

11217

186



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

CORRELACION CLINICO QUIRÚRGICA DE LA
OPERACIÓN CESAREA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN
DEL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DRA. CARLOTA NAVARRETE SANCHEZ



ASESORES DE LA TESIS:

DR. SAMUEL ALEJANDRO LIEVANO TORRES
DR. FRANCISCO JAVIER AMESCUA GALINDO



MÉXICO, D. F.

ENERO DEL 2002

Stamp: COMITÉ DE POSTGRADO, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Handwritten signatures and dates



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



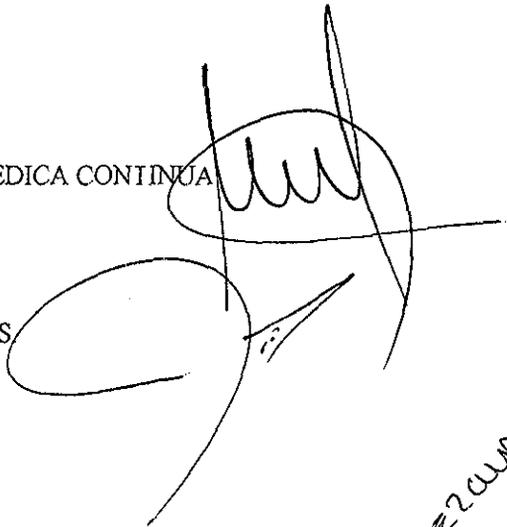
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

DR. ROBERTO LEMUS ROCHA
JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA CONTINUA

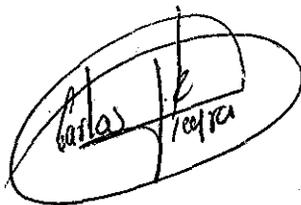


DR. SAMUEL ALEJANDRO LIEVANO TORRES
MEDICO GINECO OBSTETRA
ASESOR DE TESIS

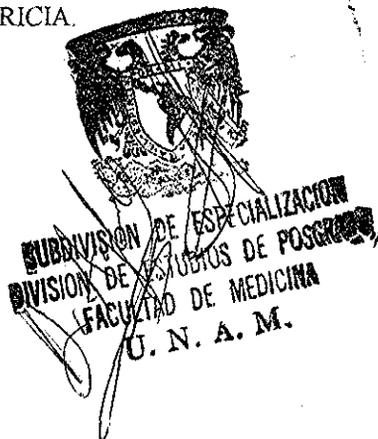


DR. FRANCISCO JAVIER AMEZCUA GALINDO
JEFE DE SERVICIO DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA
ASESOR DE TESIS

DR. CARLOS RAMÓN JIMÉNEZ VIEYRA
MEDICO GINECO OBSTETRA
INVESTIGADOR ASOCIADO



DRA CARLOTA NAVARRETE SÁNCHEZ
MEDICO RESIDENTE DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.



NO DE REGISTRO OFICIAL
2000 -692-0031

INVESTIGADOR ASOCIADO

Dr. Carlos Ramón Jiménez Vieyra
Médico Gineco-Obstetra
CMN La Raza , HGO No. 3

GRACIAS A DIOS

Por haberme dado la vida, sin ella no estaría aquí.

A MI ESPOSO BENJAMÍN

Por tu tiempo, tu paciencia, tu apoyo y tu amor
GRACIAS.

A MIS HIJOS

Sebastián Alexander y Arianne Elizabeth, por haber nacido, por estar conmigo y ser mi motivo de continuar adelante, por el tiempo que me han dado y que es suyo, por su amor incondicional.

A MIS PADRES

En especial a mi madre, ya que sin su apoyo, ayuda y comprensión, no estaría donde me encuentro ahora
Gracias por ser una madre para mis hijos, darles tu amor, educación y tu tiempo que es mío

A MIS HERMANAS Y HERMANOS

Mary, Miguel, Gabriela, Betza, Guadalupe y David, por estar siempre pendientes de mí, de mis hijos, y por darnos su tiempo

A MIS MAESTROS

A todos y cada uno de ellos, que están pendientes de nuestra enseñanza, a los cuales debo mi respeto y admiración.
GRACIAS .

A MIS PACIENTES

Gracias a todas y cada una de ellas, que me han permitido crecer en este largo camino de aprendizaje de la vida, la salud y la muerte, sin ustedes no sería una Gineco-Obstetra

A MIS AMIGOS

Que han estado conmigo a lo largo de mi vida y mi carrera, en las buenas y en las malas.
Los quiero.

A TODO EL PERSONAL DE LA BIBLIOTECA

Lolita, José Luis, Víctor, Sergio, Gustavo, Oscar y Enrique.
Por su amistad y gran ayuda para la realización de este trabajo.

Un Agradecimiento muy especial al Dr. Carlos Jiménez Vieyra, por su colaboración y tiempo para la realización de este trabajo.

Y GRACIAS a todos y cada una de las personas que pertenecen a este Hospital de Ginecología y Obstetricia, que laboran día a día, sin excepción, por su apoyo y amistad.

INDICE

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
OBJETIVOS.....	16
MATERIAL Y MÉTODOS	17-19
METODOLOGÍA.....	20
RESULIADOS	21-31
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	32-33
BIBLIOGRAFÍA	34-35

RESUMEN:

CORRELACION CLINICO QUIRURGICA DE LA OPERACION CESAREA EN LA CALIDAD DE ATENCION DEL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSIETRICIA No. 3 DEL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA. (HGO3-CMNR).

OBJETIVO: Identificar la correlación clínico-quirúrgica, complicaciones, hallazgos transoperatorios, cinco indicaciones más frecuentes y la frecuencia de operación cesárea en el HGO3-CMNR

MATERIAL Y METODOS: Se analizaron los reportes quirúrgicos de pacientes sometidas a operación cesárea del 1° de agosto 2000 al 31 de marzo 2001, de los servicios de tococirugía, hospitalización y cirugías electivas, identificando las principales indicaciones, complicaciones y hallazgos más frecuentes

RESULTADOS: Se analizaron 1005 reportes quirúrgicos, obteniendo un total de 66 diagnósticos preoperatorios diferentes, clasificándolos en 24 grupos y a su vez en causa absoluta (82.29%), relativa (15.42%) y no-indicación de cesárea (2.29%). Las cinco principales indicaciones de la operación cesárea fueron: Preeclampsia Eclampsia, distocias, baja reserva fetal, ruptura prematura de membranas y sufrimiento fetal agudo. Las complicaciones transoperatorias (7.26%) fueron los desgarros de comisuras e hipotonía uterina. La correlación diagnóstica preoperatoria y los hallazgos transoperatorias fueron deficientes dada la pobreza del reporte postquirúrgico. La frecuencia de operación cesárea fue de 82.29%.

CONCLUSIONES: La frecuencia de operación cesárea supera lo reportado por la Norma Oficial Mexicana. Los diagnósticos exponen la falta de criterio médico estandarizado y de conocimientos de las causas obstétricas, con deficiente correlación clínico-diagnóstico y de hallazgos transoperatorios. Por lo que es necesario unificar criterios clínico-operatorios para mejorar la calidad de atención a las pacientes.

PALABRAS CLAVE: operación cesárea, diagnostico operatorio, correlación clínico quirúrgica, hallazgos transoperatorios

ABSTRACT

CLINICAL-SURGICAL CORRELATION OF THE CESAREAN OPERATION IN THE QUALITY OF ATTENTION OF THE "HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OSBTETRICIA No. 3 DEL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA"(HGO3-CMNR)

OBJECTIVE: To identify the clinical-surgical correlation, complications, transsurgical findings, the five most frequent indications and the frequency of Cesarean operation in the HGO3-CMNR.

MATERIAL AND METHODS: Surgical reports of patients submitted to Cesarean operation were analyzed from 1st august 2000 to 31 march 2001, from the services of tocosurgery, hospitalization and elective surgeries, identifying the principal indications, complications and the most frequent findings.

RESULTS: A total of 1005 surgical reports were analyzed, obtaining a total of 66 different preoperative diagnoses, classifying them in 24 groups and in turn into absolute cause (82.29%), relative (15.42%) and no-indication for Cesarea (2.29%) The five principal indications for the Cesarean operation were: Pre-eclampsia Eclampsia, dystocias, low fetal reserve, premature membranes ruptures and acute fetal suffering. The transsurgical complications (7.26%) were commissure tears and hypotonic uterine. Preoperative diagnostic correlation and the transsurgical findings were deficient due to the poor filling of the postsurgical reports. The frequency of the Cesarean operation was of 82.29%.

CONCLUSIONS: The frequency of the Cesarean operation surpass the reported by the "Norma Oficial Mexicana". The diagnoses exposes the lack for standardized medical criterion and knowledge of obstetric causes, with deficient clinic-diagnostic correlation and of transsurgical findings. Therefore it is necessary to unify clinical-surgical criteria to improve the quality of attention to the patients.

KEY WORDS: Cesarean operation; diagnostic operation; clinical-surgical correlation; transsurgical findings

INTRODUCCIÓN :

Entendemos como definición de Operación Cesárea a la **intervención quirúrgica** que tiene por objeto extraer el producto de la concepción (vivo o muerto), a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a la semana 27 de gestación o mayor (1)

Se llama Histerotomía cuando se efectúa la extracción del feto antes de la semana 27 (14)

El origen del término Cesárea es un tanto incierto, parte de la hipótesis de que Julio César nació por ésta vía y a raíz de entonces se utilizó , no es muy creíble; ya que para esa época el procedimiento era prácticamente fatal para la madre y , hay datos de que ésta lo acompañó durante su dominio en Europa, muchos años después Se menciona el término puede derivarse del latín, **cadere** que **significa cortar**.

Otra posibilidad es que provenga de una ley romana conocida como **Lex Regis**, la cual demandaba a cesárea a toda embarazada que moría, para que el feto fuera sepultado separadamente. Históricamente esta ley se refería como **LEX CESAREA**.(1)

Ya en 1700, se propuso la posibilidad de realizar una cesárea con sobrevida de la madre y el feto, sin embargo se pudo realizar hasta 1800 (1)

Frank Polín en 1852 reportó el uso de sutura con hilo de plata en una cesárea. Eduardo Porro en 1876, realizó la primera cesárea histerectomía en una mujer viva (1)

Frank en 1907 y modificada por Latzco en 1909, realizaron las primeras cesáreas extraperitoneales (1)

Beck en 1919 y De Lee en 1922 introdujeron a los Estados Unidos la incisión vertical en el segmento inferior uterino (1)

Kerr en 1926, introdujo la incisión transversa baja, la más comúnmente realizada hasta la fecha y la cual ha permitido que pueda darse trabajo de parto en pacientes con cesárea previa, siendo tan seguro como en las pacientes sin cirugía previa, siempre y cuando se seleccionen los casos y se respeten los requisitos previamente ya establecidos para ese propósito

Disminuyendo la morbilidad y mortalidad materna y con buenos resultados perinatales, cuando las mujeres son asistidas en hospitales con una dotación de servicios y personal adecuados para llevar a cabo una cesárea de urgencia de ser necesario (1,2)

La evidencia de que en todo el mundo y especialmente en México la frecuencia de cesáreas se haya incrementado exponencialmente hasta niveles mayores de 60% de todos los nacimientos , ha planteado en instituciones públicas y privadas la posibilidad de buscar - estrategias para reducir las. Anteriormente en la década de los 60 la cifra era del 5 al 7%, del 15 al 20% para los 80's (4,12)

No cabe duda que disminuir la mortalidad materna es uno de los grandes retos de la obstetricia moderna, sin embargo, parece ser que hemos querido lograrlo aumentando el número de cesáreas. Por ejemplo, en Canadá hay estudios que muestran un aumento en el número de Cesáreas, del 14.3 % en 1970; a un 21 % en 1990. En los Estados Unidos antes de 1970, el porcentaje se mantenía constante en 5%, para 1990 fue del 25 %. En Brasil en 1970, el porcentaje de cesárea era del 32 %, en la actualidad éste llega hasta el 100 % en algunos hospitales privados. (1)

En el resto de América Latina, la tendencia es igualmente hacia el incremento y el porcentaje actual oscila entre el 25 y el 35 %. En nuestro país se encontró en 1970 alrededor de 14.6 %, en 1980 aumentó al 19 % y en 1995 se reportaron en el ISSSTE cifras del 43.8 %, en el IMSS de 33.5 % y en la SSA del 21 al 29 %. (1)

Hay estudios que revelan que la mortalidad materna aumenta hasta 7 veces con la cesárea, en comparación con el parto vaginal, también se incrementa importantemente la morbilidad perinatal (1,4)

No cabe duda que la mortalidad perinatal y materna deben mejorarse sin embargo, en la práctica parece ser que la hemos querido modificar aumentando el número de cesáreas. Tampoco se ha reducido el número de lesionados cerebrales en los últimos 25 años, aún a pesar del incremento en el número de cirugías (4)

Países europeos como Inglaterra, Bélgica y Holanda, han reducido impresionantemente el número de cesáreas, sin haberse incrementado su mortalidad materna y perinatal, curiosamente la mayoría de las atenciones obstétricas en estos sitios es otorgada por las enfermeras parteras. (1)

Se considera que existen tres factores importantes los que han demostrado este aumento :

- 1) Antecedente de Cesárea previa
- 2) Sufrimiento fetal
- 3) Temor del médico de ser demandado por la paciente. (4)

OTROS como :

- 4) Incentivos económicos y prácticos para los Gineco- Obstetras
- 5) Oportunidad de ejercitar la técnica quirúrgica en los hospitales docentes, etc. (1)

En el caso de cesáreas previas, que no es una indicación absoluta para realizar nuevamente cirugía, se pueden presentar en una población de 117,48 casos de nacimientos por cesárea 5500 eventos mórbidos y un gasto de 179,000 millones en la vida reproductiva de 100 ,000 mujeres (13)

Seguramente estos factores son importantes muy especialmente en México, en que se han incrementado el número de demandas al médico Gineco- Obstetra (4)

De acuerdo a la International Classification of Diseases, Clinical, Modification 9ª Edition, las indicaciones de la operación cesárea se han dividido en 5 categorías : (1)

- 1) Distocia de contracción.
- 2) Presentaciones anormales
- 3) Sufrimiento fetal
- 4) Cesárea iterativa
- 5) Otros

De tal forma que así como incrementa la cifra en la realización de operación cesárea, también se eleva el índice de complicaciones, morbilidad y mortalidad, no sólo materna sino perinatal

En nuestro medio ha condicionado que las pacientes tengan un riesgo potencial de presentar en ulteriores embarazos, complicaciones como : dehiscencia de histerorrafia, placenta previa, acretismo placentario, o ruptura uterina. Este antecedente ha obligado a realizar con más frecuencia la llamada Cesárea Histerectomía, que consiste en extraer al producto de la concepción, así como el útero en el mismo tiempo quirúrgico. Esta operación ha presentado un aumento en los últimos 100 años, a pesar de que fue ideada con el fin de disminuir la mortalidad materna por sepsis o hemorragia (3)

En el momento actual existen otras indicaciones por las cuales se realiza, tales como cáncer cervicouterino, procesos tumorales anexiales o uterinos e inclusive en algunos países con fines de esterilización , siendo este último motivo de controversia (3)

La cirugía obstétrica moderna, las técnicas de asepsia y antisepsia, disponibilidad absoluta de sangre y sus derivados, mejor atención hospitalaria para el postoperatorio, adecuada atención anestésica, el mejor manejo de agentes oxitócicos y sus derivados han permitido la ampliación a las indicaciones de histerectomía obstétrica, así como disminución en cuanto a morbilidad - mortalidad (2)

La primera histerectomía descrita fue por Horacio Robinson Stoerer el 21 de julio de 1868, en la Ciudad de Boston, l caso de una paciente con hemorragia abundante y útero miomatoso , finalmente la operación no impidió la muerte de la madre y el producto (2)

No fue sino hasta el 21 de mayo de 1876, que se efectúa la primera cesárea histerectomía con éxito tanto para la madre como para el producto, realizada por Eduardo Porro de Viena, su paciente <Julia Cavallini> , con diagnóstico de pelvis raquítica asimétrica, la operación se inmortalizó en su monografía " Dell amputazione uteroovarica come complemento di

taglio cesárea “; desde entonces se le conoce a la Cesárea Histerectomía como Operación de Porro, aunque la técnica es muy distinta a la utilizada en la actualidad (2)

En México, la primera cesárea histerectomía realizada por el Dr. Juan María Rodríguez el 12 de marzo de 1884, la madre falleció y el producto sobrevivió (2)

El Dr. Fernando Zárraga en 1804, en México, realizó la primera histerectomía obstétrica con éxito. (2)

Las indicaciones de la histerectomía obstétrica en estado grávido puerperal s pueden dividir en tres grupos :

- 1) GRUPO I : consideradas como urgencia o absolutas, básicamente problemas de hemorragia , atonia uterina, ruptura uterina, dehiscencia de cicatriz previa, acretismo, incretismo, o percretismo placentario y laceración uterina durante la cesárea.
- 2) GRUPO II : se consideran indicaciones relativas o de no urgencia, como son tumores uterinos, como miomatosis , cáncer del cérvix uterino, cicatriz uterina en número excesivo o en mal estado y problemas de corioamnioitis o sepsis.
- 3) GRUPO III : lo constituyen las indicaciones electivas como la cesárea de repetición, la histerectomía con fines de esterilización definitiva y problemas secundarios como cardiopatías, neumopatía, o problemas psiquiátricos; todos estos tienen un motivo de controversia.

La mortalidad obstétrica con la histerectomía va en relación a varios factores : las indicaciones del acto quirúrgico, el estado general previo de la paciente, tipo de cirugía que se efectuará (total o subtotal) , la capacidad y experiencia del cirujano y finalmente los elementos hospitalarios que representan del 14.7 % al 8 % , sin embargo esta cifra varía de acuerdo al autor y si es cesárea histerectomía, histerectomía postparto o histerectomía obstétrica (2)

La cesárea histerectomía es el procedimiento que se realiza con mayor frecuencia en nuestros días, que implica para la paciente un mayor riesgo de morbilidad, así como de mortalidad , para la institución representa un mayor tiempo de estancia hospitalaria, que eleva los costos en la atención de las pacientes obstétricas (3)

Por otro lado Bender en 1954 sugirió la estrecha relación existente entre el antecedente de Cesárea previa y posibilidad de desarrollo de placenta previa, aún más dicho riesgo que conlleva a otro; la mujer embarazada con placenta previa y antecedente de cesárea tiene grandes posibilidades de desarrollar acretismo placentario. (6)

La asociación de hemorragia severa y placenta previa- acreta, puede llevar a una mayor morbilidad y mortalidad materna (6)

Por ejemplo en el INPER entre 1989-1994, de 32,556 nacimientos 210 fueron por placenta previa (0.64 %), en 37 pacientes (17.6%) se corroboró el acretismo placentario por reporte histopatológico La edad de la paciente, paridad y antecedente de placenta previa son

factores de riesgo , a su vez para poder desarrollar acretismo placentario Irving y Herting, fueron los primeros en mencionar que uno de los factores etiológicos en el desarrollo de acretismo placentario son las cicatrices uterinas.

MacHattie informó un 42 % de mortalidad, cuando no se realizó Histerectomía total abdominal y se presentó acretismo placentario.(6)

En la Ciudad de Guadalajara en el Hospital Civil, en una revisión de 5 años encuentran que de 39,609 nacimientos entre los años 1990 a 1994, 8386 fueron cesáreas (21.1 %), 40 casos cesárea histerectomía (0.47 %) Siendo la principal indicación la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y la principal causa de histerectomía fue ruptura uterina en un 30% de los casos seguido de atonía uterina y acretismo placentario. Teniendo como principal complicación quirúrgica el choque hipovolémico, seguido de lesión vesical (5 %) (5)

Sin embargo la placenta acreta es un evento raro, es una complicación obstétrica , un reto diagnóstico y manejo. Cuando ésta se diagnostica el manejo es médico, usando primeramente hemostasia , si el sangrado no puede ser controlado, requerirá de Histerectomía, cuando el manejo conservador que incluye curetaje uterino, ligadura de arterias hipogástricas o bien embolización angiográfica no funcionó (8)

No sólo las complicaciones de sangrado pueden presentarse, sino que también se desarrollan complicaciones como inversión uterina, la cual es una urgencia rara, que puede presentarse con mayor frecuencia durante nacimientos vaginales, la incidencia sobre la cesárea no es bien conocida, pero está reportada como una complicación extremadamente rara, pudiendo representar potencialmente una seria complicación. El manejo de la inversión uterina durante la cesárea, es usualmente simple de resolver si se diagnostica inmediatamente Pudiendo revertir en un tiempo de 1 a 40 min (9)

La hemorragia, el dolor y el choque, son los síntomas prominentes en el nacimiento vía vaginal, en contraste el dolor y no sentir en la cesárea, en inversión uterina sino se revierte prontamente puede ocurrir choque hipovolémico con las consecuentes complicaciones de no resolverse rápidamente. (9)

La endometritis es una complicación común después del nacimiento por cesárea y su incidencia se reporta de un 10% a 50%. Teniendo una respuesta favorable el 86 % de los casos cuando son tratados con Clindamicina y Gentamicina, la respuesta puede ser baja o menor cuando se tratan con Penicilina G y Gentamicina Esta puede ser diagnosticada si persiste fiebre mayor o igual a 38° , en 24 horas después del nacimiento por cesárea y uno o más de los siguientes síntomas : taquicardia, reblandecimiento uterino, loquios fétidos o leucocitosis (10)

Los abscesos de la pared pélvica son frecuentes y nobles a tratamiento con respuesta favorable al mismo, la cual se asocia entre otros factores de riesgo a la obesidad, la cual constituye un factor de riesgo en el postoperatorio, y podemos encontrar infección en un 2.5 a 29 % de los nacimientos por cesárea, el cual puede ser tratado con drenaje subcutáneo para disminuir la incidencia de infección en la herida quirúrgica y evitar llegar a histerectomía (11)

Por todo lo anterior los Gineco- Obstetras y las Instituciones Públicas y Privadas, debemos plantearnos como objetivo el reducir el número de cesáreas a niveles no mayores del 17% en Instituciones de Segundo Nivel de Atención, en acuerdo a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana para la atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM 007), " TODAS LAS UNIDADES QUE BRINDAN ATENCIÓN OBSTETRICA DEBEN CONTAR CON LINEAMIENTOS PARA LA INDICACIÓN DE CESÁREA, CUYO INDICE RECOMENDADO ES DEL 15% PARA LOS HOSPITALES DEL SEGUNDO NIVEL, Y DEL 20% PARA LOS HOSPITALES DEL TERCER NIVEL. "(1)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Instituto Mexicano del Seguro Social, desde la implantación del Programa Integral de Calidad (PIC), se ha preocupado por mejorar los índices de calidad de atención en los cuidados médicos

Uno de los índices para evaluar la calidad del Hospital de Ginecología y Obstetricia, es la presencia de realizaciones de Operación Cesárea.

En los últimos meses se ha observado un incremento en la frecuencia de Cesárea hasta alcanzar el 71 %, cifra alarmante muy por arriba de los estándares mundiales. Por tal motivo se hace necesaria la identificación en nuestra unidad de: **la frecuencia de operación Cesárea, de su indicación y sus complicaciones transoperatorias, como los hallazgos transoperatorios, validez del procedimiento, efectividad, diagnóstico y optimización de recursos**

Así que se identifican los siguientes problemas :

- 1) ¿Cuál es la frecuencia de la Operación Cesárea, previa a la atención de un programa integral de calidad ?
- 2) ¿Cuáles son las indicaciones más frecuentes de Operación Cesárea ?
- 3) ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes transoperatorias de la Operación Cesárea ?
- 4) ¿Cuál es la correlación del Diagnóstico clínico y los hallazgos transoperatorios en la Operación Cesárea ?

OBJETIVOS :

- I) Conocer las cinco causas más frecuentes de Operación Cesárea en el Centro Médico Nacional la Raza del HGO3.
- II) Conocer las complicaciones más frecuentes de la Operación Cesárea.
- III) Conocer la correlación del diagnóstico clínico y los hallazgos transoperatorios.
- IV) Reevaluar las indicaciones relativas y absolutas de la Operación Cesárea.
- V) Mejorar la calidad diagnóstica preoperatoria.
- VI) Optimizar recursos.
- VII) Limitar las complicaciones transoperatorias.
- VIII) Crear la cultura del correcto llenado de hojas de programación preoperatoria y diagnóstico preoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODO :

Se realizó en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional la Raza, en el área Tocoquirúrgica, que se encuentra ubicada en la planta baja de dicha unidad, que incluye los servicios de Admisión, Labor, Unidad de Cuidados Intensivos; además de las pacientes programadas de hospitalización y las electivas

Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal. En el cual se empleo como Unidad de Medición el tipo Ordinal Numérico.

El tamaño de la muestra 1005 pacientes.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Operación Cesárea

VARIABLES DEPENDIENTES

Indicaciones de operación cesárea
Complicación
Correlación diagnóstico quirúrgica y clínica
Hallazgos transoperatorios

OPERACIÓN CESÁREA :

DEFINICIÓN CONCEPTUAL :

Es la intervención quirúrgica que tiene como objeto la extracción del producto (vivo o muerto) a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina, después de la semana 27 de gestación o mayor.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Es la realización de la laparotomía e incisión en la pared uterina, con la extracción del producto (vivo o muerto), y exploración de la misma, así como los anexos, e identificación de complicaciones, con la resolución de las mismas

INDICACIONES DE OPERACIÓN CESAREA :

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Todos aquellos diagnósticos preoperatorios que se encontraron en las solicitudes de intervención quirúrgica programadas en forma electiva , en piso, admisión, urgencias , labor , Terapia Intensiva y electivas.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

La confirmación de todos los diagnósticos preoperatorios encontrados en las solicitudes de intervención quirúrgica programadas en forma electiva, en piso admisión, labor , Terapia intensiva y electivas, correlacionado con los hallazgos transoperatorios

ESCALA DE MEDICION: ordinal numérica.

COMPLICACIONES:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL :

Aquellos eventos que se presentaron durante la realización de la cirugía en forma incidental relacionados a la misma, o inherentes a ella por la (as) patologías asociadas o diagnóstico previo

DEFINICIÓN OPERACIONAL :

Aquellos eventos que se presentaron durante la realización de la cirugía, en forma incidental, o inherentes a ésta, y que fueron detectados y corregidos

ESCALA DE MEDICION: ordinal numérica

CORRELACIÓN DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICA Y CLÍNICA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La que se realizó de acuerdo al diagnóstico preoperatorio y los hallazgos quirúrgicos

DEFINICIÓN OPERACIONAL

El análisis de los diagnósticos preoperatorios y los hallazgos transoperatorios encontrados en la misma

ESCALA DE MEDICION: ordinal numérica

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Referente a todo aquello que se encontró dentro del evento quirúrgico Ya sea en el producto extraído , en sus anexos, o bien útero y anexos

DEFINICIÓN OPERACIONAL :

El análisis de lo encontrado durante la cirugía en todas las solicitudes preoperatorias

ESCALA DE MEDICION: ordinal numérica

CRITERIOS DE INCLUSIÓN :

Se incluyeron todas las pacientes de cualquier edad gestacional, sin importar edad en años, aquéllas que estuvieron programadas en forma electiva y se intervinieron, las que se programaron en piso y se intervinieron, en Unidad de Terapia Intensiva, Servicio de Admisión o labor que se programaron y se intervinieron como Urgencias obstétricas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN :

Todas aquellas pacientes que se programaron para cesárea de la Labor, Piso, Electivas, Admisión, Urgencias y Unidad de Terapia intensiva y no se operaron

METODOLOGÍA :

Se analizaron los reportes quirúrgicos de solicitud preoperatoria de 1005 pacientes que fueron programadas y se les realizó operación Cesárea en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del Centro Médico Nacional La Raza. Del periodo comprendido del 1° De Agosto del 2000 al 31 de marzo del 2001. Se obtuvieron todos los datos descritos en la redacción del reporte de nota postquirúrgica, incluyendo el diagnóstico preoperatorio, así como los hallazgos, complicaciones y lo ocurrido durante el evento quirúrgico. Todos los datos se concentraron en un formato llamado ANEXO I Y ANEXO II., en el primero se incluyó número de caso, semanas de gestación, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico postquirúrgico, complicaciones transoperatorias y correlación pre y postquirúrgica. En el ANEXO II, se incluyeron número de casos, sexo, peso del producto y APGAR, así como hallazgos con respecto a la placenta y líquido amniótico

Se analizaron todos los datos, primero agrupando los diagnósticos preoperatorios realizando una lista de las indicaciones más frecuentes, siendo necesario subdividirlos de acuerdo a diagnóstico principal, y posteriormente se subdividieron en causas absolutas, relativas y las no indicación de cesárea

Se obtuvieron datos también de las cirugías que se realizan durante la cirugía y no únicamente relacionadas con la cesárea. Se determinaron cuales son las complicaciones más frecuentes y se agruparon según causa.

Finalmente se realizó una correlación en gráfica de barras para ilustrar la información al respecto

Con los datos obtenidos se analizaron mediante Estadística Descriptiva, realizándose correlación, a través de la Prueba de Correlación Lineal de Estadística Inferencial, empleando gráfica de Barras y Pastel.

Todas aquellas pacientes que se programaron para cesárea de la Labor, Piso, Electivas, Admisión, Urgencias y Unidad de Terapia intensiva y no se operaron

METODOLOGÍA :

Se analizaron los reportes quirúrgicos de solicitud preoperatoria de 1005 pacientes que fueron programadas y se les realizó operación Cesárea en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del Centro Médico Nacional La Raza. Del periodo comprendido del 1° De Agosto del 2000 al 31 de marzo del 2001. Se obtuvieron todos los datos descritos en la redacción del reporte de nota postquirúrgica, incluyendo el diagnóstico preoperatorio, así como los hallazgos, complicaciones y lo ocurrido durante el evento quirúrgico. Todos los datos se concentraron en un formato llamado ANEXO I Y ANEXO II., en el primero se incluyó número de caso, semanas de gestación, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico postquirúrgico, complicaciones transoperatorias y correlación pre y postquirúrgica. En el ANEXO II, se incluyeron número de casos, sexo, peso del producto y APGAR, así como hallazgos con respecto a la placenta y líquido amniótico

Se analizaron todos los datos, primero agrupando los diagnósticos preoperatorios realizando una lista de las indicaciones más frecuentes, siendo necesario subdividirlos de acuerdo a diagnóstico principal, y posteriormente se subdividieron en causas absolutas, relativas y las no indicación de cesárea

Se obtuvieron datos también de las cirugías que se realizan durante la cirugía y no únicamente relacionadas con la cesárea. Se determinaron cuales son las complicaciones más frecuentes y se agruparon según causa.

Finalmente se realizó una correlación en gráfica de barras para ilustrar la información al respecto

Con los datos obtenidos se analizaron mediante Estadística Descriptiva, realizándose correlación, a través de la Prueba de Correlación Lineal de Estadística Inferencial, empleando gráfica de Barras y Pastel.

RESULTADOS :

En el estudio realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico la Raza, en la Unidad Tocoquirúrgica, se encontró que de los 1005 reportes quirúrgicos para realización de Intervención Cesárea habian un total de 66 diagnósticos diferentes , por lo que fue necesario agruparlos en 24 grupos tomando en cuenta el diagnóstico principal para facilitar el análisis, en orden de frecuencia y número de casos. De estos grupos los 5 primeros fueron : 1) Preeclampsia Eclampsia, 2) Distocias, 3) Baja reserva fetal, 4) Ruptura prematura de membranas y 5) Sufrimiento fetal (Grafica 1)

El primer grupo de Preeclampsia Eclampsia incluyó preeclampsia leve y severa, Hellp, Inminencia de Eclampsia y HASC asociado a preeclampsia, haciendo un total de 269 casos (26.7 %) (GRAFICA 2)

En el segundo grupo Distocias se incluyeron las de origen fetal, partes blandas y de contracción, las cuales estuvieron especificadas, sin embargo también se incluyeron las que también sólo estaban como diagnóstico de DCP (127) y las adquiridas (5 casos), haciendo un total de 209 casos, lo que representó el 20.7% (GRAFICA 3)

El tercer grupo correspondiente a la Baja reserva fetal , reportó un total de 155 casos (15.42%), en este se incluyeron hipomotilidad fetal, senescencia placentaria, circular de cordón a cuello, prueba de condición fetal no reactiva y oligohidramnios severo (GRAFICA 4)

El Cuarto grupo se reportó como Ruptura Prematura de Membranas en 86 casos (8.55 %)

El Quinto grupo de Sufrimiento Fetal Agudo, agrupo 67 casos (6.66 %) en los cuales se incluyó, taquicardia fetal, bradicardia fetal, variaciones de la frecuencia cardiaca fetal, prolapsos y procúbitos de cordón. ficados , estos últimos se incluyeron dentro de un subgrupo llamado Accidentes de cordón (GRAFICA 5)

Por otro lado, los 66 diagnósticos se subdividieron según indicaciones absolutas, relativas o no indicación de cesárea, de los cuales 29 fueron absolutas, con un total de 827 casos, representando un 82.29%, dentro de los diagnósticos con indicación relativa fueron 19 grupos y constituyeron un 15.42 % un total de 155 casos, La no indicación de cesárea se presentó en 23 casos, constituyendo 18 diagnósticos, representando un 2.29 % Dentro de las indicaciones absolutas de cesárea entre otras las primeras cinco indicaciones fueron

Preeclampsia Severa, (excluyendo la leve), distocias, baja reserva fetal, sufrimiento fetal agudo, placenta previa, DPPNI, accidentes de cordón, embarazo gemelar, cesárea iterativa, infecciosas entre otras (GRÁFICA 6)

Las indicaciones relativas abarcaron grupos diagnósticos en los que se incluyeron la ruptura prematura de membranas, circular de cordón a cuello, antecedente de una cesárea, patología materna asociada, preeclampsia leve, cardiopatías, diabetes e isoimmunización, epilepsia entre otros, etc.

Dentro del grupo No indicación de Cesárea se incluyeron diagnósticos como óbito fetal, polihidramnios, nulípara añosa, embarazo pretérmino, antecedente de muerte perinatal, LES, embarazo prolongado, pérdida repetida de la gestación, etc

Dentro de las complicaciones transoperatorias se encontraron un total de 73 casos correspondiendo al 7.26%, las dos primeras complicaciones más frecuentes fueron Hipotonía uterina con 35 casos y desgarros de comisuras 20 casos.

Se realizaron un total de 299 intervenciones transcesáreas, dentro de las cuales el 27.86% correspondieron a obturación tubaria bilateral con 280 casos, siendo la cirugía transcesárea más frecuente; la histerectomía obstétrica fue la segunda causa de operación transcesárea, representando un 1.19% (12 casos), esta se realizó por miomatosis grandes elementos, sangrado incoherente del lecho placentario, atonía uterina, acretismo placentario, placenta previa central total, entre otras.

Se realizó una plastia umbilical, dos miomectomías y un retiro de cerclaje

De los 1005 casos se encontraron en 135 casos circular de cordón a cuello como hallazgos transoperatorio, en 75 casos constituyó el segundo o tercer diagnóstico preoperatorio y se corroboró en 33 de los 46

De los DPPNI (total 17 casos), el 47 % fue corroborado, en el otro 47.05% (8 casos) no fue corroborado y en el 0.09% fue solamente una inserción baja de placenta (un caso) y se encontró como hallazgo en el 3.63% (37 casos).

En el caso de las macrosomías fetales, sólo en 5 casos se obtuvo un peso mayor a 3800g (total de casos 13)

Las causas de histerectomía obstétrica fueron hipotonía uterina (2 casos), miomatosis uterina (1 caso), sangrado incoherente del lecho placentario (2 casos), acretismo placentario (2), placenta previa central total (4) y atonía uterina (1)

Se registraron un total de 1062 recién nacidos vivos de las 1005 cesáreas realizadas, hubo un caso de trillizos de 34 semanas cuyo diagnóstico preoperatorio fue embarazo gemelar en trabajo de parto, los tres con APGAR de 8/9.

De todos los recién nacidos vivos, sólo en 69 productos la calificación de APGAR fue bajo (6.7% casos), con calificaciones de 1/1 hasta 5/9. Las semanas de gestación en las que esta calificación fue más baja estuvieron dentro de las 28 a las 34 semanas, con un total de 31 niños, en orden de frecuencia y semana de las 34 a las 36 fueron 12 productos, de las 37 a las 42 sólo 17 productos.

Hubo 4 recién nacidos de 27 semanas, uno de 26 semanas, 2 de 24 semanas, un feto de 23 semanas y el de menor edad gestacional fue de 20 semanas, en estos casos se realizó histerotomía.

Un reporte de anecéfalo de 38 semanas, cuya indicación de cesárea fue Eclampsia con Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

En 23 casos no se registró el peso de los productos y en 29 la calificación de APGAR, de los 1005 casos

La miomatosis uterina como hallazgo transoperatorio se reportó en 38 casos, la endometriosis se reportó en 8 casos únicamente, recordando que en nuestra unidad, una de las causas de esterilidad es la endometriosis, no correlacionando con los casos que se presentan en el servicio de Biología de la Reproducción

La corioamnioitis se reportó en 10 casos de los 1005, lo que nos traduce una oportuna intervención de la interrupción de la gestación una vez que se ha presentado la ruptura prematura de las membranas

Dentro de las malformaciones uterinas se reportó un útero bicorne

AGRUPACIÓN POR DIAGNÓSTICOS DE INDICACIÓN CESÁREA

- 1) PREECLAMPSIA ECLAMPSIA (Leve, severa, Inminencia de Eclampsia, HELLP, HASC y preeclampsia agregada.)
- 2) DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA (origen fetal, partes blandas, distocias de contracción, adquirida).
- 3) RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
- 4) PERIODO INTERGENÉSICO CORTO.
- 5) BAJA RESERVA FETAL (hipomotilidad fetal, circular de cordón a cuello, senescencia placentaria, PSS no reactiva, oligohidramnios)
- 6) ANTECEDENTE DE CESAREA (iterativa o previa)
- 7) SUFRIMIENTO FETAL AGUDO (taquicardia, bradicardia, y variaciones de la FCF).
- 8) DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA
- 9) PLACENTA PREVIA (INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA)
- 10) ISOINMUNIZACIÓN
- 11) INDICACIÓN MATERNA (hipotiroidismo, retraso mental materno, esclerodermia, antecedente trasplante renal, aneurisma cerebral, antecedente de malformación arteriovenosa, antecedente de evento vascular cerebral, antecedente de trombosis mesentérica, antecedente de trombosis venosa profunda , cirugía de columna, síndrome medular completo, Cáncer de mama, antecedente de Cáncer de mama, antecedente de muerte perinatal, , óbito, pérdida repetida de gestación, antecedente de enfermedad trofoblástica).
- 12) EMBARAZO MULTIPLE (gemelar)
- 13) ANTECEDENTE DE CICATRIZ UTERINA (miomectomías, cesárea previa, probable dehiscencia de histerorrafia).
- 14) ACCIDENTES DE CORDÓN (procubito y prolapso)
- 15) INFECCIOSAS (Virus del papiloma humano y citomegalovirus, condilomatosis)
- 16) EMBARAZO PRETÉRMINO.
- 17) EMBARAZO PROLONGADO
- 18) RETARDO EN EL CRECIMIENTO.
- 19) LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.
- 20) CARDIOPATIAS
- 21) POLIHIDRAMNIOS
- 22) DIABETES
- 23) EDAD REPRODUCTIVA MATERNA AVANZADA
- 24) EPILEPSIA

INDICACIONES ABSOLUTAS DE CESÁREA

1	PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	*251
2	DISTOCIAS	209
3	BAJA RESERVA FETAL	155
4	SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	67
5	EMBARAZO MULTIPLE	45
6	CESAREA ITERATIVA	30
7	PLACENTA PREVIA	20
8	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINCERTA	17
9	ANTECEDENTE DE CICATRIZ UTERINA	13
10	RETARDO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	13
11	INFECCIOSAS	4
12	ACCIDENTES DE CORDON	3

TOTAL 827 CASOS = 82.29 %

* Con respecto a la Preeclampsia Eclampsia, aquí sólo exceptuamos la leve, ya que en general y de acuerdo a la literatura es una indicación relativa.

INDICACIÓN RELATIVA DE CESÁREA

1	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	86
2	PATOLOGÍA MATERNA ASOCIADA	26
3	PREECLAMPSIA LEVE	18
4	CARDIOPATIAS	11
5	DIABETES	5
6	ISOINMUNIZACIÓN	5
7	EPILEPSIA	4

TOTAL 155 CASOS = 15.42 %

NO INDICACIÓN DE CESÁREA

1	OBITO FETAL	7
2	POLIHIDRAMNIOS	5
3	NULIPARA AÑOSA	3
4	PRETERMINO	2
5	ANTECEDENTE DE MUERTE PERINATAL	2
6	LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	2
7	EMBARAZO PROLONGADO	1
8	PERDIDA REPETIDA DE LA GESTACION	1

TOTAL 23 CASOS = 2.29 %

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

1	HIPOTONÍA UTERINA	35
2	DESGARROS DE COMISURAS	20
3	HEMATOMAS EN COMISURAS E HISTERORRAFIA	3
4	LESION INCIDENTAL EN CUERPO UTERINO	3
5	PROLONGACIÓN DE HISTEROTOMÍA A SEGMENTO COPORAL	3
6	SANGRADO INCOHERCIBLE DEL LECHO PLACENTARIO	2
7	LESION DEL PRODUCTO EN CARA	2
8	HIPOTONÍA UTERINA	2
9	ACRETISMO PLACENTARIO	2
10	ATONIA UTERINA	1

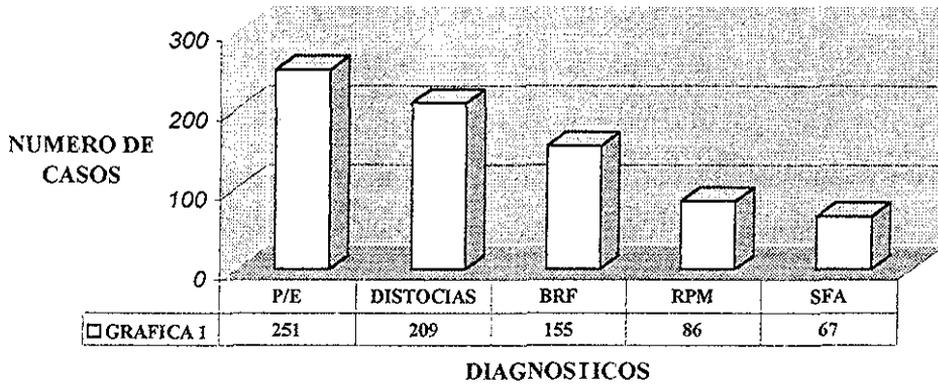
TOTAL 73 CASOS = 7 26 %

CIRUGÍAS REALIZADAS TRANS CESÁREA

1	OBTURACIÓN TUBARIA BILATERAL	280
2	HISTERECTOMÍA OBSTETRICA	12
3	EXCERESIS DE QUISTES PARATUBARIOS	3
4	MIOMECTOMIAS	2
5	PLASTIA UMBILICAL	1
6	RETIRO DE CERCLAJE	1

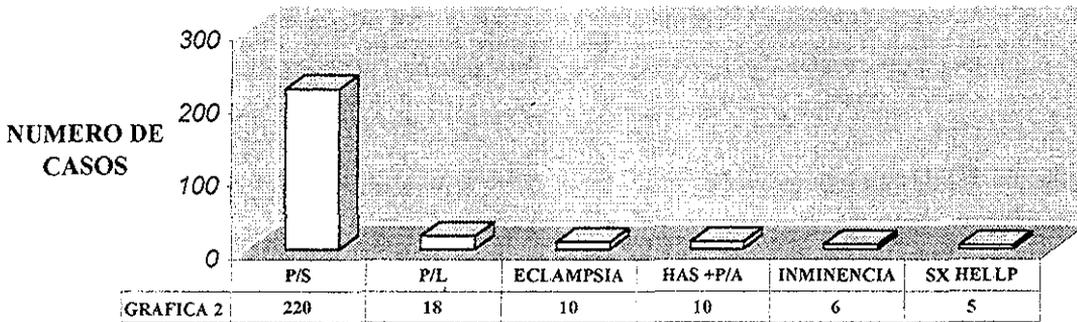
TOTAL 299 = 29 75 %

PRIMERAS 5 INDICACIONES DE CESAREA EN HGO-3



Nota: en esta gráfica se excluye a la Preeclampsia Leve

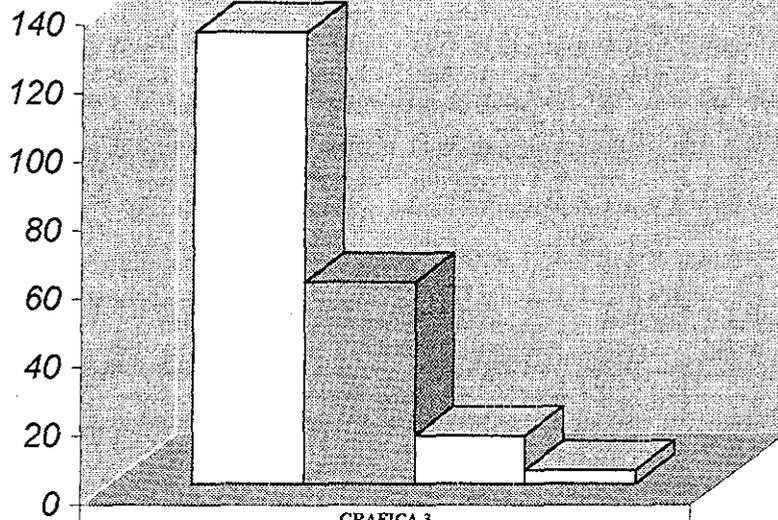
ESTADOS EVOLUTIVOS DE LA PREECLAMPSIA



El Síndrome de Preeclampsia Eclampsia, constituyó la primera indicación de ceárea con un total de 269 casos

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DISTOCIAS



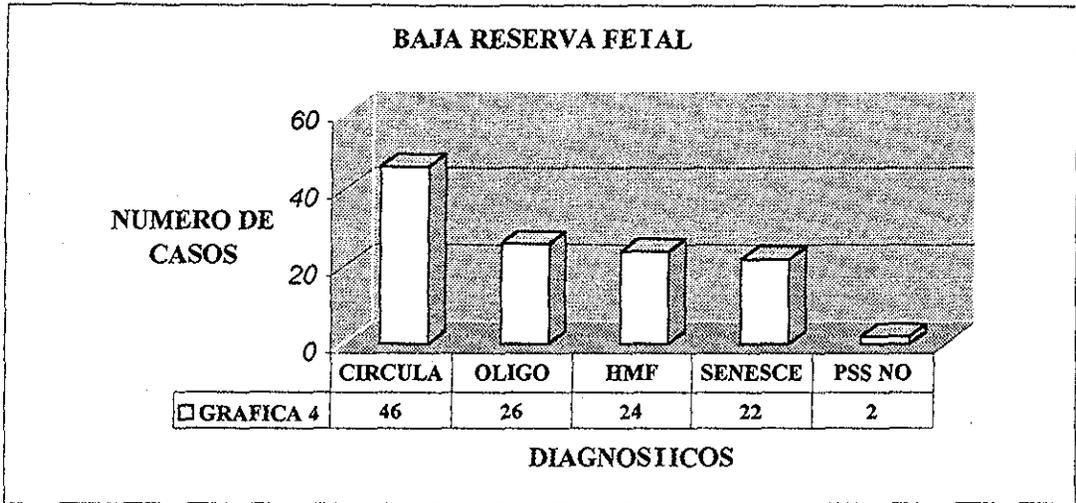
GRAFICA 3

□ DCP	132
□ FETALES	59
□ PARTES BLANDAS	14
□ CONTRACCION	4

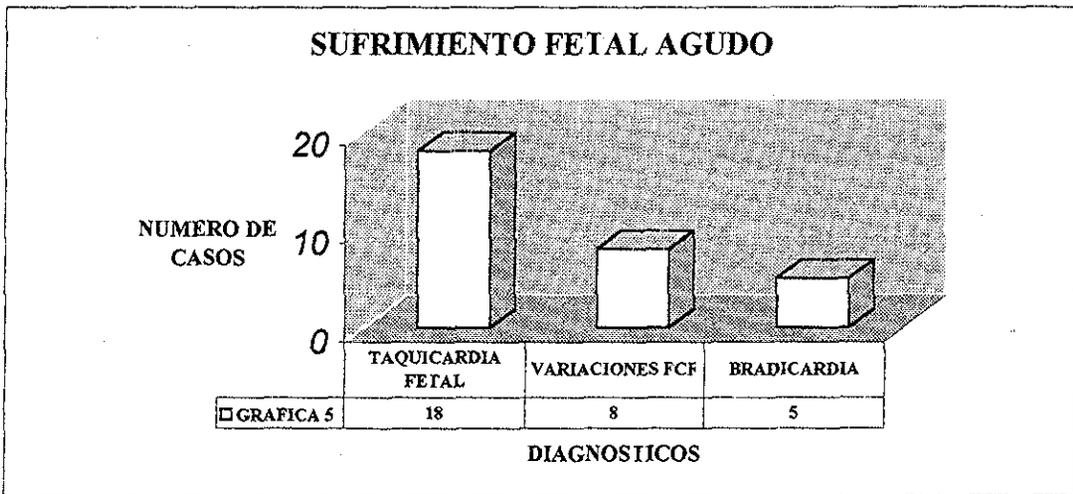
Nota: en la desproporción cefalopélvica en 127 casos no se especificó el origen y 5 se consideraron adquiridas

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**ESTA TESIS NO SALIR
DE LA BIBLIOTECA**



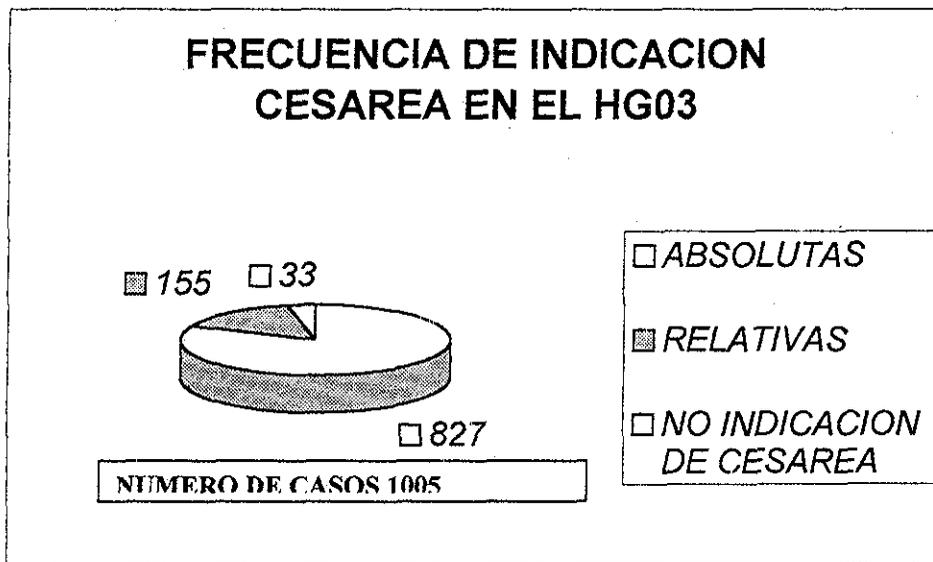
La baja reserva fetal constituyó el tercer grupo diagnóstico de indicación cesárea.



En 36 casos el diagnóstico preoperatoria fue solo SFA, sin especificar el tipo del mismo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 6



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Las indicaciones de cesárea varían de País en País y de hospital a hospital.

En Estados Unidos las cuatro principales causas de Cesárea son :

- 1) Distocias 39%
- 2) Cesárea previa 30.1%
- 3) Sufrimiento fetal 8.7%
- 4) Situación anormal 3.5%

Antiguamente se decía que, después de practicar una operación cesárea, el siguiente embarazo tenía que terminar de la misma manera. Las cosas han cambiado y actualmente el antecedente de cesárea no siempre es Cesárea, solamente en los casos en que se repite la misma indicación quirúrgica.

Por diferentes razones se han incrementado las indicaciones de cesárea en los últimos 20 años, con el pretexto de reducir la morbilidad perinatal y mejorar la sobrevivencia del producto. No obstante, el riesgo materno es de 3 a 4 veces mayor que en el parto. Otro aspecto a destacar es el temor del incremento en el número de demandas hacia el médico.

La frecuencia de operación cesárea con indicación absoluta en el HGO3, es del 82.29%, lo que rebasa por mucho lo aceptado por la Norma Oficial Mexicana

Los 66 diagnósticos diferentes encontrados ponen de manifiesto la carencia de criterio médico estandarizado y la falta de conocimiento de las causas obstétricas, así como el 17.71%, de indicación relativa o no indicación

De las indicaciones más frecuentes la Preeclampsia Eclampsia ocupa el primer lugar en nuestra unidad, debido a el tipo de población y frecuencia de diagnóstico de ingreso a la misma

Las distocias y el sufrimiento fetal agudo coinciden dentro de las primeras cinco causas de indicación de cesárea de otros centros a nivel mundial

La baja reserva fetal, como tal, observada en el tercer lugar de indicación de operación cesárea en el hospital por sí misma no es un diagnóstico; si no es un concepto que se infiere de un cuadro nosológico bien definido de Síndrome de Insuficiencia placentaria, que en el mejor de los casos, debe documentarse de manera formal en indicaciones sucesivas

La ruptura prematura de membranas cuarta causa de indicación cesárea por sí misma no es un diagnóstico indicativo de cirugía, sin embargo puede ser una indicación secundaria a otra causa obstétrica

Las complicaciones transoperatorias de cesárea son elevadas (7.17%), la mitad de ellas (cinco), son previsible y ponen de manifiesto la “ falla técnica” en el procedimiento quirúrgico con plena responsabilidad del cirujano.

La correlación del diagnóstico clínico y los hallazgos es deficiente a lo esperado. Se hace necesario y urgente el revisar las indicaciones de la Operación cesárea en la unidad, unificando el criterio clínico preoperatorio con lo que se disminuirá la frecuencia de su ejecución incorrecta.

Al mejorar la calidad del diagnóstico preoperatorio, se podrán optimizar recursos con el consecuente ahorro hacia la unidad.

La mejora en el desarrollo de la técnica quirúrgica limitará las complicaciones transoperatorias.

Estamos obligados a crear una cultura del **correcto llenado** de hojas de programación y elaboración de nota pre y postoperatoria de acuerdo a la Norma Oficial 168.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Rubio C.A y Col., Incremento en el número de Cesáreas, Salud de la Mujer Ponencia presentada en el primer Curso de Actualización para Médicos Generales en Atención de Urgencias Médico Quirúrgicas Hospital General, del Estado, 1998.
- 2) Juárez, A A , y Col. Histerectomía Obstétrica, estudio retrospectivo en los últimos tres años. Hospital General de México, Ginecología y Obstetricia de México, 1996;64 : 6-9.
- 3) Yazpik F.S y Col., Histerectomía en el C.H. 20 de Noviembre. Ginecología y Obstetricia de México, 1987;55:234-238.
- 4) Guzmán G.A. y Col. ¿ La Reducción de Cesárea de 28 a 13% incrementó o no la mortalidad materna y perinatal: la Gran Duda ? Ginecología y Obstetricia de México, 1998; 66:122-125.
- 5) Bernal M.S. y Col. Cesárea Histerectomía en el Hospital Civil de Guadalajara. Revisión de 5 años. XI Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia de México. 406
- 6) Lira P.J y Col. Placenta previa acreta y Cesárea previa. Experiencia de cinco años en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginecología y Obstetricia de México, 1995; 63:337.
- 7) Angulo V.J. y Col. Mortalidad materna en el Hospital de Ginecología y Obstericia del Centro Médico Nacional de Occidente . Revisión de 12 años. Ginecología y Obstetricia de México, 1999; 67: 419-424
- 8) John C.R y Col. Alternative conservative manegemente of placenta accreta. The Journal of Reproductive Medicine, 2000;45:595-598.
- 9) Nell Am. B y Col. Inversión of uterus during cesarean section. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 2000;91: 75-77.

- 10) Cinthia G.B y Col. Puerperal infection after cesarean delivery: Evaluation of a standardized protocol. Am. Journal Obstet Gynecol, 2000;182:1147-1151

- 10) Allaire D.A y Col. Subcutaneous drain Vs. suture in obese women undergoing cesarean delivery. The Journal of Reproductive Medicine 2000;45: 327-331.

- 11) De la Garza Q.C. y Col. Parto después de cesárea en el Hospital de Ginecología y obstetricia de México, 1997;65:126-130.

- 12) Grobman A.W. y Col. Cost effectiveness of elective cesarean delivery after one prior low transverse cesarean. Obstetrics and Gynecology, 2000;95:745-751.

- 13) Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología. Instituto Nacional de Perinatología, 1998, 2II.

- 15) José A.A., y Col. Obstetricia y Ginecología Aplicadas, la Ed , JGH editores, México, D.F 2000, 175.