

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

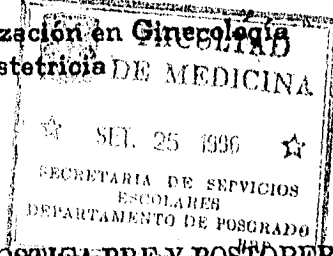
159

FACULTAD DE MEDICINA

2y

División de Estudios Superiores
Hospital General de México

Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia DE MEDICINA



CORRELACION DIAGNOSTICA PRE Y POSTOPERATORIA DE LA OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

Dra. Rosalinda Verde Guzmán

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

MEXICO, D.F.



DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION CIENTIFICA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



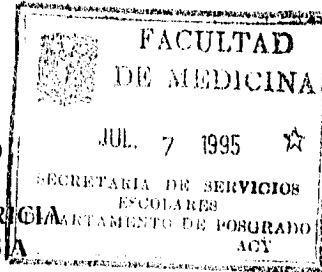
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

[Handwritten signature]
DR. ANTONIO CARRILLO GALINDO
JEFE DE SERVICIO
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO S.S.A



DR. ANTONIO GUERRERO HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO
DE POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

[Handwritten signature]
DR. ARMANDO VALLE GAY
JEFE DE ENSEÑANZA DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO S.S.A

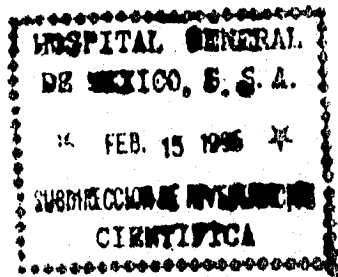
ASESOR DE TESIS:

[Handwritten signature]
DR. ARMANDO MONTAÑO HIZCANGA
PROFESOR ADJUNTO AL CURSO UNIVERSITARIO
DE POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

[Handwritten signature]
DR. OCTAVIO AMANCIO CHASSIN
JEFE DE SERVICIO DE INVESTIGACIÓN
CLÍNICA HOSPITALARIA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO S.S.A

Unidad de Epidemiología Clínica
FACULTAD DE MEDICINA, U. N. A. M.
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, S. S.

ESTA TESIS FUE REGISTRADA Y REVISADA EN LA UNIDAD DE
EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA.
DISEÑO Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN .
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE LA SECRETARIA DE
SALUD.
CLAVE : DIC/94/503/01/72



**A mi Madre,
por su comprensión y cariño
que me ayudaron a lograr
esta meta.**

**A mi Tía, a mis familiares,
por su gran apoyo y consejos
para seguir adelante.**

**A Lys,
mi amiga y compañera
que con su apoyo y cariño
me fortalecieron en cada
momento.**

Al Hospital General de México.

**A los pacientes,
porque gracias a ellos logré
mi formación como especialista.**

**A mis Maestros,
por brindarme su enseñanza,
sus experiencias y sus consejos.**

**Al Dr. Antonio Carrillo Galindo,
por darme la oportunidad de
formarme como especialista.**

**Al Dr. Eduardo Motta Martínez,
mi maestro, pero sobre todo
mi amigo, y que gracias a sus
consejos logré mi superación.**

**Al Dr. Miguel Villa Guerrero,
por su amistad y cariño.**

**A mis compañeros,
por los momentos compartidos.**

CONTENIDO

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	11
MATERIAL Y MÉTODOS	12
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIÓN	23
ANEXOS	24
BIBLIOGRAFÍA	27

RESUMEN

En México la frecuencia de Operación Cesárea ha aumentado gradualmente, alcanzando hasta 40 por ciento, en relación al parto vaginal.

Con el propósito de conocer la frecuencia de indicaciones y su correlación con los resultados, tanto en la intervención como en la evaluación neonatal, se encuestó prospectivamente a 1019 pacientes que ingresaron a la Unidad de Ginecoobstetricia, en el periodo comprendido de junio a noviembre de 1994, en trabajo de parto y que a su ingreso se indicó parto eutócico o cesárea.

Las pacientes se clasificaron en cuatro grupos: grupo I, pacientes que se pronosticó y se obtuvo parto eutócico, grupo II : pacientes que ingresaron para cesárea y la vía de resolución fue cesárea, grupo III: pacientes que ingresaron para parto y la vía de resolución fue cesárea y grupo IV: pacientes que ingresaron para cesárea y que la vía final fue parto vaginal. Se obtuvo una frecuencia de partos vaginales de 74.6% (761 pacientes) y 25.3% de operación cesárea (258 pacientes).

Las tres principales indicaciones de cesárea fueron: desproporción cefalopélvica con 34.4%, presentación pélvica 14.7% y cesárea iterativa en 12.7%.

En el 16.6% de las pacientes intervenidas, no se encontró correlación entre las indicaciones y los resultados postoperatorios, la correlación negativa más frecuente fue la desproporción cefalopélvica (58.1%), seguida de sufrimiento fetal agudo (23.2%) macrosomía fetal (11.6%) y trabajo de parto prolongado (6.9%).

La falta de correlación entre el diagnóstico inicial y final es principalmente por que se trata de un diagnóstico clínico basado en la experiencia médica.

Es importante implementar medidas que mejoren el diagnóstico preoperatorio, sobre todo por los médicos en formación y que exista una supervisión por los médicos con mayor experiencia clínica para disminuir su frecuencia.

INTRODUCCIÓN

La Operación Cesárea es quizá la más antigua de las operaciones, tan útil y necesaria en la actualidad, ha pasado por ensayos interesantes a través de su evolución para su perfeccionamiento día tras día, para llegar a la que conocemos hoy (1).

La palabra Cesárea proviene del verbo latino Caedere que significa cortar y a los fetos extraído de ésta forma se les llama caesones o caesares. La denominación de "Operación Cesárea " fue otorgada por Plinio el viejo, en el libro VII de su Historia Natural, posteriormente Francois Rousset en 1581 denominó a ésta operación como Cesárea en su monografía acerca de esta intervención (1).

La operación Cesárea fue practicada desde los tiempos más remotos, el llamado " parto inmaculado" era un honor y un gran auguro reservado a los héroes y dioses, Indra, el más elevado de los dioses hindúes, se negó a parir por vía vaginal, tal como se describe en el Rig Veda, el libro más antiguo de la India. En el libro sagrado de Jagur Veda se aconseja desde varios siglos antes de Cristo, extraer al feto del vientre de la mujer embarazada muerta cuando haya señales de que esté vivo. En Persia, se relata que la primera operación cesárea se hizo en una mujer toxémica con producto macrosómico. Por esta vía nacieron varios personajes de la historia y mitología: como Rustem, Wolsung, Dionisios, Asclepios y Esculapio. El historiador Hofschlager describió que la operación cesárea era practicada en tiempos prehistóricos. En el papiro egipcio Kahum del año 2160 antes de Cristo hay referencias de que dicha operación la practicaban mujeres cirujanas. Los hebreos la practicaban en mujeres muerta, animales y en mujeres vivas. En Roma no se asegura la práctica de la operación en mujeres vivas. Tampoco existen datos acerca de la operación cesárea en mujer viva en los primeros años del cristianismo, hasta el año 1250 en que Paulo, obispo de España, hizo una operación cesárea a la esposa de un senador para extraer un feto muerto . A principios del siglo XVI Guy de Chauliac, fue el primero en hacer indicaciones de la posición y la incisión. En el año de 1500 se tienen los primeros datos de la primera operación cesárea en mujer viva con éxito, el carnicero Jacob Neuffer, en Suiza, abrió el vientre de su esposa y obtuvo un niño vivo. En 1581 fue publicada en París la primera monografía acerca de la operación cesárea, en donde se señalaban indicaciones como: fetos

gigantes y monstruosos, gemelares, malposiciones y estrecheces pélvicas y del canal blando. Rouseet señalaba que la vejiga debía estar vacía durante la intervención para no ser lesionada, recomendaba la incisión paramedia y aconsejaba no suturar el útero, permaneciendo este falso concepto por tres siglos. A finales del siglo XIX se marcó la época brillante de la operación por avances de la tecnología, la sutura del útero, la anestesia. En 1733, el obstetra español Diego Mateo Zapata, describió el primer documento de una mujer que tuvo cesárea y posteriormente un parto vaginal, a mediados del siglo XVIII Alcalá describe la situación transversa como indicación, en 1736 Hunter, tocólogo inglés propuso que la incisión uterina se hiciera en el segmento inferior. En esa época también se llegó a fundar una escuela anticesárea acusando de criminales y antropófagos a los que la practicaban. En 1806 Gottfried recomendaba mediante operación abdominovaginal abrir el abdomen, la vagina y el hocico de tenca, en 1809 Michaelis proponía extirpar el útero durante la intervención para evitar la infección.

La primera histerectomía cesárea, aunque sin éxito fue llevada a cabo por Horatio Robinson en 1868. En general los primeros años del siglo XIX se caracterizaron por el aumento de cesáreas en mujeres vivas, sin embargo con una mortalidad de 80 a 95 %. En 1805, Physick propuso la técnica extraperitoneal. En 1876 Edoardo Porro realiza la primera cesárea histerectomía con sobrevida de la madre y del feto.

En 1882, Keherer propuso hacer una sutura uterina doble en muscular y peritoneal con seda fenicada, en ese mismo año Sanger aconsejó la disección y aposición del peritoneo con surgete seroseroso a la Lambert con seda fenicada y alambre de plata. En 1881 Keherer realizó la primera cesárea segmentaria.

En México la historia de la operación cesárea ha seguido una secuencia similar a la de Europa a partir del Renacimiento. No hay constancia de la práctica de esta intervención antes de la llegada de los españoles. Los primeros informes aparecen hasta el siglo XVIII y son únicamente postmortem. En 1779 se realizó la primera operación postmortem en el nuevo mundo. La primera operación en mujer viva fue realizada en Monterrey por los médicos J.B. y J.H. Mears. En 1884 se realiza la primera cesárea histerectomía en nuestro país, por Juan María Rodríguez ayudado por los doctores Vertiz, Capetillo, Lavista, Liceaga y Andrade.

En 1926 el doctor Clemente Robles realiza la primera cesárea segmentaria transperitoneal en el Hospital Juárez, y el uso de esta intervención fue pregonada e impuesta por el Hospital de Ginecoobstetricia No. 1 del IMSS (1).

Debido al aumento de los conocimientos médicos y quirúrgicos la frecuencia de la cesárea ha ido en aumento, para lo cual también contribuyen el aumento en el número de indicaciones. Las causas específicas de que el índice de cesáreas vaya en aumento son: distocias, cesáreas repetidas, presentación pélvica y sufrimiento fetal (2). Otros factores que contribuyen de igual manera son: mayor precisión tecnológica para el diagnóstico de sufrimiento fetal, el efecto que produce la exposición de Craign que dice " después de cesárea siempre cesárea "(3,4), fracasos elevados de la inducción del parto y la práctica de la obstetricia defensiva (5), Pineda menciona la disponibilidad de recursos técnicos más eficaces para detectar complicaciones durante la gestación y el trabajo de parto, abandono de maniobras obstétricas tradicionales potencialmente lesivas para la madre o el feto, acentuada declinación en el uso de fórceps, presiones sociales para demandar menos muertes fetales y neonatales, y productos en mejores condiciones de sobrevivencia, cambios en los esquemas de enseñanza de la obstetricia a los médicos especialistas en formación, que propician la práctica de la intervención y reducción marcada de la mortalidad materna y mejoría de las técnicas quirúrgica para disminuir las complicaciones de la operación cesárea, lo que favorece la liberalidad de las indicaciones (24).

Castelazo Ayala manifiesta que la frecuencia de operación cesárea va en aumento por factores como: aumento de la atención de pacientes obstétricas en los hospitales, existencia de bancos de sangre, uso de bacteriostáticos y antibióticos, un mayor respeto a la vida fetal del que se tenía en épocas anteriores, aumento de la vigilancia prenatal continua, aumento de los especialistas en los servicios hospitalarios, además de otros factores que principalmente se aplican a la práctica privada, como presión familiar, temor de perder el prestigio y la remuneración económica (6).

En países como Noruega, Escocia, y Estados Unidos, las causas más frecuentes son Cesárea previa y sufrimiento fetal (7). En Estados Unidos la incidencia de operación cesárea se ha cuadruplicado de 1970 a 1988 de 5.5 por ciento a 24.7 por ciento y mediante la realización de campañas

para reducir esta incidencia se logró disminuir sólo 22.7 por ciento en 1990 (8).

En nuestro país la frecuencia de la operación también ha venido aumentando gradualmente. Así desde el informe de Alfaro de la Vega hecho en 1952 que comprendía 15 años de estudio, de 1936 a 1950 en el Hospital General de México y que informaba una frecuencia de tan sólo 0.86 por ciento, fueron pasando por el 1.08 por ciento señalado por Marván, Alfaro de la Vega, López de Nava, Castelazo Ayala y Fraguero, el 1.7 por ciento recopilado por Icaza en 1947 a 1960, el 2.3 de Castelazo Ayala, Espinoza de los Reyes y Reyes Ceja, de 1948 a 1956, con un 3.4 por ciento en los últimos años, el 4.5 por ciento Karchmer, Vargas López, Arao y Ramírez Soto en 1963; hasta los actuales que van del 5 al 7 por ciento y que Ruiz Velasco, Espinoza de los Reyes y Saldaña comunicaron en 1969 (1,9,10). En 1986 se reportó una frecuencia de 36.7 por ciento (10,11), aunque posteriormente se observó un descenso a 27 por ciento en 1991, reportado por Panduro en Guadalajara, encontrando además que la indicación más frecuente fue la desproporción cefalopélvica con 28.8 por ciento, seguida de la iterativa con 12 por ciento (11), tabla I.

Las indicaciones han tenido su evolución a través del tiempo: en general la evolución de la indicación siguió paralelamente a los éxitos de la misma. En un principio se indicaba por razones casi siempre religiosas en la mujer muerta y como resolución de un caso sin posibilidad de manejo por vía vaginal, con una sola indicación, la estrechez extrema de la pelvis, cuando el conjugado verdadero medía menos de 6 cm, y no permitía ni la salida del producto, ni la entrada de la mano del obstetra para sacrificar al feto, posteriormente fueron agregando otras indicaciones. En el año de 1788, Lauverjat propuso practicar la cesárea en la eclampsia, se fueron incluyendo los casos de placenta previa por Robert Lawson en 1890, el desprendimiento de placenta, el peligro de ruptura uterina y ya en este siglo las malposiciones fetales, la infección y el prolapso del cordón. Después de la segunda guerra mundial, al contar ya con mejores anestésicos, transfusiones, antibióticos, etc. se fueron agregando indicaciones por causas extrañas a la patología obstétrica como: salvaguardar la vida de un producto valioso, en la primigesta añosa, por operación uterina previa, posterior a operaciones del canal blando del parto, hasta llegar al exceso de realizarla por razones no aconsejables

como para efectuar al mismo tiempo la esterilización, por miedo al parto, es decir a llegar al abuso de las indicaciones (1).

Se ha incrementado el número de indicaciones en relación a años pasados como la primiparidad en pacientes añosas cuyo aumento se asocia principalmente con patología como esterilidad con 42.8 por ciento, toxemia 11.4 por ciento, y otras como diabetes, distocias y desproporción cefalopélvica con 8.57 por ciento (12,13). Otra indicación en aumento es el retardo en el crecimiento intrauterino o productos de bajo peso, comprobándose que si existe disminución de la mortalidad fetal por riesgo de hemorragia intraventricular, mediante la operación cesárea (14,15).

Handa, refiere que el aumento de la operación cesárea en pacientes nulíparas se asocia a detención de la fase activa del trabajo de parto, secundaria a desproporción cefalopélvica en 75 por ciento (16).

En cuanto a la indicación de cesárea previa existen numerosos estudios de parto vaginal después de cesárea, mediante conducción con oxitocina y analgesia. En Venezuela, Agüero reportó 311 partos vaginales después de una o más cesáreas previas con sólo 0.6 por ciento de ruptura uterina y ninguna muerte materna o fetal (17). En Colombia, Castillo mediante un estudio retrospectivo encontró 42.6 por ciento de partos vaginales después de cesárea con 3.8 por ciento de ruptura uterina (18). Rosen en Nueva York encontró sólo 2 por ciento de ruptura uterina en partos vaginales después de cesárea (19). Sin embargo el índice de ruptura uterina más elevado fue reportado por Beckley en 1991 del 12 por ciento (20).

Con respecto a las complicaciones se ha llegado a pensar que la operación cesárea es una intervención sin peligros, tanto para la madre como para el producto, sin embargo al igual que cualquier acto quirúrgico lleva un peligro intrínseco (anestésicos, hemorrágicos, anafilácticos) capaces de producir morbimortalidad, aunado a lo anterior el proceso por el cual se indica la cesárea puede por si mismo causar complicaciones o incluso la muerte. Por lo anterior las mujeres sometidas a una operación cesárea pueden presentar complicaciones ocasionalmente mortales, que hay que tener en mente cuando se intenta efectuar una operación de este tipo y nunca asegurar que el binomio madre feto saldrá totalmente indemne de la intervención. La mortalidad todavía hasta mediados del siglo pasado era del 100 por ciento y para finales era del 25 por ciento, para 1910 era

de 9 y 10 por ciento, en 1928 del 4.2 por ciento, en 1941 del 3.2 por ciento y de 1948 a 1956 sólo reportó una mortalidad del 1.25 por ciento. Posteriormente en 1977 de 0.4 por ciento con tendencia a descender año con año. En la actualidad la mortalidad materna varía de 0.04 al 1 por ciento, es decir se muere una paciente por cada 250 operaciones, según Clayde la pérdida de una paciente depende de factores como: operación mal indicada, técnica defectuosa, sitio no adecuado, intervención realizada tardíamente y operación realizada en pacientes de alto riesgo. Las principales causas de mortalidad son: eclampsia, infección, complicaciones de la anestesia, choque anafiláctico, hemorragia y cardiopatía (1,21), así como mayor estancia hospitalaria (22).

La morbilidad materna actualmente varía del 8 al 46 por ciento y las principales causas son: infección, dehiscencia de pared, endometritis, fiebre de origen no determinado, íleo paralítico, infección urinaria, peritonitis pélvica, infección respiratoria, eventración, tromboflebitis, hipotonía uterina, y otras menos frecuentes (1,22).

La mortalidad fetal tiene una frecuencia que varía de 2 a 15 por ciento y son principalmente las que aparecen a pesar de la intervención, más raramente las causadas por la intervención, mencionando algunas de ellas como: inmadurez orgánica, atelectasia pulmonar, broncoaspiración, hemorragia cerebral, insuficiencia respiratoria, hipoxia cerebral (1).

La morbilidad está condicionada principalmente por el riesgo de prematuridad (más del 11 por ciento) y tiene una frecuencia de 10 a 25 por ciento, observando principalmente síndrome respiratorio, lesiones neurológicas y las propias de la intervención como son traumatismos (heridas, fracturas, luxaciones, elongaciones nerviosas) (1).

En el Hospital General de México durante el año de 1993, se tuvo un total de 6958 nacimientos, de los cuales 5110 fueron partos eutócicos y 1848 fueron por operación cesárea, lo cual nos da un índice de 22.2 por ciento, cifra menor que la reportada en la literatura y cuya indicación más frecuente fue la desproporción cefalopélvica (25).

Mediante este estudio se pretende demostrar que existe un número importante de operación cesárea cuya indicación es principalmente subjetiva, y así poder hacer énfasis al personal médico en la realización de

diagnósticos más certeros, otorgar la oportunidad de parto vaginal en pacientes con cesárea previa sin ninguna contraindicación.

Con lo anterior el objetivo principal es disminuir el índice de morbilidad, principalmente materna que conlleva esta intervención quirúrgica.

JUSTIFICACIÓN

La incidencia actual de Operación Cesárea referida en la literatura oscila de 22 a 27 por ciento y está en relación al aumento de las indicaciones que incluso ya no son principalmente obstétricas, estas cifras tienden al aumento progresivo.

Se han realizado estudios acerca de la incidencia de la operación cesárea en este hospital, reportando además las características de las pacientes a las que se les realiza esta intervención, sin embargo no se ha realizado una correlación entre las indicaciones de estas intervenciones y los resultados observados tanto en la intervención quirúrgica como en la evaluación neonatal, para conocer si existe dicha correlación y conocer así el porcentaje de operación cesárea que no tienen justificación para ser realizadas.

Al conocer la incidencia de cesáreas cuya indicación no es corroborada, se hará énfasis en la realización de diagnóstico más certero, ya que este implica criterio médico, experiencia y sobre todo una segunda opinión por otro médico. Con esto podemos así evitar el aumento en el porcentaje de nacimientos mediante operación cesárea, ya que esta intervención aumenta la morbimortalidad materna principalmente, y es un indicador de la calidad de atención de nuestro hospital.

OBJETIVOS

- a) **Determinar el índice de cesáreas realizadas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de México.**
- b) **Observar cuáles son las indicaciones de operación cesárea más frecuentes en este hospital.**
- c) **Conocer el porcentaje de correlación negativa en los diagnósticos en cuanto a la vía de resolución del embarazo**
- d) **Determinar cuáles son los factores que influyen en la realización de operación cesárea, cuya indicación no es corroborada.**

MATERIAL Y MÉTODOS

Mediante un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional, se estudiaron 1019 pacientes en trabajo de parto o con indicación de interrupción del embarazo por vía vaginal o abdominal, durante el periodo comprendido de junio a noviembre de 1994, que ingresaron al servicio de Admisión de la Unidad de Ginecoobstetricia del Hospital General de México.

Se incluyó en cada expediente de ingreso una hoja de recolección de datos realizada por CLAP-OPS/OMS, en donde se incluían datos como: edad, número de gestaciones, partos, cesáreas y abortos, la edad gestacional, si el trabajo de parto estaba establecido, si era espontáneo o inducido, las horas de trabajo de parto previo a su ingreso, la presentación, altura de la presentación, dilatación cervical, membranas, frecuencia cardíaca fetal, el nombre, la edad, el número de expediente y el número de serie, en el caso de las pacientes que ingresaban para parto, en el caso de las que ingresaban para cesárea o que en su estancia intrahospitalaria se indicó esta, se recabaron los mismos datos, más la indicación de la cesárea, fecha y hora de indicación, médico que indicó y que revisó y los datos según la indicación. En la parte posterior de la hoja se recolectaron los datos del postoperatorio o posparto, tipo de intervención, anestesia, complicaciones transoperatorias, datos del postoperatorio y datos del producto como peso, apgar, edad gestacional, alteraciones o malformaciones concomitantes.

Las pacientes fueron divididas en cuatro grupos: Grupo I pacientes que ingresaron para parto y terminaron en parto; Grupo II, pacientes con indicación de cesárea y a las que se les realizó cesárea; Grupo III pacientes con ingreso para parto y a las que se les realizó cesárea y Grupo IV pacientes con indicación de ingreso de cesárea, pero que no se realizó esta y la resolución fue por parto vaginal.

Al completar el número de pacientes establecido, se clasificaron las hojas de recolección de datos por grupos, se realizó el conteo las pacientes de cada grupo, así como de los datos contenidos para cada uno de los grupos. Para los dos grupos de pacientes a los que se les realizó operación cesárea se observó la correlación entre las indicaciones y la evaluación postoperatoria y neonatal.

Se utilizó análisis estadístico descriptivo, se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión, así como sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 1019 pacientes sanas, ingresadas con trabajo de parto o con indicación de interrupción del embarazo por vía vaginal o abdominal. Las pacientes se clasificaron en cuatro grupos de acuerdo a la indicación y a la vía de resolución del embarazo (tabla II).

Se tuvo una frecuencia de partos vaginales de 761 pacientes (74.6 %) y 258 pacientes de operación cesárea (25.3 %). Fig.1.

En el grupo I (n = 759), la edad promedio fue de 23.3+/- 5.5 años con un rango de 14 a 43 años. El número de embarazos varió de 1 a 10 con promedio de 2.2 +/- 1.4, y de las cuales 301 (39.6 %) eran primigrávidas y 458 (60.3 %) multigrávidas, la paridad promedio fue de 1.1 +/- 1.3 partos con rango de 1 a 8. De estas pacientes 40 (5.1 %) tenían cesárea previa. La edad gestacional promedio fue de 35.6 +/- 10.8 semanas con un rango de 26 a 43 semanas.

Con respecto al trabajo de parto, 740 (97.5 %) fue espontáneo y 19 (2.5 %) inducido. La presentación cefálica fue la más común, en 752 (99.1 %) y solamente 7 con presentación pélvica. La frecuencia cardíaca fetal fue normal en 750 (98.8 %) pacientes y anormal en 9 (1.2 %).

A su ingreso la mayoría de las pacientes presentaban trabajo de parto con dilatación de más de 5 cm, en 665 (87.6 %) y solamente en 94 (12.3 %) la dilatación fue menor de 5 cm. La integridad de las membranas corioamnióticas predominó en 536 (77.2 %) pacientes y la ruptura espontánea fue en 173 (22.7 %).

El peso promedio de los productos al nacimiento fue de 3042 +/- 466.4 gramos, con peso adecuado para la edad gestacional en 669 (88.1 %) pacientes, bajo para la edad gestacional en 38 (5%) y grande para la edad gestacional en 52 (6.8 %).

El apgar al nacimiento fue normal en 737 (97.1 %) pacientes y anormal en 22 (2.8 %). Se obtuvieron 675 (88.9 %) productos con capurro de término, 27 (3.5 %) de pretérmino y 57 (7.5 %) de postérmino. La edad gestacional promedio fue de 39 +/- 5.2 semanas.

Se aplicaron solamente 29 fórceps (3.8 %), los cuales fueron por periodo expulsivo prolongado o variedad de posición persistente en 16 (55.1 %) y profilácticos en 13 (44.9 %). De los productos obtenidos por fórceps 27 (93.1 %) tuvieron peso adecuado y 2 (6.8 %) fueron macrosómicos. El apgar fue normal en 28 (96.5 %) y anormal pero con recuperación en un producto (3.4 %).

Se detectaron 9 óbitos, desde su ingreso, lo cual fue corroborado al nacimiento.

De los recién nacidos 2 presentaron malformaciones congénitas, uno con hidrocefalia y otro con acondroplasia.

En el grupo II (n = 199), la edad promedio fue de 24.7 +/- 5.7 años, con un rango de 14 a 41 años. El número promedio de embarazos fue de 2.2 +/- 1.3 con rango de 1 a 9 y de las cuales 69 (34.6 %) eran primigestas y 130 (65.4 %) multigestas; 53 (26.6 %) tenían una cesárea previa, 30 (15 %) dos cesáreas previas y 4 (2%), tenían tres cesáreas previas.

De acuerdo al trabajo de parto, 169 (84.9 %) era espontáneo, 24 (12 %) sin trabajo de parto y 6 (3 %) fue inducido . La edad gestacional promedio fue de 37.6 +/- 6.6 semanas con rango de 27 a 43 semanas. La presentación fue cefálica en 151 (75.8 %) pacientes, pélvica en 38 (19 %), 10 (5 %) en situación transversa y 6 (3 %) eran embarazos gemelares.

Las membranas se encontraban íntegras en 160 (80.4 %) pacientes y rotas en 39 (19.5 %).

La cesárea fue indicada principalmente por los residentes de tercer año, en 61 (30.6 %) pacientes, seguida por médico de base en 44 (22.1 %), residentes de segundo año en 43 (21.6 %) y residente de primero sólo 17 (8.5 %), y en 34 (17 %) pacientes no se especificó la categoría del médico que indicó el procedimiento. En la revisión o segunda opinión también predominó el residente de tercer año, realizándola en 36 (61 %) pacientes, seguida de médico de base en 22 (37.2 %) y por residente de segundo año en solo una paciente.

Se realizaron 195 (97.9 %) incisiones abdominales medias y cuatro (2 %) incisiones Pfannestiel. La incisión uterina fue seguentaria arciforme en 197 (98.9 %) casos y corporal en 2 (1 %). La anestesia empleada fue raquídea en 4 pacientes (2%), peridural en 177 (88.9 %) general en 13 (6.5 %) y peridural más general en 5 (2.5 %) pacientes. La intervención fue exclusivamente cesárea en 138 (69.3 %) pacientes, cesárea más salpingoclasia en 60 (30.1 %) y cesárea más histerectomía en 1 paciente , indicada por ruptura uterina por antecedente de dos cesáreas previas.

Se obtuvieron 197 (98.9 %) recién nacidos vivos y dos recién nacidos muertos, los cuales se había diagnosticado al ingreso como sufrimiento fetal agudo.

El peso de los productos fue de 2986 +/- 567 gramos con rango de 1025 a 5420 gramos. El apgar fue normal en 185 (92.9 %) pacientes y anormal con recuperación a los 5 minutos en 14 (7.1 %) pacientes. El capurro promedio al nacimiento fue de 39.3 +/- 1.7 semanas con una variación de 27 a 43 semanas.

En el grupo III (n = 59), la edad promedio fue de 24.1 +/- 5.6 años con rango de 16 a 38 años. El número de embarazos promedio fue de 1.8 +/- 1.3, con rango de 1 a 8 embarazos, de los cuales 32 (54.2 %) eran primigestas y 27 (45.7 %) multigestas, y de estas 11 (18.6 %) tenían antecedente de una cesárea previa.

El trabajo de parto fue espontáneo en 55 (93.2 %) pacientes, inducido en 3 (5%) y sin trabajo de parto solamente una paciente. La edad gestacional promedio fue de 38.6 +/- 5.5 semanas, con un rango de 30 a 43 semanas. La presentación fue cefálica en la mayoría de las pacientes y sólo dos en presentación pélvica. Las membranas estaban íntegras en 43 (72.8 %) pacientes y rotas en 16 (27.1 %) pacientes.

La cesárea fue indicada en la mayoría de los casos , al igual que en el grupo anterior por residentes de tercer año, la cual fue 29 (49.1 %) pacientes, seguida de médico de base en 14 (18.6 %), residente de segundo año en 11 (18.6 %) y por residente de primero solo en una paciente. La revisión o segunda opinión solamente se realizó en 17 (28.7 %) pacientes, y fue por residente d tercer año en 10 (58.8 %) y por médico de base en 7 (41.1 %).

Se realizó incisión abdominal media, al igual que incisión uterina arciforme en todas las pacientes. La anestesia fue peridural en 56 (94.9 %) pacientes, general en 2 (3.3 %) y peridural más general en una paciente. La intervención fue cesárea exclusivamente en 46 (77.9 %) pacientes, cesárea más salpingoclasia en 12 (20.3 %) y cesárea más histerectomía en 1 paciente que presentó atonía uterina.

Se obtuvieron 58 (98.3 %) recién nacidos vivos y 1 muerto , el cual se detectó desde el ingreso y la indicación de la intervención fue por macrosomía fetal.

El peso promedio de los recién nacidos fue de 3261 +/- 5.3 gramos, con un rango de 1710 a 4450 gramos. El apgar fue normal en 54 (91.5 %) pacientes y anormal con recuperación a los 5 minutos en 5 (8.4 %). El capurro al nacimiento fue de 39.4 +/- 5.3 semanas en promedio, con variación de 34.6 a 42.4 semanas.

En cuanto a las indicaciones principales de intervención quirúrgica en los grupos II y III, se observan en la figura 2.

En el grupo IV (n = 2) las edades fueron 27 y 34 años, una primigesta y una multigesta, ambas con trabajo de parto espontáneo, con edad gestacional de 38 y 42 semanas, con frecuencia cardíaca fetal de 150 y 144 y membranas íntegras. La indicación para cesárea fue en una paciente por presentación pélvica y otra desproporción cefalopélvica. Ambas fueron indicadas por residente de primer año y solamente una revisada por médico de base.

En ambas pacientes se tuvo parto vaginal sin complicaciones con productos con peso y apgar adecuados, así como capurro de término. La causa de resolución por parto vaginal con indicación previa de cesárea fue en ambos casos por demora de su ingreso a quirófano.

Las indicaciones de cesárea, no se correlacionaron con los resultados postoperatorios en 43 (16.6 %) pacientes, (fig.3). La indicación más frecuente fue la desproporción cefalopélvica, en 25 (58.1 %) pacientes, en las que se obtuvieron productos con peso de 2200 a 2900 gramos. Por sufrimiento fetal agudo en 10 (23.2 %) pacientes, en los que se obtuvieron 8 recién nacidos con apgar de 7/9 y 8/9 y 2 recién nacidos muertos, a los

que el servicio de pediatría reportó como de varios días de fallecidos . En 5 (11.6 %) pacientes, la indicación fue macrosomía fetal, obteniéndose productos de no más de 3400 gramos y 3 (6.9 %) casos por trabajo de parto prolongado en los que se obtuvieron productos de bajo peso o peso normal y no se encontró alguna causa que justificara la existencia de trabajo de parto prolongado.

Para poder evaluar si la indicación de cesárea es adecuada en el servicio de Ginecoobstetricia de nuestro hospital , se realizó la prueba diagnóstica, obteniendo una sensibilidad del 90 %, lo cual nos indica que el porcentaje de error de acuerdo a la indicación de cesárea es del 10 %.

DISCUSIÓN

La frecuencia de operación cesárea ha ido en aumento a través del tiempo, en países europeos y Estados Unidos la incidencia es hasta 35 por ciento (7,8).

En nuestro país ha aumentado de 0.86 por ciento en 1952, llegando hasta 36.7 por ciento en 1986 y descendiendo a 27 por ciento en 1991 (1,11). En el Hospital General de México se tuvo una frecuencia de 22.2 por ciento en 1993 (25).

En nuestro estudio se obtuvo una frecuencia de 25.3 por ciento de operación cesárea, en un período de cinco meses en 1019 pacientes, cifra ligeramente mayor a la reportada en la literatura de nuestro país y de otros países (7,8).

Las indicaciones de cesárea fueron: desproporción cefalopélvica, presentación pélvica, cesárea iterativa, parto prolongado y sufrimiento fetal agudo, indicaciones semejantes a las reportadas por la literatura (7,11).

La correlación negativa pre y postoperatoria existió solamente en 16.6 % de las intervenciones realizadas. La indicación más frecuente fue la desproporción cefalopélvica, la cual generalmente se diagnostica por valoración clínica, es decir por pelvimetría interna digital, ya que es el método diagnóstico más importante y más utilizado, para proporcionar la medida de los diámetros de la pelvis (26). Actualmente la pelvimetría externa (medición del diámetro de Baudelocque y el rombo de Michaelis) no es utilizada en nuestro hospital, ya que presenta escasa correlación con la pelvimetría interna (26), así como también la radiopelvimetría ha caído en desuso debido a los gastos que presupone, además del potencial de la exposición a rayos X que trae consigo (27).

En nuestro estudio, concluimos, que a pesar de la realización de la pelvimetría interna, se tuvo que el mayor porcentaje de correlación negativa fue, precisamente la desproporción cefalopélvica, por lo que consideramos que esta valoración es muy subjetiva y está correlacionada por la experiencia clínica del médico que la realiza, por el momento del trabajo de parto en que se evalúa, la adecuada posición materna, la talla y

la constitución de la paciente. Así como la segunda opinión y dar siempre la oportunidad de prueba de trabajo de parto a la paciente.

La segunda indicación en frecuencia de las intervenciones en las que no existió correlación fue el sufrimiento fetal agudo, el cual generalmente se detectó por la presencia de bradicardia o taquicardia fetal, que no respondió a las maniobras de reanimación intrauterina (soluciones parenterales, decúbito lateral y oxígeno) , pero que sin embargo no se corroboró con monitorización continua, impide que esto se lleve a cabo en cada una, y por lo tanto es también una evaluación subjetiva por parte de quien la está realizando y que sólo la arritmia y la bradicardia severa deben ser considerados como factores determinantes del diagnóstico (1). Sin embargo debemos agregar que es muy difícil valorar el sufrimiento fetal, sobre todo a posteriori, creyendo que algunas intervenciones son hechas con precipitación por un supuesto sufrimiento fetal (28), Walker realizó un estudio comparando la mortalidad fetal en 700 casos de sufrimiento fetal, 350 de los cuales fueron manejados con intervención inmediata y 350 conservadoramente esperando el parto vaginal, ambos grupos mostraron las mismas cifras de mortalidad perinatal, (29). Cabe mencionar también que no se le da importancia a la amnioscopia y a las características del líquido amniótico (meconio).

Otro motivo que aumenta la frecuencia de operación cesárea por esta indicación, es que algunos consideran como sufrimiento fetal el que se presenta como consecuencia de un problema a su vez capaz de ocasionar una operación cesárea, como el caso de un parto prolongado por desproporción cefalopélvica o consecutivo a una distocia de contracción (1). En nuestro estudio la valoración de la correlación se hizo mediante el apgar al nacimiento.

El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo en la actualidad debe ser apoyado, no solamente en la auscultación clínica con el estetoscopio de Pinard, sino con el registro cardiotocográfico intraparto, la amnioscopia y la gasometría capilar fetal (26).

La tercera indicación fue desproporción cefalopélvica secundaria a macrosomía fetal, y en ella sólo intervino la valoración clínica del peso fetal estimado, la cual fue errónea en muchos de los casos y la causa más importante de esto es no seguir una técnica adecuada para la medición del fondo uterino, la cual debe ser con una cinta métrica de material flexible e

inextensible, desde el pubis hasta el fondo uterino determinado por palpación, el extremo de la cinta se fija en el borde superior del pubis con los dedos de una mano, mientras entre los dedos índice y mayor de la otra mano se desliza la cinta hasta que el borde cubital de esa misma mano alcance el fondo uterino (26). Este factor aunado a que las pacientes tal vez presentaban trabajo de parto prolongado, para lo cual se debió descartar que se tuviera una adecuada conducción de este y realizar supervisión acerca del peso del producto.

La última indicación fue trabajo de parto prolongado, en el cual no existió un tiempo específico para considerarlo (desde 4 a 16 horas). Sin embargo esta indicación realmente es subjetiva, tanto al realizarla como al evaluarla. En nuestro estudio se buscó una causa en el postoperatorio que justificara realmente esta indicación y entre las que podemos mencionar: desproporción cefalopélvica, macrosomía fetal, circular de cordón, presentación deflexionada o compuesta y hubo un porcentaje en el cual no se encontró ninguna de estas causas, por lo que la indicación no tuvo correlación y que se trató de una valoración inadecuada y subjetiva por mala conducción del trabajo de parto y varios elementos que influyen. Handa menciona que el 75 % de las paciente nulíparas presentan detención de la fase activa del trabajo de parto por desproporción cefalopélvica, pero esta no fue la causa en nuestro estudio (16).

Una observación importante es la realización de cesárea en pacientes con cesárea previa, en nuestro estudio no existió esta indicación, sino que estuvo relacionada con otras como la desproporción cefalopélvica. Cuando existió la indicación fue el caso de dos cesáreas previas, es decir cesárea iterativa, en las que muchos de los casos se obtuvieron productos de bajo peso y que cabía la posibilidad de otorgar la oportunidad de un parto vaginal. Sin embargo esto no es válido debido a los riesgos que esto conlleva, no obstante existen estudios que justifican el parto vaginal, después de dos cesáreas previas, encontrando porcentajes variables de la principal complicación, que es, la ruptura uterina, y que van desde el 0.6 hasta el 3.8 por ciento, mencionada por diversos autores (17, 18, 19, 20). Pero en nuestro hospital, esto no está justificado. En nuestro estudio se tuvo una frecuencia de 5.1 por ciento de partos vaginales después de cesárea previa y sólo en un caso existían dos cesáreas previas. Es importante mencionar también, que en el grupo control, es decir, las pacientes a las que se les indicó parto vaginal, hubo 22 casos en los que el

aparar fue bajo al nacimiento y lo cual nos traduce que existía un probable sufrimiento fetal que no fue detectado, y que nos habla de correlación negativa en cuanto a la indicación de parto vaginal.

Con este trabajo se da a conocer la frecuencia de cesáreas innecesarias realizadas en nuestro hospital, de acuerdo al análisis estadístico existe un 21 por ciento de error diagnóstico en la indicación de cesárea, así como en 3 por ciento de error en la indicación de parto vaginal (valor predictivo positivo de 79 % y valor predictivo negativo de 97 % respectivamente). Así mismo podemos concluir que la indicación de cesárea es sensible en un 90 % y específica en 93 % en nuestro hospital.

Creemos que estos resultados no difieren significativamente de las indicaciones de cesárea que se establecen en los principales centros hospitalarios del país y que reflejan un deterioro en la práctica obstétrica en nuestro país, pero que no llega a los niveles que se han alcanzado en otros centros hospitalarios.

En base a lo anterior se invita a los médicos, sobre todo a los que están en formación a la realización de una mejor evaluación clínica de las pacientes, así como buscar siempre la segunda opinión y solicitar apoyo de otros métodos auxiliares de diagnóstico, los médicos con mayor experiencia clínica deben asesorar a los médicos en formación y evitar así que un importante número de pacientes sea sometida al riesgo de este evento quirúrgico.

CONCLUSIONES

- a) El índice de operación cesárea en el Hospital General de México es de 25.3 por ciento, ligeramente mayor en relación al año de 1993 pero menor al reportado en la literatura (35 %)
- b) Las tres principales indicaciones de operación cesárea fueron en orden de frecuencia: desproporción cefalopélvica, presentación pélvica y cesárea iterativa.
- c) El 16.6 % de las cesáreas realizadas no tuvieron correlación entre las indicaciones y los resultados postoperatorios y de las cuales 58.1 % fue por desproporción cefalopélvica, 23.2 % por sufrimiento fetal agudo, 11.6 % por macrosomía fetal y 6.9 % por trabajo de parto prolongado.
- d) Para disminuir los errores diagnósticos en la indicación de operación cesárea se deben tomar en cuenta tres factores: una adecuada valoración clínica (peso y talla maternos, medición de fondo uterino, medición de fondo uterino, estimación real del peso fetal), el apoyo de métodos auxiliares para el diagnóstico (cardiotocografía amnioscopia, gasometría capilar fetal) y por último la segunda opinión de los médicos con mayor experiencia.

ANEXOS

TABLA I
FRECUCENCIA DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN MÉXICO

AÑO	AUTOR	%
1952	Alfaro de la Vega	0.86
1957	Marván, Castelazo Ayala, Fragoso, López de Nava	1.08
1960	Icaza	1.7
1961	Castelazo Ayala, Vargas López, Arao y Ramírez Soto	2.3 a 3.4
1963	Karchmer, Vargas López, Arao y Ramírez Soto	4.5
1969	Ruiz Velasco, Espinoza de los Reyes y Saldaña	5 a 7
1970	Agnero y Aure	4
1986	Puente y cols.	36.7
1991	J.G Panduro	27
1993	Hospital General de México	22.2

TABLA II
CLASIFICACIÓN EN GRUPOS DE LAS PACIENTES DE ACUERDO A LA
INDICACIÓN Y LA VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO

GRUPO	NÚMERO	%
Parto - Parto	759	74.4
Cesárea - Cesárea	199	19.5
Parto - Cesárea	59	5.7
Cesárea - Parto	2	0.2

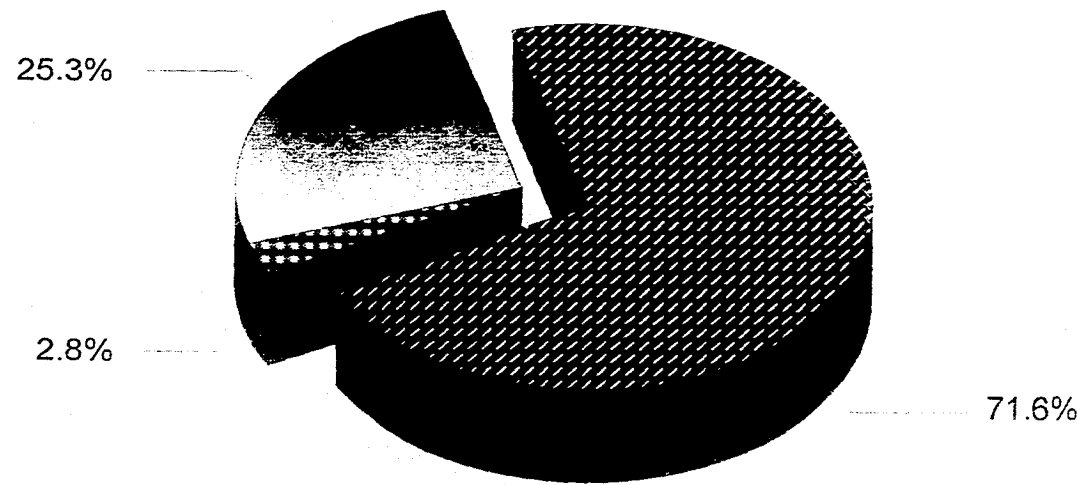


FIGURA 1

VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO
PARTO EUTÓCICO CESÁREA FÓRCEPS

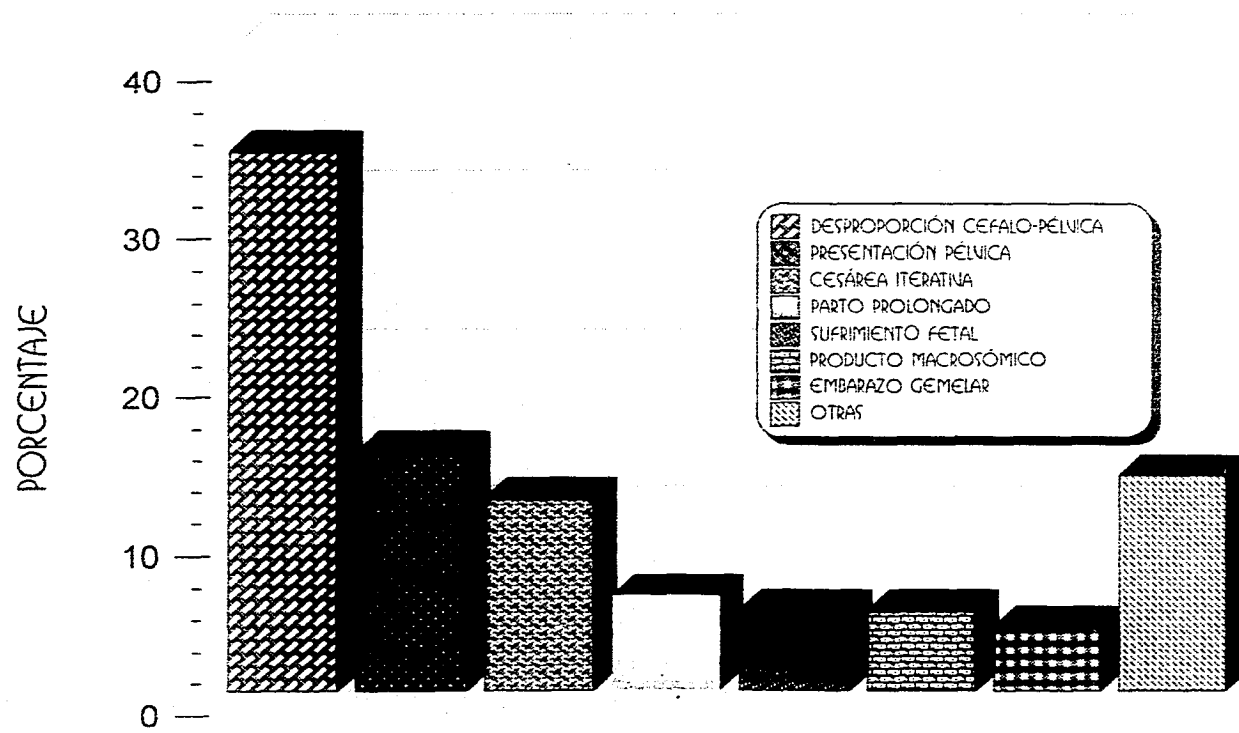


FIGURA 2

PRINCIPALES INDICACIONES DE OPERACIÓN CESÁREA



FIGURA 3

CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO

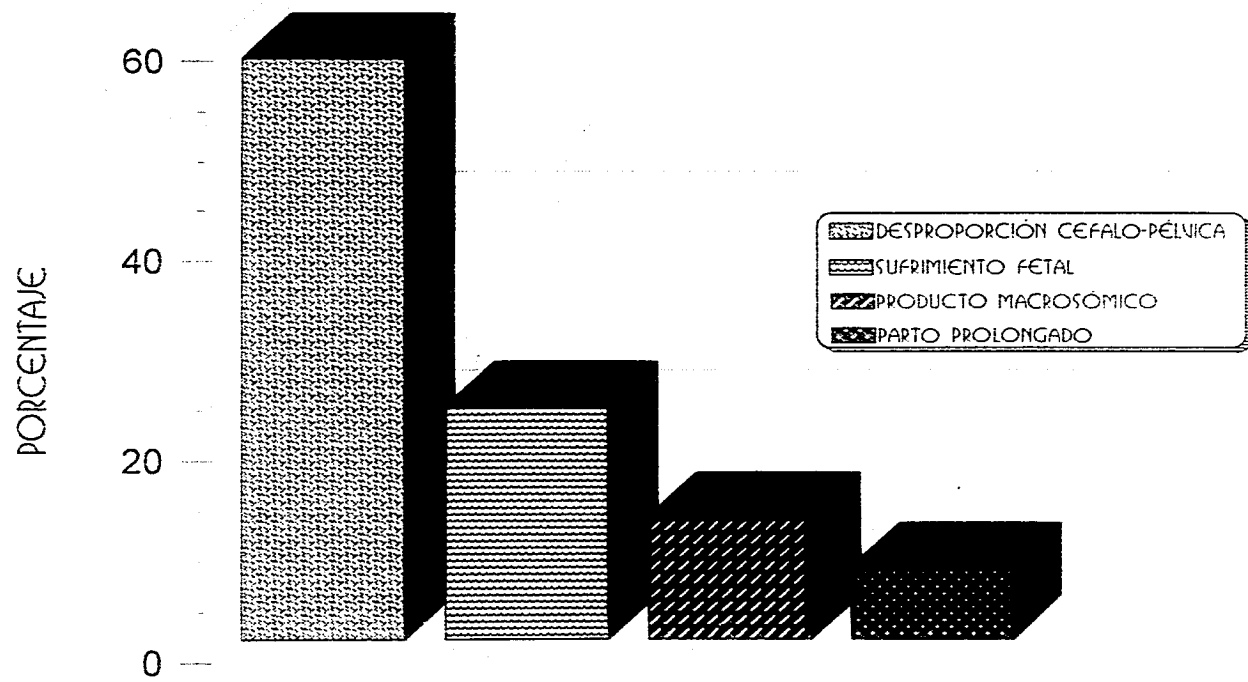


FIGURA 4

TOTAL DE INDICACIONES EN LAS QUE NO EXISTIÓ CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA

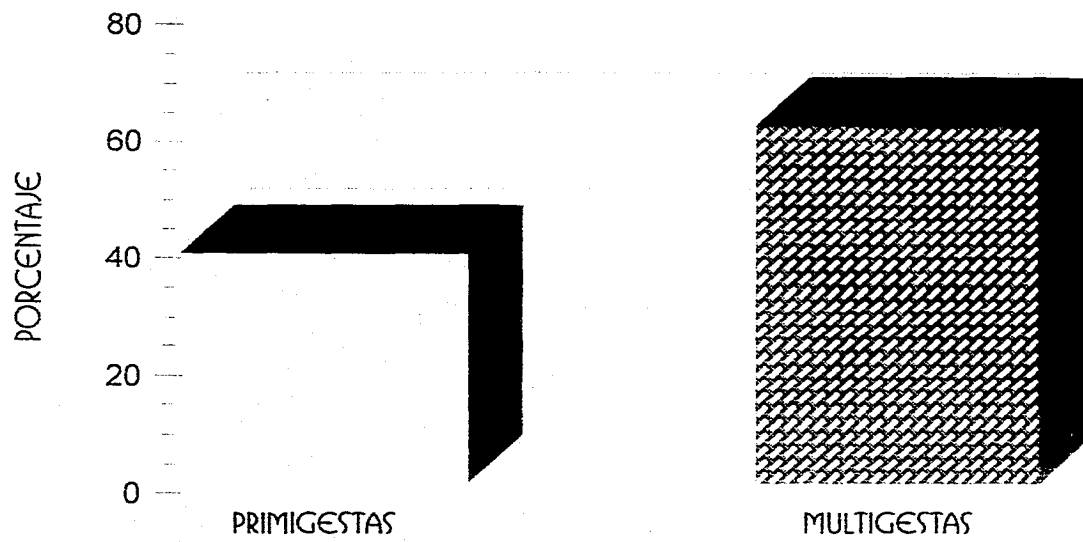


FIGURA 5

PACIENTES A LAS QUE SE LES REALIZÓ
OPERACIÓN CESÁREA

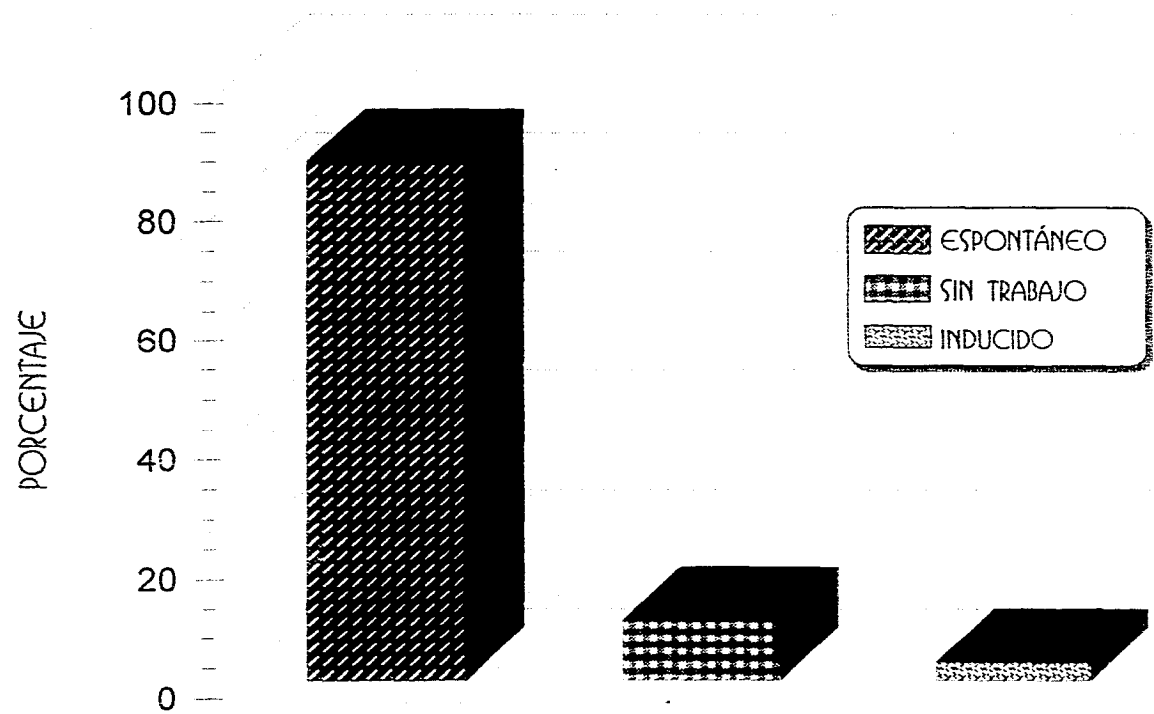


FIGURA 6

TRABAJO DE PARTO EN LAS PACIENTES
A LAS QUE SE LES REALIZÓ OPERACIÓN CESÁREA

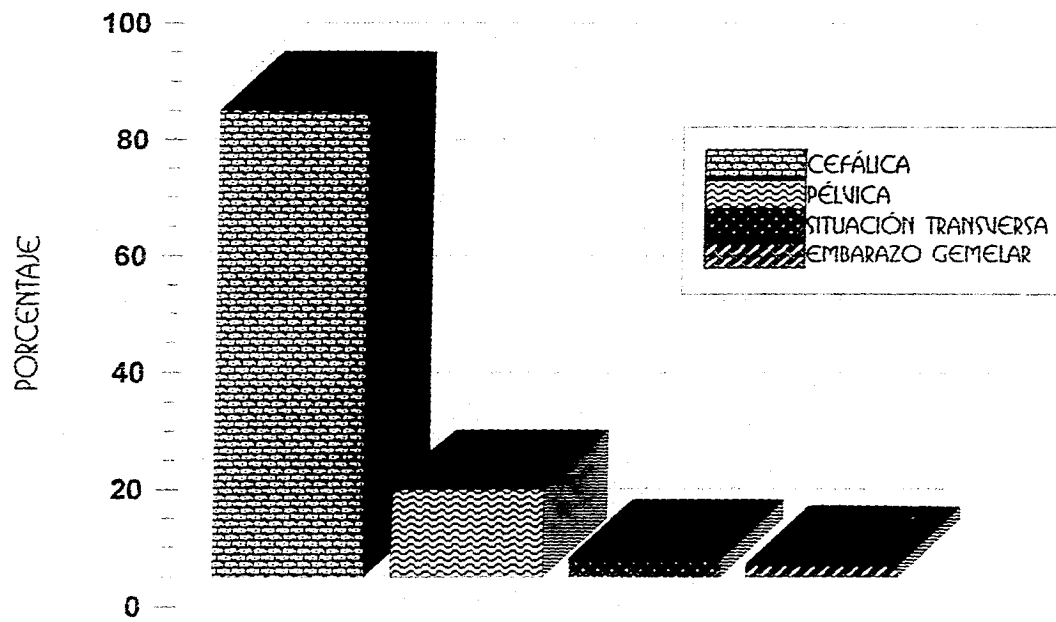


FIGURA 7

PRESENTACIÓN EN LAS PACIENTES A LAS QUE SE LES REALIZÓ OPERACIÓN CESÁREA

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz V., La Operación Cesárea , 1971, La Prensa Médica Mexicana.
2. National institutes of Health Consensus Development Statement on Cesarean Childbirth, Am. J Obstet Gynecol, 1981, 56,149-152.
3. Bobadilla J.L., Early neonatal mortality and cesarean delivery in Mexico City, Am J Obstet Gynecol, 1991, 164 22-28.
4. Anderson G.M., Determinants of Increasing cesarean birth rate, N Eng J Med,1984, 311, 887-892.
5. Pearse W. H., To section or not section, Am J Public Health, 1983, 73, 843-844.
6. Castelazo A.L., Conceptos actuales sobre la Operación Cesárea, Rev. Obstet Ginecol Venez, 1960, 20, 1-26.
7. Nutzon F.C. Cesarean section delivery in the 1980's: International Comparison by indication , Am J Obstet Gynecol, 1994, 170, 495-504.
8. Dillon W.T., Obstetric care and cesarean birth rates: A program to Monitor Quality of care, Obstet Gynecol, 1992, 80 (5), 731-737.
9. Arriaga M.N., Cesárea Iterativa, Ginec Obstet Mex, 1969, 25, 157.
10. Puente G.H., Cesárea electiva : Análisis de 600 casos, Ginec Obstet Mex., 1986, 54,191.
11. Panduro J.G., Análisis de 500 cesáreas practicadas por un residente, Ginec Obstet Mex., 1989, 57, 270-273.
12. Popov J.B., Operación Cesárea en primerizas de edad avanzada, Ginec Obstet Mex, 1989, 57.

13. Gordon D., Advanced maternal age as a risk factor cesarean delivery, *Obstet Gynecol*, 1991, 77(4), 493-497.
14. Malloy M.H., The effect of Cesarean Delivery on birth outcome in very low-birth weight infants, *Obstet Gynecol*, 1991, 77, 498-503.
15. Malloy M.H., Increasing cesarean section rates in very low-birth weight infants, *JAMA*, 1989, 262,1475-78.
16. Handa N.I. Active phase arrest in labor: Predictors of cesarean delivery in a nulliparous population, *Obstet Gynecol*, 1993, 81, 758-763.
17. Agüero, Cesárea anterior y parto vaginal, *Rev Obst Gin Venez*, 1992, 52(3),135 -9.
18. Castillo J.D., Vía del parto en pacientes con antecedentes de Cesárea *Rev. Colomb., Obstet Gynecol.*, 1992, XI (1), 65-82.
19. Rosen M.C. Vaginal birth after cesarean: A meta analysis of morbidity and mortality; *Obstet Gynecol*, 1991,77,465-468.
20. Beckley S., Scar rupture in labour after previous lower uterine activity measurements, *B Journal obstet Gynecol*, 1991,98,205-269.
21. Combs C.A., Factors associates with hemorrhage in cesarean deliveries, *Obstet Gynecol*, 1991,77, 77-82.
22. Sachs B.P., Risk and benefits for mother and fetus in cesarean deliveries, *JAMA*, 1983, 250 (2157), 59 - 64.
23. O'Driscoll, K.O., Correlation of decrease in perinatal Mortality and increase in cesarean section rates, *Obstet Gynecol*, 1983, 61 (1), 1-5.
24. Pineda E.G. Operación Cesárea. 25 años de su evolución en el hospital regional " 20 de Noviembre " ISSSTE, *Ginec Obst Mex*,1990,58,59-64.

25. Departamento de Estadística del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de México.
26. Schwares R.L. Obstetricia, El Ateneo, México, 1988, p 88.
27. Pritchard, J.A., Obstetricia, Salvat, México, 1983, p. 230.
28. Mintz. Cesarean section for fetal distress, Am J Obstet Gynecol, 79,1960, p.224.
29. Walker N., Case of conservatism in management of fetal distress, Brit Med J, 2, 1221,1959.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA