

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
ORGANISMO DESCENTRALIZADO  
UNIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



152

INCIDENCIA DE CESAREA E INDICACIONES EN  
LA UNIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

TESIS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD PARA OBTENER EL TITULO DE:

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

ORGANISMO DESCENTRALIZADO

ESPECIALIDAD DE

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. RAFAEL GABRIEL SANCHEZ HERRERA



276708

DIRECCION DE ENSEÑANZA

TUTOR DE TESIS: DR. ARTURO ORTIZ PAVON

MEXICO, DISTRITO FEDERAL.

FEBRERO 2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## DEDICATORIA

A mi esposa Mónica quién me ha apoyado y ayudado a salir adelante siempre, de quién vivo enamorado y agradecido por todos sus cuidados, consejos y palabras de apoyo.

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanos quienes forman parte muy importante de mi vida personal y profesional.

A mi familia Salvador, Margarita, Gonzálo, y Salvador de quienes he recibido todo el cariño y apoyo que he necesitado.

A mis maestros quienes me han permitido desarrollarme profesionalmente y me han guiado a través de los años de mi especialidad.

A mis amigos por la ayuda y el apoyo brindado.

A Leticia, Montserrat, Claudia, Adriana, Carlos, Enrique, e Iván compañeros y amigos, de quienes obtuve todo el apoyo necesario y puedo estar orgulloso.

Al Dr. Arturo Ortíz quién amablemente me guió para realizar esta tesis.

Al Dr. Eduardo Motta Mtz, Dr. Rafael Buitrón por quiénes esto es posible.

A todos los médicos de servicio de Ginecología y Obstetricia que siempre estuvieron abiertos para ayudar.

A todos los que intervinieron para la realización de esta tesis.

GRACIAS!

# INDICE

INFORMACIÓN GENERAL	.....1
1. ANTECEDENTES	.....2
1.1 Aspectos Históricos	.....2
1.2 Antecedentes actuales.	.....6
1.2.1. Definición	.....6
1.2.2. Indicaciones	.....7
1.2.3. Complicaciones	.....9
1.2.4. Mortalidad	....10
1.2.5. Morbilidad	....11
1.2.6. Atención a mujeres con antecedente de Cesárea	....11
1.2.7. Tipos de Cesárea	....12
1.2.8. Anestesia	....14
1.2.9 Contraindicaciones	....15
2. Justificación	....16
3. Objetivos	....18
4. Diseño del Estudio	....18
5. Material y Métodos	....18
5.1. Clasificación de Cesáreas	....19
5.2. Variables	....19
5.2.1. Dependientes.	....19
5.2.2. Independientes.	....20
6. Relevancia	....20
7. Resultados	....21
8. Conclusiones	....24
9. ANEXOS	....26
BIBLIOGRAFIA	

## INFORMACION GENERAL:

### TITULO : **Incidencia de Cesárea e indicaciones en el Hospital General de México**

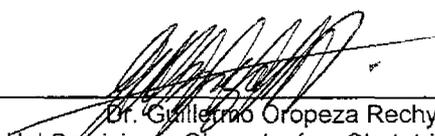
Unidad de Ginecología y Obstetricia, HGM.

Dr. Rafael Gabriel Sánchez Herrera.

RFC : SAHR 680412

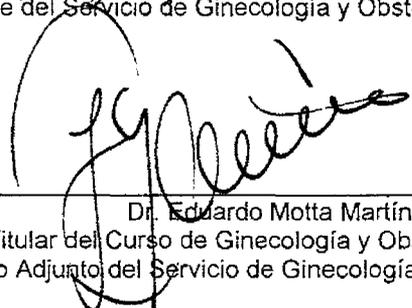
Residente de 4to. año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Tel 55814805



---

Dr. Guillermo Oropeza Rechy.  
Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia 112, HGM.



---

Dr. Eduardo Motta Martínez.  
Titular del Curso de Ginecología y Obstetricia. UNAM  
Médico Adjunto del Servicio de Ginecología y Obstetricia, HGM.



---

Dr. Arturo Ortiz Pavón.  
Médico Adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia en  
El área de Perinatología y Asesor de Tesis. , HGM.

# 1. ANTECEDENTES

## 1.1 ASPECTOS HISTORICOS:

El origen del término con el que se designa esta intervención es oscuro, se han propuesto tres explicaciones diferentes:

1. Según la leyenda, Julio César nació de esta forma, por lo que éste procedimiento vino a conocerse con la designación de " Operación Cesárea ". Sin embargo, son varias las circunstancias que restan fuerza a esta explicación. En primer lugar, la madre de Julio Cesar vivió durante muchos años después del nacimiento de éste, Y sin embargo, incluso en el siglo XVII, la intervención era casi siempre fatal según los escritores más dignos de confianza de este periodo. Es, por tanto, improbable que la madre de Julio Cesar sobreviviera a la intervención en el año 100 A.C. En segundo lugar, no menciona la operación ningún escritor médico antes de la edad media, ya se refiera a mujeres vivas o muertas. En la monografía de Pickrell (1935) pueden consultarse los detalles históricos del origen del nombre de la familias " César ". (19.)
2. Se ha creído que el nombre de la operación deriva de una ley romana que se supone promulgada por Numa Pompilio ( Siglo VIII A.C. ), en la que se ordenaba que se practicara en mujeres fallecidas durante las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño, según esta explicación la ley, llamada *Lex regia* al principio, vino a llamarse *Lex caesarea* en tiempo de los emperadores y la intervención propiamente se conocía con el nombre de *Caesarea*. La palabra alemana " Kaiserschnitt " refleja esta derivación. (19.)
3. La palabra " Cesárea " con que se designa la intervención pudo derivar en algún momento de la edad media del verbo latino *Caedere*, " Cortar ". Es obvio que similar a ella es la palabra *Cesura*, que designa un corte o pausa en la línea de un verso. Esta explicación del término *Caesarea* parece más lógica, pero se desconoce cuando se aplicó por primera vez para designar la intervención. Dado que " sección ", deriva del verbo latino "seco" que también significa cortar, el término " sección cesárea ", parece tautológico. (19.)

Se acostumbra en Estados Unidos remplazar el diptongo "ae" de la primera sílaba de la palabra *caesarea* por la letra "e", sin embargo en Gran Bretaña la "ae" se conserva todavía. (19.)

Desde el tiempo de Eneas de Virgilio, al de Macduff de Shakespeare, los poetas se han referido repetidamente a personas " nacidas prematuramente " desde el vientre de su madre. Además, los historiadores antiguos, como por ejemplo Plinio, dicen que Escipión el Africano ( El vencedor de Aníbal), Marcio y Julio César nacieron así. Respecto a Julio César, Plinio añade que debido a esta circunstancia surgió el sobrenombre con el que fueron designados los emperadores Romanos. Se creyó que el hecho de nacer de esta manera extraordinaria, como se refiere en las mitologías y leyendas antiguas, confería poderes sobrenaturales y elevaba a los héroes así nacidos por encima de los demás mortales. (19.)

Al considerar estas referencias al parto por vía abdominal, en la antigüedad es pertinente indicar que semejante intervención no es mencionada por Hipócrates, Galeno, Celso, Paulo, Sorano, ni por ningún otro escritor médico de ese tiempo. Si la cesárea hubiera sido realizada de hecho en esos siglos, sería sorprendente, en especial, que Sorano, cuyo extenso trabajo realizado en el siglo II D.C. que abarca todos los campos de la obstetricia, no se refiera a ella. (19.)

En el Génesis ( II, 21) está escrito: " Hizo pues Dios caer sobre Adán un profundo sopor; y, dormido, tomó una de sus costillas y cerró su lugar con carne ". ¿ Vamos a deducir de esta afirmación que en los tiempos premosaicos era conocida la anestesia general y la cirugía torácica?, Sería probablemente tan justo y lógico extraer conclusiones comparables respecto a los orígenes de la cesárea de los mitos y leyendas llegados hasta nosotros. (19.)

En el Talmud aparecen referencias al parto abdominal recopiladas entre los siglos II y VI D.C., pero es dudoso que tenga algún fundamento, en términos de uso clínico. Sin embargo no hay duda que se practicó la cesárea, cuando la mujer moría, a partir del cristianismo, con el objeto de bautizar al niño. Sin embargo, la fe en la veracidad de algunas de las narraciones antiguas se resiente cuando en ellas se añade gratuitamente que se conseguía obtener niños vivos de 8 a 24 horas después de la muerte de la madre. (19.)

Algunas de las primeras narraciones de cesáreas practicadas en mujeres vivas despiertan un escepticismo similar. El hecho que se cita más a menudo realizado en una mujer viva es la intervención atribuida al castrador alemán llamado Jacob Nufes, de quién se dice llevó a cabo la intervención en el año 1500 en su mujer. No solo logró que su mujer sobreviviera ( lo cual de por sí ya es un milagro), sino que, además pudo dar a luz a dos niños más después de unos partos normales, en un tiempo en que se desconocía la sutura de la herida quirúrgica del útero, producida por la cesárea. Este caso no fue publicado sino hasta casi pasados 100 años, (1591), por un autor que basaba su descripción en rumores transmitidos durante tres generaciones. (19.)

La Cesárea se recomendó por primera vez *in vivo*, con su nombre actual, en el célebre trabajo de François Rousset titulado *Traité Nouveau de L'hystérotomotokie ou l'enfantement césarien* que se publicó en el año de 1581. Rousset no había realizado ó presenciado nunca la intervención y su información se basaba solo en cartas de amigos. Él publicó 14 casos de cesárea realizados con éxito, hecho que es difícil de aceptar por sí mismos. Cuando además se especifica que 6 de las 14 intervenciones se realizaron en la misma mujer, se rebasaba la credulidad del más ingenuo. (19,1.)

Se ha recalcado con énfasis el carácter apócrifo de las primeras publicaciones sobre la cesárea, ya que muchas de ellas se han aceptado sin más averiguaciones. Sin embargo, no aparecen en la literatura referencias autorizadas, realizadas por obstetras dignos de confianza acerca de la puesta en practica de la intervención, hasta la mitad del siglo XVII, como, por ejemplo, el trabajo clásico del gran obstetra francés François Mauriceau, publicado por vez primera en el año de 1668. Estas referencias demuestran, sin lugar a dudas que la intervención fue realizada *in vivo* solo en casos raros y desesperados durante la primera mitad del siglo XVI, y que fue por lo general, mortal. Puede consultarse el texto clásico de Fasbender (1906), acerca de los detalles relativos a la historia de la cesárea. (19,1.)

Esta acusada mortalidad materna por cesárea continuo hasta principios del siglo XX. En Gran Bretaña e Irlanda en el año 1865, la tasa de mortalidad materna por cesárea, había alcanzado hasta el 85% de los casos. En París durante los noventa años anteriores a 1876, no se realizó ni una sola cesárea con éxito. Harris señaló que, en una fecha tan avanzada como 1887, la cesárea tenía más éxito en realidad cuando la realizaba la propia paciente o cuando el abdomen era abierto por la cornada de un toro. Este autor reunió de la literatura 9 casos de éstos con 5 supervivientes y los comparaba con las 12 cesáreas realizadas en Nueva York durante el mismo tiempo con una sola superviviente. (19.)

El punto clave en la evolución de la cesárea se produjo en el año de 1882, cuando Max Sänger, entonces de 28 años de edad y ayudante de Credé en la Clínica Universitaria de Leipzig, introdujo la sutura de la pared uterina. El largo tiempo transcurrido para resolver un problema tan sencillo no se debió a la negligencia, sino que derivaba de la creencia, muy arraigada, de que la sutura del útero era superflua y peligrosa. Para superar éstas objeciones Sänger, el cual solo había hecho sutura del útero en un caso, basó sus ventajas no en la experiencia obtenida en los sofisticados centros médicos de Europa, sino en la que llegaba procedente de los Estados Unidos. Allí, en los puestos avanzados de Ohio a Louisiana se habían publicado 17 casos de cesárea en los cuales se había realizado sutura con hilo de plata, con supervivencia de 8 de las madres, una marca extraordinaria para aquellos tiempos. En una tabla incluida en su monografía, Sänger da crédito completo a éstos cirujanos de la frontera al presentar sus resultados como datos de apoyo de su hipótesis. La hemorragia constituía la principal y más serio de los

problemas que había que superar. Los detalles referentes al tema se encuentran en la revisión realizada por Eastman (1932.) (19.)

Si bien la introducción de la sutura uterina disminuyó la mortalidad de la intervención por hemorragia, subsistió como principal causa de muerte la peritonitis generalizada; de ahí que se idearan diversas técnicas quirúrgicas para superar éste obstáculo. La primera puesta en práctica fue la técnica de Porro, ya usada antes de los tiempos de Sãnger, que combinaba la cesárea con histerectomía subtotal, con marsupialización del muñón cervical. La primera intervención extraperitoneal, fue descrita por Frank en 1907; ésta intervención se ha empleado hasta hace pocos años con varias modificaciones, tales como las introducidas por Lutzko, Selheim y Waters (1940.)(19,1.)

En el año de 1912 Krönig defendió que la ventaja principal de la técnica extraperitoneal estribaba no tanto en evitar por completo la cavidad peritoneal, sino en abrir el útero a través de su delgado segmento inferior y en cubrir después la incisión con peritoneo. A fin de conseguir esto, este autor practicaba una incisión a través del saco supravesical del peritoneo, desde un ligamento redondo al otro, y separaba el peritoneo y la vejiga urinaria del segmento uterino inferior y del cuello, para abrir enseguida el segmento inferior uterino mediante una incisión media longitudinal y extraer al niño con fórceps, después se suturaba la herida uterina y se enterraba bajo el peritoneo vesical. Esta técnica, con modificaciones de poca importancia, fue introducida en Estados Unidos por Beck ( 1919) y popularizó por DeLee ( 1922) y otros. (19.)

Una modificación de particular importancia fue introducida por Kerr en el año 1926; Kerr prefería que la incisión uterina fuera transversal en lugar de longitudinal. (19,1.)

En la actualidad la técnica de cesárea más empleada es la de Kerr.

## 1.2. ANTECEDENTES ACTUALES:

Los términos, Cesárea, laparotomía y parto abdominal, designan el nacimiento de un feto de 500 g, o más en una operación abdominal que requiere incidir la pared uterina. Dichos vocablos no corresponden a las operaciones por embarazo abdominal, histerotomía para aborto ó histerotomía vaginal para parto. La historia y su utilidad práctica indican que la cesárea es todavía una de las operaciones más importantes en obstetricia y ginecología. Su utilidad para salvar la vida de la madre y el Feto ha aumentado a lo largo de los decenios, en vez de disminuir, si bien se han modificado las indicaciones específicas para recurrir a ella. Sus objetivos iniciales, de preservar la vida de una madre con parto obstruido y dar a luz a un feto viable de una madre moribunda, se han ampliado poco a poco hasta incluir la protección del feto contra peligros más sutiles. (19, 21.)

Son cuatro los factores principales que han disminuido el riesgo materno con la cesárea, a saber: El mejoramiento de las técnicas de cirugía y de anestesia, así como el advenimiento de las transfusiones sanguíneas sin riesgos y de antibióticos. (21.)

El índice de cesáreas en relación con el total de partos ha aumentado progresivamente. En el decenio de 1970 le correspondía casi el 5% del total de partos, mientras que en la actualidad es de 4 a 5 veces mayor en muchos hospitales. Las razones de este cambio incluyen aumento en el número de problemas que se consideran mejor tratados con el parto abdominal que con el vaginal, índice alto de cesáreas en mujeres sometidas con anterioridad a este procedimiento e incremento de la razón de primigrávidas sobre multíparas, ya que la cesárea primaria es nueve veces más frecuente en primigrávidas que en multíparas. (19,21.)

### 1.2.1 DEFINICION:

La operación cesárea ó parto por cesárea se define como el parto del feto a través de incisiones de la pared abdominal ( laparotomía), y de la pared uterina (Histerotomía), Esta definición no incluye la extracción del feto en caso de ruptura del útero ó de embarazo abdominal. (21.)

## 1.2.2 INDICACIONES:

La cesárea está indicada cuando se considera que el parto vaginal es un riesgo para la madre o el feto; es necesario el nacimiento y no es posible inducirse el trabajo de parto; la distocia ó características fetales se acompañan de riesgos importantes que contraindican el parto vaginal, o una urgencia obliga a proceder al nacimiento inmediato, y el parto vaginal es imposible o inadecuado. (19.)

## TRABAJO DE PARTO CONTRAINDICADO:

En ciertas condiciones, las contracciones uterina intensas, como las del trabajo de parto normal, se acompañan de riesgos posibles o reales para la madre, feto o ambos. Entre dichas circunstancias se incluyen: Placenta previa central, antecedentes de cesárea clásica, miomectomía con transección del útero ó reparación de fístulas vaginales. En tales circunstancias el trabajo de parto y el parto vaginal normales, producen ruptura uterina, hemorragias o desgarros graves del conducto de parto, además de poner en riesgo la vida o salud futura de la madre. (16,19,21)

Entre los factores que se han considerado tradicionalmente amenazantes para el feto y que pueden empeorar con el trabajo de parto se incluyen: placenta previa, inserción velamentosa del cordón umbilical u otras variantes de vasos previos, y prolapso de cordón umbilical, otras más recientes son anomalías fetales tratables como: gastrosquisis, y ciertos grados de hidrocefalia. (21.)

Durante el decenio precedente se adoptaron la ultrasonografía, vigilancia electrónica fetal y cuantificación del pH en sangre venosa del cuero cabelludo fetal como métodos para detectar factores de riesgo poco apreciables, y causantes de insuficiencia relativa del intercambio materno fetal que podría causar sufrimiento ó muerte fetales. (21.)

## NACIMIENTO NECESARIO CON TRABAJO DE PARTO NO INDUCIBLE:

Factores como la isoimmunización Rho, diabetes sacarina, retraso en el crecimiento intrauterino y trastornos hipertensivos generan un ambiente intrauterino deficiente y que constituye una amenaza creciente para el feto, situaciones en que suele ser aconsejable el nacimiento pretérmino. En caso de fracasar los intentos de inducción del trabajo de parto, la opción es la cesárea. (21.)

De igual manera, se emplea esta cuando la Pre-eclampsia ó Eclampsia, la rotura de membranas prematura con amniotitis ponen en riesgo el bienestar materno.

La disponibilidad de métodos seguros y eficaces de inducción del trabajo de parto para el nacimiento pretérmino disminuirían la necesidad de emprender el parto por vía abdominal.

La necesidad de nacimiento pretérmino ha sido indicación en casi el 50% de las cesáreas a causa del índice de cesáreas repetidas. Este último está en disminución, dado que en la actualidad se procede al parto vaginal en un número creciente de mujeres con antecedente de cesárea. (21,22, 25,29.)

## DISTOCIA :

Entre las indicaciones históricas de la cesárea se incluyen: Desproporción cefalo-pélvica, presentaciones anormales fetales, actividad miometrial disfuncional y tumores previos. Se trata de problemas mecánicos uterinos, fetales y del conducto de parto que impiden la evolución satisfactoria o segura del trabajo de parto y parto vaginal.

La presentación pélvica ante todo en prematuros ha adquirido importancia creciente en esta categoría, aunque muchas veces no se recurre a la versión cefálica externa para reducir el índice de presentación pélvica a término, tiene eficacia comprobada. En ocasiones se utiliza la cesárea para el nacimiento de un segundo gemelo por situación o presentación anormal, o cervix o segmento uterino inferior poco dilatados.

La distocia es la indicación registrada en el expediente clínico de casi 26% del total de cesáreas y 54% de las primarias. (9, 21, 31.)

## URGENCIAS MATERNAS O FETALES:

Ciertos factores maternos o fetales obligan a proceder al nacimiento inmediato cuando el parto vaginal es imposible o inapropiado. Esto abarca el desprendimiento placentario importante, hemorragia por placenta previa, prolapso de cordón umbilical, herpes genital activo o rotura de membranas corioamnióticas, y muerte materna inminente.

Estos factores originan el 19% del total de cesáreas y 39% de las primarias. (17, 21.)

### 1.2.3 COMPLICACIONES:

La cesárea dista de ser una operación inocua, sin riesgos maternos ni fetales de importancia. En 25 a 50% de los casos ocurren diversas complicaciones, como la fiebre inexplicada, infección incisional, hemorragia, broncoaspiración, atelectasia, infecciones urinarias, tromboflebitis y embolia pulmonar. (21.)

La frecuencia de muerte materna relacionada con los cesárea varía según el centro clínico y el factor de riesgo que obligue a la operación. Se considera como índice de mortalidad materna aceptable el de 1 a 2. 1000 operaciones. Hasta el 25% de estos fallecimientos se relaciona con complicaciones de la anestesia. (21.)

El parto abdominal es ventajoso para el feto solo cuando se ve expuesto a un riesgo evidente con el trabajo de parto o parto vaginal. La comparación de los índices de supervivencia y de evaluación neurológica de lactantes que nacen por cesárea electiva o parto vaginal, muestra un incremento casi al doble en los índices de mortalidad y anormalidades neurológicas con la operación abdominal. Si las circunstancias permiten el parto vaginal o la cesárea, el primero es más ventajoso para la madre y el feto que la segunda. (21.)

Entre las complicaciones mediatas de la cesárea se encuentran obstrucción intestinal por adherencias y dehiscencia de la cicatriz uterina en embarazos subsecuentes. Ambas complicaciones tienen mayor índice cuando se utiliza la incisión clásica, no la del segmento uterino inferior. Aunque ésta última también puede sufrir dehiscencia antes del trabajo de parto, es más frecuente que se adelgace hasta constituir, por así decirlo, una "ventana" transparente que resiste durante el embarazo y tal vez se rompa con las

contracciones uterinas. La rotura de la incisión clásica ocurre en 1 a 3% de embarazos avanzados; si se compara con la del segmento uterino inferior, es del triple el índice de roturas sintomáticas, y gran parte de los fallecimientos maternos se derivan de la rotura de la incisión clásica. (16, 21)

Una complicación infrecuente que por lo general no se toma en cuenta es la combinación de infección uterina e incisión clásica. La invasión de la incisión por los microorganismos infecciosos causa con prontitud dehiscencia, tras lo cual los agentes infecciosos pasan al peritoneo. La histerectomía inmediata y antibioticoterapia intensiva son las únicas medidas que pueden salvar la vida a la mujer.

Las actitudes hacia la cesárea se han modificado radicalmente y en la actualidad es más liberal la interpretación de sus indicaciones; pero la amplia variación en la utilización de la operación de un médico a otro, a veces refleja sus conocimientos y juicio clínico, no la naturaleza de su ejercicio profesional.

La evaluación periódica de todos los casos de cesárea primaria es útil y aconsejable en cualquier hospital con servicio ginecoobstétrico, ya que permite identificar a los médicos cuyo nivel de información y competencia produce la utilización demasiado liberal o restringida de la operación. (21)

#### 1.2.4. MORTALIDAD:

Sin duda la mortalidad materna y perinatal, así como la morbilidad suelen aumentar más tras la cesárea que tras el parto vaginal, en parte debido a la complicación que motivó a la cesárea y en parte por el riesgo inherente aumentado de la vía abdominal del parto.

La mortalidad materna por cesárea no debe superar el 1 por cada 1000 partos; incluso esta cifra de mortalidad quirúrgica relativamente baja, debe considerarse excesiva si se tiene en cuenta que la mayoría de estas muertes ocurren en mujeres jóvenes y sanas que experimentan un "proceso fisiológico normal". (21.)

Los problemas principales que amenazan a las mujeres sometidas a cesárea, son la anestesia, la sepsis grave y los episodios tromboembólicos. A pesar de los esfuerzos para reducir la mortalidad, no es probable que las muertes por cesárea o partos vaginales puedan disminuir en gran medida en mujeres gravemente comprometidas que deciden, de forma correcta o no,

continuar con su embarazo a pesar de su delicada situación médica. Por eso, hay que considerar si la muerte se debía a una complicación del parto en sí, o al menos parcialmente, a otro factor subyacente como una enfermedad cardíaca. (21.)

Parece razonable asumir que la frecuencia de cesáreas puede decrecer sin comprometer al feto, reduciendo no-solo la tasa de mortalidad por cesáreas sino también la tasa de mortalidad global; de aquí que uno de los mayores retos de la obstetricia consista en responder correctamente a la pregunta: ¿ Se puede conseguir una reducción significativa de la cesárea sin producir un aumento de la mortalidad y morbilidad perinatal?.

### 1.2.5 MORBILIDAD MATERNA:

La morbilidad materna es más frecuente y posiblemente más grave tras la cesárea que tras el parto vaginal, aun cuando se excluyan los casos de morbilidad y mortalidad asociados al riesgo que motivó la cesárea.

Las causas frecuentes de morbilidad por cesárea continúan siendo las infecciones, hemorragia y lesiones del tracto urinario y órganos vecinos.

### 1.2.6. ATENCION DE MUJERES CON ANTECEDENTE DE CESAREA :

El aumento progresivo de los índices de cesárea debe ponderarse contra el creciente interés del público en el logro de un parto lo más natural posible dentro de los límites de seguridad. Estas dos tendencias han hecho que aumente el número de mujeres en que antes se emprendía la cesárea y expresaban interés en el parto vaginal, en comparación con años precedentes.

El debate acerca del perfil de seguridad del parto vaginal después de cesárea no es nuevo y persiste en la actualidad, si embargo, los datos actuales

indican que los riesgos materno-fetales son suficientemente bajos y que, a falta de contraindicaciones el trabajo de parto y parto vaginales debe considerarse en todas las mujeres con antecedente de cesárea. Entre éstas últimas se incluyen el antecedente de cesárea clásica o una cicatriz similar del cuerpo del útero; signos de desproporción cefalo-pélvica, y parto en un centro clínico no equipado para enfrentar la urgencia que constituye la rotura uterina durante el trabajo de parto o parto vaginal. (21,25.)

Un médico que repite de manera electiva la cesárea, tiene la obligación de comprobar la madurez fetal. Entre los signos adecuados se incluyen: certidumbre de la fecha calculada de parto con datos que lo sustenten, obtenidos durante el embarazo, como la auscultación del corazón fetal, detección de los movimientos fetales y mediciones repetidas del tamaño del útero para el cálculo de la edad gestacional; mediciones ultrasonográficas a comienzos del embarazo en el primer trimestre y segundo trimestre que confirmen la edad, o amniocentesis en que se compruebe la proporción lecitina / esfingomielina propia de la madurez pulmonar fetal. De igual manera el médico que emprende el parto vaginal tiene la obligación de explorar minuciosamente la cavidad uterina después del parto, a fin de descartar la rotura del útero, además de estar preparado debidamente para el tratamiento si tiene lugar tal rotura. (21,22.)

El criterio de que la esterilización está indicada de manera absoluta tras la tercera cesárea ya no se considera válido. Sin embargo, hay que evaluar la integridad de la cicatriz uterina en el momento de repetir la cesárea. Sin embargo en la practica numerosas mujeres no están dispuestas a someterse a más de tres cesáreas, en virtud de los conceptos actuales acerca del tamaño de la familia, incisiones repetidas en el útero y repetición de los riesgos de la anestesia. (21.)

## 1.2.7. TIPOS DE CESAREA

Se diferencian según la localización y dirección de la incisión uterina (el tipo de incisión empleada para abrir el abdomen no se utiliza para clasificar la cesárea.)

Las incisiones uterinas se dividen en dos tipos principales:

El primero abarca las que se realizan en el segmento superior del cuerpo del útero; suele denominarse incisión clásica a la vertical en dicha área, la transversa, que en la actualidad se utiliza poco, se llamó originalmente incisión de Kerr.

El segundo tipo abarca las incisiones del segmento uterino inferior, cuya localización requiere del desplazamiento caudal de la vejiga y así lograr la exposición apropiada del área, la más usada es la incisión transversa de Kerr, aunque también es factible una incisión vertical en ésta área, abarca el segmento uterino superior, amén que el inferior se encuentre muy alargado por el trabajo de parto, y recibe el nombre de incisión de Sellheim. (21.)

En ocasiones se utilizan variantes, por lo general a causa de dificultades imprevistas durante la cesárea y conviene mencionar dos, son poco aconsejables y pueden evitarse con la evaluación y planeación minuciosa de la incisión uterina (21):

1. La incisión en "J" se emplea cuando se comienza la incisión transversa del segmento uterino inferior y éste resulta demasiado angosto. La falta de idoneidad no se advierte hasta que se intenta la extracción, situación en que se practica la extensión vertical de la incisión a fin de evitar la extensión espontánea de la misma al ligamento ancho. Debe considerarse que embarazos posteriores ésta incisión se acompaña de los riesgos propios de la clásica.
2. La incisión en "T" suele efectuarse por las mismas razones o en el tratamiento apresurado de la identificación inesperada de la implantación placentaria en el plano caudal al área de incisión. En éste caso el cirujano practica una incisión en la línea media del útero, después de efectuar la incisión transversa deficiente. La incisión transversa no cicatriza a satisfacción y su rotura con embarazos subsecuentes es incluso más probable que con la clásica.

Las técnicas transperitoneal y extraperitoneal son las empleadas con la cesárea para llegar a la pared uterina.

En el pasado, la extraperitoneal se justificaba por la creencia de que disminuía las probabilidades de muerte por peritonitis en mujeres con útero infectado, sin embargo ha caído en desuso porque no se comprobó su superioridad con respecto a la transabdominal del segmento uterino inferior, menos complejo. La cesárea e histerotomía vaginales también revisten únicamente interés histórico.

De vez en cuando se "redescubren" otras técnicas para la exclusión del peritoneo, creadas originalmente por Frank y Sellheim. En primer término, el cirujano entra en el peritoneo y después "excluye" la cavidad abdominal al suturar el borde cefálico del peritoneo parietal con el visceral y a la serosa

uterina, tras alejar la vejiga del segmento uterino inferior y antes de incidir el útero. Estos procedimientos se utilizan poco en la obstetricia moderna. (21.)

### 1.2.8. ANESTESIA

La elección de la técnica y agentes anestésicos depende de diversos factores; en resumen, no son idóneas la anestesia epidural ni la raquianestesia cuando hay signos de sufrimiento fetal, hemorragia o choque; antecedente de lesiones o de operaciones de la columna vertebral, o infecciones cutáneas de la porción lumbar de la espalda. De igual manera no debe de emprenderse la anestesia por inhalación en mujeres con neumatías activas, como la neumonía o tuberculosis. (21.)

En mujeres con enfermedades graves, la infiltración local suele acompañarse de menores riesgos maternos que la anestesia por inhalación o el bloqueo regional.

Pese a lo anterior, las indicaciones y contraindicaciones no están bien delineadas y la elección depende de la técnica y habilidad del anestesiólogo; en tales circunstancias, las ventajas y desventajas relativas del bloqueo regional y anestesia por inhalación son tan similares que el anestesiólogo debe optar por la técnica con la que esté más familiarizado.

La hemodinámica materna y fetal se ve afectada mucho por la posición de la madre, el decúbito dorsal utilizado con frecuencia para la cesárea, es desventajoso en particular por la compresión de la vena cava inferior; esto hace que disminuya el retorno venoso y gasto cardíaco maternos, con lo que se produce hipotensión y disminución del riego sanguíneo uterino, cuadro que se denomina *síndrome de la vena cava inferior*. Esta es una entidad en que el peso del útero grávido suele tener compresión cada vez mayor sobre la aorta, según se reduce la presión arterial media, con lo que disminuye el riego sanguíneo a la cavidad pélvica, el problema se complica con la hipotensión resultante de la anestesia regional. Han pasado a formar parte de los preparativos para la cesárea, técnicas como el empleo de aditamentos que desplazan el útero lateralmente, colocación de cuñas inflables o mecánicas bajo la paciente, o inclinación de la propia mesa para aprovechar el efecto de la fuerza de gravedad y desplazar el útero hacia un lado; pero todavía se practica con frecuencia el desplazamiento manual del útero hacia la izquierda de la paciente. (21.)

Los índices de hipotensión han disminuido con la inyección IV rápida de un litro o más de solución fisiológica, que contiene sodio, inmediatamente antes de inducir la anestesia regional.

Son abundantes los datos que apoyan el supuesto de que el estado fetal empeora conforme se prolonga la duración de la anestesia. La depresión fetal progresiva, al prolongarse el intervalo entre la inducción de la anestesia hasta el nacimiento, indicada por una baja valoración del APGAR, hace importante evitar las demoras innecesarias, durante la operación abdominal. Por ejemplo, hay que completar la preparación de la piel abdominal, colocación de campos quirúrgicos y otros preparativos para la incisión antes de inducir la anestesia general. Por otra parte, es criticable el descuido en la técnica quirúrgica para el rápido nacimiento del feto; se considera aceptable que el período desde la inducción hasta el nacimiento sea de 5 a 15 minutos si se vigilan y conservan con meticulosidad la oxigenación, presión sanguínea y desplazamiento del útero. (21.)

Los anestésicos que producen relajación considerable del miometrio, como el Halotano, suelen causar hemorragia puerperal excesiva. (21.)

### 1.2.9. CONTRAINDICACIONES:

En la práctica de la obstetricia moderna no existe virtualmente ninguna contraindicación para realizar la cesárea, siempre que se elija la intervención adecuada.

No obstante, la cesárea se indica con menos frecuencia si el feto está muerto, o es demasiado pequeño para sobrevivir. Son excepciones a ésta generalización la existencia de una estrechez pélvica a tal grado que no sea posible de manera alguna la posibilidad de un parto vaginal; el desprendimiento placentario prematuro, estando el cuello rígido, largo y sin dilatar; la mayoría de los casos de placenta previa, y la mayor parte de los casos de situación transversa fetal que han pasado inadvertidos.

Por otra parte, siempre que el mecanismo de la coagulación de la madre esté seriamente trastornado, es muy aconsejable un parto que reduzca al mínimo las incisiones, esto es un parto vía vaginal. (21.)

## 2. JUSTIFICACION:

Latinoamérica se está constituyendo como la región con mayor índice de incidencia de cesáreas en el mundo, y presenta una tendencia a continuar aumentando en los últimos 20 años. Conocer los índices de cesárea en nuestra región no es muy sencillo ya que no se cuenta con buenos registros de los mismos.

En México, informes de la secretaría de salud reportan incidencias de 12.7% en 1990, y 24.8% en 1995 para el sector público, y en hospitales privados se encuentran cifras de hasta 51.8% para 1995. (20.)

La comparación de las cifras de América Latina con la de países desarrollados no muestra puntos de concordancia, la mayoría de los países europeos, presentan cifras mucho más bajas, Estados Unidos ha mostrado un notorio incremento en los índices de cesárea que rebasan el 5.5% en 1970 a 24.7% en 1988. (20.)

Las cifras de cesáreas son más altas en instituciones no públicas en las que las pacientes embarazadas se supone tienen un mejor nivel socioeconómico lo cual es una contradicción ya que a mejor nivel socioeconómico se espera un riesgo más bajo por lo que requerirían de una menor práctica de cesárea.

Este gran aumento, en el índice de cesáreas es un tema de gran preocupación ya que este procedimiento quirúrgico representa mayores riesgos para la salud de la madre, y del niño y mayores costos para el sistema de salud, con relación al parto normal. Se asocia con un riesgo a infecciones entre el 8 - 27%, los índices de transfusión alcanzan el 1 - 6 %, daño a órganos vecinos (0.4%), daño a vasos uterinos ( 0.5%), extensión de la incisión a estructuras cercanas 1.3 %, Complicaciones pulmonares como el tromboembolismo de 0.1 - 0.2 %, y atelectasia 5%, Cifras globales de morbilidad que muestran que esta es 5 a 10 veces mayor, y la mortalidad es de 2 a 4 veces mayor así mismo. (20.)

En relación con las consecuencias neonatales, se asocia con un índice de bajo peso al nacer de 8.4%, mientras que en parto vaginal se han reportado incidencias de 5 - 7 %, El síndrome de dificultad respiratoria se observa entre un 4 - 8 % y solo el 1.2 % en partos vaginales. Se han reportado también después de la cesárea iterada un 16% de exámenes neurológicos con alteraciones a los 4 meses de vida y en parto vaginal se reportan cifras del 10%, ( Shearer, 1993), existe mayor incidencia de infecciones, retardo en la recuperación materna y deterioro de la relación madre - hijo. ( Parrilla, 1993.).

Es de destacar que los estudios citados han sido realizados en países desarrollados, que cuentan con una infraestructura muy superior a la de nuestro país, es de esperar que las mismas se magnifiquen en países con un menor nivel socioeconómico de la población y con peor acceso a la atención médica y con infraestructuras hospitalarias no tan desarrolladas. (20.)

Los costos incrementados asociados a la operación cesárea innecesaria son pasados a la sociedad en forma de gastos de salud, y considerando que si existiera una caída en los índices de cesárea se reflejaría en un ahorro sustancial para el sistema de salud. (20, 27.)

Una revisión muestra que no existe intervenciones puntuales que hayan sido probadas con rigurosidad científica que permitan ser recomendadas para lograr un índice aceptable de cesáreas. (20.)

### **3. OBJETIVOS:**

#### **PRIMARIOS .**

1. Conocer la incidencia de Cesárea en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, en el periodo de Oct 1998 a Sep 1999..
2. Conocer la incidencia de cesárea por causa en la unidad de ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, en el periodo de Oct 1998 a Sep 1999.
3. Conocer la distribución de la incidencia de cesáreas de acuerdo a la edad y paridad de las pacientes sometidas a esta intervención, del periodo de estudio.

#### **SECUNDARIOS :**

1. Observar cuales son las indicaciones de cesárea más frecuentes de la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México.
2. Conocer la incidencia de partos vaginales y partos operatorios en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México.

Es de destacar que los estudios citados han sido realizados en países desarrollados, que cuentan con una infraestructura muy superior a la de nuestro país, es de esperar que las mismas se magnifiquen en países con un menor nivel socioeconómico de la población y con peor acceso a la atención médica y con infraestructuras hospitalarias no tan desarrolladas. (20 )

Los costos incrementados asociados a la operación cesárea innecesaria son pasados a la sociedad en forma de gastos de salud, y considerando que si existiera una caída en los índices de cesárea se reflejaría en un ahorro sustancial para el sistema de salud. (20, 27.)

Una revisión muestra que no existe intervenciones puntuales que hayan sido probadas con rigurosidad científica que permitan ser recomendadas para lograr un índice aceptable de cesáreas (20 )

### **3. OBJETIVOS:**

#### **PRIMARIOS .**

1. Conocer la incidencia de Cesárea en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, en el periodo de Oct 1998 a Sep 1999..
2. Conocer la incidencia de cesárea por causa en la unidad de ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, en el periodo de Oct 1998 a Sep 1999.
3. Conocer la distribución de la incidencia de cesáreas de acuerdo a la edad y paridad de las pacientes sometidas a esta intervención, del periodo de estudio.

#### **SECUNDARIOS :**

1. Observar cuales son las indicaciones de cesárea más frecuentes de la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México.
2. Conocer la incidencia de partos vaginales y partos operatorios en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México.

## 4. DISEÑO DEL ESTUDIO :

Se realizará un estudio clínico, retrospectivo, observacional en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, entre los meses de Octubre de 1998 a Septiembre de 1999.

## 5. MATERIAL Y METODOS :

Se estudiarán a todas las pacientes atendidas en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México en el servicio de Obstetricia, en el periodo de Octubre de 1998 a Septiembre 1999 ; vaciando los datos en tablas para la recolección de los datos.

### 5.1 CLASIFICACION DE CESAREAS :

Cesárea electiva: Cesárea efectuada fuera del trabajo de parto.

Cesárea intraparto: Cesárea efectuada dentro del trabajo de parto.

Cesáreas por Causa: Se utilizarán 7 categorías de causas; se anotará la intervención en aquella causa que a juicio del médico tratante haya sido la principal.

Cada cesárea cuenta solo una vez, cuando exista más de una causa.

- Distocia : Maternas y fetales.
- Sufrimiento Fetal agudo intraparto.
- Cesárea anterior: Una ó más.
- Presentación podálica ó pélvica.

## 4. DISEÑO DEL ESTUDIO :

Se realizará un estudio clínico, retrospectivo, observacional en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, entre los meses de Octubre de 1998 a Septiembre de 1999.

## 5. MATERIAL Y METODOS :

Se estudiarán a todas las pacientes atendidas en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México en el servicio de Obstetricia, en el periodo de Octubre de 1998 a Septiembre 1999 ; vaciando los datos en tablas para la recolección de los datos.

### 5.1 CLASIFICACION DE CESAREAS :

Cesárea electiva: Cesárea efectuada fuera del trabajo de parto.

Cesárea intraparto: Cesárea efectuada dentro del trabajo de parto.

Cesáreas por Causa: Se utilizarán 7 categorías de causas; se anotará la intervención en aquella causa que a juicio del médico tratante haya sido la principal.

Cada cesárea cuenta solo una vez, cuando exista más de una causa.

- Dístocia : Maternas y fetales.
- Sufrimiento Fetal agudo intraparto.
- Cesárea anterior: Una ó más.
- Presentación podálica ó pélvica.

- Patología materna: Pre-eclampsia.
- De urgencia ó emergencia: prociencia ó procúbito de cordón, metrorragia por placenta previa ó desprendimiento de placenta normoinserta.
- Otras indicaciones: Prematurez, elección materna, ligadura tubaria, malformaciones fetales, oligohidramnios moderado y/o severo.

## 5.2 VARIABLES:

Los datos maternos y neonatales a recolectar son los de aquellas mujeres y recién nacidos que parieron y nacieron en la institución.

### 5.2.1 VARIABLES DEPENDIENTES:

Primarias :

- Número de recién nacidos vivos.
- Número de recién nacidos muertos.
- Número total de Cesáreas.
- Número de muertes maternas durante el parto por cesárea o puerperio inmediato.

Secundarias :

- Número de cesáreas electivas.
- Número de cesáreas intraparto.
- Número de Cesáreas por Causa. ( Distocias, Sufrimiento fetal agudo, Cesárea anterior, Presentación pélvica, Patología materna, De urgencia, Otras indicaciones.
- Número de partos vaginales operatorios.
- Número de partos vaginales.
- Número de recién nacidos muertos.
- Número de recién nacidos vivos.

### 5.2.2. VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad.
- Sexo.

Pronósticas :

- Número de recién nacidos de peso menor a 2500 gr
- Número de recién nacidos de peso mayor ó igual a 4000 gr
- Número de pacientes primíparas.
- Número de pacientes con una ó más cesáreas previas.
- Número de pacientes con más de una gestación. ( Incluyendo abortos anteriores.)
- Número de pacientes sometidas a Histerectomía obstétrica.

### 5.3. RELEVANCIA:

La posibilidad de conocer un índice fidedigno de las intervenciones que se realizan en nuestra unidad, conlleva a un compromiso con las pacientes atendidas en la misma, ya que el hecho de llevar a cabo una intervención quirúrgica como lo es la cesárea permite dar un pronóstico mejor a la terminación del embarazo en los casos que así lo requieren y sin embargo la realización de intervenciones en pacientes que no han sido estudiadas perfectamente y descartada la posibilidad de llevar a cabo la atención de un parto vía vaginal, que en la mayoría de los casos conlleva menor repercusión tanto en la madre como en el hijo, nos permitirá dar a nuestras pacientes la atención requerida de la manera más adecuada y el no realizar intervenciones injustificadas que representan gastos para la institución como para la madre, así como un mayor riesgo para el binomio.

## 6. RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 1936 pacientes, a las que se les había realizado una cesárea en el periodo de Octubre 1998 a Septiembre 1999, se analizaron los datos de forma retrospectiva y clasificándolos de acuerdo a la indicación principal para la interrupción del embarazo vía abdominal de forma mensual, de acuerdo a las 7 causas predeterminadas en el estudio.

De las 1936 pacientes estudiadas el 47.93% (928 pacientes) correspondía a Cesárea de tipo electiva y el 52.07% ( 1008 pacientes ), a cesáreas realizadas en pacientes de manera intraparto. ( Tabla A, Gráfico A.

De acuerdo con la indicación de la Cesárea se observaron los diagnósticos por Distocia en 786 pacientes, 40.60%; por Cesárea anterior en 430 pacientes, 22.21%; por Sufrimiento fetal agudo en 61 pacientes, 3.15%; por presentación Pélvica en 180 pacientes, 9.30%, por Indicación Materna en 144 pacientes, 7.44%; por Urgencia o emergencia 2.84%; y por otras causas en un total de 280 pacientes que corresponde al 14.46%. ( Tabla B, Gráfico B.

Se observó un total de 8072 partos de los cuales fueron 5916 por vía vaginal y 220 a los que se les aplicó Fórceps, atendidos en el servicio. ( Tabla C, Gráfico 26.

De acuerdo a la incidencia total del 24 %, se clasificó a las pacientes de forma mensual y de acuerdo a edad y paridad de las mismas, obteniendo un total de 881 pacientes primigrávidas, 427 multigestas sin antecedentes de cesáreas anteriores y 628 con el antecedente de cesárea anterior, dejándonos apreciar una incidencia de 45.50% para las primigrávidas, 22.00% para las multigestas y 32.50% para las pacientes con antecedentes de cesáreas anteriores respectivamente. ( Tabla 13, Gráfico 25, 27.

Se observó una incidencia de 21.44 % de recién nacidos con un peso menor a los 2500 g. y de 4.9% para recién nacidos con peso mayor a 4000 g. en las pacientes sometidas a cesárea. ( Tabla D, Gráfico D.

De todas las pacientes estudiadas se logró un total de 1916 recién nacidos vivos correspondiente al 98.97%, y tan solo 20 de estos muertos representando el 1.03% y en su mayoría tratándose de óbitos a su ingreso. (Tabla D, Gráfico D.

Del total de cesáreas realizadas en el período de estudio 75 pacientes presentaron embarazo múltiple aunque en la mayoría de los casos haya sido esta la causa primordial de la intervención no lo fue en todos, lo que representa el 3.8% del total de pacientes estudiadas. ( Tabla C, Gráfico C.

Se observó una incidencia del 0.21% con un total de 4 pacientes sometidas a Histerectomía Obstétrica por distintas causas y tan solo se encontraron 2 muertes maternas de las pacientes sometidas a cesárea con una incidencia de 0.1%. ( Tabla C, Gráfico C.

Con respecto a los grupos de edad se aprecia la mayor incidencia en el grupo de 20 a 24 años al que le corresponde un total de 613 pacientes con 31.66%, en el grupo de 25 a 29 años, esta integrado por 509 pacientes correspondientes a 26.29%, en el grupo de 15 a 19 años se encuentran 389 pacientes con un 20.09%, en el grupo de 30 a 34 años se encuentran 266 pacientes correspondiendo al 13.74%, en el grupo de 35 a 39 años son 131 pacientes con el 6.77%, en el grupo de 40 a 44 años, son 17 pacientes correspondiendo al 0.88% y en el grupo de 14 años y menor solo 11 pacientes correspondiendo al 0.57%. ( Tabla 13, Gráfico 25.

Realizando el análisis mensual de los resultados se logra apreciar que el mes en el que se realizaron un mayor número de cesáreas fue abril con un total de 195 intervenciones, seguido por el mes de junio con 183 y julio con 175 intervenciones. ( Gráficos 1 a 12.

Se aprecia un promedio mensual de operación cesárea de 161 intervenciones en las que predomina la indicación por distocia para estas.

El orden de frecuencia en las indicaciones para cesárea es:

1. Distocia. 40.60%
2. Por Cesárea anterior. 22.21%
3. Otras indicaciones. 14.46%
4. Presentación Pélvica. 09.30%
5. Por indicación Materna. 07.44%
6. Sufrimiento Fetal agudo. 03.15%
7. De urgencia o emergencia. 02.84%

( Anexo: Gráficos 1 a 12, TABLA B, Grafico B.

De acuerdo a los datos presentados se logra definir un índice de cesárea que aparentemente no se ha modificado en los últimos años, ya que existen reportes en trabajos similares de esta unidad que nos dan cifras de 25%, aunque se observan diferencias en la frecuencia de las indicaciones para la intervención pero sin embargo no son significativas, ya que las principales causas por las que se realiza la intervención se mantienen dentro de los porcentajes mostrados.

*En estos momentos se encuentra en proceso un estudio en la unidad de Ginecología y Obstetricia en el que se pretende evaluar la intervención de una segunda opinión para la disminución del índice de cesáreas en forma general, considero que las posibilidades de llevar a cabo un estudio semejante podría demostrar la utilidad de esta intervención y probablemente disminuir los índices de cesárea expuestos en este trabajo.*

En México y Latinoamérica se ha visto un aumento de la frecuencia de cesáreas con un aumento gradual de las mismas alcanzando hasta un 40% con relación al parto vaginal, lo que representa aumentos en la morbilidad y de costos tanto para los pacientes como para los hospitales; en nuestro hospital hemos logrado observar un índice no tan alto como el reportado en otras instituciones, y el cual se ha mantenido en niveles aceptables sin embargo la finalidad de lograr abatir este índice es él poder dar a nuestro hospital y a nuestras pacientes una atención profesional y de calidad de la forma más accesible posible.

## 7. CONCLUSIONES:

1. Del presente estudio se logra concluir que el índice de cesáreas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, se encontró en un 24% anual, con respecto al total de partos de este servicio, siendo un total de 1936 pacientes en el periodo de estudio.
2. La indicación de cesárea que se encuentra con mayor frecuencia es la de Distocia en la que se engloban diversos tipos de la misma como puede ser la distocia de contracción, de partes blandas, de presentación, desproporción cefalo - pélvica, no-progresión del trabajo de parto, etc. Observándose una incidencia de hasta un 48% y con una incidencia general de 40.6%. A esta le siguen las indicaciones: Por Cesárea Anterior con una incidencia general de 22.2%; Otras indicaciones con una incidencia general de 14.46%; por presentación pélvica con incidencia general de 9.30%; por Indicación materna con una incidencia de 7.44%; por Sufrimiento fetal agudo con una incidencia de 3.15%; y finalmente las de Urgencia o emergencia con una incidencia de 2.84%.
3. El índice de frecuencia con que se indica la cesárea de forma electiva se encontró en un 47.93% y el índice para las cesáreas intraparto fue de 52.07% de forma global.
4. El índice de frecuencia con que se realiza la intervención cesárea en pacientes primigrávidas es mayor en comparación con el de pacientes que ya han tenido un evento por cesárea anterior y que en las pacientes multigestas sin este antecedente, siendo de 45.51% para las pacientes primigrávidas, de 32.44% en pacientes con cesárea anterior y de 22.06% en pacientes multigestas sin este antecedente.
5. Se logra apreciar que en forma general se obtienen hasta el 98.97% de productos vivos en los eventos por cesárea y solo el 1.03 % de estos eventos son con productos muertos ó que no se logra su supervivencia. Así mismo se aprecia una incidencia de 21.44% para productos con peso de 2500 g. o menos y de 4.91% para productos de 4000 g. o mayores.
6. La incidencia de embarazos múltiples en forma general con relación a los eventos por cesárea es del 3.87%.
7. Se encuentra una incidencia de 0.21% para histerectomía obstétrica por complicaciones de la cesárea.
8. El grupo de edad que presenta mayor incidencia de cesáreas corresponde a pacientes de 20 a 24 años con una incidencia de 31.66% seguido del grupo de 25 a 29 años con una incidencia del 26.29%, y el grupo en el que se

TABLA A

MES	Total Cesareas	Ces.Electiva	Ces.Intraparto
Oct-98	156	81	75
%	100.00	51.92	48.08
Nov-98	150	76	74
%	100.00	50.67	49.33
Dic-98	164	75	89
%	100.00	45.73	54.27
Ene-99	158	83	75
%	100.00	52.53	47.47
Feb-99	129	60	69
%	100.00	46.51	53.49
Mar-99	174	88	86
%	100.00	50.57	49.43
Abr-99	195	90	105
%	100.00	46.15	53.85
May-99	150	77	73
%	100.00	51.33	48.67
Jun-99	183	79	104
%	100.00	43.17	56.83
Jul-99	175	76	99
%	100.00	43.43	56.57
Ago-99	155	75	80
%	100.00	48.39	51.61
Sep-99	147	68	79
%	100.00	46.26	53.74
TOTAL	1936	928	1008
%	100.00	47.93	52.07

GRAFICO A

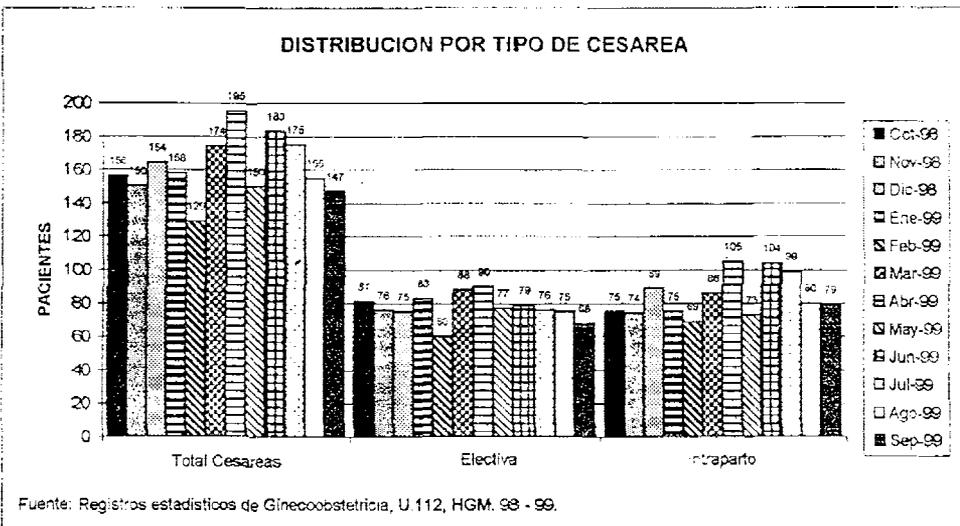


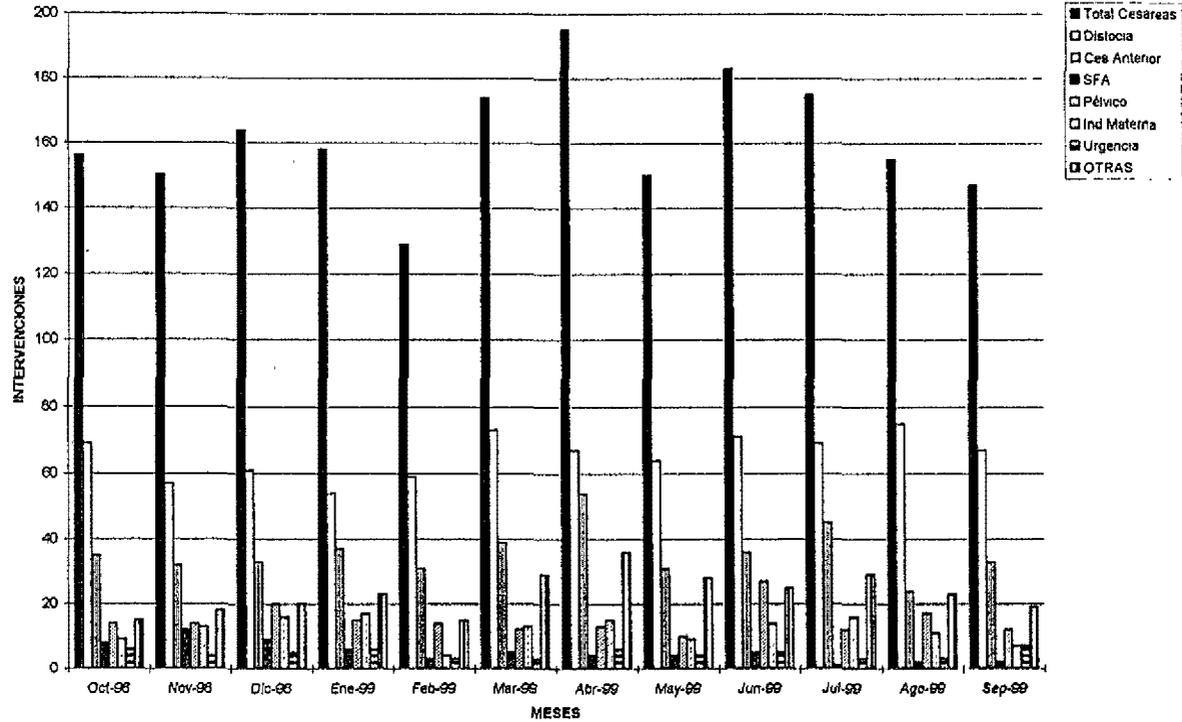
TABLA B

MES	Total Cesareas	Distocia	Ces.Anterior	SFA	Pélvico	Ind.Materna	Urgencia	OTRAS
<b>Oct-98</b>	156	69	35	8	14	9	6	15
%	100.00	44.23	22.44	5.13	8.97	5.77	3.85	9.62
<b>Nov-98</b>	150	57	32	12	14	13	4	18
%	100.00	38.00	21.33	8.00	9.33	8.67	2.67	12.00
<b>Dic-98</b>	164	61	33	9	20	16	5	20
%	100.00	37.20	20.12	5.49	12.20	9.76	3.05	12.20
<b>Ene-99</b>	158	54	37	6	15	17	6	23
%	100.00	34.18	23.42	3.80	9.49	10.76	3.80	14.56
<b>Feb-99</b>	129	59	31	3	14	4	3	15
%	100.00	45.74	24.03	2.33	10.85	3.10	2.33	11.63
<b>Mar-99</b>	174	73	39	5	12	13	3	29
%	100.00	41.95	22.41	2.87	6.90	7.47	1.72	16.67
<b>Abr-99</b>	195	67	54	4	13	15	6	36
%	100.00	34.36	27.69	2.05	6.67	7.69	3.08	18.46
<b>May-99</b>	150	64	31	4	10	9	4	28
%	100.00	42.67	20.67	2.67	6.67	6.00	2.67	18.67
<b>Jun-99</b>	183	71	36	5	27	14	5	25
%	100.00	38.80	19.67	2.73	14.75	7.65	2.73	13.66
<b>Jul-99</b>	175	69	45	1	12	16	3	29
%	100.00	39.43	25.71	0.57	6.86	9.14	1.71	16.57
<b>Ago-99</b>	155	75	24	2	17	11	3	23
%	100.00	48.39	15.48	1.29	10.97	7.10	1.94	14.84
<b>Sep-99</b>	147	67	33	2	12	7	7	19
%	100.00	45.58	22.45	1.36	8.16	4.76	4.76	12.93
<b>TOTAL</b>	1936	786	430	61	180	144	55	280
%	100.00	40.60	22.21	3.15	9.30	7.44	2.84	14.46

FUENTE:Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U112, HGm. 98- 99.

GRAFICO B

DISTRIBUCION POR INDICACION DE CESAREA



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM, 98-99.

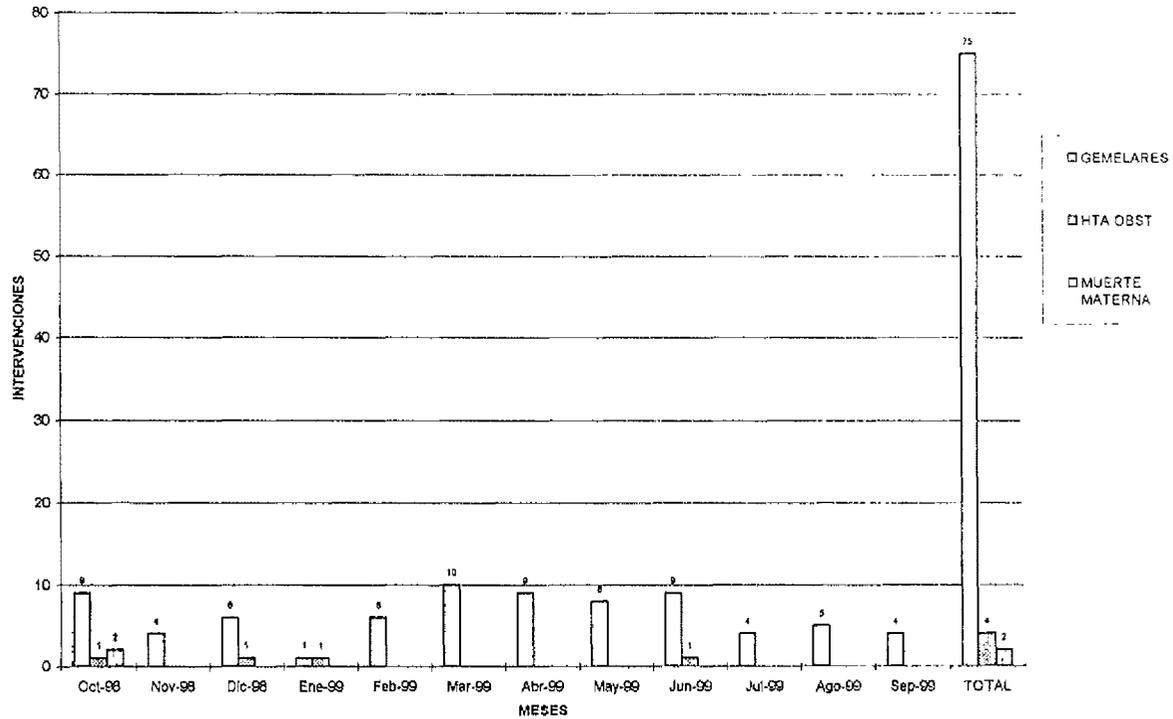
TABLA C

MES	Total Cesareas	GEMELARES	FORCEPS	PARTOS VAGINAL	HTA OBST	MUERTE MATERNA
Oct-98	156	9	19	454	1	2
%	100.00	5.77	12.18		0.64	1.28
Nov-98	150	4	12	538	0	0
%	100.00	2.67	8.00		0.00	0.00
Dic-98	164	6	25	488	1	0
%	100.00	3.66	15.24		0.61	0.00
Ene-99	158	1	21	493	1	0
%	100.00	0.63	13.29		0.63	0.00
Feb-99	129	6	11	456	0	0
%	100.00	4.65	8.53		0.00	0.00
Mar-99	174	10	13	533	0	0
%	100.00	5.75	7.47		0.00	0.00
Abr-99	195	9	23	541	0	0
%	100.00	4.62	11.79		0.00	0.00
May-99	150	8	18	575	0	0
%	100.00	5.33	12.00		0.00	0.00
Jun-99	183	9	13	501	1	0
%	100.00	4.92	7.10		0.55	0.00
Jul-99	175	4	28	541	0	0
%	100.00	2.29	16.00		0.00	0.00
Ago-99	155	5	18	371	0	0
%	100.00	3.23	11.61		0.00	0.00
Sep-99	147	4	19	425	0	0
%	100.00	2.72	12.93		0.00	0.00
TOTAL	1936	75	220	5916	4	2
%	100.00	3.87	11.36	305.58	0.21	0.10

FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM, 98-99.

GRAFICO C

DISTRIBUCION DE OTROS PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS A LA CESAREA



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM. 98-99.

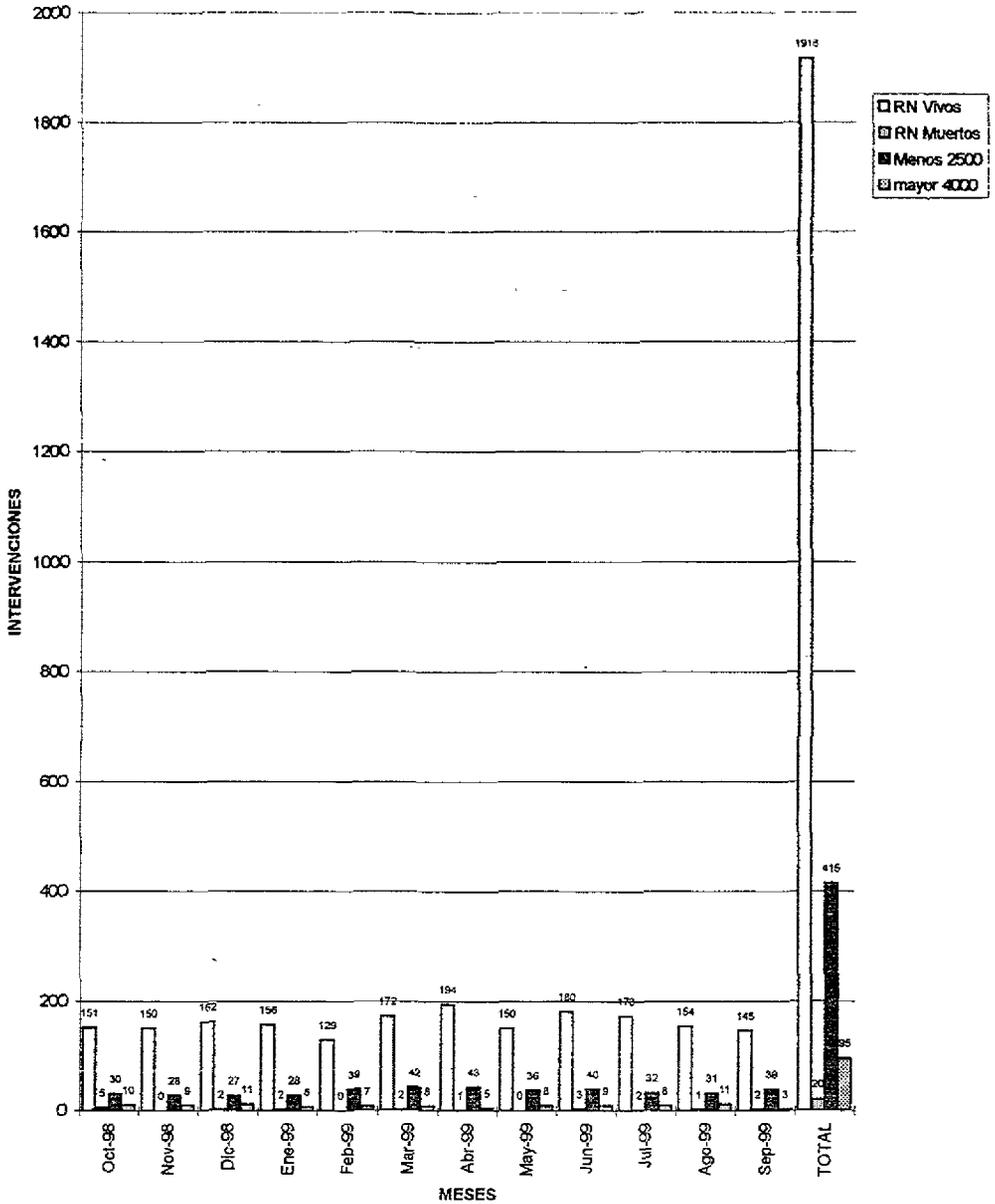
TABLA D

MES	Total Cesareas	RN Vivos	RN Muertos	Menos 2500	mayor 4000
Oct-98	156	151	5	30	10
%	100.00	96.79	3.21	19.23	6.41
Nov-98	150	150	0	28	9
%	100.00	100.00	0.00	18.67	6.00
Dic-98	164	162	2	27	11
%	100.00	98.78	1.22	16.46	6.71
Ene-99	158	156	2	28	6
%	100.00	98.73	1.27	17.72	3.80
Feb-99	129	129	0	39	7
%	100.00	100.00	0.00	30.23	5.43
Mar-99	174	172	2	42	8
%	100.00	98.85	1.15	24.14	4.60
Abr-99	195	194	1	43	5
%	100.00	99.49	0.51	22.05	2.56
May-99	150	150	0	36	8
%	100.00	100.00	0.00	24.00	5.33
Jun-99	183	180	3	40	9
%	100.00	98.36	1.64	21.86	4.92
Jul-99	175	173	2	32	8
%	100.00	98.86	1.14	18.29	4.57
Ago-99	155	154	1	31	11
%	100.00	99.35	0.65	20.00	7.10
Sep-99	147	145	2	39	3
%	100.00	98.64	1.36	26.53	2.04
TOTAL	1936	1916	20	415	95
%	100.00	98.97	1.03	21.44	4.91

FUENTE:Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM. 98-99.

GRAFICO D

DISTRIBUCION DE RECIEN NACIDOS

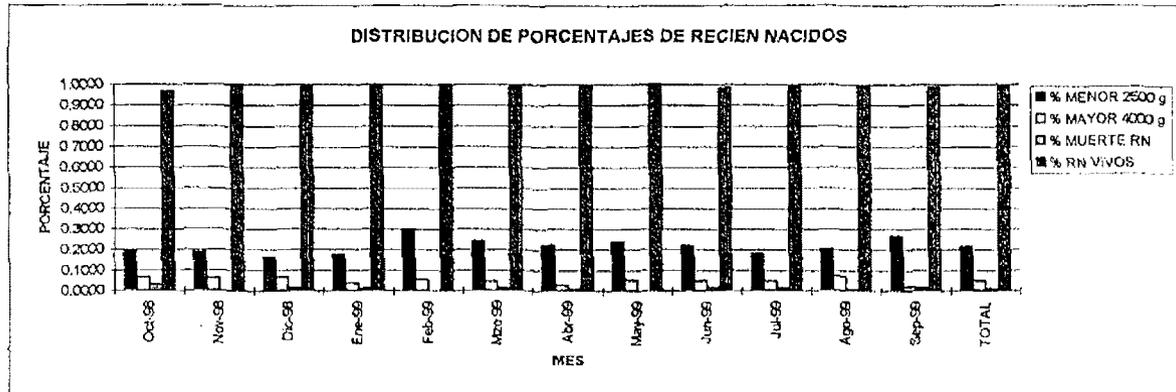


FUENTE:Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U112, HGM, 98-99.

TABLA E

MES	% MENOR 2500 g	% MAYOR 4000 g	% MUERTE RN	% RN VIVOS
Oct-98	0.1923	0.0641	0.0321	0.9679
Nov-98	0.1867	0.0600	0.0000	1.0000
Dic-98	0.1646	0.0671	0.0122	0.9878
Ene-99	0.1772	0.0380	0.0127	0.9873
Feb-99	0.3023	0.0543	0.0000	1.0000
Mzo 99	0.2414	0.0460	0.0115	0.9885
Abr-99	0.2205	0.0256	0.0051	0.9949
May-99	0.2400	0.0533	0.0000	1.0000
Jun-99	0.2186	0.0492	0.0164	0.9836
Jul-99	0.1829	0.0457	0.0114	0.9886
Ago-99	0.2000	0.0710	0.0065	0.9935
Sep-99	0.2653	0.0204	0.0136	0.9864
TOTAL	0.2144	0.0491	0.0103	0.9897

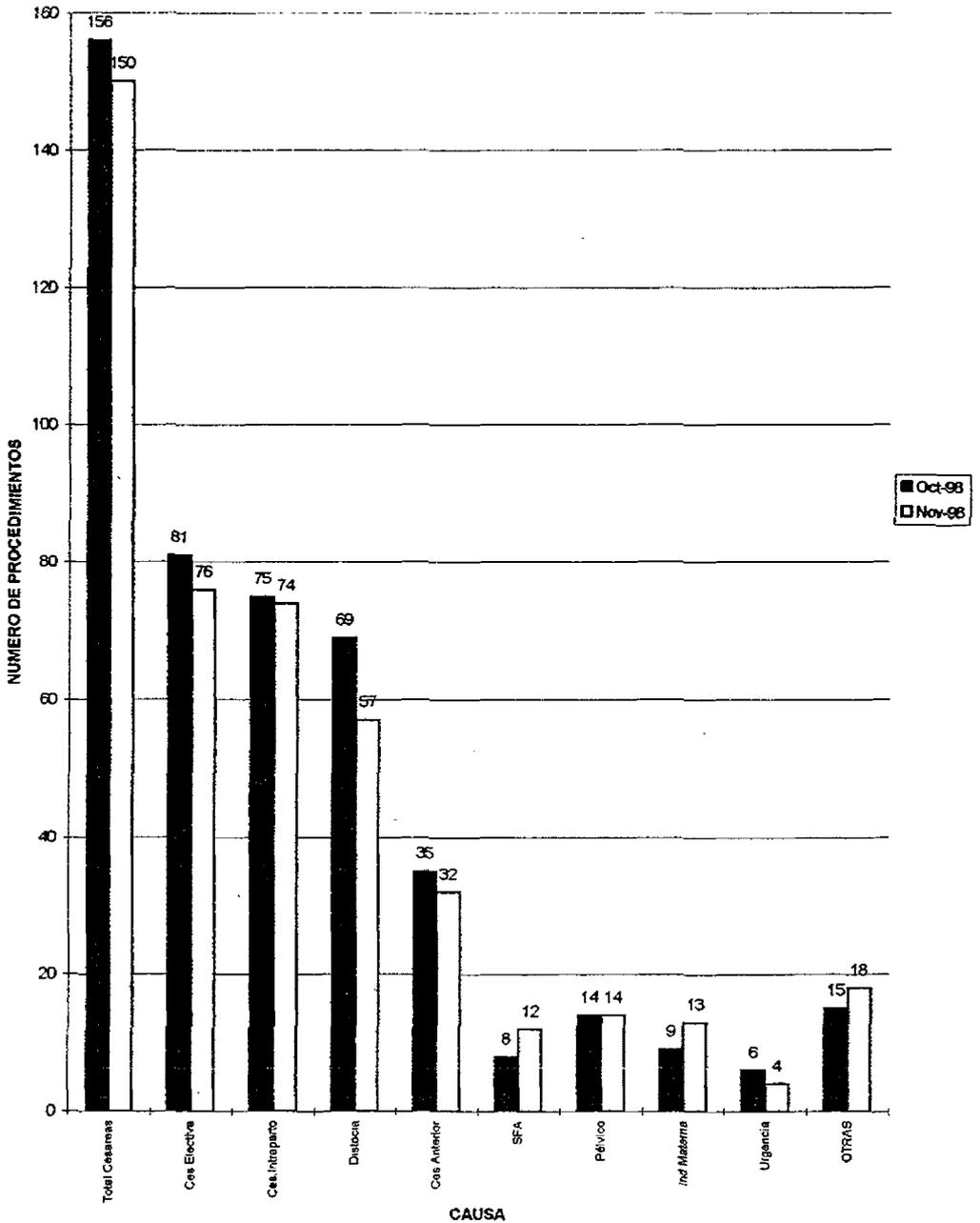
GRAFICO E



FUENTE:Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM. 98-99.

Gráfico 1

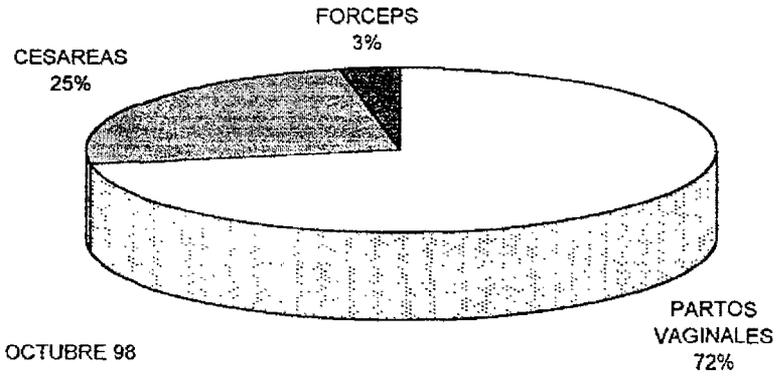
DISTRIBUCION POR CAUSA MENSUAL



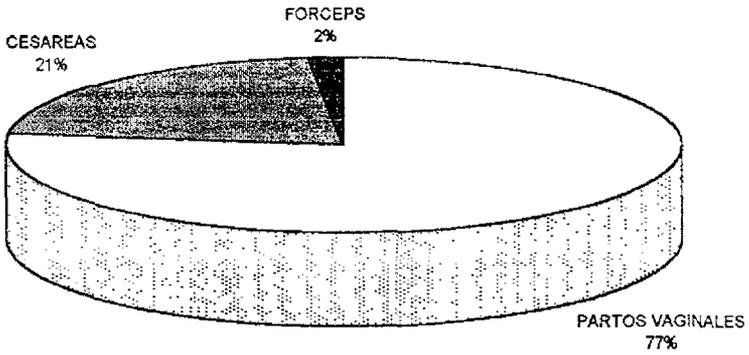
FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia U.112, HGM. 98-99.

GRAFICO 2

INCIDENCIA MENSUAL DE CESAREAS



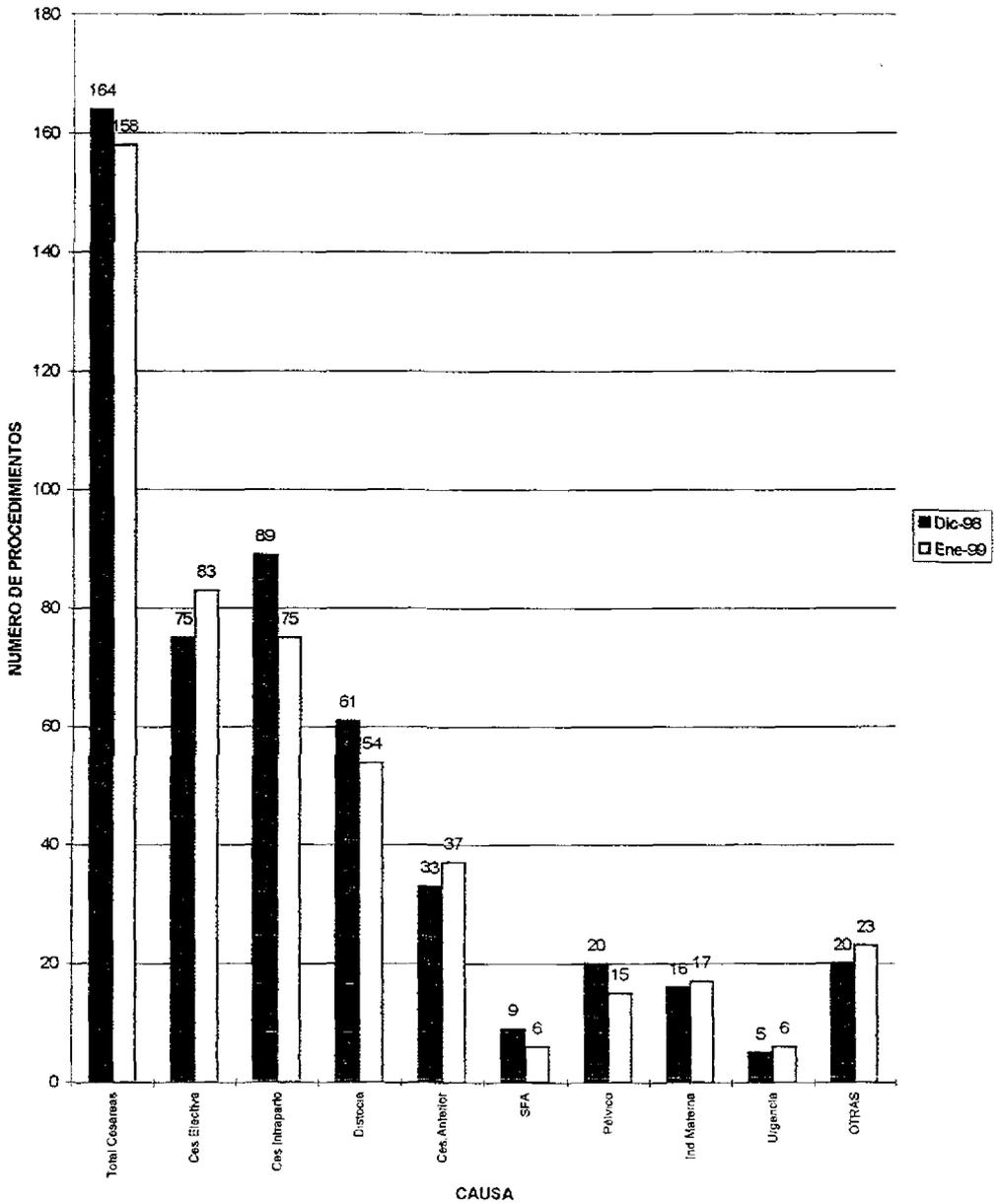
OCTUBRE 98



NOVIEMBRE 98

Gráfico 3

DISTRIBUCION POR CAUSA MENSUAL



FUENTE:Registros estadísticos de Ginecoobstetricia U.112, HGM.

GRAFICO 4

INCIDENCIA MENSUAL DE CESAREAS

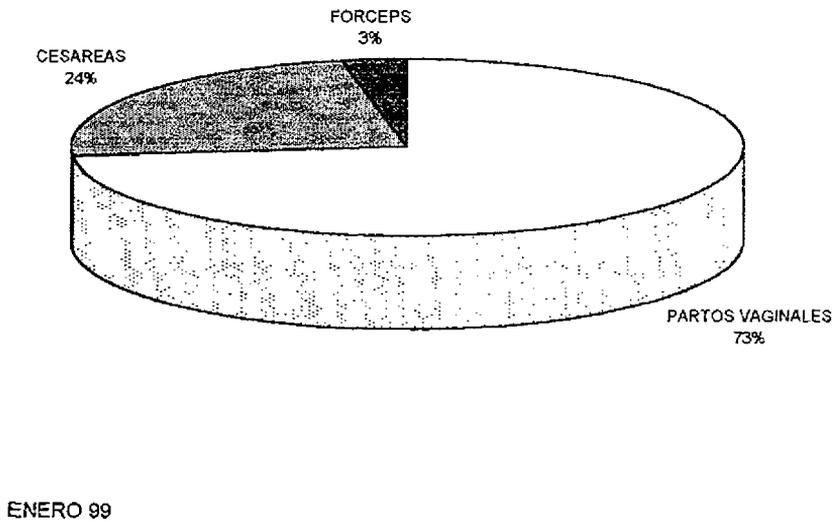
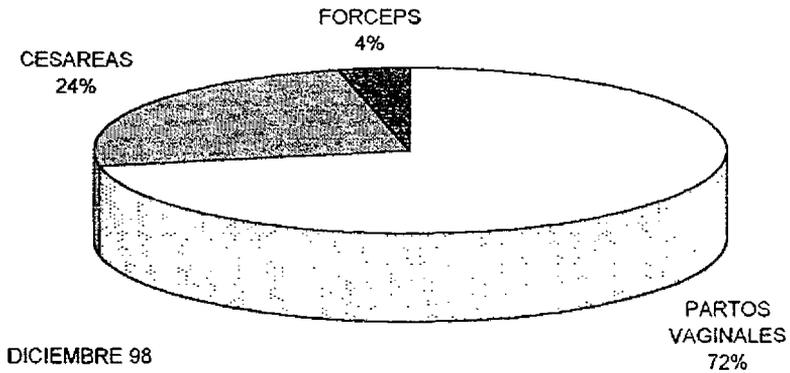
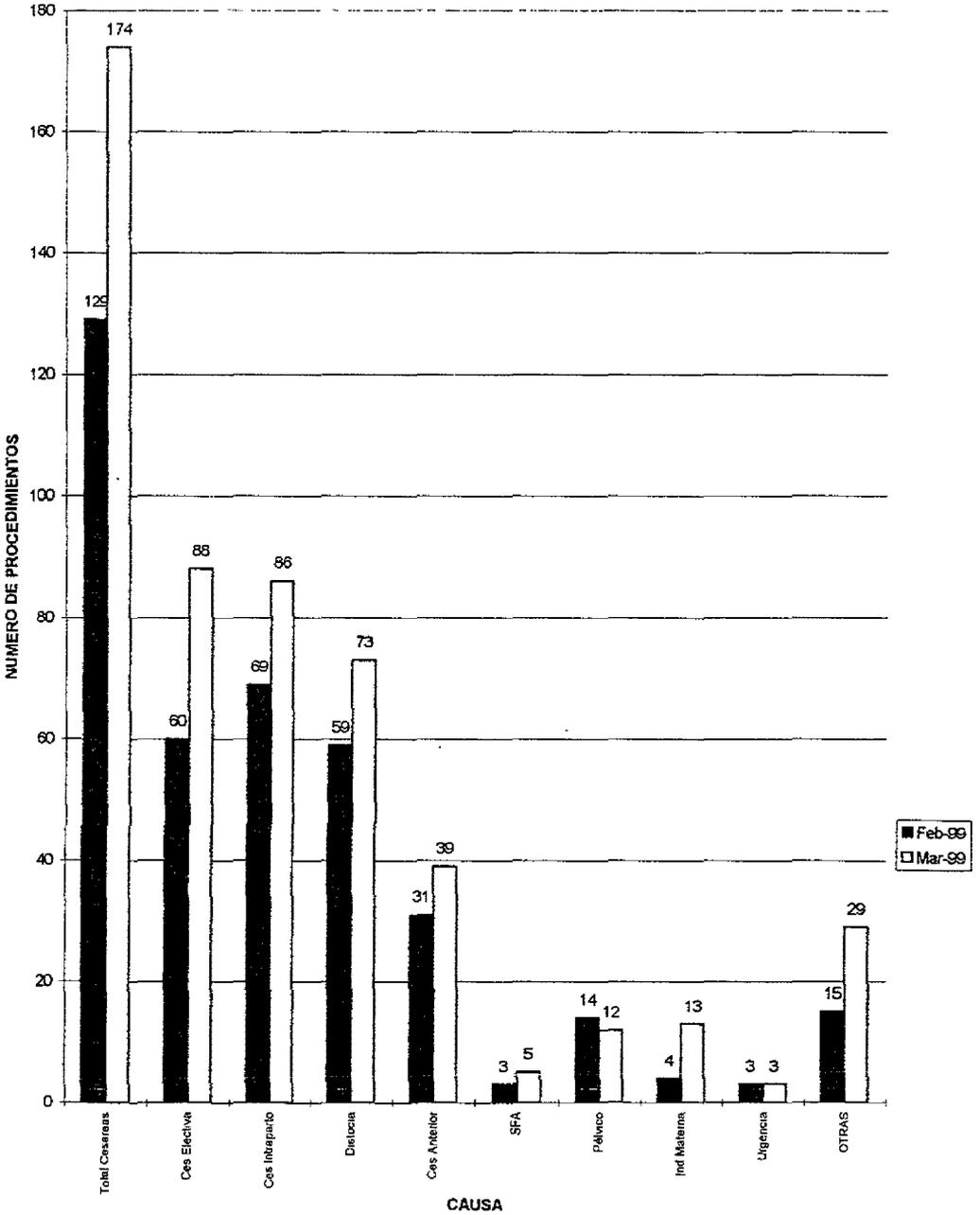


Gráfico 5

DISTRIBUCION POR CAUSA MENSUAL



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia U.112, HGM. 98-99.

GRAFICO 6

INCIDENCIA MENSUAL DE CESAREAS

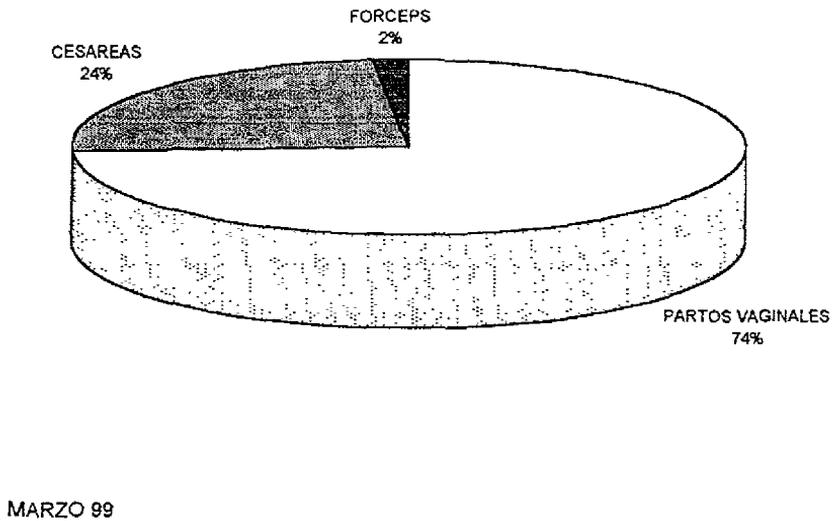
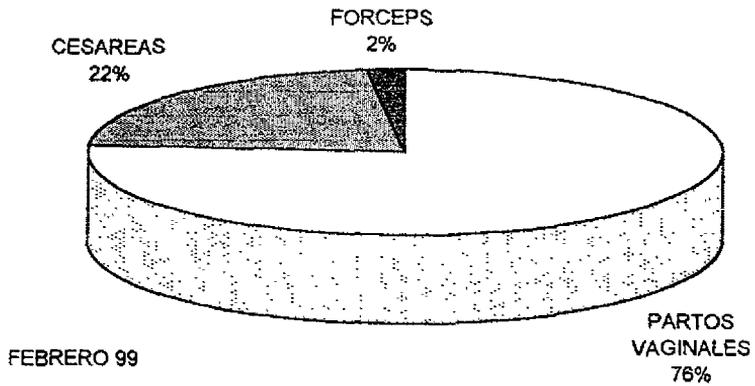
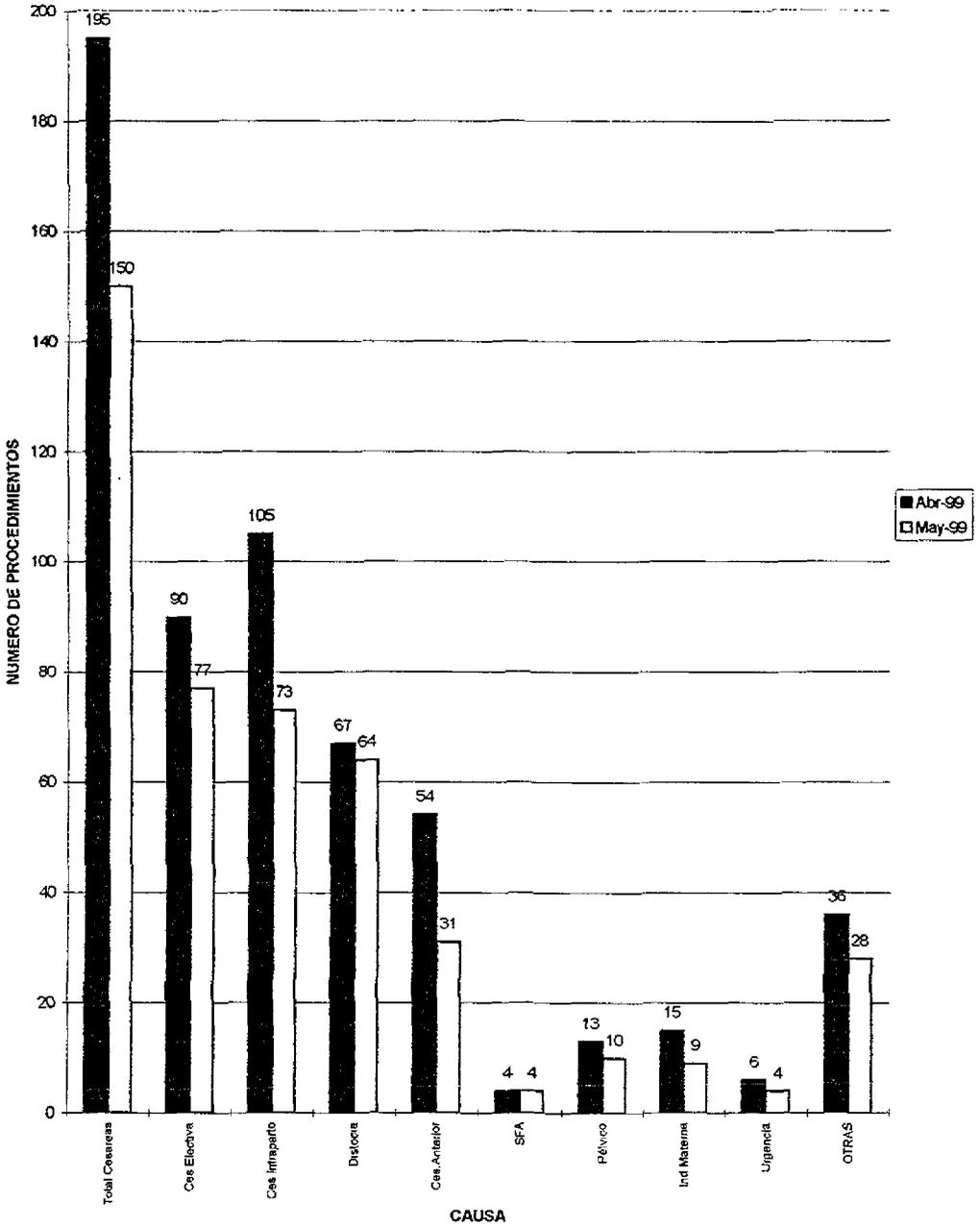


Gráfico 7

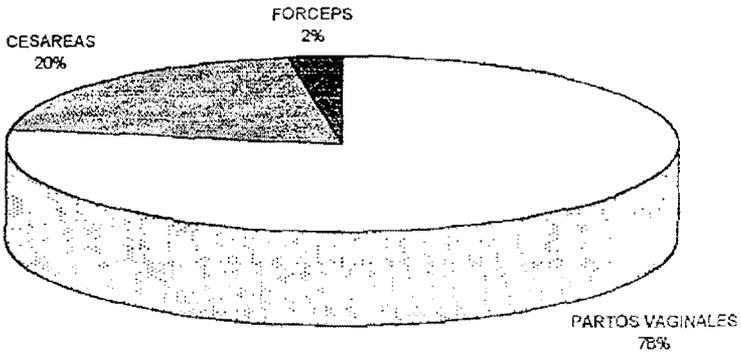
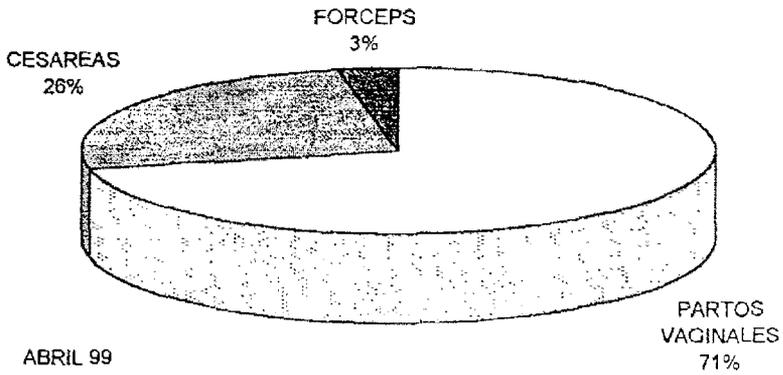
DISTRIBUCION POR CAUSA MENSUAL



FUENTE:Registros estadísticos de Ginecoobstetricia U.112, HGM. 98-99.

GRAFICO 8

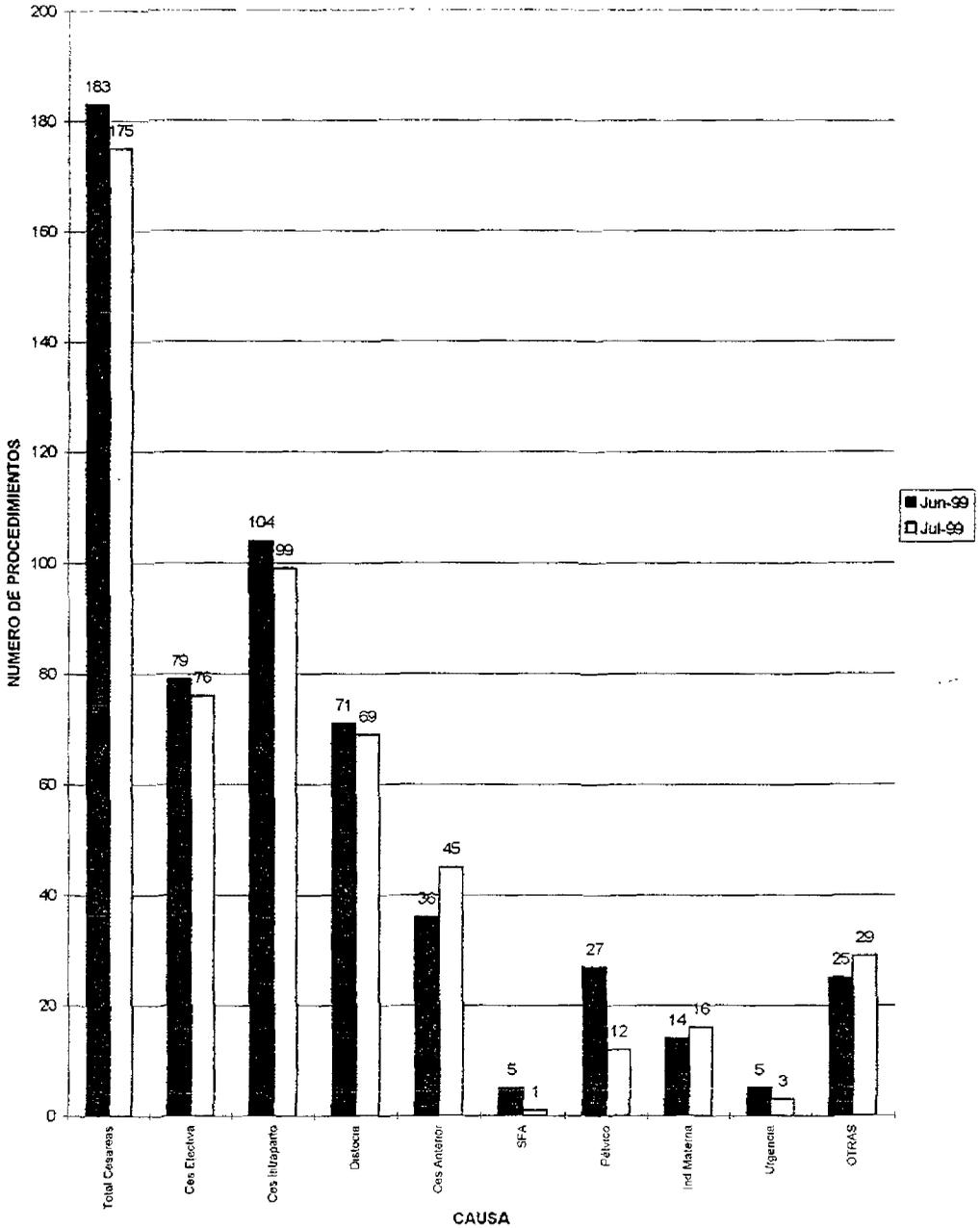
INCIDENCIA MENSUAL DE CESAREAS



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia U.112, HGM, 98-99.

Gráfico 9

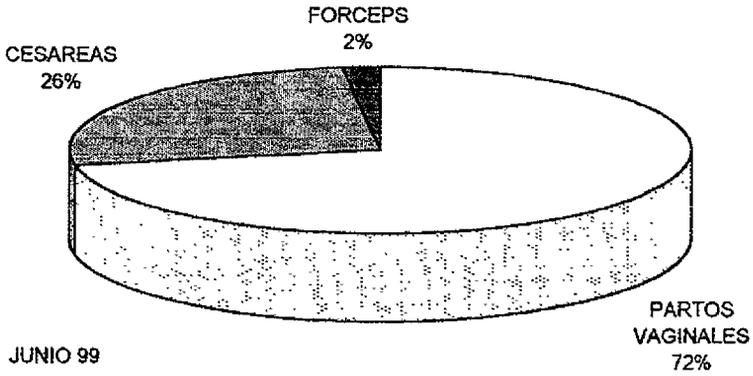
DISTRIBUCION POR CAUSA MENSUAL



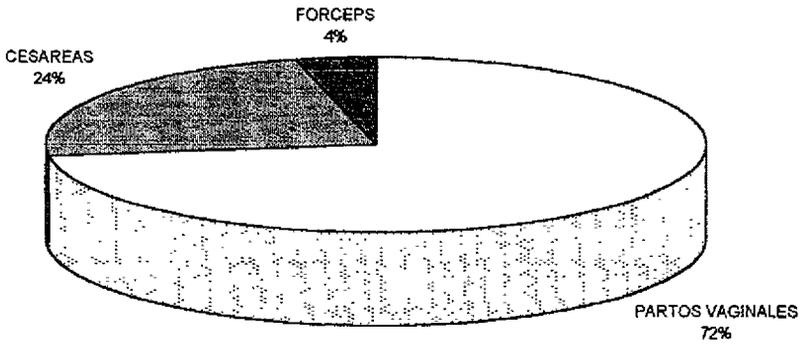
FUENTE:Registros estadísticos de Ginec Obstetricia U. 112, HGM. 98-99.

GRAFICO 10

INCIDENCIA MENSUAL DE CESAREAS



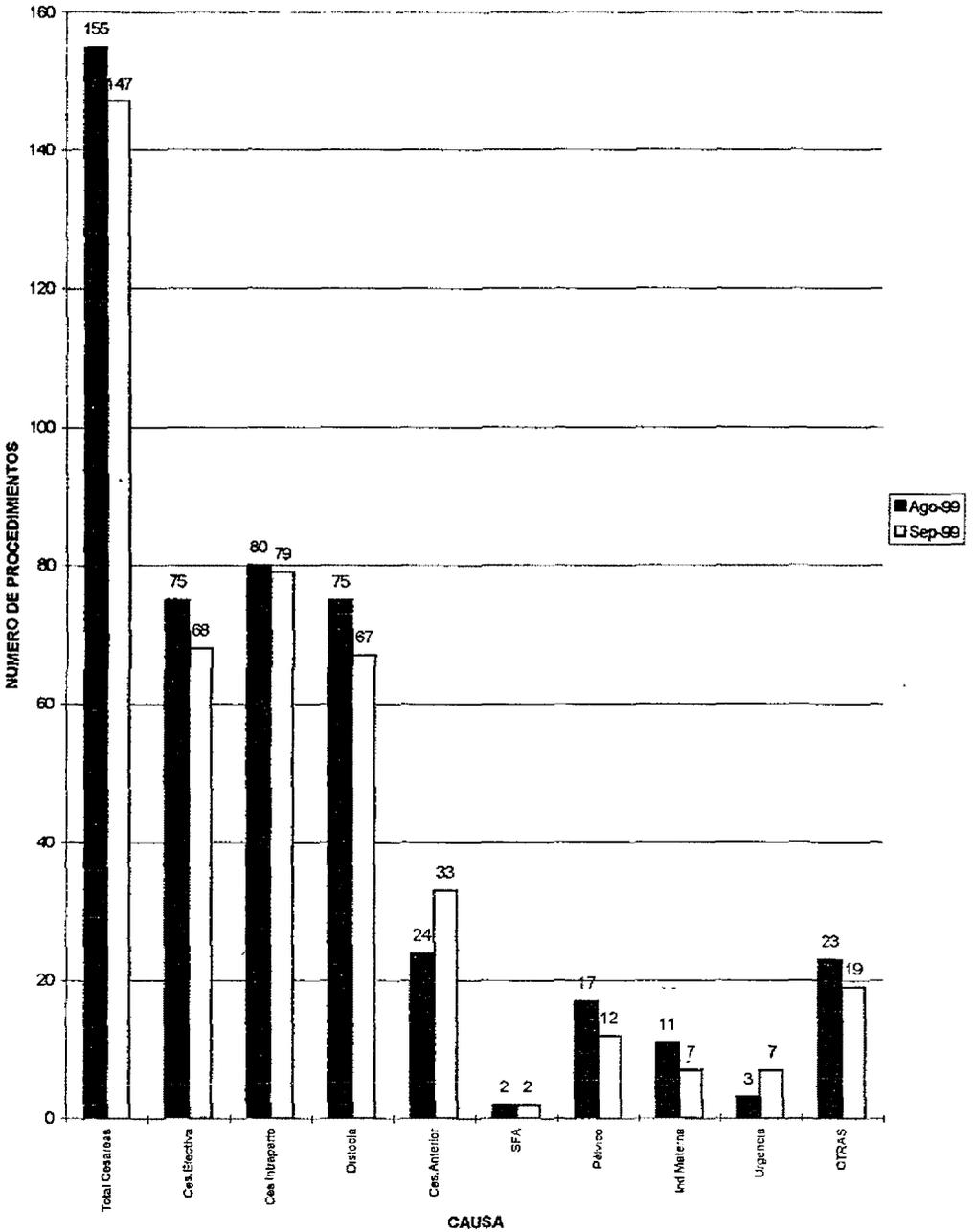
JUNIO 99



JULIO 99

Gráfico 11

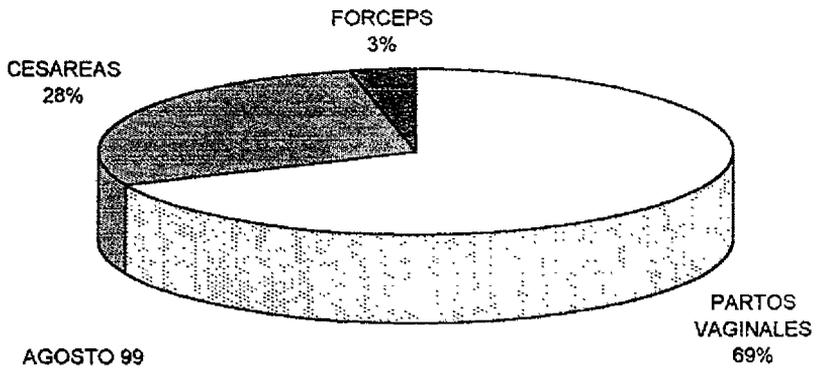
DISTRIBUCION POR CAUSA MENSUAL



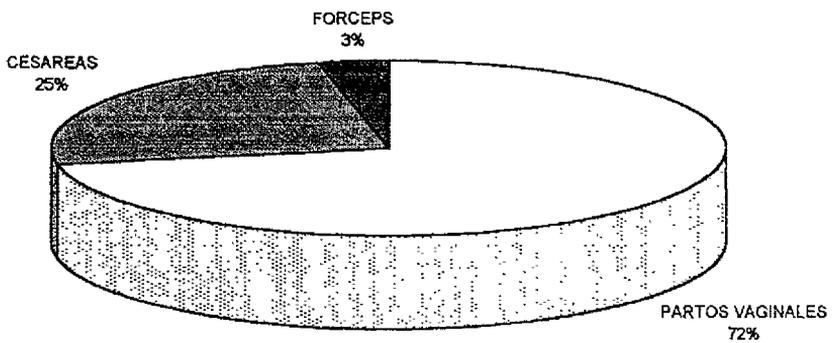
FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia U.112, HGM. 98-99.

GRAFICO 12

INCIDENCIA MENSUAL DE CESAREAS



AGOSTO 99



SEPTIEMBRE 99

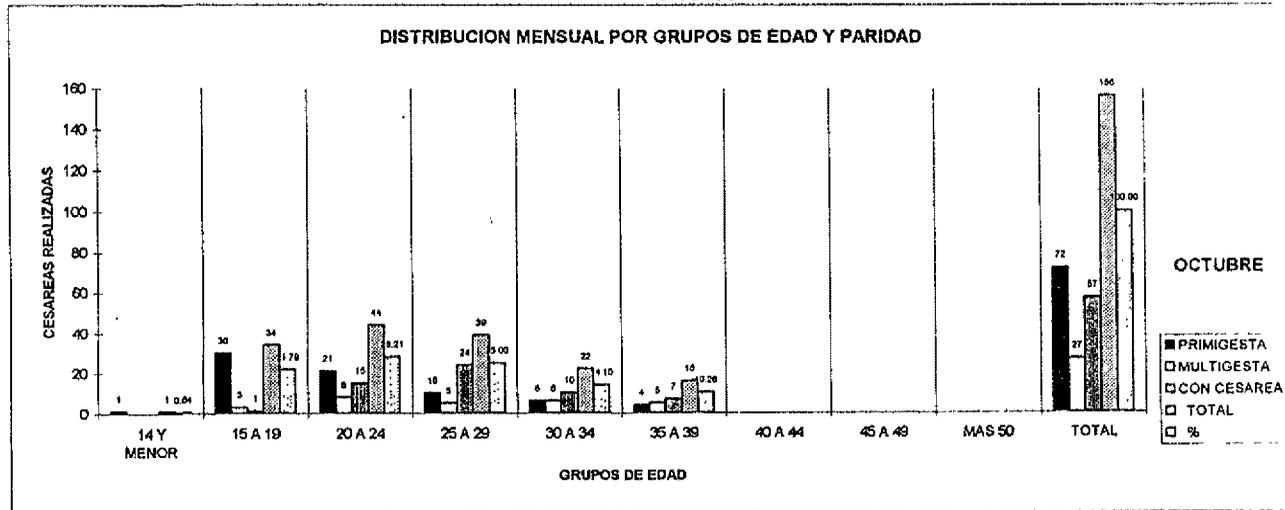
TABLA 1

MES OCTUBRE

	14 Y MENOR	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	MAS 50	TOTAL
PRIMIGESTA	1	30	21	10	6	4				72
MULTIGESTA		3	8	5	6	5				27
CON CESAREA		1	15	24	10	7				57
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>34</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>158</b>
%	0.64	21.79	28.21	25.00	14.10	10.26	0.00	0.00	0.00	100.00

TOTAL CESAREAS 156

GRAFICO 13



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U. 112, HGM. 98-99

TABLA 2

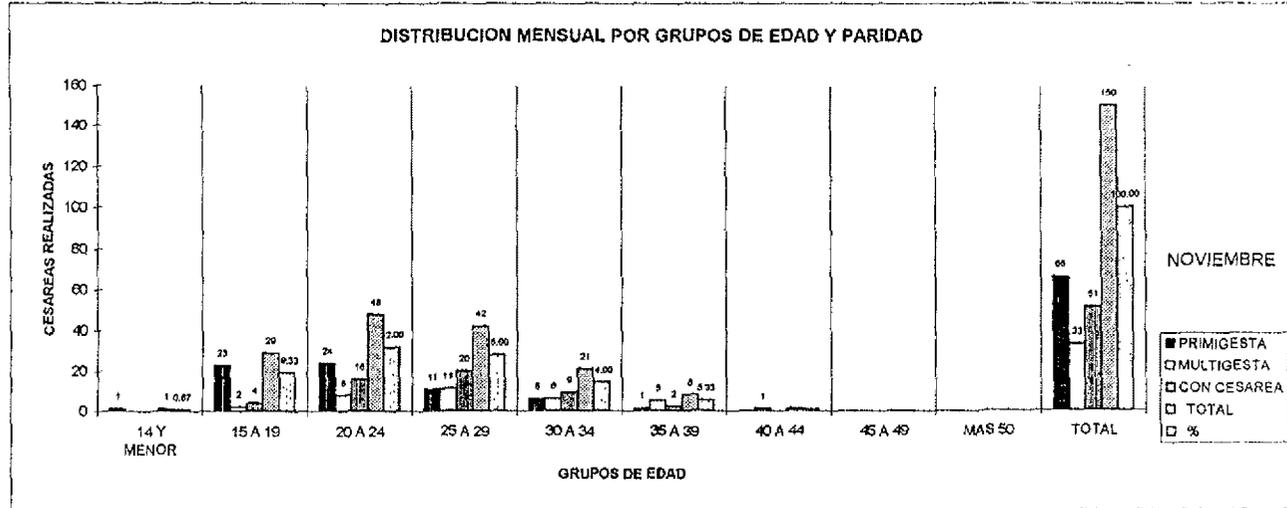
MES NOVIEMBRE

	14 Y MENOR	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	MAS 50	TOTAL
PRIMIGESTA	1	23	24	11	6	1				66
MULTIGESTA		2	8	11	6	5	1			33
CON CESAREA		4	16	20	9	2				51
TOTAL	1	29	48	42	21	8	1	0	0	150
%	0.67	19.33	32.00	28.00	14.00	5.33	0.67	0.00	0.00	100.00

TOTAL CESAREAS

150

GRAFICO 14



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM 98-99

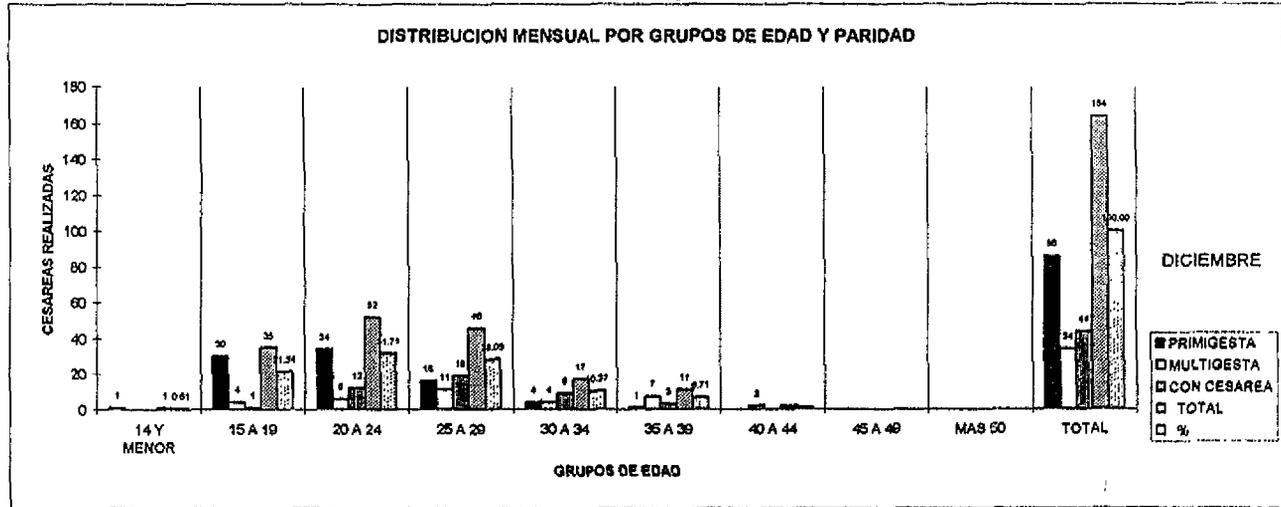
TABLA 3

MES DICIEMBRE

	14 Y MENOR	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	MAS 50	TOTAL
PRIMIGESTA	1	30	34	16	4	1				86
MULTIGESTA		4	6	11	4	7	2			34
CON CESAREA		1	12	19	9	3				44
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>35</b>	<b>52</b>	<b>46</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>164</b>
<b>%</b>	<b>0.61</b>	<b>21.34</b>	<b>31.71</b>	<b>28.05</b>	<b>10.37</b>	<b>6.71</b>	<b>1.22</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>100.00</b>

TOTAL CESAREAS 164

GRAFICO 15



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM. 98-99

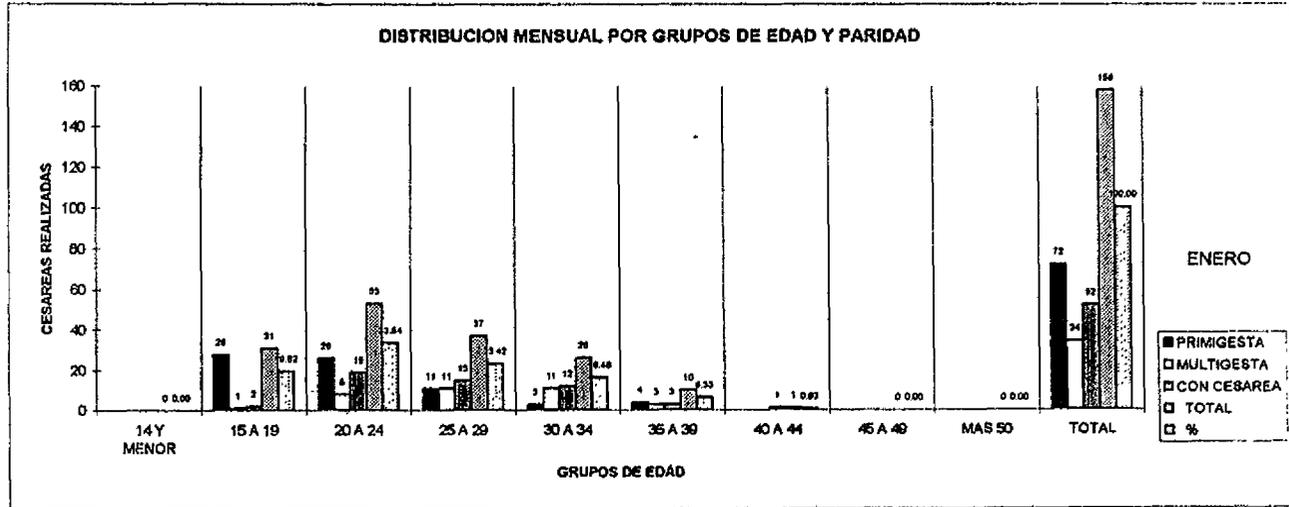
TABLA 4

MES ENERO

	14 Y MENOR	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	MAS 50	TOTAL
PRIMIGESTA		24	28	11	3	4				72
MULTIGESTA		1	8	11	11	3				34
CON CESAREA		2	19	15	12	3	1			52
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>34</b>	<b>53</b>	<b>37</b>	<b>26</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>158</b>
<b>%</b>	<b>0.00</b>	<b>19.62</b>	<b>33.54</b>	<b>23.42</b>	<b>16.46</b>	<b>6.33</b>	<b>0.63</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>100.00</b>

TOTAL CESAREAS 158

GRAFICO 16



FUENTE:Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM. 98-99

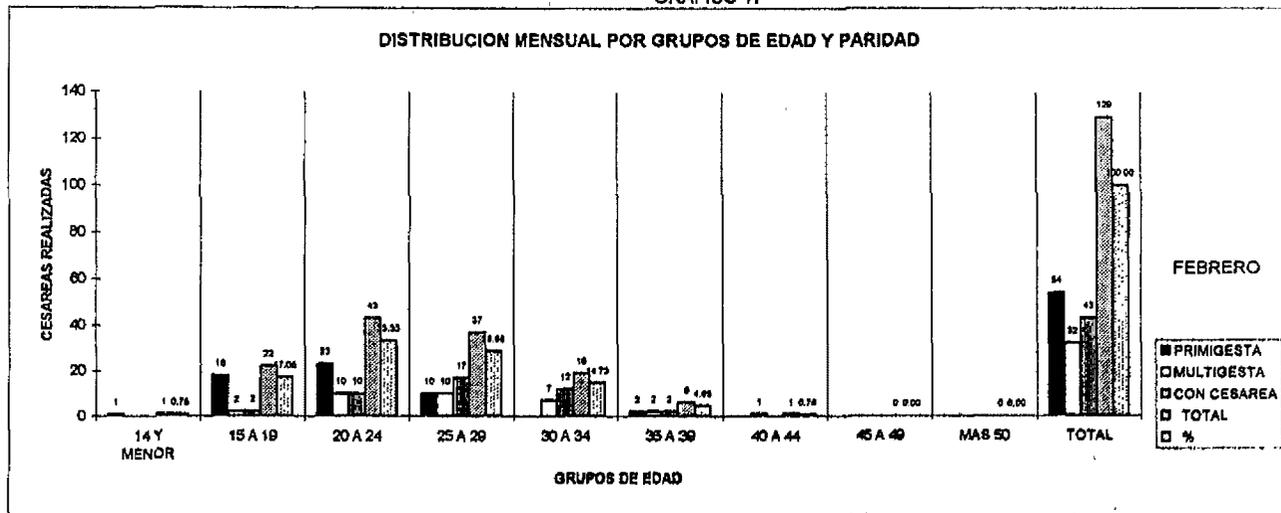
TABLA 5

MES FEBRERO

	14 Y MENOR	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	MAS 50	TOTAL
PRIMIGESTA	1	18	23	10		2				54
MULTIGESTA		2	10	10	7	2	1			32
CON CESAREA		2	10	17	12	2				43
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>43</b>	<b>37</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>129</b>
<b>%</b>	<b>0.78</b>	<b>17.05</b>	<b>33.33</b>	<b>28.68</b>	<b>14.73</b>	<b>4.65</b>	<b>0.78</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>100.00</b>

TOTAL CESAREAS 129

GRAFICO 17



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM. 98-99

TABLA 6

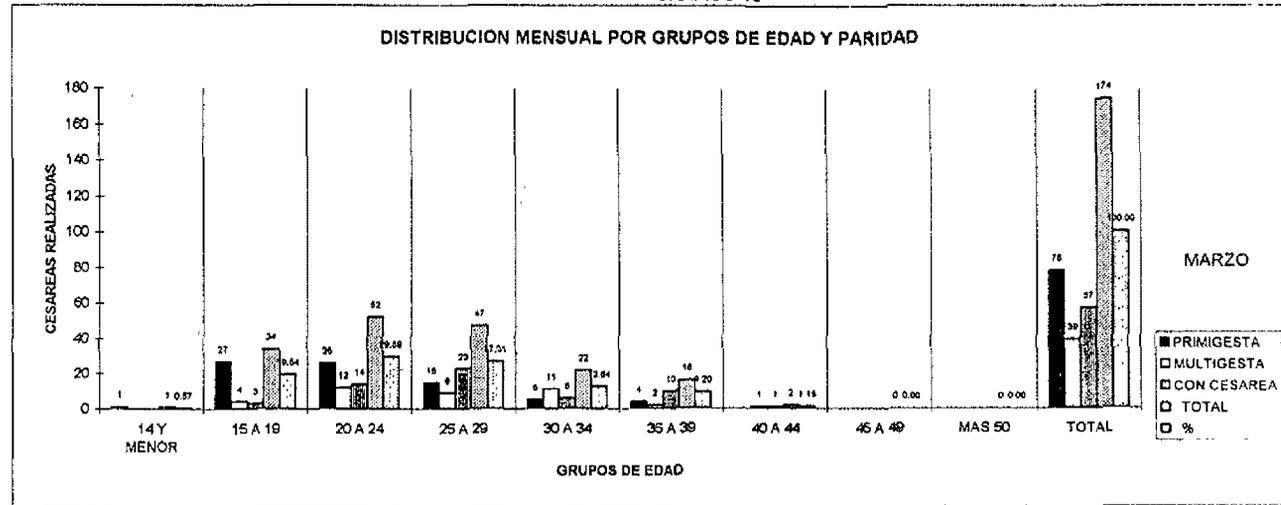
MES MARZO

	14 Y MENOR	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	MAS 50	TOTAL
PRIMIGESTA	1	27	26	15	5	4				78
MULTIGESTA		4	12	9	11	2	1			39
CON CESAREA		3	14	23	6	10	1			57
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>34</b>	<b>52</b>	<b>47</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>174</b>
<b>%</b>	<b>0.57</b>	<b>19.54</b>	<b>29.89</b>	<b>27.01</b>	<b>12.84</b>	<b>9.20</b>	<b>1.15</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>100.00</b>

TOTAL CESAREAS

174

GRAFICO 18



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecología y Obstetricia, U.112, HGM. 98-99

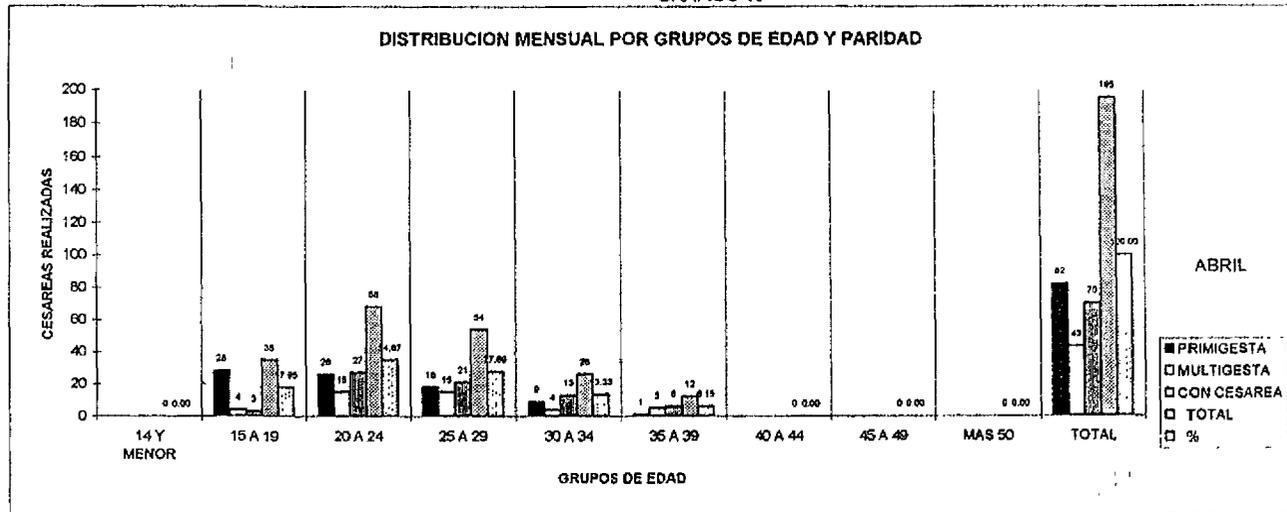
TABLA 7

MES ABRIL

	14 Y MENOR	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	MAS 50	TOTAL
PRIMIGESTA		28	26	18	9	1				82
MULTIGESTA		4	15	15	4	5				43
CON.CESAREA		3	27	21	13	6				70
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>88</b>	<b>54</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>195</b>
<b>%</b>	<b>0.00</b>	<b>17.95</b>	<b>34.87</b>	<b>27.69</b>	<b>13.33</b>	<b>6.15</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>100.00</b>

TOTAL CESAREAS 195

GRAFICO 19



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U,112, HGM. 98-99

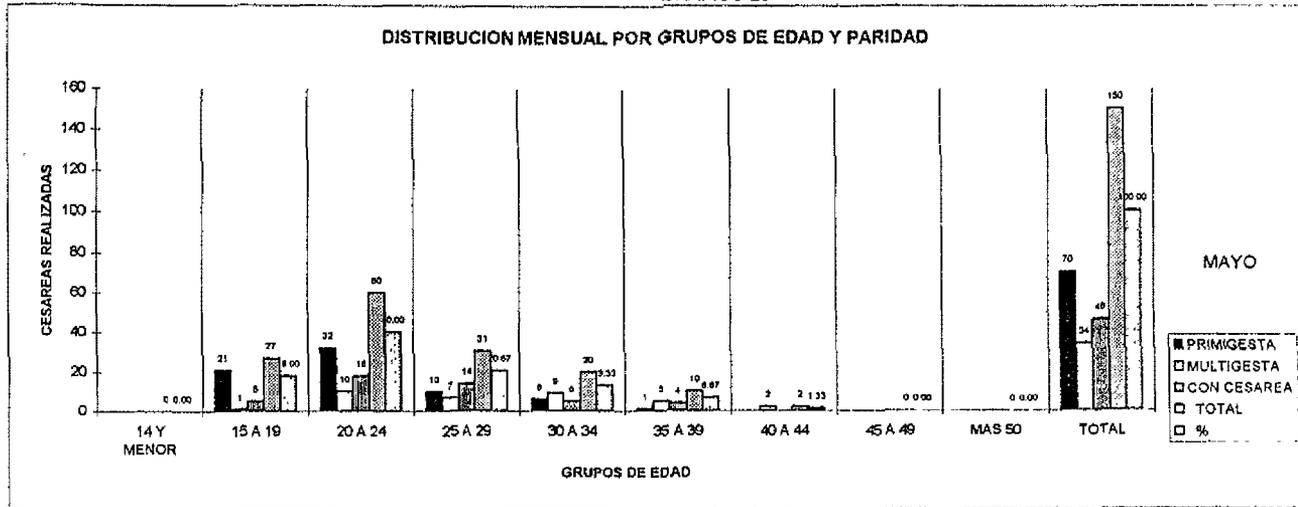
TABLA 8

MES MAYO

	14 Y MENOR	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	MAS 50	TOTAL
PRIMIGESTA		21	32	10	6	1				70
MULTIGESTA		1	10	7	9	5	2			34
CON CESAREA		5	18	14	5	4				46
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>60</b>	<b>31</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>150</b>
<b>%</b>	<b>0.00</b>	<b>18.00</b>	<b>40.00</b>	<b>20.67</b>	<b>13.33</b>	<b>6.67</b>	<b>1.33</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>100.00</b>

TOTAL CESAREAS 150

GRAFICO 20



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM. 98-99

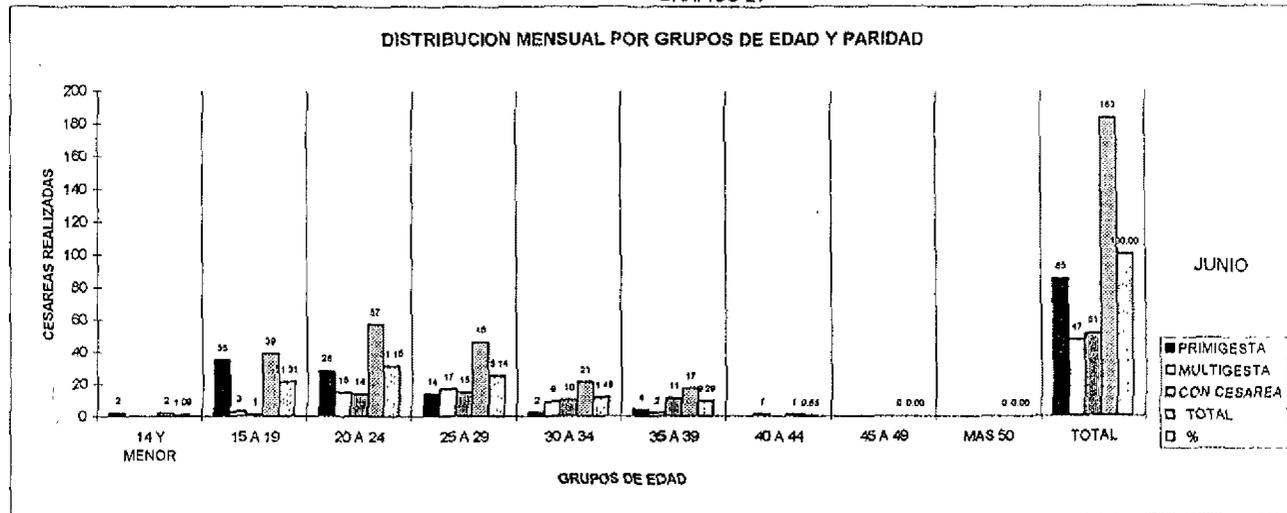
TABLA 9

MES JUNIO

	14 Y MENOR	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	MAS 50	TOTAL
PRIMIGESTA	2	35	28	14	2	4				85
MULTIGESTA		3	15	17	9	2	1			47
CON CESAREA		1	14	15	10	11				51
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>39</b>	<b>57</b>	<b>46</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>183</b>
<b>%</b>	<b>1,09</b>	<b>21,31</b>	<b>31,15</b>	<b>25,14</b>	<b>11,48</b>	<b>9,29</b>	<b>0,55</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00</b>

TOTAL CESAREAS 183

GRAFICO 21



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM. 98-99

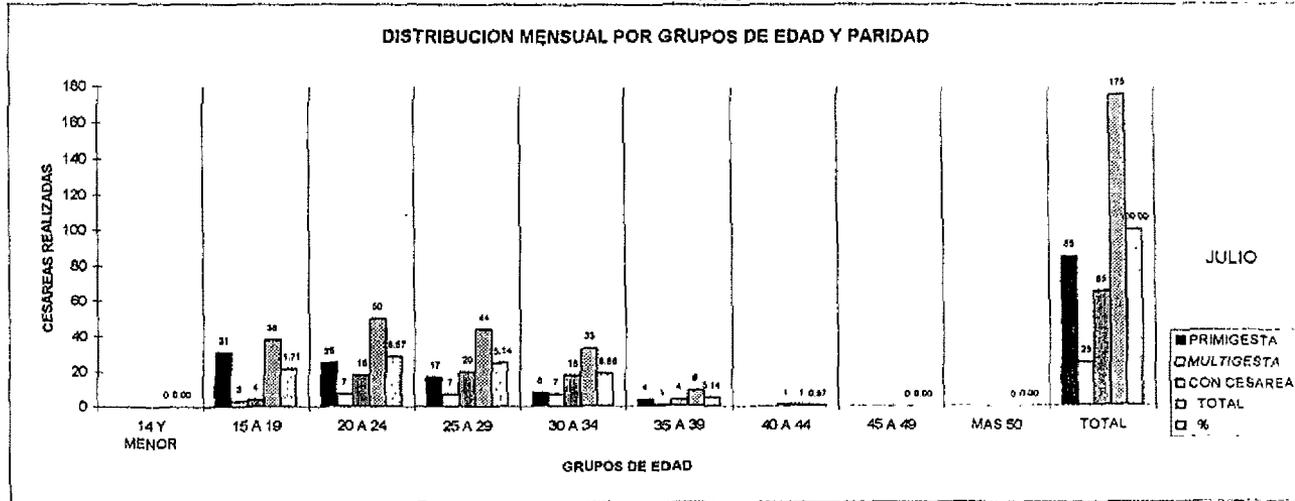
TABLA 10

MES JULIO

	14 Y MENOR	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	MAS 50	TOTAL
PRIMIGESTA		31	25	17	8	4				85
MULTIGESTA		3	7	7	7	1				25
CON CESAREA		4	18	20	18	4	1			65
TOTAL	0	38	50	44	33	9	1	0	0	175
%	0.00	21.71	28.57	25.14	18.86	5.14	0.57	0.00	0.00	100.00

TOTAL CESAREAS 175

GRAFICO 22



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM 98-99

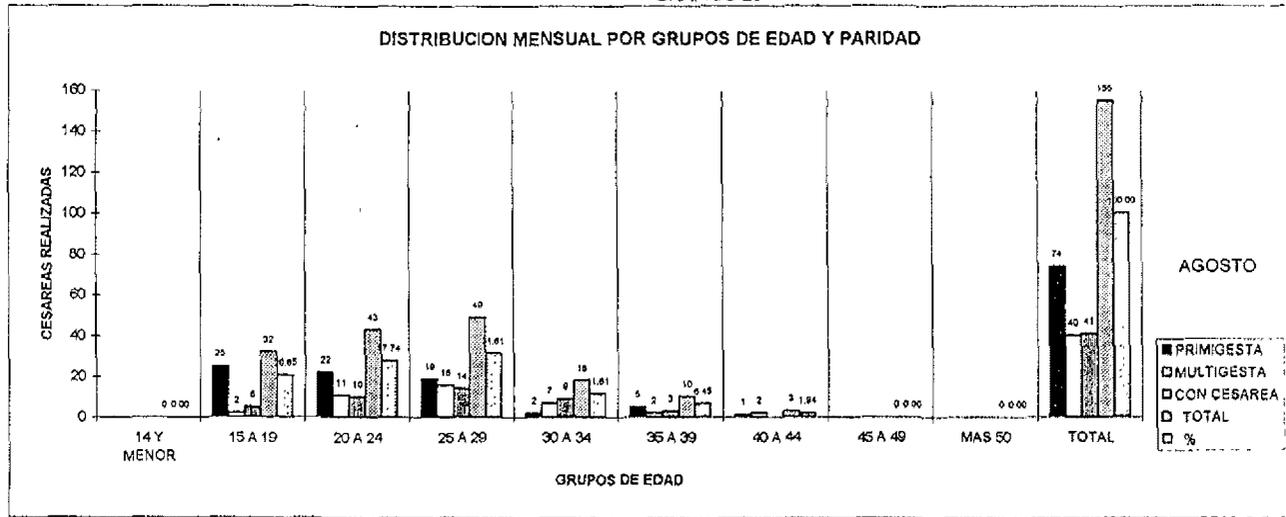
TABLA 11

MES AGOSTO

	14 Y MENOR	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	MAS 50	TOTAL
PRIMIGESTA		25	22	19	2	5	1			74
MULTIGESTA		2	11	16	7	2	2			40
CON CESAREA		5	10	14	9	3				41
TOTAL	0	32	43	49	18	10	3	0	0	155
%	0,00	20,65	27,74	31,81	11,61	6,45	1,94	0,00	0,00	100,00

TOTAL CESAREAS 155

GRAFICO 23



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM. 98-99

TABLA 12

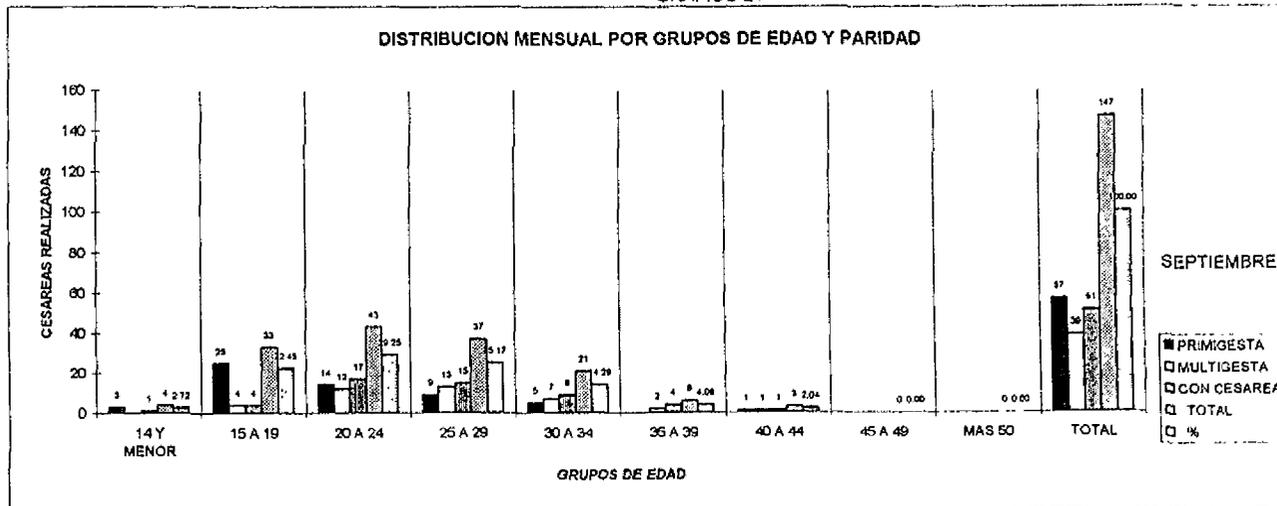
MES SEPTIEMBRE

	14 Y MENOR	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	MAS 50	TOTAL
PRIMIGESTA	3	25	14	9	5		1			57
MULTIGESTA		4	12	13	7	2	1			39
CON CESAREA	1	4	17	15	9	4	1			51
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>43</b>	<b>37</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>147</b>
<b>%</b>	<b>2.72</b>	<b>22.45</b>	<b>29.25</b>	<b>25.17</b>	<b>14.29</b>	<b>4.08</b>	<b>2.04</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>100.00</b>

TOTAL CESAREAS

147

GRAFICO 24



**ESTA TESTIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA**

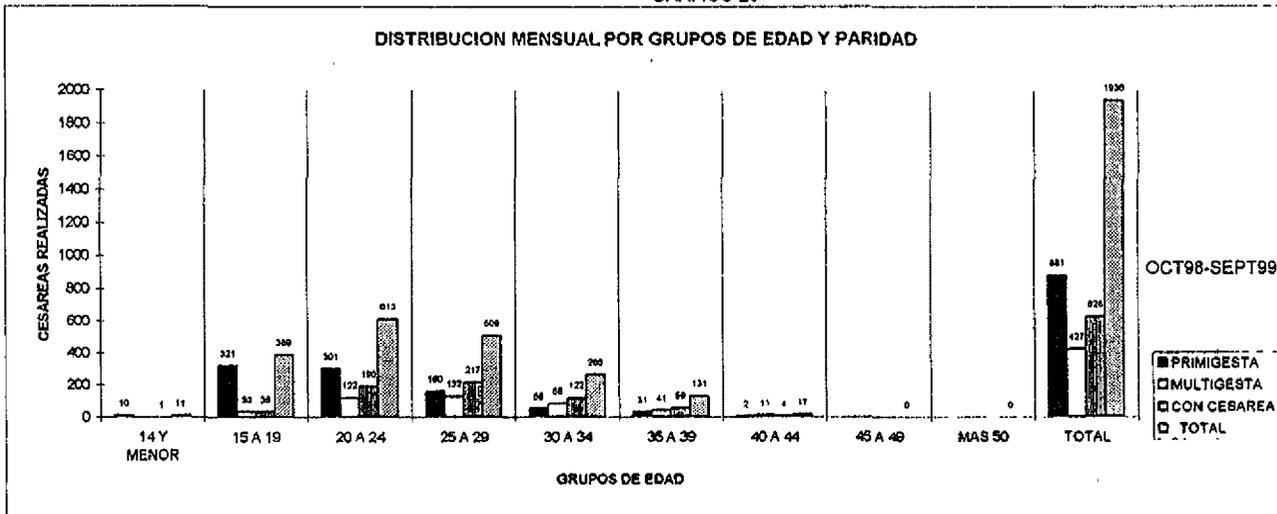
FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM 98-99

TABLA 13

MES	TOTAL OCT 98 - SEPT 99.									
	14 Y MENOR	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 A 49	MAS 50	TOTAL
PRIMIGESTA	10	321	301	160	56	31	2			881
MULTIGESTA		33	122	132	88	41	11			427
CON CESAREÁ	1	35	190	217	122	59	4			628
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>389</b>	<b>613</b>	<b>509</b>	<b>266</b>	<b>131</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1936</b>
<b>%</b>	<b>0.57</b>	<b>20.09</b>	<b>31.66</b>	<b>26.29</b>	<b>13.74</b>	<b>6.77</b>	<b>0.88</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>100.00</b>

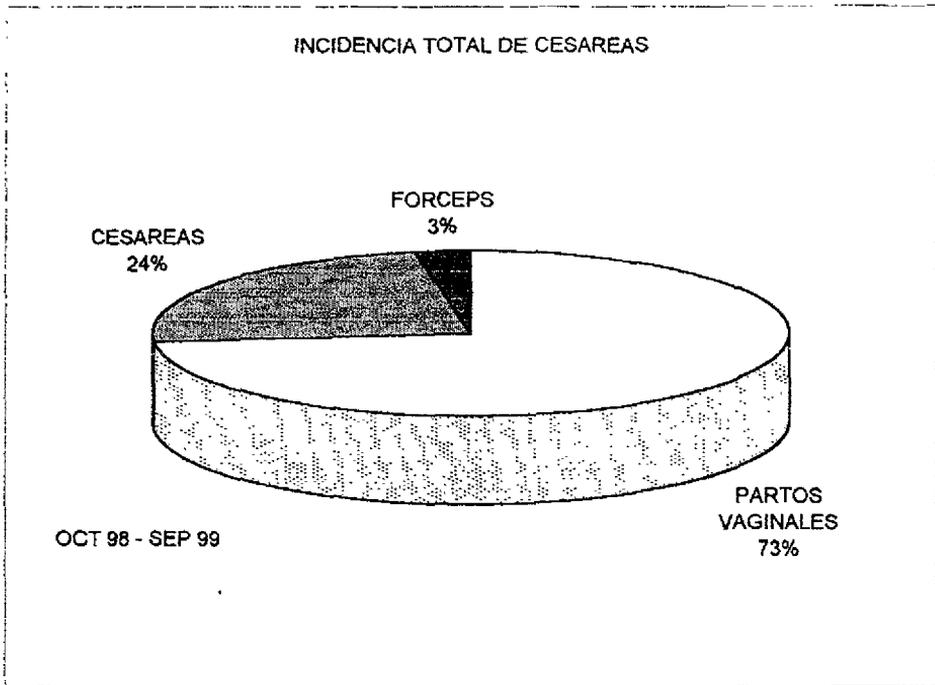
TOTAL CESAREAS 1936

GRAFICO 25



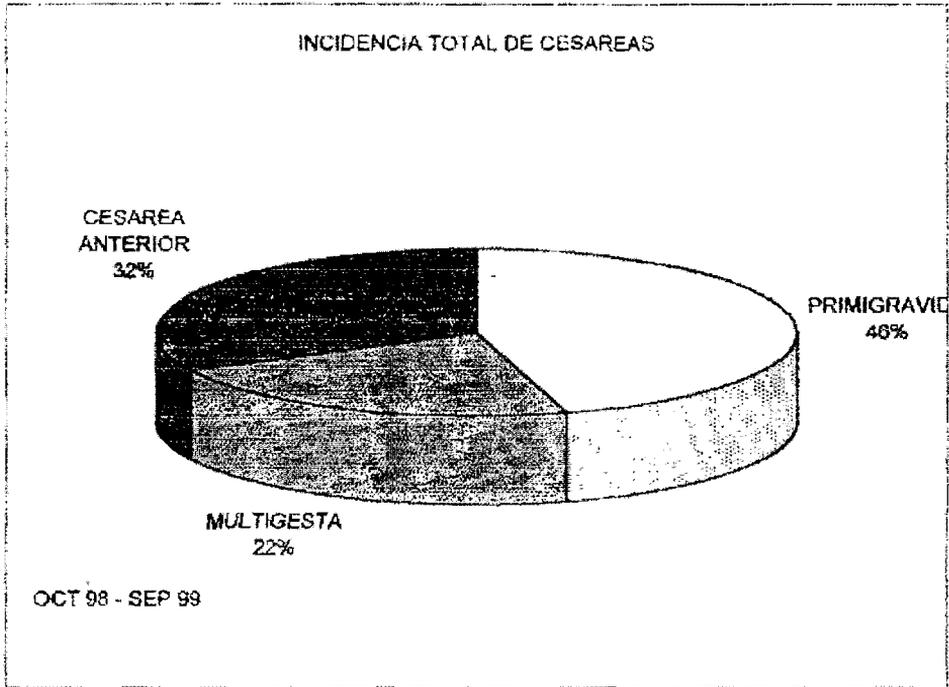
FUENTE: Registros estadísticos de Ginec Obstetricia, U.112, HGM. 98-99

GRAFICO 26



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM. 1998 - 1999.

GRAFICO 27



FUENTE: Registros estadísticos de Ginecoobstetricia, U.112, HGM. 1998 - 1999.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ruiz V., La operación Cesárea. 1971, La prensa Médica Mexicana.
2. National institutes of Health Consensu Development Statement on Cesarean Childbirth, Am.J Obstet Gynecol, 1981, 56, 149-152.
3. Anderson G.M. Determinants of increasing Cesarean birth rate, N. Eng J Med, 1984, 311, 887-892.
4. Pearse W.H., To section or not section, Am J Public Health, 1983, 73, 843-844.
5. Mintz, Cesarean secvtion for fetal distress, Am J Obstet Gynecol, 1960, 79, 224.
6. Bobadilla J.L., Early Neonatal mortality and Cesarean Delivery in México City, Am. J Obstet Gynecol, 1991, 164, 22-28.
7. Dillon W.T. Obstetric care and Cesarean birth rates ; a program to monitor Quality of care, Obstet & Gynecol , 1992, 80 (5), 731-737.
8. Nutzon F.C. Cesarean Section delivery in the 1980's, International comparision by indication, Am J Obstet Gynecol, 1994, 170, 495-504.
9. Popov J.B., Operación Cesarea en primerizas de edad avanzada, Ginec Obstet Mex, 1989, 57.
10. Gordon D., Advanced maternal age as risk factor for cesarean delivery, Obst Gynecol, 1991, 77, 498-503.
11. Malloy M.H., Increasing cesarean section rates in very low-birth weight infants, JAMA , 1989, 262, 1475-78.
12. Handa N.I. Active Phase arrest in labor : Predictors of cesarean delivery in nulliparous population, Obstet Gynecol, 1993, 81,758-763.
13. Agüero, Cesarea anterior y Parto Vaginal, Rev Obst Gin Venez, 1992, 52(3), 135-139.
14. Castillo J.D., Vía del parto en pacientes con antecedentes de Cesárea, Rev. Colom., Obstet Ginecol, 1992, XI (1), 65-82.
15. Rosen M.C. Vaginal Birth after Cesarean : A meta analysis of morbidity and mortality, Obstet Gynecol, 1991, 77, 465-468.
16. Becley S., Scar rupture in labour after previous lower uterine activity mesurements, B J Obstet Gynecol 1991, 98, 205-269.
17. Combs C.A. Factors asociates whith hemorrhage in cesarean dliveries, Obstet Gynecol, 1991, 77, 77-82.
18. Schwarcz R.L. Obstetricia, El Ateneo, México, 1988, p88.

1. Pritchard J.A., Williams Obstetricia, Salvat, México, 1990, p.841-859.
2. ELAC, OPS/OMS, Investigación clínica aleatorizada multicéntrica, Mayo 1998.
3. Scott J.R., Obstetricia y Ginecología de Danforth, 6ta.edición (31) 673-692.
4. Flamm B.L., Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor : a prospective multicenter study. Obstet Gynecol 1994, 83, 927-932.
5. Myers S.A. A successful program to lower cesarean-section rates. N Eng J Med 1988, 319, 1511-1516.
6. Notzon F.C., International differences in the use of obstetric interventions. JAMA 1990, 263, 3286-3291.
7. Phelan J. Twice a cesarean, always a cesarean ?. Obstet Gynecol 1989, 73, 161-165.
8. Sandmire H.F., A Guest editorial : Every Obstetric department should have a cesarean birth monitor. Obstet Gynecol Surv, 1996, 51 :703-704.
9. Shearer E. Cesarean section : Medical Benefits and costs. Soc Sci Med 1993, 37,1223-1231.
10. Treffers P.E., The rising trend for cesarean birth. BMJ 1993, 307, 1017-1018.
11. Sánchez Ramos L., Reducing cesarean section at a teaching hospital. Am J Obstet Gynecol 1990, 83, 927-932.
12. Registros Estadísticos de Ginecoobstetricia U.112. Hospital General de México, Oct 98- Sept 99.
13. Beck W.W.Jr. Obstetrics and Gynecology, NMS, 1989, 17),177-183.