

11226

81
24

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CLÍNICA HOSPITAL "A" GUANAJUATO, GTO.**

**FRECUENCIA E INDICACIONES DE LA CESÁREA EN
LA CLÍNICA HOSPITAL "A" DEL ISSSTE
GUANAJUATO, GTO.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. MA. ELENA MOZQUEDA
LÓPEZ**

R. F. 1562



**CLÍNICA HOSPITAL "A"
GUANAJUATO, GTO**

1999

**TESIS CON
ALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FRECUENCIA E INDICACIONES DE LA CESÁREA EN LA
CLÍNICA HOSPITAL "A" DEL ISSSTE
GUANAJUATO, GTO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. MA. ELENA MOZQUEDA LÓPEZ.

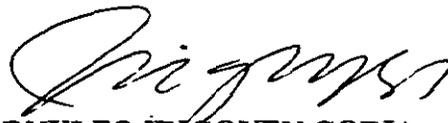
AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA.

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO

DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA. U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES.

COORDINADOR DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE

MEDICINA FAMILIAR.

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**FRECUENCIA E INDICACIONES DE LA CESÁREA EN LA
CLÍNICA HOSPITAL "A" DEL ISSSTE
GUANAJUATO, GTO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. MA. ELENA MOZQUEDA LÓPEZ.

AUTORIZACIONES:



DR. ERASMO VILLAFAÑA HUERTA.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA CLÍNICA HOSPITAL "A"
DEL ISSSTE GUANAJUATO, GTO.



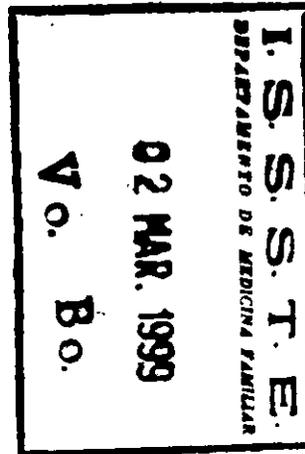
DR. MAURO ALBERTO LUNA JAIMES.

COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE GUANAJUATO, GTO.
ASESOR DE TESIS DEL ISSSTE.



DR. JOSÉ VILCHIS CASTRO.

ASESOR DE TESIS U.N.A.M.
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

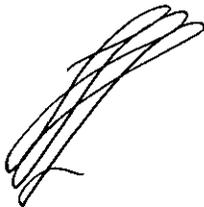


CLINICA HOSPITAL
ISSSTE GUANAJUATO
DIRECCION



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO.

JEFE DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE.



INDICE

	pag.
Marco de referencia.	1
Planteamiento del Problema.....	7
Justificación.....	7
Objetivo General.....	8
Objetivos específicos.....	8
Metodología.....	8
Frecuencia e indicaciones de la cesárea en la Clínica Hospital “A” del ISSSTE Guanajuato, Gto.:	
Resultados.....	11
Discusión.....	31
Conclusiones.....	37
Anexo1.....	39
Bibliografía.....	40

MARCO DE REFERENCIA.

La Operación Cesárea es: el acto de extraer el producto de la concepción vivo o muerto a través de una laparatomía e incisión en la pared uterina después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas de gestación.

Probablemente el término provenga del latín Partus Caesareus, de caedere Cortar. No hay pruebas evidentes de que Julio César haya nacido de esta manera y mucho antes de que el naciera esta operación se practicaba en mujeres muertas para extraer a las criaturas, las cuales eran llamadas Caesones o cesones.

Muchos son los reportes e historias de que esta operación se practicaba siglos antes de Cristo; “La Lex Regia de Numa Pompilio 715 a.C. , Buda y los antiguos judíos, ordenaban expresamente la extracción del feto antes de sepultar a la gestante muerta. El Talmud 400 a.C. prescribe que la mujer no está obligada a guardar los acostumbrados días de purificación después de la extracción del feto por el abdomen, a los niños que nacían por medio de dicha operación ejecutada por el costado se les daba el nombre de “Jotze Dofan” , y a los que nacían mediante la operación clásica “Kariyath Habbten.

Felkin 1879 presenció una operación cesárea hecha por un aborigen en Uganda ,y por la técnica ahí presenciada según Felkin es de suponer que muchos siglos deben de haber estado practicando esta operación para llegar a perfeccionarla tanto.

Existen varios informes de esta operación desde 1500 donde J. Nuffer un castrador de cerdos de Suiza operó a su esposa con éxito.

En 1539 Estienne realiza esta operación a una mujer moribunda salvando a la criatura.

1610 J. Trautman de Wittenberg, realizó el primer informe auténtico de una operación cesárea con una mujer que padecía hernia de útero.

Ponzi citó el “ libro del Rey Firdusi 935 a.C. así como una descripción poética de la operación hecha en aquel entonces con anestesia producida por vino.

La Monografía de Russet, dió a la operación cesárea el caracter de entidad quirúrgica y a pesar de la tremenda mortalidad y la oposición de muchos de los mejores tocólogos Europeos ,poco a poco se convirtió en un método aceptable, en aquellos casos en que casi con certeza habría muerto la parturienta si no se hubiera hecho la operación.

La Iglesia Católica tuvo buena parte en la generalización de la operación ya que ofrecía la oportunidad de bautizar a la criatura.

Kayser 1841 halló que la mortalidad fue del 62 % en los 80 años anteriores.

Tarnier dijo que no se había hecho con buen éxito una sola operación en París en el siglo XIX . Spaeth hizo igual declaración respecto a Viena 1877.

Las causas de muerte por la operación eran la hemorragia y la infección. Cuando se ejecutaba la operación, no se ponían suturas en la herida uterina por razón de que no se podían dejar largos los cabos para quitar después las puntadas como se acostumbraba antiguamente, como consecuencia de ello fallecía a menudo la paciente a causa de hemorragia en la cavidad peritoneal, por igual razón se vertían los loquios en la cavidad peritoneal y originaban peritonitis, además de que a la sazón se desconocía la asepsia y todas las operaciones abdominales eran sumamente peligrosas.

Osiander 1805 ejecutó y recomendó la operación cesárea baja o cervical, de casi igual manera que se ejecuta hoy en día.

Sanger 1882 ideó diversas técnicas de la incisión abdominal. Se había puesto en práctica la canalización del útero y de la cavidad peritoneal, por arriba y por abajo y se habían empleado muchos otros procedimientos.

Varias de estas técnicas fueron sugeridas, pero la finalidad de todas ellas era evitar la hemorragia ,y el escape de los loquios, y la consecuente peritonitis, así como evitar las adherencias del útero a la pared abdominal, al epiplón y los peligros de ruptura de la cicatriz en gestaciones subsecuentes. Con el perfeccionamiento general de la técnica aséptica mejoraron los resultados de la operación de Sanger.

A pesar de todos los perfeccionamientos y de la técnica aséptica mejorada, dejó mucho que desear la operación cesárea Clásica, en particular si se compara con los requisitos modernos. En primer lugar no es una operación exenta de peligros cuando hay infección o se sospecha de que la hay. En segundo son frecuentes las complicaciones intestinales postoperatorias , que si bien rara vez son mortales siempre son enfadosas. En tercer lugar a menudo quedan adherencias peritoneales. Cuarto: es posible que se abra la cicatriz con gestaciones subsecuentes y por último acarrea aún una mortalidad del 1 al 10% o más.

Para subsanar tales inconvenientes Frank en 1906 trato de revivir la operación de Osiander, salvo que abrió la cavidad peritoneal inmediatamente arriba del pubis y unió el peritoneo parietal al peritoneo del segmento uterino inferior, con lo cual aislo la cavidad peritoneal, y después, efectuó la extracción. Selheim puso en claro la anatomía quirúrgica de la región ,demostró las ventajas que tenía extraer el feto por la zona de dilatación , en lugar de extraerlo por la zona contractil de la matriz. Latzko empujó la vejiga hacia un lado y el peritoneo hacia arriba desprendiéndolos del segmento uterino inferior y penetró en la matriz enteramente por vía peritoneal.

En el presente hay cuatro métodos de extracción abdominal:

- 1.- En el cuerpo uterino la incisión es vertical en porción contractil del mismo.
- 2.- Cesárea segmentaria vertical "tipo Beck". La incisión debe hacerse en el segmento uterino pero pocas veces se logra y con frecuencia interesa parte del cuerpo por lo que su denominación correcta es de cesárea corporal.

3.- Cesárea segmentaria transversal “ tipo Kerr”. Esta incisión se hace en el segmento anterior.

4.- Extraperitoneal, puede emplearse en casos complicados de sépsis.

CLASIFICACIÓN DE LA CESÁREA:

1.-CESÁREA REPETIDA O CESÁREA PREVIA.

Cuando se tiene una cesárea previa y la indicación del procedimiento puede ser diferente a la anterior. La cesárea previa no constituye por sí sola la indicación de la nueva operación. deben investigarse cuidadosamente los antecedentes de la operación.

Indicación: puerperio séptico, tipo de cesárea, lugar de la ejecución etc. Cuando no persiste la misma causa en ausencia de desproporción cefalopélvica y sin contraindicaciones debe permitirse el desarrollo de trabajo de parto.

2.- CESÁREA ITERATIVA:

Es aquella que se practica en una paciente que tiene antecedentes de dos o más cesáreas o cicatrices uterinas previas. Puede no existir dos o más cesáreas o cicatrices uterinas previas Puede no existir complicaciones médicas y obstétricas, pero la ejecución del procedimiento está dada por la cicatrices uterinas que impiden todo procedimiento vaginal.

La programación debe realizarse teniendo en cuenta la certificación que el embarazo es de término y que la madurez fetal se ha corroborado por estudios de gabinete y laboratorio.

3.-CESÁREA ELECTIVA:

Estas indicaciones es de carácter excepcional en la obstétrica actual. El médico elige este procedimiento para terminar el embarazo, en condiciones médicas y obstétricas de la embarazada muy particulares: antecedente de plastía urogenital, primigesta añosa , antecedente de esterilidad o infertilidad, temor al trabajo de parto.

INDICACIONES DE OPERACIÓN CESÁREA :

Por diferentes razones han variado y se han incrementado las indicaciones en los últimos 20 años con objeto de reducir la morbilidad perinatal y mejorar la sobre vida del prematuro. No obstante el riesgo materno persiste y es de 3 ó 4 veces mayor que el parto.

1.- FALLA EN EL PROGRESO DEL TRABAJO DE PARTO.

Es la indicación más frecuente para practicar la operación cesárea.. En muchas instituciones se utiliza como equivalente el término de desproporción cefalopélvica, inercia uterina o distocia de contracción . Se prefiere el concepto “falla en el progreso del trabajo de parto” ya que no predispone en futuros embarazos a realizar una operación sobre todo cuando se califica de desproporción cefalopélvica en forma imprecisa y no bien documentada.

2.-PRESENTACIONES ANORMALES :

Presentación pélvica, situación transversa, menos frecuente presentación de cara, frente a occipito posterior con deflexión .

3.- SUFRIMIENTO FETAL.

4.-INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN ESTADOS HIPERTENSIVOS sobre todo si el cervix no es favorable para una inducción.

5.- LOS CASOS DE PLACENTA PREVIA CENTRAL TOTAL O PARCIAL E INSERCIÓN BAJA.

Desprendimiento prematuro de placenta o prolapso de cordón umbilical.

6.-RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y CERVIX NO FAVORABLE.

7.- LAS INFECCIONES DE HERPES GENITAL , constituyen indicaciones novedosas siempre que la infección este activa o recientemente se haya adquirido.

8.- LOS PROBLEMAS DE ISOINMUNIZACIÓN MATERNO FETAL, TUMORES PREVIOS, PATOLOGÍA DEL CERVIX, DISTOCIA DE PARTES BLANDAS ETC.

9.- PERIODO INTERGENÉSICO CORTO

menos de 15 meses indicación relativa.

Como antecedentes de este trabajo, se han considerado los siguientes:

Van Roosmalen y Van Der Does han propuesto un replanteamiento de la cesárea, dado que las elevadas tasas de esta operación, se han convertido en un tema que preocupa a nivel internacional desde los principios de los años 80's .(1,2).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿ Cuales son las indicaciones que más frecuentemente se aplican en la Clínica Hospital “A” del ISSSTE Guanajuato,Gto, para la realización de la operación cesárea que explique su elevado índice ?.

JUSTIFICACIÓN:

Según estadísticas de 1994 en la Clínica Hospital “A” del ISSSTE Guanajuato, Gto. la operación cesárea alcanzó un porcentaje de 49.2, rebasando índices nacionales, esto se consideró significativo, ya que en la literatura no hay reportes tan altos y motivó a que se realizara el presente estudio, tratando de identificar las principales causas que motivaron esta operación, para posteriormente lograr una disminución de esta frecuencia que redundará en una mejor atención a las pacientes obstétricas, una disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal.

La realización del presente trabajo, fue motivada principalmente por la observación de que en los últimas décadas la frecuencia de la operación cesárea comparada con la de parto vaginal , tanto en instituciones oficiales como privadas, es cada vez mayor alcanzando porcentajes que rebasan índices nacionales. Esto es un problema de Salud Pública, ya que efecta el gasto institucional, refleja la calidad de servicio que esta prestando al derechohabiente y repercute además en la fertilidad de la paciente.

El presente trabajo va dirigido principalmente a los médicos de primer contacto (Médicos Familiares), ya que son ellos los que pueden influir directamente en el cambio de actitud de las derechohabientes, las cuales se encuentran predispuestas a la realización de una segunda cesárea después de la primera, de ellos depende el que un embarazo llegue a feliz término y sea resuelto por vía vaginal sin exponer al binomio a los riesgos que implica una operación.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en la Clínica Hospital "A" del ISSSTE Guanajuato, Gto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS :

- 1.-Determinar las principales indicaciones pre-operatorias de la operación cesárea en la Clínica hospital "A" del ISSSTE Guanajuato,Gto.
- 2.- Determinar la frecuencia de la operación por grupos de edad de las pacientes.
- 3.- Determinar la edad gestacional en que predominantemente se realiza la operación cesárea.
- 4.- Determinar cual es el tipo de indicación que predomina para realizar esta operación.
- 5.- Relacionar el estado clínico del recién nacido con el Diagnóstico pre-operatorio.

METODOLOGÍA :

TIPO DE ESTUDIO:

Transversal, retrospectivo y descriptivo.

Se consultaron las estadísticas de la Clínica Hospital "A" del ISSSTE Guanajuato, Gto, del reporte de operación cesárea y parto vaginal cinco años atrás y se compararon con el año de estudio.

POBLACIÓN :

Pacientes derechohabientes de la Clínica Hospital "A" del ISSSTE Guanajuato, Gto., a las cuales se les realizó operación cesárea.

LUGAR Y TIEMPO :

Se realizó el estudio durante seis meses en la Clínica Hospital "A" del ISSSTE Guanajuato, Gto.

TAMAÑO DE LA MUESTRA :

Se revisaron 311 expedientes de pacientes derechohabientes a quienes se les realizó operación cesárea.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todas las pacientes embarazadas a quienes se les realizó operación cesárea durante el periodo de estudio : 1o de enero a 31 de diciembre de 1994.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN :

Población No derechohabiente.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Menores de 15 años y mayores de 50 años.

VARIABLES:

INDEPENDIENTES :

Edad de las pacientes entre 15 y 50 años.

Edad gestacional de 27 a 42 semanas de gestación.

Estado Clínico del recién nacido.

DEPENDIENTES :

Indicaciones pre-operatorias.

Diagnósticos post-operatorios.

Las indicaciones pre-operatorias y post-operatorias se clasificaron en ocho grupos:

- 1.- Cesárea previa y programada.
- 2.- Distocias.
- 3.- Sufrimiento fetal.
- 4.- Ruptura prematura de membranas.
- 5.- Preclampsia.
- 6.- Presentación pélvica.
- 7.- Varios : embarazo gemelar, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- 8.- No especificado (se refiere a los expedientes en donde no se encontró la indicación, o la nota no se registró en el expediente).

Para la captación de información se utilizó una cédula de recolección de datos anexo 1

ASPECTOS ÉTICOS.

Sin riesgo para la investigación.

FRECUENCIA E INDICACIONES DE LA CESÁREA EN LA CLÍNICA HOSPITAL “A” DEL ISSSTE GUANAJUATO ,GTO.

RESULTADOS

En la Clínica Hospital “A” del ISSSTE Guanajuato, Gto. de 1989 a 1991 los porcentajes de parto fisiológico y operación cesárea se habían mantenido estables entre 31.5 y 33.6, así como también la natalidad. De 1992 a 1993, aumentaron estos porcentajes alcanzando un 8 y 13 más que en 1991, pero en 1994 se incrementaron en 16%, lo que quiere decir, que la relación parto fisiológico y parto cesárea es actualmente de 1:1. aproximadamente .

Es de notarse que la mortalidad infantil en los años 1992 y 1993 disminuyó, coincidiendo con la creación del Servicio de Cuidados Intensivos Neonatales, con el aumento del personal médico pediatra y con la implantación de los programas: “Embarazo de alto riesgo”, “Vacunación prenatal”, y “Control prenatal”. En 1994 aumenta nuevamente la mortalidad infantil por cesárea de 311 eventos mueren 11. Entre las principales causas de muerte se identifican la prematurez y la asfixia neonatal. (tabla I y gráfica 1).

GRÁFICA I

RELACIÓN CESÁREA - PARTO
Clínica Hospital "A" ISSSTE Guanajuato, Gto.

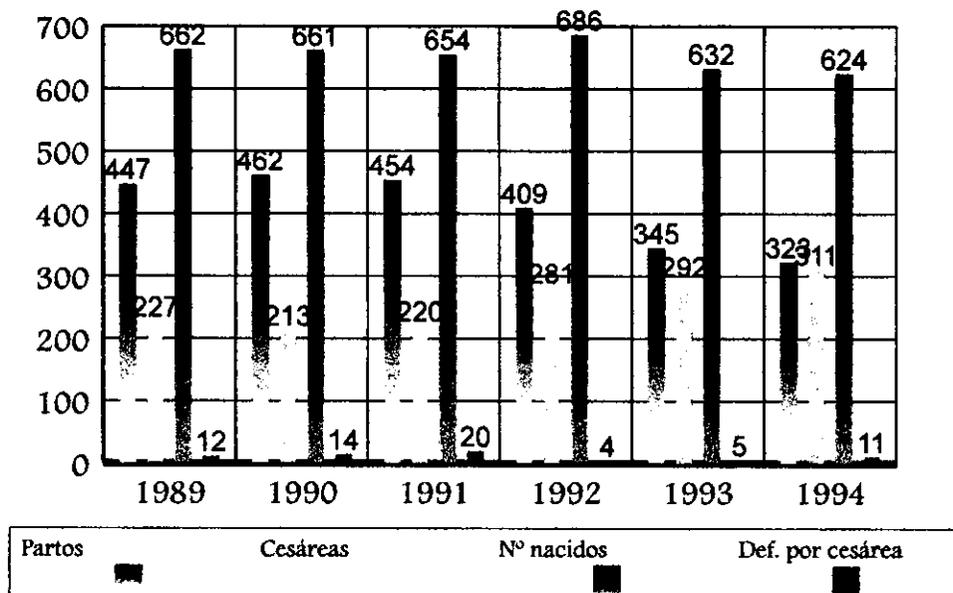


TABLA I

RELACIÓN CESÁREA / PARTO EN LA NATALIDAD DE LA CLÍNICA HOSPITAL "A" DEL ISSSTE GUANAJUATO, GTO.

AÑO	Nº.PARTO	Nº.CESÁREA	No. NACIDOS	No. defunc.x cesarea
1989	447	227	662	12
1990	462	213	661	14
1991	454	220	654	20
1992	409	281	686	4
1993	345	292	632	5
1994	323	311	624	11

Fuente: Departamento de Estadística de la Clínica Hospital "A" del ISSSTE Guanajuato, Gto.

La muestra a observar para el desarrollo de esta investigación se constituyó con 311 expedientes de las pacientes que fueron sometidas a operación cesárea en la Clínica Hospital "A" del ISSSTE Guanajuato, Gto. del primero de enero al treinta y uno de diciembre de 1994. Al revisarlos se consultó en ellos, la indicación pre-operatoria que motivó la operación, el diagnóstico post-operatorio que la confirmara, la relación con el estado clínico del recién nacido, que se registró. Además, se observó la edad de las pacientes a quienes se sometió a cesárea, la edad gestacional del embarazo, así como algunos otros datos: la especialidad médica que realiza la operación, la estancia hospitalaria de las pacientes en días-cama, y el registro de control prenatal de las pacientes durante su embarazo.

De las indicaciones de esta operación que se encontraron, están las siguientes, que se agruparon siguiendo la clasificación internacional de enfermedades:

- 1.- Cesárea previa y programada
- 2.- Distocias.
- 3.- Sufrimiento fetal.
- 4.- Ruptura prematura de membranas.
- 5.-Preclampsia.
- 6.- Varios (embarazo gemelar, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.).
- 7.- Presentación pélvica.
- 8.- No especificados.

Se incluye un rubro que no entra en las indicaciones de operación cesárea, sin embargo es un diagnóstico que acompaña a las indicaciones pre-operatorias y post-operatorias, “la Paridad Satisfecha”, para realizar la oclusión tubaria bilateral.

De este modo, se determinó que la edad de las pacientes, entre 20 y 34 años de edad, en un 83.5% de los 311 expedientes revisados, pertenece al grupo de edad reproductiva de bajo riesgo. (tabla II gráfica II).

GRÁFICA II

EDAD DE LAS 311 PACIENTES SOMETIDAS A CESÁREA □
ENERO - DICIEMBRE 1994

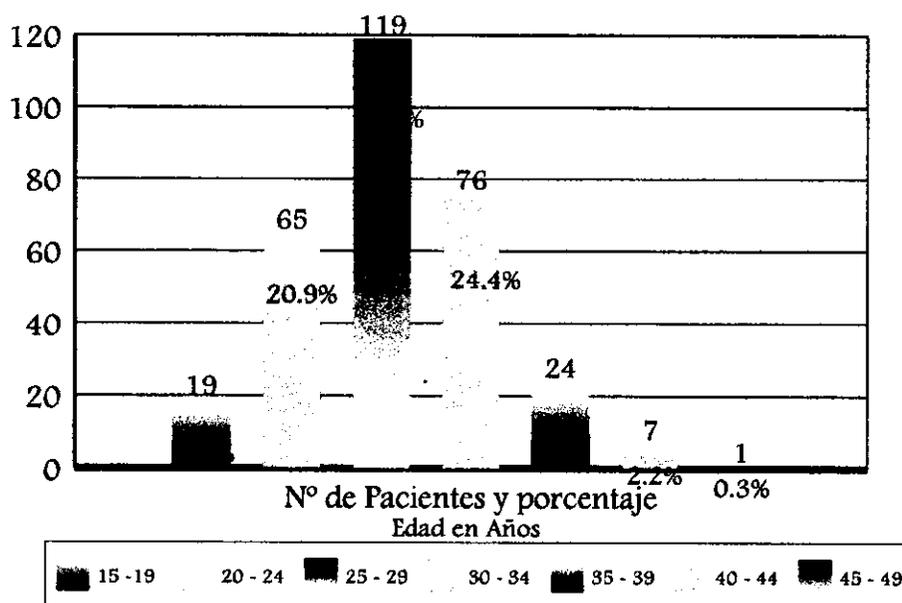


TABLA II**EDAD DE LAS 311 PACIENTES SOMETIDAS A CESÁREA DE ENERO A DICIEMBRE DE 1994.**

EDAD EN AÑOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
15-19	19	6.1
20-24	65	20.9
25-29	119	38.2
30-34	76	24.4
35-39	24	7.7
40-44	7	2.2
45-49	1	0.3

Fuente: expedientes de archivo clínico del Hospital del ISSSTE Guanajuato, Gto.

La edad de la mayoría de las pacientes que integraron la población sujeta a estudio, corresponde al rango de edad reproductiva más propicia para un embarazo de menor riesgo, y si consideramos que la operación cesárea es un recurso que debería utilizarse en condiciones de alto riesgo, esto muestra una incongruencia notable.

La edad gestacional en la cual se realizó la operación cesárea fue: entre las semanas 38 a 40, en un 72.3% de los casos; mayores de 40 semanas en un 17.5% y de menos de 36 semanas 10.2%. (Tabla III).

GRÁFICA III

**EDAD GESTACIONAL DE LAS 311 PACIENTES A QUIENES SE REALIZÓ CESÁREA
ENERO - DICIEMBRE 1994**

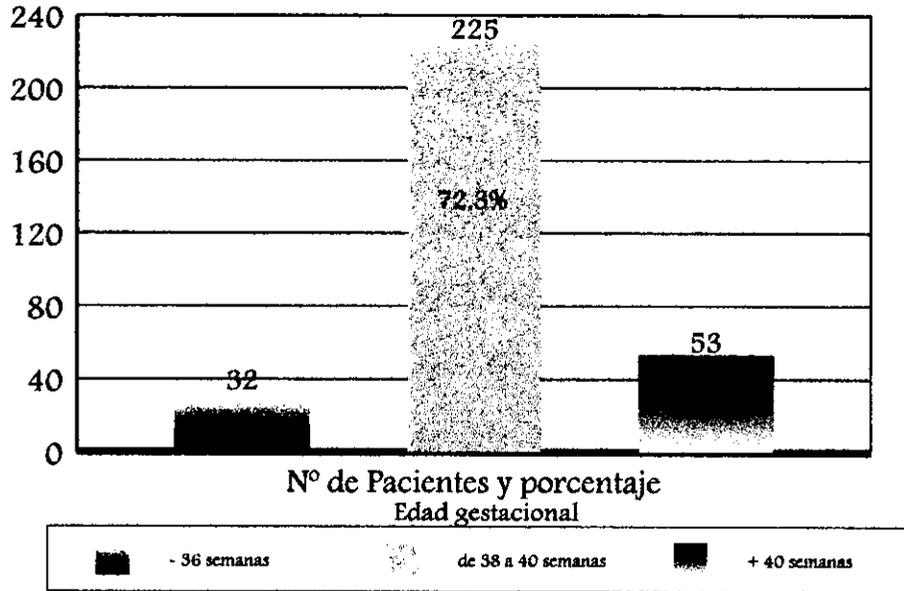


TABLA III.

EDAD GESTACIONAL DE LAS 311 PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZÓ CESÁREA.

EDAD GESTACIONAL	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
Menos de 36 semanas	32	10.2
de 38 a 40 semanas	225	72.3
Más de 40 semanas	53	17.5

Fuente: expedientes de archivo clínico del Hospital "A" del ISSSTE Guanajuato, Gto.

Entre las principales indicaciones de operación cesárea de los 311 expedientes revisados, está la cesárea previa y la cesárea programada con un porcentaje de 44.0.

El segundo tipo de indicaciones en términos de frecuencia corresponde al grupo de Distocias: con un porcentaje de 28.6 en pre-operatorio y de 22.5 en post-operatorio. La principal indicación fue la desproporción céfalo-pélvica, en pacientes primigestas tanto jóvenes como añosas, así como también, las que tenían antecedente de cesárea previa por la misma indicación.

En tercer lugar lo ocupó el sufrimiento fetal agudo con 15.7% pre-operatorio y 11.8% post-operatorio, con un porcentaje de recién nacidos con este diagnóstico de 4.3, y óbitos 0.9.

La ruptura prematura de membranas representó un 8.6% y 7.7% pre y post-operatorios. La preclampsia con 4.5% en pre y post-operatorio.

GRÁFICA IV

INDICACIONES PRE - OPERATORIAS

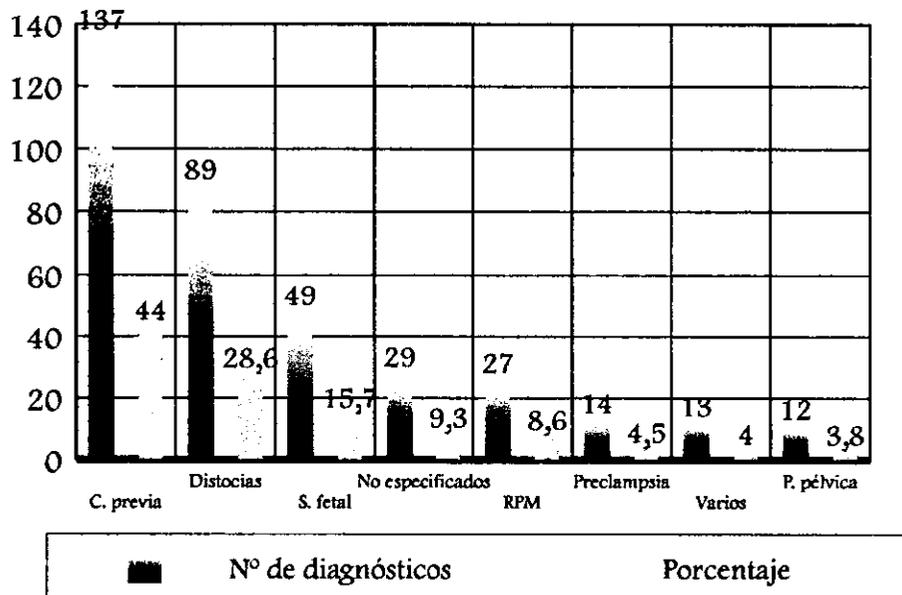


TABLA IV.**INDICACIONES PRE-OPERATORIAS.**

INDICACIONES	No. DE DIAGNÓSTICOS	PORCENTAJE
Cesárea previa y programada.	137	44.0
Distocias.	89	28.6
Sufrimiento fetal.	49	15.7
No especificados	29	9.3
Ruptura prematura de membranas	27	8.6
Preclampsia	14	4.5
Varios	13	4.0
Presentación pélvica	12	3.8

Fuente : expedientes de archivo clínico del Hospital del ISSSTE Guanajuato, Gto.

GRÁFICA V

INDICACIONES PRE-OPERATORIAS DISTOCIAS

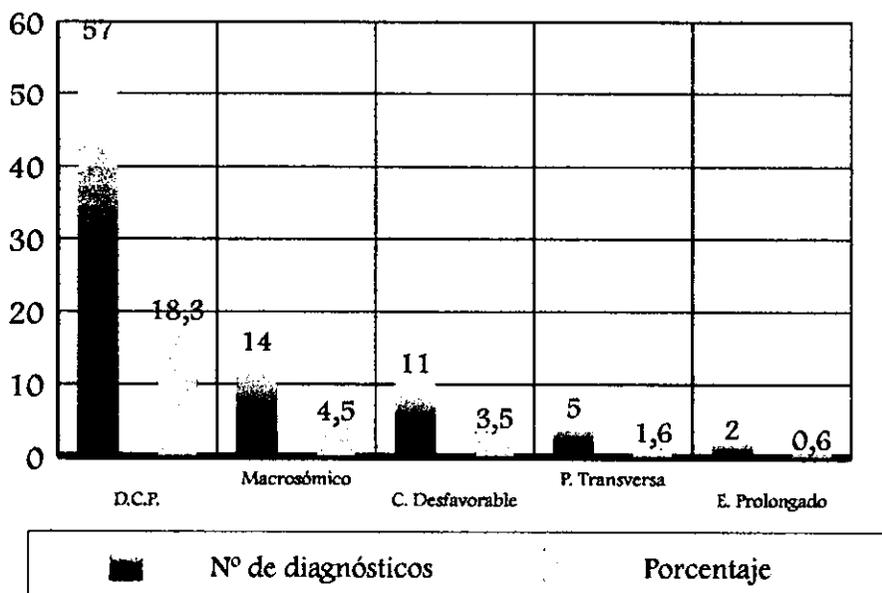


TABLA V.

INDICACIONES PRE-OPERATORIAS: DISTOCIAS.

	No. DE DIAGNÓSTICOS	PORCENTAJE
Desproporción céfalo-pélvica	57	18.3
Macrosómico	14	4.5
Cervix desfavorable.	11	3.5
Presentación transversa.	5	1.6
Embarazo prolongado	2	0.6

Fuente: expedientes de archivo clínico del Hospital "A" ISSSTE Guanajuato, Gto.

GRÁFICA VI

**INDICACIONES PRE-OPERATORIAS
VARIOS**

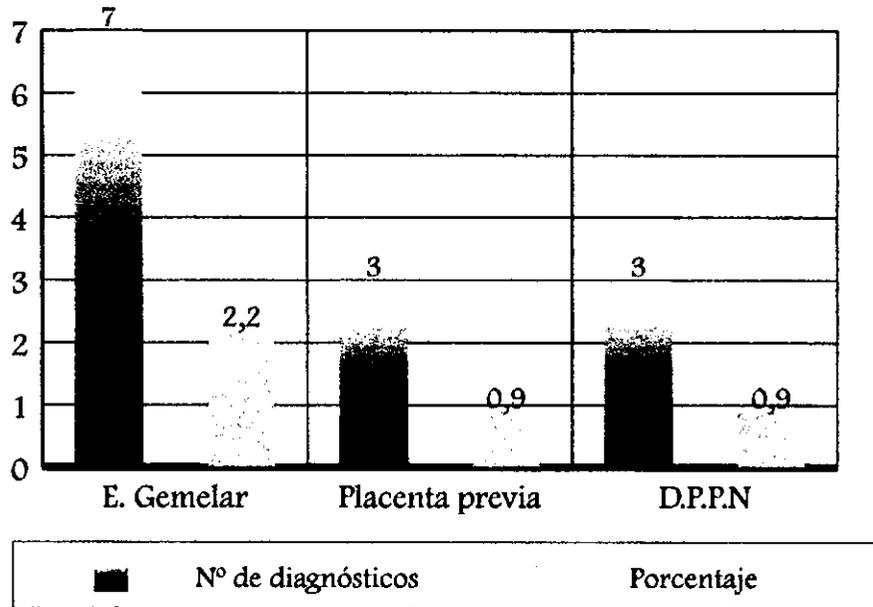


TABLA VI.

INDICACIONES PRE-OPERATORIAS : VARIOS.

	No DE DIAGNÓSTICOS	PORCENTAJE
Embarazo gemelar	7	2.2
Placenta previa.	3	0.9
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.	3	0.9

Fuente: expedientes de archivo clínico del Hospital "A" del ISSSTE Guanajuato, Gto.

El grupo varios: incluye el embarazo gemelar en el cual se presentaron 7 casos, es decir un 2.2%; la placenta previa con un 0.9% y 1.2% pre y post-operatorio; y el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con 0.9% respectivamente.

La presentación pélvica se determinó en un porcentaje de 4.1, en todos estos casos diagnosticada previamente.

Dentro del rubro no especificados se incluyen los casos en los cuales no se registró la indicación, o incluso la hoja quirúrgica se encontró en blanco. (tabla IV-IX).

GRÁFICA VII

DIAGNÓSTICOS POST-OPERATORIOS

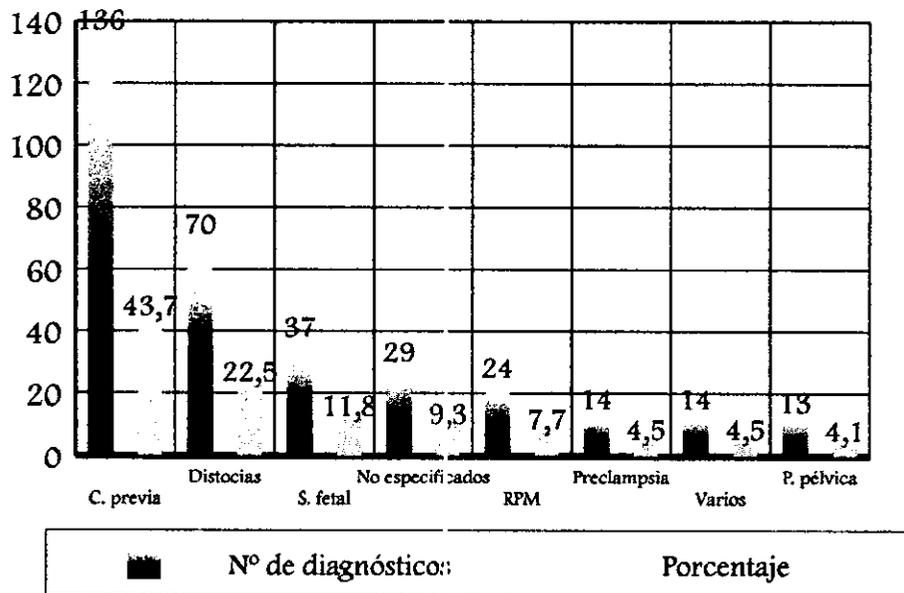


TABLA VII.

DIAGNÓSTICOS POST-OPERATORIOS.

INDICACIONES	No. DE DIAGNÓSTICOS	PORCENTAJE
Cesárea previa y programada	136	43.7
Distocias.	70	22.5
Sufrimiento fetal agudo.	37	11.8
No especificados.	29	9.3
Ruptura prematura de membranas	24	7.7
Preclapmsia	14	4.5
Varios	14	4.5
Presentación pélvica.	13	4.1

Fuente: expedientes de archivo clínico del Hospital "A" ISSSTE Guanajuato, Gto.

GRÁFICA VIII

DIAGNÓSTICOS POST-OPERATORIOS

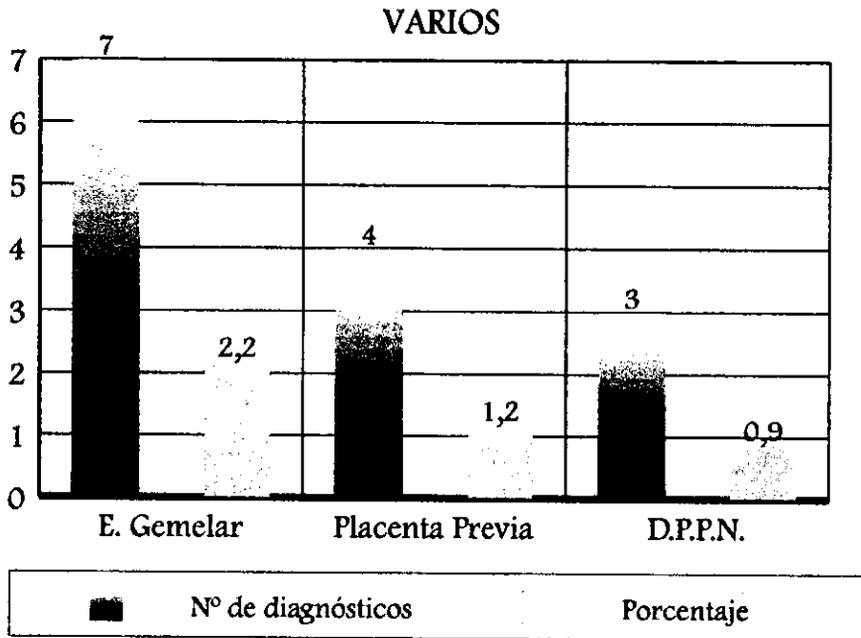


TABLA VIII.

DIAGNOSTICOS POST-OPERATORIOS: VARIOS.

	No. DE DIAGNÓSTICOS	PORCENTAJE
Embarazo gemelar.	7	2.2
Placenta previa.	4	1.2
Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.	3	0.9

Fuente: expedientes de archivo clínico del Hospital "A" ISSSTE Guanajuato, Gto.

En un rubro aparte se incluye el diagnóstico de “paridad satisfecha”, en pre-operatorio y oclusión tubaria bilateral en post-operatorio, que es acompañante de varias de las indicaciones de cesárea mencionadas.

GRÁFICA IX

OCCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL

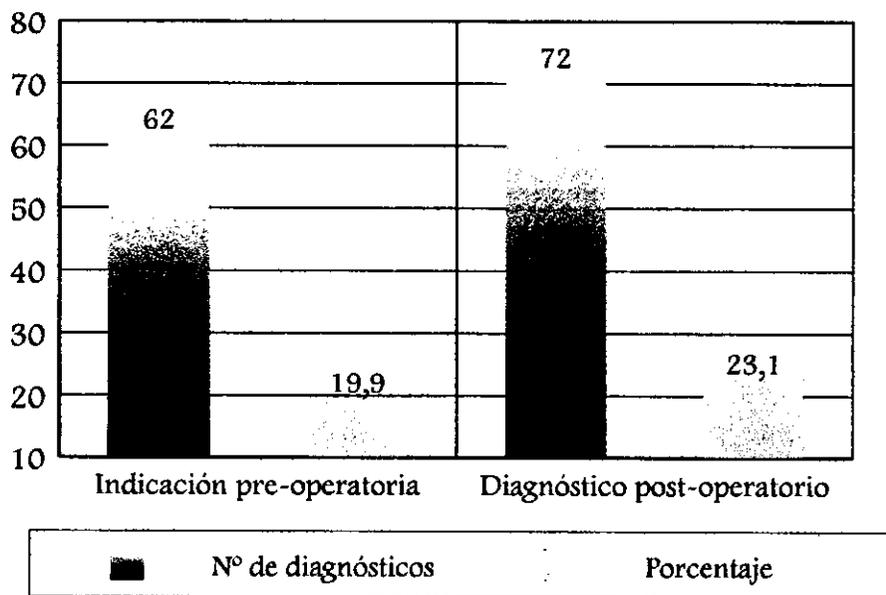


TABLA IX.

OCCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL.

	No. DE DIAGNÓSTICOS	PORCENTAJE
Indicación pre-operatoria	62	19.9
Diagnóstico post-operatorio	72	23.1

Fuente: expedientes de archivo clínico del Hospital "A" del ISSSTE Guanajuato, Gto.

Todas estas indicaciones pre y post operatorias ,no son indicaciones únicas, ya que muchas de ellas se acompañan de más de una indicación; cesárea previa + ruptura prematura de membranas, cesárea previa + sufrimiento fetal, cesárea previa + paridad satisfecha, desproporción céfalo- pélvica + sufrimiento fetal, etc., es por esto -que el número de diagnósticos son más que el número de expedientes revisados.

El estado clínico de los recién nacidos en general obtuvo una buena calificación por Apgar: entre 7 y 10 puntos al nacer y cinco minutos después. Así como el peso que fluctuó entre 2500 y 4000 gr.(tablas y gráficas X, XI).

El control prenatal de las pacientes fue llevado en 47.9% de los casos, la mayoría con antecedentes de cesárea previa, el otro 52.1% llegaron al servicio de urgencias aparentemente sin un seguimiento adecuado de su embarazo.

De las 311 pacientes sometidas a operación cesárea el promedio de estancia hospitalaria fue de 3.2 días sumando un total de 1019 días-cama. En cambio las pacientes de parto fisiológico generaron 2.0 días, en promedio, en total 640 días. Esto muestra una diferencia de 379 días de costo hospitalario. (tabla, y gráfica XII).

GRÁFICA X

**ESTADO CLÍNICO DE LOS RECIÉN NACIDOS CALIFICADOS POR APGAR
OBTENIDOS POR CESÁREA ENE- DIC 94**

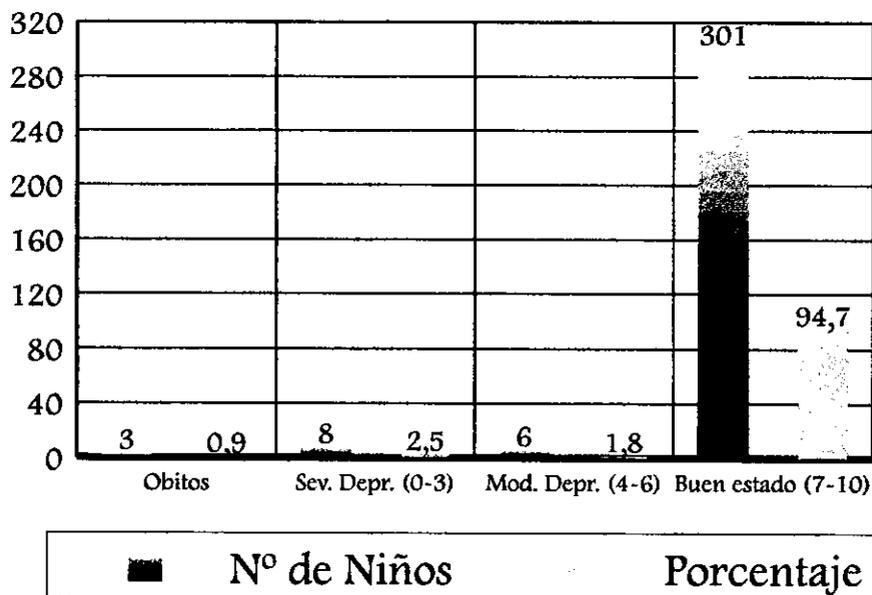


TABLA X

**ESTADO CLÍNICO DE LOS RECIÉN NACIDOS CALIFICADOS POR APGAR
Y OBTENIDOS POR CESÁREA DE ENERO A DICIEMBRE DE 1994.**

	APGAR	No. DE NIÑOS	PORCENTAJE
Óbitos.		3	0.9
Severamente deprimidos	0-3	8	2.5
Moderadamente deprimidos.	4-6	6	1.8
buen estado al nacer.	7-10	301	94.7

Fuente: expedientes de archivo clinico del Hospital "A" ISSSTE Guanajuato, Gto.

GRÁFICA XI

**PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS OBTENIDOS POR CESÁREA
ENERO DICIEMBRE 1994**

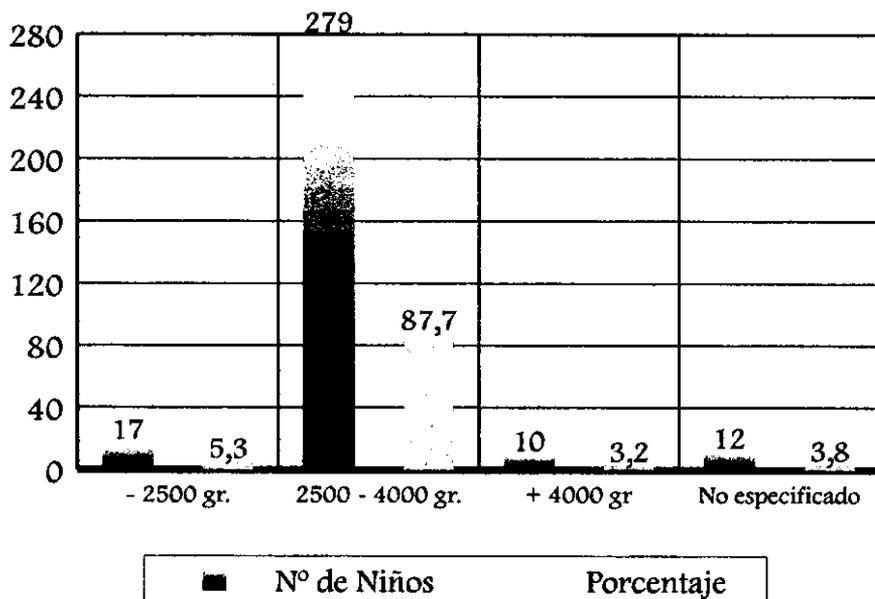


TABLA XI.

**PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS OBTENIDOS POR CESÁREA DE ENERO A
DICIEMBRE DE 1994.**

PESO	No. DE NIÑOS	PORCENTAJE
Menos de 2500 gr.	17	5.3
Entre 2500 gr. y 4000 gr.	279	87.7
Más de 4000 gr.	10	3.2
No especificado	12	3.8

Fuente: expedientes de archivo clínico del Hospital "A" ISSSTE Guanajuato, Gto.

La especialidad de los médicos que realizaron la operación cesárea, durante el año 1994 fueron Gineco-obstetras en un 56.9% de ellas, los Cirujanos generales en 29.2%, y en 13.8% de los casos no se especifica. Estos datos indican que las operaciones cesáreas son realizadas en su mayoría por especialistas en la materia. (tabla XIII).

GRÁFICA XII

COMPARACIÓN DE DÍAS-CAMA EN CESÁREA Y PARTOS FISIOLÓGICOS ENERO DICIEMBRE 1994

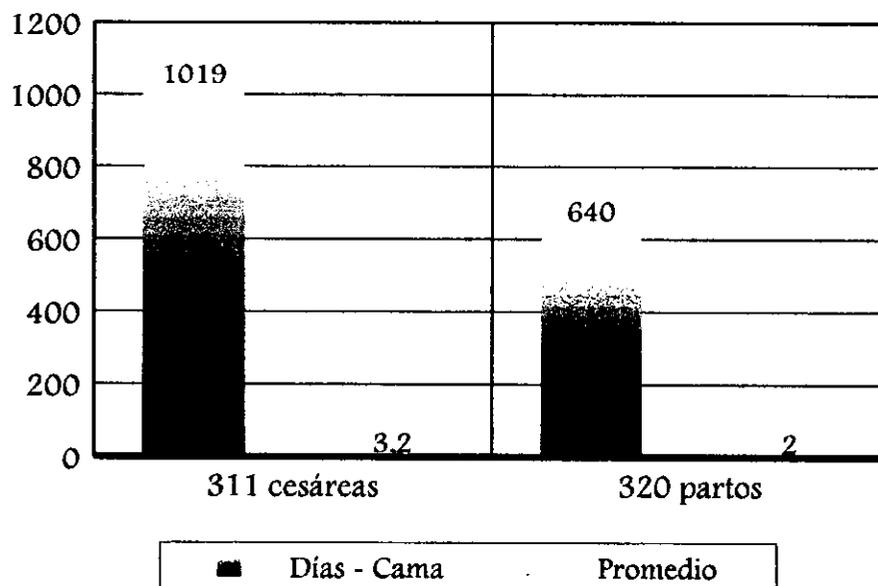


TABLA XII.

COMPARACIÓN DE LOS PARTOS CESÁREA Y LOS PARTOS FISIOLÓGICOS, CON RESPECTO A DÍAS-CAMA DE ENERO A DICIEMBRE DE 1994.

	DÍAS - CAMA	PROMEDIO
311 Partos por cesárea.	1019	3.2
320 Partos fisiológicos	640	2.0

Fuente : expedientes de archivo clínico del Hospital "A" ISSSTE Guanajuato, Gto.

GRÁFICA XIII

ESPECIALIDAD DE LOS MÉDICOS QUE REALIZAN LAS OPERACIONES CESÁREAS ENERO DICIEMBRE 1994

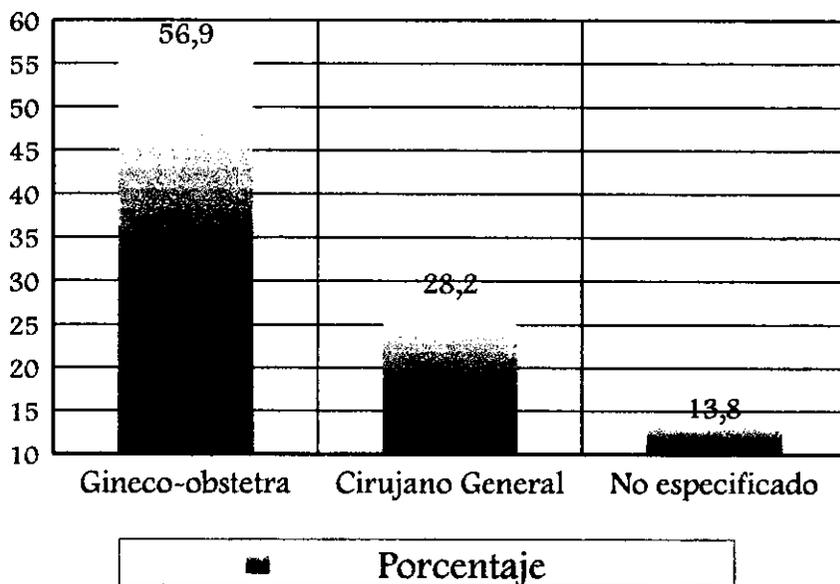


TABLA XIII**ESPECIALIDAD DE LOS MÉDICOS QUE REALIZARON LAS OPERACIONES
CESÁREAS DE ENERO A DICIEMBRE DE 1994.**

ESPECIALIDAD	PORCENTAJE
Gineco-obstetra	56.9
Cirujano general	28.2
No especificada	13.8

Fuente: expedientes de archivo clínico del Hospital "A" ISSSTE Guanajuato, Gto

DISCUSIÓN:

Con referencia a los resultados de la revisión de expedientes expuestos en el capítulo anterior, se derivan las siguientes consideraciones:

La operación cesárea en la Clínica Hospital del ISSSTE Guanajuato, Gto., muestra un índice de frecuencia muy elevado, lo cual es aún más significativo si tenemos en cuenta los datos obtenidos de nuestras fuentes bibliográficas, al comparar nuestros resultados con tales referencias encontramos que no hay ninguna frecuencia tan alta.

La realización de estas operaciones se efectuó en la edad gestacional de término, en la mayoría de los casos, obteniéndose consecuentemente niños eutróficos. Este hecho confirma la contradicción anterior. Coincide además, en muchos casos con antecedentes de cesárea previa. Siendo otro factor que propicia el aumento en la frecuencia de la operación cesárea, lo cual coincide con resultados de estudios consultados, mostrando además un porcentaje mayor que los reportados.

Esto muestra, que probablemente se viene realizando en forma profiláctica, dado que es común la opinión de que esto significa mayor seguridad para la madre y el producto, lo cual se ha demostrado, no es así para ellos ni para la economía de las instituciones. Entre las recomendaciones que actualmente se esgrimen ante esta controversia, se incluye la prueba de inducción obligatoria de trabajo de parto en pacientes con tan solo una cesárea previa, dado que en su mayoría tuvieron su primera operación, a causa de desproporción céfalo-pélvica y falta de progresión del trabajo de parto. Ellas podrían realizar un parto vaginal en su siguiente embarazo de término y deben contar con esa oportunidad, ya que existen reportes que indican un 86% de éxito,

en parto vaginal post-cesárea. Con esta referencia en mente, la revisión de expedientes no aportó datos respecto a que las pacientes hayan sido sometidas a prueba de trabajo de parto.(6,8,15).

Por otra parte, y aunque en la población incluida en este estudio no se observó ningún caso, se sabe que el riesgo de cesárea previa y programada es la prematuridad iatrogénica, ya que con la finalización electiva del embarazo frecuentemente resulta el nacimiento de un niño prematuro, lo cual aumenta los índices de morbi-mortalidad perinatal. Ante estas inconveniencias suelen argumentarse ventajas relativas, tales como la posibilidad de programar actividades, recursos, etc., por parte de la familia y del médico que atiende el caso. (19).

Una cesárea previa en si raramente es indicación para una cesárea electiva de repetición. Estas operaciones deben realizarse para proteger a la madre o el feto, las electivas de repetición frecuentemente no alcanzan ninguno de estos objetivos.(15).

Atendiendo a otro factor que influye en aumento de la frecuencia de cesáreas, es significativo que el diagnóstico acompañante en la mayoría de los casos de cesárea previa haya sido el de paridad satisfecha, ante la cual muchas pacientes solicitan oclusión tubaria bilateral y otras más son convencidas de ello trans-cesárea, según puede suponerse al constatar la diferencia entre el porcentaje de indicación pre-operatoria y el diagnóstico post-operatorio, esto indica que frecuentemente la realización de esta técnica definitiva de planificación familiar sea utilizada como una justificación para realizar cesárea.

Refiriéndonos al conjunto de indicaciones que motivaron la operación cesárea agrupado bajo el concepto "distocias" encontramos una variedad de categorías, dado que este término no tiene el mismo significado para todos los obstetras: la desproporción céfalo-pélvica, producto macrosómico, cervix desfavorable, presentación transversa,

embarazo prolongado. En general este tipo de indicación es más frecuente en primigestas, adolescentes y mayores de treinta años.(11).

La ruptura prematura de membranas no es una indicación absoluta de cesárea a menos de que se presenten signos de infección o de sufrimiento fetal agudo, lo cual depende del tiempo transcurrido entre las rupturas de las membranas y la llegada de la paciente al hospital. Sin embargo frecuentemente la interpretación de estos signos es muy subjetiva por parte de los médicos.

Los casos de preclampsia incluidos en este estudio corresponden a pacientes en edad de menor riesgo reproductivo, y en 11 de los 14 casos nacieron niños de término y eutróficos, lo cual no coincide con las referencias médicas que determinan la presencia de esta patología principalmente en pacientes muy jóvenes y en las mayores de 30 años, ocasionando prematurez del producto. Esta indicación además presupone un riesgo menor para el producto, cuando en realidad el riesgo es mayor por el proceso quirúrgico y sus implicaciones, la persistencia de esta patología puede permanecer en la madre a pesar de la operación.

El embarazo gemelar que frecuentemente incluye condiciones de prematurez en el producto, es otra indicación relativa de cesárea ya que si bien disminuye los riesgos de traumatismo durante el parto, ante los cuales los productos prematuros son especialmente vulnerables no descarta las complicaciones que una operación cesárea trae consigo, dado que el prematuro tiene capacidad limitada para eliminar la toxicidad de los fármacos y varios agentes usados en el proceso quirúrgico tienen efectos colaterales adversos.

La placenta previa es una de las indicaciones absolutas de operación cesárea, prácticamente en todos los casos. (19).

Los casos de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, que casi siempre ocasionan muerte fetal, son justificativos de parto abdominal si se entiende su realización, principalmente en favor de la madre. (19).

Otro factor que interviene en el incremento del índice de nacimientos por cesárea es el real o aparente sufrimiento fetal, diagnóstico que actualmente se establece con más frecuencia debido al empleo de recursos electrónicos para la vigilancia del feto, lo cual aporta mayores y más precisos datos al respecto predisponiendo a una cesárea profiláctica lo cual da mayor seguridad al médico y constituye un signo de la tendencia hacia la “medicina defensiva”. En este estudio se confirma esta tendencia ya que no coinciden las cifras de indicación preoperatoria respecto al diagnóstico post-operatorio y al estado clínico del recién nacido.(18).

Finalmente, la presentación pélvica, que esta considerada como una de las indicaciones absolutas de esta operación se presentó únicamente en el mínimo de los casos estudiados y fue diagnosticada siempre, en forma previa.

Una vez analizados tanto las indicaciones pre-operatorias como los diagnósticos post-operatorios que aportaron los datos anteriormente comentados:

El tercer factor de comparación que aportó los resultados que se presentan en este informe son los registros del estado clínico de los recién nacidos, los cuales en un primer nivel de relación, deberían mostrar productos con un estado clínico deficiente. Sin embargo, al observar la calificación de Apgar al momento de nacer y a los cinco minutos después, se encontró que el 94.7% de los niños calificó entre 7 y 10 puntos y su peso fluctuó entre los límites considerados normales para un niño sano. Los casos registrados con bajo peso son productos gemelares en su mayoría.

Por otra parte, aproximadamente la mitad de la población que se incluyó en este estudio, llegó al servicio de urgencias sin un control prenatal adecuado; es en este punto donde se aprecia la escasa presencia del médico familiar, a pesar de que una de las prioridades dentro de los programas de Salud Reproductiva es el Control Prenatal. Por otra parte esto muestra la falta de comunicación entre el Primer Nivel y el Segundo Nivel de Atención médica para normatizar criterios de Atención Prenatal. En el otro tanto, que si lo tuvieron la mayoría tiene antecedentes de cesárea previa y por lo tanto la

predisposición favorable para ser programadas a otra cesárea. La falta de control prenatal, en muchos casos puede ser en sí misma una causa para la indicación apresurada y subjetiva de una operación cesárea, dado que para el médico es más seguro resolver por este medio un caso desconocido para él, hasta ese momento.

En cuanto al impacto económico que el incremento de operaciones cesáreas ejerce sobre el presupuesto de la institución, se puede apreciar que ocasiona una elevación del gasto no siempre justificada comparándolo con el costo del parto fisiológico en días de hospitalización y agregando a ello la necesidad de administrar otros servicios y recursos específicos.

En publicaciones latinoamericanas, se reporta que, el incremento de la operación cesárea en las últimas décadas es significativo: en 1991, en la Ciudad de México fue del 20% en hospitales públicos, en el sur de Brasil 27%, Campinas Brasil 49%. En 1993, en Europa, fue de 14.44%. En Estados Unidos de Norteamérica del 27% , y en México a nivel nacional oscilan entre 15.4% y 38.43%. (3,4).

Quilligan, comentó que el incremento en la frecuencia de operación cesárea, no necesariamente está relacionado con la disminución de morbi-mortalidad materna y perinatal, posteriormente se demostró en contra de este supuesto generalmente aceptado, que mas bien hay un aumento en la morbilidad y mortalidad materno-perinatal directamente proporcional a la frecuencia de las operaciones cesáreas. (1-3, 9, 16, 17.).

Varios autores afirman que la máxima de Craigin establecida en 1916: “Una cesárea siempre será seguida de otra”, es anacrónica y existen estudios a nivel mundial que afirman, el que una cesárea puede ser seguida de un parto vaginal con una posibilidad de éxito del 86% (1,4-6,15).

Las indicaciones de la operación cesárea han sufrido variaciones sobre todo en los últimos años: Existen indicaciones absolutas, dentro de las cuales está la iterativa, con un porcentaje promedio de 39%, la presentación pélvica con 23.5% , el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta que ha variado de 3.2% a 6.5% y

la condilomatosis cérvico vaginal que se ha incrementado en los últimos dos años de 0.7% a 3%. Además existen indicaciones relativas que muestran cambios en dos sentidos: la DCP (desproporción céfalo-pélvica), ha disminuido notable y constantemente de 41% a 23.5%. En sentido opuesto la EHAE (enfermedad hipertensiva aguda del embarazo), ha aumentado del 12% al 19%. La indicación que más sorprendentemente se ha incrementado es la BRF (baja reserva fetal), con una variación de 1% a 9% y la indicación Electiva ha variado de 1.9% a 9.6% (7,8,11,18).

Investigaciones nacionales reportadas en 1992 concluyen en la necesidad de contemplar factores tanto fetales como maternos, en las indicaciones para la práctica de la cesárea y consideran que el incremento en la indicación de la misma se debe a una indicación precoz (1,3,5,6).

Una consideración financiera, que debe tomarse en cuenta, es el impacto de la cesárea electiva de repetición sobre el costo de la atención a la salud. El costo total de una cesárea de repetición, incluyendo días de hospitalización para la madre y el recién nacido es aproximadamente de 3000 US\$ dl. más que un parto vaginal. Esto significa un aumento de 600 millones US\$ dl. por año sobre el costo de nacimientos por vía vaginal. Esto da soporte a la conclusión de que las cesáreas electivas de repetición causaron un incremento en el costo de la salud de alrededor de 500 millones US\$ dl. al año en Estados Unidos, según datos de 1985. (15).

Por otra parte, la experiencia y los registros estadísticos en la Clínica Hospital "A" del ISSSTE Guanajuato, Gto. en el año de 1994, muestra que la relación parto cesárea y parto vaginal alcanzó un porcentaje de 49.2, rebasando con ello los índices nacionales. Por esto, cualquier acción tendiente a identificar las causas de este incremento, para lograr su disminución, es válida.

CONCLUSIONES

De los resultados de esta investigación se deduce:

No existe un criterio uniforme y objetivo en el cual se base la normatividad administrativa respecto a la indicación de operaciones cesáreas , y los principales factores que determinan la frecuencia de esta operación, en la Clínica Hospital "A" del ISSSTE Guanajuato, Gto, son:

La cesárea previa, ya que con solo tener dicho antecedente se considera justificada la realización de esta operación por segunda vez, muchas veces sin un protocolo adecuado.

La paridad satisfecha, resuelta por un método definitivo de planificación familiar como es la oclusión tubaria bilateral, también influye en la frecuencia de esta operación, y frecuentemente se encubre con otros diagnósticos, entre los más frecuentes : embarazo prolongado, cervix desfavorable, sufrimiento fetal, desproporción céfalo-pélvica adquirida; los cuales comúnmente son diagnósticos subjetivos que no se apoyan clínicamente .

Se puede afirmar que las pacientes no son adecuadamente controladas durante su embarazo. La paciente que acude a control es la que tiene una cesárea anterior y esta predispuesta personal y familiarmente, a que su siguiente embarazo sea resuelto de la misma manera, demandando así, este tipo de servicio por parte de la institución .

La vigilancia y control de la embarazada por parte del médico familiar, no resulta trascendente , ya que no se llevan a cabo en forma adecuada los programas establecidos para ello y además, no existe correlación entre Primer Nivel y segundo Nivel de Atención médica ,los cuales deberian de actuar como equipo de trabajo , correspondiendo al Primero la realización de un adecuado control prenatal ,el cual debe

incluir estrategias de orientación a las pacientes respecto a los beneficios de un parto vaginal y dando a conocer los riesgos de la operación cesárea ,para que ellas comprendan que ésta debe ser realizada solo en casos extremos .

El alto índice en la frecuencia de la operación cesárea, aumenta los costos del servicio médico institucional.

El ejercicio de la obstetricia es un arte que exige experiencia y adiestramiento intensivo de post-grado y para lograr cambios realmente significativos en la práctica clínica, es necesario modificar las actitudes, tanto del médico como del paciente.

ANEXO 1

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

NOMBRE: _____ No. EXP _____
EDAD: _____ DOMICILIO _____
FECHA DE INGRESO: _____ DIAGNÓSTICO DE INGRESO _____
_____ CONTROL PRENATAL: _____
TRABAJO DE PARTO: _____ DX. PRE-OPERATORIO _____
DX. POSTOPERATORIO: _____
O.T.B. _____ DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN _____
MÉDICO: OBSTETRA _____ CIRUJANO _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

GESTA _____ PARA _____ ABORTO _____
CESÁREAS _____ CAUSA _____
FECHA DE ÚLTIMA CESÁREA _____ PERIODO INTERGENESICO _____

ESTADO DEL RECIEN NACIDO:

EDAD GESTACIONAL _____ PESO _____ APGAR _____
DIAGNOSTICO AL SALIR DEL QUIROFANO _____
DIAGNÓSTICO AL EGRESO: _____
COMPLICACIONES _____ DIAS DE HOSPITALIZACIÓN _____

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- J. Van Roosmalen y C.D. Van Der Does., "Un replanteamiento de la Cesárea". *Orgyn* 1995 6,1-22-25
- 2.- Rodríguez R. Silvia E. , Sangines Martínez Augusto, Miranda Andrade Otoniel., "Cesárea de repetición". *Ginecología y Obstetricia de México*, 1982; 50,153-156.
- 3.- Bobadilla José L. , Walker Godfrey J.A. "Early Neonatal Mortality and Cesarean Delivery in México City." *Am J Obstet Gynecol* 1991; 64; 1, 22-27
- 4.- Quilligan Edward J., "Cesárea"., *Clínicas Obstétricas Ginecológicas* 1985; 4, 868.
- 5.- Uribarren Berrueta Oscar, Evangelista Salazar Carolina., Cesárea: Su frecuencia e indicaciones. *Ginecología y Obstetricia de México* 1993;61: 168-170.
- 6.- Miller David A., Díaz Fidelia G., Paul Ma. y Richard., "Vaginal birth after cesarean: a 10 years experience". *Obstetrics e Gynecology* 1994; 84, 2: 255-258.
- 7.- León M.O., Quesnel B.C., Alvarez A.G., Guardado S.A. : Instituto Nacional de Perinatología . Tendencias Actuales de la Operación Cesárea. *Ginecología y Obstetricia de México*, 1993; 61:35.
- 8.- Philipson Elliot H., Rossen Mortimer G. Tendencias en la frecuencia de partos por cesárea *Clínicas Obstétricas Ginecológicas de México*, 1985; 4: 869-875.
- 9.- Pearson Jack W. Cesarean section and perinatal mortality. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 148: 155-159.
- 10.- Macara Lena M. and Murphy Karl W. The contribution of Dystocia to the cesarean section rate. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 71-77.
- 11.- Lame Jay D. y Reiss Rosemary. "¿Cuándo debe interrumpirse el parto para practicar un alumbramiento mediante cesárea?". *Clínicas Obstétricas Ginecológicas*, 1985; 4: 935-945.

- 12.- Gibbs Ronald S. "Infección después de la cesárea." *Clínicas Obstétricas Ginecológicas*, 1985; 4: 877-893
- 13.- Hibbard Lester T. "Cesárea extraperitoneal ".*Clínicas Obstétricas Ginecológicas*, 1985; 4: 895-907.
- 14.- Bassell Gerard M., "Anestesia para la cesárea." *Clínicas Obstétricas Ginecológicas*, 1985; 4: 909-924.
- 15.- Flamm Bruce L., "Parto vaginal después de cesárea: Controversias antiguas y nuevas." *Clínicas Obstétricas Ginecológicas*, 1985; 4: 925-935.
- 16.- Westgren Magnus y Paul Richard H., "Neonato de peso bajo y cesárea." *Clínicas Obstétricas Ginecológicas*, 1985; 4: 947-957.
- 17.- Petitti Diana B., "Mortalidad y morbilidad maternas en la cesárea".*Clínicas Obstétricas Ginecológicas*, 1985; 4: 959-967.
- 18.- Nageotte Michael P., "Cesárea por sufrimiento fetal." *Clínicas Obstétricas Ginecológicas*, 1985; 4: 969-981.
- 19.- Pritchard Jack A., MacDonald Paul C., Williams., "Obstetricia". Salvat Editores S.A., 1992, 3ª Ed., Barcelona. pp. 390, 399, 506, 536, 631, 641, 645, 735, 841, 844, 852.
- 20.-Varios."El Protocolo de Investigación" Trillas 2a. ed., México ,1990.
- 21.-Bosch García Carlos, "La Técnica de Investigación Documental ",UNAM ,5a.ed. México 1973.
- 22.-Arroyo Jiménez Gloria, "Tesis, Monografías, Memorias de experiencia profesional e informes de prácticas profesionales", Instituto Tecnológico de Querétaro, 1ª ed, Querétaro 1995.
- 23.-Louis M.Hellman y Cols. "Williams Obstetricia" 1973:1007-1015.
- 24.-"Normas de obstericia 5 "Instituto Mexicano del Seguro Social", dirección regional de occidente delegación Guanajuato, 1995; 308-313.
- 25.-De Delee "Principios y practica de Obstetricia" tomo II 1955 .1210-1215.