



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

Vº Bº
[Firma]

Frecuencia de la Operación Cesárea
En el Hospital Español de México

TRABAJO REGLAMENTARIO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
Especialista en Ginecología y Obstetricia

PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO

Miguel Arriaga Gamboa

MEXICO, D.F.

1989

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pags.
I.- INTRODUCCION.	1
II.- MATERIAL Y METODOS.	13
III. RESULTADOS.	14
IV. COMENTARIO.	19
V.- CONCLUSIONES	31
VI. REFERENCIAS	32

I

INTRODUCCION

La operación cesárea se emplea cada vez que se cree que un retraso ulterior en el parto comprometería gravemente al feto, a la madre o bien a ambos, y cuando no pueda conseguirse un parto seguro por vía vaginal.

En años recientes, el empleo de la operación cesárea ha aumentado de manera considerable, en gran parte a causa del amplio interés que despierta en la actualidad el diagnóstico temprano del trastorno del bienestar fetal.¹

La operación cesárea está lejos de ser considerada un procedimiento inocuo, el índice de mortalidad materna varía de 2.8 a 8 por 10,000 nacidos vivos ^o 2. La fundación de nuevos hospitales que cuentan con servicios de ma-

ternidad bien equipados, así como la de instalaciones clínicas y de maternidad especializadas, con elementos materiales modernos y con personal entrenado debidamente, son factores que han contribuido poderosamente para que en la actualidad se vayan ampliando prudentemente las indicaciones de la operación cesárea que nos ocupa. Los métodos anestésicos que ahora se aplican por médicos especializados, que cumplen con los requisitos que exige la obstetricia moderna, de ser inofensivos tanto para la madre como para el hijo, son otro elemento que hacen el uso de la operación cesárea más liberal ³.

En los últimos quince años el feto ha llegado a ocupar un lugar cada vez más importante en muchos campos pero principalmente en la obstetricia. Los avances de la fisiología y fisiopatología gestacionales, y en particular los modernos conocimientos de la perinatología y de la fe-

tología han hecho que la atención del obstetra se preocupe más racionalmente por proteger los intereses fetales y por ello, en la actualidad, las metas del proceso de reproducción consisten en garantizar el nacimiento de seres sanos sin alteraciones ni deformaciones que puedan significar desigualdades congénitas irremediabiles 4, 5.

Muchas complicaciones del embarazo y del parto constituyen verdaderas situaciones de peligro mortal para el feto y cuando logra sobrevivir, puede quedar con secuelas neurológicas irreversibles de diferentes tipos y grados que comprometen importantemente su futura integración social 6.

Las indicaciones para la práctica de la operación cesárea deben contemplar tanto factores fetales como maternos. El incremento de la misma se debe a un diagnóstico

co precoz de los problemas de ambos ⁷.

Considero interesante mencionar la historia de la operación cesárea y de esta manera darnos cuenta del incremento en la incidencia de esta operación, sobre todo en los últimos años.

El origen del término con que se designa esta intervención es oscuro, pero de acuerdo a la leyenda Julio César nació de esta forma, se dice que Escipión el Africano y Marcio también nacieron de esta forma. Se creyó que el hecho de nacer de esta manera extraordinaria, como se refiere en las mitologías y leyendas antiguas, confería poderes sobrenaturales y elevaba a los héroes así nacidos por encima de los demás mortales. Estas leyendas son increíbles, sin embargo, no hay duda de que se practicó la cesárea estando la mujer muerta, por primera vez a partir

del momento en que el cristianismo prevaleció, con el objeto de bautizar al niño. El hecho que se cita más a menudo, realizado en una mujer viva es la intervención atribuida al castrador alemán llamado Jacob Nofes, de quien se dice llevó a cabo la intervención en el año 1500 en su mujer. No sólo logró que su mujer sobreviviera (lo cual de por sí es ya un milagro) sino que además, pudo dar a luz a dos niños más después de unos partos normales, en un tiempo que se desconocía la sutura de la herida uterina producida por la cesárea. Francois Rousset publicó 14 casos de cesárea en su libro "Traité nouveau de l'Hystérotomie ou l'Enfantement Césarien" que se publicó en 1581, fueron llevadas a cabo con éxito, hecho que es difícil de aceptar ⁷.

En la literatura no aparecen referencias autorizadas realizadas por obstetras dignos de confianza acerca de

la puesta en práctica de la intervención hasta la mitad del siglo XVII, como, por ejemplo, Francois Mauriceau, publicado por primera vez en el año 1668. La mortalidad era muy alta ⁸. En 1867, Porro, profesor de Milán, dió un paso importante a la operación cesárea al recomendar la amputación del útero y la sutura del muñón a la herida laparotómica. En 1882, Sanger describe la cesárea clásica. La cuidadosa sutura de la pared uterina representa un progreso enorme, y los éxitos son corroborados por la introducción amplia de la asepsia y la antisepsia ⁹.

En Gran Bretaña e Irlanda en el año 1865 la tasa de mortalidad materna por cesárea había alcanzado el 85 por ciento de los casos. En París, durante los 90 años anteriores a 1876, no se realizó ningún caso de cesárea con éxito ⁸.

Las indicaciones de la operación cesárea durante muchos años fueron reducidas. De parte del producto, el volumen excesivo, las monstruosidades y las presentaciones viciosas; y por la madre, el estrechamiento de la vía del parto por causa ósea o de partes blandas; madre adolescente o bien de edad avanzada. Prácticamente la indicación estuvo limitada casi exclusivamente a la desproporción cefalopélvica hasta el siglo XVIII. A medida que los resultados fueron mejorando, paralelamente las indicaciones fueron aumentando ¹⁰.

Don Juan María Rodríguez practicó la primera operación cesárea en la ciudad de México en 1884, empleando la técnica de Porro. A la niña que nació de esta manera fue adoptada por el Dr. Rodríguez y se le llamó Cesárea Porro Rodríguez, la operación duró 3 horas y media y el equipo quirúrgico fue un anestesista que administró cloro-

formo, 10 ayudantes quirúrgicos y un estudiante que se hizo cargo de la niña. La paciente, desgraciadamente, murió unos días después.

Después de haber publicado este caso en la Gaceta Médica de México, el Dr. Rodríguez recibió una carta del Dr. Harris de Filadelfia, quién le informó, que la primera operación cesárea hecha en la República Mexicana fue realizada en Monterrey en 1877 ^{11, 12}.

En el año de 1926, el Dr. Clemente Robles realizó en el Hospital Juárez la primera cesárea segmentaria, según la técnica de Sliwinsky ¹³.

En 1942 las indicaciones de cesárea en el Hospital General de México fueron las siguientes:

Desproporción cefalopélvica	65%
Placenta Previa	26%
Hipertonía Uterina	3%
Otras causas	3%

teniendo una incidencia de un 0.4 por ciento del total de pacientes obstétricas.¹⁴

La incidencia de cesárea en 1950 en diferentes Hospitales era ¹²:

Hospital Juárez de México	0.83%
Maternidad del Hospital General de México	0.86%
Centro Materno Infantil de México	1.00%
Maternidad del I.M.S.S. de México	2.30%
Maternidad del Hospital Francés de México	2.50%
Cleveland Maternity, E.U.A.	6.10%
Johns Hopkins Hospital, E.U.A.	5.50%
Instituto Dexeus, España	4.06%

En años recientes la operación cesárea ha aumentado de manera considerable, encontrándose en la literatura mundial índices variables entre 20 y 40 por ciento ¹⁵.

Tomando en cuenta trabajos de diversos autores, en la actualidad las indicaciones de operación cesárea, por orden de frecuencia son:

Desproporción cefalopélvica

Presentación pélvica

Sufrimiento fetal agudo

Placenta Previa

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

Hipertensión inducida por el embarazo

Prolapso de cordón

Otros 10, 16, 17, 18.

No esta incluida en esta lista la cesárea iterati-

va, de la cual considero comentar algunos aspectos interesantes, pues ocupa un capítulo muy importante en la obstetricia actual, además de ser controvertida en los casos de primera cesárea anterior.

En 1916, Craigin sugirió que el riesgo de rotura uterina era tan grande y tal acontecimiento tan costoso, que la operación cesárea repetida debería efectuarse antes del comienzo del trabajo de parto y tan pronto como se comprobara madurez del producto ¹⁸. Esto ha variado tanto en criterio que en algunos hospitales se permite el parto vaginal, dependiendo de la indicación de la cesárea anterior, y otros prefieren nuevamente la cesárea. En México el criterio ha sido siempre que, después de una cesárea debe valorarse el caso y decidir si se repite electivamente o no.

Los inconvenientes que ven algunos autores a la operación cesárea programada son los problemas de prematuridad en los productos obtenidos de esta manera ¹⁹, tomando en cuenta esto Hertz y col. valoraron el último periodo menstrual, la primera señal de vida del feto percibida por la madre y la presencia de tonos cardíacos no amplificadas, y llevaron a evitar el parto prematuro en una proporción de un 90 por ciento ²⁰.

El presente trabajo intenta dar una panorámica de los aspectos antes mencionados, analizando las indicaciones de cesárea, y la frecuencia de la misma, durante los años de 1984 y 1985, en el Hospital Español de México.

II

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron un total de 4,156 pacientes atendidas durante los años de 1984 y 1985 en la Maternidad Munded del Hospital Español de México, de las cuales requirieron la operación cesárea 1,362 pacientes (32.7 por ciento). Se separaron en dos grupos: 1) pacientes atendidas por los médicos del Servicio del Hospital Español de México; 2) pacientes atendidas por los médicos asociados del Hospital que atienden sus enfermas privadas.

De cada expediente revisado se anotó: 1) edad de la paciente; 2) gesta; 3) indicación de la cesárea o Diagnóstico; 3) Tiempo en semanas del embarazo; 5) días de hospitalización y 6) complicaciones.

III

RESULTADOS

Se atendieron un total de 4,156 pacientes obstétricas en el lapso comprendido entre Enero de 1984 a Diciembre de 1985. El total de Cesáreas fue de 1,364 (32.7 por ciento). De éstas, fueron atendidas por los médicos del Servicio 1,127 y, por operación cesárea 443 (23.2 por ciento). Los médicos asociados privados atendieron 1,565 pacientes y se operaron 901 (35.6 por ciento).

La edad de las pacientes tuvo una media de 27.4 años, siendo la menor de 17 años y la mayor de 45 años.

De las pacientes del Servicio fueron primigestas 195 (44 por ciento) y de los médicos asociados 393 (42.6 por ciento). La máxima gesta en ambos grupos fue Gesta VI.

Ingresaron con el diagnóstico de Cesárea iterativa en el caso de las pacientes del servicio 152 (34.3 por ciento), y de médicos asociados 360 (39 por ciento).

La primera indicación tanto en las pacientes del servicio como de médicos asociados fue, la cesárea iterativa, y la segunda indicación la desproporción cefalopélvica (ver cuadro I).

La indicación de la primera cesárea en las cesáreas iterativas fue la desproporción cefalopélvica (ver cuadro II).

La edad del embarazo en que se llevaron a cabo, en el caso de cesáreas programadas fue de 38 semanas y en las no programadas de 38 semanas más menos 1.6 semanas.

CUADRO 1
INDICACIONES DE CESAREA EN EL HOSPITAL ESPAÑOL
DE MEXICO
ENERO 1984 - DICIEMBRE 1985

	PACIENTES DEL SERVICIO	PACIENTES DE MEDICOS ASOCIADOS PRIVADOS
1-ITERATIVA	34.3%	39.0%
2-DESPROPORCION CEFALOPELVICA	25.7%	24.5%
3-SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	9.7%	9.5%
4-PRESENTACION PELVICA	8.1%	8.0%
5-FALTA DE PROGRESION.	6.5%	7.4%
6-PRIMIGESTA AÑOSA	2.4%	2.4%
7-PRE-ECLAMPسيا	2.2%	2.6%
8-GENELAR	1.8%	2.0%
9-DPPHI	1.1%	0.4%
10-PLACENTA PREVIA	1.1%	1.4%
11-DISTOCIA DE PARTES BLANDAS	1.3%	
12-CERCLAJE ISTMICO CERVICAL		1.0%
13-OTROS	5.6%	4.2%

CUADRO 2

CESAREA ITERATIVA
PRIMERA INDICACION

	PACIENTES DEL SERVICIO	PACIENTES DE MEDICOS ASOCIADOS PRIVADOS
1-DESPROPORCION CEFALOPELVICA	72.4%	63.9%
2-PRESENTACION PELVICA	3.9%	13.1%
3-FALTA DE PROGRESION	5.9%	5.5%
4-SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	3.9%	6.1%
5-PLACENTA PREVIA	4.7%	3.4%
6-OPERACION DE SHIRODKAR POR CERVIX INCOMPETENTE		1.3%
7-OBITO FETAL		1.1%
8-PRE-ECLAMPSIA	2.7%	
9-GEMELAR	1.3%	0.6%
10-DPPNI		0.6%
11-DISTOCIA DE CONTRACCION		0.6%
12-OTROS	5.2%	4.2%

Los días de hospitalización fueron de 3.5 días (con duración máxima de 7 días en el caso de una paciente con un hematoma en la herida quirúrgica, que hubo necesidad de drenar).

Las complicaciones fueron diez: una paciente con insuficiencia cardíaca, 3 con hematoma, una paciente con Pre-eclampsia que tuvo que ser internada en terapia intensiva, una con hemorragia post-parto, una con íleo reflejo; a tres pacientes hubo necesidad de hacerles cesárea histerectomía, una por ruptura uterina y dos por acretismo placentario. En el lapso de 1984-1985 que estamos revisando, no hubo defunciones.

IV

COMENTARIO

Del análisis del presente estudio en comparación con estudios previos de otros Hospitales se observa, la tendencia progresiva al incremento en la indicación y práctica de la operación Cesárea, tendencia que parece no modificarse hasta el momento actual.

Es importante comentar que 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 común en la práctica obstétrica.

Quizá pocos procedimientos han tenido en la práctica de la obstetricia moderna tanto impacto como el de

la operación Cesárea; su incremento en las tres últimas décadas ha sido tan importante que en épocas recientes se ha convertido en motivo de preocupación tanto para el obstetra, como para el público en general ²¹.

Así se ve como ejemplo en la ciudad de Monterrey de 1900 a 1929 se habían hecho 29 cesáreas y de 1929 a 1940 fueron 100, en 1942 la frecuencia era de un 0.5 por ciento y en 1949 fue de un 4.3 por ciento ¹⁰. En 1950 como se mencionó en la introducción la frecuencia de varios Hospitales de México oscilaba entre 0.83 y 5.9 por ciento.

Este incremento se observa a nivel mundial como se puede observar en el cuadro III.

Hasta 1982 López O y col. del Hospital de Gineco-Obstetricia 3a del I.M.S.S. reportaron una incidencia del

CUADRO 3

OPERACION CESAREA PORCENTAJE EN DISTINTOS PAISES

	1970	1980
1-AUSTRALIA	4.2%	13.2%
2-CANADA	5.7%	17.1%
3-CHECOSLOVAQUIA	2.5%	4.4%
4-DINAMARCA	5.7%	11.7%
5-FINLANDIA	6.0%	11.9%
6-FRANCIA	5.0%	10.9%
7-HUNGRIA	6.2%	6.0%
8-JAPON	6.2%	6.0%
9-NUEVA ZELANDIA	3.9%	9.7%
10-NORUEGA	2.2%	8.3%
11-PORTUGAL	6.1%	9.5%
12-SUECIA	5.5%	12.1%
13-INGLATERRA Y GALES	5.0%	9.0%
14-ESCOCIA	5.9%	11.7%
15-ESTADOS UNIDOS	5.5%	16.5%
16-ITALIA	4.0%	20.7%

11.2 por ciento ²⁰.

La incidencia en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" en 1986 es del 24.2 por ciento.²¹

El resultado del estudio actual realizado en el Hospital Español de México en el periodo comprendido entre 1984-1985 fue de un 28.2 por ciento para los médicos del Servicio y 35.6 por ciento los médicos asociados privados. Esto demuestra que la incidencia de la operación Cesárea continúa incrementandose en forma importante y que una causa de ello es el aumento de la capacidad de vigilancia del producto durante el trabajo de parto que clásicamente se efectuaba por:

- Auscultación periódica de la frecuencia cardiaca fetal.
- Auscultación simultánea a la palpación de la

contracción

- Observación de meconio, bien de forma directa tras amniorrhexis, o de forma indirecta mediante amnioscopia

En la actualidad la monitorización continua y simultánea de la frecuencia cardiaca fetal y de la dinámica uterina, permite disminuir notablemente la morbimortalidad perinatal en casos de alto riesgo, a cifras incluso inferiores a las registradas en gestaciones y partos normales, según apunta ya Quilligan en 1972 ³⁵.

Así observamos, que el sufrimiento fetal agudo ocupa en nuestro Hospital, como causa de operación Cesárea por primera vez, el cuarto lugar en ambos grupos y, de esta manera sustituyendo maniobras vaginales de urgencia riesgosas.

Hay una diferencia importante en la frecuencia de operación Cesárea en ambos grupos estudiados (6.6 por ciento), encontrándose en ambos grupos las mismas indicaciones y el estado socioeconómico es semejante. Esta diferencia en la frecuencia pudiera deberse a que las pacientes internadas por los médicos asociados, ingresan ya programadas para la operación Cesárea, pero esto desgraciadamente no es valorable ya que también este grupo de médicos acuden con pacientes para atención de parto, y la única manera de saberlo sería hacer, una estadística individual de cada uno de los médicos asociados.

En ambos grupos la primera causa de operación Cesárea es la iterativa (34.3 y 39 por ciento) y como segunda la desproporción cefalopélvica (25.7 y 24.5 por ciento). La primera indicación de cesárea, en los casos de cesárea iterativa, fue la desproporción cefalopélvica

(72.4 y 63.9 por ciento); esto es interesante pues en un embarazo posterior es probable que la causa persista, por lo que no se permite el parto vaginal en gran parte de las pacientes con cesárea previa.

Con respecto a los médicos asociados, vale la pena comentar la influencia que puede tener el medio donde nos encontramos, tomando en cuenta que los médicos que atienden pacientes dentro del Hospital Español que no son del servicio, atienden parto en otros hospitales, y que la preocupación de tener internada una paciente con una cesárea previa, lejos de su lugar de trabajo , y el riesgo de alguna urgencia no les permita estar a la expectativa y de esta manera ¿mejor programar una operación cesárea?

Otro aspecto importante en la actualidad, es la tendencia de los matrimonios a tener menos hijos, y la

mayoría de las parejas se "conforman" con 2 hijos y pensar en otro hijo pudiera acarrear problemas en la dinámica familiar, sugiriendo así al médico trante que vuelva a hacer operación Cesárea y en este momento realizar una Salpingoclasia.

La baja morbi-mortalidad en nuestro Hospital, que según nuestra estadística es sumamente baja, pudiera ser otra causa de la frecuencia de cesúrea iterativa.

Cualquiera que sea la causa de la operación Cesárea, sabemos que la incidencia es alta y que la tendencia actual, de seguir así, será una mayor frecuencia de operación Cesárea.

En el momento actual, hay una preocupación respecto a la alta incidencia de la operación Cesárea, se

han publicado múltiples estudios a este respecto 28, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, además que el axioma de Cragin de que "una vez cesárea, siempre cesárea" pues en este entonces (1916) " el riesgo de rotura uterina era tan grande y tal acontecimiento tan costoso que la operación Cesárea repetida debería efectuarse antes del comienzo del trabajo de parto y tan pronto como se comprobara madurez del producto ¹⁸, no es válido en la actualidad, aunque como se indicó antes en México el criterio ha sido siempre que, después de una cesárea debe valorarse el caso y decidir si se repite electivamente o no.

Algunos autores estadounidenses si opinaban que debería resolverse el parto por vía vaginal si no perduraban las causas que condicionaron la primera operación Cesárea, pero manteniendo siempre una vigilancia estre-

cha en la paciente 36, 37.

Sin embargo para 1968, 80 por ciento de los obstetras estadounidenses concordaban con el criterio de Graggin, y para 1974 en el 99 por ciento de las pacientes con cesárea previa se resolvió el parto con cesárea de repetición.³⁸

La dificultad para la valoración de una cicatriz uterina en nuestro medio obliga a evaluar el riesgo que trae consigo sobre el feto y la madre la atención de un parto en la mujer con cesárea previa.⁴⁷

Existen parámetros indirectos que permiten seleccionar a candidatos para parto vaginal con cesárea previa, así en 1969 el Dr. J M Septien hace un resumen de los requisitos para el parto vaginal posterior a operación Ce-

área:

- 1.- El número de operaciones cesáreas no es mayor de uno
- 2.- No subsiste la indicación de la primera intervención
- 3.- la técnica que se siguió es correcta
- 4.- No existieron infecciones o complicaciones post-operatorias
- 5.- Posibilidad de que el parto se verifique fácilmente
- 6.- las condiciones obstétricas previas son favorables
- 7.- los partos anteriores (si los hay) fueron eutócicos
- 8.- la cicatriz uterina en condiciones favorables 48.

Por lo tanto los factores determinantes para permitir el parto post cesárea, están: morbilidad baja del binomio materno-fetal, mortalidad nula, tratar de que el peso del recién nacido sea lo mayor posible, espera prudente de la instalación espontánea de trabajo de parto, reduciendo el tiempo y costo de estancia hospitalaria y finalmente evitar el riesgo mayor de la mortalidad de la operación Cesárea repetida 39.

V

CONCLUSIONES

- 1.- Es conveniente revalorar las indicaciones de la operación cesárea, debido al gran incremento en la frecuencia de esta.
- 2.- Considerar la baja morbi-mortalidad que se presenta en el estudio, comparandola con la de otros hospitales es sumamente baja.
- 3.- Que la primera causa de Operación Cesárea como en otros Hospitales, sigue siendo la Desproporción cefalopélvica.
- 4.- Considerar la diferencia en la frecuencia de la operación Cesárea de los médicos asociados y de los médicos privados.
- 5.- El aumento del diagnóstico de Cesárea Iterativa, debido al uso más común de la operación Cesárea-.

REFERENCIAS

1. Pritchard JA y Mac Donald PC: *Obstetricia*. Saunder Co. Philadelphia, 1980 p.888.
2. Santos MA: Cesárea Iterativa Programada. *Gin Obstet Mex* 40:240, 1976.
3. Martínez J: Extensión y Revisión de las Indicaciones de la Operación Cesárea. *Gin Obstet Mex* 5:220, 1950.
4. Myers RE: Two Paterns of Perinatology Brain Damage and their Conditions of Ocurrence. *Am J Obstet Gynecol* 112:246, 1972.
5. Naeye RL: Abnormalities in Infants of Mothers with Toxemia of Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 95:276, 1966.
6. Bear ME: Cesárea Iterativa: Reporte de 100 Casos. *Gin Obstet Mex* 98:113, 1975.

7. Prithhard JA y Mac Donald PC: Obstetricia. Saunder Co. Philadelphia, 1980 p. 905.
8. Carrera JM: Tratado y Atlas de Operatoria Obstétrica la Ed. Dexeus, Tomo III, 1978 p. 373.
9. López E, Magloire P y Garay E: La Operación Cesárea en el Hospital de Gineco-Obstetricia 3a del IMSS. Gin Obstet Mex 51:315, 1983.
10. Arroyo R: Reporte de 119 Operaciones en el Seguro Social de Monterrey. Años 1946-1949. Gin Obstet Mex 5:376, 1950.
11. Alfaro G: Quince Años de Operación Cesárea en el Hospital General. Gin Obstet Mex 7:117, 1952.
12. Ibañez J: La Cesárea de Urgencia y la Cesárea Vigilada, en los Medios Hospitalarios de la Ciudad de México. Estudio Analítico de 47,116 Partos. Gin Obstet Mex 5:380, 1950.

13. Morrison S: Cesarean Section: What's Behind the Dramatic Rise?. Perinatol Neonatol 6:87, 1982.
14. Rodríguez S, Sangines A, Miranda O, Okhuysen K y Ahued JR: Cesárea de Repetición. Gin Obstet Mex 50: 153, 1982.
15. Puente J, Díaz S, Jiménez C, Rodríguez J, Bravo R, y Trejo E: Principales Causas de Cesárea. Gin Obstet Mex.34:617, 1973.
16. Porreco R: High Cesarean Section Rate: A New Perspective. Obstet Gynecol 65:311, 1985.
17. Flakman R, Vollman J y Benfield D: Iatrogenic Prematurity Due Elective Termination of the Uncomplicated Pregnancy: A Major Perinatal Health Care Problem. Am J Obstet and Gynecol 132:385, 1978.

18. Hertz R, Skol R, Knoke J y et. al. Clinical Estimation of Gestational Age: Rules for Avoiding Preterm Delivery. Am J Obstet and Gynecol 131:395, 1978.
19. Cohen M y Carson BS: Respiratory Morbidity Benefit of Awaiting Onset of Labor After Elective Cesarean Section. Obstet Gynecol 65:819, 1985.
20. Bottome S, Rozen M y Sokol R: The Increase in the Cesarean Birth Rate. New Engl J Med 302:559, 1980.
21. Angeles CD, Villalobos M, Valdéz JE, Castro F y Chavez J: Estado Actual de la Cesárea en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala". Gin Obstet Mex 54:67, 1986.
22. Stonge JM y Foley ME: Cesarean Section in Ireland and USA. Lancet 8:916, 1987.
23. Notzon F, Placek PJ y Lucifora SM: Comparisons of National Cesarean-Section Rates. N Engl J Med 316: 336, 1987.

24. Placek PJ, Taffel SM y Moien M: Cesarean Section Delivery rates: United States. Am J Public Health 73: 861, 1983.
25. Letter to Editor: Cesarean Section Rates en Italy. Am J Public Health 77:1554, 1987.
26. Letter to Editor: Caesarean Section in Ireland and the USA. Lancet 18:916, 1987.
27. Carpenter MW, Soule D, Yates WT y Meeker CI: Practice Environment is Associated with Obstetric Decision Making Regarding Abnormal Labor. Obstet Gynecol 70: 657, 1987.
28. Shiono FH, McNellis D y Rhoads GG: Reasons for the Rising Cesarean Delivery Rates: 1978-1984. Obstet Gynecol 69:696, 1987.
29. Mathias L, Nobile L, Makita LY y De Castro B: Clinical and Obstetrical Indications for Cesarean Section in a Teaching Hospital, Jundia. Rev Paul Med 104:172, 1986.

30. Notzon FC, Placek PJ y Taffel SM: Comparisons of National Cesarean-section Rates. N Engl J Med 12:316, 1987.
31. Kennedy R y Patel N: The Significance of Increasing Caesarean Section Rates. Br J Hosp Med 36:336, 1986.
32. Gleicher N: The Cesarean-section Epidemic. Mt Sinai J Med (NY) 53:563, 1986.
33. Nielsen TF, H:okeg ard KH y Ericson A: Indications for Cesarean Section in Sweden in 1983. Lakartidningen 83:3417, 1986.
34. Kimbo T, Kaneko Y y Mizuno M: Cesarean Section: Changing Indications, Rates and Perinatal Mortality. Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi 38:1664, 1986.
35. Galvez E: Fundamentos y Técnicas de Monitorización Petal. Monografías Médicas, 1982.

36. Merrill BS y Gibbs CE: Planned Vaginal Delivery Following Cesarean Section. *Obstet Gynecol* 52:50, 1980.
37. Lavin JP y Stephens RJ: Vaginal Delivery in Patients with Prior Cesarean Section. *Obstet Gynecol* 59:135, 1982.
38. Bendetti TJ y Plat L: Vaginal Delivery After Previous Cesarean Section for a Nonrecurrent Cause. *Am J Obstet Gynecol* 142:350, 1982.
39. Romero JL y Morales JL: Resolución del Parto Subsecuente a Cesárea Previa: Presentación de 200 Casos. *Gin Obstet Mex* 53:327, 1985.
40. Letter to the Editor: Cesarean Rate Increases in 1985. *Am J Public Health* 77:241, 1987.
41. Moran B y Busch I: Abdominal Deliveries in Third World. Letter. *Lancet* 1:981, 1987.

42. Fraser W, Usher RH, McLean FH, Bossenberry C, Thomson ME, Kramer MS, Smith LP y Power H: Temporal Variation in Rates of Cesarean Section for Dystocia: Does Convenience: Play a Role?. Am J Obstet Gynecol 56:300, 1987.
43. Martel M, Wacholder S y Lippman A: Maternal Age and Primary Cesarean Section Rates: A Multivariate Analysis. Am J Obstet Gynecol 156:305, 1987.
44. Poisson-Salomon AS, Brart G, Millard F, Rabarison Y, Chavigny C, Sureau C y Rumeau-Rouquette C: Can the Number of Cesarean Sections Be Reduced without Risk? An Analysis of Rates and Indications in a University Clinic. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 22:297, 1986.
45. De Regt RH, Minkoff HL, Feldman J y Schwarz RH: Relation of Private or Clinic Care to the Cesarean Birth Rate. N Engl J Med 315:619, 1986.

46. Gleeson RP: Unnecessary Caesarean Section. Letter
Br J Hosp Med 35:132, 1986.
47. Arriaga N, Rangel G y Careaga G: Cesárea Iterativa.
Gin Obstet Mex 25:157, 1969.
48. Septien JM y Romero I. Operación Cesúrea en Multípa-
ras. Gin Obstet Mex 26:717, 1969.