

UNIVERSIDAD NA
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



FRECUENCIA Y MORBI-MORTALIDAD
MATERNO PERINATAL EN LA
OPERACION CESAREA.

TESIS DE POST-GRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
La Especialidad en Ginecología y Obstetricia

P R E S E N T A

Dra. Rosa María Barraza Espinoza

CENTRO MEDICO NACIONAL DEL
NOROESTE
H. G. R. CD. OBREGON, SONORA

FEBRERO 1989





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.

T I T U L O

FRECUENCIA Y MORBI-MORTALIDAD MATERNO PERINATAL EN

LA OPERACION CESAREA.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
HIPOTESIS.....	4
MATERIAL Y METODOS.....	5
RESULTADOS Y CUADROS.....	6
COMENTARIOS.....	18
CONCLUSIONES.....	20
RESUMEN.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	23

I N T R O D U C C I O N

Cuántos esfuerzos ha costado a la humanidad disponer de un medio quirúrgico obstétrico útil, fácil y rápido que cada día resolviera más y más problemas.

En el presente trabajo, no es posible incluir mayores detalles sobre la historia de la operación cesárea, no obstante el siguiente estudio hace referencia sobre ciertos aspectos históricos necesarios para mejor entendimiento del tema.

La operación cesárea fué descrita originalmente en 1790 por Jean Louis Baudelocque, (1746-1810). así: "la Operación llamada Cesárea es aquella en la que hay que abrir una vía para la criatura que así fué destinada por la naturaleza. Para este propósito cortamos las paredes del abdomen y estamos obligados abrir el útero también y es particularmente en este momento cuando la operación cesárea recibe su nombre". (1 - 13)

Si comparamos las indicaciones para la operación cesárea durante la década correspondiente a los dos períodos de cinco años (1971-72 y 1976-80), podemos ver que, aunque las diversas han permanecido relativamente sin cambios, se ha registrado un incremento definido en el número de operaciones en los últimos 7 años para las siguientes indicaciones: Desproporción Céfalo-Pélvica la cual se ha duplicado, el antecedente de cesárea previa y el sufrimiento fetal que en la actualidad ha ido disminuyendo en comparación a otras indicaciones, por último la presentación anómala y la inductoconducción fallida se ha ido incrementando. (2 - 6 - 10)

Por lo tanto, será difícil referirse en abstracto a las indicaciones y métodos de ejecución de la cesárea, ya que la operación se llevará a cabo, después de consideración cuidadosa de todas las indicaciones en un momento dado y para su equipo, una vez tomada la decisión procederá a intervenir por el método que considere mejor, y también hacer frente a las complicaciones durante el acto operatorio, así como a los que puedan surgir después de la operación. (8 - 9)

De cuánto acabamos de exponer, podemos deducir que aunque las indicaciones consideradas son importantes, a medida que mejoren los conocimientos obstétricos y ocurran avances tecnológicos, se registraran cambios adicionales de igual importancia en las indicaciones. (7)

Con la aceptación reciente y el campo cada vez más amplio de la aplicación de la cesárea, en años recientes ha llamado la atención de los ginecoobstetras algunos problemas en relación con dicho método.

En la actualidad comprende de un 20 a un 30% de todos los partos y su gran popularidad ha alcanzado proporciones epidémicas. (5)

Las complicaciones maternas y fetales no dependen de la operación obstétrica en sí, para reducir los índices de morbilidad materna y perinatal es necesario prestar una adecuada atención prenatal.

Si se respetan sus indicaciones y si se acude a ella en un momento debido ni antes ni después, con objeto de asegurar la vida de la madre y de su hijo la mortalidad materna es nula. (3)

Si se pretende una clasificación simplista para su práctica diaria se diría que sus indicaciones son absolutas, relativas y convencionales.

El desideratum actual de la obstetricia moderna es obtener madre e hijo vivos y sanos, por ello en veces resulta indispensable la cesárea para garantizar la vida del binomio. (4)

Cuando en determinadas condiciones el tránsito fetal no parece tangible en condiciones normales por vía vaginal, sucede que lo sutil de la indicación para la operación esta vinculada a la experiencia de quien realiza el acto quirúrgico.

Teniendo en consideración, los adelantos y éxitos alcanzados en atención --

del recién nacido pretérmino, el obstetra es estimulado a interrumpir el embarazo mediante la operación cesárea en edades gestacionales cada vez más reducidas, en casos de riesgo elevado en que la indicación del parto presente una dificultad inherente, además de que el parto vaginal por sí mismo puede ser un factor en contra del interés perinatal. (13)

Las diferencias en el riesgo de muerte materna por operación cesárea en los diferentes medios hospitalarios dependen entre otros, de factores circunstanciales como: los biológicos de las gestantes, atención médica adecuada, etc.. El reconocimiento de los mecanismos por los cuales ocurren las complicaciones, permiten evidenciar que la mayoría podrían ser evitables o aún prevenidas.

Por sencilla que parezca en la actualidad a operación cesárea debe hacer reflexionar en el poco respeto que se le tiene y que con frecuencia el desinterés condiciona su desprestigio. (11)

Concluyendo al respecto diremos que cualquier centro obstétrico con suficiente capacidad para brindar una operación cesárea de urgencia y una atención adecuada a pacientes de alto riesgo, deberá proporcionar este servicio.

En el presente trabajo se trata de dejar constancia estadística de nuestra experiencia como médico residente en el Hospital General Regional # 1 en Duliacán Sín., dejando a críticas constructivas de quien solo desea una evaluación justa para lograr una superación constante.

H I P O T E S I S

- 1.- La frecuencia de la operación cesárea en nuestro medio es de un 25%
- 2.- La incidencia de morbilidad neonatal es de un 7%
- 3.- La indicación materna más frecuente de operación cesárea es la desproporción cefalopélvica.
- 4.- La indicación fetal más frecuente de la operación cesárea es el sufrimiento fetal agudo.
- 5.- La operación cesárea en este Hospital es uno de los procedimientos - que se realizan para evitar complicaciones en el binomio.

M A T E R I A L Y M E T O D O

El estudio se llevó a cabo en el Hospital General Regional de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Culiacán, Sin. En el Servicio de Ginecología y Obstetricia, en forma prospectiva en los meses de agosto, septiembre y octubre de 1986.

Recopilando los datos de los expedientes de las pacientes ingresadas en el servicio de toco-cirugía y hospitalización de Obstetricia.

Se consideraron en cada caso los siguientes parámetros:

- I.- Edad
- II.- Número de embarazos
- III. Indicación de la cesárea
- IV.- Edad Gestacional
- V.- Tiempo de estancia hospitalaria
- VI.- Complicaciones transoperatorias
- VII. Morbilidad materna inmediata
- VIII. Aparar de: producto
- IX.- Peso del producto
- X.- Morbilidad fetal, del producto obtenido por operación cesárea
- XI.- Mortalidad fetal, del producto obtenido por operación cesárea

No se utilizó método de exclusión, ya que la importancia del estudio deriva de los resultados obtenidos en todas las operaciones cesáreas que se realizaron.

R E S U L T A D O S

De un total de 2,366 pacientes embarazadas que ingresaron al Hospital en este lapso, se realizaron 558 operaciones cesárea representando el 23.58% en relación a los ingresos.

Considerando los parámetros establecidos para el estudio, a continuación se tratará de enmarcar los resultados obtenidos, y de acuerdo a la hipótesis previamente establecida se concluirá al respecto.

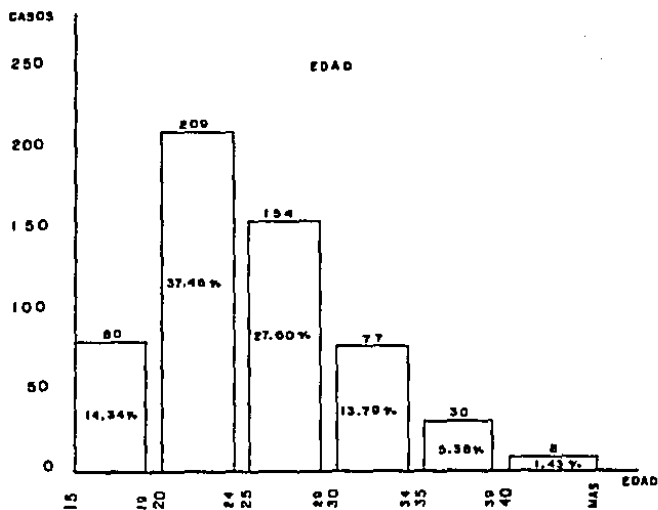
Los comentarios se dejarán para el final del informe, ya que será el reflejo de la experiencia obtenida.

1.- EDAD.

La edad varió de los 15 años a los 42 años, ya que se consideró la fase de reproducción. Se dividieron las pacientes en grupos de 5 años; el mayor índice lo constituyó el grupo de los 20 a 24 años - (37.46), siguiendo el de los 25 a 29 años (27.60). Conformando ambos grupos un total de (65.06).

CUADRO No. I

A Ñ O S	C A S O S	%
15 a 19	80	14.34
20 a 24	209	37.46
25 a 29	154	27.60
30 a 34	77	13.79
35 a 39	30	5.38
40 y MAS	8	1.42
T O T A L.	558	100.00



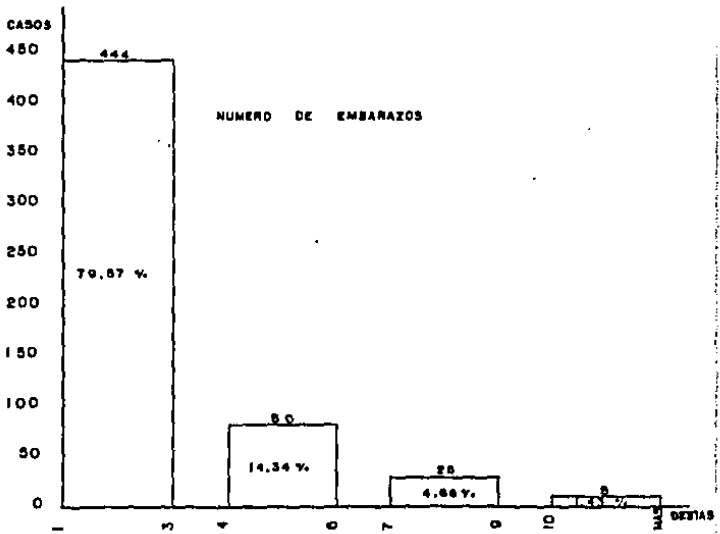
GRAFICA N. 1

NUMERO DE EMBARAZOS.

La mayor parte de las pacientes se encontró entre los primeros tres embarazos, en consideración con la indicación precisa que en la actualidad lleva el primer lugar como es la DCP y en otros Cesárea Previa reciente.

CUADRO No.11

GESTAS	CASOS	%
1 - 3	444	79.57
4 - 6	80	14.34
7 - 9	26	4.66
10 y MAS	8	1.43
T O T A L	558	100.00



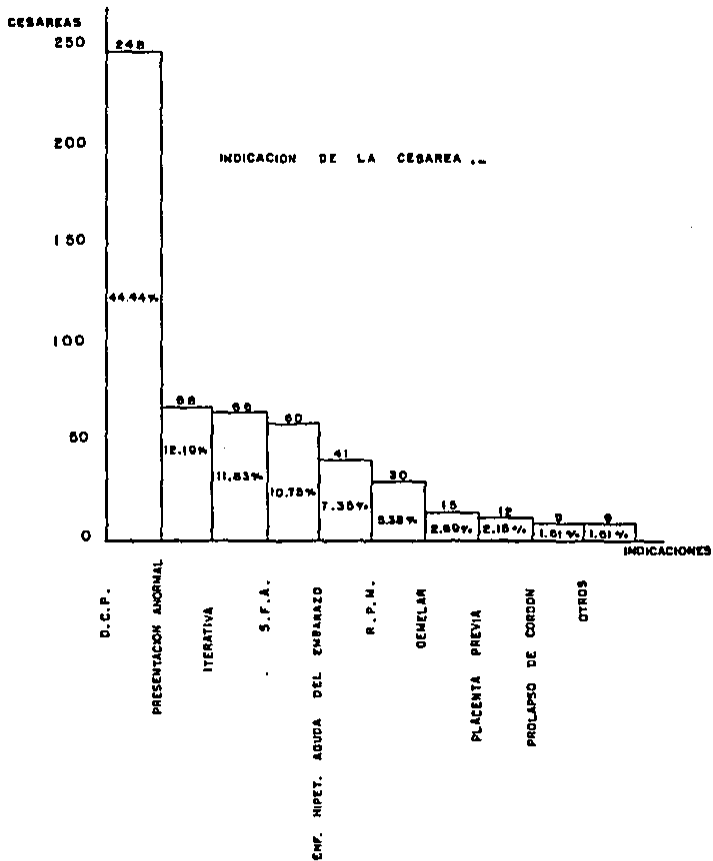
GRAPICA N. II

INDICACION DE LA CESAREA.

La indicación más frecuente encontrada fue la DCP, así como la literatura lo indica, que ha ido en aumento para disminuir el sufrimiento fetal agudo en los productos que se someterían al estrés del trabajo de parto cuando se sospecha de DCP. Siguiendo en frecuencia las presentaciones anormales que en la actualidad se resuelve el embarazo por vía abdominal.

CUADRO No. III

INDICACIONES	CESAREAS	%
D. C. P.	248	44.44
PRESENTACION ANORMAL	65	12.19
ITERATIVA	66	11.83
S. P. A.	60	10.75
ENF. HIPET. AGUDA DEL EMB.	41	7.35
E. P. E.	30	5.35
GENELAR	15	2.69
PLACENTA PREVIA	12	2.15
PROLAPSO DE CORDON	9	1.61
OTROS	9	1.61
T O T A L	558	100.00



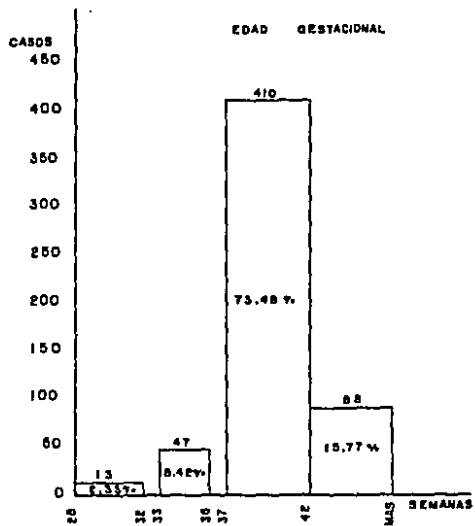
GRAFICA N. III

EDAD GESTACIONAL.

La mayor incidencia de los casos se encontró que fuerón embarazos de término, como se muestra en el cuadro No.IV. Seguida esta incidencia por los embarazos de más de 42 semanas en los cuales la inducción fué negativa. Aunque la literatura lo indica los embarazos que son pretermino, en la actualidad hay algunas ocasiones en que se resuelven por vía vaginal.

CUADRO No. IV

S E M A N A S	C A S O S	X
28 - 32	13	2.33
33 - 36	47	6.42
37 - 42	410	73.48
42 y MAS	88	15.77
T O T A L	558	100.00



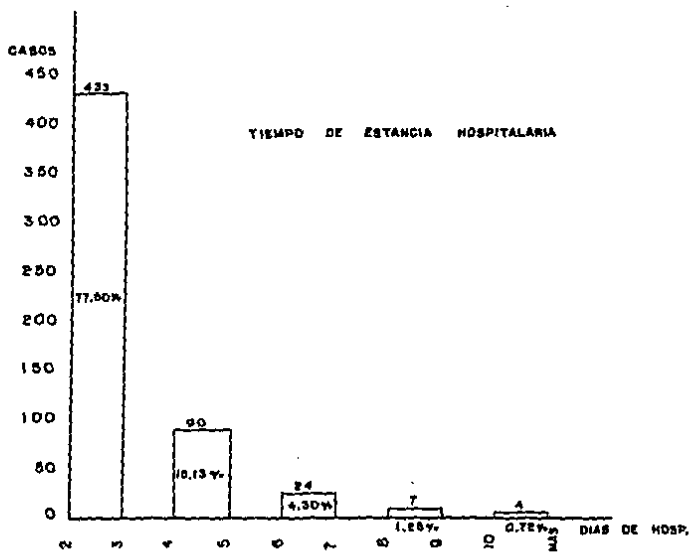
GRAFICA N. IV

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA.

El promedio de estancia hospitalaria fluctúa entre los 2 y 3 días lo cual hace evidente la baja tasa de morbilidad post cesárea en nuestro hospital, los casos que permanecieron por más de tres días fue por problemas agregados previamente al embarazo por ejemplo: la Enfermedad Hipertensiva Aguda del Embarazo.

CUADRO No. V

DIAS DE HOSPITAL	CASOS	%
2 - 3	433	77.60
4 - 5	90	16.13
6 - 7	24	4.30
8 - 9	7	1.25
10 Y MAS	4	0.72
T O T A L	558	100.00



GRAFICA . N. V

COMPLICACIONES TRANS OPERATORIAS.

Se consideró que dentro de las complicaciones transoperatorias las más frecuentes fueron las prolongaciones de la histerotomía y como consecuencia las hemorragias profusas durante el transoperatorio, estas se solucionaron satisfactoriamente.

Se realizarán también tres histerectomías obstetricas, dos de las cuales fueron por placenta acreta y una por desprendimiento prematuro de placenta normalmente implantada.

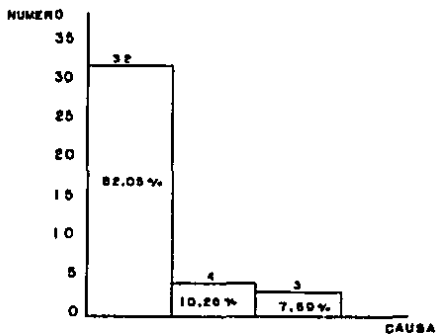
Otras complicaciones que se observaron durante el acto quirúrgico fueron las de origen anestésico del tipo de Bloqueo Peridural fallido.

De aquí que consideramos que la técnica operatoria por la cual se decidió en el momento oportuno fue el indicado. También se consideró las habilidades quirúrgicas de los ginecoobstetras a los cuales se les presentó algún caso en especial.

CUADRO No. VI

C A U S A	F U N E R O	%
Hemorragia + 700 ml.	32	82.05
B.P.D. Fallido-A.G.	4	10.26
Cesárea + H.T.A.	3	7.69
T O T A L	39	100.00

COMPLICACIONES TRANS OPERATORIAS



HEMORRAGIA + 700 ml

B.P.O. FALLIDO - A.G.

CESAREA + H.T.A.

GRAFICA N. VI

MORBILIDAD MATERNA INMEDIATA.

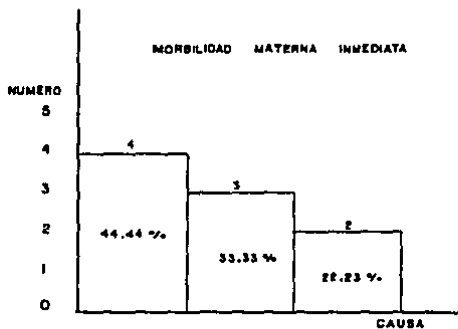
La morbilidad materna inmediata post cesárea en este hospital es de baja consideración.

La patología inherente a la operación cesárea fué herida quirúrgica infectada, deciduitis , cefaléa post punción dural.

Se observaron 4 dehiscencias de herida quirúrgica infectada, las cuales se llevarón al Comité de Infecciones Intrahospitalarias.

CUADRO NO. VII

C A U S A	N U M E R O	%
Infección H.Q.	4	44.44
Deciduitis	2	33.33
Cefaléa por punción dural.	2	22.23
T O T A L	9	100.00



INFECCION H. D.

DECIDUITIS

CEFALEA POR PUNCIÓN DURAL

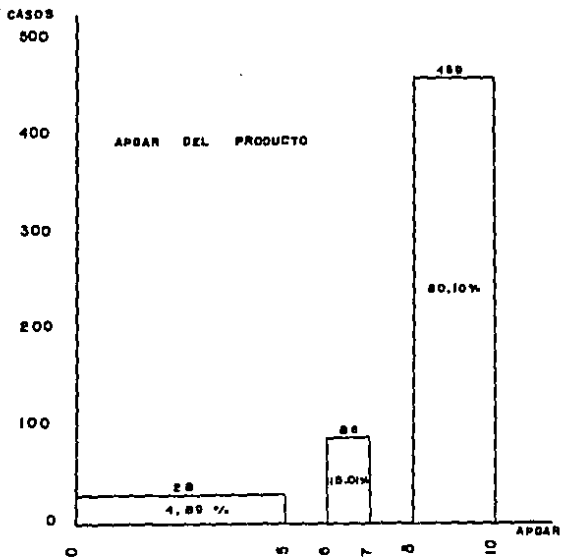
GRAFICA N. VII

APGAR DEL PRODUCTO.

La calificación de las condiciones en las cuales se obtienen el producto por cesárea se llevó a cabo tomando en cuenta el apgar del producto, se observó que la mayoría de los productos se encontrarón entre 8 y 9 , siguiendo la finalidad de la intervención quirúrgica por lo cual se decide en un momento determinado del trabajo de parto, para obtener productos en mejores condiciones que si se obtuvieran por vía vaginal. Las calificaciones bajas que se reportan corresponden a los productos obtenidos de — embarazos con sufrimiento fetal agudo y gemelares, placenta previa, DPPNI. Como a continuación se observa en el cuadro No.VIII.

CUADRO No. VIII

APGAR	CASOS	%
MENOS DE 5	25	4.89
6-7	86	15.01
8-10	459	80.10
T O T A L	573	100.00

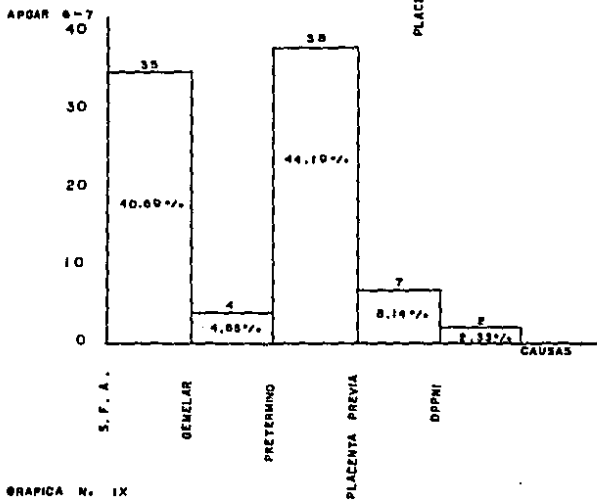
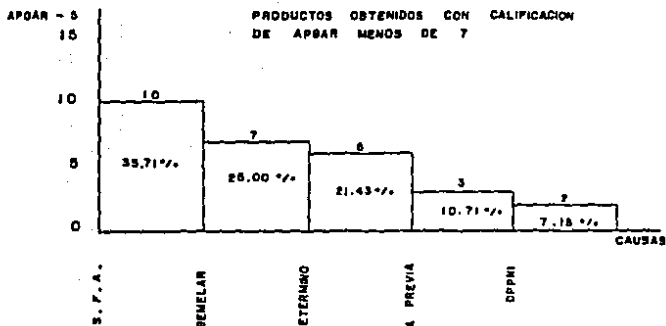


GRAFICA N. VIII

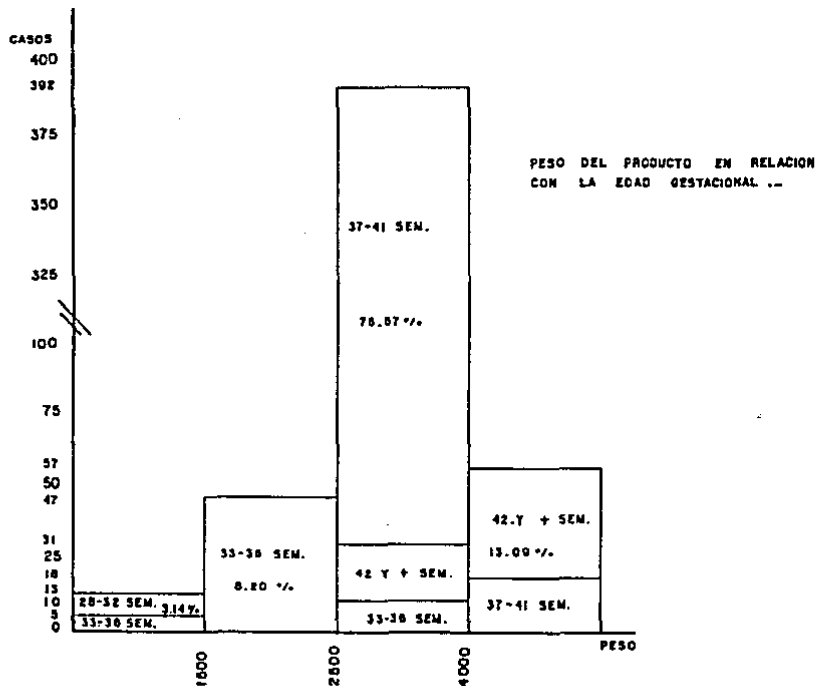
PRODUCTOS OBTENIDOS CON CALIFICACION DE
 APGAR MENOS DE 7

CUADRO No. IX

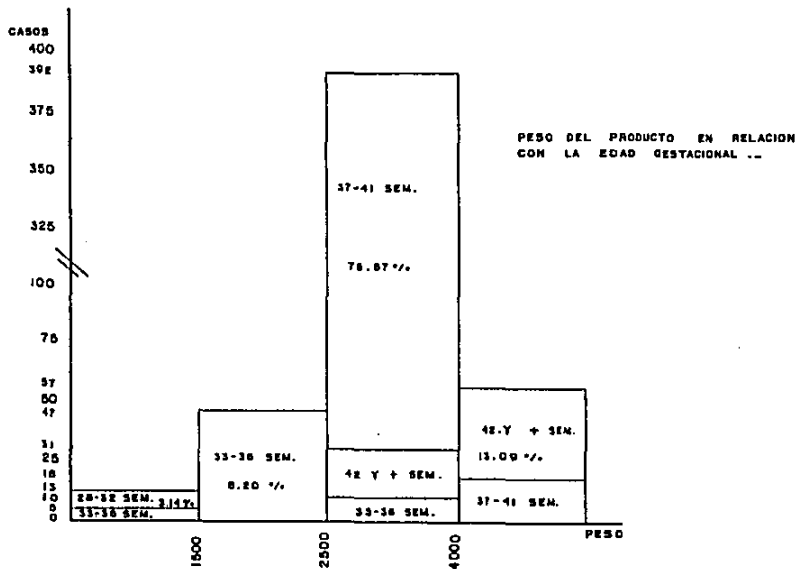
CAUSAS	APGAR - 5	%	APGAR 6-7	%
S.F.A.	10	35.71	35	40.69
GENCLAR	7	25.00	4	4.65
PRETERMINO	6	21.43	38	44.19
PLACENTA PREVIA.	3	10.71	7	8.14
DPFH	2	7.15	2	2.33
T O T A L	28	100.00	86	100.00



GRAPICA N. IX



GRAFICA N. X



GRAFICA N. X

PESO DEL PRODUCTO.

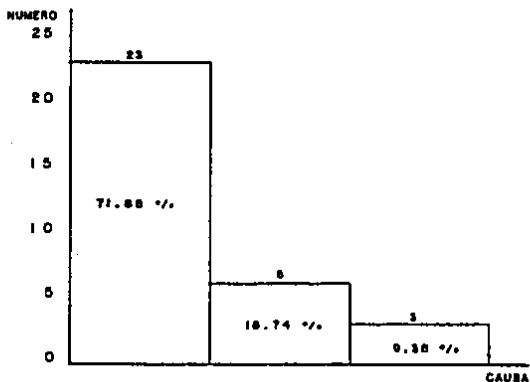
Ya que la mayoría de las cesáreas se realizaron en los embarazos de término es de esperarse que los productos se encuentren en peso adecuado para su edad gestacional, igualmente para los productos de pretérmino.

CUADRO No. X

PESO	EDAD GESTACIONAL				CASOS	%
	28-32	33-36	37-41	42 y +		
<1500	13	5			18	3.14
1501-2500		47			47	8.20
2501-4000		10	392	31	433	75.57
> 4000			18	57	75	13.09
TOTAL	13	62	410	88	573	100.00

19 ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

MORBILIDAD FETAL DEL PRODUCTO OBTENIDO
POR OPERACION CESAREA --



INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

MALFORMACION CONGENITA

HIPOXIA NEONATAL

% DE MORBILIDAD OBTENIDA 9.38 %

GRAFICA N. XI

MORBILIDAD FETAL DEL PRODUCTO OBTENIDO POR OPERACION CESAREA.

Se consideró la morbilidad fetal de mayor incidencia a aquellos productos que presentaron insuficiencia respiratoria aguda en el período comprendido desde su nacimiento y su estancia en el hospital, se observó que hubo 3 casos que presentaron insuficiencia respiratoria aguda a los que se les calificó con apgar menor de 5, también se observó que estos se debían a los productos obtenidos por embarazos gemelares, productos pretermino, los obtenidos de placenta previa y otros con prolapso de cordón umbilical,

También se considero de alta morbilidad aquellos productos obtenidos de embarazos con ruptura prematura de membranas de más de 10 horas de evolución que en su totalidad fueron 30.

Hubo otros productos que presentaron hipoxia neonatal los cuales fueron 3, los productos obtenidos de madre RH negativos también se marcaron aunque ellos no reflejaran alteración alguna.

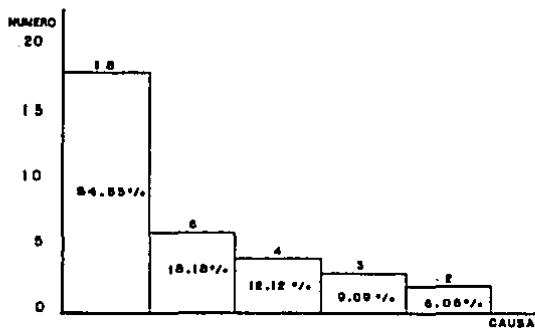
Los productos obtenidos de las pacientes que cursaron con enfermedad hipertensiva aguda del embarazo, se mantuvieron en observación y en estos no se observó alteración alguna.

CUADRO No.XI

C A U S A	N U M E R O	%
Insuficiencia respiratoria	23	71.88
Información congénita	6	18.74
Hipoxia Neonatal.	3	9.38
T O T A L	32	100.00

% de morbilidad obtenida 5.58%

MORTALIDAD FETAL DEL PRODUCTO OBTENIDO
POR OPERACION CESAREA ..



INMADUREZ PULMONAR
 PROLAPSO DE CORDON
 MALFORMACIONES CONGENITAS
 PLACENTA PREVIA
 CAUSA NO SEÑALADA

% DE MORTALIDAD OBTENIDA 8.76%

GRAFICA N. XII

MORTALIDAD FETAL DEL PRODUCTO OBTENIDO POR OPERACION CESAREA

Sólo se reportan 18 casos de mortalidad perinatal, alguno de ellos debido a su inmadurez pulmonar por su edad gestacional baja.

También otros casos se encontró cardiopatía congénita, otros con malformación congénita como hidrocefalea en dos casos y uno con anencefalea.

Se recabaron 12 casos de obtios. Algunos por prolapso de cordón, otros por placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada.

Hubo otras muertes perinatales en los cuales no se reportó la causa.

CUADRO No. XII

CAUSA	NUMERO	%
Inmadurez pulmonar	18	54.55
Prolapso de cordón	6	18.18
Malformaciones congénitas	4	12.12
Placenta previa	3	9.09
Causa no señalada	2	6.06
T O T A L	33	100.00

% de mortalidad obtenida 5.76

C O M E N T A R I O S

Durante los últimos años la operación cesárea en la práctica obstétrica ha experimentado un cambio considerable; utilizado en un principio para evitar catástrofes materno-fetales, su uso fué aumentando progresivamente hasta llegar a ser utilizado como un medio para disminuir la morbilidad materno-fetal. 1

El manejo de pacientes embarazadas utilizadas para el estudio a las cuales se les resolvió el embarazo por vía abdominal, se considera que es el adecuado de acuerdo a las condiciones obstétricas en las cuales se encontraban, y de acuerdo a lo observado en cuanto al manejo de las pacientes que se encontraban en trabajo de parto como a las que no lo estaban se considera que existe un criterio universal y uniforme a cerca de la mejor conducta a seguir.

Creemos que el índice de operación cesárea como método de resolución del embarazo actual fué de un 23.58% en relación con el total de nacimientos en el tiempo de estudio estimado, obedece a los factores básicos siguientes:

- 1.- La frecuencia de repetición de la desproporción céfalopélvica como indicación de la cesárea en el embarazo subsiguiente, como se observó en el estudio que la gran mayoría de las pacientes tenían cesárea por D.C.P.

Lo anterior mencionado es importante de tomar en cuenta, pues una paciente con el antecedente de cesárea por desproporción céfalopélvica en su primer embarazo, se debe considerar bajo condiciones similares como portadora de la misma indicación hasta no demostrar lo contrario y en caso pertinente debe ser operada en forma programada y no permitirle el riesgo innecesario de iniciar el trabajo de parto.

Esta situación refleja la tendencia actual a lograr un reconocimiento mejor de las condiciones que hacen indispensable el objetivo perseguido, así como la preocupación creciente por un mejor resultado perinatal.

- 2.- Siendo este Hospital, la concentración de todas las Unidades periféricas es de esperarse que la gran mayoría de embarazos complicados, que ameriten operación cesárea, sean canalizadas a este servicio para la resolución del mismo.

C O C L U S I O N E S

- 1.- La operación cesárea esta siendo utilizada para disminuir la morbilidad tanto materna como perinatal, en todas aquellas pacientes embarazadas - que lo ameriten de acuerdo a su indicación obstétrica.
- 2.- Siguiendo los objetivos por los cuales se llevó a cabo el estudio se -- concluye que la frecuencia de la operación cesárea que fué de un 23.58% en relación al total de nacimiento, se encuentra dentro de las estadísticas de otros centros hospitalarios de igual magnitud.
- 3.- El bajo porcentaje de morbilidad materna observada en el estudio hace - concluir que la intervención fué hecha en el momento oportuno de la indicación, sólo aquellos casos en los que era evidente que los resulta-- dos de la intervención llevaba consigo un alto porcentaje de mal pronós-- tico.
- 4.- Es indudable que la operación cesárea es un factor de riesgo de muerte, sin embargo no puede ser señalada siempre como el factor determinante, sino como coadyuvante en alguno de ellos.
- 5.- La muerte materna asociada a cesárea es más frecuente la presencia de - factores independientes que contribuyen o causan la muerte que los deri vados de la propia operación cesárea.
- 6.- Durante es estudio se observó una muerte materna, la cual se consideró de causa indirecta, por la patología asociada al ambarazo como en este caso fué la esclerosis múltiple generalizada.
- 7.- La morbilidad fetal que este estudio se observó fué un total de 5.58% en relación con el total de nacimientos, se atribuyó a los productos ob tenidos de embarazos de pretérmino, los generales y los complicados con placenta previa o DPPMI.
- 8.- La mortalidad fetal observada fué mayor (5.76%), ya que se tomaron en - cuenta a los productos con prolapso de cordón, los que tenían malforma-- ción congénita incompatible con la vida, también aquellos productos pre término con inmadurez pulmonar.

9.- La experiencia obtenida al realizar este estudio, nos deja la inquietud de valorar cada caso en particular, para poder ofrecer un manejo adecuado a toda aquella paciente embarazada cuyos factores de riesgo inherente al embarazo, se puedan resolver satisfactoriamente, cualquiera que sea su método de resolución.

Cabe mencionar que la operación cesárea cumple sus objetivos siempre y cuando se acuda a ella en el momento oportuno para obtener madre e hijo vivos y sanos.

E S U M E N

- 1.- Se estudiaron 2,366 pacientes embarazadas hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia en el Hospital General Regional No. 1 de Culiacán, Sinaloa, en un tiempo estimado de tres meses (agosto, septiembre y octubre de 1986), en los cuales se observó que a 558 pacientes se les resolvió el embarazo por vía abdominal logrando un porcentaje total de — 23.58%.
- 2.- La mayor parte de las pacientes se encontraban dentro de los 20 a los — 24 años, tomando en cuenta también al grupo de embarazadas dentro de — los primeros tres embarazos.
- 3.- La indicación más frecuente fué de la operación cesárea por ICP (49.44%) seguidas por las presentaciones anormales (12.19%) las cuales en la actualidad se resuelven por vía abdominal para disminuir el riesgo de morbimortalidad perinatal.
- 4.- La morbilidad materna observada fué de baja consideración, así como el tiempo de estancia hospitalaria, ya que la gran mayoría permaneció en el Hospital de 2-3 días, haciendo reflejo claro de lo sutil del método quirúrgico.
- 5.- La mortalidad materna por operación cesárea fué nula.
- 6.- Consideramos que la operación cesárea en la actualidad es el método quirgico obstétrico, útil y de fácil ejecución que en un momento dado — hace factible el nacimiento del producto en condiciones óptimas para la vida y ofrece a la madre la satisfacción de lograr con el objetivo para el cual es establecida.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Bear, H.E. Cesárea Iterativa reporte de 100 casos. Ginec. y Obst. de México 38;113,1978.
- 2.- Coutino, M.S. Esperanza, A.A.; Alvarado, D.A. El Forceps en la paciente con operación cesárea. Ginec. y Obstet. de México 27:149,1976.
- 3.- Chávez A.J. Operación Cesárea y Mortalidad Materna, factores predisponentes. Ginec. y Obstet. de México 22:163,1967.
- 4.- Chávez A.J. Operación Cesárea. Ginec. y Obstet. de México 43:260,197E.
- 5.- Prigoletto: F.C.; Ryan y Philipe, M. Maternal Mortality rate asociated with cesarean section an apraisal. Am. J. Obstet. Gynecol. 136:969,1980
- 6.- Hibard, T.L.; Changin tends in cesarean section, Am. J. Obstet. Gynecol. 125:798,1976.
- 7.- Johnell, H.E.; Increasing cesarean section rate. Obstet. Gynecol.55:95,1976
- 8.- Jones, O.H.; Cesarean section in present day obstetrics; Am. J. Obstet. Gynecol. 126:521,1976.
- 9.- Kalucz, O.C.; La operación cesárea en nuestro medio. Ginecol. y Obstet. de México 42;223,1978.
- 10.- Karshnell, J.; El problema obstetrico en la gran multipara. Ginecol. y Obstet. de México 19;461,1978.
- 11.- Velv, S.P.; Mortalidad materna asociada a operación cesárea. Ginec. y Obs. de México 50;303,1982.
- 12.- Williams, E.A.; Cesarean section, Lancet 1;193,1976.

- 13.- Ziel, S.K.; Prevention of iatrogenic neonatal respiratory distress syndrome; Elective repeat cesarean section and spontaneous Ab. J. Obstet. - Gynecol. 143:186.1982.