

Las grandes intervenciones obstétricas

(Estudio Clínico y Estadístico en dos años).

Por el doctor JAIME CORRAL MALDONADO

INTRODUCCION

Las indicaciones de las grandes intervenciones obstétricas, no sólo se han ido precisando en estos últimos años hasta el punto que hoy el fórceps y la cesárea han extendido considerablemente su campo de acción, invadiendo y desplazando las indicaciones de la versión que ha venido progresivamente pasando a la categoría de un simple recurso impuesto por las circunstancias, sino que se ha demostrado de una manera perentoria que recurriendo oportunamente a ellas y por una indicación precisa se ha logrado reducir considerablemente la mortalidad y la morbilidad materna y fetal.

El concepto moderno que actualmente se tiene de las grandes intervenciones obstétricas sin lugar a duda ha originado abusos y extralimitaciones motivadas en no pocos casos por una falta de criterio. Tratar de precisar sus indicaciones y orientar el criterio es el fin que me he propuesto al escribir este trabajo, basado en 3.130 partos que ocurrieron durante los años de 1947 y 1948 en la Maternidad del Hospital de San Juan de Dios, en la Sección que dirige el Profesor V. Rodríguez Apon-

te, y durante los cuales, como Jefe de Clínica Obstétrica, estuvieron directamente bajo mi responsabilidad y supervigilancia todas las pacientes que pasaron por dichos servicios.

Del análisis escueto de las indicaciones que motivaron todas nuestras intervenciones, se deduce claramente que durante estos años, en manera alguna se abusó de éstas, sino antes por el contrario que oportunamente se supo recurrir a ellas.

El criterio adquirido en mi práctica obstétrica y puesto de relieve en esta modesta contribución lo he heredado de las sabias enseñanzas de los Profesores José del C. Acosta y Carlos J. Mojica, quienes me iniciaron en la Especialidad, y del Profesor V. Rodríguez Apon- te, con quien me cupo el alto honor de colaborar durante varios años y de quien más directamente he derivado el justo y mesurado criterio sobre la manera de vigilar y conducir el trabajo del parto. Sea esta la ocasión de expresar a ellos mi devota admiración por el altruísmo con que han sabido regentar la Cátedra de Clínica Obstétrica y mis agradecimientos muy sinceros por las enseñanzas recibidas.

Fdo. Jaime Corral Maldonado

Los partos ocurridos en la Maternidad del Hospital de San Juan de Dios (Servicios del Prof. V. Rodríguez Aponte), durante los años de 1947 y 48, han sido resumidos en cuadros, no solamente para cada año en particular, sino para el total de los dos años. Si se estudian comparativamente estos cuadros, se verá la similitud que existe no sólo en el número de casos ocurridos en cada año, sino en el número de intervenciones practicadas, lo que traduce fielmente el movimiento obstétrico anual en los servicios que dirige el Profesor V. Rodríguez Aponte.

Siendo el objeto de este trabajo considerar las indicaciones que motivaron todas nuestras intervenciones, analizando el criterio con que procedimos en cada una de ellas, no nos detendremos a considerar el parto en general, así como tampoco la mortalidad y la morbilidad materna y fetal en conjunto, sino en relación con las grandes intervenciones obstétricas practicadas, que como puede apreciarse en dichos cuadros, fueron las siguientes:

Fórceps	232 aplicaciones
Cesárea	107 intervenciones
Versión	25 "
Embriotomía y Basiotripsia	11 "
Total ..	375 intervenciones

Para cada una de las grandes intervenciones obstétricas, hemos dedicado un capítulo especial, capítulo en el que pormenorizadamente se estudian las indicaciones, el criterio con que procedimos y los resultados obstétricos obtenidos.

La estadística que presento, correspondiente a las aplicaciones de fórceps, durante los años de 1947 y 1948, arroja un total de 232 intervenciones sobre 3.130 partos espontáneos e intervenidos que ocurrieron durante este lapso en los servicios de Maternidad del Hospital de San Juan de Dios, a cargo del Profesor V. Rodríguez Aponte. Las indicaciones estrictas que motivaron dicha intervención, y la frecuencia con que se la empleó durante los dos años que estuvieron bajo mi responsabilidad dichos servicios, indican el criterio eminentemente expectante de conducir el trabajo del parto, orientándolo siempre hacia su evolución espontánea.

La habilidad y destreza del Profesor, en materia de aplicaciones de fórceps, ampliamente reconocida por todos sus discípulos y colaboradores, así como su justo y mesurado criterio sobre la manera de vigilar y dirigir el parto, se encuentran reflejadas en estas 232 intervenciones en las que tomaron parte tanto él, como su Jefe de Clínica y sus internos, quienes supieron heredar del maestro sus sabias enseñanzas. Los muy satisfactorios resultados obstétricos obtenidos, a nuestro modo de ver, sólo tienen como explicación la oportuna aplicación motivada por una estricta indicación y el buen criterio en la apreciación de los múltiples requisitos técnicos que exige la más frecuente de las intervenciones obstétricas.

Si se estudian comparativamente los cuadros en los que se hallan resumidas las aplicaciones de fórceps, durante estos años, se verá la similitud que existe en el número de aplicaciones en cada año, y la semejanza que hay en las

indicaciones que las motivaron, lo que traduce fielmente el criterio obstétrico que se siguió en materia de fórceps.

Para hacer más completo este estudio, primeramente me referiré a las aplicaciones de fórceps, durante cada año en particular, y luego haré un comentario al total de las intervenciones en los dos años. Sólo de esta manera creo que puedan apreciarse las conclusiones a que he llegado en esta materia.

AÑO DE 1947

Durante este año se practicaron 118 aplicaciones, que he catalogado en 5 grupos, según sus indicaciones:

a) Por sufrimiento fetal	83
b) Por trabajo prolongado	12
c) Por falta de rotación	3
d) Profiláctico	9
e) Otras indicaciones	11
Total	118

a) *Sufrimiento fetal.* En 83 casos, la indicación que motivó la intervención fue el sufrimiento fetal traducido clínicamente por la alteración en la frecuencia e intensidad de los ruidos cardíacos fetales y por la expulsión de meconio; de estas 83 aplicaciones, se practicaron 64 en primíparas y 19 en múltiparas.

Las edades del embarazo, y la frecuencia con que hubo necesidad de aplicarlo por esta causa, fueron las siguientes:

Con embarazo a término	68
Con embarazo de 8½ meses	8
Con embarazo de 8 meses	6
Con embarazo de 7 meses	1
Total	83

Mediante la aplicación de fórceps, por sufrimiento fetal con embarazo de 7 meses, se logró obtener un niño vivo que salió en buenas condiciones del Hospital, 12 días después de nacido.

Todas estas aplicaciones se practicaron con presentación cefálica de vértice, siendo la frecuencia en sus distintas variedades de posición la siguiente:

O. I. A.	35
O. I. T.	6
O. D. A.	9
O. D. T.	6
O. D. P.	10
O. P.	14
O. S.	3
Total	83

De estas 83 aplicaciones se hicieron 19 en el estrecho inferior, 62 en el estrecho medio y 2 en el estrecho superior. Como anestesia se empleó el Pentotal sódico por vía intravenosa en 81 casos, el Eter en uno, y el Ciclopropano en uno. No se presentó ningún accidente por la anestesia, y el Pentotal sódico obró muy eficazmente en todos los casos en los que se le empleó.

Se practicaron 30 Episiotomías y se produjeron 17 desgarros perineales, que fueron suturados con catgut inmediatamente después.

En este grupo de 83 aplicaciones de fórceps, por sufrimiento fetal, hubo 10 puerperios febriles, habiendo sido el criterio para juzgar sobre la morbilidad materna, una temperatura de más de 38 grados, en más de dos días distintos.

No hubo mortalidad materna, y no se produjeron otras lesiones maternas distintas de los desgarros ya mencionados.

Murieron siete niños: dos por Enteritis infecciosa, uno de Septicemia, un feto hidrocefalo, uno por asfixia del recién nacido, ocasionada por trabajo prolongado y dos por hemorragia meníngea. Estos dos casos de muerte por hemorragia meníngea se debieron al trabajo prolongado del parto, ya que una de las parturientas llevaba 25 horas de trabajo en el momento de practicar la intervención, y la otra 32 horas; además, fueron aplicaciones fáciles en O. I. A., y los niños respiraron espontáneamente en el momento de nacer. De tal manera que si se consideran estos factores y las causas que determinaron la muerte fetal, en realidad la mortalidad por fórceps, en estas 83 aplicaciones fue del 0%.

b) *Trabajo prolongado.* Por esta indicación se practicaron 12 intervenciones, de las cuales 10 fueron en primíparas y 2 en multíparas.

Las edades del embarazo, y la frecuencia con que hubo necesidad de aplicarlo por esta causa, fueron las siguientes:

Con embarazo de 9 meses	11
Con embarazo de 8 meses	1
	—
Total	12

Todas las aplicaciones se practicaron con presentación cefálica de vértice, siendo la frecuencia en sus distintas variedades de posición la siguiente:

O. I. A.	4
O. D. A.	3
O. D. T.	1
O. D. P.	3
O. P.	1
	—
Total	12

Se hicieron tres aplicaciones en el estrecho inferior y nueve en el estrecho medio, y como anestésico se empleó el Pentotal sódico por vía intravenosa en 10 casos, el Eter en uno, y el Dórico soluble en uno. No se presentaron accidentes por la anestesia.

Se practicaron cinco Episiotomías y se produjeron tres desgarros perineales. No hubo mortalidad materna y no se produjeron otras lesiones distintas de los desgarros ya mencionados. Hubo dos puerperios febriles.

En este grupo de 12 aplicaciones por trabajo prolongado se practicaron dos aplicaciones con feto muerto; los 10 niños restantes respiraron espontáneamente al nacer y salieron en buenas condiciones del Hospital. No hubo mortalidad fetal atribuible a la intervención.

c) *Falta de rotación.* Por falta de rotación se hicieron tres aplicaciones: dos en primíparas, y una en una multípara; las tres con embarazo a término y en presentación cefálica de vértice: una en O. I. P. y dos en O. D. P. Todas estas aplicaciones se hicieron en el estrecho medio, y en todas se empleó el Pentotal sódico por vía intravenosa. Se practicó una Episiotomía, y hubo un puerperio febril. No hubo mortalidad materna. Una de las aplicaciones se practicó con feto muerto; los dos niños restantes respiraron espontáneamente al nacer y salieron sanos del Hospital.

d) *Profiláctico.* Se hicieron nueve aplicaciones profilácticas de fórceps: ocho en primíparas y una en una multípara. En ocho con embarazo a término, y en una con embarazo de 8½ meses. Se hicieron tres aplicaciones en O. I. A., y seis en O. P. En seis casos se

practicó la toma en el estrecho inferior, y en tres en el estrecho medio. En todos se empleó como anestésico el Pentotal sódico por vía intravenosa. En siete se practicó Episiotomía y todos los puerperios fueron afebriles. Los nueve niños respiraron espontáneamente en el momento de nacer y salieron en muy buenas condiciones del Hospital.

e) *Otras indicaciones.* Este grupo comprende 11 aplicaciones de fórceps, repartidas de la manera siguiente:

Por prociencia del cordón	3
Por inercia uterina	2
Por Eclampsia del trabajo	2
Por Placenta previa marginal . . .	1
Por desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada	1
Por tumor del labio anterior del cuello que impedía el descenso . . .	1
Por prociencia de un miembro superior que se pudo reducir	1
	--
Total	11

De estas 11 aplicaciones, siete fueron practicadas en primíparas y cuatro en múltiparas, siendo las edades del embarazo en este grupo de intervenciones, las siguientes:

Con embarazo a término	6
Con embarazo de 8½ meses	2
Con embarazo de 8 meses	2
Con embarazo de 7 meses	1
	--
Total	11

Todas las aplicaciones se hicieron en presentación cefálica de vértice, siendo la frecuencia en sus distintas variedades de posición, la siguiente:

O. I. A.	6
O. I. T.	1
O. D. A.	2
O. D. P.	1
O. P.	1
	—
Total	11

En dos casos se practicó la toma en el estrecho inferior, y en nueve en el estrecho medio. Como anestésico se empleó el Pentotal sódico por vía intravenosa en seis casos, y el Eter en cinco. Hubo un puerperio febril.

En cuatro casos se practicó la aplicación con feto muerto, a saber: en uno de los casos de prociencia del cordón, en el caso de placenta previa marginal, en el caso de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, y en el caso de prociencia de uno de los miembros superiores. En los siete restantes, los niños respiraron espontáneamente al nacer y salieron en buenas condiciones del Hospital.

En esta serie de aplicaciones no hubo mortalidad materna y fue nula la mortalidad fetal a causa del fórceps.

AÑO DE 1948

Durante el año de 1948, se hicieron 114 aplicaciones de fórceps, catalogadas según sus indicaciones en los cinco grupos siguientes:

a) Por sufrimiento fetal	75
b) Por trabajo prolongado	15
c) Por falta de rotación	10
d) Profiláctico	10
e) Otras indicaciones	4
	—
Total	114

a) *Sufrimiento fetal.* Por sufrimiento fetal se practicaron 75 aplicaciones, de las cuales 59 fueron en primíparas y 16 en múltiparas.

Las edades del embarazo y la frecuencia con que hubo necesidad de aplicarlo por esta causa, fueron las siguientes:

Con embarazo a término	69
Con embarazo de 8½ meses	5
Con embarazo de 8 meses	1
	—
Total	75

Todas las aplicaciones se practicaron con presentación cefálica de vértice, siendo la frecuencia en sus distintas variedades de posición, la siguiente:

O. I. A.	38
O. I. T.	10
O. I. P.	3
O. D. A.	3
O. D. T.	4
O. D. P.	10
O. P.	6
O. S.	1
	—
Total	75

Se hicieron 7 aplicaciones en el estrecho inferior, 64 en el estrecho medio, y 4 en el estrecho superior. Como anestésico se empleó el Pentotal sódico por vía intravenosa en 62 casos, el Eter en 12, y en uno se aplicó anestesia pudenda.

Se practicaron 41 Episiotomías y se produjeron 12 desgarros perineales. El puerperio fue afebril en 57 casos. No hubo mortalidad materna y no se produjeron otras lesiones distintas de los desgarros ya mencionados.

En 21 casos se pudo atribuir el sufrimiento fetal a la brevedad absoluta

o relativa del cordón. En 67 casos los niños respiraron espontáneamente, y en 8, fue necesario reanimarlos por los procedimientos habituales.

Murieron cinco niños: uno de bronco-neumonía, dos por asfixia del recién nacido ocasionada por trabajo prolongado, y dos por hemorragia meníngea. Estas dos muertes por hemorragia meníngea, la una se debió indudablemente al trabajo prolongado del parto, como quiera que en el momento de hacer la aplicación de fórceps, la paciente llevaba 39½ horas de trabajo; la otra, es posible que en parte haya sido ocasionada por el fórceps. De tal manera, que si se tienen en cuenta las causas que determinaron la muerte del feto, en realidad en estas 75 aplicaciones, sólo una muerte fetal se le puede imputar al fórceps.

b) *Trabajo prolongado.* De las 15 aplicaciones motivadas por esta causa, siete se practicaron en primíparas y ocho en múltiparas. Se hicieron 14 aplicaciones con embarazo a término, y una con embarazo de 8 meses. Todas las intervenciones fueron practicadas en presentación cefálica de vértice, siendo la frecuencia en sus distintas variedades de posición, la siguiente:

O. I. A.	8
O. D. A.	1
O. D. P.	4
O. P.	2
	—
Total	15

Tres tomas se hicieron en el estrecho inferior y 12 en el estrecho medio. Como anestésico se empleó el Pentotal sódico por vía intravenosa en 13 casos, el Eter en uno y la anestesia pudenda en uno.

En ocho casos se practicó Episiotomía y en dos se produjeron desgarros perineales. El puerperio fue febril en nueve casos. No hubo mortalidad materna, ni se produjeron otras lesiones distintas de los desgarros mencionados. Los 15 niños respiraron espontáneamente al nacer, pero uno de ellos murió de Eritroblastosis fetal.

e) *Falta de rotación.* Por falta de rotación se hicieron 10 aplicaciones, de las cuales nueve fueron en primíparas y una en una múltipara. En los 10 casos con embarazo a término y presentación cefálica de vértice.

La frecuencia en las distintas variedades de posición fue la siguiente:

O. I. P.	1
O. D. P.	8
O. S.	1
<hr/>	
Total	10

Nueve aplicaciones se hicieron en el estrecho medio, y una en el estrecho superior. En todas se empleó el Pentotal sódico, por vía intravenosa como anestésico.

Se practicaron cuatro Episiotomías y se produjeron tres desgarros perineales. Todos los puerperios fueron afebriles. No hubo mortalidad materna.

Una de las aplicaciones se practicó con feto muerto; los nueve niños restantes respiraron espontáneamente y salieron sanos del Hospital.

d) *Profiláctico.* Se hicieron 10 aplicaciones profilácticas de fórceps, siete en primíparas y tres en múltiparas; en nueve casos con embarazo a término y en uno con embarazo de 8½ meses. Se practicaron cuatro tomas en O. I. A. y seis en O. P.; en seis casos en el estrecho inferior y en cuatro en el estrecho

medio. En todos se empleó como anestésico el Pentotal sódico, por vía intravenosa, y en todos se practicó Episiotomía. Todos los puerperios fueron afebriles. No hubo mortalidad fetal; los 10 niños respiraron espontáneamente al nacer y salieron sanos del Hospital.

e) *Otras indicaciones.* Este grupo comprende cuatro aplicaciones de fórceps, repartidas de la manera siguiente:

Por eclampsia del trabajo	3
Por desprendimiento prematuro de la Placenta n. i.	1
<hr/>	
Total	4

De estas cuatro aplicaciones, tres fueron practicadas en primíparas y una en una múltipara; en un caso con embarazo a término, y en los tres restantes con embarazo de 8½ meses. Todas estas aplicaciones fueron practicadas en presencia cefálica de vértice O. I. A., y en el estrecho medio. En tres casos se empleó como anestésico el Eter, y en uno el Ciclopropano.

En dos casos se aplicó el fórceps con feto muerto, a saber: en uno de los casos de Eclampsia, y en el caso de desprendimiento prematuro de la Placenta normalmente insertada. De los otros dos niños, el uno respiró espontáneamente y el otro fue necesario reanimarlo por los procedimientos habituales; los dos niños salieron en buenas condiciones del Hospital.

TOTAL DE APLICACIONES EN LOS 2 AÑOS

En los años de 1947 y 1948 hubo 232 aplicaciones de fórceps sobre 3.130 partos, vale decir una frecuencia equivalente al 7,1% que aunque bastante

superior al 4,3% que trae Beruti como promedio, con todo no es superior a la frecuencia media universalmente aceptada del 7% sobre el total de los partos; sobre todo, si se tiene en cuenta que en el 75,9% de las intervenciones las pacientes eran primíparas, y que en el 68,2% el sufrimiento fetal fue la indicación que la motivó. Ahora bien, si se analizan los porcentajes correspondientes a las otras indicaciones que determinaron la aplicación de fórceps, a saber: 11,6% por trabajo prolongado, 5,6% por falta de rotación, 8,2% pro-filáctico y 6,4% para otras indicaciones, se comprenderá fácilmente el criterio eminentemente expectante de conducir el trabajo del parto que se siguió durante este tiempo, orientándolo siempre hacia su evolución espontánea, pero sin esperar sistemáticamente todo lo posible y hasta el último extremo la expulsión espontánea del feto, lo que se ha demostrado que no sólo no disminuye, sino que por el contrario aumenta los peligros maternos y fetales. Zweifel, apoyado en un valioso material estadístico, ha llegado a la conclusión perentoria de que en las maternidades donde la expectación para acudir al fórceps fue más larga, la mortalidad fetal aumentó. Por otra parte Horwath, de Budapest, ha comprobado que después de 48 horas de trabajo la mortalidad fetal se cuadruplica.

Actualmente a nadie se escapan los peligros a que está expuesto el móvil fetal en el parto espontáneo mal conducido, peligros que como es lógico son mucho mayores cuando se trata de un prematuro. Hoy está plenamente comprobado que la hemorragia intracraneana del feto en partos espontáneos es más frecuente de lo que se creía hasta

hace poco. Stikil establece en su estadística correspondiente a partos espontáneos, que en el 27,5% de los fetos fallecidos se encontraron hemorragias intracraneanas. Otros autores han presentado estadísticas aún más sombrías en cuanto a la frecuencia de las hemorragias intracraneanas en los partos espontáneos, verbi gracia la de Gamper, quien las hace ascender hasta el 40%. Si se tienen en cuenta estos datos, fácil será aceptar esta importante deducción sostenida hace ya algún tiempo por Schroeder: "No toda lesión cerebral del feto a raíz de un parto terminado por fórceps, debe indefectiblemente interpretarse como una consecuencia de la intervención. A veces basta una asfixia fetal para originar un desgarro del tentorio".

Por otra parte, si consideramos que solamente en el 11,6% de todas nuestras aplicaciones de fórceps la causa determinante fue únicamente el trabajo prolongado y en el 5,6% la falta de rotación de la presentación, creemos no estar en un error si atribuimos estos bajos índices a nuestra conducta expectante, quizás un poco exagerada de conducir el trabajo del parto, ya que sin duda alguna se hubiesen evitado muchas de las aplicaciones por sufrimiento fetal, si antes de que apareciera esta indicación hubiésemos recurrido al fórceps. No nos queda la menor duda que en un buen número de nuestras intervenciones por sufrimiento fetal, tanto la falta de rotación como el trabajo prolongado fueron los que lo determinaron. Ahora bien, nos preguntamos: si en una gran mayoría de nuestros casos aplicamos el fórceps con fetos que presentaban ya signos más o menos avanzados de sufrimiento fetal y ob-

tuvimos resultados obstétricos tanto maternos como fetales muy satisfactorios, por qué razón no hubiésemos obtenido estos mismos o mejores resultados, si antes de que aparecieran los signos de sufrimiento fetal hubiésemos recurrido al fórceps? Claro está que es muy difícil dar una estricta norma de conducta en estos casos, ya que para juzgar sobre la conveniencia de terminar un parto por trabajo prolongado o falta de rotación antes de que aparezcan los signos de sufrimiento fetal, hay que tener en cuenta un sin número de factores tanto maternos como fetales que están subordinados, por una parte a la manera de vigilar y conducir el trabajo del parto, y por otra, al criterio personal que únicamente se adquiere con la experiencia. A este respecto nuestra opinión es la de que si correctamente vigilado y conducido el trabajo del parto durante un tiempo prudencial equivalente al considerado como normal para que se verifique la expulsión espontánea, la presentación no progresa, o no rota, y se han llenado a cabalidad o pueden llenarse fácilmente los múltiples requisitos exigidos para hacer una correcta aplicación de fórceps, no debe dudarse en recurrir a la terminación artificial del parto, ya que esperar por más tiempo sería exponer el feto al sufrimiento, para luego tener siempre que recurrir al fórceps pero en peores condiciones. Con este criterio, aparentemente intervencionista, en manera alguna hemos querido hacernos los defensores del fórceps, y mucho menos pretender que la manera más ventajosa o más práctica de terminar el parto sea mediante su aplicación, ya que muy lejos está de nosotros este intervencionismo desmedido que sólo puede traer

consecuencias fatales. Simplemente hemos querido anotar que si por estas indicaciones hubiésemos recurrido con más frecuencia al fórceps, seguramente en buena parte se hubiera reducido el número de intervenciones por sufrimiento fetal, con los consiguientes beneficios para el niño y para la madre. Como ya anotamos anteriormente, en estas indicaciones, la experiencia y el justo y mesurado criterio que con ella se adquiere, es la que en última instancia viene a determinar sobre la conveniencia de terminar artificialmente el parto antes de que aparezcan los signos de sufrimiento fetal. A nuestro modo de ver, el bajo porcentaje de aplicaciones que hemos encontrado por estas indicaciones es explicable, si se tiene en cuenta, que en la vigilancia y conducción del parto toman buena parte las enfermeras y los internos del servicio, cuyo criterio no puede ser el mismo que el del Profesor o el de su Jefe de Clínica.

En el mismo orden de ideas haremos algunas consideraciones a cerca de las aplicaciones profilácticas de fórceps. En nuestras 232 intervenciones lo empleamos profilácticamente solamente en 19 casos, vale decir, en el 8,2% sobre el total de las aplicaciones, habiendo sido el criterio que nos guió para juzgar sobre la conveniencia de terminar artificialmente el parto, por una parte la excesiva duración del período expulsivo, y por otra la resistencia anormal del periné que no cedió a la Episiotomía, la cual practicamos sistemáticamente antes de todas estas aplicaciones. Este bajo porcentaje de fórceps profilácticos traduce igualmente el criterio eminentemente expectante de nuestra conducta.

En ningún caso empleamos el llamado fórceps de "COMPLACENCIA", es decir, aquél que sin una indicación obstétrica estricta y definida se ejecuta por causas que a menudo podríamos calificar de sentimentales, ante el cuadro aflictivo de una parturienta que después de haber resistido hasta un cierto límite su laborioso trance, entra en pleno desfallecimiento psíquico a pesar de mantener en buenas condiciones sus estados físico, dinámico y mecánico. Entiéndase que en estos casos no se trata de fatiga obstétrica propiamente dicha, que sí justifica plenamente una aplicación de fórceps, sino de una simple desmoralización, la cual según el caso puede exteriorizarse más o menos prematuramente. Claro está que si el traumatismo psíquico aparece con evidencia, nosotros lo justificamos en las últimas fases del período expulsivo, pero esto ya no sería un fórceps de complacencia, sino un fórceps profiláctico perfecta y correctamente indicado, como también lo justificaríamos para acelerar o abreviar el parto de una mujer reconocidamente neurótica o hipersensible, incapaz de dominar su espíritu y su cuerpo frente al sufrimiento intolerable de su trabajo, auncuando no haya llegado todavía a su derumbamiento anímico.

Estas aplicaciones por simple complacencia no las justificamos, y en este aspecto estamos perfectamente identificados con Beruti, quien considera tales intervenciones como un acto de claudicación del partero ante las exigencias de la futura madre o de sus allegados, y en no pocas ocasiones ante las insinuaciones de la misma enfermera que tanto contribuye en la preparación del elima operatorio. Queremos dejar bien

en claro que estas aplicaciones por complacencia en manera alguna corresponden a una indicación profiláctica, ya que complacencia es simplemente condescendencia, o lo que es lo mismo "acomodarse por bondad al gusto y voluntad de otro, auncuando esta última esté reñida con el buen sentido".

En cuanto a los llamados fórceps de *rutina*, conocidos también con los nombres de *fórceps sistemático*, *fórceps electivos*, etc., empleados por algunos parteros, sin una indicación obstétrica definida que los justifique, no podemos menos que condenarlos, ya que estamos plenamente convencidos que toda aplicación de fórceps, por inocua que parezca, siempre trae aparejada un doble riesgo materno y fetal más o menos cargado de morbilidad; pero esto no quiere decir que cuando haya surgido la indicación no deba recurrirse inmediatamente a él, ya que somos los primeros en aconsejarlo prontamente y sin dilación en todos aquellos casos en los que esté plenamente justificado.

Si consideramos ahora el porcentaje de 6,4% que encontramos para otras indicaciones distintas de las ya mencionadas, y que corresponden al siguiente número de intervenciones:

Por Eclampsia del trabajo	5
Por prociencia del cordón	3
Por Placenta previa marginal . .	1
Por desprendimiento prematuro de la Placenta n. i.	2
Por inercia uterina	2
Por rigidez anatómica del cuello . .	1
Por prociencia de uno de los miembros superiores	1
—	—
Total	15

O. I. A.	44,2%
O. I. T.	6,9%
O. I. P.	2,2%
O. D. A.	7,7%
O. D. T.	4,7%
O. D. P.	16,7%
O. P.	15,4%
O. S.	2,2%
— — — — —	
	100 %

Si se considera que en la mayoría de los casos la cabeza fetal se orienta, se encaja y desciende siguiendo el diámetro oblicuo izquierdo, se comprenderá por qué el mayor número de aplicaciones se hicieron en las variedades de posición correspondientes a dicho diámetro. Por otra parte, si se tiene en cuenta que las variedades posteriores y transversas son las que originan el mayor número de indicaciones por falta de rotación, y que muchas veces estas mismas variedades de posición son las que determinan el sufrimiento fetal, ya que ocasionan un retardo en la progresión normal del parto, fácil será comprender por qué en un buen número de casos en los que la cabeza se hallaba orientada en estas variedades de posición, el sufrimiento fetal fue la indicación que motivó la aplicación.

En relación con la altura de la presentación en el momento de hacer la aplicación de fórceps, los índices que encontramos fueron los siguientes:

En el estrecho inferior	18,1%
En el estrecho medio	79,3%
En el estrecho superior	2,6%
— — — — —	
	100 %

Este índice del 2,6% para aplicaciones en el estrecho superior corresponde a seis intervenciones de fórceps alto, todas practicadas en multíparas, habiendo sido en cuatro casos el sufrimiento fetal la indicación que lo motivó, y en dos casos el trabajo prolongado. Todas estas aplicaciones se intentaron y se lograron llevar felizmente a cabo después de un detenido análisis en que se descartó ante todo la posibilidad de una desproporción céfalo-pélvica como causa de la distocia de encajamiento; además, en cada caso en particular se analizó detenidamente su conveniencia tanto para la madre como para el feto, y se dilucidaron clínicamente la factibilidad de la prehensión, del encajamiento y de la extracción sin recurrir a la violencia.

Todos saben los peligros que estas aplicaciones de fórceps alto entrañan tanto para la madre como para el hijo, y de ahí que muchos especialistas las hayan proscrito totalmente de la práctica obstétrica; sin embargo, conceptuamos que conservan todavía sus indicaciones muy precisas en determinados casos clínicos. Las estadísticas personales del Profesor Rodríguez Aponte son muy elocuentes a este respecto. Claro está que somos los primeros en reconocer que tales aplicaciones requieren una habilidad y destreza especiales que no son del dominio del especialista común, de ahí que aunque en algunos casos clínicos aceptemos su utilidad, no aconsejemos su práctica. En las seis aplicaciones de fórceps alto por nosotros practicadas, no se presentaron complicaciones maternas ni fetales, los seis niños respiraron espontáneamente al nacer y tanto ellos como las madres salieron sanos del Hospital.

cabeza, y sobre todo en el desprendimiento de los hombros ya que es muy fácil que estos puedan desgarrarlo.

Durante el puerperio no se presentaron otras lesiones distintas de los desgarros ya mencionados y sólo hubo 38 casos febriles, lo que equivale a una morbilidad materna del 16,3%, habiendo sido el criterio que se siguió para juzgar sobre dicha morbilidad, una temperatura de más de 38 grados en dos días distintos. No hubo mortalidad materna y todas las pacientes salieron en buenas condiciones del Hospital.

En todos los casos febriles logramos detener fácil y rápidamente el proceso infeccioso mediante el empleo de los derivados sulfamídicos y de la Penicilina. y consideramos que la morbilidad materna encontrada por nosotros se hubiera podido reducir considerablemente si sistemáticamente hubiésemos recurrido a los antibióticos como profilácticos durante los tres o cuatro primeros días del puerperio, más si se tiene en cuenta que estas pacientes de caridad son hospitalizadas en salas comunes en donde están más expuestas a la infección y al contagio. Por estas mismas razones consideramos que esta práctica debiera también hacerse extensiva a todos los casos hospitalarios después del parto espontáneo. No vemos por qué razón no se los deba emplear como profilácticos, si está demostrado que con ellos se ha logrado reducir considerablemente la morbilidad materna después del parto. Claro está que se debe ser prudente en la administración de los derivados sulfamídicos y no recurrir a ellos en los casos de contraindicación o intolerancia, en los cuales se puede aplicar la penicilina que se ha demostrado que no tiene acción perjudicial.

Los resultados obstétricos que obtuvimos en relación al feto no pueden ser más satisfactorios: de los 232 niños nacidos con fórceps, 222 nacieron vivos, vale decir, en el 95,7% de los casos; en los 10 casos restantes, o sea en el 4,3%, las aplicaciones se hicieron con feto muerto. De los 222 niños que nacieron vivos, 203 respiraron espontáneamente al nacer, y tan sólo 19 fue necesario reanimarlos por los procedimientos habituales; estas cifras equivalen a un porcentaje del 91,4% para los primeros y del 8,6% para los segundos. La apnea fetal se debió en parte al sufrimiento fetal por trabajo prolongado, y en parte a circulares más o menos apretadas del cordón al rededor del cuello, ya que en ningún caso pudimos imputar dicho estado a la anestesia empleada o al traumatismo del fórceps.

La mortalidad fetal global, es decir, comprendiendo las aplicaciones con feto muerto y la de los niños que murieron durante los días siguientes al parto, ascendió al 9,9%. Ahora bien, si se tiene en cuenta que en 10 casos se practicó la aplicación con feto muerto, y que en 12, la muerte pudo ser atribuída a causas distintas del fórceps, en realidad la mortalidad fetal por fórceps correspondiente a nuestra serie de aplicaciones fue del 0,4%.

Si se tiene en cuenta que estas aplicaciones de fórceps fueron practicadas en un centro hospitalario dedicado a la enseñanza, en donde la vigilancia del parto está en gran parte bajo la responsabilidad de los internos del servicio, fácil será aceptar que los maravillosos resultados obstétricos obtenidos sólo tengan como explicación el buen criterio con que se lo empleó.

CONCLUSIONES

1ª Toda aplicación de fórceps, por inocua que parezca, siempre trae aparejado un doble riesgo materno y fetal más o menos cargado de morbilidad, de ahí que no deba recurrirse a él sino en aquellos casos en los que esté estrictamente indicado.

2ª Todo parto debe orientarse hacia su evolución espontánea, corrigiéndolo oportunamente mediante el empleo consciente de las medicaciones espasmolítica y oclítica, pero debiendo recurrir prontamente y sin pérdida de tiempo a su terminación artificial si en estas condiciones la presentación no progresa, o surge alguna otra indicación de orden materno o fetal, ya que en estos casos esperar sistemáticamente todo lo posible y hasta el último extremo la expulsión espontánea del feto, no sólo no disminuye, sino que al contrario aumenta los peligros maternos y fetales.

3ª Todo fórceps profiláctico debe responder siempre a una indicación formal, y como tal aconsejamos su empleo no solamente en las primíparas a término con período expulsivo prolongado o con signos evidentes de traumatismo psíquico en el último período del parto, sino también en aquellos partos prematuros cuando parezca que la resistencia del periné constituya un verdadero peligro para el feto, la cual no pueda evitarse por otro medio o procedimiento más sencillo como sería la Episiotomía ayudada de expresión abdominal.

4ª Los fórceps de *complacencia*, de *rutina*, *sistemáticos* o *electivos*, etc., que no responden a una indicación obstétrica definida no se justifican desde ningún punto de vista.

5ª El fórceps alto conserva todavía sus indicaciones muy precisas en determinados casos clínicos, pero como quiera que su aplicación requiere una habilidad y destreza especiales que no son del dominio del especialista común, aunque aceptemos su utilidad, no aconsejamos su práctica.

6ª La anestesia con Pentotal sódico por vía intravenosa, tiene la ventaja de obrar con una rapidez extraordinaria y la de ser muy poco tóxica, a no ser que se prolongue demasiado o haya sido necesario emplearla en dosis muy altas.

7ª Toda extracción con fórceps en primíparas debe ir precedida de Episiotomía, lo que no sólo facilita extraordinariamente la intervención, sino que evita el desgarramiento perineal que es indeseable en estos casos.

8ª Después de toda aplicación de fórceps, debe emplearse sistemáticamente derivados sulfamídicos o penicilina, como profilácticos.

9ª Toda correcta aplicación de fórceps, practicada oportunamente por una estricta indicación, no debe producir mortalidad materna ni fetal.

CESAREA

En la maternidad del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, en la sección que dirige el Profesor V. Rodríguez Aponte, se practicaron 107 cesáreas durante los años de 1947 y 1948, lo que sobre 3.130 partos ocurridos durante este tiempo arroja una frecuencia del 3,41%.

Si se estudian comparativamente los cuadros en los que se encuentran resumidas las intervenciones practicadas en cada uno de estos años, fácil será apre-

ciar la similitud que existe en el número de operaciones, así como la semejanza en las indicaciones que la motivaron, lo cual traduce fielmente el criterio que actualmente se tiene en dichos servicios para optar por la vía alta como la más segura para la madre y el hijo en todos aquellos casos en los que es factible, y en los que una intervención o conducta de otro orden podría ser peligrosa para la madre y para la vida misma del feto.

Para hacer más comprensivo este estudio, primeramente me referiré a las intervenciones practicadas en cada año en particular y luégo haré un comentario al total de las operaciones en los dos años, ya que solamente así creemos que puedan apreciarse mejor los resultados obtenidos y las conclusiones a que hemos llegado en esta materia.

AÑO DE 1947

Durante este año, fueron practicadas 54 cesáreas que hemos catalogado en 8 grupos según sus indicaciones:

a) Desproporción cefalo-pélvica ..	28
b) Desproporción cefalo-pélvica y sufrimiento fetal ..	6
c) Sufrimiento fetal ..	4
d) Eclampsia ..	2
e) Placenta previa ..	2
f) Ruptura uterina ..	1
g) Primíparas viejas ..	4
h) Otras indicaciones ..	7
Total ..	54

En todos estos casos se practicó la cesárea segmentaria transperitoneal suprasinfisiaria con disociación arciforme de las fibras del segmento siguiendo la técnica habitual, de ahí que no cu-

remos en la consideración de sus detalles.

a) *Desproporción cefalo-pélvica.* Por desproporción cefalo-pélvica se practicaron durante el año 28 operaciones, habiendo sido en 26 casos sometidas las pacientes a una prueba de trabajo suficiente antes de recurrir a la intervención. En los dos casos restantes, existía una estrechez pélvica muy aparente por lo cual se practicó la cesárea al iniciarse el trabajo.

Analizando las estadísticas en relación con la primi o multiparidad de las pacientes, encontramos para este grupo de intervenciones 15 primíparas y 13 múltiparas.

En todos los casos se practicó la operación con embarazo a término; en 27 con presentación cefálica de vértice y en uno con presentación de pelvis. En ocho la cesárea fue iterativa, y sólo en uno se practicó cesárea impura.

La anestesia empleada fue la siguiente:

Eter ..	17
Ciclopropano ..	3
Ciclopropano-Eter ..	2
Mezcla de Schleich ..	2
Raquianestesia ..	3
Local ..	1
Total ..	28

No se presentaron accidentes por la anestesia. Hubo seis post-operatorios febriles y la herida quirúrgica supuró en tres casos. No hubo mortalidad materna, pero murieron tres niños: dos de diarrea epidémica a los 13 días de la intervención, y uno al segundo día por asfixia del recién nacido.

b) *Desproporción cefalo-pélvica y sufrimiento fetal.* Agrupamos bajo esta

denominación seis pacientes que presentaban desproporción cefalo-pélvica, y además signos de sufrimiento fetal en el momento de practicar la intervención.

Por esta indicación se intervino en cinco primíparas y una múltipara. En todos los casos se practicó la operación con embarazo a término y presentación cefálica de vértice. En uno la cesárea fue impura.

La anestesia empleada fue la siguiente:

Eter	3
Ciclopropano	1
Mezcla de Schleich	1
Raquianestesia	1
Total	6

No se presentaron accidentes por la anestesia. Hubo cuatro post-operatorios febriles, y la herida supuró en un caso. No hubo mortalidad materna, pero murieron dos niños: uno que nació en apnéa y con dos circulares apretadas al rededor del cuello, y otro que murió de Bronconeumonía a los ocho días de la operación.

c) *Sufrimiento fetal.* Por sufrimiento fetal se practicaron cuatro intervenciones: tres en múltiparas y una en una primípara. Con embarazo a término se intervino en tres casos, y en uno con embarazo de 7 meses. (Cesárea iterativa. Feto pequeño que presentó signos de sufrimiento al iniciarse el parto prematuro. El niño respiró espontáneamente pero murió después por debilidad congénita).

En todos los casos se operó con presentación cefálica de vértice, y en uno sólo se practicó cesárea impura.

La anestesia empleada fue la siguiente:

Eter	1
Ciclopropano-Eter	1
Raquianestesia	2
Total	4

No se presentaron accidentes por la anestesia. Hubo tres post-operatorios afebriles y la herida supuró en un caso. No hubo mortalidad materna, pero murieron dos niños: uno de bronconeumonía a los 17 días de nacido, y el otro por debilidad congénita. (Prematuro de 7 meses).

d) *Eclampsia.* Por ataques convulsivos de eclampsia se operaron dos casos: uno en una primípara y otro en una múltipara; en una de las pacientes con embarazo a término y en la otra con embarazo de 8 meses. En los dos casos se practicó la intervención con presentación cefálica de vértice y se empleó como anestesia el Eter. Hubo un post-operatorio febril y murió uno de los niños. No hubo mortalidad materna.

e) *Placenta previa.* Por placenta previa central se practicaron dos intervenciones: una en una primípara, con embarazo de 7 meses y presentación cefálica de vértice, y la otra en una múltipara con embarazo a término y presentación de pelvis. Como anestesia se empleó el Eter en ambos casos.

La paciente operada con embarazo de 7 meses, que había presentado hemorragias en apariencia no muy alarmantes, falleció dos horas después de la intervención a pesar de haberle prodigado todos los cuidados que el caso requería. La otra paciente salió en buenas condiciones del Hospital. Murieron los dos niños.

f) *Ruptura uterina.* Por ruptura uterina se practicó cesárea impura seguida

de histerectomía subtotal en una paciente múltipara, con embarazo a término y presentación de hombro abandonada. En este caso se empleó como anestésico el Eter, el post-operatorio fue afebril y la paciente salió en buenas condiciones del Hospital. El niño como es natural, nació muerto.

g) *Primíparas viejas.* De las cuatro pacientes operadas por esta causa, en tres se practicó la operación con embarazo a término y en una con embarazo de 8½ meses. En tres casos con feto en presentación cefálica de vértice y en uno con presentación de pelvis.

La paciente con embarazo de 8½ meses fue operada con el diagnóstico de feto grande en presentación de pelvis; practicada la intervención se pudo comprobar que se trataba de un embarazo gemelar.

Como anestésico se empleó el Eter en tres casos y el Ciclopropano-Eter en uno. Los cuatro post-operatorios fueron afebriles y tanto las pacientes como los niños salieron en buenas condiciones del Hospital.

h) *Otras indicaciones.* Este grupo comprende siete operaciones cesáreas que fueron practicadas por las siguientes causas:

Presentación de cara y prociencia del cordón	1
Presentación de frente y sufrimiento fetal	1
Presentación de hombro con feto vivo	1
Prociencia del cordón umbilical	1
Feto grande (Eritroblastosis)	1
Rigidez anatómica del cuello	1
En embarazo gemelar por distocia del encajamiento	1
Total	7

De estas siete operaciones, dos fueron practicadas en primíparas y cinco en múltiparas. En cinco casos se practicó la operación con embarazo a término, en uno con embarazo de 8½ meses, y en uno con embarazo de 8 meses. En tres casos la cesárea fue impura.

La anestesia empleada fue la siguiente:

Eter	2
Ciclopropano	2
Ciclopropano-Eter	1
Mezcla de Schleich	1
Raquiánestesia	1
Total	7

No se presentaron accidentes por la anestesia. Hubo dos post-operatorios febriles y la herida supuró en dos casos.

No hubo mortalidad materna. Un niño nació muerto (uno de los fetos en el caso de embarazo gemelar) y otro murió de eritroblastosis fetal a las 6 horas de nacido.

AÑO DE 1948

Durante el año de 1948 se practicaron 53 operaciones cesáreas, catalogadas según sus indicaciones en los ocho grupos siguientes:

a) Desproporción cefalo-pélvica . .	19
b) Desproporción cefalo-pélvica y sufrimiento fetal	9
c) Sufrimiento fetal	6
d) Eclampsia	4
e) Placenta previa	2
f) Ruptura uterina	2
g) Primíparas viejas	2
h) Otras indicaciones	9
Total	53

a) *Desproporción cefalo-pélvica.* Por desproporción cefalo-pélvica se practicaron 19 intervenciones, de las cuales 11 en primíparas y 8 en múltiparas.

En 18 casos las pacientes fueron sometidas a una prueba de trabajo suficiente antes de recurrir a la intervención y sólo en un caso se operó al iniciarse el parto por tratarse de una marcada estrechez pélvica en una paciente Xifo-escoliótica.

En todos se practicó la intervención con embarazo a término; en 18 con presentación cefálica de vértice y en uno con presentación de pelvis. En 7 se intervino iterativamente.

La anestesia empleada fue la siguiente:

Eter	9
Ciclopropano	3
Ciclopropano-Eter	3
Raquianestesia	1
<hr/>	
Total	19

Hubo cinco post-operatorios febriles y la herida quirúrgica supuró en dos.

Murieron tres pacientes: una a consecuencia de un síncope anestésico cuando se cerraba la aponeurosis (a esta paciente, que se operaba con Eter, se le practicaba la tercera cesárea por desproporción cefalo-pélvica); otra paciente falleció al segundo día de la operación por shock obstétrico y operatorio; y la tercera, falleció a consecuencia de una embolía pulmonar a los diez días de operada y después de haber hecho un post-operatorio normal.

Murieron dos niños por acidosis, deshidratación aguda y diarrea.

b) *Desproporción cefalo-pélvica y sufrimiento fetal.* Por desproporción

cefalo-pélvica y además signos de sufrimiento fetal fueron operadas nueve pacientes, de las cuales cinco eran primíparas y cuatro múltiparas. Con embarazo a término se intervino en ocho casos y en uno con embarazo de 8½ meses. En ocho casos se operó con presentación cefálica de vértice, y en uno con presentación de pelvis. En dos se intervino iterativamente, y en uno se practicó cesárea impura.

La anestesia empleada fue la siguiente:

Eter	4
Ciclopropano	1
Ciclopropano-Eter	3
Raquianestesia	1
<hr/>	
Total	9

No se presentaron accidentes por la anestesia. Hubo dos post-operatorios febriles.

No hubo mortalidad materna, pero murieron dos niños: uno de bronconeumonía por aspiración al tercer día y otro a los 16 días de nacido por debilidad congénita.

c) *Sufrimiento fetal.* Por sufrimiento fetal se practicaron seis intervenciones: cuatro en primíparas y dos en múltiparas. En tres casos se intervino con embarazo a término y en tres con embarazo de 8½ meses. En una de las primíparas con embarazo de 8½ meses se trataba de un embarazo gemelar con marcada anteversión uterina, falta de encajamiento y signos de sufrimiento fetal.

En todos los casos se practicó la intervención con presentación cefálica de vértice, y como anestesia se empleó el Eter en cinco y el Ciclopropano-Eter en uno; no se presentaron accidentes

por la anestesia. En uno se practicó cesárea impura. No hubo mortalidad materna. Dos post-operatorios fueron febriles. Uno de los niños falleció al octavo día de bronconeumonía.

d) *Eclampsia*. Por eclampsia convulsiva se practicó la intervención en cuatro pacientes, todas primíparas; una con embarazo a término y tres con embarazos de 8½ meses. Como anestesia se empleó el Eter en un caso, el Ciclopropano-Eter en uno y la Mezela de Schleich en dos. No se presentaron accidentes por la anestesia y todo los post-operatorios fueron afebriles. Durante el acto quirúrgico falleció una de las pacientes que se operó en estado de coma con feto vivo; el niño como es natural también murió. Otro de los niños que nació vivo y respiró espontáneamente falleció al octavo día por debilidad congénita.

e) *Placenta previa*. Por placenta central, se practicaron dos intervenciones, ambas en primíparas; una con embarazo a término y la otra con embarazo de 8½ meses. En las dos se intervino con presentación cefálica de vértice y como anestesia se empleó el Eter en un caso y el Ciclopropano-Eter en el otro. Uno de los post-operatorios fue febril. No hubo mortalidad materna ni fetal.

f) *Ruptura uterina*. Por ruptura uterina se practicaron dos cesáreas impuras: una con embarazo a término y otra con embarazo de 6½ meses. En un caso la ruptura uterina fue provocada por arma blanca y en el otro por arma de fuego. Como anestesia se empleó el Eter en un caso y el Ciclopropano-Eter en el otro. En los dos se extrajo primeramente el niño por cesárea y luego se procedió a suturar la herida uterina. Las dos pacientes salieron en buenas

condiciones del Hospital después de un post-operatorio normal. Murieron los dos niños a consecuencia de las lesiones recibidas.

h) *Otras indicaciones*. Este grupo comprende nueve operaciones cesáreas que fueron practicadas por las siguientes causas:

Presentación de frente inmodificable	1
Procidencia del cordón umbilical . .	1
Muerte habitual del feto	1
Inercia uterina que no cede a los ocitócicos	1
Estrechez cicatricial de la vagina (antiguas fistulas vesico-vaginales operadas)	2
Tuberculosis pulmonar	2
Cáncer del cuello uterino	1
Total	9

De estas nueve intervenciones, ocho se practicaron en múltiparas y una en una primípara. En cinco casos se intervino con embarazo a término y en cuatro con embarazo de 8½ meses; en ocho con presentación cefálica de vértice y en uno con presentación de frente. En dos la cesárea fue impura.

La anestesia empleada fue la siguiente:

Eter	4
Ciclopropano-Eter	2
Raquiánestesia	3
Total	9

No se presentaron accidentes por la anestesia. Hubo tres post-operatorios febriles y la herida supuró en un caso. No hubo mortalidad materna ni fetal.

(Continuará)