

LA MUJER EN LA SALA DE PARTOS

DR. J. FRANCISCO CASCANTE ESTRADA *

RESUMEN

De los años 1961, 1966, 1971, 1976, 1981 y 1982, se analizan 34.301 mujeres atendidas en la sala de labor y partos del "Instituto Materno Infantil Carit, CCSS". Se demuestra disminución significativa en la frecuencia de embarazadas mayores de 30 años, multiparas de 4 o más y mujeres en condición civil de casadas.

La frecuencia de embarazo múltiple, situación transversa y presentación pélvica, se mantiene sin variación significativa a través de los 20 años de estudio.

En relación a la frecuencia de bajo peso al nacer, y su contribución a la mortalidad perinatal, no se demuestran modificaciones significativas. Hay una franca reducción en la mortalidad fetal.

Las conductas asumidas ante la mayoría de las mujeres en la sala de labor y parto, portadoras de producto único en presentación cefálica, así como en particular ante aquellas con embarazo único en presentación pélvica y las portadoras de embarazo gemelar, experimentan notables cambios. Incremento franco en la frecuencia de operación cesárea, reducción en la frecuencia de parto pélvico vaginal, fórceps en presentación de vértice y parto espontáneo. Alta frecuencia de resolución del embarazo gemelar por operación cesárea, fundamentalmente con uno o ambos productos pélvicos.

Finalmente, se comenta la relación entre costos y beneficios de las conductas modernas asumidas ante nuestras mujeres en la sala de labor y parto.

SUMMARY

A retrospective study was carried out of 34,301 women who delivered at the "Institute Materno Infantil Carit, Caja Costarricense Seguro Social" during the years 1961, 1966, 1971, 1976, 1981, and 1982. The study shows a definite decrease in the frequency of women who become pregnant after 30 years of age, of women who have four or more children and an increase in the number of unwed mothers.

During the twenty years covered in the study there was no variation in the number of twin births, transverse situations, or breech presentations.

In so far as the frequency of low birth rate and its contribution to perinatal death rates, there was no significant modification demonstrated. There was demonstrated, however, a frank reduction in overall fetal mortality.

It is noted that there have been notable changes in the conduct taken with the majority of women in the labor room and the delivery room who had single products with cephalic presentations, and even more so in those women who had single products with a breech presentation and in women with twin products. There was a definite increase in the frequency of cesarean sections, a reduction in the frequency of vaginal deliveries in breech presentations, the use of forceps in vertex presentations and of spontaneous births. There was noted a increase frequency of cesarean sections in twin pregnancies, especially in those cases where one or both products are in a breech presentation.

Finally, a commentary is made concerning the costs and benefits of the modern management of our women in labor and delivery rooms.

* Asistente de Ginecología y Obstetricia. Instituto Materno Infantil Carit, CCSS. San José, Costa Rica.

INTRODUCCION

En el transcurso del tercer tercio de nuestro siglo, el ser humano a visto cambiar el horizonte de su mundo en forma vertiginosa. Todos los rincones del quehacer del hombre han sido invadidos por la novedad, la medicina no ha escapado a este torbellino de cambios y dentro de ella la obstetricia también participa ampliamente de las modas.

En el presente, para nuestro pequeño territorio escuchamos con orgullo índices de salud comparables a los de países de más avanzada organización, tecnología, o ambas, preguntándonos: ¿cuánto de ello es producto del instrumento de salud a disposición de la comunidad? o ¿en qué magnitud es el nivel de vida alcanzado por la población el responsable?.

No es desconocido el tremendo impacto que la obstetricia moderna ha tenido sobre los índices perinatales, así como el incremento de costos de operación de nuestros servicios, dada la incorporación de actitudes más activas que pasivas, en el manejo del embarazo y el parto.

Es objeto de esta revisión, analizar a través de los últimos veinte años, características generales de la mujer que llega a la sala de labor y parto, así como las actitudes asumidas ante ellas. Dicha revisión busca información que se co-

relacione con los cambios experimentados en los índices perinatales.

MATERIAL Y METODOS

De los archivos del INSTITUTO MATERNO INFANTIL CARIT se extrajo información sobre 34.301 mujeres atendidas en la sala de labor y parto, correspondiente a los años 1961, 1966, 1971, 1976, 1981 y 1982. Se orientó la obtención de datos a cuatro aspectos:

- Características generales de las mujeres: edad, estado civil y paridad.
- El embarazo en relación a número de fetos, situación y presentación, así como el tipo de parto.
- En relación a los fetos, se documentó si era mortinato o vivo, y sus pesos al nacer. No fue posible documentar en forma confiable la mortalidad neonatal de los años 1961 a 1976.
- Finalmente, se extrajo información en relación al manejo de los embarazos con producto vivo en presentación pélvica, y en los embarazos múltiples (gemelares).

FIGURA No. 1

LA MUJER EN LA SALA DE PARTOS, I. M. I. C.

Según Edad

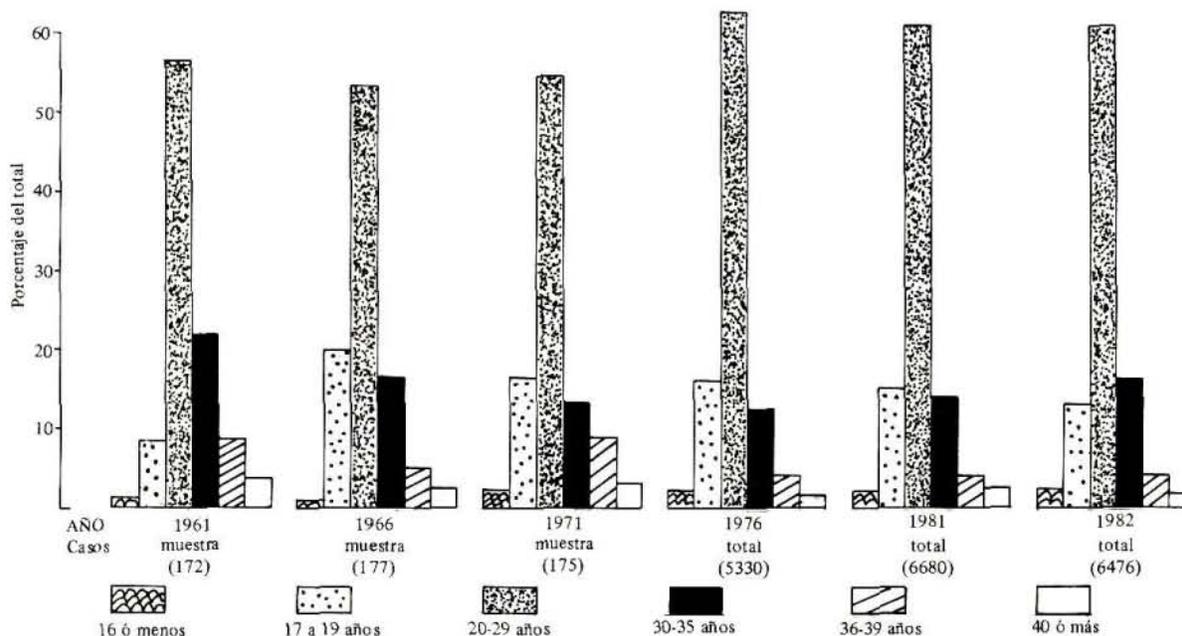


FIGURA No. 2

LA MUJER EN LA SALA DE PARTOS, I. M. I. C.

Según estado civil (en porcentajes)

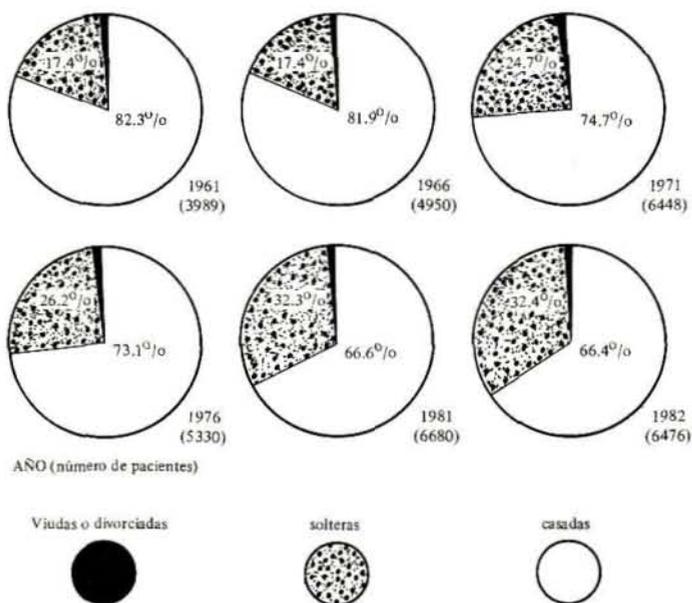
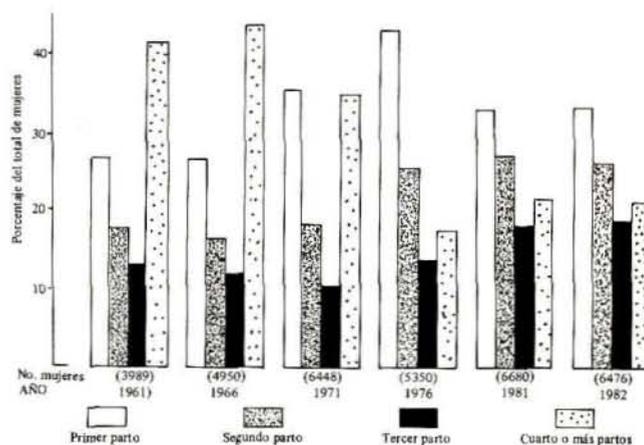


FIGURA No. 3

LA MUJER EN LA SALA DE PARTOS, I. M. I. C.
Según paridad



RESULTADOS

a) Características generales de las mujeres.

El intervalo de edad predominante, de 20 a 29 años, muestra a través del período analizado, discreto incremento (Fig. 1), el mismo es a expensas de reducción en la frecuencia de mujeres de 30 o más años. Las gestantes en el grupo de 19 o menos años, muestran un mínimo incremento a través del tiempo, el mismo fue experimentado fundamentalmente en el paso de los años sesenta a los años setenta, y en las mujeres de 16 o menos años.

La frecuencia de mujeres solteras se duplica en el curso de 20 años (Fig. 2) a expensas de reducción en igual medida de las casadas; ya que para viudas y divorciadas, los porcentajes se mantienen sin modificación importante, promedio de 0.7% con una desviación estandar de 0.3%.

En el análisis del parto motivo de atención, se observa un significativo descenso en el porcentaje de mujeres atendidas en su parto número cuatro o mayor, de 41.9% (en 1961) a 21.3% (en 1982), siendo más acentuada la disminución en el año 1976 (17.7%). Mujeres asistidas en su primer parto, ocupan de un tercio a una cuarta parte de la población; en tanto el descenso en multíparas es absorbido por el aumento en embarazadas que acuden para su segundo o tercer parto, de 16.9% a 26.3%, y de 13.4% a 18.5% respectivamente (Fig. 3).

b) En relación al embarazo y el parto

La gestación humana frecuente de feto único en presentación cefálica, mantiene un porcentaje similar a través del período analizado (Fig. 4).

El promedio de embarazos únicos es de 98.7%, en tanto para los embarazos múltiples le corresponde 1.2%, con una desviación estandar de 0.3%.

La presentación cefálica ocupa 95.3% del total de embarazos, en tanto para la presentación pélvica es de 4.3% con mínima desviación a través de los años (D E 1%).

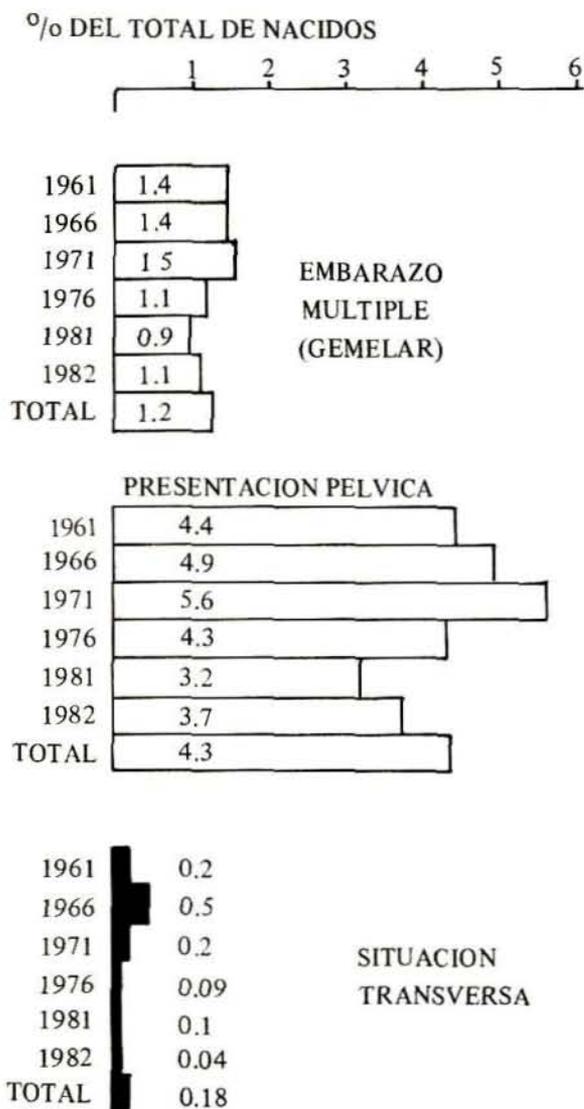
Si bien a la situación transversa le corresponde mínimo porcentaje en toda la época (promedio de 0.18%), la observación en números absolutos nos indica que, mientras el número total de partos se ha incrementado en ± 2.000 (de 1961 a 1982), el número de transversos sigue una tendencia permanente de disminución, 10, 26, 14, 5, 9, 3, para cada uno de los años respectivamente.

En la Fig. 5 observamos reducción en el porcentaje de partos espontáneos, que va desde 59% en 1961 a un mínimo en los años 1971 y 1976 (34%), y recuperación parcial en los años 1981-1982 (48%), promediando para el período 45.3% ± 9.1%.

La intervención médica en la labor de parto, esto es la inducto-conducción con occitocicos, en los años 1971 y 1976 alcanzó máxima frecuencia (41.9% y 30.7%), básicamente por incremento de la conducción, ya que la inducción ocupa a través de los años un promedio de 2.2% con una desviación estandar de 0.93%. En los años 1961, 1966, 1981 y 1982, a la inductoconducción le corresponde una cuarta parte del total de los partos.

FIGURA No. 4

LA MUJER EN LA SALA DE PARTOS, I.M.I.C.
Según productos (fetos)



En el parto quirúrgico por vía vaginal, el fórceps muestra un aumento de su frecuencia en 1966 (18.1^o/o) y en 1976 (12.0^o/o), en los restantes años se mantiene entre 6^o/o y 7^o/o del total de partos. El parto pélvico vaginal experimenta una modificación importante a través de los años, esto es una reducción constante, llegando al final del período a constituir la mitad de lo que fue al inicio, 4.7^o/o, 4.5^o/o, 3.8^o/o, 2.5^o/o, 2.0^o/o y 1.9^o/o respectivamente para cada año de estudio desde 1961 a 1982.

Con respecto a la operación cesárea, presenta un incremento sostenido del año 1961 a el año 1976, 4.6^o/o, 7.4^o/o, 11.8^o/o y 20.5^o/o, estabilizándose en los años 1981 (20.1^o/o) y 1982 (19.2^o/o). Comparando los años 1961 y 1966, con los años 1981-1982, obtenemos un aumento de

14^o/o, el cual es a expensas de reducción en 7^o/o de los partos espontáneos, en 6^o/o de la utilización del fórceps y en 2^o/o del parto pélvico vaginal.

Finalmente, debemos anotar que la experiencia con el vacuum extractor es mínima en la institución, 1.3^o/o de los partos en 1961 y 0.5^o/o en 1966, desde entonces se abandonó su uso.

c) Con respecto a los fetos

A través de los cuatro quinquenios de análisis no se modifica en forma significativa la distribución de los niños según su peso a nacer (Fig. 6). Recién nacidos con pesos considerados normales (2500 a 3999 gramos) alcanzan en los seis años motivo de estudio un promedio de 87.2^o/o, con una desviación estandar de 1.3^o/o.

La reducción en los porcentajes de niños de bajo peso (2499 g ó menos) ha sido mínima, 11.2^o/o en los años 1961 y 1966, 9^o/o durante los años 1971 y 1976, y 8.3^o/o en el período 1981-1982. Ha dicha reducción contribuyen básicamente los recién nacidos con pesos de 1500 a 2499 gramos, 9.7^o/o, 7.9^o/o y 7.3^o/o, respectivamente para los bienios 1961-1966, 1971-1976, 1981-1982. El muy bajo peso (1000-1499 g) se mantiene estable a través del período, promedio 0.7 ± 0.1^o/o. Finalmente, los menores de 999 g se reducen a la mitad, 0.65^o/o, 0.40^o/o y 0.35^o/o para cada período de los sesenta, setenta y ochenta respectivamente.

La frecuencia de niños macrosómicos (4000 g ó más) se mantuvo sin variaciones importantes a través de los años (desviación estandar 0.5^o/o), con un promedio final de 3.2% del total de nacimientos. Las modificaciones consisten en incremento de la frecuencia de niños con pesos entre 4000 y 4999 g, 2.5^o/o, 3^o/o y 3.3^o/o para los años 1961 y 1966, 1971 y 1976, y 1981-1982 respectivamente; en tanto los mayores de 4500 g descendieron de 0.7% a 0.3% y 0.2% en cada década respectivamente.

En el renglón de mortalidad fetal (Fig. 7), se muestra una franca y sostenida reducción desde el año 1961 a 1976 inclusive, 18.9^o/o, 14.2^o/o, 11.8^o/o y 6.1^o/o, sin embargo en los años 1981-1982 se observa incremento discreto con relación a 1976, 8.4^o/o en 1981 y 7.4^o/o en 1982.

d) El parto en presentación pélvica con feto vivo

La presentación pélvica, tradicionalmente controversial en cuanto a las conductas obstétricas adoptadas ante ella, como se observa en la Fig. 8, las mismas han tenido profundas modificaciones con el devenir del tiempo. En general, extraordinario y sostenido incremento en la resolución por operación cesárea, desde 9^o/o de los pélvicos en 1961, a la mitad de los mismos en 1982. La frecuencia del parto pélvico espontáneo es prácticamente igual en los años

FIGURA No. 5

LA MUJER EN LA SALA DE PARTOS, I. M. I. C.
Según tipo de parto

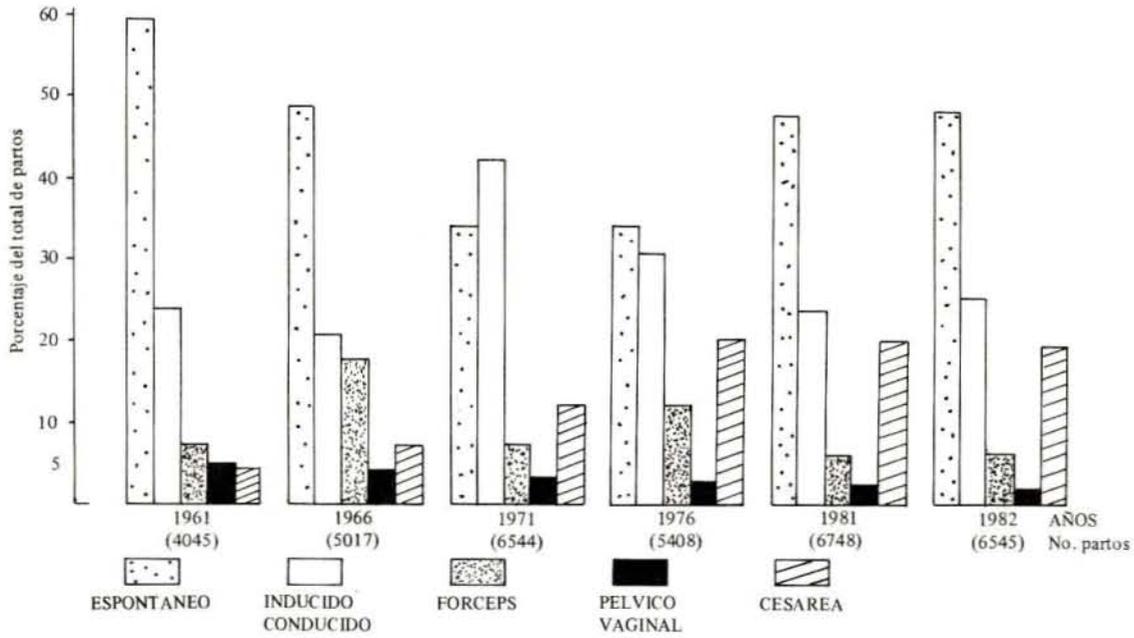


FIGURA No. 6

LA MUJER EN LA SALA DE PARTOS, I.M.I.C.
Según peso del recién nacido

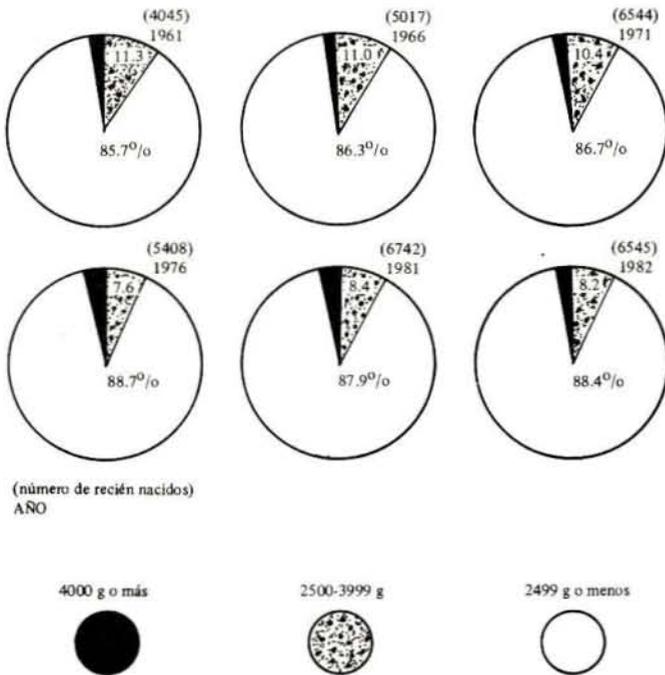
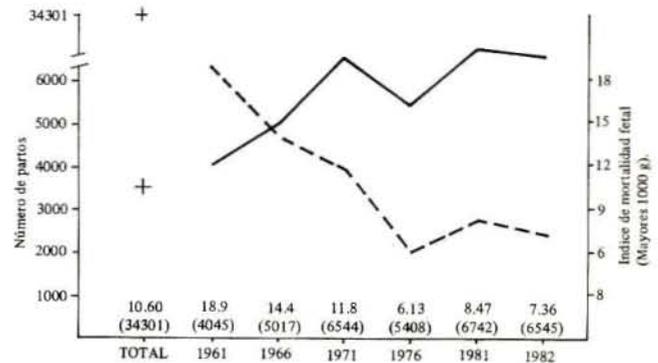


FIGURA No. 7

LA MUJER EN LA SALA DE PARTOS, I.M.I.C.
Total de partos y mortalidad fetal



1961, 1981 y 1982, en tanto en los años 1966, 1971 y 1976, se muestra una franca reducción de la espontaneidad a favor de la atención con maniobras.

Es notable observar que el fórceps, de por sí poco frecuente en la presentación pélvica, 1.3^o/o de los pélvicos en relación a 9.6^o/o de los cefálicos, ha disminuido en el transcurso de los años, 2.8^o/o en 1961 y 1966, 0.5^o/o en 1971-1976, y 0.4^o/o en 1981-1982.

Finalmente, de las maniobras obstétricas vía vaginal, la versión interna y gran extracción pélvica desaparece en los años 1981-1982 (0^o/o), tendencia que se observa desde los años 1971-1976 (1.1^o/o), en relación a los años 1961 y 1966 (10.1^o/o).

Excepto en el año 1961, en que la intervención médica (inducto-conducción) se practicó con igual frecuencia en el pélvico que en la población total, esta se practicó con menor frecuencia en los años 1981-1982 (9^o/o), y aun menor en los años 1966, 1971 y 1976.

e) El parto múltiple (gemelar)

Como es evidente en la Fig. 9, la operación cesárea invade la resolución del embarazo gemelar, desde prácticamente cero en los años 1961 y 1966, solamente dos embarazos de 121, a partir de los años setenta aumenta en forma sostenida, para alcanzar en 1981-1982 un tercio del total de los embarazos gemelares. Dicho incremento es fundamentalmente debido a la presentación pélvica (contribuye con 80^o/o del incremento), ya que el gemelo cefálico por vía vaginal se mantiene con una desviación estandar de 4.8^o/o para un promedio de 51.3^o/o; en tanto el gemelo pélvico por vía vaginal disminuye persistentemente, 43.7^o/o en los años 1961-1966, 31.6^o/o en los años 1971-1976, y 20.5^o/o en el bienio 1981-1982.

La utilización del fórceps fue más frecuente en el gemelo cefálico (promedio 41.6^o/o) que en la población total; en tanto el manejo médico con occitocicos y la espontaneidad fue menos frecuente en la resolución del parto múltiple que en la resolución de la población total (Fig. 10).

FIGURA No. 8

LA MUJER EN LA SALA DE PARTOS, I.M.I.C. Manejo del parto pélvico con feto vivo

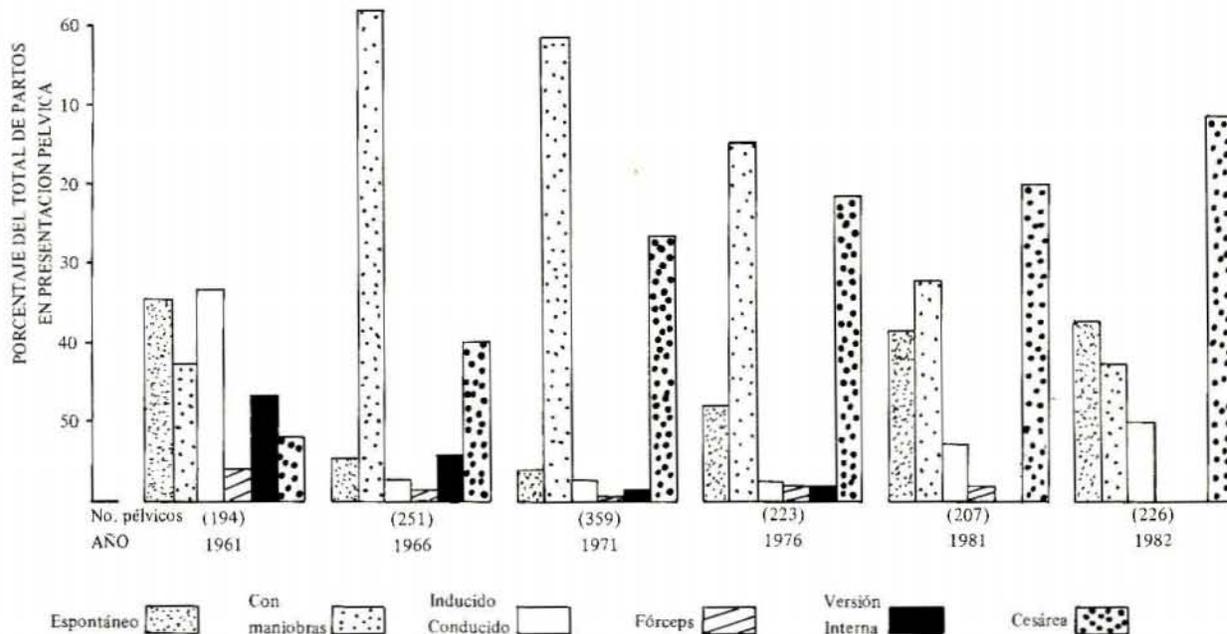


FIGURA No. 9

LA MUJER EN LA SALA DE PARTOS, I.M.I.C.
Manejo del embarazo gemelar

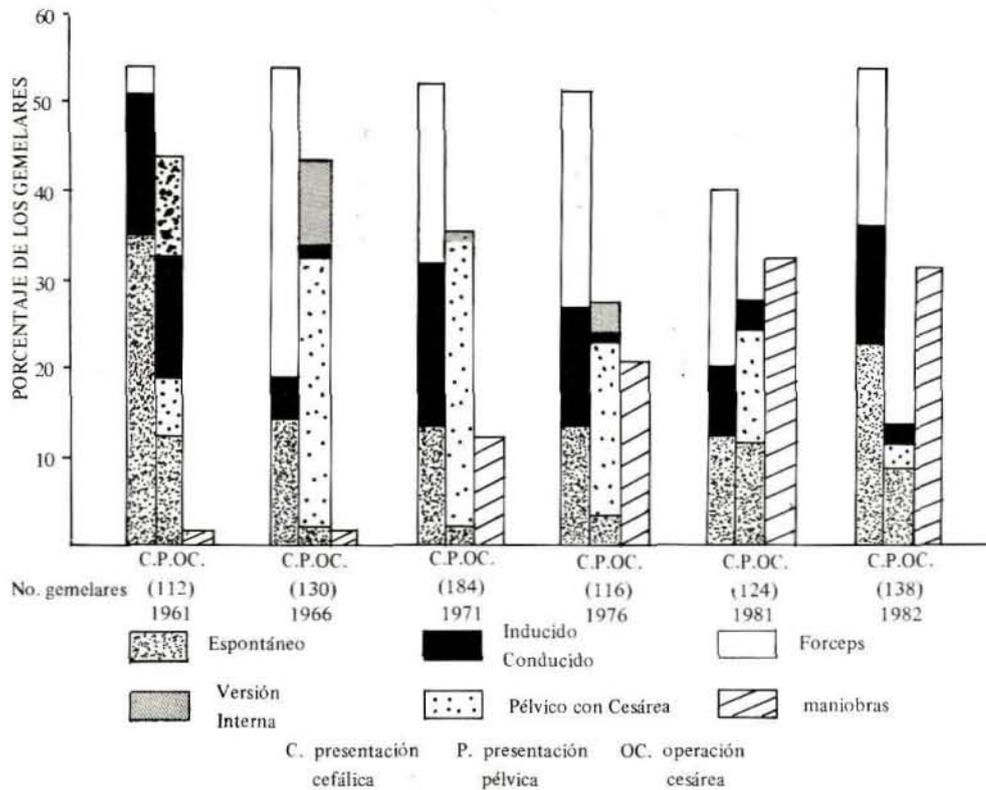
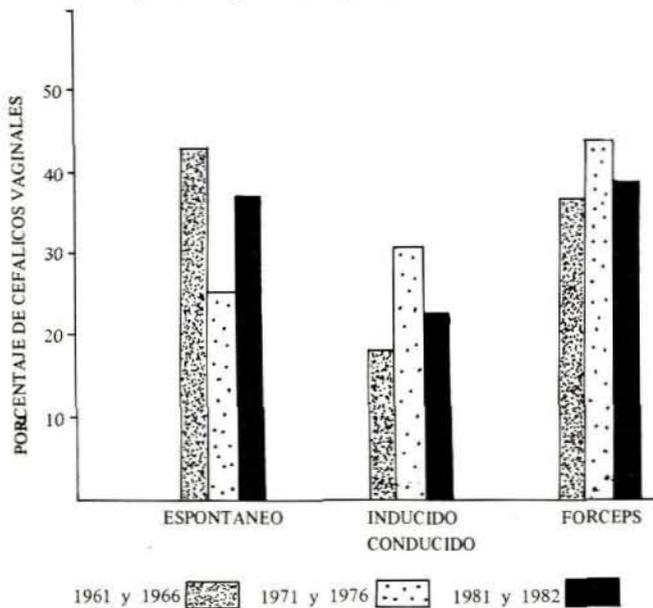


FIGURA No. 10

LA MUJER EN LA SALA DE PARTOS, I.M.I.C.
EMBARAZO GEMELAR:
Manejo vía vaginal de la presentación cefálica



El gemelo extraído en presentación pélvica por vía vaginal (ya fuere por ser su presentación natural o bien artificial por medio de versión interna), en los años 1966, 1971 y 1976 recibió más frecuentemente maniobras. No se documenta utilización del fórceps para el gemelo o pélvico por vía vaginal, pero sí alta frecuencia de versión interna en los años 1961 y 1966 (10%), franca disminución de la misma en 1971-1977, con desaparición de la maniobra en los años 1981-1982 (Fig. 11).

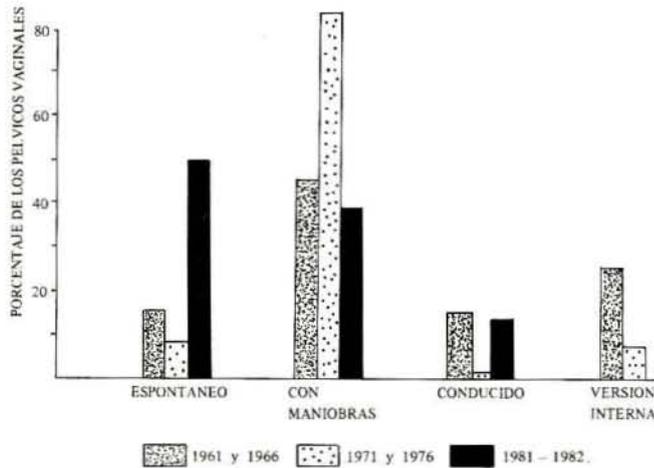
COMENTARIO

El éxito de la reproducción humana, esto es la obtención de un binomio madre-hijo vivos, sanos y útiles a la sociedad, se basa tanto en la prevención, como en el tratamiento adecuado de la extensa gama de procesos nocivos, que puedan asociarse al curso de la gestación y el parto.

Pilar fundamental de la prevención, es la detección temprana de las gestaciones de riesgo elevado, y dado el efecto aditivo de algunos factores, diversos autores han sugerido la conveniencia de introducir valoraciones de tipo puntuación (4, 12, 20), disponiendo en la Caja Costarricense del Seguro Social de la fórmula No. 183 (modificada de

FIGURA No. 11

LA MUJER EN LA SALA DE PARTOS, I.M.I.C.
EMBARAZO GEMELAR:
Manejo vía vaginal de la presentación pélvica



la de Nesbitt), y cuyo encabezado lo constituye la edad materna, el estado marital y la paridad.

En relación a la edad, las embarazadas jóvenes (teenager de la literatura norteamericana) y las añosas representan un grupo de riesgo elevado. La literatura médica insiste en el incremento de la frecuencia del embarazo en la adolescente. En nuestro país (3) se comenta que la tasa de fecundidad general es descendente, mientras que la misma en el grupo de 15 a 19 años es invariable o con disminución muy pequeña. Los resultados en nuestra maternidad no contradicen lo anterior, pero la magnitud del cambio no parece contribuir a las modificaciones experimentadas en el resultado perinatal. Por otro lado, dados los riesgos asociados al embarazo en la mujer de edad avanzada (12,16), la disminución en la frecuencia de gestantes añosas sí parece estar en relación con el aumento en el número de resultados perinatales satisfactorios.

El estado civil, con el cortejo de factores que podrían acompañarlo tales como económicos, sociales y emocionales, no parece jugar un papel decisivo, ya que a pesar del alarmante incremento en el porcentaje de mujeres en condición de solteras, en cuyo caso los resultados serían nocivos para el resultado perinatal, el mismo resultado se orienta en sentido inverso a lo esperado.

Con respecto a la multiparidad, cuya asociación con patologías médicas, quirúrgicas u obstétricas ponen en riesgo el éxito de la gestación, parece jugar un papel importante en los actuales resultados perinatales, ya que tanto la multiparidad, como el resultado perinatal adverso, disminuyen en forma persistente a través de los años.

El embarazo múltiple (23, 27), la situación transversa (23) y la presentación pélvica (7), por sí mismos implican riesgo obstétrico elevado e índices perinatales de mayor morbimortalidad. Observamos que dichas condiciones no han modificado su frecuencia a través de los años, por lo tanto no es su incidencia, sino que es la conducta asumida en la atención de las mismas en particular, y en general ante toda mujer en la sala de labor y partos, la que ha cambiado en tal magnitud, que podría explicar en parte, los resultados perinatales de nuestros días.

En la actualidad está fuera de discusión la trascendencia que tiene la inducto-conducción, en el resultado final de la labor de parto (21), sin embargo, la frecuencia con que ha sido utilizada en nuestra sala de labor de parto, no parece concordar con el resultado perinatal, ya que mientras una (la inductoconducción) permanece prácticamente estable a través del período en estudio, el resultado perinatal sí experimenta modificaciones.

En el manejo del parto vaginal, la utilización del fórceps ocupa una frecuencia entre 15% y 80% (25, 26), variando según el medio, tipo de servicio hospitalario, centros de enseñanza, tipo de paciente de clínica o privada. Nuestros porcentajes son inferiores a los reportados y se mantienen sin variaciones significativas a través del período de estudio, de tal manera creo no han influenciado en forma significativa las modificaciones experimentadas por los resultados perinatales. La alternativa del fórceps, esto es el vacuum extractor, parte fundamental del armamentario del tocólogo en otras latitudes (10, 18), en nuestra maternidad no ha sido utilizado en forma sistemática.

La mortalidad fetal de 8.07%, alcanzada en los años 1981-1982, junto a una reducida mortalidad neonatal de 7.30%, integran un buen índice de mortalidad perinatal en nuestra maternidad (15.32%). Si bien al bajo peso al nacer le corresponde 69.5% de los muertos en los seis años de análisis, creo que su contribución al resultado perinatal en dichos años, no se ha modificado en forma significativa, ya que la incidencia de bajo peso al nacer, permanece prácticamente constante.

La conducta ante el embarazo múltiple (gemelar), el manejo del parto con producto en presentación pélvica, y la operación cesárea, constituyen parte de las condiciones que se han modificado en forma importante a través del período de estudio.

Aceptado que el embarazo múltiple acarrea factores de riesgo, con aumentos apreciables en los índices de morbimortalidad (23), parte de los cuales se originan durante la labor y el parto, una alternativa ha sido la operación cesárea, que alcanza en el período de 1971 a 1974 19.8% en el Parkland Memorial Hospital de Dallas (23), similar al de nuestra maternidad en el mismo período de tiempo, sin embargo diez años después practicamos el doble de cesáreas en

dichos embarazos múltiples. Es importante recalcar la ausencia de versión interna en los últimos años, conducta de acuerdo con las tendencias de la obstetricia moderna (7).

Habiéndose demostrado los factores de riesgo asociados al parto pélvico por vía vaginal (17), se acepta como parte de su manejo la indicación liberal de operación cesárea (7,17), ya que las revisiones de cesárea en el pélvico que van desde 3^o/o hasta 72.2^o/o, demuestran que a mayor frecuencia de cesárea, menor mortalidad perinatal.

Así, debido entre otros factores a: a) la contribución del embarazo múltiple (fundamentalmente la presentación pélvica de uno o ambos gemelos), b) el feto único en presentación pélvica, c) los estudios de bienestar fetal (tanto biofísicos como bioquímicos), y d) el diagnóstico de desproporción cefalopélvica por medio de la cefalopelvimetría radiológica, se experimenta en la actualidad un notable incremento en la incidencia de operación cesárea, que desde 1978 alcanza 20^o/o o más (1).

Dicho aumento dramático en la frecuencia de operación cesárea en la década de los setenta, para algunos autores (8) mejora la sobrevivencia perinatal, pero no la asegura llevando consigo un precio elevado, esto es más frecuentes y quizás más severas infecciones postparto (8).

En el parto vaginal se acepta una frecuencia de infección puerperal de 3.6^o/o (11, 27), y en la operación cesárea se reportan 6^o/o (11), 15^o/o (27), 26.8^o/o (24), hasta 38^o/o en la cesárea de urgencia (11). Otros autores comunican descenso de la morbilidad con el uso de antibióticos profilácticos, de 29.2^o/o a 8.8^o/o (19), y de 63^o/o a 25^o/o (9), observando que a pesar de dichos antibióticos, la morbilidad es muy superior a la esperada en el parto vaginal.

La mortalidad materna en operación cesárea es 3 a 30 veces mayor que aquella para el parto vaginal (2,6). En general la mortalidad materna ha disminuido, 0.83^o/o en 1950 a 0.20^o/o en 1974, y en este mismo año (1974), la mortalidad materna en cesárea fue de 2^o/o (23). Si bien la mujer sometida a operación cesárea puede tener riesgos independientes que contribuyen a la muerte, 4 de cada 9 muertes son atribuibles al método de parto (6).

Resumiendo en relación a la cesárea: a) la operación impone un elevado riesgo de morbimortalidad para la madre; b) la misma limita su fertilidad (cesárea repetida, esterilización en la tercera cesárea); c) al presente el beneficio del monitoreo fetal electrónico intraparto es contradictorio y limitado a una disminución pequeña en la mortalidad perinatal en pacientes de alto riesgo, concluyendo que agrega poco, a no ser un incremento en la operación cesárea (1); d) los datos al presente no ha demostrado disminución en la morbimortalidad asociada al uso de la pelvimetría radiológica intraparto en presentación de vértice (22); e) la operación cesárea no protege al recién nacido del estrés impuesto por la adaptación al medio externo, al contrario puede incrementarlo comparado con el recién nacido de parto vaginal.

Con estas consideraciones debemos plantearnos, si el cambio de actitud hacia la mujer en la sala de labor y parto, esto es el incremento de la resolución por operación cesárea, se justifica a la luz de los beneficios perinatales; o si partiendo de esta premisa, los beneficios al feto, se abusa del método, incrementando el riesgo a la salud de la madre. Creo es imperativo abocarse al estudio exhaustivo de los beneficios versus costos (físicos, psíquicos, económicos) que imponen las conductas obstétricas del presente, ante la mujer en nuestras salas de labor y parto.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Banta H. D., Thacker S.B. "Costs and benefits of electronic monitoring: A review of the literature". DHEW Publication No. (PHS) 1979; 79-3245. April National Center of Health Services Research.
- 2.- Benaron H.B., Tucker B.E. "The effect of obstetric management and factors beyond clinical control on maternal mortality rates at the Chicago Maternity Center from 1959 to 1963". *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1971; 110: 1113-1118.
- 3.- Bermúdez Mendez V., Raabe Cercone C., Ortiz Malavassi L. Embarazo entre las adolescentes: Resultado de una encuesta realizada en la ciudad de Limón. Asoc. Demográfica Costarricense. Mayo 1982. San José, Costa Rica.
- 4.- Carrera J.M. y cols. "Evaluación anteparto de la reserva respiratoria fetoplacentaria". En Monitorización fetal anteparto, J.M. Carrera. Salvat Editores S. A., Barcelona, España, 1980; pág. 1-26.
- 5.- Duenhoeelter J.H., et al. "Pregnancy performance of patients under fifteen years of age". *Obstet. and Gynecol.* 1975; 46 (1): 49-52.
- 6.- Evrard J.R. and Gold E.M. "Caesarean section and mortality in Rhode Island". *Obstet. and Gynecol.* 1977; 50: 594-597.
- 7.- Finau S. "Fetal mortality and morbidity following breech delivery". *Act. Obst. Gynecol. Scand.* 1976; Supp. 56.
- 8.- Gibbs R.S., et al. "Antibiotic therapy of endometritis following cesarean section: treatment successes and failure". *Obstet. and Gynecol.* 1978; 52 (1): 31-37.
- 9.- Gibbs R.S., et al. "A follow-up study on prophylactic antibiotics in cesarean section". *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1973; 117 (3): 419-422.
- 10.- Halme J. and Ekbladh L. "The vacuum extractor for obstetric delivery". *Cl. Obstet. Gynecol. N.A.* 1982; 25 (1): 167-175.
- 11.- Hanrylyshyn P.A., et al. "Risk factors associated with infection following cesarean section". *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1981; 139 (3): 294-298.
- 12.- Harper R.G., et al "The high-risk perinatal registry: a systematic approach for reducing perinatal mortality" *Obstet. and Gynecol.* 1977; 50 (3): 264-268.
- 13.- Hollingsworth D.R. "The pregnant adolescent". In Adolescent obstetrics and bynecology, Year Book Publishers Chicago. 1978; pag. 67-77.
- 14.- Hollingsworth D.R. and Kreutner A.K. "Outcome of adolescent pregnancy". In adolescent obstetrics and gynecology. Year Book Publishers, Chicago. 1978; pag: 249-275.
- 15.- Horger E.O. and Smithe A.R. "Pregnancy in women over forty". *Obstet. and Gynecol.* 1977; 49 (3): 257-261.
- 16.- Kajanoja P. and Nidholm O. "Pregnancy and delive y in women aged 40 and over", *Obstet. and Gynecol.* 1978; 47: 51-58.
- 17.- Kauppila O. "The perinatal mortality in breech deliveries and observations on affecting factors". *Act. Obst. Gynecol. Scand.* 1975; Supp. 39.
- 18.- Malmström T. "Empleo del extractor por vacio". *Cl. Obst. Ginecol. N.A.* 1965; 7: 893-913.
- 19.- Moro M. and Andrews M. "Prophylactic antibiotics in cesarean section". *Obst. and Gynecol.* 1974; 44 (5): 688-692.
- 20.- Nesbitt R.E. and Aubry R.H. "High-risk obstetric value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group". *Am. J. Obst. Gynecol.* 1979; 103: 972.
- 21.- O'Brien W.F. and Cefalo R.C. "Abnormalities of the active phase: Recognition and Treatment". *Cl. Obst. Gynecol. N.A.* 1982; 25 (1): 115-122.
- 22.- O' Brien W.F. and Cefalo R.C. "Evaluation of X-ray pelvimetry and abnormal labor". *Cl. Obstet. Gynecol. N.A.* 1982; 25 (1): 157-164.
- 23.- Pritchard J. A. and MacDonak P.C. Williams Obstetric Salvat Editores, 2o ed., Barcelona, España. 1979.
- 24.- Puente González H. "Morbilidad materna post-cesárea". *Ginec. Obstet. Méx.* 1975; 37: 93-101.
- 25.- Russell K., Frankel I.V. "Forceps de uso corriente". *Cl. Obstet. Gynecol. N.A.* 1965; 7: 822-833.
- 26.- Salinas Benavides H. y cols. "Indicaciones en el manejo del fórceps". *Ginec. Obstet. Méx.* 1970; 28-219-30.
- 27.- Schwarcz R., Sala S., Duverges C. Obstetricia, Edit. El Ate-neo, 3^o ed. Buenos Aires, Argentina. 1979.