

11217

5720j



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Hospital Central Sur de Concentración Nacional  
PEMEX

MORBI-MORTALIDAD DE LA OPERACION CESAREA:  
EXPERIENCIA EN EL H.C.S.G.N. DE PETROLEOS  
MEXICANOS

**TESIS DE POSTGRADO**  
que para obtener el título en la Especialidad de:  
**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**  
p r e s e n t a

**DR. FERNANDO FERIA ACQUART**



MEXICO, D. F.

1988



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

TESIS RECEPCIONAL DE LA ESPECIALIDAD  
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

**TEMA:** " MORBI-MORTALIDAD DE LA OPERACION CESAREA.  
EXPERIENCIA EN EL H.C.S.C.N. DE PETROLEOS -  
MEXICANOS."

**LUGAR:** HOSPITAL CENTRAL SUR DE CONCENTRACION NA -  
CIONAL PICACHO.  
PETROLEOS MEXICANOS.

**FECHA:** DEL 1° DE DICIEMBRE DE 1985 AL 30 DE NO -  
VIEMBRE DE 1987.

**REALIZADOR:** DR. FERNANDO FERIA ACQUART.

**ASESOR:** DR. OSCAR MENDIZABAL GONZALEZ.  
Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetri  
cia, del Hospital Central Sur de Concentra  
ción Nacional Picacho.  
Petroleos Mexicanos.

Quiero agradecer de todo corazón a -  
dos personas, que con su amor y buen  
ejemplo han logrado hacer de mí un -  
hombre de provecho. Mis padres, el -  
Sr. Alfonso Fera Allier y la Sra. -  
Gloria A. de Fera.

Estoy seguro que será una gran satis  
facción para ellos.

Con todo mi amor; quiero agradecer a mi esposa, la Sra. F. Mercedes M. de Feria por su gran apoyo y comprensión, lo cual fué un gran estímulo para la realización de mi especialidad.

Así mismo deseo expresar mi agradeci-  
miento al Sr. Dr. Oscar Mendizabal -  
González que además de maestro y --  
amigo, es un excelente ser humano.  
Estoy orgulloso de haber sido su --  
residente.

Con agradecimiento a mis maestros -  
GinecoObstetras del Hospital, por -  
haber compartido conmigo sus amplios  
conocimientos y experiencias.  
Siempre estarán en mi recuerdo.

A mis compañeros residentes de la -  
especialidad, que de alguna forma u  
otra contribuyeron en mi formación-  
como especialista.

A mis pacientes, pues sin ellas no-  
sería lo que soy.

I N D I C E

I.- INTRODUCCION

II.- OBJETIVOS

III.- MATERIAL Y METODOS

IV.- RESULTADOS

V.- DISCUSION

VI.- CONCLUSIONES

VII.- BIBLIOGRAFIA



## INTRODUCCION:

En la actualidad, no existe una definición unánimemente -- aceptada de la Operación Cesárea; sin embargo, de acuerdo con los nuevos conceptos se le puede definir como sigue: " Es la -- extracción del feto vivo o muerto a través de una incisión abdominal en la pared uterina, siempre que el embarazo haya llegado a las 27 semanas de gestación o más, y no se incluye la -- extracción del feto cuando parte de él se encuentra fuera de -- la cavidad uterina." (4,25).

La Cesárea es una de las operaciones más antiguas, las primeras referencias llevan sus orígenes al reinado de Numa Pompilius (715-672, a.J.C.), quien decretó que todo niño sería -- extraído del vientre de aquellas madres que murieran en el embarazo avanzado, recibiendo el nombre de Lex Regia; no es sino hasta el reinado de los Césares, cuando adquiere el nombre de Lex Cesárea. Algunos académicos, refieren que la operación cesárea deriva del Latín Caedere, que significa cortar, siendo -- llamado el parto por vía abdominal, partus cesareus. Dándose -- posteriormente el nombre de Cesárea a esta operación,

En sus inicios como se refiere anteriormente, solo se llevaba a cabo en mujeres agonizantes o muertas, y durante muchos siglos fué mortal cuando se intentaba en una mujer viva.

El primer documento indudablemente auténtico sobre la operación cesárea en una paciente viva, se llevó a cabo el 21 de abril de 1610, y fué realizada por dos cirujanos; Trautmann y Guath. La paciente sobrevivió hasta el día veinticinco del -- postoperatorio, resultado que no se repitió en los siguientes -- dos siglos, durante los cuales las muertes se presentaron de -- manera más inmediata por hemorragias o por infecciones, ya que el útero no era suturado.

En la primera mitad del siglo XIX, los resultados de la operación presentaron una ligera mejoría; en 1867, Nuyér refirió una mortalidad de un 54% entre 1605 casos recopilados en toda la literatura.

El veintisiete de abril de 1876, Porro efectuó por primera vez la amputación del útero en una paciente que operó de cesárea, colocando una lazada de alambre alrededor de éste, y anudándose fuertemente a nivel del orificio cervical interno, -- extirpé rápidamente dicho órgano, junto con el ovario izquierdo; teniendo la paciente una recuperación completa, dándosele el nombre de operación de Porro a la Cesárea-Histerectomía en aquella época. La Obstetricia moderna sigue empleándola, pero con indicaciones radicalmente modificadas.

Aunque el primero que suturó el útero fué Lebas, en el año de 1789, este método no se popularizó hasta un siglo después; cuando Sanger hizo sus publicaciones iniciando así una nueva época. La técnica de Sanger consistió en una incisión longitudinal y sutura del fundus uterino, conociéndose ésta desde entonces con el nombre de Cesárea Clásica.

En el año de 1907; Frank, propone modificaciones a la técnica clásica conservadora usada hasta entonces consistentes en hacer la incisión abdominal transversal a unos cuantos centímetros por arriba de la sínfisis púbica, despegando el peritoneo de la cara posterior de la vejiga, y de la cara anterior e inferior del segmento, realizando una incisión transversal en dicho segmento; esta técnica fué la que dió la pauta para la cesárea segmentaria Tipo Kerr, tan usada en nuestro medio. (7,- 8,16,19).

En nuestra época, el advenimiento de los antibióticos, el mejoramiento del ambiente quirúrgico y los nuevos materiales --

de sutura disponibles, han disminuído en forma sorprendente la morbi-mortalidad de la operación cesárea. (5,10,12).

Durante muchos años, las indicaciones de esta operación se reducían solo por parte del producto al volúmen excesivo y presentaciones viciosas y por parte de la madre a un estrechamiento del canal del parto, ya sea ósea, de partes blandas, madre adolescente o de edad avanzada. (1,19).

Hoy en día se ha incrementado sorprendentemente la incidencia de cesáreas, este aumento puede ser atribuído principalmente a la mayor seguridad del procedimiento y al firme deseo del Obstetra para realizar una atención con el menor daño posible para el Recién Nacido. (1,11,12,22,24).

Sin embargo, en las últimas tres décadas, éste aumento se ha convertido en motivo de preocupación tanto para el Obstetra como para el público en general, con cuestionamientos no solo científicos, sino publicitarios, económicos y jurídicos. (1,2,6,18,20,21).

Por lo anterior, el alud de nuevas indicaciones, sin olvidar que no es un procedimiento exento de riesgos, nos obliga al análisis de su evolución en forma periódica y su impacto sobre las cifras de morbi-mortalidad materna y perinatal, para determinar en el momento actual su lugar dentro de la práctica obstétrica cotidiana.

**OBJETIVOS:**

El objetivo de este estudio, es el análisis de los casos - de Operación Cesárea, realizados durante dos años en nuestro - hospital, para su comparación con otros estudios efectuados en Instituciones Hospitalarias similares, en cuanto a su frecuencia, indicaciones e impacto en las cifras de morbi-mortalidad.

**MATERIAL Y METODOS:**

Se realizó un análisis retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo en el Hospital Central Sur de Concentración Nacional de Petróleos Mexicanos; en un periodo comprendido de Diciembre de 1985 a Noviembre de 1987. Lapsó en el que - se atendieron un total de 1138 nacimientos, de los cuales: -- 642 (56.4%) fueron eutócicos; 96 (8.4%) distócicos, y 400 ( - 35.1%) fueron obtenidos por Operación Cesárea.

Fueron estudiadas únicamente las 400 pacientes operadas de cesárea, cuyos datos se obtuvieron de los expedientes del archivo clínico del Hospital.

Mediante una hoja especial, se recolectaron los siguientes parámetros:

- Edad de la paciente
- Paridad
- Indicación-es de la Cesárea
- Semanas de gestación al momento de la operación
- Tiempo de Ruptura Prematura de Membranas
- Presencia o ausencia de Trabajo de Parto
- Existencia o no de control prenatal

- Procedimiento anestésico empleado
- Tipo de incisión
- Tipo de Histerotomía
- Tipo de antibióticos empleados
- Del producto: sexo, viabilidad, peso y Apgar
- Complicaciones trans y postoperatorias.
- Procedimientos quirúrgicos agregados.

Una vez recabada la información, se obtuvieron porcentajes, rangos y promedios aritméticos, los cuales se relacionaron con los obtenidos por otros autores en poblaciones con características similares.

RESULTADOS:

La frecuencia de la Operación Cesárea en el periodo comprendido fué del 35.1% .

La edad estuvo comprendida en un rango de 16 a 45 años; - con un promedio de 26.6 años; 8.5% correspondió a pacientes - menores de 20 años; 53.7%, perteneció al grupo de 21 a 30 años; 31.5%, estuvieron en el rango de 31 a 39 años; y 6.2%, - de 40 años o más. (Cuadro No.1).

DISTRIBUCION POR EDAD:

EDAD	No.	%	
Menores de 20 años	34	8.5	
De 21 a 30 años	215	53.7	
De 31 a 39 años	126	31.5	
Mayores de 40 años	25	6.2	
	400	99.9	TOTAL

Cuadro No. 1

En cuanto a la paridad, las pacientes Mulíparas constituyeron el 41.5%; con dos gestaciones, el 26.7%; con tres gestaciones, el 20%; y con cuatro gestaciones o más, el 11.7%. ( - Cuadro No.2).

DISTRIBUCION POR PARIDAD:

GESTAS	No.	%	
I	166	41.5	
II	107	26.7	
III	80	20.0	
IV o más	47	11.7	
	400	99.9	TOTAL

Cuadro No. 2

Las indicaciones en orden de frecuencia fueron las siguientes: (Cuadro No.3).

INDICACIONES.

---

Desproporción Céfalo-pélvica	150	37.5%
Cesárea Previa	84	21.0%
Ruptura Prematura de Membranas	59	14.7%
Iterativa	52	13.0%
Sufrimiento Fetal Agudo	35	8.7%
Pélvico	30	7.5%
Toxémia	22	5.5%
Gemelar	10	2.5%
Transverso	10	2.5%
Otras	12	3.0%
TOTAL	464	115.9%

---

Nota:

Algunas pacientes presentaron más de una indicación, por lo que el total fue mayor - al 100%.

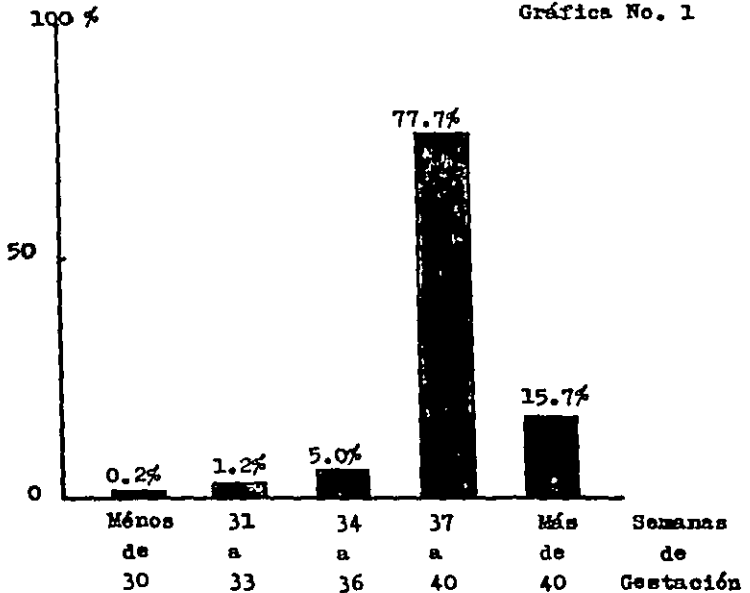
Cuadro No. 3



La variabilidad en la edad gestacional fué de 26 a 44 semanas, con un promedio de 39 semanas; y la distribución por rangos fué la siguiente: con menos de 30 semanas de gestación 0.2%; de 31 a 33 semanas 1.2%; de 34 a 36 semanas 5%; de 37 a 40 semanas 77.7%; y por arriba de 40 semanas, el 15.7%. (Gráfica No.1).

Porcentaje

Gráfica No. 1



De las cuatrocientas pacientes estudiadas, 65 (16.2%), -- presentaron Ruptura Prematura de Membranas de más de 6 horas de evolución.

Al momento del procedimiento quirúrgico, 339 pacientes -- presentaron Trabajo de Parto, lo que correspondió al 84.7%.

Con control Prenatal, encontramos a 357 pacientes, lo que correspondió al 89.2% .

El procedimiento anestésico que con mayor frecuencia se -- utilizó fué el Bloqueo Peridural, llevándose a cabo en un -- 97.7% de las pacientes; seguido de la Anestesia General, la -- cual ocurrió en el 2.0% ; y por último el Bloqueo Subaracnoides, el cual ocupó el 0.2% del total de pacientes operadas.

La incisión Media Infraumbilical se llevó a cabo en 289 -- pacientes (72.2%), y la suprapúbica transversa, en 111 pacien -- tes (27.7%). (Cuadro No. 4).

La Histerectomía tipo Kerr, se realizó en 395 casos (98.7%) y la tipo Beck en 5 casos (1.2%). (Cuadro No. 5).

TIPO DE INCISION

---

Media Infraumbilical	289	72.2%
Suprapública Transversa	111	27.7%
TOTAL	400	99.9%

---

Cuadro No. 4

TIPO DE HISTEROTOMIA

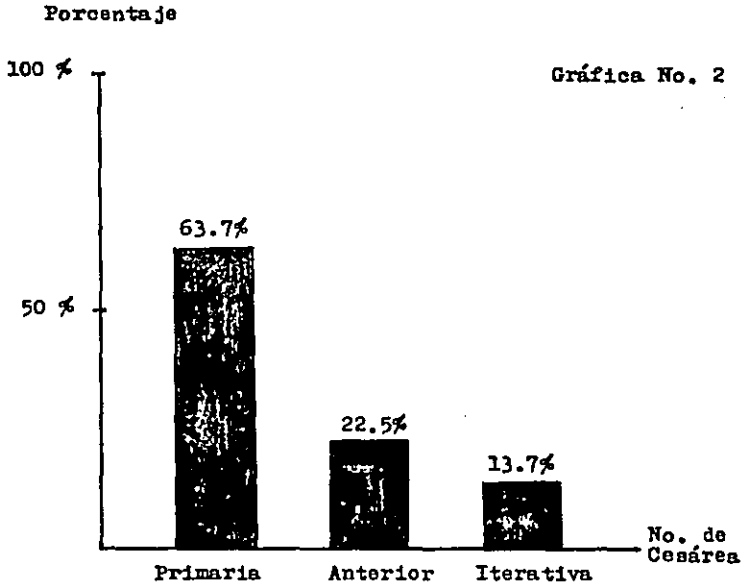
---

K E R R	395	98.7%
B E C K	5	1.2%
TOTAL	400	99.9%

---

Cuadro No. 5

De las pacientes estudiadas; 255 no tenían antecedente de cesárea, lo que correspondió a un 63.7%; el resto (145), que corresponde al 36.3%, tenían el antecedente de una o más cesáreas. De estas últimas, el 22.5% lo presentaron las pacientes con el antecedente de cesárea anterior, y el 13.7%, al de cesáreas iterativas. (Gráfica No.2).



El cuadro No. 6, muestra el uso de antibióticos en mae -  
tras pacientes:

ANTIBIOTICOS EMPLEADOS

Cefalotina Sódica	216
Ampicilina	104
Penicilina Sódica Cristalina	53
Gentamicina	9
Cloranfenicol	3
Clindamicina	1
NO Antibióticos	18

Nota:

El total es mayor a 400, debido -  
al uso de asociaciones empleadas -  
en algunas pacientes. (Ampi-Genta.  
Clinda-Genta.).

Cuadro No. 6

De las cuatrocientas cesáreas realizadas, se obtuvieron -  
408 productos, debido a 8 embarazos gemelares; siendo 213 del  
sexo masculino (52.2%), y 195 del sexo femenino (47.7%). Dos-  
de estos productos fueron Obitos.

Los pesos al nacimiento, presentaron un rango de 1.200 a 4.800 Kg; con un promedio de 3.088 Kg. Con la siguiente distribución: menores de 2.000 Kg, 9 (2.2%); de 2.1 a 2.5 Kg, -- fueron 32 (7.8%); de 2.6 a 3.0 Kg, fueron 142, lo que corresponde al 34.8%; de 3.1 a 3.5 Kg, corresponde a 111 casos ( - 27.2%); de 3.6 a 4.0 Kg, se presentó en 96 casos, (23.5%); y con peso mayor a 4.0 Kg, el resto de los productos (4.4%), 18 productos. (Cuadro No.6).

PESO DE LOS PRODUCTOS

-2.0	2.1-2.5	2.6-3.0	3.1-3.5	3.6-4.0	+4.0	Kg
2.2	7.8	34.8	27.2	23.5	4.4	%
					TOTAL	99.9 %

Cuadro No. 6

El Apgar al minuto fué de 2 a 4 en 4 productos; lo que -- correspondió al 4.9%; 26 productos presentaron un Apgar de 5- a 6 (6.3%); de 7 a 8 hubo un total de 356 casos (87.2%), y de entre 8 y 10, fueron 22 casos (5.3%).

A continuación (Cuadro No.7), se describen las complicaciones:

MORBILIDAD POST-CESAREA

	No.	%
Infeción de Herida Quirúrgica	13	3.2
Infeción de Vías Urinarias	5	1.2
Hipotonía y/o Atonía Uterina	4	1.0
Endometritis	3	0.7
Desgarro Comisural	3	0.7
Punción de Duramadre	3	0.7
Fiebre de origen obscuro	2	0.5
Tromboflebitis	1	0.2
Acretismo Placentario	1	0.2
Inversión Uterina	1	0.2
Granuloma de Herida Quirúrgica	1	0.2
Dehiscencia de Herida Quirúrgica	1	0.2
Absceso de Pared	1	0.2
Retención Aguda de Orina	1	0.2
Hernia Umbilical Postincisional	1	0.2
Cuerpo Extraño	1	0.2
Transfusión	1	0.2
Ileo Paralítico	0	0.0
Embolia Pulmonar	0	0.0
Lesión a Vías Urinarias	0	0.0
TOTAL	43	10.7

Nota: Dos de las complicaciones fueron resueltas mediante Histerectomía Total Abdominal; una por Acretismo Placentario y la otra por Atonía Uterina rebelde a manejo conservador.

Se realizaron 91 procedimientos quirúrgicos agregados, lo que correspondió al 22.7%; de los cuales, 92.3% correspondió a Obstrucción Tubaria Bilateral; 3.2% a hernioplastias umbilicales; 2.1% a Histerectomía Total; 1.0% a Miomectomía y el -- 1.0% restante correspondió a Ooforectomías.

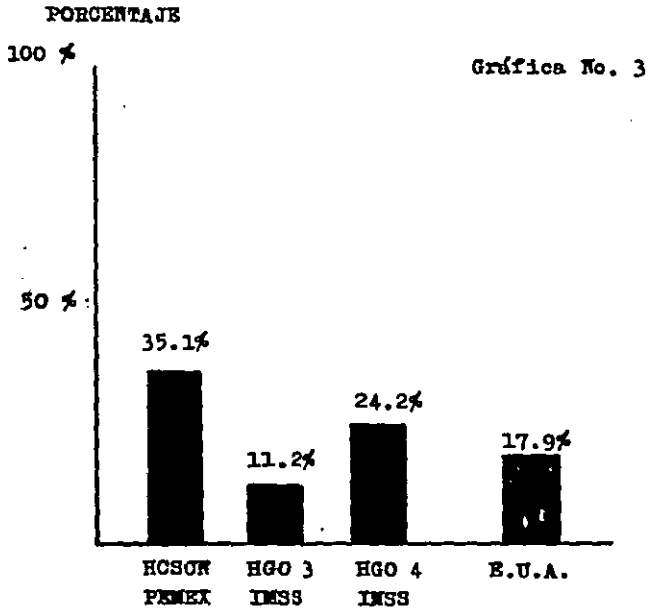
#### DISCUSION:

Como hemos comentado anteriormente, la operación cesárea a pesar de ser una de las intervenciones más antiguas de las que se tiene antecedente, es sin embargo; un procedimiento -- relativamente joven en cuanto a su uso en la práctica obstétrica. Considerándose además, que en la actualidad pocos procedimientos han tenido un incremento tan impresionante, tanto en su indicación, como en la práctica de ésta; dicha tendencia al parecer no se ha modificado, debido entre otras -- cosas, a que el GinecoObstetra ha ido substituyendo manio -- bras vaginales riesgosas, por procedimientos más seguros --- tanto para la madre como para el producto. (14,21).

El análisis de la incidencia y morbi-mortalidad de la -- operación cesárea en nuestro hospital, nos demuestra que la frecuencia es alta con respecto a la reportada por otros -- autores. (17). -Gráfica No.3--.



FRECUENCIA DE CESAREAS



En cuanto a la edad, el mayor número de pacientes sometidas a esta cirugía se encontró en el rango comprendido entre los 21 y 30 años, siendo menor la frecuencia en los extremos de la vida reproductiva. Este fenómeno puede explicarse, por la tendencia actual a iniciar más tardíamente y completar más tempranamente el ciclo reproductivo. Estos resultados coinciden con las edades reportadas en otros estudios con poblaciones similares. (17,26).

Con respecto a la paridad, los resultados son semejantes a los descritos en la literatura (13,15); encontrando que la operación cesárea es más frecuente en las primigestas y menos en las multigestas.

Por otra parte, las indicaciones de la operación cesárea - en nuestro estudio muestran al igual que otros (3,9); que la causa más frecuente continúa siendo la Desproporción Cefalo - Pélvica. En nuestro hospital, la Toxemia a diferencia de otros autores (3,5,9); constituyó una indicación poco frecuente; suponemos que este hallazgo, es en cierta forma debido a un nivel socioeconómico más alto de nuestra población, así como a un mejor control prenatal. De esto último, cabe mencionar que el 89.2% de nuestras pacientes acudieron a control prenatal.

Así mismo, consideramos de interés el hecho de que la cesárea previa ocupó el segundo lugar en frecuencia, lo cual no coincide con otros reportes. (3,5,9).

La Ruptura Prematura de Membranas, ocupó la tercera causa como indicación; esto es debido a que las pacientes con dicha patología y cuyas condiciones cervicales no son favorables -- para practicar inducto-conducción de trabajo de parto, por lo general en nuestro servicio se decide la interrupción del em-

barazo por vía abdominal.

Las diferencias en el orden de frecuencia, para las indicaciones encontradas en los reportes de otros centros hospitalarios y el nuestro son debidas, a que en cada institución -- varían tanto el criterio de manejo, como el tipo de pacientes en estudio; así como la asistencia al control prenatal que -- puede influir en la evolución del embarazo. Además, las estadísticas se confunden muy frecuentemente, debido a que en ocasiones existe pluralidad de indicaciones en una misma cesá -- rea. (3,5,9).

La edad gestacional al momento de la interrupción del embarazo, fué en promedio de 39 semanas. El 92% de nuestras pacientes se intervinieron quirúrgicamente con productos de -- término.

El Bloqueo Peridural fué el procedimiento anestésico más-frecuentemente empleado, esto debido a la seguridad que pro -- porciona tanto a la madre como al producto. (22).

La cesárea fué primaria en el 63.7%; repetida en el 22.5% e iterativa en el 13.7%; consideramos que debido a que nuestro hospital es relativamente joven y cuenta con una población cautiva de derechohabientes, estas cifras en un futuro -- repercutirán en el aumento tanto de la cesárea anterior, como de la iterativa.

Así mismo, cabe mencionar que en el 95.5% de nuestras -- pacientes se utilizó antibioticoterapia; lo que pudiera tra -- ducir un decremento en las cifras de morbilidad tanto materna como fetal.

El peso promedio de los productos de nuestras pacientes - estudiadas, fue de 3.088Kg; siendo el rango más alto (50.7%), el comprendido entre los 3.1 a 4.0 Kg. Estos resultados nos - hablan de un nivel socioeconómico más elevado en nuestra po - blación, así como un adecuado control prenatal de la misma.

Cuarenta y tres de nuestras pacientes (10.7%), presenta - ron complicaciones; de estas, 25 (6.2%) fueron infecciosas. - No hubo mortalidad, sin embargo, hubo necesidad de practicar - 2 histerectomías obstétricas para resolver estos problemas.

El programa de planificación familiar fue considerado -- rutinariamente. En este grupo se alcanzó el 21% de salpingo - oclasis; otras series refieren cifras de 14 al 18%. (10,23).

**CONCLUSIONES:**

1. El índice de cesáreas se encuentra elevado en comparación a lo referido en la literatura.
2. En nuestro hospital el porcentaje de pacientes que acude a control prenatal es elevado.
3. Actualmente continúa siendo la desproporción-cefalopélvica la indicación más frecuente de la operación cesárea.
4. La diferencia tan significativa de la indicación de desproporción cefalopélvica en comparación a otras, pone de manifiesto la duda, - de si alguna o muchas, de estas indicaciones - se pudo haber resuelto con la administración de ocitocina.
5. La morbilidad general fue similar a la reportada por otros autores.
6. No se presentó mortalidad materna o fetal, lo cual es un excelente resultado; mas sin embargo es conveniente que cuando se indique, no se menosprecie el acto ya que algunos casos - probablemente tengan una indicación electiva.
7. Es conveniente considerar el momento de la -- operación cesárea para motivar a la paciente - para que acepte el programa de planificación familiar.

Por todo lo anterior podemos resumir; que en la operación cesárea tanto sus beneficios como sus virtudes son indiscutibles, mas sin embargo, no hay que olvidar que no está exenta de riesgos, por lo cual su indicación debe constituir un motivo de reflexión para el Gineco-Obstetra y no unicamente tomarla en consideración como un procedimiento terapéutico mas dentro de la práctica obstétrica cotidiana.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA.

**BIBLIOGRAFIA:**

- 1.- Amirikia, H. Zarewych, B. Evans, T.N.; Cesarean Section. A - 15 years review of changing incidence indications and - risks. Am. J. Obstet. Gynecol. 140:81. 1981.
- 2.- Bottoms, S.R.; Rosen, M.G.; Sokol, R.J.; The Increase in - the Cesarean birth rate. New Engl. J. Med. 302:559, -- 1980.
- 3.- Castelazo, A.L.; Espinoza de Los Reyes, V; Reyes, C.L. - Ocho años de Cirugía Abdominal en la Maternidad uno del I.M.S.S., Ginec. Obstet. Mex. 12:195, 1957.
- 4.- Castelazo, A.L. Tratado de Obstetricia. Ed. Mendez Oteo- Pag. 144, 1959.
- 5.- Castro Chávez, F.; "Estado Actual de la Cesárea en el -- Hospital de Gineco-Obstet. Luis Castelazo Ayala. Su evo- lución en cuatro décadas". Tesis de Postgrado. 1984.
- 6.- Chavez, A.J.; Soberón, A.J.; Castelazo, A.L.; Operación -- Cesárea y Mortalidad Materna. Factores predisponentes. -- Gineco. Obstet. Mex. 22:163, 1970.
- 7.- Danforth, D.N. Tratado de Obstet. y Ginecol. Ed. Inter- -- americans; 11:13, 1987.
- 8.- Eastman, N.J.; Obstet. de Williams. Ed. Unión Tipograf. -- Hisp. Am.; 1103, 1960.
- 9.- Espinoza de Los Reyes, V.; Ruiz, V.V.; Saldaña, G.R.; --- Morbimortalidad materna fetal en 3.000 operaciones ce - sáreas. Ginec. Obstet. Mex.; 28:613, 1970.
- 10.- Eyraud, R. Jhon: Operación Cesárea: Valoración Contempo- -- ránea. J. Reprod. Med.; 24:147, 1980.
- 11.- Johnell, E.R.: Increasing Cesarean Section Rate. Acta -- Obstet. Gynecol. Scand.; 55:95, 1976.

- 12.- Jones, O.H.; Cesarean Section in Present Day. *Obstetrics An. J. Obstet. Gynecol.*; 126:521, 1976.
- 13.- Karchmer, S. Vargas; Are M. y Ramírez, E.E.: Operación - Cesárea. Análisis de 1.000 casos. *Sem. Med. Mex.* 42:392 1964.
- 14.- Khatua, S.P. et.al.: "Perinatal Morbidity and Mortality in cesarean section". *Indian Pediatr.* 16(5); 429-35, -- 1979.
- 15.- Kunhardt, R.J.; Fernandez, C.C.; Cesárea. *Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia.* 86-95, 1984.
- 16.- Leon J.; *Trat. de Obstet.* - Ed. Arg. 412, 1964.
- 17.- Lopez Ortiz E. et.al.; " La operación cesárea en el -- hospital de Ginecol. y Obstet. No.3. del I.M.S.S.; --- *Ginec. y Obst. Mex.*: Vol. 51, 320:315-320, 1984.
- 18.- Mann, L.I. et.al.; Modern indications for cesarean section am. *J. Obstet. Gynecol.*; 135:437, 1979.
- 19.- Mendez, G.J.; Historia de la Operación Cesárea. Tesis -- Doctoral DIU. Estudios Superiores. Facultad de Medicina U.N.A.M.; 1971.
- 20.- Petitti, D.; Olson, R.O.; Williams, R.L.: Cesarean Section *Am. J. Obstet. Gynecol.*; 133:391, 1979.
- 21.- Petitti, D.B.; "Maternal Mortality and Morbidity in Cesarean Section.; *Clin. Obstet. Gynecol. (U.S.A).* 28/4:- 763-769, 1985.
- 22.- Quilligan, E.J.; Cesárea. *Clin. Obst. Ginecol.*; Vol.4, - pag. 867+921-922, 1985.
- 23.- Ruiz, V.: *La Operación Cesárea.* Ed. La Prensa Médica -- Mexicana, Pag. 31-134, 1971.
- 24.- Sidney, F. Bottoms; Aumento de la tasa de operaciones -- cesáreas; *N. Engl. J. Med.*; 302:599, 1980.



- 25.- Sociedad de Médicos Cirujanos del Hosp. de Ginec. y -  
Obst. Número Uno-Cuatro.; "Procedimientos en Obstetri-  
cia"; I.M.S.S.; 545-552, 1985.
- 26.- Valdéz M.; E. Rodríguez,S;J,D.; Ríos,M.F.A.: Estado -  
Actual de la Cesárea. Revisión de 200 casos; Hosp. de-  
Ginecol. y Obstet. Número cuatro; I.M.S.S., 1980.