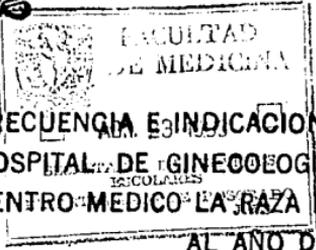


11217
65
ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Hospital de Gineco Obstetricia No. 3
Centro Médico "La Raza"



FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESAREA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3 CENTRO MEDICO LA RAZA EN 1992 CON RESPECTO AL AÑO DE 1985.

TESIS DE POSGRADO

Para obtener el Título de
GINECO - OBSTETRICIA
p r e s e n t a

DRA. MA. DE LOURDES GUTIERREZ VARGAS



IMSS

Asesor de Tesis:

DR. LUIS ALFONSO RUIZ SOTO

Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
Secretaría de Salud

México, D. F.

1993

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
HISTORIA Y DESARROLLO DE LA CESAREA.....	3
PRIMER PERIODO.....	4
SEGUNDO PERIODO.....	5
TERCER PERIODO.....	6
DISEÑO EXPERIMENTAL.....	13
RESULTADOS.....	14
CONCLUSIONES.....	16
DISCUSION.....	17
BIBLIOGRAFIA.....	18

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

Después de un desenvolvimiento lento y penoso, la operación cesárea en la actualidad ha dejado de ser el acto prohibitivo que era hace menos de 100 años, para pasar a ser uno de los procedimientos más frecuentes; al grado que amenaza con sustituir al parto, como vía de resolución de los embarazos.

La realidad es que la frecuencia con que se efectúa la operación cesárea va en aumento, por el cada vez mayor número de indicaciones que va teniendo. Sin embargo, debido en parte, a la disminución casi absoluta de los peligros en su ejecución, ha motivado un uso más generalizado en la resolución de los problemas obstétricos maternos y - por otra, a la tendencia corriente de resolver cada vez - con más frecuencia por la vía abdominal, los problemas capaces de poner en peligro la vida del producto. Por estos motivos, una operación cesárea que comenzó a practicarse - esporádicamente en los finales del siglo pasado e inicios de éste, fue aumentando poco a poco hasta caer en el extremo peligroso del abuso de la operación.

En base a lo anterior podemos decir que la cesárea es un fenómeno de la segunda mitad de éste siglo. Su utilización previa era escasa y hasta 1972 se utilizaba en menos del 10% de los nacimientos. (1,2)

En los últimos años, la frecuencia de cesárea ha aumentado cada año. En Estados Unidos la tasa de cesárea aumentó de 4.5% a 16.5% cuando el Instituto Nacional de la Salud celebró su conferencia sobre el desarrollo del incremento sobre cesáreas, recomendó métodos para refrenar éste desarrollo.

Sim embargo, la tasa de cesárea continuó en franco in

cremento de la misma, siendo en 1984 del 21% y en 1986 del 24.1%. (3)

Es importante determinar la justificación del procedimiento, dado que la morbilidad materna se ve reflejada en deciduitis en un 6-18% (4), infección de vías urinarias en 1-7% (5), infección de herida quirúrgica en 1.6% (6).

La morbilidad neonatal es vista más frecuentemente, - el síndrome de sufrimiento respiratorio, que depende de la edad gestacional, taquipnea transitoria del recién nacido e hipertensión pulmonar del recién nacido.(7, 8, 9).

Por último, es importante considerar el riesgo anestésico. En Estados Unidos, se informó que de 1974-1978 la anestesia contribuyó con el 4% de todas las muertes maternas.

HISTORIA Y DESARROLLO DE LA CESAREA.**Origen del término:**

Este es motivo de controversia y abundan las teorías. Aunque solía pensarse que el nombre provenía de Julió César, quien supuestamente había nacido por este método, (1) hoy - esta idea se ha vuelto insostenible porque se sabe que su madre Aurelia aún vivía cuando él invadió Bretaña, y es inconcebible que una persona se hubiera recuperado de una operación mayor en esa época en que el conocimiento de la anatomía y fisiología humana era tan incompleto.

El nacimiento de un niño mediante un corte a través de la pared abdominal, viene del verbo latino caedere que significa cortar y a los fetos extraídos en esta forma se les llama caesones o caesares. (2,3).

La primera persona que registró el uso de la palabra "operación" en conexión al nacimiento por cesárea fue Jacques Guillimeau en su libro de obstetricia fechado en 1598, que se menciona hoy por lo común cuando se habla de ésta - intervención quirúrgica. Los equivalentes latinos de cesárea y sección significan ambos corte y su uso combinado -- puede ser una redundancia, por tanto, es mejor utilizar la denominación "nacimiento por cesárea" que el de "sección - cesárea".

La operación cesárea, quizá la más antigua de las operaciones, tan útil y necesaria en la actualidad, pasó por ensayos tan largos como interesantes prácticamente a través de toda la historia del hombre, para ir perfeccionándose hasta el grado como la conocemos hoy en día.

Hay tres periodos básicos en la historia de nacimientos por cesárea: el primero antes del año 1500. El segundo periodo va del año 1500 a 1876. El tercer periodo se inicia en 1876.

PRIMER PERIODO

Fue un periodo lleno de mitos. La operación se utilizaba sobre todo para extraer niños vivos de madres muertas, dada la alta tasa de mortalidad relacionado con la operación.

La cesárea antes del año 1500 era un acto misterioso y el nacimiento por este medio, nada menos que sobrenatural. Esculapio, el dios de la medicina, debió su nacimiento a esta operación; el cirujano fue Apolo y se afirma que Baco nació por un método similar, en cuyo caso el cirujano fue Júpiter. Estos dos mitos muestran el misterio que envuelve a los nacimientos por cesárea, puesto que requirió que los dioses hicieran la operación.

La operación se utilizaba solo en circunstancias místicas y no en pacientes vivos. Varios grupos religiosos tomaron posiciones opuestas con respecto a la operación, Antes de 1500 el Islam se oponía al procedimiento y se señalaba que cualquier niño nacido por ese método era descendiente del demonio y debía ser sacrificado. (10)

La ley romana llamada Lex Regia del año 715 A.C. -- (también llamada Lex Caesare o ley cesárea) establecía que cualquier mujer con embarazo avanzado debía ser operada poco después de su muerte.

Es difícil señalar cuándo comenzaron a hacerse operaciones cesáreas en pacientes vivas. Según Boyle, el primer registro auténtico de un niño vivo nacido mediante el pro-

cedimiento se obtuvo en Silicia en el año 508 A.C. Sin embargo, hay pruebas de que la operación se hizo incluso en épocas anteriores.

SEGUNDO PERIODO

(1500-1876)

En este período ocurrió el desarrollo de la operación llena de discrepancias entre los médicos en cuanto a su seguridad e interrogantes de si se debería hacer en una paciente viva. La primera operación afortunada registrada en una mujer viva fue hecha en 1500 por Jacob Nufer. De este caso se informó por primera vez en el libro de Francis Rousset en 1582. (1)

El primer caso comprobado de nacimiento por cesárea en una mujer viva ocurrió en presencia de dos parteras y fue realizado por Trautmann, de Wittenberg, el 21 de Abril de 1610. La paciente murió por infección 25 días después de la cirugía.

A fines del siglo XVII se informó de más casos favorables. Durante esta época, la operación era muy burda y no había anestesia, por lo que se mantenían sujetas a las pacientes. Sin embargo la cesárea siguió volviéndose más común y menos riesgosa. Estas observaciones hicieron que algunos de los obstetras franceses modificaran sus puntos de vista. Guillaume de la Motte (1656-1737) escribió su libro en 1721, traducido al inglés en 1746, en un párrafo se lee "esta operación pudiera haber sido realizada con buen éxito varias veces y aunque pocos ejemplos de ello fuerón de mi conocimiento, son suficientes para garantizar su realización cuando es necesaria".

La primera cesárea en Gran Bretaña fue hecha por el Dr. Smith de Edimburgo y resultó un completo fracaso. Lebas un cirujano francés, fue el primero en cerrar la incisión uterina en 1769. No obstante, sus colegas lo criticaron a--

cremente por ello. El primer médico en hacer la operación en Inglaterra con supervivencia materna fue James Barlow - en 1779.

Jean Louis Baudelocque (1746-1810) de Francia, definió la cesárea y sus indicaciones eran deformidad o estrechez pélvica embarazo extrauterino, ruptura uterina, hernia del útero y tumores obstructivos del conducto del parto. Consideraba que debía hacerse cesárea siempre que el niño - no pudiera nacer por vía vaginal y que solo debía usarse la craneotomía en el feto muerto.

Durante los primeros 75 años del siglo XIX, la operación se hizo ampliamente en Europa y por primera vez en Estados Unidos. Los médicos británicos solían condenar su uso debido a la mala evolución. Había mucha controversia en cuanto al método de nacimiento a utilizar en caso de trabajos de parto difíciles. Las posibilidades eran cesárea, -- forceps altos, craneotomías o embriotomía. El proceso de - toma de decisión a la habilidad del cirujano con la operación.

TERCER PERIODO. (1878- A NUESTROS DIAS).

El 21 de Mayo de 1876 es una gran fecha en la historia de la operación cesárea. Eduardo Porro practicó con éxito una operación mutilante a una primípara, Julia Cavallini de Gambolò de 25 años, con pelvis raquíctica asimétrica, con un conjugado obstetrico de 4cm, y con imposibilidad para permitir la fetotomía por vía vaginal. Esta operación fue descrita como cesárea seguida por histerectomía subtotal y anexectomía bilateral.

Es evidente, desde el punto de vista histórico, que Porro no fue el primero en hacer la operación que lleva su - nombre sino más bien el primero en obtener buenos resulta--

dos con ella y desarrolló la técnica. El procedimiento -- fue realizado por otros durante esa época, incluyendo al Dr. Isaac E. Taylor de Nueva York (1880) y al profesor A. R. Simpson, del Reino Unido (1881) (1). Ambas pacientes -- murieron por embolia pulmonar y peritonitis respectivamente.

El primer buen éxito en Estados Unidos lo obtuvo -- Elliot Richardson en 1881 y el primero en el Reino Unido, Godson en 1884. La tasa de mortalidad materna disminuyó -- conforme se extendió el uso de la operación. Harris señaló las siguientes razones para la disminución de la mortalidad materna después del procedimiento, en 1891 (1). En primer lugar, la operación se había vuelto electiva, en -- vez de ser un último recurso. En segundo la antisepsia rígida y el no retornar el muñon uterino al abdomen produ-- cían menos infecciones. En tercer lugar, el control de la hemorragia, la extracción del útero del abdomen antes de -- incidirlo, y el lavado de toda la sangre de la cavidad abdominal se convertía en un procedimiento sistemático y dis- minuyó en general los problemas. Finalmente, las fisuras de la pared abdominal y el peritoneo cervical juntos, el -- tratamiento antiséptico del muñon cervical y el drenaje ab- dominal, disminuyeron los casos de fiebre y la mortalidad.

Muller, de Suiza y otros médicos, utilizaron la técni- ca de Porro pero le añadieron varias modificaciones. La operación no era aprobada por algunos médicos porque produ-- cía esterilidad. El procedimiento constituía una mejora -- en cuenta a técnicas previas, pero los resultados globales no eran promisorios.

OPERACION DE SANGER

Max Sanger (1853-1903), médico alemán, describió el procedimiento que revolucionó la obstetricia. Lo concibió como una cesárea conservadora en la que los órganos reproductivos volvían a su estado original. El aspecto más importante de la operación era que el peritoneo se separaba de la pared uterina y a continuación se reseca una cuña de pared uterina de 2 cm. de ancho, lo que producía un borde grueso cerca del peritoneo y uno delgado cerca de la cavidad uterina. Los bordes libres del peritoneo se colocaban entonces sobre la capa muscular y se aplicaban unos puntos de sutura; primero, puntos profundos con alambre de plata que penetraban las capas peritoneal y muscular sin llegar a la decidua; después, puntos superficiales de seda a intervalos cortos para asegurar el peritoneo doblado hacia adentro y mantener sus superficies serosas en contacto, constituyendo así un ribete seguro. Jobert fue el primero en describir el ribete seroso para heridas intestinales, en tanto que los puntos separados fueron ideados por Lembert.

El primero en utilizar la operación de Sanger fue G. - Leopold de Leipzig, el 25 de mayo de 1882, cuando operó a una paciente por pelvis estrecha, madre e hijo sobrevivieron.

La modificación de Leopold de la técnica original de Sanger fue aprobada por éste cuando se presentó el nuevo método en una reunión de la Sociedad Ginecológica Alemana, en 1886. Es notorio que Sanger mismo no operó de acuerdo a sus indicaciones hasta 1884. Su primera paciente fue una primigesta de 21 años con pelvis plana y uniformemente estrecha. Con la utilización de su técnica original la paciente y el niño se recuperaron.

Sanger fue la décima persona en seguir las recomendaciones de Leopold, tanto la madre como el niño sobrevivieron. Después de que se desarrolló la operación de Leopold, la única parte que se conservaba del procedimiento original de Sanger era la sutura serosa.

Esta técnica fue uno de los más grandes avances en la operación cesárea.

OPERACION EN EL SEGMENTO UTERINO INFERIOR.

Robert Wallace Johnson fue el primero en sugerir una incisión transversa baja en 1786, en la segunda edición de *New Systems of Midwifery* (1), donde informó de dos casos - de rotura uterina a través del segmento uterino inferior, con muy poca pérdida sanguínea. Frederick Benjamin Oslander en 1805 y J. C. G. Joerg en 1806 fracasaron en una cesárea transversa baja, por lo que recomendaron la incisión vertical adelgazada en el segmento uterino, evitando el mayor músculo posible como se observa en un procedimiento -- clásico. Ferdinand Ritgen, un cirujano alemán (1820) y L. A. Baudelocque de Francia (1823) trataron de extraer fetos por vía extraperitoneal incidiendo la vagina en lugar del útero, operación llamada elitrotomía abdominal. Ambas pacientes murieron por hemorragia transoperatoria. Dewees y Phisick comentaron respecto de la posibilidad de incidir - la vagina o el segmento uterino inferior sin atravesar el peritoneo, tirando de él hacia arriba para alejarlo del -- segmento uterino inferior. Phisick describió una técnica digital de dilatación lenta de la vagina y el segmento uterino inferior a fin de disminuir la pérdida sanguínea, --- pues no se cortaban los vasos. La operación en esa época - no dio un buen resultado general y fue criticada por Cazeau y Beford y su uso interrumpido hasta 1870 en que T.G. Tho-

mas lo repitio. Fracasó en su primer caso, pero en 1878 -
logró su cometido.

El procedimiento también fue intentado en Estados Uni-
dos por Skene (1885 y 1888), Gillete (1880, Taylor (1883),
Jewit (1886) y Mdkin (1887).

Latzko, de Viena (1909), informó de 30 pacientes, con
dos muertes maternas, utilizando un ingreso extraperitoneal.
La principal diferencia en su técnica con respecto a la de
Physick fue un desplazamiento lateral de la vejiga y del pe
ritoneo, en vez de la separación de la primera de éste. Es-
ta técnica se utiliza, si bien en pocas ocasiones, en algu-
nos centros médicos de Estados Unidos.

El último método principal de cesárea se propuso para
evitar la infección y fue realizado por primera vez el 14
de diciembre de 1923 por Louis Portes. Consta de dos eta-
pas. En la primera el útero se extrae a través de una in-
cisión abdominal longitudinal que a continuación se cierra
alrededor del útero a nivel del cuello o del segmento ute-
rino inferior. Se hace una incisión en el útero y se ex-
traen los productos de la concepción, para despues cerrar-
los y dejarlos fuera de la incisión abdominal. Si se ob-
serva infección, debe hacerse histerectomía por la técnica
de Porro. Cuando no hay infección se deja involucionar al
útero y se hace una segunda operación en la que se devuel-
ve el útero a la cavidad pélvica. El tiempo entre las eta-
pas I y II varió de 20 a 57 días. Portes informó de al me-
nos cuatro casos favorables en marzo de 1924.

ESTADO DE LA TECNICA QUIRURGICA

Casí todas las incisiones se hacen en el segmento uterino inferior, ya sea en sentido transversal (técnica de Kerr) o vertical (técnica de Kroning). Kroning formaba colgajos peritoneales y después incidía el segmento uterino inferior en sentido vertical. Beck (1919) y De Lee (1925) modificaron la técnica actual. Kehrer (1981) fue el primero en describir y mejorar la incisión del segmento uterino inferior, que popularizó Kerr en 1926. Hoy suele cerrarse el útero con dos capas de sutura continua, anclada en la primera e imbricada en la segunda. En años recientes ha ganado aceptación el cierre en una sola capa con sujeción continua con puntos separados. Se utilizan varios tipos de material de sutura, aunque los más favorecidos son el catgut crómico y el poliglicol 1. B. Kroning estableció en 1912 que el éxito de la operación dependía de que se protegiera la cavidad peritoneal en casos de infección posparto. Para lograrlo, cerraba el útero y cubría después la incisión con peritoneo visceral; sin embargo, avances recientes indican que ocurre cicatrización adecuada incluso cuando se dejan sin cerrar los bordes peritoneales.

Es importante mencionar la serie de razones no éticas, por las cuales se ejecutan muchas operaciones cesáreas, lo que en determinados medios ha hecho que la frecuencia de la intervención quirúrgica se haya elevado aún más. En primer lugar y quizá como el más grave de estos fraudes está el afán de lucro, en el cual, por motivos económicos, se inventa la necesidad de operación cesárea. También existen otras muchas razones por las que se hacen indebidamente una operación, como son; el deseo de terminar rápidamente un acto obstétrico, ya sea por el cansancio del médico, por exceso de trabajo u ocupaciones del mismo, o por presión de los

parientes; la falta de preparación para la atención vaginal de los problemas, prefiriendo por lo tanto siempre la vía alta; el afán ilícito de adquirir habilidad quirúrgica, el deseo de exhibir su destreza quirúrgica para reforzar el nombre o posición, etc. Todas estas consideraciones son a cual más de reprochables, pero, por desgracia, vemos que cotidianamente suceden.

DISEÑO EXPERIMENTAL.

OBJETIVO:

Determinar las causas que condicionan la incidencia de la cesárea en nuestra unidad, en los últimos años.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se realizará una revisión de expedientes del archivo clínico de la unidad, de la incidencia de la cesárea, así como los diagnósticos de las mismas del año de 1984/1987 con respecto a 1992.

HIPOTESIS:

- I. Existe un aumento en la frecuencia de la cesárea que no se justifica con los diagnósticos.
- II. Existe un aumento en la frecuencia de la cesárea en nuestra unidad esperada, dado el tipo de población que se maneja.
- III. No se ha observado un aumento importante en la frecuencia de la cesárea a pesar del tipo de población manejada.

MATERIAL Y METODO :

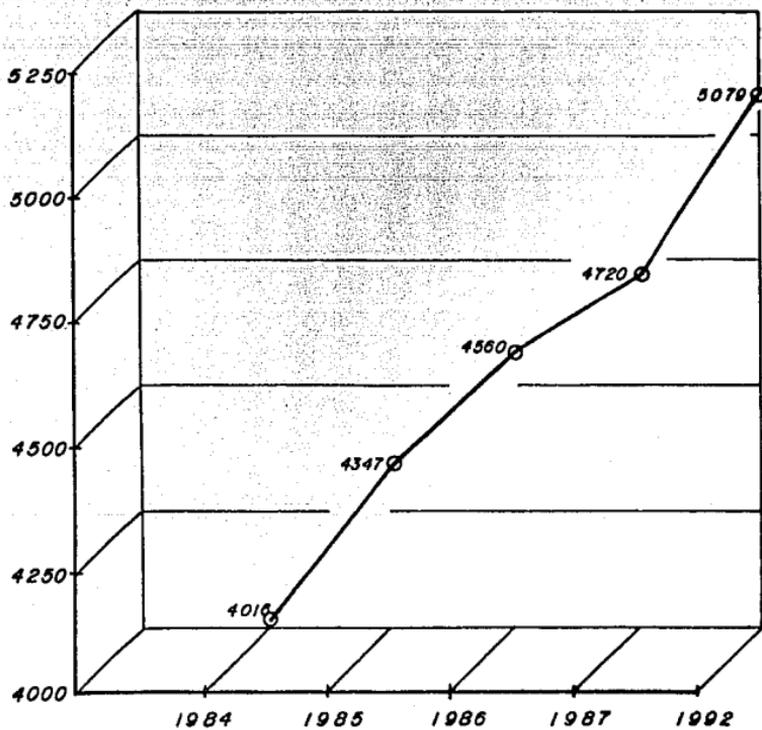
Se realizará revisión de expedientes clínicos en el archivo de la unidad, de pacientes sometidos a cesárea en el período comprendido de 1984/1987, con respecto a 1992, para determinar frecuencia de la cesárea, indicaciones de la misma y valorar la justificación del procedimiento quirúrgico.

RESULTADOS.

Como se podrá observar en la gráfica (1), el incremento de la cesárea en el año de 1984 a 1987 fué importante - comparado con el número de partos atendidos en esos años, gráfica (2), así lo refleja el porcentaje entre parto y cesárea, gráfica (3). Sin embargo, en el año de 1992 se alcanzó un mayor porcentaje de cesáreas sobre la vía vaginal.

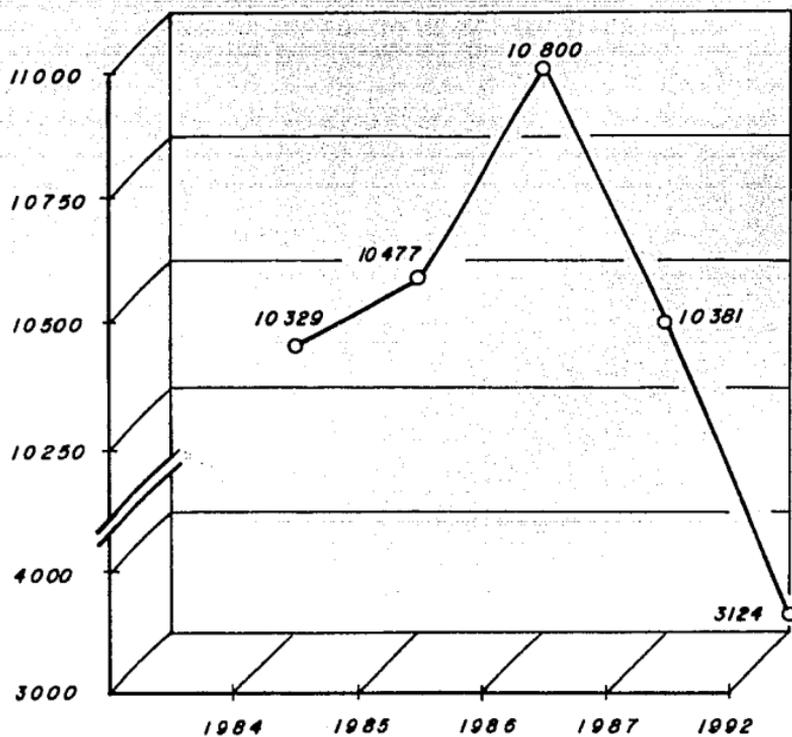
Es importante saber los grupos de edad de mayor riesgo en las patologías que aumentan este procedimiento quirúrgico, como se podrá observar en la gráfica número (4).

No. de Cesáreas



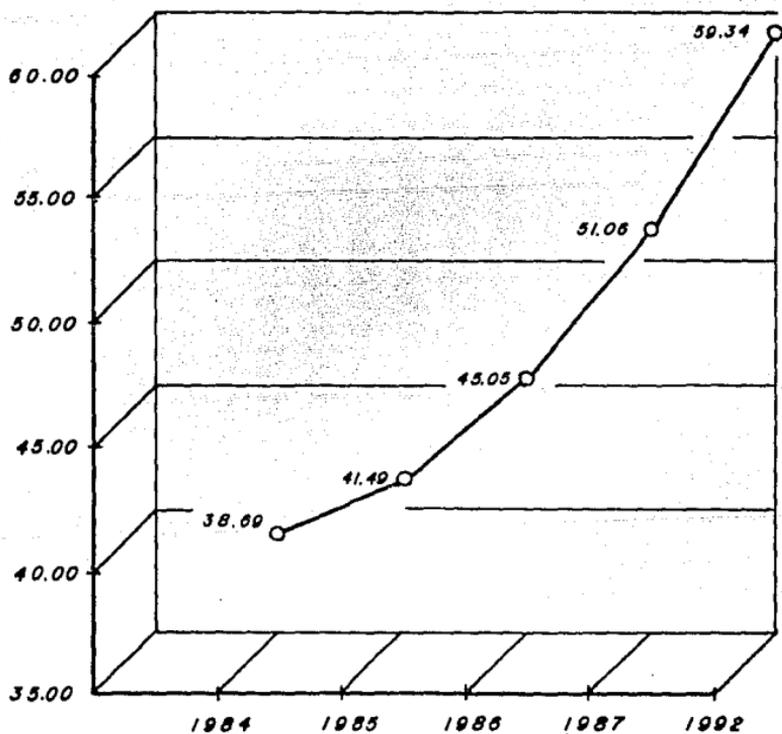
GRAFICA No. 1

No. de Partos



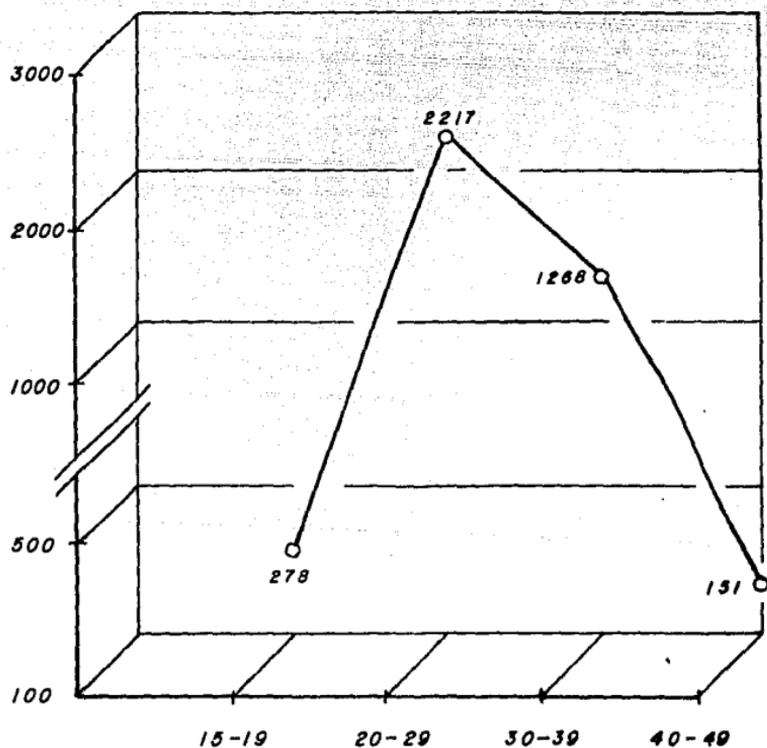
GRAFICA No. 2

Porcentaje de Cesárea en relación al número de Partos



GRAFICA No. 3

Grupos de edad en 1992



AÑOS

GRAFICA No. 4

Los diagnósticos de las indicaciones de cesárea de 1984 a 1987 no variaron en forma significativa, sin embargo se incrementó en forma alarmante el número de procedimientos quirúrgicos.

Las patologías que fueron las principales indicaciones de cirugía en 1984 se podrán observar en la gráfica (5) y las indicaciones más frecuentes de cesárea en el año de 1992 se observan en la gráfica número (6).

Gráfica No. 5.

1. Preeclampsia severa.
2. Anormalidades de los tejidos blandos pelvicos.
3. Baja reserva fetal.
4. Desproporción cefalo-pelvica.
5. Presentación anómala del feto.

Gráfica No. 6.

1. Preeclapsia severa.
2. Ruptura de membranas y malas condiciones cervicales.
3. Desproporción cefalo-pelvica.
4. Baja reserva fetal y sufrimiento fetal agudo.
5. Cesárea previa.

C O N C L U S I O N E S .

- a) El número de cesáreas de ha visto incrementado en forma importante en los últimos años, como lo indican las estadísticas, en relación al número de partos.
- b) Una explicación para el aumento de este procedimiento quirúrgico, sería el diagnóstico más oportuno de las complicaciones fetales y una atención eficaz de las mismas.
- c) El hospital de gineco - obstetricia No. 3 C.M.R. es un hospital de concentración por eso mismo su número de cesáreas será superior a un hospital general de zona, por el tipo de patologías a tratar.
- d) Las patologías más frecuentes de indicación de cesáreas son de enfermedades propias de países subdesarrollados, como por ejemplo la preeclampsia, la desnutrición y mientras no se tomen medidas, el número de procedimientos quirúrgicos irá en aumento.
- e) Es importante analizar que una de las indicaciones más frecuentes de cesárea en el año de 1992 fué de cesárea previa. Situación que con el tiempo aumenta el número de procedimientos quirúrgicos, porque aún se practica el viejo dicho de "cesárea es igual a cesárea", por el miedo del obstetra a una ruptura uterina.
- f) La población femenina más afectada por este procedimiento quirúrgico, como se observa en las estadísticas son las mujeres de 20 - 30 años, lo que las predispone a sufrir una segunda cirugía en relación a la población general.

D I S C U S I O N .

La historia de la cesárea se ha desarrollado a pesar de mitos, diferencias de opinión, muertes y morbilidad iniciales. Los métodos utilizados hoy evitan la morbilidad y la muerte materna, haciendo de la cesárea uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en la actualidad.

La frecuencia de este procedimiento quirúrgico va en relación en que entre más antigua sea la recopilación estadística menor será la frecuencia.

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

1. Haddad H, Lundy LE: Changin indication for cesarean section; a 36 year experience at a comunity hospital. *Obstet. Gynecol.* 51: 133, 1978.
2. Lehmann D K, Mabie W C, Miller J M Jr. et. al. The epidemiology and pathology of maternal mortality: Charity Hosp. of Lousiana in New Orleans, 1965-1984. *Obstet. Gynecol.* 69: 833, 1987.
3. Taffel S M Placek P J Moien M. Cesarean rate increases in 1985. *Am. Journal Public Health* 7. 7: 241-242, 1987.
4. Birnholz JC Farrel EE: Fetal lung development: Compressibility as a measure of maturity. *Radiology* 157; 495; 1985.
5. Choate JW Lund CJ. Emergency cesarean section *Am. J. - Obstet Gynecol.* 100: 703, 1968.
6. Nielson TF Hokegard KH: Postoperative cesarean section morbidity: a prospective study. *Am J Obstet. Gynecol.* 146: 911, 1983.
7. Goldenberg RL, Nelson K. Iatrogenic respiratory distress syndrome: an analysis of obstetric events preceding delivery of infants who develop respiratory distress syndrome. *Am. J. tet. Gynecol.* 123: 617, 1975.
8. Hjalmarson O, Krantz ME, Jacobson B, et. al.: The importance of neonatal asphyxia and cesarean section as risk factors for neonatal respiratory disorders in an unselected population. *Acta Paediatr. Scand.* 71: 403, 1982.
9. Gabert HA, Biyson MJ, Stenchever MA: The effect of cesarean section on respiratory distress in the presence of a mature lecithyn/sphingomyelin ratio. *Am. J: Obstet. Gynecol.* 116: 366, 1973.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

10. Young JH: The History of Cesarean sections. London, HK Lewis.