

LA OPERACION CESAREA. INCIDENCIA, MANEJO Y EVOLUCION EN EL MEDIO PRIVADO

* Dr. Domingo E. Peña Nina
** Dra. Lourdes Pérez Suárez
*** Dra. Eduviges Alt. Añil Vargas

INTRODUCCION

El interés por el producto de la concepción mostrado por el obstetra en los últimos años ha roto por completo aquella anacrónica convicción de que la responsabilidad básica de éste era hacia la madre y su única relación con el fruto de la concepción la daba el momento en que se lo entregaba "vivo" al pediatra, quedando desvinculado del todo de la evolución futura de esos recién nacidos, y sin enterarse de cuál era su desarrollo físico e intelectual en el futuro. Esta nueva concepción ha dado como resultado el surgimiento de una especialidad médica: la perinatología, donde se integran obstetras y pediatras, abordando el embarazo en sus diferentes facetas con una nueva filosofía e interesándose en el estado global de salud del futuro recién nacido, desde el momento mismo de su concepción.

Estos nuevos enfoques han dado como resultado el desarrollo de extensas y profundas investigaciones que abarcan desde la simple observación clínica hasta el uso de los más modernos y sofisticados aparatos creados como resultado del gran auge alcanzado por la cibernética en los últimos años.

Existe acuerdo al afirmar que de los procedimientos obstétricos el que ha experimentado más cambios en los últimos lustros es la operación cesárea por vía abdominal. Entre las diversas razones podríamos destacar: mejoramiento y empleo de técnicas quirúrgicas más seguras, implementación y adelantos tanto de las técnicas anestésicas como de las drogas para efectuarlas; abastecimiento oportuno y suficiente de sangre cuando se requiere; elaboración, selección y empleo de antibióticos más poderosos y versátiles, así como dotación y organización de centros hospitalarios especializados.¹

La obstetricia moderna con su operatoria obstétrica y muy particularmente la ejecución de la cesárea abdominal, ha logrado por sobre casi todas las restantes especialidades médicas un progreso extraordinario, considerando el abatimiento de las cifras de morbimortalidad desde la ya exitosa intervención realizada en 1876 por Eduardo Porro.²

Conviene apuntar que en la actualidad la vía vaginal (empleada con profusión en épocas pretéritas) ha cedido totalmente el paso a la vía abdominal, la cual brinda más seguridades y rescata vidas que anteriormente se perdían lamentablemente, haciendo hasta cierto punto valedero el aforismo de Jeffeoate: "Los niños que antes nacían muertos con el fórceps, ahora nacen vivos con la cesárea".³

Las cifras que indican la frecuencia con que se practica a la fecha este procedimiento quirúrgico en todo el mundo varían en relación a diversos factores como: autor, medio hospitalario y ambiental o bien a condiciones personales de salud, nutricionales, de defensa y obstétricas de las pacientes, etc. reportándose de 2.5% hasta un 23%, valores que se incrementan cada día sobre todo en hospitales de concentración y resolución de patología obstétrica.

La cesárea iterativa ha sido la indicación que ha elevado mayormente los porcentajes, sobre todo en nuestro medio donde, contrariamente a la gran mayoría de países, se está habituado a considerar que el antecedente de una cesárea anterior es indicativo automático de una nueva cesárea en un embarazo posterior, sin tomar en consideración las causas que obligaron a practicar la cesárea previa.

Debemos resaltar que por cesárea iterativa debe entenderse, en buen lenguaje obstétrico, a la realizada después de la práctica de dos o más cesáreas anteriores y no sólo con el antecedente de una. De todas formas, lo ideal es trabajar dentro de límites correctos, de manera que las cifras indiquen que ni se abusa de la operación, ni se labora con índices bajos que conducen a un importante incremento de la morbimortalidad general obstétrica.² En consecuencia, vistas las cosas de ese modo, el porcentaje en que se realiza la operación cesárea constituye un espejo que muestra la calidad del ejercicio obstétrico de una institución.⁴

A pesar de lo expuesto y en apoyo del sustratum del presente trabajo, es de señalarse las grandes variaciones conductuales aún en las mismas personas, cuando se desen-

(*) Jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Rafael J. Mañón S., I.D.S.S., San Cristóbal.

(**) Médico residente del Centro de Pediatría y Especialidades de Santo Domingo.

(***) Gineco-Obstetra. Ayudante del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Rafael J. Mañón S., I.D.S.S., San Cristóbal.

vuelven fuera del ambiente hospitalario institucionalista, donde prácticamente no existe responsabilidad ni trato directo médico-paciente-familiares, sino donde simplemente se toman las cosas como de relación, muy subjetiva por cierto, de paciente-familiares-institución hospitalaria. De ahí que puedan esperarse grandes variaciones entre los porcentajes de operación cesárea practicadas en hospitales de beneficencia y el Seguro Social y las encontradas en los más importantes centros médicos privados.

Queriendo constatar directamente estas diferencias, que incluyen no sólo los índices de realización, sino además evolutivos, decidimos revisar de los archivos del Centro de Pediatría y Especialidades de Santo Domingo todas las operaciones cesáreas efectuadas en el mismo durante sus primeros 7 años de funcionamiento.

El presente trabajo es el resultado de dicha investigación.

MATERIAL Y METODO

El presente estudio fue realizado en el Centro de Pediatría y Especialidades de Santo Domingo, revisando los expedientes clínicos de toda cesárea practicada entre el 28 de octubre de 1975 y 28 de octubre de 1982.

Se analizaron 2,112 embarazos resueltos en dicho período, enfocando principalmente aquellos que fueron interrumpidos por operación cesárea y que hicieron un total de 771 casos.

A estas pacientes se les consideraron: edad, gestaciones, paridad y número de abortos, y se tomó en cuenta la edad del embarazo estudiado, analizando su evolución, tanto de curso normal como aquellas pacientes que presentaron cualquier complicación como toxemia, infección de vías urinarias, desnutrición, anemia, diabetes y otras, y que se manejaron bajo control prenatal hasta el momento de la resolución del embarazo.

Un punto importante en el análisis de este estudio se enfocó a determinar el motivo de la indicación de la operación cesárea, el tiempo de estancia hospitalaria, la técnica que se realizó en cada una de ellas, así como la descripción de las complicaciones transoperatorias cuando las hubo y que pudieron haber influido de alguna manera sobre la morbimortalidad materno-fetal.

En lo que respecta al estado de los productos al nacimiento, se analizó en forma general, tomando en cuenta la morbimortalidad posterior de éstos, a pesar de que pensamos que ello será tema de discusión en una futura investigación.

RESULTADOS

Del total de 771 casos estudiados, el mayor porcentaje (534 casos, 69.26%) correspondió a mujeres cuya edad se encontraba entre los 20-29 años. No tuvimos ninguna intervención en pacientes con una edad inferior a los 15

CUADRO No. 1
DISTRIBUCION POR EDAD DE LAS PACIENTES.

EDAD	No. DE CASOS	%
MENOS DE 15 AÑOS	0	0
DE 15 A 19 AÑOS	36	4.66
DE 20 A 29 AÑOS	534	69.26
DE 30 A 39 AÑOS	167	21.67
DE 36 A 40 AÑOS	30	3.90
MAS DE 40 AÑOS	4	0.51
TOTAL	771	100.00

CUADRO No. 2
ANTECEDENTES OBSTETRICOS

GESTAS	No. DE CASOS	%
1	398	51.62
2	270	35.02
3	84	10.84
4	8	1.04
5	4	0.52
6	4	0.52
7	2	0.26
8	0	0
9	0	0
10	1	0.13
TOTAL	771	100.00

CUADRO No. 3
COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

COMPLICACIONES	No. DE CASOS	%
ANEMIA MENOR DE 9 GRs.	3	0.39
DIABETES MELLITUS	5	0.64
LUPUS ERITEMATOSO	1	0.13
INFECCION URINARIA	1	0.13
TOXEMIA GRAVIDICA	28	3.24
POLIHDRAMNIOS	3	0.39
R. P. M.	40	5.19
CARDIOPATIA	1	0.13
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	1	0.13
EMBARAZO PROLONGADO	27	3.50
TOXOPLASMOSIS	1	0.13
TOTAL	108	14.00

años, pero se observaron 4 casos en pacientes con una edad mayor a los 40 años (0.51%) (Cuadro 1). Los antecedentes obstétricos señalados en el cuadro 2 revelan que 398 casos (51.62%) correspondieron a mujeres que cursaban su segunda gestación. De entre las restantes, 84 cursaban el tercer embarazo y el resto estaba integrado de múltiples, encon-

CUADRO No. 4
CAUSA DE LA OPERACION CESAREA

CAUSA	No. DE CASOS	%
D. C. P.	202	26.30
PRODUCTO VALIOSO	3	0.39
CESAREA PREVIA	302	39.17
SITUACION TRANSVERSA	4	0.52
D. P. P. N. I.	5	0.59
PLACENTA PREVIA	10	1.30
S. F. A.	41	5.31
R. P. M.	40	5.19
TOXEMIA	25	3.24
PRESENTACION PREVIA	37	4.80
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	39	5.05
COLPO PERINOPLASTIA PREVIA	2	0.27
MIOMECTOMIA PREVIA	2	0.27
PROLAPSO DE CORDON	1	0.13
PRIMIGESTA AÑOSA	11	1.42
EMBARAZO GEMELAR	4	0.52
DISTOCIA DE PARTES BLANDAS	3	0.39
DILATACION ESTACIONARIA	10	1.30
INERCIA UTERINA	3	0.39
FALCEMIA	1	0.13
EXPOSICION A RAYOS X DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION	1	0.13
TOTAL	771	100.00

CUADRO No. 5
EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	No. DE CASOS	%
DE 21 A 28 SEMANAS	4	0.52
DE 29 A 37 SEMANAS	44	5.71
DE 38 A 42 SEMANAS	704	91.31
MAS DE 42 SEMANAS	19	2.46
TOTAL	771	100.00

trándose entre ellas una con el antecedente de 10 gestaciones.

El antecedente de parto previo a la cesárea sólo se observó en 46 casos (5.96%); 27 pacientes tenían el antecedente de abortos (3.50%); 302 pacientes (39.17%) tenían historia de una o más cesáreas anteriores.

Con relación al embarazo en cuestión en 108 casos (14.0%) se observó alguna complicación durante el mismo, siendo la ruptura prematura de membranas (R.P.M.) la más frecuente, con una incidencia del 5.19%, seguida del embarazo prolongado con 3.50% y la toxemia gravídica con 3.24%, según se aprecia en el cuadro 3.

Respecto a las causas que motivaron la indicación de la operación cesárea, puede observarse una gama de ellas (cuadro 4) donde prevalece la cesárea anterior, con un global de

CUADRO No. 6
TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA

TIPO	No. DE CASOS	%
BLOQUEO PERIDURAL	692	89.75
ANESTESIA GENERAL	12	1.56
RAQUIA	67	8.69
TOTAL	771	100.00

CUADRO No. 7
ESTADO DE LOS PRODUCTOS AL NACIMIENTO

PRODUCTO	No. DE CASOS	%
RECIENTE NACIDO NORMAL	715	92.74
MUERTE ANTEPARTO	1	0.13
MUERTE INTRAPARTO	1	0.13
MUERTE NEONATAL	5	0.65
HIPOXICO	25	3.24
PREMATURO	18	2.33
SINDROME DE DOWN	1	0.13
MEMBRANA HIALINA	1	0.13
DEPRIMIDO	2	0.26
TOTAL	771	100.00

CUADRO No. 8
PESO DE LOS PRODUCTOS AL NACIMIENTO

PESO	No. DE CASOS	%
DE 500 A 1,499 GRS.	4	0.52
DE 1,500 A 2,499 GRS.	71	9.20
DE 2,500 A 4,000 GRS.	600	77.82
MAS DE 4,000 GRS.	96	12.45
TOTAL	771	100.00

302 casos, que equivale a 39.17%. La segunda causa fue la Desproporción Cefalopélvica, que fue diagnosticada en 202 casos (26.20%). Las restantes indicaciones se encuentran en porcentajes variables, más o menos acordes con lo reportado por otros autores; pero vale la pena señalar que en 2 casos, los motivos señalados para la intervención fueron: falcemia y exposición a rayos X en el primer trimestre. En ambos casos no consideramos justificada la intervención.

La edad gestacional al momento de practicar la operación quirúrgica se muestra en el cuadro 5. El 91.31% (704 casos) correspondió a embarazos de término; observándose una incidencia de prematuridad de 5.73%.

En el cuadro 6 se observa el tipo de anestesia utilizada. La técnica más socorrida fue el bloqueo peridural, usado en 692 casos (89.75%). La raquianestesia fue utilizada en 67 casos (8.69%) y los restantes 12 casos (1.56%) fueron manejados con anestesia general.

Con relación al tipo de incisión practicada a nivel de la piel, en 533 casos (69.13%) se utilizó incisión vertical y en 238 (30.87%) fue utilizada una incisión transversal baja, tipo Pfannestiel.

A nivel uterino el tipo de histerectomía practicada fue como sigue: Segmentaria tipo Kerr en 763 casos (98.96%), Corporal en 6 casos (0.77%) y Segmento corporal en 2 casos (0.26%).

Al momento del nacimiento 715 productos (92.74%) fueron considerados como recién nacidos normales; uno murió anteparto, otro fue declarado muerto intraparto y 5 fallecieron durante la etapa neonatal; ello hace una mortalidad perinatal de 0.91%. 25 recién nacidos (3.24%) fueron considerados hipóxicos y 18 recién nacidos (2.33%) después de evaluados, fueron considerados como prematuros; uno de ellos desarrolló membrana hialina. Un recién nacido presentó malformaciones características del Síndrome de Down. Su madre tenía una edad superior a los 40 años al momento del parto.

En el cuadro 8 se muestra el peso de los productos al momento del nacimiento. 75 recién nacidos (9.72%) pesaron al nacer menos de 2,500 g, 600 (77.82%) tuvieron un peso que osciló entre los 2,500—4,000 g. y 96 (12.45%) tuvo un peso superior a los 4,000 g.

Entre las complicaciones maternas, se reportaron sólo 2 casos de sangrado abundante, por prolongación de las comiuras y 40 casos (5.19%) cursaron con infección durante el post operatorio. Se registró un caso de muerte materna en el post operatorio inmediato de una cesárea sin complicaciones aparentes. Dicha muerte fue de presentación súbita y la misma se atribuyó a un infarto agudo del miocardio.

El promedio de estancia hospitalaria fue de 4.19 días.

COMENTARIOS

Del análisis de los resultados que arrojó la investigación se encontró que, descontados los 216 casos de aborto, de los 1,896 nacimientos ocurridos en el lapso que duró el estudio, las 771 operaciones cesáreas efectuadas constituyen el 40.66% de los nacimientos. Estas cifras contrastan con lo reportado por Garrido Calderón y cols.,⁵ quienes señalan un promedio total de cesáreas en 5 años, para la Maternidad del I.D.S.S. de 12.6%, para la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el año de 1978 de 12.27% del total de nacidos vivos, y para el Hospital Infantil San Lorenzo de Los Minas en el año 1979 un promedio de 8.77% del total de nacidos vivos, promedios estos que se encuentran muy por debajo de los reportados en hospitales reconocidos, donde la frecuencia de la operación cesárea ha aumentado considerablemente en los últimos 10 años, reflejando la tendencia a resolver los problemas capaces de poner en peligro la vida del producto, al encontrar con los avances tecnológicos nuevas indicaciones para efectuar la intervención. Como ejemplo de esto mostramos a continuación la frecuencia de la operación cesárea en los últimos 5 años en que funcionó el Hospital de Gineco-Obstetricia

No. uno, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de México:

AÑO	NACIMIENTOS	No. DE CESAREAS	%
1972	21,044	3,205	15.2
1973	20,592	3,621	17.6
1974	16,726	3,940	23.5
1975	13,883	3,969	28.6
1976	16,157	4,304	26.6

La mayor incidencia de la operación obstétrica sigue presentándose, como es natural, durante la etapa de mayor actividad sexual de la mujer, es decir, entre los 20 y 30 años de edad, encontrándose únicamente un 4.66% con una edad fluctuante entre los 15 y 19 años, contrariamente a lo que suele observarse en hospitales públicos y que es confirmado por otros autores^{17,18} que señalan que este grupo de edad suele ocupar el segundo lugar, debido a lo temprano del inicio de la vida sexual femenina en nuestra clase más desposeída, con las consecuencias que esto implica, como son la presencia de patologías obstétricas o bien agresiones traumáticas a la estática pelvigenital en pacientes sumamente jóvenes.

Es de resaltarse el hecho de que únicamente 46 pacientes (5.96%) tenían el antecedente de parto anterior y que 302 pacientes (39.17%) tenían historia de una o más cesáreas anteriores, lo que de hecho constituye una indicación de una nueva cesárea en nuestro medio. El 55% restante estuvo constituido por pacientes nulíparas.

En relación al embarazo actual pudimos observar que únicamente 108 pacientes (14.0%) cursaron con algún tipo de complicación durante el mismo y de éstas la más frecuente fue la ruptura prematura de membranas (R.P.M.), con una incidencia del 5.19%. Esto nos habla en favor del buen control prenatal, así como del adecuado estado nutricional de las pacientes, factores que con seguridad influyeron definitivamente en la baja incidencia de patologías.

Con respecto a la indicación de la cirugía pudo observarse que en un 39.17% correspondió a cesáreas de repetición. Recalcamos la terminología, porque no podemos hablar de cesárea iterativa con el antecedente de sólo una intervención previa.

Al hablar de cesáreas de repetición hay que señalar que la operación cesárea es el único ejemplo dentro de la cirugía, en el cual una intervención se repite en el mismo sitio y con la misma técnica.¹ El segundo lugar lo ocupó la Desproporción céfalo-pélvica, con una incidencia de 26.20%.

Con respecto al tipo de incisión practicada a nivel de la piel, debemos resaltar que en el 30.87% de los casos fue utilizada una incisión transversal baja tipo Pfannestiel. La ventaja más buscada con esta incisión, en la práctica privada, es la estética, pero no hay que olvidar también la de resistencia, ya que la hernia incisional es muy rara con este tipo de incisión.

En los hospitales del Estado, que son centros de enseñanza, suele practicarse la celiotomía media infraumbilical. La preferencia se apoya en que: es más fácil técnicamente, es más rápida y menos sangrante, logra mejor campo operatorio, es más fácil ampliarla, su reparación es más sencilla y se puede repetir con facilidad cuantas veces sea necesario.

La histerotomía practicada fue predominantemente transversal tipo Kerr (98.96%), lo que apoya al criterio ya unánime que sostiene que la incisión segmentaria transversal es la de elección en la mayoría de los casos, tanto por las cifras de baja morbilidad que la acompañan como por su mejor futuro obstétrico, valorado mediante el estudio clínico, la histerografía postcesárea y el estudio histológico de la cicatriz.²⁻⁶ Sin embargo hay situaciones que impiden la extracción del producto con esta técnica, haciéndose necesaria la práctica de la cesárea segmento—corporal o corporal. Nuestra incidencia para estas técnicas fue de 0.26% y 0.77%, respectivamente, lo que está acorde con los autores consultados.⁶⁻⁷⁻⁸

Entre las indicaciones actuales que tiene la cesárea corporal, podemos mencionar: cáncer cérvico—uterino invasor, cesárea corporal previa, imposibilidad de abordar el segmento uterino, adherencias en el segmento, vejiga alta y fija, necesidad de una evacuación uterina rápida. Cesárea post mortem que debe ser siempre corporal. Dentro de las indicaciones para la práctica de una cesárea segmento—corporal, podemos mencionar: situación transversal complicada, placenta previa anterior con segmento insuficiente, dehiscencia parcial de cicatriz segmento—corporal anterior, el anillo de Bandl, segmento varicoso.

La técnica anestésica más utilizada fue el bloqueo peridural (89.75%). Ello está de acuerdo con la práctica habitual en todo el mundo, pues si bien el bloqueo peridural dista mucho de la concepción teórica de la anestesia ideal, de momento es la técnica más idónea, sobre todo si pensamos en las repercusiones fetales.

La incidencia de prematuridad fue baja, lo que habla en favor de la buena valoración del momento para la interrupción del embarazo y se evidencia, asimismo, en la baja mortalidad perinatal.

Al revisar el peso de los productos al momento del nacimiento nos llama la atención el alto porcentaje de macrosómicos (12.45%), lo que obliga a pensar que entre nuestras pacientes hubo un número importante de pre-diabéticas.

Las complicaciones trans y post—operatorias fueron muy bajas, lo que confirma el buen manejo y la experiencia de los cirujanos actuantes.

Lamentablemente en nuestra serie hubo un caso de muerte materna, que ocurrió en el post—operatorio inmediato de una mujer joven. La muerte fue la aparición súbita, sin estar precedida de ninguna complicación aparente ni dar margen para prestar ningún tipo de auxilio tendiente a evitarla.

RESUMEN

Se analizan 771 embarazos resueltos por operación cesárea en el Centro de Pediatría y Especialidades de Santo Domingo, entre octubre de 1975 y octubre de 1982.

Con relación al total de 1,896 nacidos vivos, las 771 cesáreas corresponden al 40.66% de los nacimientos.

La mayoría correspondió a mujeres cuya edad se encontraba entre los 20 a 29 años, pero se observaron 4 casos de pacientes con más de 40 años. 302 pacientes tenían el antecedente de cesárea previa (39.17%), 46 habían presentado parto previo a la cesárea; 398 cursaban su segunda gestación.

Con relación al embarazo en cuestión, en 108 casos (14.0%) se observó alguna complicación, siendo la R.P.M. la más frecuente, con una incidencia de 5.19%, seguida del embarazo prolongado con 3.50% y la toxemia gravídica con 3.24%.

Respecto a las causas que motivaron la incidencia de la operación cesárea, la más frecuente fue la cesárea anterior en 302 casos, seguida de la D.C.P. en 202 casos (26.20%).

La técnica anestésica más utilizada fue el bloqueo peridural. El tipo de cesárea realizada en la mayoría de los casos fue Kerr.

Al momento del nacimiento 715 productos fueron considerados recién nacidos normales, 25 fueron considerados hipóxicos, 18 prematuros, 1 presentó Síndrome de Down. La mortalidad perinatal fue de 0.91%.

Entre las complicaciones se reportaron 2 casos de sangrado abundante por prolongación de las comisuras y 40 casos cursaron con infección durante el post—operatorio.

Se registró un caso de muerte materna en el post—operatorio inmediato, atribuido a un infarto agudo del miocardio.

El promedio de estancia hospitalaria fue de 4.19 días.

No se practicó autopsia ni estudios toxicológicos que aclararan a fondo la causa real de la muerte, pero por un análisis clínico de la misma se estableció como causa etiológica un infarto agudo y masivo del miocardio.

CONCLUSIONES

1. En nuestro medio existe una diferencia muy notoria entre los índices de cesárea realizadas en hospitales públicos, en relación a las practicadas en el medio privado, probablemente debido a una vigilancia más estrecha y directa de los casos en hospitales privados y a diferencias conductuales.

2. La operación cesárea ha obligado al abandono de algunas prácticas obstétricas de antaño, mejorando la salud materno—fetal.

3. Con el mejoramiento de las técnicas en los últimos años se ha conseguido mantener mejores condiciones anatómicas y funcionales del útero, mejor pronóstico obstétrico en la mujer y disminuir la morbilidad materno—fetal.

4. Debido a los progresos en la anestesia, las complicaciones materno—fetales inherentes al método han disminuido.

5. Las complicaciones materno—fetales que aún existen son principalmente debidas a trastornos económico—asistenciales que deberán desaparecer.

6. El mejor conocimiento y la atención profunda de los problemas sobre la respuesta biológica a la agresión quirúrgica conducirán a mayor éxito de esta práctica.

7. "El mejor cirujano, no es el que termina primero".

BIBLIOGRAFIA

(1) Ruiz Velasco, V.: La operación cesárea. Prensa Médica Mexicana, 1ra. Ed., pág. 1—56; 1971, México.

(2) Karchmer, KS; Vargas, L.E.; Arao MM., Ramírez SE: Operación cesárea. Análisis de 1,000 casos. Rev. de la Facultad de Medicina 8:239, 1966. México.

(3) Giampietro A.: Cesáreas, Algunas consideraciones. Libre homenaje al profesor Dr. Luis Castelazo Ayala. XXV aniversario profesional 1:74, 1970; México.

(4) Marcoushamer B.; Karchmer KS.; Monrey HA. Mortalidad maternofetal en cesárea iteractiva. Análisis de 1,000 casos. Rev. Ginecobstétrica 23:613, 1968. México.

(5) Garrido Calderón J. y col.: Indicaciones frecuencia e incidencia de la operación cesárea en los últimos años en el Hospital de Ginecobstetría del IDSS. Revista Dominicana de Obstetría y Ginecología. Septiembre 80/Abril 82, pág. 24.

(6) Rosas AJ, Ruiz Velasco V, Uribe AR: Cesárea segmento—corporal. Rev. Ginecobstétrica 31:211, 1972. México.

(7) Ruiz VV, Rosas AJ, Uribe AR: Cesárea corporal. Rev. Ginecobstétrica 27:527, 1970. México.

(8) Posada UP, García PA, Ascolani R: Consideraciones sobre cesáreas. Rev. Ginecobstétrica 28:179, 1970. México.