

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS “Dr. JOSÉ ASEF YARA”
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO Dr. ANTONIO LUACES IRAOLA
SERVICIO DE GINECOBSTRETRICIA**

**TITULO. Comportamiento de algunas variables relacionadas con la
cesárea primitiva en el Hospital Provincial Docente Dr. Antonio Luaces
Iraola de la provincia de Ciego de Ávila.**

**PROYECTO DE TRABAJO DE TERMINACIÓN DE RESIDENCIA PARA
OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
GINECOBSTRETRICIA**

**AUTOR: Dra. Yanara Salas Villaurrutia.
ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL
RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO EN GINECOBSTRETRICIA**

**TUTOR: Dr. Gisel Díaz Díaz.
ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN GINECOBSTRETRICIA
PROFESOR INSTRUCTOR**

**CIEGO DE ÁVILA
2010**

*“El mejor
obstetra es el
que mejor sabe
esperar”.*

Adolfo Pinard.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo para identificar el comportamiento de algunas variables relacionadas con la cesárea primitiva en el Hospital Provincial Docente Dr. Antonio Luaces Iraola de la provincia de Ciego de Ávila, en el período comprendido entre el 1ro de enero al 31 de diciembre del 2011. El universo estuvo constituido por 3001 partos que se realizaron y quedó conformada la muestra por 1048 pacientes operadas de cesáreas primitivas en este centro hospitalario en el período descrito anteriormente. El índice de cesárea primitiva fue de 34.9%. La edad materna que predominó fue el grupo de 20 a 35 años. Así como en las pacientes nulípara. El mayor número de gestantes se interrumpieron en el grupo con la edad gestacional de 37 a 41 semanas (a término). La enfermedad que más se asoció al embarazo fue la anemia y de las enfermedades que complican el embarazo la más frecuente fue el oligoamnio. El 37.6% de las cesáreas estaban relacionadas con la inducción del parto. La principal causa obstétrica fue el estado fetal intranquilizante seguida de la desproporción céfalo-pélvica, la presentación pelviana, el oligoamnio y la preclampsia grave.

Palabras clave: OPERACIÓN CESÁREA, DISTOCIA

INDICE

<u>Contenido</u>	<u>Páginas</u>
Resumen	
Introducción	2 a 7
Objetivos	8
Marco Teórico.....	9 a 32
Material y métodos.....	33 a 35
Resultados Y Discusión.....	36 a 43
Conclusiones	44
Recomendaciones	45
Referencias bibliográficas.....	46 a 57

INTRODUCCION

Un alarmante y galopante aumento de la frecuencia de la operación cesárea se ha observado en Latinoamérica y en gran parte del planeta en los últimos años. Actualmente, la operación cesárea es la intervención quirúrgica más frecuente del mundo y Constituye una de las operaciones más antiguas de la humanidad y una de las más practicadas en la actualidad. (1,2)

En los últimos treinta años se ha producido una tendencia mundial al aumento de la operación cesárea. Antes de 1960, la frecuencia de cesárea era inferior al 5%; en la actualidad, la frecuencia oscila entre un 20 a 25% en los servicios públicos de salud y mayor al 50% en el sistema privado. (3)

En Estados Unidos la tasa de cesáreas creció rápidamente en los años 70 a 80 y se estabilizó en alrededor del 21 % para 1998. Francia, país que recientemente recibió un encumbrado lugar en la lista de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre calidad de servicios, reporta el 15,9 % en 2006. España en los hospitales públicos expone el 18 %, mientras que en las clínicas privadas el 28 %. China reporta una tasa tan alta como el 40 % en el 2007. (4) En Cuba, México, Uruguay y Argentina, el promedio fue de más de 23 % en el año 2007. (5)

Debido a que la tasa de cesárea se eleva, de modo que su promedio aumenta de un 15 a un 33 % en los últimos 25 años, los riesgos de morbilidad y mortalidad materna también se incrementan. El incremento injustificado de la cesárea no mejora la morbilidad ni la mortalidad materna, eleva los costos hospitalarios y puede comprometer el futuro obstétrico de la mujer por la existencia de una cicatriz en el útero. (6, 7,8)

Cuba no es ajena a este fenómeno. Aproximadamente el 40% de los nacimientos en el país se producen por parto transabdominal, es decir, cesárea. (9)

Por esta afinación es indispensable la coordinación previa de ginecobstetras, anesthesiólogos y personal de enfermería tanto en la unidad quirúrgica como del postoperatorio. Recordemos que más del 60% de las muertes por hemorragias se producen en el puerperio inmediato. (10-12)

La cesárea puede ser primitiva, iterada y electiva o programada cuando se realiza por primera vez, por segunda o más veces y cuando se realiza antes del inicio del trabajo de parto por existir condiciones de la madre o el niño que exigen la terminación del embarazo y está contraindicada la vía transpélvica. (13)

La actitud médica hacia la cesárea ha mostrado ser quizás el factor más importante que explica las diferencias en la incidencia de cesárea entre los distintos médicos que asisten poblaciones similares.

Diversas son las razones para explicar este aumento. Dentro de las causas que podrían explicar la mayor frecuencia de la indicación de cesárea podríamos encontrar: desarrollo de mejor técnica operatoria y anestésica, mayor cantidad de profesionales con buena formación y destreza en la técnica quirúrgica, mayor conocimiento de patologías que condicionan un embarazo de alto riesgo, mejor vigilancia y monitorización del trabajo de parto, práctica de una medicina defensiva desde el punto de vista médico-legal, mayor número de cesáreas electivas solicitadas por las pacientes. (14,15)

La mortalidad materna y perinatal ha presentado una notoria disminución con los años lo cual no se explica necesariamente por el mayor número de cesáreas ya que en algunos países ha disminuido la mortalidad sin aumentar el número de cesáreas (Ej: Holanda, Japón). La mortalidad materna por cesárea se encuentra entre 0,1 a 2% lo cual es 3 a 5 veces más frecuente que para el parto vaginal. (16-20)

La cesárea tiene una mayor morbilidad materna, dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembólicas, además de un período de recuperación y un costo mayor que el parto vaginal.

Respecto a mortalidad perinatal, debe analizarse con cuidado la posible relación inversa entre número de cesáreas y mortalidad perinatal. Sin duda que la operación cesárea ha contribuido a la disminución de la mortalidad perinatal, no obstante, otras acciones obstétricas, neonatales y de salud pública también lo han hecho. Los resultados perinatales también se ven comprometidos por mayor incidencia de morbilidad respiratoria, metabólica e infecciosa.

En general, los nacidos por cesárea tienen dos veces más probabilidad de morir en el período neonatal que los nacidos por parto vaginal. (21)

Es interesante destacar que estudios colaborativos del Centro Latinoamericano De Perinatología (CLAP) señalan que sólo un 5% en las variaciones de la tasa de mortalidad perinatal se explican por la variación en la frecuencia de la operación cesárea.

Las indicaciones más frecuentes de operación cesárea son:

1. Cesárea anterior
2. Sufrimiento fetal agudo
3. Desproporción céfalo pelviana
4. Distocia de presentación.

Lógicamente, no es posible “culpar” solamente al personal de la salud por el incontrolado e injustificado aumento de la operación cesárea en todo el mundo. Diferentes razones han llevado a que una parte importante de la población (pacientes y familiares) prefieran en el momento actual, a la cesárea como forma del parto.

Esto tiene una importancia fundamental en los países desarrollados y en los sistemas privados de atención, donde la paciente tiene la posibilidad de decidir la vía del parto. En una revisión de la bibliografía actual se encontró lo siguiente (22-28):

Razones maternas para preferir el parto vaginal.

- Menos dolor.
- Recuperación más rápida.

- Rechazo a la cesárea.
- Es más natural.
- La mujer puede volver antes a sus tareas y actividades.
- Es más rápido.
- Tiene menor riesgo.
- Es mejor.
- Es mejor para el bebé.
- Es mejor para el vínculo madre-hijo.
- Requiere menos “dieta”.
- La mujer siente la “maravilla del nacimiento”.
- Es posible tener más partos vaginales.

Razones maternas para preferir la cesárea

- Menos dolor.
- El bebé no sufre.
- La mujer se siente más segura.
- Es más rápida.
- Es más fácil.
- Se conoce la fecha de nacimiento.
- Permite tener menos hijos.
- Mujer recibe mejor cuidado.
- Menos riesgo para la mujer.

Nuestro país no ha estado ajeno a la situación mundial con respecto a la operación cesárea. Las causas no han sido completamente claras. Por una parte, la introducción de nuevas tecnologías, pruebas diagnósticas e indicaciones y por otra parte, las presiones de tipo administrativo, unidas a una mayor liberalidad en la indicación del procedimiento, han contribuido a que las tasas hayan aumentado a casi el doble en alrededor de 15 años.

En el año 1990, el índice de cesárea fue de 19,45%. En el año 2004 hubo 83 700 partos vaginales y 44 204 cesáreas, para un índice de 34,5%.

De la información precedente de diversos hospitales de Cuba, se conoce que las cifras fueron de alrededor del 11% hasta 1985 y aumentaron a 24,9% en 1995 y a 40% en el 2005.

La cesárea se asocia con una incidencia de infecciones entre el 8% y el 27%, mientras que en el parto vaginal es del 2% al 3%. Los índices de transfusión debido a hemorragias en mujeres con cesárea alcanzan del 1% al 6%. Al realizar la cesárea se observa una frecuencia de daño a órganos vecinos del 0.4%. Daños a vasos uterinos 0,5% y extensión de la incisión uterina a estructuras cercanas 1% al 3%.

Complicaciones pulmonares, tales como tromboembolismo (0,1% al 0,2 %) y atelectasia (5%), sobre todo cuando se emplea la anestesia general.

La morbilidad materna es 5 a 10 veces mayor en la operación cesárea y la mortalidad es 2 a 4 veces mayor con relación al parto vaginal (Shearer E.1993). (16)

En Estados Unidos la mortalidad materna asociada con cesárea (Petiti 1982) (17), fue de 40,9 x 100 000 nacimientos, mientras que asociada a parto vaginal fue de 9,7 x 100 000. En Georgia fue de 59.3 x 100 000 en la cesárea y de 9,7 x 100 000 en el parto vaginal.

Los reportes de Brasil muestran cifras de mortalidad materna de 100 a 200 x 100 000 en mujeres sometidas a cesáreas (Souza 1994) (8,9). En EE.UU. la mortalidad asociada a cesárea electiva iterada es de 17,9 x 100,000 nacimientos.

La cesárea muestra mayor infección que un parto vaginal. Se han reportado frecuencia de infecciones en parto vaginal de 1.3 %, cifras que contrasta con 13% en mujeres con cesárea, por lo que constituye uno de los principales motivos de reingresos, de estos porcentos el mayor número corresponde con la sepsis de la herida quirúrgica. Los niveles varían en dependencia de la prescripción o no de antibiótico terapia. La mayor incidencia fue de endometritis y el mayor porcentaje fue en cesárea a repetición. Se ha encontrado diferencias significativas estadísticamente en la incidencia de endometritis (23%) y mujeres adultas (11%) dentro de los gérmenes la Clamidia tracomatis fue encontrada 21 % en las adolescentes y en la mujer adulta 6% y la GardenellaVaginal en 32% de las adolescentes y el 9% en las mujeres adultas. (29)

La tasa de mortalidad materna en la cesárea ha disminuido, no obstante, el riesgo continuo excedido al registrado al parto vaginal, se plantea que la probabilidad de ocurrencia de una muerte materna es entre dos y cuatro veces superior en el caso de la cesárea.

Ciego de Ávila ocupa la segunda provincia de más alta tasa de cesáreas primitivas en nuestro país. (30)

Teniendo en cuenta el alto índice de cesárea primitiva en la provincia de Ciego de Ávila en los últimos cuatro años, se hace necesario la realización de estudios encaminados a identificar factores relacionados con este proceder quirúrgico y mediante estos conocimientos crear estrategias que disminuyan este indicador y la morbilidad materna y perinatal.

Problema de Investigación.

¿Cuál es el comportamiento de algunas variables relacionadas con la cesárea primitiva en el Hospital Provincial Docente Dr. Antonio Luaces Iraola de la provincia de Ciego de Ávila?

Reseña histórica

La cesárea es a la vez la más antigua y la más moderna de las intervenciones obstétricas. El origen remoto de las operaciones es antiquísimo, y, así en los papiros egipcios, en el talmud y en las tradiciones de la India encontramos antecedentes de partos cesáreos antes que el fórceps o la versión hubieran sido siquiera intentados. Sin embargo, de todas las operaciones obstétricas es la cesárea la que más tardíamente ha alcanzado su perfección y entre su primitivo origen y su tardío desarrollo se extienden largos siglos de predominio de la tocurgia vaginal. Ante una mujer que no puede dar a luz, el impulso más bárbaro y primitivo lleva al corte de ese vientre que en la cúspide de sus dolores casi parece estallar, para liberar el ansiado fruto allí aprisionado. Por una extraña paradoja, este método bárbaro de terminar el parto ha venido a ser la operación tocúrgica más moderna y perfeccionada. (31)

La operación cesárea es conocida desde la antigüedad. El rey romano Numa Pompilio dictó su ley Regia (715-672 a.n.e.) en que se autorizaba a realizar la operación cesárea a toda mujer muerta en los últimos meses de la gestación con la intención de salvar al producto de la gestación. A pesar de que también en muchos países de Europa decretaron sus Cortes la obligatoriedad de practicar la operación cesárea post-mortem, esto no se llevaba a cabo siempre y se conocen casos en que se prohibió su realización como al célebre obstetra francés del siglo XVII François Mauriceau (1637-1709) y al cirujano alemán del XVIII Lorenz Heister (1683-1758), a quienes se les acusó e insultó además, al decirles que ni siquiera en el momento de la muerte dejaban reposar en paz el cuerpo de personas que ya en vida habían frecuentemente atormentado. (32)

El cirujano y obstetra alemán Leopold Sokrates von Rieke (1790-1876) que estudió profundamente la bibliografía sobre cesáreas post-mortem, quedó sorprendido de que existieran tan pocos casos seguros de niños que debieron su vida a la ley de su obligatoriedad y propuso en 1829 que el estado concediera un premio a las operaciones cesáreas practicadas con éxito en la mujer muerta, de un modo semejante a los conferidos por la salvación de vidas. (32)

El 21 de mayo de 1876, Porro realizó por primera vez la operación que más tarde llevó su nombre y que consistía en amputar supra vaginalmente el útero después de la cesárea, con lo cual obtuvo un completo éxito para la madre y el niño en una primípara de 25 años de edad, que presentaba una pelvis en alto grado raquítica. La técnica fue publicada en Milán en el propio año 1876 con el título "De la amputación útero-ovárica como complemento de la operación cesárea" que produjo gran sensación entre los médicos. (33)

Poco después de ser conocida la nueva técnica, comenzó a perfeccionarse constantemente. Si en la primera operación realizada por su autor se dejaba el muñón del cuello uterino fuera del peritoneo, más tarde se adoptó la técnica del muñón intra y retroperitoneal y por último, se pasó a practicar la inversión del muñón en la vagina. Estas y otras modificaciones contribuyeron a mejorar la técnica y que al cumplirse el 250 aniversario de la operación de Porro la casuística aportada por Ettore Truzzi (1855-1922) mostrara finalmente una mortalidad materna que llegaba solamente a un 25 % y una mortalidad infantil de 22 % aproximadamente. (33)

En estos éxitos no pueden verse solamente las ventajas de dicha operación y si deben tomarse en cuenta que por esos años hacen su aparición la antisepsia y la asepsia para dar comienzo a una nueva era en la medicina que haría avanzar a la cirugía en general hasta alcanzar logros insospechados siquiera antes de 1880. (33)

Al éxito de la operación cesárea han contribuido además en el siglo XX, otras muchas conquistas científicas pero ninguna de ellas como la introducción de los quimioterápicos y los antibióticos y el perfeccionamiento de la anestesia, por eso junto a los grandes impulsores de su técnica deben figurar los nombres de los inmortales creadores de la anestesia, la antisepsia, la asepsia, la quimioterapia y la antibioticoterapia: William Thomas Morton (1819-1868), Louis Pasteur (1802-1895), Joseph Lister (1827-1912), Paul Ehrlich (1854-1915), Gerhard Domagk (1895-1964) y Alexander Fleming (1881-1955). (34)

Cesárea. Conceptualización

Ante una mujer que no puede parir, el impulso más bárbaro desde épocas remotas ha sido abrir el vientre, que, en la cúspide de las contracciones, parece estallar para liberar el feto allí aprisionado. En los papiros de Egipto, en el Talmud hebreo y en las antiguas tradiciones de la India se mencionan estos hechos. (35)

El parto por cesárea se define como el nacimiento del feto a través de una incisión de la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), excluyendo la extracción de un feto de la cavidad abdominal en el caso de una ruptura uterina o de un embarazo abdominal. (35,36)

La cesárea se considera la más antigua y a la vez la más moderna de las operaciones obstétricas, pues de todas ellas es la que tardíamente ha alcanzado la perfección. (36,37) Algunos autores atribuyen el origen de la palabra *cesárea* al verbo latín *caedere* (cortar), mientras otros estiman que, según leyendas romanas, se impuso el nombre posterior al nacimiento de *Julio César* (100 a.C.), quien se supone vino al mundo de este modo. Su mortalidad era tan alta que fue considerado un objetivo inalcanzable, un remedio heroico. En un período de 90 años (1787-1876) en París no hubo sobrevivientes de este tipo de operación, en 1865 se reportó en Gran Bretaña una tasa de 85 % y en 1882 el punto de inflexión se produjo cuando *Max Sänger* introdujo la sutura de la pared uterina. (38,39)

En la actualidad, gracias al progreso alcanzado en la obstetricia por la introducción de antibióticos, al empleo de la hemotransfusión y a la mejoría en los métodos anestésicos, ha disminuido la morbilidad materno-fetal y ello se asocia a las escasas muertes reportadas por procedimientos de urgencia complicados, con estos resultados la realización de esta operación en las dos últimas décadas se ha cuadruplicado. (40,41)

No debemos olvidar que al someter a la embarazada a esta operación se incrementa el riesgo de parto siete veces lo normal, es por eso que la cesárea se considera actualmente la gran solución obstétrica para los problemas, pero no debemos abusar de su práctica. (42,43)

Los obstetras cubanos han aportado también diferentes métodos o variantes de técnicas extranjeras de la operación cesárea. En 1941 el profesor Ramírez Olivella presentó una nueva técnica, que el mismo distinguió como una variante del método de Michón y que realizaba en iguales indicaciones que con la técnica García Marrúz-Vilalta, obteniendo con ambos procedimientos cubanos resultados parecidos. De estas dos técnicas se da amplia explicación en el segundo tomo de la formidable obra *Obstetricia, UTEHA*, La Habana, 1945, del profesor Ramírez Olivella. (44)

Actualmente en EEUU la incidencia de cesárea promedio nacional llega al 25%. Ha estado, creciendo a un ritmo sostenido del 1% anual. El parto se intenta transformar de acto fisiológico en acto quirúrgico. El Instituto de Salud de EE. UU. Ha recomendado reducir el ascenso sostenido de la cesárea antes que los jueces lo obliguen por dispositivos legales. El aumento de la cesárea debe revertirse sin consecuencias adversas para la madre y el feto. (45)

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en el Consenso sobre cesárea publicado en 2007 señala que "...las indicaciones de la cesárea, constituyen uno de los puntos más controvertidos de la obstetricia actual. Principalmente porque el término indicación no tiene una delimitación precisa y en él se incluyen tanto las indicaciones absolutas, claras y poco discutibles, como las relativas, de margen más amplio y controvertido en las que entran en juego las características individuales de cada paciente y la interpretación personal del obstetra". (46)

No obstante, y para evitar el abuso de la operación, se deben tener presentes tres premisas que guiarán la decisión respecto a esta intervención:

- 1) La operación cesárea no es un procedimiento absolutamente seguro para la madre (el riesgo de muerte es muchas veces mayor que el parto vaginal).
- 2) La indicación debe estar científicamente establecida.
- 3) Siempre debe tenerse en cuenta la opinión de más de un especialista y de ser posible la del Jefe de Servicio de Obstetricia. (47)

No se comprenden de manera completa los motivos por los que la tasa de cesárea se multiplicó y su continuo incremento, pero las siguientes son algunas explicaciones:

1. Las mujeres tienen cada vez menos hijos por lo que un mayor porcentaje de los nacimientos ocurre en nulípara, que tienen mayor riesgo de cesáreas.
2. La edad materna promedio está aumentando y las mujeres añosas, en especial cuando son nulípara tienen mayor riesgo de ser cesáreas.
3. Hay un amplio uso de la vigilancia fetal por medios electrónicos, técnica que se vincula con una mayor tasa de cesáreas en comparación con la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal.
4. Aunque la cesárea realizada principalmente por "sufrimiento fetal", constituye solo una pequeña parte de esas operaciones, en muchos otros casos la preocupación por un trazo anormal o no alentador de la frecuencia cardíaca fetal disminuye el umbral para recurrir a la cesárea por avance anormal del trabajo de parto.
5. Gran parte de los fetos en presentación pelviana se extraen hoy por cesárea.
6. La frecuencia de aplicaciones de fórceps medios y extracciones por vacíos desde el plano medio ha disminuido.
7. Las tasas de inducción del trabajo de parto continúan aumentando y, sobre todo en nulíparas, aumentan el riesgo de cesárea.
8. La preocupación por la posibilidad de litigios por negligencia médica ha contribuido a la tasa actual de cesárea.
9. Hoy se hacen algunas cesáreas electivas por preocupación en cuanto a lesiones del piso pélvico vinculadas con el parto vaginal. (47)

Técnicas más frecuentes de la operación cesárea transperitoneal.

Las técnicas más utilizadas son:

- 1) Operación cesárea segmentaria transversal o arciforme.
- 2) Operación cesárea longitudinal segmento corpórea.

La primera es mucho más empleada, aunque la segunda es de utilidad en

algunos casos especiales. (47)

Indicaciones más frecuentes de la operación cesárea.

Existen varias clasificaciones sobre las indicaciones de la operación cesárea.

Consideramos de utilidad una clasificación que resalta los factores o causas que inciden en mayor o menor proporción en las indicaciones de las mismas. El objetivo es conocer hacia qué factores debemos dirigir nuestras acciones para mejorar el trabajo obstétrico y reducir en lo posible el indicador cesáreas primitivas.

Esta clasificación se refiere sólo a las operaciones cesáreas primitivas. (48)

Causas maternas.

1.-Distocias del canal óseo: Desproporción céfalo- pélvica (comprobada con estudio radiológico siempre que sea posible).

2.-Alteraciones de la actividad uterina que no responden a la terapéutica adecuada.

3.-Cicatrices uterinas (discutibles actualmente).

4.-Distocias del canal blando:

a) Cuello.

-Rigidez.

-Aglutinación de cuello que no puede ser liberada.

b) Vagina.

-Vagina hipoplásica con fondos de sacos estrechos.

-Fístulas rectovaginales y vesicovaginales extensas operadas.

-Afecciones virales vulvovaginales con lesiones activas severas.

c) Vulva y perineo.

-Operadas de colpoperineorrafia (se puede permitir el parto transpélvico bajo ciertas condiciones).

5.-Tumores previos.

6.-Enfermedades de la madre que conlleven alto riesgo obstétrico (ARO) de acuerdo a características particulares.

a) Preclampsia grave con evolución desfavorable a pesar del tratamiento médico, si se había decidido la vía transpelviana.

b) Eclampsia (si el parto no es inminente).

7.-Algunas malformaciones uterinas. (49,50)

Millan Vega y coautores en su estudio concluyeron que los factores estudiados tales como: las patologías asociadas al embarazo, edad materna, edad gestacional, malas condiciones cervicales y feto macrosómico, están asociados estadísticamente con la cesárea primitiva y son capaces de incrementar su índice. (49)

Causas fetales:

1.-Gemelares

a) Primer feto en transversa.

b) Monstruos dobles.

c) Segundo en transversa con menos de 36 semanas (teniendo en cuenta peso crítico de Neonatología.

d) Primero en pelviana y segunda en transversa.

e) Ambos fetos en pelviana.

f) Valoración correcta cuando el primero es el discordante.

2.-Exceso de volumen fetal

a) Tumores sacro coccígeos.

b) Macrosomía fetal.

3.-Riesgo fetal

a) Sufrimiento fetal sin condiciones para el parto transpelviano.

b) CIUR con afectación clínica.

4.-Situación transversa en trabajo de parto.

5.-Muerte materna con feto vivo (cesárea post-mortem). (49,50)

Estudios realizados muestran una incidencia elevada de la cesárea cuando el peso fetal calculado es grande, planteando que la macrosomía está asociada a labor prolongada, problemas mecánicos y alta morbilidad (51). La Fontaine y colaboradores, exponen en su investigación que las causas de indicación de cesárea primitiva más frecuente fue el sufrimiento fetal agudo, seguido de la presentación pelviana y la inducción fallida. (52)

Causas anexiales:

1. -Placenta

- a) Oclusiva parcial o total.
- b) Hematoma retroplacentario con feto vivo.

2.-Cordón

- a) Procúbito o laterocúbito.
- b) Procidencia y laterocidencia.

3.-Membranas

- a) RPM después del fallo de inducción. (49-52)

Causas más frecuentes de indicación cesárea: cesárea anterior, SFA, distocias y desproporción cefalopélvica.

La distocia es el diagnóstico aproximado del 30% de las indicaciones de la operación cesárea. Distocia es un término usado para el trabajo de parto prolongado o detenido. Se caracteriza por un progreso de la dilatación en fase activa de la labor del parto (4 cm.) inferior a un centímetro por hora y un descenso de la presentación que evoluciona lenta.

La distocia puede aparecer como consecuencia de una actividad uterina insuficiente. El término actividad uterina se refiere al producto de la frecuencia de contracciones en diez minutos por la intensidad de la contracción en mmHg y se valora en unidades Montevideo (Caldeyro-Barcia). En ocasiones puede ser consecuencia de una +desproporción céfalo pélvica, o una mala actitud fetal

(deflexión de la cabeza del feto) o también a rigidez cicatrizal del canal blando inferior del parto (colpoperineorrafia, traumas, o incluso quemaduras anteriores a la gestación). (53-59)

Cesárea y su clasificación

La SEGO incluye una nueva clasificación que divide en 4 categorías las situaciones de urgencia a la hora de realizar una cesárea.

- **Categoría 1. Cesárea urgente de realización inmediata.**

Son aquellas situaciones obstétricas en que, por existir una grave amenaza para la salud de la madre o del feto, requieren una intervención quirúrgica inmediata y sin demora. Un ejemplo significativo es un prolapso de cordón. (60,61)

- **Categoría 2. Cesárea urgente de realización no inmediata.**

Existe un riesgo insoslayable, que se va a ir potenciando a medida que el tiempo pasa. La indicación de la cesárea obliga a una intervención quirúrgica en un tiempo juicioso y breve para evitar el deterioro progresivo de la salud materna o fetal. La cesárea que se realiza en pleno trabajo de parto bajo la indicación de “no progresión del parto”, es un ejemplo de esta categoría. (62,63)

- **Categoría 3. Cesárea no urgente (programada) que se pone de parto antes de la fecha prevista para su realización.**

No hay motivo de urgencia, pero el adelantamiento imprevisto obliga, si persiste la indicación, a realizarla en cuestión de horas, siempre dentro de la misma fecha o jornada de trabajo en que ingresa la paciente. (64)

- **Categoría 4. Cesárea programada.**

No hay ningún tipo de urgencia. Esta categoría la componen todas aquellas pacientes a quienes se les ha programado una cesárea y el parto no se

desencadena antes de la fecha prevista. Una variante, aún minoritaria, de la cesárea programada es la denominada cesárea a demanda. (65)

Actualmente las indicaciones más comunes según la SEGO son:

1. **Fracaso en el proceso del parto.** Tanto por fracaso de inducción como por parto estacionado. Por fracaso de inducción se entiende aquella paciente que en 12 horas no está de parto franco (no se debe contabilizar el periodo de maduración cervical). Por parto estacionado se considera el parto que no progresa en un intervalo de 3-4 horas con dinámica adecuada.
2. **Patrón fetal no tranquilizador.** (patrón biofísico no tranquilizador, doppler fetal anormal, alteraciones del registro cardiotocográfico, microtoma de sangre fetal con un pH fetal <7.20).
3. **Cicatriz uterina previa.** Se programará la cesárea a las 39 semanas cumplidas, a toda paciente con edad gestacional confirmada, en casos de Plastia uterina previa. (66)

Preparación para la operación cesárea

Independiente del tipo de cesárea que se realice (electiva o de urgencia) y de la causa que motivo la indicación del procedimiento, es recomendable cumplir con el siguiente protocolo (67,69):

Preparación general:

- Informar a la paciente, las razones por las cuales su caso amerita este tipo de intervención.
- En el caso de cesáreas electivas deberán realizarse en las mañanas para no alterar el ciclo sueño-vigilia de la paciente.
- Tener elementos que nos aseguren la madurez, presentación y estimación de peso fetal (edad gestacional segura, control del embarazo, ecografías, etc.).
- Evaluación preoperatoria (hematocrito, hemoglobina, pruebas de coagulación, etc.) y eventual corrección de parámetros alterados.

Preparación preoperatoria:

- Ayuno de por lo menos 8 horas en cesáreas electivas (principalmente si se opera con anestesia general).
- Preparación física general: rasurado del vello abdominal y pubiano, y evacuación intestinal mediante el uso de enema con 500 ml de agua tibia, tratando de evitar el uso de soluciones jabonosas, para no producir irritación.
- Aseptización vaginal con povidona yodada, eventualmente con espéculo vaginal.
- Una vez en pabellón se procederá a: instalación de una vía venosa permeable mediante un catéter de teflón n° 16 o 18 para la hidratación pre anestésica y la eventual administración de drogas; una vez colocada la anestesia se realizará la evacuación vesical mediante instalación de sonda Folley o Nelaton con técnica aséptica, para evitar el ascenso vesical que reduce el campo quirúrgico y expone a la vejiga a traumatismos intraoperatorios.
- Aseptización abdomino-perineal con povidona yodada.
- Anestesia: El momento se debe decidir entre el anestesista y el obstetra, considerando diversos factores como dolor, progresión del trabajo de parto, etc.

Tiempos operatorios y técnica quirúrgica

Recordar que el cirujano para practicar una cesárea debe ubicarse al lado derecho del enfermo si es diestro, y viceversa. (54-56)

LAPARATOMIA.

Habitualmente se utilizan dos tipos de laparotomía, según la experiencia del ejecutante y la premura de la intervención:

- Laparotomía media infraumbical (con o sin extensión supraumbilical): Es una incisión rápida, muy adecuada frente a una emergencia en la que el factor tiempo sea vital. Generalmente mide 12 cm.

Indicaciones:

-cesárea corporal o segmento - corporal

-en las que se requiere un campo operatorio amplio.

Ventajas: es rápida, no requiere de tanta experiencia

Desventajas:

-producir ocasionalmente hernias incisionales

-alteraciones estéticas de la mujer.

- Pfannenstiel: Es una incisión abdominal suprapúbica transversal. La técnica consiste en:

-Seccionar transversalmente la piel en el límite superior del vello pubiano, en el pliegue que se forma sobre la sínfisis púbica, siguiendo una línea ligeramente arqueada de concavidad superior, de 10 a 12 cm de longitud.

En ambos tipos de laparotomía los pasos siguientes hasta llegar al plano uterino son similares:

-Profundizar en el tejido graso subcutáneo hasta alcanzar la aponeurosis, ya sea con bisturí manual o eléctrico. Realizar hemostasia prolija.

-Abrir transversalmente la aponeurosis con tijeras de disección, a partir de ojales hechos a ambos lados de la línea alba.

-Levantar la sección superior de la aponeurosis con dos pinzas Kocher, colocadas a ambos lados de la línea media y liberar digitalmente hacia cefálico la aponeurosis del plano muscular subyacente, alrededor de unos 6 cm.

Luego se toman ambas Kocher con una gasa y se amarran en el extremo cefálico de la mesa para que ejerzan tracción. Se realiza lo mismo con el extremo caudal, liberando los músculos piramidales.

-Se secciona el rafe de la línea media, con bisturí o tijeras de disección, hasta llegar casi a la cicatriz umbilical.

-Luego se separan los músculos rectos abdominales.

-Se abre la fascia transversalis en un punto próximo al extremo cefálico de la disección anterior, luego se corta peritoneo entre dos pinzas Kelly, entrando así a la cavidad peritoneal.

En caso de infección ovular grave, se podría considerar la realización de una cesárea extraperitoneal de Latzko, con la modificación de Sanhueza y Puga. Se realiza una incisión transversal de las hojas peritoneales, suturando los bordes superiores e inferiores entre sí, dejando de tal forma un túnel extraperitoneal a través del cual se practica la histerotomía segmentaria. AL terminar la histerorrafia, se deja drenaje al lecho y se cierra la pared por planos.

HISTEROTOMIA

Según la localización puede ser:

- Corporal: Se corta longitudinalmente la cara anterior del cuerpo uterino.

Indicaciones:

-falta de formación del segmento inferior (presentación de tronco o en parto prematuro con presentación de tronco)

-segmento inferior angosto y no desplegado (embarazo entre 21 y 36 semanas)

-segmento inferior ocupado por un gran mioma

-placenta previa inserta en cara anterior del segmento inferior

Desventajas:

-peor calidad de la cicatriz

-mayor número de adherencias epiploicas e intestinales por peritonización debido a la invaginación seromuscular

-involución uterina más lenta

-posibilidad de encontrarse con la placenta por estar ésta con mayor frecuencia en cuerpo uterino

-es una herida que sangra profusamente

- Segmentaria transversal: Es el tipo de uso más frecuente.

- Tiene el riesgo de prolongarse caudalmente, comprometiendo la vagina.

Detalle de la técnica:

- Abierto el peritoneo se expone con valva de Doyen y valvas laterales.

- Se ubican las arterias uterinas por ambos lados mediante palpación.

- Se toma con pinzas el repliegue peritoneal vésico-uterino, se corte lateralmente con tijeras de disección hasta exponer la zona de la pared anterior del segmento donde se va a hacer la histerotomía.

- Luego se formará un colgajo peritoneal superior y otro inferior de 2 a 3 cm con ayuda de una torunda de gasa.

- Se efectúa la histerotomía en la cara anterior del segmento inferior con bisturí, tallando, se amplía lateralmente con tijeras de disección, sin incluir las arterias uterinas, protegiendo con un dedo para así la rotura de las membranas. Se hace una incisión de concavidad superior para seguir la dirección de las fibras musculares uterinas, evitando así la rotura de pequeños vasos.

En caso de necesitar ampliación de la incisión, se puede evitar el compromiso de grandes vasos uterinos acentuando la curva de corte en dirección cefálica.

- Luego se efectúa la amniotomía por pinzamiento, seguida por aspiración del líquido amniótico.

Extracción fetal

Presentación cefálica:

- El feto se extrae introduciendo la mano hábil del cirujano entre la pared anterior del segmento y la presentación, buscando el polo cefálico.
- Se levanta suavemente el polo hacia la histerotomía.
- Presión suave del fondo uterino para producir la expulsión de la cabeza. Se puede, eventualmente, usar una rama de fórceps para levantar la presentación.
- Una vez exteriorizada la cabeza, se aspira el rinofárinx y se continúa con la extracción de los hombros y del cuerpo, flexionando lateralmente la cabeza y rechazando suavemente la pared anterior del segmento por delante del hombro anterior, mientras se comprime suavemente el fondo uterino.
- En presentaciones muy encajadas, en que la maniobra anterior es inútil, un ayudante empujará la presentación desde la vagina al abdomen.

Presentación podálica:

- Se introduce la mano hábil con una compresa para facilitar la prehensión, buscando el pie posterior para traccionar a través de la histerotomía.
- Luego se traccionan y elevan las nalgas.
- Se comprime suavemente el fondo uterino para facilitar la extracción.
- Se extraen los hombros por suave rotación de las nalgas, manteniendo el dorso hacia arriba.
- Ocasionalmente se debe liberar el hombro anterior por rechazo digital del segmento.
- La cabeza fetal se extrae por la maniobra de Mariceau o Bracht.

Presentación transversa:

- En caso de haber suficiente cantidad de líquido amniótico y con segmento anterior formado, el feto se extrae mediante versión interna a podálica, procediendo con el método ya descrito.

HISTERORRAFIA

Una vez extraído el feto se colocan pinzas hemostáticas en los ángulos de la histerotomía.

Cesárea segmentaria transversal:

- Se inicia con un punto en cada extremo de la histerotomía, para realizar hemostasia de los vasos uterinos que se hayan podido comprometer. Posteriormente se puede realizar la histerorrafia con sutura corrida en dos planos del músculo uterino; su ventaja es principalmente la rapidez, y su desventaja es la isquemia. La otra técnica es la sutura discontinua con puntos tipo Smead-Jones. En ambos tipos de sutura no se debe incluir el plano endometrial.

- El material de sutura más utilizado es el catgut crómico 0 ó el simple 1/0. En los últimos años se ha incorporado el vicryl 0.

-Una vez terminada la histerorrafia se debe revisar la hemostasia de la herida.

Cesárea corporal:

- Se realiza en tres planos, utilizando para el primer plano catgut crómico 1/0 sin incluir endometrio ni la capa superficial del miometrio. El segundo plano incluye esta última y el peritoneo, se realiza con puntos atraumáticos con catgut simple 0. En el tercer plano se realiza invaginación seromuscular con sutura corrida usando el mismo material.

Cesárea segmentaria vertical:

- Requiere de uno o dos puntos en el extremo caudal de la histerotomía, luego la sutura del cuerpo (como en la cesárea corporal) con una reparación funcional del anillo de Bandl.

- La histerorrafia se termina suturando el segmento inferior.

CIERRE DE LA LAPAROTOMIA

- Se continúa la peritonización del segmento inferior con catgut simple.
- Se realiza aseo y revisión de la cavidad peritoneal y anexos.
- Se cierra la pared abdominal por planos, usando catgut simple para el peritoneo parietal, capa muscular y celular subcutáneo; vicryl para la aponeurosis; lino, seda (a puntos simples) o nylon (sutura intradérmica) para piel.

Profilaxis antibiótica

Disminuye la incidencia de endometritis postparto. Se aplica tras la ligadura de cordón.

Indicaciones postcesárea

Son fundamentalmente para las pacientes en las primeras 12 hrs postoperatorias, ya que constituye el período de mayor riesgo materno. Estas son:

- Reposo relativo. Promover la deambulación precoz (a las 6 hrs)
- Régimen 0 por las primeras 6 hrs, y luego régimen líquido si es que hay presencia de ruidos hidroaéreos
- Solución glucosada 5% las primeras 24 hrs. o hasta tener una ingesta adecuada
- Uso de prokinéticos intestinales
- Control de signos vitales: cada 15 minutos las primeras 2 hrs. y luego cada 4 hrs.
- Diuresis horaria
- Vigilar presencia de hemorragia
- Retirar apósito de la herida operatoria al segundo día

- Retirar los puntos de piel entre el cuarto y séptimo día para Pfannestiel y al décimo día para Longitudinal media infra umbilical
- En el puerperio evaluar los loquios, mamas, retracción uterina y pesquisar cualquier signo de infección
- Alta al quinto día de no mediar complicaciones.

COMPLICACIONES

En general el riesgo de complicaciones es igual entre las primeras cesáreas y las de repetición, pero las complicaciones mayores son claramente superiores en las repetidas. Las complicaciones más frecuentes son las infecciones y las hemorragias.

Se pueden clasificar así (69-74):

Intraoperatorias:

- Lesión de vejiga: se evita manteniendo la vejiga vacía mediante el sondeo, para evitar que ascienda. Si se presenta lesión, se deberá mantener con sonda Foley por catorce días y reparar en un segundo tiempo operatorio.
- Lesión intestinal: es más frecuentes cuando hay adherencias abdominales en personas con cirugías previas.
- Hemorragias de los senos venosos del segmento: se acepta como normal una pérdida de hasta 1000 cc de sangre.
- Incisión de la placenta: se debe ampliar rápidamente la histerotomía, extraer al feto y ligar rápidamente el cordón para disminuir el riesgo de anemia fetal.
- Inercia uterina: no hay progresión de la retracción uterina para la producción de isquemia y la eliminación de restos. Se debe estimular la contractilidad uterina mediante masajes o farmacológicamente con oxitócina. Si no cede se deben ligar los vasos hipogástricos y ováricos, o bien, realizar la histerectomía.
- Embolia amniótica.

- Embolia aérea.

- Lesión fetal.

Postoperatorias:

Infecciosas:

- Endometritis: 12% y 40% con y sin antibióticos respectivamente. Hay pacientes con mayor riesgo de infección, como ser las desnutridas, obesas, trabajo de parto prolongado, fiebre intraparto, Rotura Prematura de Membrana (RPM) , cirugía laboriosa. A modo preventivo en nuestro medio se usa Cefazolina de acuerdo a la clasificación de la cesárea.

- Absceso de la herida operatoria: el tratamiento es el drenaje del material purulento mediante el retiro de los puntos cutáneos y el aseo con antisépticos. Habitualmente cierran espontáneamente en un período no mayor a los 15 días.

- Complicaciones sépticas: un 2% presenta abscesos, tromboflebitis pelvianas o shock séptico. El manejo se ve favorecido por el uso de heparina.

- Infección urinaria post cesárea: se debe a una técnica deficiente en la colocación de la sonda, o a su mantención prolongada (más de 24 hrs.).

Hemorrágicas:

- Inercia uterina: condiciona una mayor morbi-mortalidad materna, se controla con altas dosis de oxitocina.

- Hematomas pélvicos del ligamento ancho: son secundarios a hemostasia insuficiente durante el acto quirúrgico. Pueden asociarse al cierre de la histerotomía en pacientes hipotensas, con hipertensión o coagulopatías. Con frecuencia no requieren tratamiento quirúrgico y son autolimitadas, a menos que por ecografía se aprecie signos de crecimientos de ellos con signos de anemia aguda.

- Hematoma subaponeurótico: es el tipo más frecuente en la técnica de Pfannestiel.

- Anemia.

Otras:

- Íleo intestinal: se evita favoreciendo las levantadas precoces y el uso de prokinéticos intestinales. Una variante clínica es el síndrome de Ogilvie en que hay una dilatación progresiva del ciego que produce isquemia de la pared y puede llegar a perforarse.

- Obstrucción intestinal.

- Hernia incisional: muy rara en el Pfannestiel.

CONSECUENCIAS NEONATALES

La cesárea es sin dudas una de las intervenciones quirúrgicas más importante en la solución de problemas obstétricos; sin embargo, el aumento observado en su uso podría denotar un empleo en ocasiones no justificado médicamente.

La operación cesárea relacionada con la cesárea anterior se asocia con un índice de bajo peso al nacimiento del 8,4%, mientras que en el parto vaginal es del 5% al 7%.

El Síndrome de Dificultad Respiratoria se observa en la cesárea entre el 4% y el 8% y sólo en el 1,2% en los partos vaginales (del 6% al 15% de estos síndromes se explican por nacimiento pretérmino en la cesárea electiva).

Se han reportado después de la cesárea por cesárea anterior un 16% de exámenes neurológicos alterados a los 4 meses de vida; mientras que después del parto vaginal solo 10% (Shearer 1993) (11, 39).

Hallazgos similares sobre la cesárea en la génesis de prematuridad iatrogénica, mayor incidencia de infecciones, retardo en la recuperación materna luego del parto y deterioro en la relación madre-hijo (Parrilla 1993) (18, 75-77).

Ningún proceder quirúrgico es 100% seguro, aun haciendo todo lo que la experiencia médica ha atesorado a través de los años. La obstetricia tiene la particularidad de que al realizar la intervención está en juego la mayoría de las veces al menos dos vidas humanas por lo que es de vital importancia reducir al mínimo indispensable las agresiones a este binomio.

En la obstetricia de los últimos años tanto en Cuba como en otras regiones del mundo observamos la razón de mortalidad materna detenida o elevándose, no comportándose en su reducción como el indicador de mortalidad infantil y perinatal que desciende al transcurrir del tiempo. (80)

Estudiando cuidadosamente este problema apreciamos igualmente un alarmante y continuo incremento del índice de operación cesárea.

Hoy en día es la intervención quirúrgica más frecuente en la práctica médica. Cada 60 minutos se opera una mujer de cesárea en Cuba y en nuestro planeta.

En Cuba nuestro índice de cesárea alcanzó entre 30% – 40% de los nacimientos en los años 2005 y 2006 respectivamente. (19)

Proponemos una metodología clínica y de excelente resultado para vigilar adecuadamente el trabajo de parto en su evolución, nos referimos al **partograma**, el que debemos utilizar en todas las mujeres en labor de parto. (81)

Existen condiciones que contribuyen al trabajo de parto lento. El uso generalizado de anestesia peridural continua incrementa el riesgo de parto demorado, aumentando la frecuencia de operación cesárea (Howell 1997, Morton y Cols 1994). (88-92)

Uso adecuado de antibióticos.

- Clasificar toda cesárea antes de ser llevada al salón para usar el antibiótico normado para cada caso.
- Discutir con el colectivo médico la política de antibióticos a seguir en cada caso.
- Identificar cuando se debe usar la profilaxis y cuando tratamiento antibiótico.

Seguimiento post operatorio.

- El obstetra debe seguir a la puérpera al menos las primeras 4 horas del postoperatorio haciendo énfasis en los signos vitales, la pérdida hemática, estado de conciencia y calidad y cantidad de la diuresis.
- Garantizar la contractura del útero, sobre todo en los casos con riesgo de atonía uterina.
- Garantizar la lactancia materna precoz lo antes posible.
- Garantizar el diagnóstico precoz y el tratamiento de todas las complicaciones que aparezcan en este período.

No obstante, todas estas consideraciones y propuestas indispensables, consideramos iniciar este tema, refiriéndonos en la actualidad a nuestro problema fundamental y este deber nuestro, de forma ineludible e inmediata, es lograr una cesárea segura que nos permita reducir al mínimo la morbilidad y mortalidad materna asociada a la constelación de hechos del accionar médico que se encuentran alrededor de esta intervención obstétrica. (93,94)

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo para describir el comportamiento de algunas variables relacionadas con la cesárea primitiva en el Hospital Provincial Docente Dr. "Antonio Luaces Iraola" de la provincia de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre el 1ro de enero al 31 de diciembre del 2011.

El universo estuvo constituido por 3001 partos realizados en ese periodo y la muestra quedó conformada por 1048 pacientes operadas de cesáreas primitivas y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión. Se incluyeron las gestantes operadas de cesárea primitivas registradas en el libro de parto durante ese período.

Criterios de exclusión. Se excluyeron las operadas que la causa de la interrupción fue por una indicación genética con menos de 1000g.

Para la recolección del dato primario se contó con el libro de registro de parto e historia clínica donde se tomaron las variables y clases a estudiar entre las cuales se encuentran: La edad, paridad, edad gestacional al momento de la interrupción, enfermedades asociadas al embarazo y las que lo complican, la inducción del parto y las causas de la indicación de la cesárea.

Para el procesamiento de la información se empleó el software estadístico SPSS versión 15.0 del 2002, con ayuda de una PC Pentium IV, con ambiente de Windows XP profesional. Los textos y tablas se procesaron con Microsoft Office Word 2003. Se utilizó la estadística descriptiva para el análisis de los resultados, y como medida de resumen las frecuencias y porcentajes.

Se calculó el índice de las cesáreas primitivas, teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$\text{INDICE DE CESAREAS} = \frac{\# \text{ DE CESAREAS PRIMITIVAS} \times 100}{\text{TOTAL, DE PARTOS.}}$$

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable.	Tipo.	Operacionalización.		
		Escala.	Descripción.	Indicador.
Edad.	Cuantitativa continua.	< 20 años. Entre 20 y 35 años. >de 35 años.	Según años cumplidos.	Número y porcentaje según grupos de edades.
Paridad.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Nulípara. Múltipara.	Según la paridad.	Número y porcentaje según paridad.
Edad gestacional al momento de la interrupción.	Cuantitativa continua.	<27 semanas. De 27 a 33 semanas. De 34 a 36 semanas. De 37 a 41 semanas. 42 semanas.	Según edad gestacional al momento de la interrupción del embarazo.	Número y porcentaje según grupo de edad gestacional.
Enfermedades asociadas al embarazo.	Cualitativa Nominal Politómica.	Diabetes. Infección urinaria. Hipertensión arterial crónica. Asma bronquial. Anemia. Cardiopatías. Otras.	Enfermedades que padecían las pacientes antes de salir embarazada.	Número y porcentaje según enfermedades.
Enfermedades o afecciones que complican el embarazo.	Cualitativa Nominal Politómica.	Diabetes gestacional. Preeclampsia. Eclampsia. Embarazo múltiple. Gestorragia de la segunda mitad. Crecimiento intrauterino retardado. Oligoamnios. Rotura prematura de membrana.	Enfermedades que aparecieron durante el embarazo.	Número y porcentaje según enfermedades.

		Otras.		
Inducción.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Si. No.	Según proceder.	Número y porcentaje de inducciones del parto.
Causas obstétricas de la cesárea.	Cualitativa Nominal Politómica.	Estado fetal Intranquilizante. Desproporción cefalo-pélvica. Pelviana. Oligoamnios. Preclampsia grave.	Causas médicas de cesárea primitiva.	Número y porcentaje según las causas.

OBJETIVOS

General.

- ❖ Describir el comportamiento de algunas variables relacionadas con la cesárea primitiva en las pacientes operadas en el Hospital Provincial Docente Dr. "Antonio Luaces Iraola" en el periodo comprendido entre el 1ro de enero al 31 de diciembre del 2011.

Específicos.

- ❖ Describir la fluctuación del índice de cesárea primitiva.
- ❖ Determinar los principales factores de riesgo y procedimientos clínicos en la ocurrencia de cesáreas primitivas.
- ❖ Identificar las principales causas obstétricas de las cesáreas primitivas.

RESULTADO Y DISCUSION

Tabla 1. Descripción de parto y cesárea primitiva por meses. Hospital Dr. Antonio Luaces Iraola. Ciego de Ávila. Enero a diciembre 2011.

Meses.	Total de partos.	# De cesárea primitiva.	Índice de cesárea primitiva.
Enero.	289	122	42.2 %
Febrero.	220	79	35.9 %
Marzo	187	64	34.2 %
Abril.	165	77	46.6%
Mayo.	172	66	38.3%
Junio.	212	87	41.0%
Julio.	248	78	31.4%
Agosto.	309	91	31.3%
Septiembre.	337	105	31.1%
Octubre.	307	99	32.2%
Noviembre.	273	86	31.5%
Diciembre.	282	94	33.3%
Total.	3001	1048	34.9%

Fuente: Registro de partos.

En esta tabla se puede apreciar que en el hospital Provincial Docente Dr. Antonio Luaces Iraola en el periodo comprendido entre enero de 2011 a diciembre de 2011 se produjeron 3001 partos, de estos, 1048 fueron por cesárea primitiva lo que representó el 34.9 %, siendo abril el mes de mayor índice con un 46.6%.

Estudios en Estados Unidos plantean que la tasa de cesáreas creció rápidamente y se estabilizó en alrededor del 21 %(5). Francia, país que recientemente recibió un importante lugar en la lista de la Organización Mundial de la Salud sobre calidad de servicios, reporta el 15,9 %.

España en los hospitales públicos expone el 18 %, mientras que en las clínicas privadas el 28 %. China reporta una tasa tan alta como el 40 %. (4)

En Cuba el índice de cesárea ha ido en ascenso de un 15 a un 33% en los últimos 25 años siendo Ciego de Ávila la segunda provincia de mayor índice por encima de la media nacional. (5)

En el contexto donde se desarrolla la investigación, se puede observar que luego de presentar algunas fluctuaciones durante la primera mitad del año, con tres picos por encima del 40%, a partir del mes de julio y hasta el final del año, se mantiene una cifra casi estacionaria del índice de cesárea entre el 31% y el 33%.

TABLA 2. Cesareadas según grupos de edades.

Grupos de edades.	No.	%
Menores de 20 años.	151	14,4
De 20-35 años.	797	76,0
Mayores de 35 años.	100	9,5
Total	1048	100,0

Fuente: Registro de partos.

En la tabla 2 se puede observar que, según la edad materna, predominó el grupo de 20 a 35 años con 797 pacientes para un 76.0%; por su parte las adolescentes menores de 20 años con 151 pacientes representaron el 14.4 % y las mujeres mayores de 35 años con 100 pacientes representaron el 9.5 %.

Estos resultados coinciden con estudios realizados en el Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico “Ana Betancourt de Mora” de Camagüey, que muestra un predominio del grupo de 20 a 35 años, seguidos de las pacientes adolescentes menores de 19 años. (52)

El predominio de la operación cesárea por grupos de edades, guarda también concordancia con la distribución del número de gestantes según dichos grupos de edades en el hospital donde se lleva a cabo la presente investigación.

TABLA 3. Cesareadas según paridad.

Paridad.	No.	%
Nulípara.	809	77,2
Múltipara.	239	22,8
Total	1048	100,0

Fuente: Registro de partos.

En la tabla 3 se puede apreciar que según la paridad predominaron las nulípara con 809 pacientes para un 77.2%, mientras que el grupo de múltiparas presentó 239 mujeres para el 22.8 %.

Estos resultados coinciden con un estudio de cohorte que se realizó en el servicio de Obstetricia del Hospital General Universitario "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo que se obtuvo mayor porcentaje de nulípara. (2)

Al igual que coinciden con estudios realizados en el Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico "Ana Betancourt de Mora" de Camagüey, que muestra un predominio de este grupo. (52)

Este resultado se considera esperado ya que la gran mayoría de las gestantes múltiparas presentan condiciones anatómicas del aparato reproductor que favorecen un adecuado parto fisiológico.

TABLA 4. Cesareadas según edad gestacional al momento de la intervención.

Edad gestacional.	No.	%
De 27-33 semanas.	35	3,3
De 34-36 semanas.	57	5,4
De 37-41 semanas	906	86,5
42 o más semanas.	50	4,8
Total	1048	100,0

Fuente: Registro de partos.

En esta tabla, que corresponde a la distribución de la cesárea primitiva según la edad gestacional en el momento de la interrupción, se puede ver que el mayor número de pacientes se interrumpieron en el grupo de 37 a 41 semanas (a término) con un total de 906 mujeres para un 86.4%.

Esto coincide con lo reportado por La Fontaine y coautores en su estudio en el cual el mayor porcentaje de las cesáreas primitivas estaban representadas por las gestantes de 37 a 41 semanas de gestación, aunque no tan marcado (57,1 por 86,5 en el presente estudio). (52)

TABLA 5. Enfermedades asociadas al embarazo.

Enfermedades	No.	%
Anemia	102	9,73
Asma bronquial	67	6,39
Infección urinaria	48	4,58
Cardiopatías	45	4,29
Hipertensión arterial crónica	38	3,63
Otras	17	1,62
Diabetes Mellitus	10	0,95
Ninguna	721	68,8

Fuente: Registro de partos e Historia Clínica.

En la tabla se puede observar que la mayoría no presentaron enfermedades asociadas al embarazo (721 para un 68.8%), la enfermedad que más se presentó fue la anemia con 102 casos para un 9.73%, seguida del asma bronquial con un 6.39% y de la infección urinaria con un 4.58%.

Millan Vega et al y Pascual López V et al. En su estudio concluyeron que los factores estudiados tales como las patologías asociadas al embarazo están asociados estadísticamente con la cesárea primitiva y son capaces de incrementar su índice. (47,95)

Esto se acerca a lo reportado por Essien y col. que encuentra un predominio de HTA (10.5%) y asma bronquial (8.1%) como enfermedades asociadas al embarazo en pacientes intervenidas por cesárea primitiva. (96)

TABLA 6. Enfermedades que complican el embarazo.

Enfermedades.	No.	%
Oligohidramnios.	84	8,02
Preeclampsia.	64	6,11
Rotura prematura de membrana.	58	5,53
Crecimiento intrauterino retardado.	42	4,01
Otras.	28	2,67
Embarazo múltiple.	21	2
Gestorragia de la segunda mitad.	18	1,72
Diabetes gestacional.	8	0,76
Eclampsia.	1	0,1
Ninguna.	724	69,08

Fuente: Registro de partos e Historia Clínica.

En la tabla se puede apreciar que la mayoría de las pacientes no presentaron enfermedades que complicaran el embarazo (724 para un 69.08%) y de ellas la más frecuente fue el oligohidramnios con 84 casos para un 8.01%, seguido por la aparición de preeclampsia para un 6,11% y la rotura prematura de membranas con un 5,53%.

En el estudio de Casagrandi Casanova D, et al, se aprecia una mayor frecuencia de las cesáreas realizadas con los diagnósticos de oligohidramnios, restricción del crecimiento intrauterino (R.C.I.U) y afecciones médicas asociadas. (5)

En estudio similar realizado por Essien y col. en el Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico “Ana Betancourt de Mora” de Camagüey, predominaron la rotura prematura de membranas (32%), la preeclampsia (9.1%) y placenta previa (3.2%), por ese orden. (52)

TABLA 7. Cesareadas según inducción del parto.

Inducción.	No.	%
Sí.	395	37,7
No.	653	62,3
Total	1048	100,0

Fuente: Registro de partos.

En la tabla se muestra la distribución de la cesárea según el proceder de inducción donde la mayoría 653 no comenzó con este proceder lo que representa el 62.3%, mientras que 395 si fueron inducción para un 37.7%.

Howart G en su investigación sobre amniotomía más oxitocina intravenosa para la inducción del trabajo de parto en 2566 mujeres, encontró que al combinar estos dos métodos los partos se produjeron antes de las 24 horas de comenzado el proceder, con muy baja incidencia de partos vaginales instrumentados. (97)

Yawn y col en su estudio encontraron que el porcentaje de nacimientos por cesárea fue más alto en mujeres con labor de parto inducida a término, que en aquellas con labor de parto espontáneo. (98)

Alexander y col reportan un aumento de nacimiento por cesárea en las gestantes del grupo inducido. (99)

Peña Abraham y colaboradores concluyen que la labor de parto inducida continúa siendo un reto para la Obstetricia moderna por su relación con la cesárea primitiva. (100)

TABLA 8. Causas de la cesárea primitiva.

Causas médicas.	No.	%
Estado fetal Intranquilizante.	378	36,07
Desproporción céfalo-pélvica.	168	16,03
Pelviana.	89	8,49
Oligoamnios.	79	7,54
Preclampsia grave.	65	6,20
No obstétricas	25	2,39

Fuente: Registro de partos.

En la tabla se aprecia que las principales causas obstétricas correspondieron en orden de frecuencia a estado fetal intranquilizante con 378 pacientes para un 36.0%, seguido de la desproporción cefalo-pélvica con 168 pacientes para un 16.0%; pelviano con 89 pacientes para un 8.49%; oligoamnio con 79 pacientes para un 7.53% y la preeclampsia grave con 65 pacientes para un 6.20%.

Según Casagrandi D, Pérez J, Areces G, se aprecia una mayor frecuencia de las cesáreas realizadas con los diagnósticos de sufrimiento fetal agudo (S.F.A), oligohidramnios, restricción del crecimiento intrauterino (R.C.I.U) y afecciones médicas asociadas. (5)

Esto se acerca a lo reportado por Essien y col. que describe estas tres primeras causas de indicaciones de cesárea primitiva con una mayor frecuencia de la presentación pelviana sobre la desproporción cefalo-pélvica. (96)

CONCLUSIONES

La incidencia de la cesárea primitiva en el marco de la investigación se encuentra cerca de los parámetros aceptados, con ligera tendencia a la disminución de su índice. La distribución por grupos de edades, guarda concordancia con la distribución del número de gestantes, la gran mayoría de las gestantes son intervenidas con un embarazo a término. La enfermedad que más se asoció al embarazo fue la anemia y de las que complican el embarazo la más frecuente fue el oligohidramnio. La mayoría de las cesareadas no fueron inducidas y el móvil predominante de la indicación quirúrgica fue el estado fetal intranquilizante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Microsoft Encarta. Distocia [DVD-Rom]. Filadelfia: Microsoft Corporation; 2005.
2. Rodríguez Domínguez PL, Hernández Cabrera J, Reyes Pérez A. Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2006; 32(3):37-43.
3. Eugenio selman-housein. Aldo. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. Editorial Científico-medica 2002. La Habana Cuba.
4. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza 2000. Tecnología apropiada para el parto publicada. Lancet. 2005; 2:436-7.
5. Casagrandi D, Pérez J, Areces G, Sanabria AM, Urra R, Benavides S, et al. Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea [en línea]. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2007; 33(3). [consulta 25 Nov 09]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300003&lng=es
6. Villar J, Valladares E, Wojdyla D. Caesarean section delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet. 2006; 367(9525):1819-29.
7. Notzon FC International differences in the use of obstetric interventions. JAMA 1990; 263:3286-91.
8. Shearer e. cesarean section: Medical Benefics and Conts. Soc Sci Medical 1993; 37; 1223-31.
9. Parrilla bv. dooley sl, jausen rd. Iatronic Respiratory Distress Following Elective Repeated Cesarean Delivery. Obstetric Gynecology.
10. Ramírez Olivella. Operación Cesárea. 884-888. editorial átela. 1945 tomo II.

11. Murria Sf and Srani Praderas. Health sector reform and rise of caesarean birth in Chile. *Lancet* 1997; 349: 64.
12. Barros Fc. cesarean sections in Brazil (letter); *Lancet* 1996; 347:839.
13. Cabeza E, Casagrandi D, Santiesteban S, Urra R. Acciones para un parto seguro. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
14. Manual de diagnóstico y tratamiento de la república de cuba. Editorial Ciencias Médicas, 1997; Cesaria y todo lo relacionado al Parto Normal y de Riesgo.
15. Eusebio Hernández. Ciencia y patria. Selección e Introducción de Rafael Cepeda. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana Cuba, 1991; pag. 92.
16. Rafael Vinat de la Mata. Las cubanas en la Post – Guerra. “1898-1902” Editorial política. La Habana 2001; Pág. 48.
17. Abashed hf, marin v. Caesarean sections at Queen Alia Military Hospital, Jordan: a six-year review. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2000,6(1):41-5
18. Allen vm, o'connell cm, farrell sa, baskett tf. Economic implications of method of delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Jul;193(1):192-7
19. Al-mufti r, mccarthy a, fisk nm. Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1997 May;73(1):1-4
20. Baskett tf, o'connell cm. Severe obstetric maternal morbidity: a 15-year population-based study. *J Obstet Gynaecol*. 2005 Jan;25(1):7-9
21. Kilsztajn S, Carmo MS, Machado LC Jr. Caesarean section and maternal mortality in Sao Paulo. *EU J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007;132(1)64-9.
22. Belizan jm, althabe f, barros fc, alexander s. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ*. 1999, Nov 27, 319: 1397-400

23. Bergholt t, ostberg b, legarth j, weber t. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 Mar;83(3):262-6
24. Cepicky p, stembera z, zeman j, lomickova t, mandys f. When is it possible to meet the wish of a woman to terminate her labour by caesarean section? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1991 Jan 30;38(2):109-12
25. Chalmers be, mcintyre ja, meyer d. South African obstetricians' views on caesarean section. *S Afr Med J*. 1992 Sep;82(3):161-3
26. Cisse ct, faye eo, de bernis l, dujardin b, diadhiou f. Cesarean sections in Senegal: coverage of needs and quality of services. *Sante*. 1998 Sep-Oct;8(5):369-77
27. Constante p. Una epidemia de cesáreas. *BID AMERICA* (www.aidb.org)
28. Cotzias cs, paterson-brown s, fisk nm. Obstetricians say yes to maternal request for elective caesarean section: a survey of current opinion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001 Jul;97(1):15-6
29. Devendra k, arulkumaran s. Should doctors perform an elective caesarean section on request? *Ann Acad Med Singapore*. 2003 Sep;32(5):577-81; quiz 582
30. Álvarez Vázquez J. Cesárea. *Rev Hum Med* [Internet]. 2009 Dic [citado 12 Abr 2012]]; 9(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202009000300009&lng=es
31. Vázquez J. Cesárea. *Rev Hum Med* [Internet]. 2009 Dic [citado 12 Abr 2012]]; 9(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202009000300009&lng=es.

32. *Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. La medicina en la antigüedad: Esculapio y la cultura. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2010 Jun [citado 12 Feb 2012]; 26(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200021&lng=es.*
33. *Müller C. La operación cesárea desde que se introdujo la operación de Porro (1876). Actas Ciba. 1952; 5:105-114.*
34. *Hernández E. Selección e Introducción operación cesárea de Rafael Cepeda. La Habana: Ciencias Sociales; 1991.*
35. *Speert M. Historical highlights. In: Scott JR, Di Saia PJ, Hammond C B, Spellacy W N, editors. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 7th ed. Philadelphia: JB Lippencott; 1997. p. 2-22.*
36. *Racinet C, Bouzid F. Césariennes. In: Thoulon JM, Puech F, Boog Gr. editors. Obstétrique Paris: Ed Marketing Ellipses; 1995. p. 821-34.*
37. *Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 473-87.*
38. *Cunningham GF, editors. Williams Obstetricia. 20 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998. p. 477-97.*
39. *Boley JP. The History of Cesarean Section. Can Med Assoc J 1991; 145:19.*
40. *Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbien MA. Risk factors for the increasing cesarean section rate in southeast Brazil: A comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. Int J Epidemiol 1999; 28(4): 687-94.*
41. *Torres Ramírez A. La resolución obstétrica de las adolescentes en comparación con la de las adultas. Ginecol Obstet 1999;67: 377-84*
42. *Olivas Mendoza G. Cesárea: Pérdida hemática transoperatoria y su recuperación. Ginecol Obstet Mex 1999; 67: 361-6.*
43. *Serrrano Colo JA. Razones en pro y en contra de la operación cesárea. Ginecol Obstet 1999; .67: 353-5.*

44. Souza Rodríguez B. *Elogio del Dr. Enrique Fortún*. La Habana: Comp. Ed. de Libros y Folletos; 1949.
45. Mathews JE, Rajaratnam A, George A, Mathai M. Comparison of two world organization partographs. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007; 96(2):147-50.
46. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Documentos de Consenso*. Madrid: SEGO; 2007.
47. Williams GC, Williams NF. *Obstetricia*. 2nd ed. España: Médica Panamericana; 2006.
48. Vázquez Cabrera J. *La operación cesárea. Análisis crítico y recomendaciones para disminuir la morbilidad materna y neonatal*. La Habana: Ecimed; 2009.
49. Millán Vega MM, Mendoza Arroyo A. Factores relacionados con la cesárea primitiva. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]*. 2010 [citado 12 Abr 2012]; 36(3):360-367. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300007&lng=es.
50. Alonso Uría RM, Lugo Sánchez AM, Álvarez Ponce V, Rodríguez Alonso B, Vasallo Pastor N, Remy Pérez M, et al. Mortalidad neonatal precoz. Análisis de 15 años. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]*. 2007 [citado 12 Feb 2012]; 31(1):145-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000300008&lng=pt&nrm=iso
51. Tita A, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KY. Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. *N Engl J Med [Internet]*. 2009 [citado 12 Feb 2012]; 360:11-20. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0803267Timing>.
52. La Fontaine Ferry E, La Fontaine Terry JC, Paulina Simba N. Morbimortalidad materna y neonatal en la cesárea primitiva. *Rev Arch Méd Camagüey [Internet]*. 2006 [citado 12 Dic 2011];10(3): [aprox. 10 p.].

Disponível em: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n3-2006/2097.htm>

53. Faas-fehervary p, schwarz k, bauer l, melchert f. Caesarean section on demand: Influence of personal birth experience and working environment on attitude of German gynaecologists. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005 Oct 1;122(2):162-6
54. Farrell sa, baskett tf, farrell kd. The choice of elective cesarean delivery in obstetrics: a voluntary survey of Canadian health care professionals. *International Urogynecology Journal.* 2005 Sep-Oct;16(5):378-83
55. Ghetti c, chan bk, guise jm. Physicians' responses to patient-requested caesarean delivery. *Birth.* 2004 Dec;31(4):280-4
56. Gonen r, tamir a, degani s. Obstetricians' opinions regarding patient choice in caesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2002 Apr;99(4):577-80
57. Groom km, paterson-brown s, fisk nm. Temporal and geographical variation in UK obstetricians' personal preference regarding mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002 Jan 10;100(2):185-8
58. Hofmeyr gj, hannah me. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD000166. DOI: 10.1002/14651858.CD000166.
59. Horey d, weaver j, russell h. Information for pregnant women about caesarean birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD003858.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD003858. pub2
60. Souza, Alex Sandro Rolland; Amorim, Melania Maria Ramos; Porto, Ana Maria Feitosa. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico: [revisão]. *Femina* [Internet]. 2010 [citado 12 Feb 2012];38(10):[aprox. 14 p.]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>
61. Valenti EA. Guía de prociencia de cordón. *Rev Hosp Matern Infant Ramon Sarda* [Internet]. 2008 [citado 12 Feb 2012]; 27(4):159-161. Disponível em: http://www.sarda.org.ar/Institucional/Publicaciones/Revista_Sarda/2008/Gui

- [a de prociencia de cordon2.](#)
62. [Altunaga Palacio M, Lugones Botell M. Incidence of some risk factors in pre-eclampsia with severity signs. Rev Cubana Obstet Ginecol \[Internet\]. 2010 Sep \[Citado 12 Feb 2012\]; 36\(3\):352-359. Disponible en: \[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300006&lng=es\]\(http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300006&lng=es\).](#)
 63. [Altunaga Palacio MA, Lugones Botell M. Resultados perinatales en la preeclampsia con signos de gravedad. Rev Cubana Obstet Ginecol \[Internet\]. 2011 Ago \[citado 12 Feb 2\]; 37\(2\):147-153. Disponible en: \[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200004&lng=es\]\(http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200004&lng=es\).](#)
 64. [Santana Scaranello Nunes D, Filho M, Lourenço M, Lenir M. Conceito, diagnóstico e tratamento de placenta prévia acreta com invasão de bexiga: revisão sistemática da literatura. Femina \[Internet\]. 2006; 38\(3\): \[aprox. 9 p.\]. Disponible en: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a006.pdf>.](#)
 65. [García Alcolea EE. Efectos del embarazo sobre el aparato ocular: Its effects on optic tract. Rev Cubana Obstet Ginecol \[Internet\]. 2009\[citado 12 Feb 2012\]; 35\(3\): \[aprox. 12 p.\]. Disponible en: \[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300010&lng=es\]\(http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300010&lng=es\).](#)
 66. [Sociedad Española de Ginecología. Documento de Consenso. Valencia \(España\): SEGO; 2009.](#)
 67. [Irvine Im. Maternal request for caesarean section: is it obstetrician driven? J Obstet Gynaecol. 2001;21\(4\):373-374](#)
 68. [Jacquemyn y, ahankour f, martens g. Flemish obstetricians' personal preference regarding mode of delivery and attitude towards caesarean section on demand. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003 Dec 10;111\(2\):164-6](#)
 69. [Gregory K., Henry O., Gellens A., Hodell C., Platt L. Repeat cesareans: How many are elective? Clin Obstet Ginecol 1994; 84 \(2\): 574-578.](#)
 70. [Hueston W., Development of a cesarean risk scores. Clin Obstet Gynecol 1994; 84\(6\): 965-968.](#)

71. Mena P. Operación Cesárea. *Obstetricia*, A. Pérez Sánchez 1992; 2ª Ed: 290-300.
72. Miller D., Vilas F., Paul R. Vaginal birth after cesareans: a ten-year experience. *Clin Obstet Gynecol* 1994; 84(2):255-257
73. Operatives Obstetrics. Te Linde Operación Cesárea 1993.
74. Johnson sr, elkins te, strong c, phelan jp. Obstetric decision-making: responses to patients who request cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*. 1986 Jun;67(6):847-50
75. Kenton k, brincat c, mutone m, brubaker I. Repeat cesarean section and primary elective cesarean section: recently trained obstetrician-gynecologist practice patterns and opinions. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Jun;192(6):1872-5; discussion 1875-6
76. Kravitz rl, krackhardt d, melnikow j, franz ce, gilbert wm, zach a, paterniti da, romano ps. Networked for change? Identifying obstetric opinion leaders and assessing their opinions on caesarean delivery. *Soc Sci Med*. 2003 Dec;57(12):2423-34
77. Kwee a, cohlen bj, kanhai hh, bruinse hw, visser gh. Caesarean section on request: a survey in The Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004 Apr 15;113(2):186-90
78. Kenton k, brincat c, mutone m, brubaker I. Repeat cesarean section and primary elective cesarean section: recently trained obstetrician-gynecologist practice patterns and opinions. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Jun;192(6):1872-5; discussion 1875-6
79. Kravitz rl, krackhardt d, melnikow j, franz ce, gilbert wm, zach a, paterniti da, romano ps. Networked for change? Identifying obstetric opinion leaders and assessing their opinions on caesarean delivery. *Soc Sci Med*. 2003 Dec;57(12):2423-34
80. Kwee a, cohlen bj, kanhai hh, bruinse hw, visser gh. Caesarean section on request: a survey in The Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004 Apr 15;113(2):186-90

81. Lavender t, kingdon c, hart a, gyte g, gabbay m, neilson jp. Could a randomised trial answer the controversy relating to elective caesarean section? National survey of consultant obstetricians and heads of midwifery. *BMJ*. 2005 Sep 3;331(7515):490-1
82. Macdonald c, pinion sb, macleod um. Scottish female obstetricians' views on elective caesarean section and personal choice for delivery. *J Obstet Gynaecol*. 2002 Nov;22(6):586-9
83. Mackenzie iz, cooke i, annan b. Indications for caesarean section in a consultant obstetric unit over three decades. *J Obstet Gynaecol*. 2003 May;23(3):233-8
84. Macones ga, peipert j, nelson db, odibo a, stevens ej, stamilio dm, pare e, elovitz m, sciscione a, sammel md, ratcliffe sj. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Nov;193(5):1656-62
85. Mawson ar. Reducing cesarean delivery rates in managed care organizations. *Am J Manag Care*. 2002 Aug;8(8):730-40
86. Mcgurgan p, coulter-smith s, o' donovan pj. A national confidential survey of obstetrician's personal preferences regarding mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001 Jul;97(1):17-9
87. Mekbib ta, teferi b. Caesarean section and foetal outcome at Yekatit 12 Hospital, Addis Abeba, Ethiopia, 1987-1992. *Ethiop Med J*. 1994 Jul;32(3):173-9
88. Mugisho e, dramaix m, porignon d, musubao e, hennart p. Analysis of data routinely collected in the maternity ward of Rutshuru in the Democratic Republic of the Congo between 1980 and 1998. I. Maternal mortality and obstetrical interventions. *Sante*. 2002 Apr-Jun;12(2):247-51
89. Myers sa, gleicher n. A successful program to lower cesarean-section rates. *N Engl J Med*. 1988 Dec 8;319(23):1511-6

90. Oyegunle ao. Role of the anaesthetist in the prevention of maternal deaths in Caesarian Section. Niger Med J. 1976 Jan; 6(1):106-11.
91. Puentes-rosas e, gomez-dantes o, garrido-latorre f. Tendencias, niveles y factores asociados. Salud Pública Méx. 2004 Jan-Feb;46(1):16-22
92. Reime b, klein mc, kelly a, duxbury n, saxell l, liston r, prompers fj, entjes rs, wong v. Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth? BJOG. 2004 Dec;111(12):1388-93
93. Robson ms. Can we reduce the caesarean section rate? Best Pract Res Clin Obstet Gynecol. 2001 Feb;15(1):179-94
94. Rowe-murray hj, fisher jr. Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. BJOG 2001 Oct; 108(10):1068-75.
95. Pascual López V, Toirac Lamarque AS. Patrón de riesgo en la gestante adolescente primípara: un problema latente. MEDISAN [Internet]. 2011 Dic [citado 20 Nov 2012]; 15(12):1720-1728. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001200006&lng=es
96. Essien J. CESÁREA PRIMITIVA. COMPORTAMIENTO EN NUESTRO MEDIO. 2004; 8(4) ISSN 1025-0255.
97. Howart GR, Botha DJ. Amniotomía más oxitocina intravenosa para la inducción del trabajo de parto. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet], 2008, 2. [Citado]; [aprox 5 p] Disponible en: <http://www.update-software.com/pdf/CD003250.pdf>.
98. Yawn BP, Wollan P, Mc keon K, Fields CS. Temporal changes in rates and reasons for medical induction of term labor, 1980-1996. Am J Obstet Gynecol. Alexander JM, McIntire DD, Leveno KJ. Prolonged pregnancy: induction of labor and cesarean births. Obstet Gynecol. 2000; 97(6):911-5.

99. Peña Abraham Migdalia de las Mercedes, Piloto Morejón Manuel, Romero Díaz Carlos, González Ungo Eddy, Valladares Hernández Marta. Aspectos clínico-epidemiológicos de la inducción del parto en el embarazo postérmino. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2010 Mar [citado 20 Nov 2012]; 14(1):47-57. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100006&lng=es.
100. Peña Abraham Migdalia de las Mercedes, Piloto Morejón Manuel, Romero Díaz Carlos, González Ungo Eddy, Valladares Hernández Marta. Aspectos clínico-epidemiológicos de la inducción del parto en el embarazo postérmino. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2010 Mar [citado 20 Nov 2012]; 14(1):47-57. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100006&lng=es.