practicar procedimientos médico-quirúrgicos innecesarios, o de índole mercantilista. (5, 25)

Cierto es que la forma de ejercer la medicina es algo muy personal, y que la verdadera solución es que cada médico evitará con toda su voluntad cometer errores capaces de dañar a los pacientes, sin embargo no siempre es

así, por ello el médico debe mantenerse técnicamente calificado dentro de las normas de atención aceptadas por la profesión. (19, 25)

6 MORTALIDAD MATERNA:

La mortalidad materna por cesárea no debe superar el 1 por 1,000. Incluso esta cifra de mortalidad quirúrgica relativamente baja debe considerarse excesiva si se tiene en cuenta que la mayoría de estas muertes ocurren en mujeres jóvenes y sanas que experimentan un proceso fisiológico normal. (27,31)

9

Algunos países como Japón, Holanda e Irlanda presentan bajas tasas de mortalidad materna con frecuencias también bajas de cesáreas.

Hace 120 años la mortalidad materna por operación cesárea era del 85%. La tasa actual ha disminuido enormemente llegando a cifras de 8 a 10 muertes maternas por 10,000 cesáreas. Diversos estudios indican que las infecciones, hemorragias y accidentes anestésicos son las principales causas de muerte (23,24). Sin embargo el parto vaginal sigue siendo menos riesgoso para la madre que la operación cesárea: 2.7 muertes maternas por 10,000 partos vaginales. En general se acepta que el riesgo de muerte materna es siete veces más comparada con la de parto vaginal. (15) Stembera en su estudio sobre cesárea realizado en la República Checa en 1994, informó un riesgo 4 veces mayor de muerte materna en las mujeres sometidas a la operación cesárea que en las que parieron. (3)

La cesárea electiva por cesárea previa ha demostrado un riesgo de muerte materna de 1 por cada 5,000 cesáreas. (25).

7. MORBILIDAD MATERNA:

La morbilidad materna es más frecuente y posiblemente más grave tras la cesárea que tras el parto vaginal, las causas más frecuentes de morbilidad por cesárea continúan siendo:

-Las infecciones; pueden producir mayor dehiscencia o no. Si la produce, una herida infectada puede tener dehiscencia en un 23.5% y sin infección en un 8.3% según estudios realizados en Chile.

-Hemorragias: estudios volumétricos reflejan pérdidas promedio de 720 ml.

generada básicamente por la histerotomía, ya que se trata de un útero de término, con perfusión de 500 a 800 ml por minuto, esto puede agravar el estado de anemia que muchas pacientes presentan al final del embarazo.

8. MORTALIDAD PERINATAL:

La frecuencia de recién nacidos muertos y de mortalidad perinatal dependen de la causa subyacente de la cesárea y de la edad gestacional del feto.

(25)

10

En
disminuir nacidos vivos, (3,15)
cuanto a mortalidad perinatal, parece que ésta última se ha mejorado al disminuir el número de cesáreas, en relación a las tasas en 1990 fue de 24.9 muertos por 1,000 nacidos, y en 1995 fue de 18.3 muertos por 1,000 esto significa que hubo una reducción de la tasa de mortalidad de e.e.

Un estudio realizado en Beijing, China que abarcó desde 1980 a 1992, demostró que el incremento de la operación cesárea no guardó relación con la mortalidad perinatal. Otro estudio realizado en el norte de Jordania, señaló que al disminuir la frecuencia de cesáreas, disminuyó la mortalidad perinatal, durante el período 1987-1993.

La operación cesárea no es un procedimiento inócuo para el recién nacido, ya que éste puede estar en riesgo de morir hasta 2.5 veces más si nace por cesárea al compararse con fetos del mismo peso que se obtienen por vía vaginal.

(21).

9. MORBILIDAD PERINATAL:

La operación cesárea puede exponer al feto a: traumatismo obstétrico, como sucede en las extracciones dificultosas del polo cefálico profundamente encajado, la versión interna en la presentación de tronco y en la extracción fetal en podálica; este tipo de error puede dañar la médula espinal y el cerebro fetales y determinar como consecuencia la ampliación de la incisión uterina hasta los vasos uterinos. Aunque hay que señalar que la morbilidad fetal ha disminuido de forma dramática al emplear la cesárea en los casos de algunas presentaciones podálicas, posición transversa del feto y placenta previa.

El feto puede sufrir heridas cortantes, ya sea por apresuramiento por llegar a extraerlo o por situaciones que favorecen este accidente como el oligoamnios.

Puede haber hemorragia de magnitud variable, cuando la placenta se inserta en la cara anterior del segmento inferior, y se extrae el feto a través de la masa placentaria.

Asfixia fetal, en una hipotensión anestésica, en aspiración de líquido amniótico.

feto la
respiratoriamente indemne puede ocurrir por extracción fetal dificultosa y en los casos de

Prematurez, y síndrome de dificultad respiratoria iatrogénico por error en el diagnóstico de edad gestacional y de la madurez pulmonar en cesáreas electivas, incrementándose si la cesárea se practicó sin la presencia de labor. (9,21,25,27).

11

10. INDICACIONES DE LA OPERACION CESAREA:

La operación cesárea se debe practicar cuando el parto vaginal no es posible o cuando éste significa un mayor riesgo materno o perinatal. En un intento de sistematizar las indicaciones se les puede clasificar en indicaciones maternas, ovulares y fetales.

10.1. MATERNAS:

- cicatriz uterina por cirugía ginecológica
- más de dos cicatrices de cesárea segmentaria
- ~catrlz de cesárea corporal
- plastia vaginal previa
- distocia de cuello uterino
- estrechez pélvica
- tumor previo
- carcinoma cervical
- patologías sistémicas graves
- l~>e● simple activo

10.2. OVULARES:

- placenta previa oclusiva total
- desprendimiento prematuro de placenta normoinsera
- prolapso de cordón umbilical
- Infección ovular

10.3. FETALES:

- distocias de presentación
- macrosomía fetal
- fetos de muy bajo peso
- embarazo múltiple
- retardo del crecimiento intrauterino
- sufrimiento fetal agudo
- enfermedad hemolítica grave
- púrpura trombocitopénica autoinmune
- ~algunas anomalías fetales.

12

10.4. MATERNO-FETALES:

- desproporción céfalo-pélvica
- hemorragia grave del embarazo y parto.

otro tipo de clasificación se refiere a la magnitud del perinatal como causal de la cesárea. La divide en:

INDICACIONES ABSOLUTAS:

- placenta previa oclusiva total
- ~antecedente de cesárea corporal previa
- 4eto en presentación de tronco con membranas rotas.

INDICACIONES RELATIVAS:

riesgo materno-

Estas corresponden a situaciones clínicas que en algunas circunstancias deberán resolverse por cesárea y en otras por la vía vaginal como es el caso de la presentación podálica.

Las indicaciones de operación cesárea en

-cesárea anterior₁ sufrimiento fetal agudo, presentación podálica y síndrome hipertensivo del

Latinoamérica son:
desproporción céfalo-pélvica, embarazo.

A continuación se mencionan algunas de las más frecuentes:

CESAREA ANTERIOR:

La indicación de la cirugía por cesárea previa, tiene un Incremento, ya que ocupa el primer lugar en la literatura médica. La frase de una cesárea, siempre cesárea, se apoya por el riesgo potencial de dehiscencia de la cicatriz previa.
(25,28)

Una cicatriz de cesárea segmentaria no necesariamente determina que el próximo parto sea por cesárea. Se puede intentar parto vaginal en paciente con el antecedente de hasta dos cesáreas segmentarias en casos de trabajo de parto de iniciación espontánea, vertice encajado, cuello borrado y blando con una evolución normal de la dilatación cervical y del mecanismo del parto. Datos actuales sustentan que el nacimiento por vía vaginal después de una cesárea tiene un porcentaje de éxito cercano a 80%. En casos de dos cesáreas previas el porcentaje de éxito de parto vaginal es del ~70%. (20,25).

13

En los últimos años se ha demostrado que el parto vaginal en pacientes con cesárea segmentaria previa indican una notable disminución de la morbilidad materna y perinatal.(7,29)

El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras, recomienda todos los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal salvo alguna de las siguientes circunstancias:

- que persista la indicación anterior.
- que la cesárea fuese clásica o desconocida.
- que el feto **pese** 4,000g o más.
- que haya alguna contraindicación para el parto vaginal.
- que no se pueda monitorizar el parto.
- que falte el anestesiólogo y neonatólogo.(14)

SUFRIMIENTO FETAL AGUDO:

someter a que exista

Es Indicación de operación cesárea cuando el feto no se puede extraer rápida y fácilmente por vía vaginal. (25)

DESPROPORCION CEFALO-PELVICA:

Constituye una de las causas más frecuentes de Indicación de operación cesárea. La cesárea indicada por desproporción céfalo-pélvica es muy referida por muchos autores, oscila entre un 13.8% hasta 50%. (18,28)

En ocasiones este diagnóstico es evidente ya sea por tratarse de una pelvis estrecha con un feto de tamaño normal, o de una pelvis límite con un feto macrosómico.

Si el diámetro conjugado es menor de 8 cm. o el transversal menor de 10 cm. el parto resulta casi imposible. (24)

En otras ocasiones el diagnóstico no es tan evidente y debe recurrirse a la prueba de trabajo de parto para confirmarlo. 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 de 3 cm. con dinámica uterina de 4 contracciones en 10 minutos, con rotura artificial de membranas ovulares y anestesia de conducción.

14

En estas condiciones¹ 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 2 a 3 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 debiendo indicar la operación cesárea con ese diagnóstico. La prueba de trabajo de parto debe realizarla un profesional competente¹ con permanente y rigurosa monitorización de la dinámica uterina, de la condición fetal y del progreso del trabajo de parto. (25,27)

DISTOCIAS DE PRESENTACION:

Constituyen causa de presentación cesárea la presentación transversa en trabajo de parto con feto vivo¹ la presentación de frente con feto de término, la presentación de cara con el mentón en posición posterior, la proclividad de extremidad inferior en la presentación cefálica y en algunas circunstancias la

presentación podálica.(1 ,25)

Se define como presentación podálica cuando el polo caudal del feto está en relación directa con el estrecho superior de la pélvis. (27,29)

La presentación podálica en primigestas es aceptada en nuestro medio como indicación de operación cesárea, debido a que la peivis no ha sido probada con un parto anterior. En muftiparas se Indica operación cesárea si el peso fetal estimado es menor a 2,000 g y superior a 3,500 g, si se comprueba en el trabajo de parto, mediante ecografía, una deflexión o exceso de volumen del poio cefálico, o si las condiciones obstetricas son desfavorables:

-rotura prematura de las membranas con cuello uterino inmaduro, aunque aún así se sostiene que el trabajo de parto espontáneo ocurrirá en el 90% de los casos, especialmente en las múltiparas, dentro de las siguientes 24 horas. (25,30)

4aita de progresión de la dilatación cervical,actualmente el método más usado en pacientes con cérvix desfavorable es la aplicación intr~vicai de prostaglandinas ~(21); sin embargo, su absorción es posible y pude producir náuseas, vómitos, contracciones uterinas que pueden durar períodos muy prolongados, hipertonicidad uterina, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y ruptura uterina, para evitar estas molestias usualmente se Indica uteroinhibición antes de la aplicación de las prostagiandinas con el fin de prevenir alguna de las complicaciones.

15

-presentación muy alta.

~mrizada anterior, etc.

En el caso de la presentación transvesa se ha demostrado que la práctica de maniobras de versión disminuye la frecuencia de operaciones cesáreas en un 50%; la versión es la intervención obstétrica en la cual se cambia una presentación fetal por otra más favorable. Hay tres tipos: externa, interna y mixta o de Braxton Hicks. Los requisitos que deben tomarse en cuenta para practicarse son: que no haya trabajo de parto, que no exista hipertonia o hiperexcitablíldad uterina, producto no encajado, producto vivo, excepto en situación transversal y sin oligohidramnios. Se deben realizar con monitoreo de la FCF, previa valoración de la cantidad de l~uldo amniótico, localización pientaria y corroboración de la situación y posición fetal por ufrasonldo.(1,14,25).

SINDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO:

En la preeclampsia grave y en la eclampsia está indicado habitualmente la interrupción del embarazo como parte del tratamiento de la enfermedad. En el caso de preeclampsia moderada y embarazo a término se debe intentar el parto vaginal mediante la inducción oxitócica en solución con bomba de infusión continua a no ser que se asocien otras circunstancias como distocia de presentación, retardo del crecimiento fetal severo, evidencias de sufrimiento fetal frente a contracciones uterinas inducidas, o a condiciones obstétricas muy desfavorables. La Inducción del parto debe controlarse con monitorización clínica o electrónica de la frecuencia cardíaca fetal intraparto.(8,25,27,29).

El caso de preeclampsia grave o eclampsia exige tratamiento anticonvulsivante y en general antihipertensivo seguido por el parto; la técnica de inducción es la misma que la de la preeclampsia moderada, es necesario recordar que la reactividad del útero a la oxitocina es igual a la de las embarazadas normales y no se modifica cuando se administra sulfato de magnesio. El trabajo de parto a menudo es inducido satisfactoriamente, y se logra parto vaginal aún cuando la mujer esta lejos del término, también se ha observado que la morbilidad grave es menos frecuente durante el puerperio en las mujeres que dan a luz por vía vaginal aún en casos de eclampsia. (8,10,27,31)

DISTOCIA DE CUELLO UTERINO:

Constituye en la práctica clínica una de las indicaciones más frecuentes de operación cesárea~

16

La distocia primaria de cuello uterino es una situación bastante rara que se caracteriza por un cuello rígido que no se logra dilatar a pesar de intensas y frecuentes contracciones uterinas. Se la observa en cuellos hipoplásicos. Sin embargo, lo más frecuente es que el cuello no dilate adecuadamente por hipodinamia, incoordinación de la dinámica, falta de apoyo del polo dilatante, embarazo pretérmino, etc.(25)

ILLUSTIA VAGINAL PREVIA:

Las operaciones por prolapso genital, coelopoperineoplastias, fistula vesicovaginal y amputación cervical son indicaciones de cesárea electiva, debido a que el parto vaginal expone a la madre a desgarros vaginales como

consecuencia de la fibrosis cicatricial y a una posible recidiva del prolapso. Generalmente el cuello amputado presenta dificultad en el proceso de dilatación. La conización cervical no es indicación de cesárea electiva.

CARCINOMA DEL CUELLO UTERINO:

En los casos de carcinoma invasor del cuello uterino se debe indicar la operación cesárea antes del inicio del trabajo de parto. En etapa I~, Ib y Iía practicar cesárea seguida de histerectomía radical. En casos más avanzados sólo cesárea para evitar hemorragia desde la lesión cervical. El carcinoma in situ y las lesiones premalignas del cuello uterino no constituyen indicación de operación **cesárea**.

TUMOR PREVIO:

Es indicación de operación cesárea cualquier estructura que se interponga entre la presentación fetal y el canal del parto, obstruyéndolo. Son causa frecuente de tumor previo la placenta previa oclusiva total, miomas uterinos, quistomas ováricos. También se observan casos de riñón intrapélvico bajo prolapsado, tumores intestinales o vesicales, etc.(25)

CICATRICES UTERINAS:

La cicatriz uterina se puede originar en miomectomía, plastia uterina, cesárea corporal, sutura de rotura uterina, etc. Estas cicatrices determinan que el próximo parto debe realizarse por cesárea electiva, con anterioridad al inicio de las contracciones uterinas.

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. El diagnóstico de placenta previa marginal no excluye por si misma el parto vaginal. En el caso de placenta previa no oclusiva sintomática, deberá plantearse la interrupción del embarazo por medio de una Inducción de parto, después de las 38 semanas y previa comprobación de madurez fetal.

Los síntomas y signos, el ultrasonido vaginal~bdominal y la edad gestacional son elementos importantes de juicio para la decisión de la vía del parto. (25)

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA CON FETO VIABLE Y VIVO:

Se procede a practicar rotura artificial de membranas y cesárea Inmediata, salvo que exista buen registro fetal (electrodo al cuero cabelludo fetal), estabilidad hemodinámica materna, en cuyo caso se podrá optar por el parto vaginal.

También se realizará parto vaginal cuando la dilatación esté muy avanzada y ya no sea factible el parto por cesárea.

El parto vaginal será alternativa dependiente del grado de desprendimiento placentario y del shock. Si se presenta compromiso progresivo del estado general o del músculo uterino se debe practicar cesárea con miras a salvar la vida de la madre y la integridad del útero. (22)

PROLAPSO DEL CORDON UMBILICAL:

Es una Indicación de cesárea de urgenda, 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 Trendelenburg, 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.

FETOS DE MUY BAJO PESO:

El pronóstico perinatal en fetos de 500 a 5,500 g en presentación cefálica, es similar en el parto vaginal y en la operación cesárea. En cambio, en fetos de este rango de peso en presentación podálica, la operación ofrece mejores posibilidades de supervivencia fetal.

ANOMALÍAS FETALES:

La operación cesárea beneficia los casos de: hidrocefalia con o sin tubo neural expuesto, teratomas sacrocóxicos de gran tamaño, arritmias cardíacas refractarias al tratamiento médico, defectos en la pared abdominal (astrosquisis, onfalocele) (25)

CARDIOPATIAS:

La mayoría de autores recomiendan el parto vaginal con aplicación de fórceps profiláctico para evitar los pujos del periodo expulsivo, reservando la operación cesárea para cuando existe indicación obstétrica. Sin embargo las cardiopatas con capacidad funcional 11111V concentran una mayor frecuencia de partos por operación cesárea. La coartación de la aorta con hipertensión arterial es aceptada como indicación de operación cesárea electiva para prevenir complicaciones graves como ruptura de la aorta y hemorragia arterial del territorio encefálico. En pacientes con aneurisma cerebral o malformación arteriovenosa se recomienda operación cesárea si no han sido corregidos quirúrgicamente. Cuando se ha realizado una operación exitosa se puede intentar el parto vaginal con fórceps siempre que no coexista hipertensión arterial. Se aplica este mismo criterio para hemorragia vitrea o retinal.

PURPURA TROMBOCITOPENICA AUTOINMUNE:

Se indica cesárea cuando el recuento de plaquetas fetales obtenido de muestra del cuero cabelludo fetal o cordocentesis indica menos de 50,000 plaquetas por mm³.

HERPES SIMPLE:

La infección genital por herpes simple tipo 2 es una Infección materna que condiciona morbilidad materna casi nula, a excepción de las pacientes Inmunodeprimidas. Sin embargo, la mortalidad neonatal alcanza un 50% a 100% con un 50% de secuelas graves si sobreviven. 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.

EMBARAZO MULTIPLE:

En general se indica operación cesárea cuando el primer feto está en presentación podálica o transversa. Cuando se trata de un embarazo triple o de mayor número de fetos se recomienda cesárea por la frecuente coexistencia de prematuridad, discrepancia de pesos fetales y malpresentaciones.
(24,27)

Las CONTRAINDICACIONES:

En la práctica moderna no existe virtualmente ninguna contraindicación para realizar la cesárea, siempre que se elija la intervención adecuada. No obstante se indica con menos frecuencia si el feto está muerto o es demasiado pequeño para sobrevivir. La principal contraindicación para la cesárea es la ausencia de una indicación precisa. (1,25,27)

12. CESAREA PROGRAMADA Y CESAREA DE URGENCIA:

La mayoría de veces la elección de la cesárea como la vía del parto se hace durante el trabajo del parto. Por lo cual la operación de urgencia se refiere más a lo Imprevisible del momento en que se hace la Indicación. Contrapuesto a lo anterior está el concepto de cesárea programada, profiláctica o electiva. La indicación durante el control prenatal permite tomar las precauciones necesarias para una preparación adecuada de la embarazada y la realización de la operación antes del comienzo del trabajo del parto.

La realización de una cesárea programada requiere de un mayor control prenatal, la precocidad de la cesárea electiva está determinada en buena medida por la madurez pulmonar del feto, y para determinar el momento de dicha cesárea se debe tomar en cuenta datos clínicos, ultrasonido y estudio de líquido amniótico.

En embarazadas no diabéticas el diámetro biparletal de 9.2 cm. y lo fémur de 7.3 cm son Indicadores confiables de madurez fetal, un test de lecitina-esfingomielina que exceda la razón 2:1 o fosfatidilglicerol positivo predicen madurez pulmonar. Una cesárea realizada antes del comienzo del trabajo del parto tiene el riesgo de extraer un niño inmaduro por error en la estimación de la edad gestacional.(25)

MUNICIPIO DE COATEPEQUE:

El municipio de Coatepeque perfilado como el más Importante de la Costa Sur de Guatemala, ha experimentado un desarrollo Integral sostenido, ubicando el económico como el principal. Punto de encuentro a través de la carretera del Pacífico con la ciudad capital y la República de El Salvador, es donde se concentra la actividad comercial más grande de la región.(2,12)

13.1. LOCALIZACION:

Ooatepeque, es un Municipio que pertenece al Departamento de Quetzaltenango, de cual dista 57 kms. Tiene un área total de 372 kms² siendo el mayor de los municipios del departamento, con un 19.07%, casi una quinta parte del total. El casco urbano de Ooatepeque, tiene un área mayor de los 8 Kms². Su altitud es de 497.98 metros sobre el nivel del mar.(2,12,13)

13.2. LIMITES:

Los límites del Municipio de Ooatepeque, son los siguientes: Al Norte: Municipio de Pajapita, El Quetzal y Nuevo Progreso. Hacia el Sur: Departamento de Retalhueu, municipio de Génova, Ocosingo. Hacia el Este: Municipio de Ooimba, Flores 005ta Cuca y Génova y finalmente hacia el Oeste con el Municipio de Pajapita y Ocosingo.(12)

13.3. TEMPERATURA:

Media anual: 24.5 grados centígrados, máxima de 33 grados y mínima de 13 grados centígrados.

13.4. DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE POBLACION:

Para 1999 el número de nacimientos en la ciudad de Ooatepeque fue:

l-iombres: 3,397, Mujeres: 3,178, Total: 8,575, con un aumento de población de 5,708.

21

Para el año 2,000 las cifras aumentaron con un número de nacimientos de: Hombres: 3,577, Mujeres: 314961 Total:7,073, con un aumento de pobiadón de ~O72.

Hasta Mayo del año 2,001, el número de nacimientos es de: Hombres: 11522. Mujeres: 1,456. Total: 2,978. Con un aumento pobiacional de: 2,887. Para Mayo del año 2,001 asisten al centro de salud de Coatepeque 14,532 mujeres en edad fértil <de 15 a 44 años).(18)

14. EL HOSPITAL REGIONAL - JUAN JOSE ORTEGA DE COATEPEQUE:

En el año 1 ,948 se creó el proyecto para la construcción de un hospital procediéndose a la organización de un comité llamado el Oomfté Pro-Hospital Regional. En una venida del entonces Presidente de la República Dr. Juan José Arévalo, se habló sobre la Idea de que se pusiera un arbitrio a cada litro de aguardiente o sea un impuesto de un centavo sobre cada octavo consumido en todos los Municipios que componen la reglón, habiéndole parecido la Idea, dictó el Acuerdo, de allí~ que el hospital sea regional y atienda pacientes de todos los municipios circunvecinos; algunos de ellos son:

Dei departamento de Quetzáitenango:

-Flores Costa Cuca

-Colomba Costa Cuca ~Génova Costa Cuca

Dei departamento de San Marcos:

pepe

-Tecún Umán

-Pajapita

-Nuevo Progreso

-l-a Reforma

-8 Quetzal.

15. DATOS ESTADÍSTICOS DEL HOSPITAL DE COATEPEQUE:

Según el Libro de Estadísticas del Departamento de Archivo del Hospital Regional Juan José Ortega de Ocoatepeque, para el año 2000 se atendieron 103,483 pacientes, distribuidos así:

		consulta externa:	33,7
		el	
		odontología:	6,75
		0	
emergencias:	48,~9	egresos Hospitalarios:	14,9
		43 (17)	
		22	

VI. METODOLOGÍA:

A. TIPO DE ESTUDIO:

Transversal.

5. OBJETO DE ESTUDIO:

Historías clínicas de pacientes a quienes se les realizó operación cesárea en el Hospital Regional de Ooatepeque durante los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2001.

C. POBLACION:

300 expedientes aproximadamente, según libro Departamento de Archivo del Hospital Regional de Ooatepeque.

D. CRITERIOS DE EXCLUSION:

Expedientes Incompletos.

E. VARIABLES A ESTUDIAR:

No. 1

VARIABLE:

Indicación de cesárea.

DEFINICION CONCEPTUAL

Situación clínica que motivo la realización
cesárea.

DEFINICION OPERACIONAL:

Se tomará la Indicación que aparece en la
grupo que corresponde.

ESCALA DE MEDICION:

Nominal

UNIDAD DE MEDIDA:

Materna, Ovular₁ Fetal₁ IIIlatern~Fetal.

INSTRUMENTO:

Boleta de la cesárea₁ y grupo en que se nota operatoria y se clasificará en el

No. 2

VARIABLE:

Edad Materna.

DEFINICION CONCEPTUAL:

Años transcurridos desde su nacimiento hasta la fecha de la cesárea.

DEFINICION OPERACIONAL:

Se anotará la edad en años que aparece en los datos generales de la paciente.

ESCALA DE MEDICION:

Número₁~

UNIDAD DE MEDIDA:

Años.

INSTRUMENTO:

Boleta.

No. 3

VARIABLE:

Paridad de la padente.

DEFINICION CONCEPTUAL:

El número de veces que la paciente ha alcanzado la fase de viabilidad.

DEFINICION OPERACIONAL:

Se obtendrá los antecedentes obstétricos

ESCALA DE MEDICION:

Númerica

UNIDAD DE MEDIDA:

1 parto, 2 partos₁ 3 partos o más₁ cesárea anterior.

INSTRUMENTO:

Boleta

24

No. 4

VARIABLE:

Diagrama~

DEFINICION CONCEPTUAL:

Registro gráfico del trabajo de parto, la dilatación presentación según curvas de alerta del CLAR

DEFINICION OPERACIONAL:

se anotará si se llevó registro dicho registro.

ESCALA DE MEDICION:

Nominal.

UNIDAD DE MEDIDA:
Sio no. Completo o Incompleto.

INSTRUMENTO:
Boleta

No. 5
VARIABLE:
Prueba de trabajo de parto.
DEFINICION CONCEPTUAL:
Prueba de parto vaginal mediante
cesárea
DEFINICION OPERACIONAL:
Se buscará en el expediente si se
ESCALA DE MEDICION:
Nominal.
UNIDAD DE MEDIDA:
SI, No.

INSTRUMENTO:
Boleta.

No. 6
VARIABLE:
Control Prenatal.
DEFINICION CONCEPTUAL:
Consulta a médico particular
educación en salud perinatal.
DEFINICION OPERACIONAL:
Se revisará en la historia clínica
ESCALA DE MEDICION:
Nominal.
UNIDAD DE MEDIDA:
SI, No.
INSTRUMENTO:
Boleta.

No. 7

VARIABLE:

Cesares Electlv~

DEFINICION CONCEPTUAL:

Operación programada por el médico
ponderación de los riesgos maternos y
de parto.

DEFINICION OPERACIONAL:

Se revisará en el expediente si
prenatal.

ESCALA DE MEDICION:

NomInal.

UNIDAD DE MEDIDA:

SI~No.

INSTRUMENTO:

Boleta

F. RECURSOS:

HUMANOS:

- Personal administrativo del departamento de Archivo y Registro del Hospital de Coatepeque.
- Personal de bibliotecas consultadas.
- PW~nal médico y paramédico que guarda los libros donde se escribe el egreso de las pacientes.
- Director del Centro de Salud.
- Registrador Civil de Coatepeque.
- Investigador, Asesor y Revisora.

MATERIALES:

ECONOMICOS:

-Reproducción de boletas de recolección de datos:	126.00
-Reproducción de material bibliográfico	90.00
-Transporte de Guatemala a Coatepeque y vi~ersa.	900.00
-Cintas para impresora	400.00
-Hojas	30.00
-Luz Eléctrica	50.00
-Computadora.	3,000.00
-Reproducción de Informe final	2,000.00

FÍSICOS:

- Hospital regional Juan José Ortega de Ocoatepeque.
- Biblioteca: Facultad de Ciencias Médicas USAC, Hospital Roosevelt, OPs.
- Registro civil de la municipalidad de Ocoatepeque.
- Centro de salud de Ocoatepeque.
- Libro de registro de pacientes
- Expedientes de pacientes.
- Boleta de recolección de datos
- Computadora e Impresora.
- Hojas.

G. PLAN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Primero se solicitó a la coordinación de la unidad de tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala la aprobación del tema. Luego ya teniendo aprobado el tema por parte de la Facultad se solicitó la autorización al director médico del hospital regional de Ocoatepeque para realizar el estudio en dicha institución.

Obtenidas las autorizaciones anteriores se procedió a elaborar el protocolo de la investigación.

Para realizar el trabajo de campo se revisó en el libro de egresos de la sala de maternidad, cuales fueron las pacientes a quienes se les realizó operación cesárea durante cada uno de los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2001. Posteriormente en el departamento de registro y archivo del hospital se revisó cada uno de los expedientes clínicos llenando las respectivas boletas de recolección de datos.

VII. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

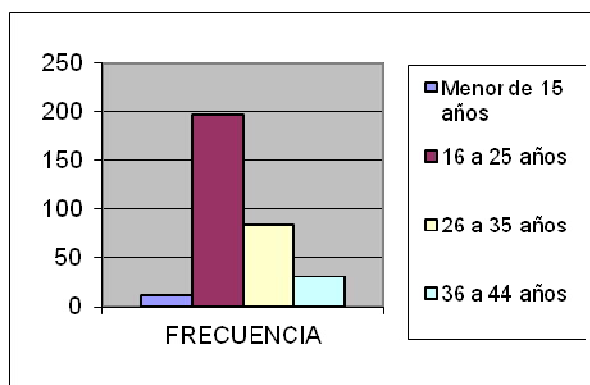
Se hace la aclaración que en el presente estudio no se tuvo contacto directo con las pacientes. La Información necesaria se obtuvo de sus expedientes clínicos.

En este estudio en particular, se espera que la información obtenida contribuya a la ciencia médica, mejorando la calidad de la atención obstétrica de todas las pacientes. También es importante mencionar que en el presente estudio los datos que se manejaron fueron de absoluta confidencialidad.

CUADRO # 1
 EDAD DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA
 HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
 COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001

EDAD MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor de 15 años	12	3.70%
16 a 25 años	197	60.80%
26 a 35 años	84	25.90%
36 a 44 años	31	9.60%
Total:	324	100.00%

GRAFICA DEL CUADRO # 1:
 EDAD DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA
 HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
 COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: En cuanto a la distribución por edad se hace evidente que el 60.80% de las pacientes estudiadas se encuentran entre 16 y 25 años una edad que se relaciona con un período sexual activo, y por lo tanto con incremento en la tasa de fecundidad.

CUADRO # 2
ETNIA DE PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001

ETNIA:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ladina	286	88%
Indígena	38	12%
TOTAL:	324	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: La mayoría de las pacientes estudiadas son de etnia ladina, lo que se relaciona a que en Coatepeque, como en otros municipios del suroccidente el grupo étnico principal corresponde a los ladinos.

CUADRO # 3:
OCUPACION DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estudiante	17	5.25%
Ama de Casa	267	82.40%
Perito Contador	2	0.61%
Comerciante	9	2.77%
Campesina	10	3.89%
Secretaria	8	2.47%
Empleada de Almacen	4	1.23%
Maestra	5	1.55%
No refiere	2	0.62%
TOTAL	324	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: Los resultados indican que el 82% de las pacientes son amas de casa la ocupación es un factor preponderante para la preparación que tengan las pacientes en el cuidado pre y post-natal.

30

CUADRO # 4:
ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alfabeta	252	78%
Analfabeta	72	22%
TOTAL:	324	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: Existe un 22% de pacientes analfabetas del total de pacientes a quienes se les practicó operación cesárea, tanto la ocupación como la escolaridad impiden un adecuado control prenatal.

CUADRO # 5:
DOMICILIO ACTUAL DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001

DOMICILIO ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
El Quetzal San Marcos	14	4.32%
Colomba Costa Cuca	30	9.30%
San Marcos	1	0.30%
Coatepeque	107	33.00%
Tecún Umán San Marcos	31	9.57%
Ocos, San Marcos	31	9.57%
Génova, Costa Cuca	23	7.10%
El Tumbador San Marcos	11	3.40%
San Martín Sacatepequez	3	0.92%
Nuevo Progreso San Marcos	15	4.63%
Flores Costa Cuca	25	7.80%
San Martín Sapotitlán	1	0.30%
Tapachula, Chiapas, México	1	0.30%
Malacatán San Marcos	1	0.30%
Pajapita San Marcos	19	5.83%
San Lorenzo San Marcos	2	0.62%
Ciudad Hidalgo Chiapas México	1	0.30%
La Reforma San Marcos	3	0.92%
La Blanca San Marcos	2	0.62%
Guatemala	1	0.30%
San Felipe Retalhuleu	1	0.30%
Catarina San Marcos	1	0.30%
TOTAL:	324	100.00%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: Respecto al lugar de residencia solamente el 33% de las pacientes vive en Coatepeque, un 67% vive en municipios circunvecinos, que abarcan un área geográfica extensa, por lo que se atiende en el Hospital de dicho municipio a un alto número de partos y cesáreas.

CUADRO # 8:
PARIDAD DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001

PARIDAD	NULIPARA	SECUNDIGESTA	TRIGESTA
0 cesárea	131	29	19
1 cesárea	0	33	8
2 cesárea	0	0	22
3 cesárea	0	0	0
Total:	131	62	49

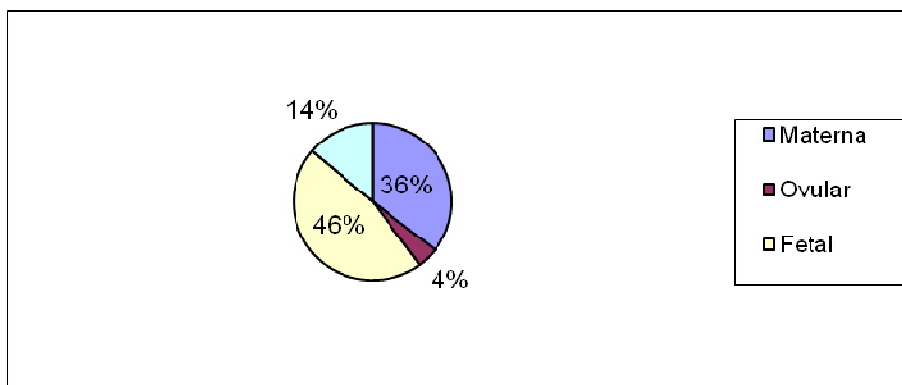
Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: En cuanto a la paridad el mayor número de pacientes eran nulíparas con 131 casos, lo cual evidencia que el mayor número de cesáreas se realiza a pacientes primigestas. Las pacientes que habían tenido dos partos previos fueron 62, de las cuales 33 tenían una cesárea previa. De las 49 trigestas 8 tenían una cesárea previa, y 22 tenían dos cesáreas previas. Con estos resultados observamos que una de las principales indicaciones de operación cesárea en el hospital regional de Coatepeque es cesárea previa. Queda la impresión de que la primera cesárea señala de una u otra forma el futuro obstétrico de la paciente.

CUADRO # 9:
 TIPO DE INDICACION DE CESAREA.
 HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
 COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.

TIPO DE INDICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Materna	115	35.50%
Ovular	14	4.30%
Fetal	150	46.20%
Materno-Fetal	45	14%
Total:	324	100.00%

GRAFICA DEL CUADRO # 9:
 TIPO DE INDICACION DE CESAREA
 HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
 COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: Se hace evidente en el presente estudio que las indicaciones de cesárea que prevalecen son las de tipo fetal, muy seguidas por las de tipo materno con 115 casos.

CUADRO # 10:
INDICACIONES MATERNAS
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.

INDICACIONES DE CESAREA:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cicatriz de cesárea segmentaria	83	72.20%
Papilomatosis vaginal	7	6.10%
Distocias de cuello uterino	2	1.73%
Preclampsia-eclampsia	15	13.00%
Cáncer de cérvix	1	0.9%
Deformidad en cadera	1	0.9%
Hipersensibilidad uterina	2	1.73%
Agotamiento materno	1	0.9%
Trabajo de parto prolongado	3	2.60%
TOTAL:	115	100.00%

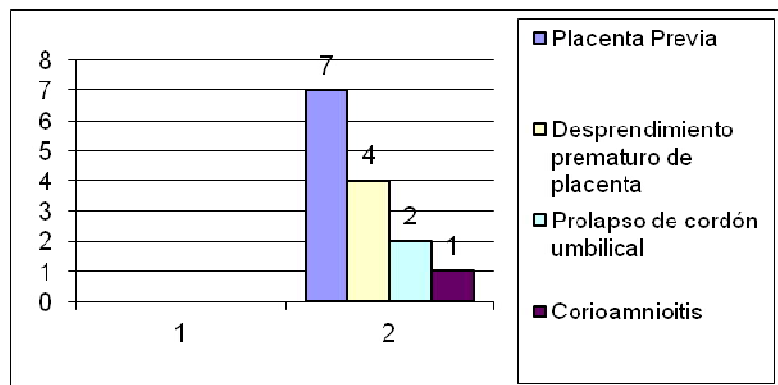
Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: Dentro de las indicaciones de tipo maternas, la principal es cicatriz de cesárea segmentaria o cesárea previa con un 72%, lo cual comentabamos que se sigue con la cesárea de repetición quizá por el temor de que se produzca una dehiscencia o ruptura uterina. Otra de las indicaciones de tipo maternas es la preclampsia con 15 casos, a los que no se les realizó prueba de trabajo de parto con venoclis de oxitocina para intentar evitar la cesárea.

CUADRO # 11
INDICACIONES OVULARES
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.

INDICACIONES DE CESAREA:		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Placenta Previa		7	50%
Desprendimiento prematuro de placenta		4	29%
Prolapso de cordón umbilical		2	14%
Corioamnionitis		1	7%
TOTAL:		14	100%

GRAFICA DEL CUADRO # 11:
INDICACIONES OVULARES
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.



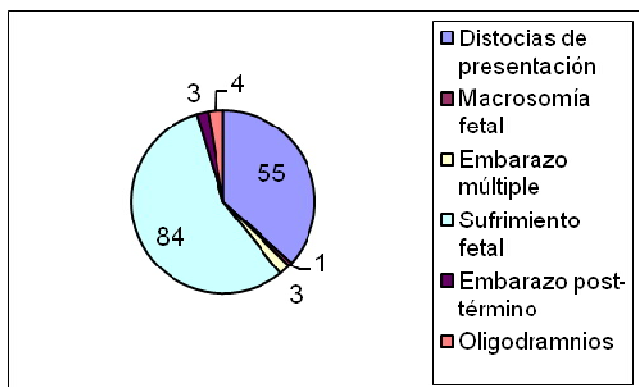
Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: De las indicaciones de tipo ovular, la principal causa es placenta previa con 7 casos, la cual es indicación absoluta de cesárea cuando se trata de placenta previa oclusiva total, en 6 de estos casos no se describe en la nota operatoria qué tipo de placenta previa se halló.

CUADRO # 12:
INDICACIONES FETALES
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.

INDICACIONES DE CESAREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Distocias de presentación	55	36%
Macrosomía fetal	1	1%
Embarazo múltiple	3	2%
Sufrimiento fetal	84	56%
Embarazo post-término	3	2%
Oligodramnios	4	3%
Total	150	100%

GRAFICA DEL CUADRO # 12:
INDICACIONES FETALES
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: De las indicaciones fetales, el sufrimiento fetal ocupa el mayor número de casos: 84 en total, los cuales se diagnostican en su mayoría por clínica, aunque un pequeño número se justifica por ultrasonido y perfil biofísico que se realiza en centros privados, ya que el hospital no cuenta con este equipo de diagnóstico, lo que dificulta aún más el trabajo y la toma de decisiones respecto a realizar o no cesárea a las pacientes.

CUADRO # 13:
INDICACIONES MATERNO-FETALES
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.

INDICACIONES DE CESAREA:	FRECUENCIA:	PORCENTAJE
Desproporción céfalo-pélvica	45	100%
Total:	45	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: De las indicaciones materno-fetales la desproporción céfalo-pélvica fue la única causa encontrada en número de 45 casos. En ocasiones éste diagnóstico es evidente, en la práctica la prueba de trabajo de parto permite confirmarlo. A 14 de las 45 pacientes con desproporción céfalo-pélvica se les realizó prueba de trabajo de parto con venoclisis de oxitocina, llevando registro gráfico de partograma a 9 de ellas, en quienes hubo fracaso en la conducción, debiendo indicar la cesárea.

CUADRO # 14
INDICACIONES ABSOLUTAS
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001

INDICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Placenta previa	7	5%
Más de 2 cesáreas previas	33	26%
Sufrimiento fetal	84	60%
Papilomatosis	7	5%
Cancer del cervix	6	1%
Prolapso de cordón	2	1%
Distocias de cuello uterino	2	1%
Deformidad en cadera	1	1%
Total:	137	100%

GRAFICA DEL CUADRO # 14:
INDICACIONES ABSOLUTAS
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001

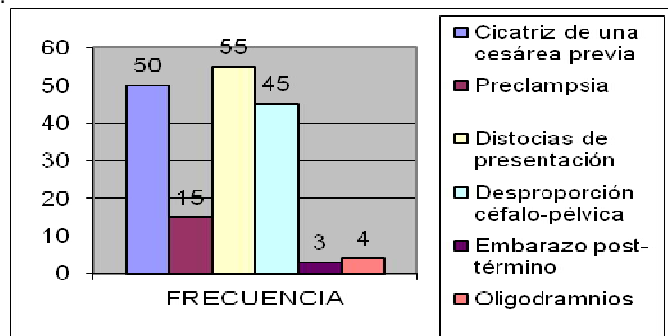
Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: Como en muchos hospitales nacionales y extranjeros el sufrimiento fetal agudo es una de las principales causas de indicación de operación cesárea, de igual manera en el hospital de Coatepeque ocupa un 60% de todas las indicaciones absolutas.

CUADRO # 15:
INDICACIONES RELATIVAS
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.

INDICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Cicatriz de una cesárea previa	50	27%
Preclampsia	15	8%
Distocias de presentación	55	29%
Desproporción céfalo-pélvica	45	24%
Embarazo post-término	3	2%
Oligodramnios	4	2%
Trabajo de parto prolongado	3	2%
Corioamnioitis	1	0.53%
Agotamiento materno	1	0.53%
Macrosomía fetal	1	0.53%
Hipersensibilidad uterina	2	1%
Embarazo múltiple	3	2%
Desprend. Prematuro de placenta	4	2%
Total:	187	100%

GRAFICA DEL CUADRO # 15:
INDICACIONES RELATIVAS
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A
OCTUBRE 2,001.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: Al revisar las indicaciones según la magnitud del riesgo materno perinatal y agruparlas en absolutas y relativas, sorprende el hecho de que es mayor el número de relativas, con el 58%, dentro de las cuales la principal indicación es distocias de presentación con un 17%, actualmente algunas distocias como la situación transversa pueden cambiarse a otras más favorables a través de maniobras externas, pero para ello se necesita monitoreo de frecuencia cardíaca fetal por ultrasonido, en cuyos casos no podrían realizarse pues el hospital carece de este equipo de diagnóstico.

CUADRO # 16:
PACIENTES CON CESAREA ELECTIVA O DE
EMERGENCIA
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.

FUE CESAREA DE:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Emergencia	323	99.70%
Electiva	1	0.30%
Total:	324	100%

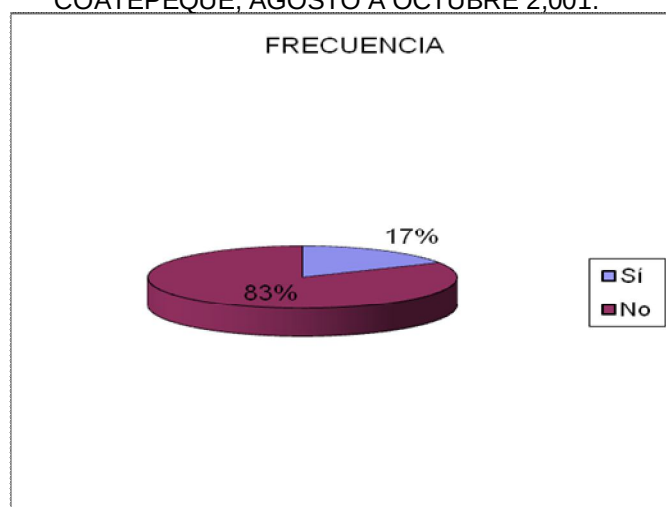
Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: Mención aparte requiere el hallazgo de que la mayoría de las indicaciones tanto absolutas como relativas se realizaron como cesárea de emergencia, en un 99%, es decir que la elección de la cesárea fue tomada por los médicos de turno durante el trabajo de parto, lo interesante de este hallazgo es que a pesar de que el 99% de las intervenciones fueron de emergencia solo al 17% de ellas se les llevó registro gráfico de partograma documento donde se registra el trabajo de parto, la dilatación cervical y el descenso de la presentación, resultando contradictorio.

CUADRO # 17:
PACIENTES A QUIENES SE LLEVO REGISTRO DE PARTOGRAMA:
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.

LLEVO PARTOGRAMA:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	56	17%
No	268	83%
Total:	324	100%

GRAFICA DEL CUADRO # 17:
PACIENTES A QUIENES SE LLEVO REGISTRO DE PARTOGRAMA
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.



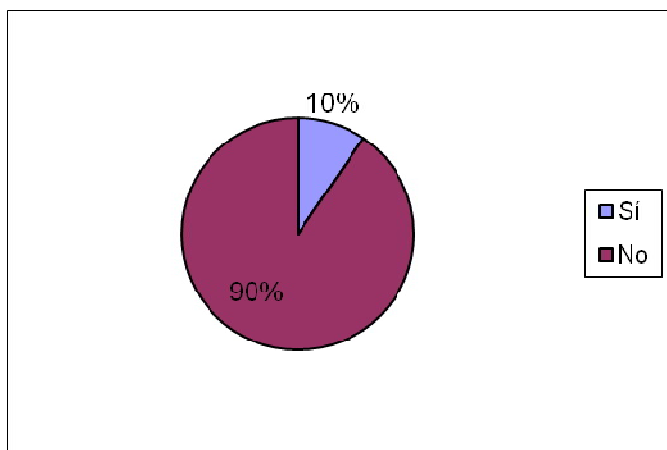
Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: Según las historias clínicas de las pacientes, a un 83% de ellas no se les llevó registro gráfico del partograma, y, en todo trabajo de parto debería llenarse dicho registro para justificar en un momento determinado si se decide realizar operación cesárea.

CUADRO # 18 :
PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZO PRUEBA DE
TRABAJO DE PARTO CON VENOCCLISIS DE OXITOCINA.
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.

SE REALIZO PRUEBA:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	31	10%
No	293	90%
Total:	324	100%

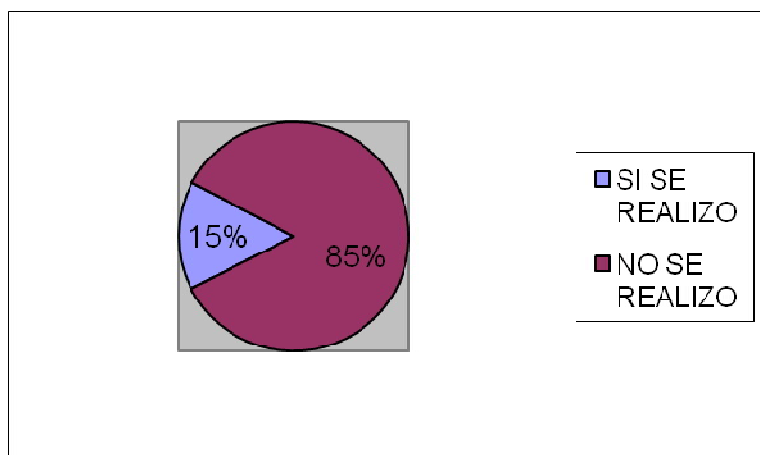
GRAFICA DEL CUADRO # 18:
PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZO PRUEBA
DE TRABAJO DE PARTO CON VENOCCLISIS DE OXITOCINA.
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: Al tratar de responder la inquietud de si se dio prueba de trabajo de parto a las mujeres que se operaron encontramos que a un 10% de pacientes sí se les dio, correspondiendo a 31 casos, por otro lado a un 90% no se les dio, quizás porque no cumplían requisitos para prueba de trabajo de parto, pero esto no estaba documentado.

GRAFICA DEL CUADRO # 19:
PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO CON OXITOCINA
VRS. PARIDAD DE LAS PACIENTES.
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.



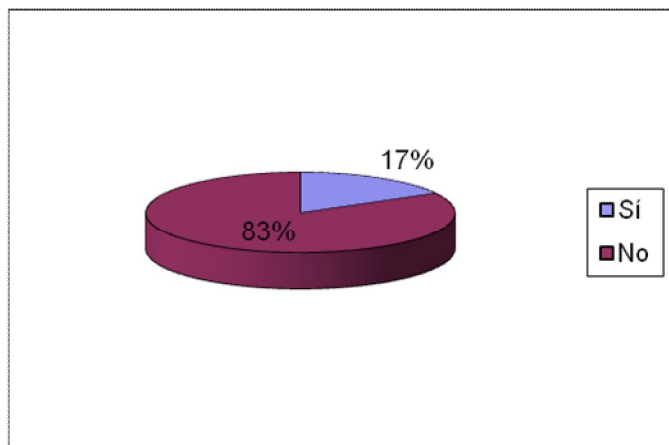
Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: Al relacionar a las pacientes a quienes no se les dio prueba de trabajo de parto con la paridad, vemos que hubo 111 pacientes o sea un 34% de primigestas, y un 16% (52 pacientes) de secundigestas a quienes no se les realizó, y en quienes tal vez se hubiera realizado parto por vía vaginal, si la conducción con oxitocina funcionaba. Se sabe que el éxito de parto por la vía vaginal después de una cesárea es de 80% sin embargo 50 pacientes cuya indicación de operación fue una cesárea previa no se les realizó prueba de trabajo de parto con oxitocina, una razón más por la que existe incremento en el número de cesáreas en el hospital de Coatepeque.

CUADRO # 20:
CESAREAS AUTORIZADAS POR FAMILIAR DE LAS PACIENTES:
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.

SE SOLICITO AUTORIZACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	55	17%
No	269	83%
Total:	324	100%

GRAFICA DEL CUADRO # 20:
CESAREAS AUTORIZADAS POR FAMILIAR DE LAS PACIENTES:
HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE ORTEGA
COATEPEQUE, AGOSTO A OCTUBRE 2,001.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Análisis: Por razones éticas es necesario explicar a los familiares o al cónyuge de paciente, cuando es de carácter urgente y por qué se realizará operación cesárea, en este caso decidimos averiguar si ellos habían dado autorización para realizar este procedimiento quirúrgico, encontrando que solo el 17% de las historias clínicas sí tenían autorización pero para realizar pomeroy después de la cesárea como método de control definitivo de la fertilidad.

IX. CONCLUSIONES:

- 1.- El grupo de indicaciones para cesárea que más se presentó fué el de las indicaciones de tipo fetal con 150 casos, y dentro de ellas fué el sufrimiento fetal el que ocupa el mayor número.
- 2.- Las Indicaciones de tipo materno fueron la segunda causa de operación cesárea con 115 casos, y dentro de ellas la que más se presentó fué cicatriz de cesárea segmentaria.
- 3.- Al agrupar las indicaciones de cesárea según la magnitud del riesgo materno-perinatal, las Indicaciones relativas ocupan el 58% de casos siendo las distodas de presentación la principal causa en un 17%.
- 4.- El 99% de las cesáreas realizadas fueron de emergencia, sólo el 17% del total se les llevó registro gráfico de partograma, documento donde se registran datos básicos para decidir realizar o no una cesárea.
- 5.- Se demostró que la prueba de trabajo de parto con oxitocina se dió a un 10% de pacientes. Al relacionar el 90% de pacientes a quienes no se les dió la prueba con la paridad vemos que a un 34% de nuliparas y a un 18% de secundigestas a quienes no se les realizó, y por lo tanto no se dió oportunidad de tener parto vía vaginal.

X. RECOMENDACIONES:

Hacer una presentación mensual, en el Hospital Regional Juan José Ortega de Ooatepeque, de los casos de pacientes que fueron sometidas a operación cesárea, para que las indicaciones sean discutidas y analizadas por los médicos¹ con el propósito de mejorar la atención obstétrica de las pacientes.

Que en los casos en que se piense realizar operación cesárea, la Indicación sea discutida por los médicos del servicio o de turno, y en todos los casos se haga una nota preoperatoria con el propósito de justificar la decisión de realizar la cesárea, sobre todo cuando la indicación no sea absoluta.

incentivar al personal médico del Hospital Regional de Coatepeque para intentar parto vaginal con oxitocina intravenosa en todas las pacientes nulíparas cuyas circunstancias médico-obstétricas lo permitan, así como en secundigestas con una cesárea previa que llenen los requisitos necesarios, esto antes de tomar la decisión de realizar operación cesárea.

Solicitar al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contemplar dentro del presupuesto para el Hospital Regional de Coatepeque la compra de un equipo de ultrasonido de diagnóstico obstétrico, así como monitores materno-fetales, debido a la utilidad de los mismos, y a la alta demanda de población obstétrica en dicho centro así como la capacitación del personal médico con respecto al uso del mismo.

XI. RESUMEN:

En el presente estudio se analizaron los expedientes clínicos de 324 pacientes a quienes se les realizó operación cesárea en el Hospital Regional de Coatepeque, en el período comprendido de Agosto a Octubre del 2001.

El objetivo principal fue determinar las indicaciones que se tomaron en consideración para realizar cesárea a este grupo de pacientes.

Los resultados demostraron que el grupo de Indicaciones que más se presentó fue el de las indicaciones de tipo fetal con 150 casos y dentro de estas, el sufrimiento fetal ocupa el mayor número con 84 casos.

89% de las cesáreas realizadas fueron de emergencia. La prueba de trabajo de parto con venoclisis de oxitocina solo se dió en un 10% de las pacientes. En cuanto a la paridad, el mayor número de pacientes operadas fueron nulíparas (131 casos) a quienes en un 34% no se les dió oportunidad de parto por vía vaginal.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Alfaro Mario-Forno Lionel. PARTO EN PRESENTACION Departamento de Gineco-Obstetricia Hospital Roosevelt. Guatemala O. A. 1995.

PODALICA

- 2.- APECA. LOCALIZACION GEOGRAFICA DE COATEPEQUE. Primera Antología de Poetas, escritores y Compositores de Coatepeque. la. Edición. Febrero 1995. imprenta Off-Set Sánchez, Coatepeque, Quetzaltenango. Pags. 3-10.
- 3.- Cabezas, Evelio; Delgado, Adrián. COMPORTAMIENTO DE LA CESAREA EN LA SSA DURANTE EL PERIODO 1990-95. Rev. de Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 66, Agosto 1998. Pags. 335-338.
- 4.- Calleja victor; Rodriguez Jesús. CESAREA HISTERORRAFIA EN UN PLANO. Rev. de Ginecología y Obstetricia de México. No. 32, Vol. 62. Octubre 1994. ~gs. 304-307.
- 5.- Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. CODIGO DEONTOLOGICO. 20 Marzo de 1,984. Delgado Impresos & Cía. Ltda.
- 6.- Chacón Montiel, José Luis. HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO. Departamento de Gineco-Obstetricia, Hospital Roosevelt, Guatemala, O. A. 1996.
- 7.- De la Garza, Carlos; Celaya, Juan Antonio. PARTO DESPUES DE CESAREA EN EL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA DE GARZA GARCÍA, NL Revista de Ginecología y Obstetricia de México. No. 56, Vol. 65, Abril 1997. Pags. 126-130.
- 8.- Dessler. LA PRECLAMPSIA. Mayo Clinic. Wvww. Mayo Health. Orgl American College of Obstetricians and Gynecoioglst. [http: //www. Acog. orgi.](http://www.Acog.org)
- 9.- Dexeuf. FISIOLÓGIA OBSTETRICA. Salvat Editores, 8. A. Barcelona España, 1962.

- 10.- El mundo es salud. CONTRA LA PRECLAMPSIA. Wwvv 2.8 mundo
es1salud1288l091NO124. html.

50

- 11.- Ferrer Rafael; Mona Patricio. OPERACION CESAREA~ Rev.
ch;Iena de Ginecología y Obstetricia No. 41 Vol. ⁵⁸¹ 1993 Pags. 257-261.
- 12.- Galindo Reyna, Guillermo. MONOGRAFÍA HISTORICA DE
COATEPEQUE. 200 Años de historia en la vida de la ciudad de Santiago de
Coatepeque, 1997.
- 13.- Girón Castillo, Edgar Octavio. COATEPEQUE, HECHOS E HISTORIA₁
Revista La Costa₁ Año 4, No. 4, Marzo 1989. Pags. 4-8.
- 14.- Guzmán, Arnoldo; González Jorge. QUE HACER PARA REDUCIR EL
NUMERO DE CESAREAS? Rev₄ de Ginecología y Obstetricia de México.
No. 58, Vol. 65, Julio 1997. Pags. 273-276.
- 15.- Guzmán, Arnoldo; Martjn Alfonso; Alfaro, Noé. LA
REDUCCION DE CESAREAS DE 28 A 13% INCREMENTA O NO LA
MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL; LA GRAN DUDA? Revista
de Ginecología y Obstetricia de México. No. 66, Vol. 66, Marzo 1996. Pags.
122-125.
- 16.- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. MANUAL DE NORMAS
HOSPITALARIAS DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA.
Guatemala, Octubre 1996.
- 17.- LIBRO DE ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL REGIONAL JUAN JOSE
ORTEGA, DE COATEPEQUE₁ Departamento de ArchIvo, Hospital de
Coatepeque, Diciembre del 2,000.
- 18.- LIBRO DE REGISTRO DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES.
Departamento de Registro Clvii. Municipalidad de
Coatepeque, 1999-2001.
- 19.- Lifshitz, Aíberto. LA PRACTICA DE LA MEDICINA CLÍNICA EN LA
ERA TECNOLÓGICA. UnIversidad Nacional Autónoma de México,
Facuftad de Medicina, Instftuto Mexicano del Seguro Sodal, México, Enero
1997. Pags.

- 20.- Lira, Josefina; Tiscareño Andrea; Duque Yedid. CESAREA DE REPETICION: UNA CESAREA NECESARIA? Revista de Ginecología y Obstetricia de México. No. 83, Vol. 68, Mayo 2000. Pags. 218-223.

51

- 21.- Martín, Carlos; Yin-Urías, Josué. TENDENCIA DE LA OPERACION CESAREA EN TRES AMBIOS DE ATENCION MEDICA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL PERIODO 1981m1995. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. No. 71, Vol. 66, Noviembre 1996. Pags. 452-455.
22. - Nájera Farfán, Mario; Forno Blanco, Lionel. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA. Departamento de Gineco-Obstetricia, Hospital Roosevelt Guatemala, C.A. 1995.
- 23.- Olivas, Gustavo; Cuéllar, Julio; Mata, Víctor. CESAREA: PERDIDA HEMATICA TRANSOPERATORIA Y SU RECUPERACION. Rey. de Ginecología y Obstetricia de México. No. 76, Vol. 67, Agosto 1999. Pags. 361~.
- 24.- Palacios Farrera, Sergio. CESAREAS Y FORCEPS. El Rincón Universitario. Pag. 1-5. www.e-más.co.cVcategorí~medidn~cesáreas.htm.
- 25.- Pérez Sánchez, Alfredo; Donoso Siña. OBSTETRICIA. 3a. Edición. Santiago de Chile, 1999.
26. - Rivera Alvarez, J. Ramiro. EL DOCTOR JUAN JOSE ORTEGA Y SU TIEMPO. Cátedra Prima, 1990.
- 27.- Schuwarcz~la-Duverges. OBSTETRICIA. Editorial E Ateneo, 1997, Buenos Aires Argentina.
- 28.- Treviño, Guillermo; Puente, Héctor. INDICACION DE LA OPERACION CESAREA: REVISION DE 300 CASOS. Rev. de Ginecología y Obstetricia de México. No. 70, Vol. 66 Octubre de 1996. Pags. 411-413.
- 29.- Vásquez, José Benedicto; Juárez López, Carlos. PROTOCOLOS OBSTETRICOS. ~. Edición, llllayo 2000. Departamento de lillaternídad Hospital Roosevelt.

Guatemala, C.A.

- 30.- Viñalobos, Abelardo; Coutiño,
FRECUENCIA DE CESAREA
RUPTURA DE MEMBRANAS.
No. 71, Vol. 66, Noviembre de