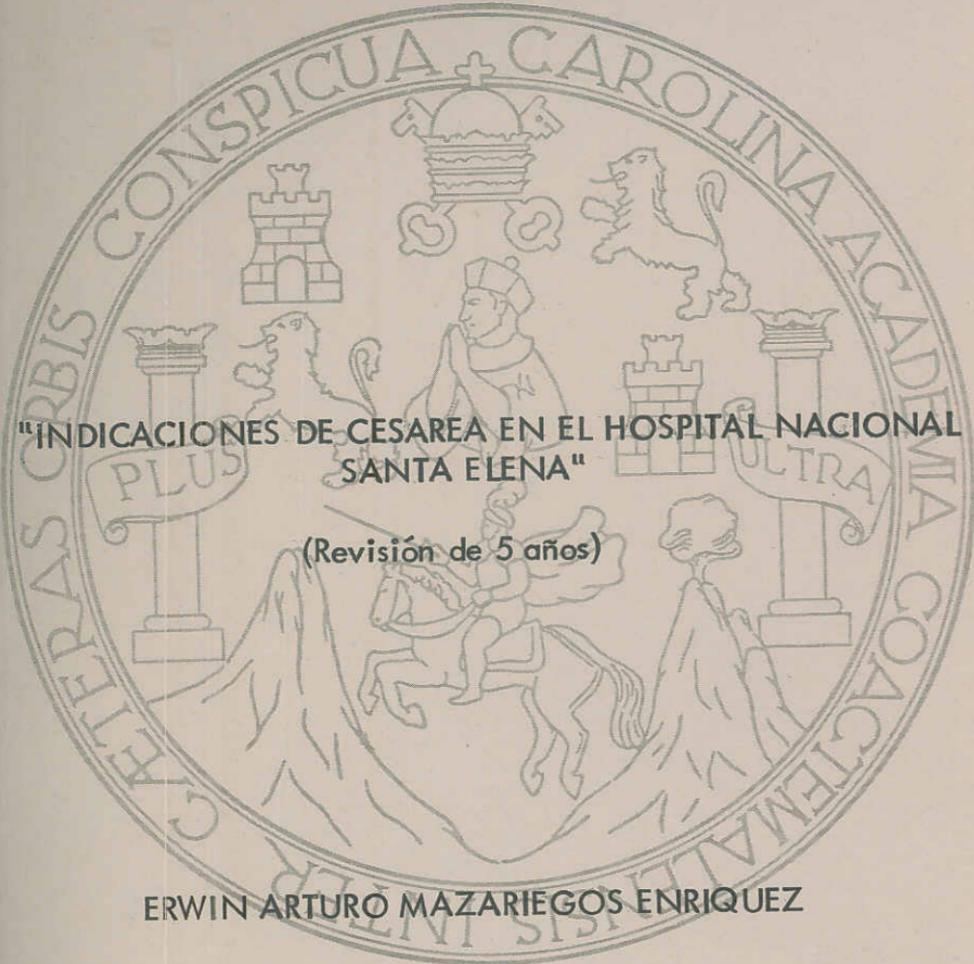


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a man in a crown and robes, possibly a saint or a historical figure, seated on a horse. Above him is a crown with a cross. To the left and right are castles and a lion rampant. Below the central figure are two columns with scrolls that read 'PLUS' and 'ULTRA'. The outer ring of the seal contains the Latin text 'CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALTE' and 'SACRUM SIBI' at the bottom.

"INDICACIONES DE CESAREA EN EL HOSPITAL NACIONAL
SANTA ELENA"

(Revisión de 5 años)

ERWIN ARTURO MAZARIEGOS ENRIQUEZ

Guatemala, Abril de 1981.

CONTENIDO

I PARTE:

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- OBJETIVOS
- 3.- HIPOTESIS
- 4.- HISTORIA
- 5.- INDICACIONES
- 6.- TECNICA OPERATORIA
- 7.- PRONOSTICO

II PARTE:

- 1.- MATERIAL Y METODO
- 2.- ESTUDIO RETROSPECTIVO DE CESAREAS -
EFECTUADAS DURANTE 5 AÑOS EN EL HOS-
PITAL NACIONAL SANTA ELENA
- 3.- CONCLUSIONES
- 4.- RECOMENDACIONES
- 5.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Dada la importancia que tiene la cesarea como procedimiento quirúrgico en el área de obstetricia y, habiéndose logrado con ella reducir tanto la mortalidad materna como neonatal, tomando también como base que este procedimiento quirúrgico es uno de los que se realiza con más frecuencia en el Hospital Nacional Santa Elena, considero de bastante importancia conocer lo referente a la misma y a sus técnicas operatorias, como también a sus posibles complicaciones, decidiendo por ello realizar el presente trabajo de tesis titulado "Indicación de Cesareas en el Hospital Nacional Santa Elena", y que comprende un estudio retrospectivo de 5 años, para lograr conocer las indicaciones más frecuentes, edades, técnicas operatorias, técnicas asociadas, complicaciones y la incidencia de la misma.

Con el presente trabajo de tesis no se pretende realizar un estudio exhaustivo del tema, sino que presentar lineamientos generales como son: Su historia, incidencia, técnica operatoria y presentar los resultados de la investigación efectuada en el Hospital en forma de: Cuadros, conclusiones, y recomendaciones.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL:

Conocer la indicación más frecuente de cesárea en el Hospital Nacional Santa Elena, y Determinar si es correcta o no.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar la morbi-mortalidad del procedimiento en el hospital.
- 2.- Proporcionar la incidencia de cesáreas con relación a nacimientos totales .

HIPOTESIS

La indicación de cesáreas en el Hospital Nacional Santa Elena no fue adecuada, lo que trajo consigo una alta morbi-mortalidad.

HISTORIA

La historia antigua relata varias versiones sobre el inicio de la cesarea como en el caso de Escipión, Marcio y Julio César, refiriendo que esto snacieron en esta forma y que el nombre de la misma se derivó de éste último. Pero la misma historia refiere que la madre de Julio César vivió por varios años más, por loque el procedimiento en este tiempo fue imposible que se realizara.

Por otra parte se creé que se derivó de una ley romana, - donde se practicaba la operación a mujeres ya fallecidas durante los últimos meses de gestación con la esperanza de que el niño viviera, pero esto carece de veracidad pues ninguno de los historiadores o escritores médicos de ese tiempo hacen referencia al respecto en sus escritos.

En 1591, se menciona al castrador Alemán Jacobo Nufes, quien realizó una cesárea en 1500 a una mujer viva, sobreviviendo ésta al procedimiento y teniendo aún dos partos posteriores, desconociendose hasta entonces la sutura uterina. Por ese tiempo aparece el nombre de Francois Rousselt quién publica 14 casos de cesáreas practicadas a mujeres vivas, relatadas por sus amigos. Estos son relatos difundidos a través de tres generaciones y, dicen que de las 14 cesáreas seis se practicaron en la misma mujer.

En 1668 Francois Mauriceau, publica referencias que sí demuestran que la cesárea sepráctico a mujeres vivas, en casos especiales y desesperados siendo el procedimiento en su totalidad mortal.

Durante los años de 1865, a 1876 la mortalidad materna -

continuaba alcanzando porcentajes bastantes altos, siendo - hasta 1887 en que Max Sanger introduce la sutura de la pared uterina, realizandose este hasta entonces porque anteriormente se pensaba que era peligrosa.

La sutura uterina propulsó la creación de nuevas técnicas quirúrgicas, como fue el caso de Porro, que combinaba la cesárea más histerectomía con marsupialización del muñón cervical. En 1907 Frank describió la primera intervención extraperitoneal, que se empleó hasta hace varios años con modificaciones.

En 1912 se defendió que la técnica extraperitoneal se realizaba no tanto por evitar la cavidad peritoneal, sino que era para abrir el útero por su parte más delgada, como lo es el segmento. Realizándose una incisión a través del saco supravesical del peritoneo, desde un ligamento redondo al otro y separando la vejiga del segmento y del cuello uterino, se realizaba otra incisión media vertical y se extraía al niño con fórceps. En 1926 Kerr introduce la variante de la incisión transversal al segmento y es la que se usa en la actualidad.

Las complicaciones más frecuentes de este procedimiento fueron hemorragias y las infecciones, pero con el advenimiento de los antibióticos y los bancos de sangre estas complicaciones actualmente tienden a ser bastante raras.

DEFINICION:

Se puede definir como: "El parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero."

INDICACIONES DE CESAREAS:

Las indicaciones de cesárea han sido tema de discusión encontrando que en algunos lugares la indicación de la misma es una cicatriz anterior, fundando ésto en que la cicatriz pueda romperse durante un parto posterior. Otros opinan que es necesario practicar una cesárea por indicaciones asociadas que por sí solas no justificarían el proceso. Otros opinan que para practicar una cesárea es necesario que exista una distocia como son:

- 1.- Desproporción Céfalo-Pélvica
- 2.- Estrechez Pélvica
- 3.- Tumores en el Canal del Parto
- 4.- Placenta Previa.
- 5.- Situación Transversa.
- 6.- Cáncer del Cuello Uterino.
- 7.- Primigesta con Feto en Podálica
- 8.- Inminencia de Ruptura Uterina
- 9.- Presentación Podálica con Cesárea Anterior
- 10.- Falta de Dilatación del cuello

11.- Fistula Vésico-Vaginal o Recto -Vaginal

CONTRAINDICACIONES:

Hasta el momento no existe ninguna contraindicación de efectuar la cesárea siempre y cuando se realice con las técnicas quirúrgicas y de asepsia adecuadas.

Se discute bastante la indicación por parte únicamente del feto lo cual anteriormente no se consideraba con fundamento, pero en la práctica actual se ha tomado como indicación de bastante peso el sufrimiento fetal con cambios en el ritmo cardíaco y expulsión de meconio.

INCIDENCIA:

En este aspecto se ha operado varios cambios, pues antes se denominaba como un buen servicio de Obstetricia a aquel en el que se efectuaban el menor número de cesáreas. Actualmente este criterio no tienen validez en lo que respecta al número, siempre y cuando el procedimiento se efectúe bajo circunstancias que lo ameriten. Además esta incidencia va a varias dependiendo de el lugar donde esta se realice.

TECNICA OPERATORIA:

Para realizar el procedimiento existen tres técnicas y que son las siguientes:

Cesárea segmentaria transperitoneal

Cesárea clásica de sanger;

Cesárea seguida de hysterectomía de Porro.

CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL:

Se procede a efectuar evacuación de la vejiga a través de una sonda vesical y colocar a la paciente en posición supina o Trendelenburg ligero.

Luego de la debida asepsia, colocación de campos esteriles se procede a efectuar una incisión abdominal de más o menos 12 cm. de longitud que va de por encima del pubis hasta por debajo del ombligo. Con separadores apropiados se separa hacia afuera todos los bordes de la incisión abdominal para poder exponer toda la parte inferior del útero; con pinzas de disección se toma el peritoneo laxo por debajo de su inserción a la pared anterior del útero, luego se efectua una incisión transversal, separando por disección roma el peritoneo y la parte posterior de la vejiga urinaria de la pared uterina, formando así dos colgajos, uno correspondiente al peritoneo uterino y otro más extenso formado por el peritoneo y la superficie posterior de la vejiga. La incisión uterina puede hacerse transversal o longitudinal, haciéndola inicialmente con bisturi y completandola con tijeras de punta roma; en caso de incisión transversal se puede practicar disección roma con los dedos. Para extraer al feto se coloca la mano entre la cabeza del mismo y la sínfisis y se tracciona hacia arriba, si la cabe-

za esta muy profunda ya dentro del canal debe contarse con un ayudante que provisto de un guante esteril la desplace hacia arriba a través de la vagina. Seguida de la extracción fetal, se desprende y extrae la placenta. Se pinzan los bordes del miometrio con pinzas de anillos, procediéndose a cerrar la incisión, iniciando en un extremo, con sutura continua usando catgut crómico número 0. Se coloca un segundo plano para las estructuras más superficiales del miometrio en la misma forma. Se atraen entre si los colgajos de peritoneo vesical y peritoneo visceral y se coloca una sutura continua con catgut crómico 00. Procediendo a cerrar las paredes abdominales por planos.

La incisión transversal tiene varias ventajas por lo que se prefiere a la longitudinal, entre estas ventajas tenemos: Se separa menos la vejiga, se extrae más fácilmente la cabeza fetal y la incisión casi siempre se limita unicamente al segmento. La desventaja de esta incisión es el peligro de la sección de las arterias uterinas por lo que siempre debe hacerse en forma semilunar, en caso de lesión de las arterias estas se deben de ligar rapidamente para evitar la necesidad de practicar una histerectomía.

Por las razones que se exponen a continuación, la cesárea segmentaria transperitoneal es actualmente la intervención de elección:

Disminuye el peligro de infecciones post-operatorias.

Disminuye el peligro de Obstrucciones Intestinales

La incisión se efectua en una zona de menor actividad uterina.

Se acompaña de menos hemorragia y es más fácil de -

cerrar que la incisión clásica.

Menor probabilidad que pueda romperse en embarazos posteriores.

Las medidas pre y post-operatorias de las cesáreas son las mismas que para cualquier intervención abdominal, con excepción de la premedicación usándose en esta unicamente la atropina, la sonda vesical se retira al primer día de la operación, la paciente es ambulatoria y se le da egreso una semana después de la intervención.

ANESTESIA:

La vía de anestesia usada depende del lugar donde se realice el procedimiento. Entre estas estan:

La intravenosa, usándose el Pentotal Sódico que constituye un método rápido y sencillo de inducción y mantenimiento.

Por inhalación, usándose el oxígeno y éter, siendo un método inocuo y eficaz pero asegurándose que la paciente se encuentre en ayunas y no padezca ninguna enfermedad respiratoria.

En las dos vías anteriormente descritas debe de manera habitual, usarse la intubación endotraqueal para evitar la aspiración.

Otras vías de anestesia tenemos: Caudal, Epidural, Local.

PRONOSTICO:

La mortalidad materna por cesárea es bastante baja, existiendo lugares donde se han efectuado estudios sobre más de mil casos, sin ninguna muerte materna.

En un estudio publicado por Gordon de 242 casos de muerte por cesárea, 48 eran debido a la anestesia, por lo que se considera que la anestesia por sí sola es muchas veces más peligrosa que el procedimiento en sí.

MATERIAL

- 1.- Libro de registros de la sala de maternidad del Hospital Santa Elena de los años de 1976 a 1980, incluyendo las vistas durante los 6 meses de internado de Agosto del 80 a Enero del 81.
- 2.- Papeletas de pacientes, en el departamento de estadística.
- 3.- Ficha de análisis de datos con las siguientes variables:
 - a) Raza
 - b) Edad
 - c) Paridad
 - d) Indicación de cesárea
 - e) Tipo de Cesárea
 - f) Técnicas asociadas
 - g) Días de hospitalización
 - h) Tratamientos profilácticos
 - i) Complicaciones.
- 4.- Bibliografía

METODO:

Deductivo y análisis retrospectivo de los registros clínicos de -

las pacientes a las cuales se les realizó la operación cesárea, en los años comprendidos de 1976 a 1980. De donde se obtuvieron los datos necesarios para realizar la investigación.

ANALISIS ESTADISTICO:

Los datos obtenidos de los archivos del hospital Nacional Sante Elena durante los cinco años comprendidos de 1976-1980, se clasifican cualitativamente y cuantitativamente y cronológicamente ya que el tema y la información así lo requieren.

Posterior a la clasificación, se interpretan porcentualmente, las distintas variables del problema para determinar grupos de mayor predominancia o incidencia. Por ejemplo determinar en que grupo de edades fue más frecuente el procedimiento de cesárea y que relación porcentual tiene con respecto al universo de casos estudiados, sobre los factores de mayor o menor incidencia se obtendra por deducción el condicionamiento que las diversas variables ejercitan sobre el hecho estudiado.

Lo anterior permitira aislar toda la información necesaria para obtener conclusiones tales como: Grupo étnico en el que es más frecuente, grupo de edades, grupo gestacional, indicaciones más frecuentes, etc.

Los cuadros se presentan de dos formas: Distribuciones de frecuencias simples (ejem. cuadros del 1 a 3) y distribuciones de frecuencias agrupadas (cuadro Número 4).

II PARTE

INTRODUCCION

Por las características geográficas, socio-culturales y económicas que presenta el departamento de El Quiche - unido a la distribución de la población la cual es predominantemente indígena, las costumbres ancestrales sobre el embarazo y el parto se ven rodeadas de conocimientos muy empíricos que tienen efectos especiales sobre los resultados positivos de la gestación, esto unido al hecho de la escasa disponibilidad de medios eficientes de comunicación, da como resultados que la proporción de la población femenina que necesite atención médica adecuada no acuda o llegue con bastante demora a los centros asistenciales en donde la expectativa de éxito podría reducir las altas tasas de mortalidad infantil.

A continuación presento un cuadro comparativo que muestra la relación - y a la vez desproporción -, entre la totalidad de nacimientos ocurridos en todo el departamento y la cantidad tan reducida que el Hospital Regional cubre, como consecuencia de lo expuesto anteriormente.

CUADRO No. 1

Nacimientos ocurridos en el Depto., del Quiche

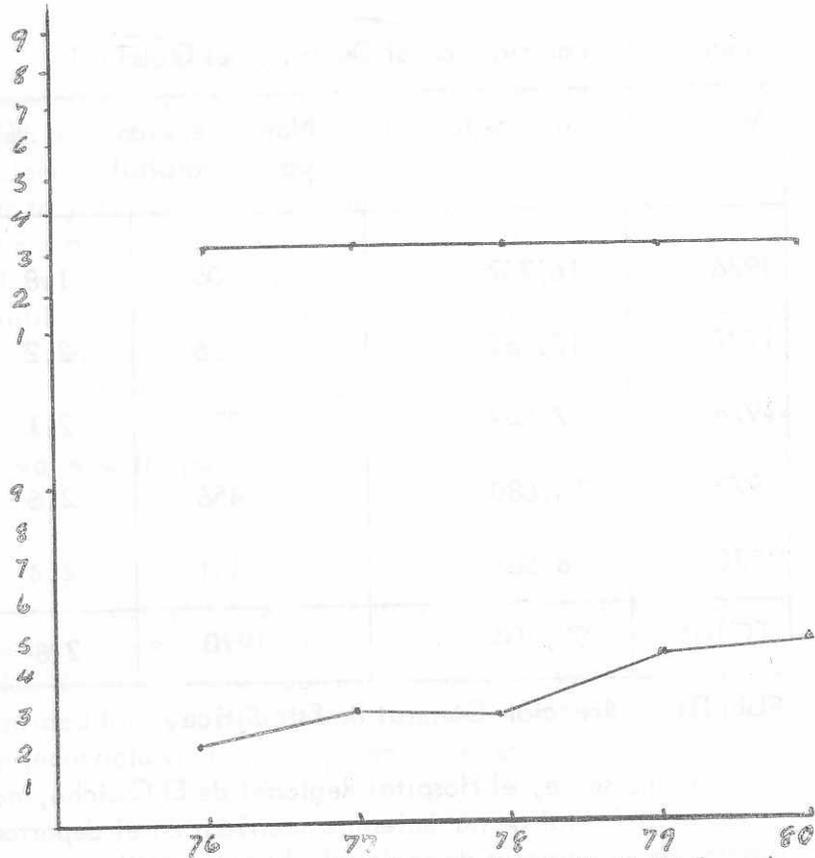
Año	Nacimientos totales	Nac, atendidos por el Hospital	%
1976	16,752	305	1.8
1977	17,180	386	2.2
1978	17,629	379	2.1
1979	18.080	456	2.5
1980	18.563	464	2.4
TOTAL	88,404	1990	2.8

FUENTE: Dirección General de Estadística.

Como se ve, el Hospital Regional de El Quiche, no cubre ni el 3% del total de nacimientos ocurridos en el departamento a pesar de su carácter de regional, lo que contribuye a mantener la tasa nacional de mortalidad infantil en un índice anual tan elevado del (69.2 por mil)

GRAFICA No. 1

Crecimiento Poblacional del Departamento del Quiche y Nacimientos Atendidos por el Hospital Regional.



FUENTE: Proyecciones Poblacionales de la D.G.I. y Archivos del Hospital Regional.

INCIDENCIAS:

Los siguientes tres cuadros, muestran la incidencia en: Grupo étnico, gestaciones y edad, en las cuales las cesáreas es más frecuente, sin que tales incidencias sean condicionantes unas de otras:

CUADRO No. 2

Grupo Etnico

Raza	No. de Pacientes	%
Indígena	139	61
Ladina	88	39
TOTAL	224	100

Se observa que la población a la que más cesáreas se efectuó fue la indígena con una incidencia del 61% del total de casos atendidos en los cinco años. La razón de una mayor incidencia en la raza indígena esta ligada a factores culturales y económicos, los cuales son muchas veces limitados y limitantes a la vez.

CUADRO No. 3

Grupo Gestacional		
Gestaciones	No. de pacientes	%
Múltiparas	148	66
Primigestas	76	34
TOTAL	224	100

Se observa que el mayor número de cesáreas se realizó a pacientes múltiparas, (66%). El fenómeno es interesante, pues la lógica sugiere que deberían ser las primigestas las de mayor tendencia a la cesárea porque es aquí donde se detectan el mayor número de distocias, tales como: La estrechez pélvica, desproporción cefalo-pelvica, etc., y su limitada experiencia, sin embargo es a la inversa. Observaciones personales durante las diversas fases de la práctica me conducen a creer que la razón de tal caso es el hecho de que las múltiparas confiadas en su experiencia de partos anteriores, desechan por múltiples razones el acudir a centros de control pre-natal, lo que no les permite prever con anticipación futuras complicaciones.

FUENTE: Proyecciones Poblacionales de la O.G.I. y Archivos del Hospital Regional.

CUADRO No. 4

Grupo de Edades

Edad	No. de pacientes	%
15 - 19	35	16
20 - 24	62	28
25 - 29	37	16
30 - 34	43	19
35 - 39	34	15
más de 40	13	6
TOTAL	224	100

A pesar de que la relación marital se inicia en la adolescencia no es sino pasados varios años (posiblemente uno o dos embarazos anteriores), que surgen las complicaciones, esto lo confirma el hecho de que no son precisamente las primigestas las que sufren la mayor incidencia (Ver Cuadro 3) lo que explica porque el grupo de edad más afectado es el de los comprendidos entre los 20 y 24 años.

El siguiente grupo de edad de mayor incidencia es el comprendido entre los 30-34 años, tal incidencia es explicable si se toma en cuenta que en ese grupo de edad se esta completando un número elevado de gestaciones lo que da como resultado problemas de tipo mecánico tales como: Falcidez uterina, Desprendimiento prematuro de placentas, Placentas Previa. Etc.

FUENTE: Registro del Hospital Regional

CUADRO No. 5

Indicaciones
Hospital "Santa Elena" El Quiche Período 1976-1980.

Indicación de Cesárea	# de pacientes	%
Sufrimiento fetal	33	15
Césárea Anterior	28	13
Primigestas con feto en podálica	26	12
Desproporción Céfalo-Pélvica	21	9
Distocia de Cuello	21	9
Pelvis Estrecha	19	8
Feto Muerto	19	8
Situación Transversa	12	5
Placenta Previa	11	6
Se desconoce	9	4
Procidencia de Miembro Superior	4	2
Inminencia de Ruptura Uterina	4	2
Embarazo Post-Maduro	4	2
Eclampsia-Preclampsia	4	2
Prolapso de Cordon	4	2
Hipotonia Uterina	2	1
Presentación Viciosa	2	1
Procidencia de Miembro Inferior	1	0
TOTAL	224	100.0

FUENTE: Registro del Hospital Regional

Se observa que las causas que más condujeron a la ejecución de cesárea son básicamente: Sufrimiento Fetal (15%) cesárea anterior (13%), y primigesta con feto en podálica -- (12%), causas que suman el cuarenta por ciento (40%) del total, es importante plantear las razones de tal incidencia:

Sufrimiento Fetal: Ocurre como consecuencia de una mala preparación para el parto, resultado de que la futura madre no cuenta en todo su período prenatal de suficiente orientación, lo cual las lleva a efectuar un prolongado trabajo de parto, con las consecuentes resultados.

Cesárea Anterior: En los casos en que en el parto anterior se resolvió por cesárea, es opinión casi general que el nuevo parto se resuelva de la misma forma, las historias clínicas indican que las causas de cesárea anterior fueron en su mayoría debidas a distocias como: Pelvis estrecha, Desproporción Céfalo-pélvica, presentaciones anómalas, y en otras causas como sufrimiento fetal y trabajo de parto prolongado.

Primigestas con feto en Podálica: Esta se realizaron, tratando de evitar problemas durante el parto por vía vaginal como lo es la retención última de cabeza, ya que las pacientes llegaban con un trabajo de parto de varias horas de evolución, lo que dificultaba, la aplicación de técnicas adecuadas.

Tipo de Anestesia	No. de pacientes	%
Regional	223	99.55
Epidual	1	.44
TOTAL	224	100.00

CUADRO No. 6

Tipo de Cesárea Aplicada
Hospital "Santa Elena" El Quiche período 1976-1980.

Tipo de Cesárea	No. de pacientes	%
Segmentaria	202	90
Corpórea	16	7
Segmento-Corpórea	6	3
TOTAL	224	100

FUENTE: Registro Estadístico del Hospital

En este cuadro se observa que en el 90% de Cesárea efectuadas, la técnica aplicada fue la segmentaria, comprobándose que la clásica ha caído en desuso, pues se aplicó únicamente en un 16% de los casos. También se realizaron durante el proceso operatorio 34 Pomeroy, dos histerectomías: Una por ruptura uterina y otra por mioma uterino y una hernioplastia.

CUADRO No. 7

Tipo de Anestesia Usada

Tipo de Anestesia	No. de pacientes	%
Raquídea	223	99.56
Epidural	1	.44
TOTAL	224	100.00

La anestesia de uso más frecuente fue la del tipo raquídeo - que se aplicó al 99.56% de las pacientes.

CUADRO No. 8

Complicaciones Presentadas
Hospital "Santa Elena" El Quiche Período 1976-1980.

Complicación	No. de pacientes	%
Infección de Herida Operatoria	14	6.4
Endometritis	10	4.5
Dehiscencia de Herida Operatoria	7	3.1
Infección Urinaria	8	3.1
Paro Cardiorespiratorio	1	.4
Sin Complicaciones	184	82.00
TOTAL	224	100.00

Las complicaciones de mayor presentación fueron: Infección de Herida Operatoria (6.4%) y la endometritis (4.5%). Encontrando que en el 82% de los casos tratados no hubo complicación alguna.

CUADRO No. 9

Días de Hospitalización

Hospital "Santa Elena" El Quiche. Período 1976-1980

Días	No. de pacientes	%
1 - 10	189	84.
11 - 19	28	13.
20 - 29	3	1.30
30 - 39	1	0.40
40 - 49	1	0.40
más de 50	2	0.90
TOTAL	224	100.00

El 84% de las pacientes estuvieron hospitalizadas por un período de recuperación que fluctuó de 1 a 10 días.

CONCLUSIONES

GENERALES:

1.- Aunque el índice de natalidad según proyecciones aumento anualmente en un 4%, la cantidad de nacimientos atendidos no guardo ninguna correlación a ese crecimiento, según lo muestra el cuadro No. 1, ya que los nacimientos atendidos variaron desproporcionalmente, como se puede observar en la gráfica No. 1.

Es evidente que tal disparidad es el resultado de una inadecuada planificación y asignación de recursos de los servicios nacionales de salud.

2.- Como lo muestra el Cuadro No. 2, el grupo étnico más afectado es el indígena, el cual se encuentra por situación socio-económica bastante más marginado de los beneficios sociales, unido al hecho de que el departamento de El Quiche tiene según proyección para el año de 1980 a un 60% de población indígena.

ESPECIFICAS:

1.- Por situaciones ya planteadas resulta ser más afectadas las madres multíparas comprendidas en los 20 y 24 años de edad.

2.- Las causas principales por las cuales la cesárea se verificó fueron: Sufrimiento Fetal, Cesárea Anterior, Primigesta con feto en podálica.

3.- El uso de antibióticos y técnicas operatorias, así como

técnicas de asepsia, han disminuido la morbi-mortalidad encontrando pocas complicaciones post-operatorias, así como ninguna muerte materna en el grupo estudiado.

- 4.- El promedio de días de hospitalización fue de 6, habiendo pocos casos que tardaron más días, debido a complicaciones en el post-operatorio.
- 5.- El tipo de anestesia usada fue casi en su totalidad raquídea.

RECOMENDACIONES

- 1.- Tratar de impulsar o mejorar programas de control prenatal a nivel de Salud Pública, para evitar en lo posible el proceso quirúrgico para el parto a las pacientes.
- 2.- Solicitar a Médicos y encargados de llenar papelería en lo que respecta a este campo, que esta se llene en forma adecuada a fin de contar con datos precisos para proximas investigaciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bernat Moragues, Jaime. Clínica Obstetrica 8ava. Ed. El Ateneo. Buenos Aires. 1960.
- 2.- Benson, Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. 2 Ed., México. El Manual Moderno 1963.
- 3.- Beck, Alfred. Practica Obstetrica. 4 Ed. México La Prensa Médica Mexicana 1963.
- 4.- Drs. Hector Puente González, Guillermo de la Garza Quintanilla, Sergio Belez Gamica, Miguel Javier Bautista Ancira. Gineco Obstetricia, Volumen 37 año XXX Número 220 México 1975.
- 5.- Dexeno Trias de Bes, José María. Giencología y - obstetricia. Editorial Juventud. España, Barcelona 1955.
- 6.- Grenhill, S. P. Obstetrics. W. B. Sanders Company Philadelphia y London. 1965.
- 7.- Ha. de Tourris. R. Henrion, Manual de Ginecología y Obstetricia, Primera Ed. 1974. Toray-Masson. -- S.A.
- 8.- Reed and Cooley. Obstetrics. Editorial Mosby.
- 9.- Stewart, L. Marcus. Obstetricia y Ginecología V 1 1970.

- 10.- Willson, J. Robert. M. D. M. S. The Managment of - Obstetrics Difficulties. St. Louis The C.V. Mosby company 1955.
- 11.- Williams. Obstetricia. Primera Edición. Salvat Editores S. A. México D.F. 1973.
- 12.- Bravo Soto, Hugo César. Cesáreas Innecesarias, Rev. de 428 casos. Hospital Nacional de San Marcos. Tesis de Graduación 1979.
- 13.- Días Molina, César Augusto.. Incidencia e Indicación - de cesárea. Hospital Nacional de Coban. Tesis de Gra duación 1979.
- 14.- Martinez, Sergio Rolando, Operación Cesárea. Hospi- tal Nacional de Escuintla. Tesis de Graduación 1980.
- 15.- Macal Recinos, Luis. Operación Cesárea, Hospital Na- cional de Retahuleu. Tesis de Graduación 1980.
- 16.- Ortiz Dominguez, Thelma Operación Cesárea, Hospital Nacional de Quetzaltenango. Tesis de Graduación -- 1975.

Br.

Erwin Arturo Mazariegos Enriquez

Aesor.

mán Rudy Aguilar Cifuentes

Dr.

Revisor.

Gullermo Croker

Director de Fase III

Carlos Waldheim

Dr.

Secretario

Raul A. Castillo

Dr.

Decano.

Rolando Castillo Montalvo