

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director: HERNÁN
CORRALES P.

Redactores: RAMÓN
ALCERRO CASTRO

J. NAPOLEÓN ALCERRO

J. RAMÓN PEREIRA

Secretario:

Administrador:

ALEJANDRO ZTJNIGA

SALOMÓN MUNGUIA ALONZO

IMPRENTA CALDERÓN — TEGUCIGALPA, HONDURAS, C. A.

Año XXIV | Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A., Muyo, Junio y Julio, 1954 | 169

ANALGESIA Y ANESTESIA OBSTERICAS

Di. Selim Castillo Handal

(Continuación)

ANESTESIA EN «SILLA DE MONTAR»

El objeto de esta anestesia es insensibilizar la región que tiene los siguientes límites: Por delante el borde inferior de la sínfisis púbica, por detrás el vértice del pliegue interglúteo y a los lados se extiende la anestesia sobre la cara interna de los muslos como a unas seis pulgadas debajo del pliegue genitocrural. La región comprendida en estos límites es la que se pone en contacto con la montura durante la equitación, debido a este detalle es que a este bloqueo se le da el nombre mencionado.

El área comprendida en estos límites está inervada por las ramas inferiores del plexo sacro y para lograr una anestesia selectiva de esta región, lo que se debe hacer es agregar al anestésico un vehículo pesado que lo haga descender.

Con este objeto se emplea una «solución pesada» (hiperbara) de Nupercaína que tiene un peso específico superior al del líquido cefalorraquídeo. Introducida en el conducto raquídeo presenta la tendencia a dirigirse al punto más declive. Si esta mezcla es aplicada a la paciente estando ésta en posición sentada se dirige en sentido inferior hacia el extremo caudal de la médula. Cuando se hace la inyección estando la paciente acostada y se le hace adoptar inmediatamente la posición de Trendelenburg, la corriente del anestésico tiende a ascender hacia la cabeza.

El grado de esta extensión ascendente parece depender de la cantidad de líquido inyectado y del tiempo que se conserva la posición de Trendelenburg. La altura exacta de la anestesia y su extensión pueden regularse con precisión, observando estrictamente las varias técnicas que a continuación se describen.

contracciones uterinas. Este fenómeno es debido indudablemente al efecto anestésico espinal primario de la epinefrina.

La pontocaína 5 mg. y la procaína 40 mg. han sido también sometidas a pruebas clínicas con resultados satisfactorios.

CONTRAINDICACIONES GENERALES DE LA RAQUIANESTESIA:

ABSOLUTAS:

- 1°—Afecciones del sistema cerebro-espinal, como meningitis, hemorragia craneal, tumores, poliomiélitis.
- 2°—Pacientes moribundos.
- 3°—Infección sanguínea.
- 4°—Anemia perniciosa con síntomas funiculares.
- 5°—Artritis, espondilitis y otras enfermedades de la columna vertebral que hace imposible la punción raquídea. La presencia de tuberculosis o de lesiones metastásicas en la columna vertebral constituye también una contraindicación.
- 6°—Infecciones piógenas de la piel o de los alrededores de la región de la punción.

RELATIVAS:

- 1°—Histerismo o tensión nerviosa excesiva. Esta dificultad puede vencerse frecuentemente administrando antes de [a operación demerol 100 rag. escopolamina 0.3 mg. o un barbiturato como el Amytal sódico.
- 2°—Dolores crónicos de espalda. Los pacientes pueden acusar tras la raquianestesia una exacerbación de los síntomas, bien inmediata o tardía.
- 3°—Dolores de cabeza post-operatorios de larga duración o antecedentes de hemicránea. Exacerbación de los síntomas o consecutiva a la raquianestesia.
- 4°—Hipersensibilidad medicamentosa. La Nupercaína puede ser frecuentemente usada en pacientes que muestran sensibilidad a la procaína. Sin embargo, en todos los pacientes en que se sospecha una sensibilidad medicamentosa, se deberá hacer un «test cutáneo» practicando una inyección intradérmica con una dosis reducida (0.1 cm^3) de Nupercaína y al mismo tiempo una inyección intradérmica de una pequeña cantidad (0.1 cm^3) de solución fisiológica de cloruro sódico como testigo. La reacción puede ser local (enrojecimiento) o general (disnea, agitación). El uso del anestésico está absolutamente contra indicado en caso de reacción local, así como cuando hay antecedentes de idiosincrasia medicamentosa.
- 5°—Posibilidad de hemorragias graves durante la operación. Para juzgar en este caso deben tenerse en cuenta las proporciones de la hemorragia, la altura de la anestesia que se produce y las facilidades de que se dispone para dominar el shock
- 6°—Shock. Todas las formas de anestesia producen deficientes resultados en los enfermos de shock. La presión sanguínea sistó-

lica debe ser aumentada por lo menos a 105 mm. de Hg. antes de pensar en la operación. Como quiera que la «solución pesada» de Nupercaína no produce por lo general más que un descenso moderado de la presión sanguínea, puede ser utilizada cuando la operación es de urgencia, implicando menos peligros que la mayoría de los demás anestésicos.

- 7°—Hipotensión. En casos no debidos a enfermedad de Addison o asociados con shock grave, tiene una importancia relativamente pequeña, teniendo en cuenta la eficacia de la efedrina para establecer la normalidad de la presión y la controlabilidad de la «solución pesada» de Nupercaína.
- 8°—Líquido raquídeo hemorrágico. Siempre que no se obtenga un líquido raquídeo claro, deberá retirarse la aguja y hacer la punción en otro espacio intervertebral. Esto es importante para evitar la posibilidad de inyectar el anestésico intravenosamente.
- 9°—Descompensación cardíaca, derrames pleurales intensos aumento marcado de la presión abdominal, como en la ascitis considerable y en los tumores.

CONTRAINDICACIONES DEL BLOQUEO EN SILLA DE MONTAR EN OBSTETRICIA

- 1°—En aquellos casos en que está contraindicada la raquianestesia en general.
- 2°—Estrechez o desproporción céfelo pélvica.
- 3°—Placenta previa.
- 4°—Desprendimiento prematuro de la placenta.
- 5°—Cabeza fetal no encajada.
- 6°—Necesidad de manipulaciones intrauterinas, como la versión podálica.

COMPLICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS

1°—Respiración". La interrupción de la respiración puede presentarse por penetrar la corriente del anestésico en la región cervical. Este incidente puede evitarse con seguridad, siguiendo la técnica descrita. También ocurre esto a causa de la anoxia medular con colapso circulatorio consiguiente en la hipotensión grave.

Tratamiento: Intubación para asegurar un conveniente acceso del aire. Respiración artificial, oxígeno. Coramina (5-15 cm.³ por vía intravenosa, repitiendo la dosis si es necesario).

2°—**Hipotensión.** El descenso de la presión sanguínea que se produce en la raquianestesia, es debido a numerosos factores de los cuales los más importantes son los siguientes:

- a) Rápida vasodilatación, que se presenta en la parálisis de las fibras vasomotoras simpáticas.
- b) Pérdida del tono muscular con descenso de la presión venosa, circulación venosa de retorno y rendimiento cardíaco. El grado

del descenso depende por esto del número de los segmentos afectados, siendo máximo en la raquianestesia alta y prácticamente inapreciable cuando el efecto se limita solamente al área perineal. La facilidad con que «solución pesada» de Nupercaina puede quedar exclusivamente limitada al área de la operación, reduce a un mínimo el peligro de la hipotensión. En diversas comunicaciones se indica que la Nupercaina no

ejerce la presión sanguínea una influencia como la producida por la procaína en igualdad al grado de anestesia.

Tratamiento: Algunos autores recomiendan el uso profiláctico de 25 mg. de efedrina por vía intramuscular antes de inyectar el anestésico. En las raquianestesis bajas puede prescindirse de ello. Además deberá administrarse una dosis adicional intravenosa de 25 mg., si el descenso de la presión sanguínea llega a 100 mm. de Hg., esta dosis puede ser repetida, pero en total no debe exceder de 100 mg.

Cuando se presente una hipotensión grave, se administrarán por vía intravenosa líquidos, plasma o suero sanguíneo. En los casos obstétricos se alzarán las piernas en posición vertical, constituyendo ésta una medida inicial muy eficaz para elevar la presión sanguínea; y deberá administrarse oxígeno para aumentar la tasa de éste, en beneficio del niño.

3°—**Dolores de cabeza post-anestésicos:** Estos son debidos comúnmente a la salida de líquido cefalo-raquídeo, incidente que es debido a faltas de técnica.

Profilaxia: Debe ser usada una aguja de Pitkin de estrecho calibre, no mayor del número 22 o 24. Algunos autores recomiendan agujas especiales: Una aguja del N° 24 con bisel corto para perforar la dura-madre, con lo cual se logra que la punción sea ínfima; con el bisel se obtiene que la solución a inyectar no sea derramada fuera del conducto. La aguja deberá dejarse en su sitio durante algunos segundos después de la inyección, para dejar tiempo a que se equilibre la presión.

Tratamiento: En caso de presentarse éste se usa 20 cc. de solución hipertónica de glucosa por vía intravenosa y 2 tabletas de sulfato de dexedrina como profiláctico. Venda abdominal ajustada, hidratación del paciente con líquidos -por vía oral o intravenosa. Un cm³ de pituitrina quirúrgica o 100 mg. de efedrina. Se consigue un alivio rápido mediante la inyección espinal o caudal de 30 cm³ de solución de cloruro sódico estéril.

4°—**Náuseas y vómitos:** Pueden presentarse por causas psíquicas, descenso de la presión sanguínea o manipulaciones intraabdominales.

Tratamiento: Cuando están causados por hipotensión, las inhalaciones de oxígeno al 100%, asociado a un vasopresor, pueden dar resultados eficaces. El ciclopropano ligero o un barbiturato aplicado por vía intravenosa pueden dominar este síntoma, en tanto sea debido a manipulaciones intra-abdominales.

5°—**Parálisis.** Alguna que otra vez se han comunicado parálisis nerviosas transitorias que generalmente afectan al motor ocular

externo. Esta complicación verdaderamente rara se presenta por lo común durante la segunda semana y desaparece hacia la tercera o cuarta semana. Después de la raquianestesia puede presentarse mielitis trasversa temporal o permanente. Véase más abajo la advertencia correspondiente.

6—**Meningitis.** Con una técnica aséptica debe quedar excluida prácticamente la aparición de esta complicación. Después de la raquianestesia se han observado meningitis aséptica o meningismo, comunmente de curso rápido y benigno, pero esta complicación se ha observado también en casos en los que no se había practicado la punción lumbar. Lundy ha llamado la atención sobre el hecho de que las meningitis que se presentan consecutivamente a la raquianestesia, es posible que no tengan relación con el método, sino que sean debidas a metástasis patológicas de focos distantes. Sin embargo, existe la remota posibilidad de esta complicación, la cual impone la necesidad de una técnica estéril.

7—**Idiosincrasia medicamentosa.** Con el uso de la Nupercaína es excepcional este incidente. No obstante, los pacientes que tienen antecedentes de hipersensibilidad medicamentosa, deben ser sometidos a un test cutáneo.

Tratamiento: La aparición de excitación motora exige utilizar la acción anticonvulsivante de un barbiturato administrado por vía intravenosa.

ADVERTENCIAS:

1°—La Nupercaína es un anestésico extraordinariamente potente y por esta razón debe ser usado en dosis mucho más bajas que las de otros anestésicos locales.

2°—La fijación de la solución concentrada de clorhidrato de Nupercaína o de otro anestésico en el cono terminal puede causar lesiones nerviosas irreversibles. En consideración a esto el paciente no debe ser dejado en posición sentada más de un minuto después de la introducción del agente anestésico en el conducto raquídeo.

3°—Lo mismo que con cualquier otro anestésico raquídeo, el anestesista debe permanecer en constante alerta. Debe disponer de efedrina y oxígeno para combatir eficazmente un brusco descenso de la presión sanguínea que pudiera presentarse. De la misma manera, debe tenerse a mano un barbiturato de rápida acción para poder combatir inmediatamente todo signo de toxicidad que se manifiesta por excitación.

4°—Los pacientes con antecedentes conocidos de sensibilidad medicamentosa, deben ser sometidos a un test cutáneo antes de usar cualquier anestésico local.

CASO N° 1

G. O. V. De veinte años de edad, de oficios domésticos, soltera. Nulípara. Admitida al Servicio de Maternidad el 3 de mayo de 1954 a las 8 p.m.

Motivo de ingreso: En trabajo de parto.

Antecedentes Hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes Personales: a) Fisiológicos: Lactada con leche materna.

Menarquia: Puesta a los 16 años, carácter: regular, escasa e indolora; duración 4 días, ciclo 4/30.

b) Patológicos: En su infancia: padeció sarampión y tosferina; en su edad adulta: sana.

Último período menstrual el 25-VII-53, penúltimo período menstrual el 26-VI-53.

Movimientos estimados: A los cuatro meses.

Accidentes y complicaciones durante el embarazo: solamente anorexia.

EXAMEN GENERAL: Talla: regular, cabeza: normal, columna vertebral: normal, corazón: normal, pulmones: normales, miembros superiores: normales, miembros inferiores: con várices.

EXAMEN OBSTÉTRICO: Pechos: normales, abdomen: globuloso, vulva: normal, periné: normal, útero: ocupado. **Fecha de espera 4-V-54.**

PELVIMETRIA: I-E 24 cm. I-C 27 cm. I-T 31 cm. Conj-Exte. 17 cm. Arco-P 60°. Bi-Es (Ciático) 8 cm. Bi-Isq 10 cm. C-D 12 cm. C-V 10 cm. Sag-P 9 cm.

Tipo de pelvis: Ginecoide.

COMPLICACIONES: Ninguna.

RECOMENDACIONES: Episiotomía y fórceps de salida.

REGISTRO DEL TRABAJO

Admitida: 3-V-54 a las 8 p.m.

Primígesta.

SÍNTOMAS: Pérdida acuosa por la vulva; dolores débiles e irregulares que empezaron a las 4 p.m.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Ninguna.

EXAMEN ABDOMINAL: Fondo uterino: 32 cm. Gestación: 40 semanas.

Presentación: Vértice. Posición: O-I-D-A. Variedad: D-A. Ene].: Si.

Peso estimado del feto: 7 lbs.

PROGNOSIS Y TRATAMIENTO: Expectación armada.

PARTO:

Período de Dilatación. Principia el día 4-V-54 a las 4 p.m.

Entrada al cuarto de trabajo el 4-V-54 a las 8 p.m.

Dilatación completa: a la 1:10 a. m. Estación + 3. Duración del P. D. 9:10'hs.

Medicación Especial: **Demerol 100 mg. Escopolamina 0.3 mg.**

La paciente a los diez minutos se tranquiliza, duerme en el intervalo de las contracciones, la cara adquiere un aspecto congestivo. Las contracciones disminuyen moderadamente tanto en intensidad, como en duración y frecuencia; latidos fetales, pulso y presión arterial tienen variaciones ligeras pero siempre en el límite de lo normal.

La progresión del trabajo no se altera.
 Ruptura de las membranas el 5-V-54 a las 3 p. m.
 Ruptura artificial con dilatación completa.
 Líquido amniótico claro.

Período de Expulsión: Empezó a la 1:10 a. m. Terminó a las 3:50 a. m. (5-V-54). Duración: 2 horas 40 minutos.

Medicación Especial: **Etileno y Oxígeno.**

Paciente fue preparada, vestida y cateterizada (Rutura artificial de las membranas).

Examen vaginal reveló cervix completamente dilatado, presentación cefálica, posición D-O-T. estación + 4.

Fue practicada una episiotomía medio-lateral izquierda.

Rotación manual de D-O-T a O-P (O-A)

Acto continuo fue aplicado fórceps de salida con poca fuerza.

Una vez extraída la cabeza fetal y liberado el hombro anterior se le administró 1 cc. de Ergotrate por vía intravenosa.

Período de Alumbramiento: Empezó a las 3:50 a. m. y terminó a las 3:55 a. m.

Placenta: Extracción manual; completa e intacta presentándose por su cara fetal: cantidad de sangre perdida durante el alumbramiento 200 gr. Altura del útero después del alumbramiento 13 cm.

Consistencia: Firme, se formó el globo de seguridad inmediatamente después de expulsada la placenta.

SECUNDINAS: Completas sin ninguna particularidad.

Duración total del trabajo: 11 horas 55 minutos.

INFANTE: Sexo: masculino. Madurez: 40 semanas. Nació en buenas condiciones, lloró y respiró espontáneamente a los 20 segundos. Peso del niño al nacer 6 lbs. 8 onzas.

CONDICIONES DE LA MADRE Y DEL NIÑO AL DEJAR LA SALA DE PARTOS:

Ambos en buenas condiciones.

PUERPERIO: Apirético y con involución uterina normal.

Presentó esta paciente los cuatro primeros días retención urinaria por lo que, se le sondeó y se le administró Estricnina, al quinto día la paciente verifica sus micciones normalmente.

SALIDA: El 24-V-54. Ambos en buenas condiciones.

PROGRESIÓN DEL TRABAJO

Fecha	Tiempo	Tacto	Bolsa	A. Esta-rico	Cuello,	Presentación,	Posición,	Rot.
54	4 p. m.	R	Int. — 2	Cx: Borrado,	2 cm. dilatación;	cefálica.		
	7 "	R	" "	0 "	" "	5-6		
	9 "	R	" "	0 "	" "	7-8		
	11 "	R	" "	+ 1 "	" "	8-9		
5-V-54	1 a. m.	R	" "	-j- 3 "	" "	completamente dilatado.		

NOTAS SOBRE EL PROGRESO DEL TRABAJO

Tiempo	L. c. F.	Pulso:	P. Arteria!	Intervalo,	Duración de las conts. Trat.
4:30 p.m.	130	70	120/70	Cada 7'x30"	débiles.
5:30	"	"	"	"	5x30"
6:30	"	"	"	"	5'x30" fuertes.
7:30	"	"	"	"	5x40"
				DÉMÉROL 50 mg. ESCOPOL AMINA 0.3 mg i-m.	
8:30	128	"	110/60	Cada 5'x30"	moderadas, Pt. dormida fuera de las contracciones.
9:30	144	"	130/70	Cada 4'x30"	moderadas,
10:30	"	"	"	"	"
11:30	136	92	"	"	" fuertes.
				DÉMÉROL 50 mg. ESCOPOL AMINA 0.3 mg. j-m.	
12:30	144	76	"	Paciente dormida. Cada 3'x40" moderada.	
1:30 a. ni.	136	80	120/60		
2:30	"	"	"	"	2'x40."
3:30	"	"	"	"	2'x50" fuertes.

«ÉTILENO Y OXIGENO»

RESUMEN:

Paciente de veinte años de edad, primígesta.

Ingresa al Servicio de Maternidad el día 3-V-54 a las 8 p. m.

Motivo de Ingreso: En trabajo de parto.

Se examina la paciente a las 4 p. m. del día 4-V-54.

Examen Físico: Normal.

Examen Obstétrico: Ultimo período menstrual el 25-VII-53.

Abdomen globuloso, útero ocupado, diámetros normales, pelvis tipo ginecoide. Al practicar el tacto rectal a las 7 p. m. encontramos el cuello borrado, con una dilatación de 5-6 cm.; presentación: vértice, posición: O-I-D-A, variedad D-A estación: O., latidos cardíacos fetales: 130 por minuto, contracciones uterinas fuertes con un intervalo de 5 minutos y una duración de 30 segundos. Presión Arterial 120/70. Pulso 70 por minuto.

A las 7:30 p. m. las contracciones son fuertes y se suceden cada 5 minutos con una duración de 40 segundos, por lo que la paciente se encuentra quejumbrosa; en este momento le suministramos 50 mg. de Demerol y 0.3 mg. de Escopolamina.

A los quince minutos la paciente duerme en el intervalo de las contracciones, se tranquiliza, cae en un estado de letargo, la cara adquiere un color rosado debido a la acción de la Escopolamina. Las contracciones tanto en su intensidad, frecuencia y duración casi no varían.

El estado del feto sigue normal.

La dilatación progresa como se puede ver en el cuadro de la progresión del trabajo más o menos un centímetro por hora.

A las 11:30 p. m. las contracciones vuelven a ser fuertes, la paciente ya no se encuentra bajo la acción del Demerol y de la Escopolamina, motivo por el cual repetimos la misma dosis, las contracciones se hacen moderadas. A la 1 a. m. de día 5-V-54, la dilatación es

completa, una hora más tarde la paciente se encuentra nuevamente excitada, decidimos darle durante cada contracción Etieno y oxígeno con buenos resultados, mantenemos en estas condiciones a la paciente hasta la conclusión total del parto.

La paciente fue preparada, vestida y cateterizada. Se rompieron artificialmente las membranas.

El examen vaginal reveló: cervix completamente dilatado, presentación cefálica, posición D. O. T. se hace una rotación manual, y se convierte en O-P. estación + 4.

Se le hace una episiotomía medio-lateral izquierda, completamente indolora. Seguidamente hacemos una aplicación de fórceps de salida con poca fuerza. El niño nació en buenas condiciones, el que lloró y respiró espontáneamente al minuto.

Extracción manual de placenta, completa e intacta, pérdida sanguínea 200 gr. Acto seguido practicamos el examen vaginal el cual nos reveló: cervix intacto lo mismo que el canal del parió.

Episiotomía fue reparada con catgut N° 00 crómico, sutura continua para planos musculares y fascia, lo mismo que la mucosa vaginal. Sutura subcuticular para la piel con catgut crómico N° 00.

La episiotomía se abrió y curó por segunda intención debido a que usamos catgut no de muy buena calidad, lo que nos obligó a emplear seda en las próximas reparaciones.

Durante todo este tiempo el estado de la paciente fue excelente, el pulso y la presión arterial no sufrieron modificaciones apreciables.

Puerperio: Apirético y con involución uterina normal. Durante los cuatro primeros días presentó ligera retención urinaria.

Tanto la madre como el niño salen del Servicio el 28-V-54 en buenas condiciones.

CASO N° 2

O. P. J. De veintiocho años de edad, de oficios domésticos, soltera. Nulípara. Admitida al Servicio de Maternidad el 10-V-54 a las 10:40 p. m.

Motivo de ingreso: En trabajo de parto.

Antecedentes Hereditarios: Padres viven y son sanos.

Antecedentes Personales: a) Fisiológicos, fue lactada con leche materna. Menarquia: Puesta a los 16 años; carácter: regular, abundante y dolorosa; duración 4 días, ciclo 4/30.

b) Patológicos: En su infancia: Parotiditis, Sarampión, Tosferina y Viruela, en su edad adulta: sana.

Ultimo Período menstrual el 5-VIII-53, penúltimo período menstrual el 4-VII-53.

Movimientos estimados: a los cuatro meses.

Accidentes y complicaciones durante el embarazo: vómitos, mareos y calambres.

EXAMEN GENERAL: Talla: regular, cabeza: normal, columna vertebral: normal, corazón normal, pulmones: normales, miembros: normales.

EXAMEN OBSTÉTRICO: Pechos: normales, abdomen: globuloso, vulva: normal, periné: normal, útero, ocupado. **Fecha de espera 10-V-54.**

PELVZMETRIA: I-E 24 cm. I-C 28 cm. I-T 32 cm. Conj-Ext. 20 cm. Arco-Pub. 70° Bi-Es (Ciático) 9 cm. Bi-Isq. 9 cm. C-D 12 cm. C-V 10 cm. Sag-P 9 cm. Tipo de pelvis: Ginecoide.

COMPLICACIONES: Ninguna.

RECOMENDACIONES: Episiotomía y fórceps de salida.

REGISTRO DEL TRABAJO

Admitida: 10-V-54 a las 10:40 p.m.

Primigesta.

SÍNTOMAS: Dolores débiles e irregulares que empezaron a las 2 a. m. (10-V-54).

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Ninguna.

EXAMEN ABDOIVÜNAL: Fondo Uterino: 32 cm. Gestación: 40 semanas.

Presentación: Vértice. Posición; O-I-D-A. Variedad: D-A. Encj.: Si.

Peso estimado del feto: 7 lbs.

PROGNOSIS Y TRATAMIENTO: Expectación armada.

PARTO:

Período de dilatación. Principia el día 10-V-54 a las 2 a. m.

Entrada al cuarto de trabajo el 10-V-54 a las 3 p. m.

Dilatación completa: a las 3:35 p. m. Estación + 1. Duración del P. D. 13:35 horas.

Medicación Especial: **Demerol 50 mg. Escopolamina 0.3 mg.**

La enferma se encuentra tranquila y aletargada minutos después de la inyección, el parto sigue evolucionando normalmente, latidos fetales 140. Ruptura de las membranas el 10-V-54 a las 5:30 p. m. espontánea con dilatación completa.

Líquido amniótico claro.

Penoso de Expulsión: Empezó a las 3:35 p. m. Terminó a las 5:52 p. m. (10-V-54) Duración: 2.17' horas.

Medicación Especial: **Nupercaina pesada (Dexfrosada) 2.5 mg. (Anestesia en «silla de montar»).**

Paciente fue preparada, vestida y cateterizada.

Examen vaginal reveló: cervix completamente dilatado, presentación cefálica, Posición O-P (O-A), estación + 4.

Fue practicada una episiotomía medio-lateral izquierda.

Acto continuo fue aplicado fórceps de salida con poca fuerza.

Una vez extraída la cabeza fetal y liberado el hombro anterior se le administró 1 c.c. de Ergotrate por vía intravenosa.

Período de Alumbramiento: Empezó a las 5:52 p. m. y terminó a las 5:57 p. m. Altura del útero sobre el pubis inmediatamente después de la salida del feto 19 cm.

Placenta extraída por simple expresión, presentándose por su cara fetal. Cantidad de sangre perdida durante el alumbramiento 100 gr. Altura del útero después del alumbramiento 17 era.

Consistencia: Firme, se formó el globo de seguridad inmediatamente después de expulsada la placenta.

SECUNDINAS: Completas sin ninguna particularidad.

La episiotomía fue reparada con catgut crómico N° 00 empleamos sutura por puntos separados y por planos, la piel por puntos separados con hilo N° 40.

Duración total del trabajo: 15 horas 22 minutos.

INFANTE: Sexo; masculino, madurez: 40 semanas. Nació en buenas condiciones, lloró y respiró espontáneamente a los 40 segundos.

Peso del niño al nacer 6 lbs.

CONDICIONES DE LA MADRE Y DEL NIÑO AL DEJAR LA SALA DE PARTOS:

Ambos en buenas condiciones.

Puerperio: Apirético y con involución uterina normal, los puntos de hilo de la episiotomía fueron retirados a los cinco días encontrándose aquella en perfecta condición.

SALIDA: El 18 de mayo de 1954. Ambos en buenas condiciones.

PBOGBESSON DEL TRABAJO

Fecha	Tiempo	Tacto	Bolsa	A. Esta- ción	Cuello, Presentación, Posición, Rot.
10-V-54	11 a. m.	R	Int.	0	Cx: borrado, 4 cm. dilatación.
	1 p. m.	R	"	0	" 5-6
	2 "	R	"	0	" 7-8
"	3:35	R	"	+ 1	" Completamente dilatado Cefálica; O-I-D-A

NOTAS SOBHE EL PHOGBESO DEL TRABAJO

Tiempo	L. c. F.	Pulso:	F. Arterial	Intervalo, Duración de las conts, Trat.
11 a. m.	130	72	130/70	Cada 5'x50" fuertes. DKMEROL 50 mg.
12 m.	"	80	"	ESCOPOLAMINA 0.3 mg. Cada 5'x50" moderadas, Pt. se encuentra dormida en los intervalos de las contracciones.
1 p.m.	140	70	"	Cada 3'x40" moderados.
2 "	"	76	"	" 3'x50" fuertes.
3 "	"	SO	140/70	" 2'x 1"
3:35 "	"	"	"	" «Nupercaina pesada 1 ce. (2.5 mg-.) (Anestesia en «silla de montar»).

RESUMEN:

Paciente de veintiocho años de edad, de oficios domésticos, soltera. Primígesta.

Ingresa al Servicio de Maternidad el día 10-V-54 a las 10:40 a. m. Motivo del ingreso: En trabajo de parto.

Se examina la paciente a las 11 a. m. del día 10-V-54.

Examen Físico: Normal.

Examen Obstétrico: Ultimo período menstrual el 5-VIII-53.

Abdomen: globuloso, útero: ocupado, diámetros: normales, pelvis: tipo ginecoide. El examen rectal nos reveló cuello borrado, con una dilatación de 4 cm. presentación vértice, posición O-I-D-A, variedad D-A, estación O., latidos cardíacos fetales 130 por minuto, contracciones uterinas fuertes con un intervalo de cinco minutos y una duración de cincuenta segundos, presión arterial 130/70, pulso 80 por minuto.

A esta hora se le administró 50 mg. de Demerol y 0.3 mg. de Escopolamina, minutos después la paciente se tranquiliza y cae en un estado de somnolencia, la cara adquiere aspecto rosado.

Las contracciones disminuyeron moderadamente tanto en intensidad, pero no en duración y frecuencia; latidos fetales, pulso y presión arterial tuvieron variaciones ligeras pero siempre en el límite de lo normal.

La progresión del trabajo no se alteró.

El estado del feto siguió siendo normal.

La dilatación se completa a las 3:35 p. m.

La bolsa de las aguas se rompe espontáneamente a las 5:30 p. m, derramando un líquido amniótico claro.

En este momento le practicamos la anestesia en «silla de montar» con Nupercaina pesada 1 ce. (Dextrosada).

La enferma no vuelve a sentir contracciones, pero el parto sigue progresando de manera normal.

La paciente fue preparada, vestida y cateterizada.

El examen vaginal reveló: cervix completamente dilatado, presentación cefálica, posición O-P (O-A), estación + 4.

Se le hace una episiotomía medio-lateral izquierda, completamente indolora.

Seguidamente hacemos una aplicación de fórceps de salida con poca fuerza.

Una vez liberado el hombro anterior administramos intravenosamente un c.c. de Ergotrate.

El niño no presentó ningún signo de sufrimiento; al nacer lloró y respiró espontáneamente.

Placenta extraída por simple expresión, presentándose por su cara fetal. Pérdida sanguínea durante el alumbramiento 100 gr.

Acto seguido practicamos el examen vaginal el cual nos reveló: cervix intacto lo mismo que el canal del parto.

La episiotomía fue reparada plano por plano con catgut N° 00 puntos separados planos profundos y mucosa vaginal, la piel con hilo N° 40 por punto separado.

Durante todo este tiempo el estado de la paciente fue excelente, el pulso y la presión arterial no sufrieron modificaciones apreciables.

Puerperio: Apirético y con involución uterina normal. Los puntos de la piel fueron removidos a los cinco días, encontrándose la herida en perfectas condiciones de cicatrización.

Tanto la madre como el niño salen el 18 de mayo de 1954 en buenas condiciones.

CASO N° 3

A. M. E. De diecinueve años de edad, soltera de oficios domésticos. Nulípara. Admitida al Servicio de Maternidad el 8-V-54 a las 8 a. m.

Motivo de ingreso: En trabajo de parto.

Antecedentes Hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes Personales: a) Fisiológicos: Lactada con leche materna. Menarquia: Puesta a los 14 años, carácter: regular, escasa e indolora; duración 3 días, ciclo 3/30.

b) Patológicos: En su infancia: padeció sarampión, viruela, paludismo; en su edad adulta: sana.

Último período menstrual el 1-VIII-53, penúltimo período menstrual el 2-VII-53.

Movimientos estimados a los cinco meses.

Accidentes y complicaciones durante el embarazo: Náuseas, anorexia y mareos-

EXAMEN GENERAL: Talla: regular, cabeza: normal, columna vertebral: normal, corazón: normal, pulmones: normales, miembros: normales.

EXAMEN OBSTÉTRICO: Pechos: normales, abdomen: globuloso, vulva: normal, periné: normal, útero: ocupado: **Fecha de espera el 8-V-54.**

PELVIMETRIA: I-E 23 cm. I-C 26 cm. I-T 29 cm. Conj-Ext. 18 cm. Arco-P 70° Bi-Es. (Ciático) 8 cm. Bi-Isq. 8 cm. C-D 13 cm. C-V 11 cm. Sag-P 8 cm. Tipo de pelvis: Ginecoide.

COMPLICACIONES: Ninguna.

RECOMENDACIONES: Episiotomía, fórceps de salida.

Admitida: 8-V-54 a las 8 a. m.

Primigesta.

SÍNTOMAS: Pérdida acuosa por la vulva; dolores débiles e irregulares que empezaron a las 2 a. m.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Ninguna.

EXAMEN ABDOMINAL: Fondo uterino: 32 cm. Gestación: 40 semanas.

Presentación: Vértice. Posición: O-I-D-A. Variedad: D-A. Encj.: Si.

Peso estimado del feto: 6½- lbs.

PROGNOSIS Y TRATAMIENTO: Expectación armada.

PARTO:

Período de Dilatación: Principia el día 8-V-54 a las 2 a. m.

Entrada al cuarto de trabajo el 8-V-54 a las 4 p. m.

Dilatación completa: a las 4 p. m. Estación + 1. Duración del P, D. 14 horas.

Medicación Especial: **Demerol 50 mg. Escopolamina 0.3 mg.**

La paciente después de la inyección se encuentra tranquila y duerme en los intervalos de las contracciones, estado del feto ñor-

mal. La progresión del trabajo no se altera.

Ruptura de las membranas el 8-V-54 a las 8 p. m. espontánea con dilatación completa.

Líquido amniótico claro.

Período de **Expulsión**: Empezó a las 4 p. m. Terminó a las 8 p. m. Duración: 4 horas.

Medicación Especial: **Nupercaína pesada (Dexitrosada) 2,5 mg. A. en «silla de montar».**

Paciente fue preparada, vestida y cateterizada.

Examen vaginal reveló: cervix completamente dilatado, presentación cefálica. Posición: O-P (O-A). Estación + 4.

Fue practicada una episiotomía medio-lateral izquierda.

Acto continuo fue aplicado fórceps de salida con poca fuerza.

Una vez extraída la cabeza fetal y liberado el hombro anterior se le administró 1 cc. de Ergotrate por vía intravenosa.

Período de Alumbramiento: Empezó a las 8 p. m. y terminó a las 8:10 p. m. Placenta: Extraída por simple expresión, presentándose por su cara fetal. Cantidad de sangre perdida durante el período de alumbramiento 100 gr. Altura del útero después del alumbramiento 15 cm. Consistencia: Firme, se formó el globo de seguridad inmediatamente después de expulsada la placenta.

SECUNDINAS: Completas sin ninguna particularidad.

La episiotomía fue reparada con catgut N° 00 empleando sutura por puntos separados para planos profundos y mucosa vaginal; para la piel puntos separados con hilo N° 40.

Duración total del trabajo: 18 horas 10 minutos.

INFANTE: Sexo: masculino, madurez: 40 semanas. Nació en buenas condiciones, lloró y respiró espontáneamente a los 30 segundos.

Peso del niño al nacer 6 lbs.

CONDICIONES DE LA MADRE Y DEL NIÑO AL DEJAR LA SALA DE PARTOS

Ambos en buenas condiciones.

Puerperio: Apirético y con involución uterina normal, los puntos de hilo de la episiotomía fueron retirados a los cinco días encontrándose la herida en perfectas condiciones de cicatrización.

El 20-V-54. Ambos en buenas condiciones.

PROGRESIÓN DEL TRABAJO

Fecha	Tiempo	Tacto	Boba	A. Esta- ción	Cuello,	Presentación,	Posición, Rot.
8-V-54	11 a. m.	R	Int.	0	Cx:	Borrado, 4 cm. dilatación	
	2 p.m.	R	„	0	„	6-7	
	4 „	R	„	+ 2		Completamente dilatado, Cefálica. O-I-D-A.	

NOTAS SOBRE EL PROGRESO DEL TRABAJO

Tiempo	L. c. F.	Pulso:	P. Arterial	Intervalo,	Duración de las conts, Trat.
11 a. m.	140	90	120/60	Cada 6'x30"	fuertes. DEMEROL 50 mg. ESCOPOLAMINA 0.3 mg.
12 m.	130	80	110/60	Cada 5'x30"	moderadas.
1 p.m.	120	80	120/60	" "	" "
2	"	"	"	"	"
3	"	72	"	5'x40"	fuertes.
4	"	"	130/70	"	"
5	136	80	"	5'x50"	"
6	140	-	"	4'x50"	"
7	142	90	"	3'x 1'	"
8	146	90	"	2'x 1'	"

Nupercaína pesada 1 ce. (2.5 mg;.)
(A. «silla de montar»).

BESUMEN:

Paciente de diecinueve años de edad, soltera de oficios domésticos. Primígesta.

Ingresa al Servicio de Maternidad el día 8-V-54 a las 8 a. m.

Motivo del ingreso: En trabajo de parto.

Se examina la paciente a las 11 a. m. del día 8-V-54.

Examen Físico: Normal.

Examen Obstétrico: Último período menstrual al 1-V-53. Abdomen: globuloso, útero: ocupado, diámetros: normales, pelvis tipo ginecoide. El examen rectal nos reveló: cuello borrado, con una dilatación de 4 cm. Presentación: vértice, posición: O-I-D-A, variedad: D-A, estación: O. latidos cardíacos fetales: 140 por minuto, contracciones uterinas fuertes con un intervalo de seis minutos y una duración de treinta segundos, presión arterial: 120/60, pulso: 90 por minuto.

A las 11 a. m. la paciente se encuentra excitada, con mucho dolor y quejumbrosa, le administramos 50 mg. de Demerol y 0.3 de Escopolamina por vía intramuscular minutos después la paciente se encuentra aletargada, la cara adquiere un aspecto congestivo.

Las contracciones no se alteran; latidos fetales, pulso y presión arterial tienen variaciones ligeras pero siempre en el límite de lo normal. La dilatación se completa a las 4 p. m.

La bolsa de las aguas se rompe espontáneamente a las 8 p. m. derramando un líquido amniótico claro.

En este momento le practicamos la anestesia en «silla de montar» con Nupercaína 2.5 mg. (Dextrosada).

La paciente no percibe las contracciones desde el momento del bloqueo, pero el parto sigue progresando de manera normal.

La paciente fue preparada vestida y cateterizada.

El examen vaginal reveló: cervix completamente dilatado, presentación cefálica, posición O-P, estación + 4.

Se le hace una episiotomía medio-lateral izquierda, completamente indolora. Seguidamente hacemos una, aplicación de fórceps de salida con poca fuerza. El niño no presenta ningún signo de sufrimiento; a los 30 segundos respiró y lloró espontáneamente.

Placenta extraída por simple expresión, presentándose por su cara letal, pérdida sanguínea en el período del alumbramiento 100 gr. Acto seguido practicamos el examen vaginal el cual nos reveló: cervix intacto lo mismo que el canal del parto.

La episiotomía fue reparada plano por plano con catgut crómico N° 00 (planos profundos y mucosa vaginal) sutura continua, la piel por puntos separados con hilo N° 40.

Durante todo este tiempo el estado de la paciente fue excelente.

Puerperio: Apirético y con involución uterina normal. Los puntos de la piel fueron removidos a los cinco días, encontrándose la herida en perfectas condiciones.

Tanto la madre como el niño salen el 20 de mayo de 1954 en buenas condiciones.

CASO N° 4

G. D. C. De diecinueve años de edad, soltera de oficios domésticos. Nulípara. Admitida al Servicio de Maternidad el 12-V-54 a las 12:30 p. m.

Motivo de ingreso: En trabajo de parto.

Antecedentes Hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes Personales: a) Fisiológicos: Lactada con leche materna, Menarquía: Puesta a los 14 años, carácter: regular, escasa e indolora; duración 3 días, ciclo 3/30.

b) Patológicos: En su infancia: Parotiditis, Viruela y Sarampión; en su edad adulta: sana.

Último período menstrual el 6-VIII-53; penúltimo período menstrual el 5-VII-53.

Movimientos estimados a los cuatro meses.

Accidentes y complicaciones durante el embarazo: Náuseas, mareos, vómitos. Cefalalgias, Sialorea y Pirosis.

EXAMEN GENERAL: Talla: regular, cabeza: normal, columna vertebral: normal, corazón: normal, pulmones: normales, miembros: normales.

EXAMEN OBSTÉTRICO: Pechos: normales, abdomen: globuloso, vulva: pequeña, periné; corto, útero: ocupado. **Fecha de espera el 13-V-54.**

PELVIMETRIA: I-E 23 cm. I-C 27 cm. I-T 30 cm. Conj-Ext 17 cm. Arco-P 60° Bi-Es (Ciático) 8 cm. Bi-Esq 8 cm. C-D 11 cm. C-V 9½ cm. Sag-P 8 cm. Tipo de pelvis: Ginecoide.

COMPLICACIONES: Distocia partes blandas.

RECOMENDACIONES: Episiotomía y Fórceps de salida.

REGISTRO DEL TRABAJO

Admitida: 12-V-54 a las 12:30 p. m.

Primígesta.

SÍNTOMAS: Pérdida acuosa por la vulva; dolores débiles e irregulares que empezaron a las 6 a. m.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Distocia partes blandas.

EXAMEN ABDOMINAL: Fondo uterino: 32 cm. Gestación: 40 semanas.

Presentación: Vértice. Posición: O-I-I-A. Variedad: I-A. Encj.; Si.
Peso estimado del feto: 7 lbs.

PROGNOSIS Y TRATAMIENTO: Expectación armada.

PARTO:

Período de Dilatación. Principia el día 12-V-54 a las 6 a. m.

Entrada al cuarto de trabajo el 12-V-54 a las 5 p. m.

Dilatación completa a las 9 p. m. (12-V-54).

Estación + 1. Duración del período de dilatación 15 horas.

Medicación Especial: **Demerol 50 mg. Escopolamina 0.3 mg. intramuscular.** A los 10 minutos después de la inyección la enferma se tranquiliza cae en un estado de somnolencia, la cara adquiere un aspecto congestivo. Las contracciones disminuyen moderadamente tanto en intensidad, como en duración y frecuencia; latidos fetales, pulso y presión arterial tienen variaciones ligeras pero siempre en el límite de lo normal.

La progresión del trabajo no se altera.

Ruptura de las membranas el 12-V-54 a las 12 p. m., espontánea con dilatación completa.

Líquido amniótico claro.

Período de Expulsión: Empezó a las 9 p. m. Terminó a las 2 a. m. (13-V-54). Duración 5 horas.

Medicación Especial: **Nupercaína pesada (Dextrosada) 2.5 mg. Anestesia en «silla de montar».**

Paciente fue preparada, vestida y cateterizada.

Examen vaginal reveló: cervix completamente dilatado, presentación cefálica, posición O-I-P. estación + 2. Espinas ciáticas sumamente pronunciadas. En vista del sufrimiento fetal se hace episiotomía mediana.

Se trata de hacer rotación manual para convertir la posición pero fallamos, luego tratamos de emplear maniobra de Scanzoni, pero fallamos nuevamente y no nos queda otro recurso que hacer la aplicación de Fórceps en mento-pubica.

La aplicación fue de Fórceps bajo una vez extraída la cabeza fetal y liberado el hombro anterior se le administró 1 cc. de Ergotrate por vía intramuscular.

Nace un infante de sexo masculino con bolsa sero-sanguínea muy pronunciada, en estado asfíctico, el cual lloró y respiró dentro de cinco minutos, necesitó de cateterización traqueal.

Período de Alumbramiento: Empezó a las 2 a. m. y terminó a las 2.5 a. m. Placenta fue expulsada por simple expresión, completa e intacta.

Cantidad de sangre perdida durante el alumbramiento 200 gr.

Consistencia: Firme, se formó el globo de seguridad inmediatamente después de expulsada la placenta.

Examen vaginal reveló: extensión de la episiotomía hasta el recto. Se sutura plano rectal invirtiendo la mucosa, y luego dos planos más infundibulizando al anterior; la mucosa vaginal se sutura con puntos separados, con catgut N° 00, la piel puntos separados con hilo.

Duración total trabajo: 20 horas 5 minutos.

INFANTE: Sexo: masculino; madurez: 4Q semanas. Niño nace asfíctico, el que requiere cateterización traqueal, extrayéndose mucosidades y líquido amniótico.

Peso del niño al nacer 6 lbs.

CONDICIONES DE LA MADRE Y DEL NIÑO AL DEJAR LA SALA DE PASTOS:

Ambos en buenas condiciones.

PUERPERIO: Apirético; involución uterina normal.

Cicatrización de la episiotomía, mala, se formó una fístula recto-vaginal como del tamaño de un centavo de lempira.

SALIDA: El 20 de mayo de 1954. Niño en buenas condiciones, pero la madre sale con la fístula; rehusó tratamiento.

PROGRESO DEL TRABAJO

Fecha	Tiempo	Tacto	Bolsa	A. lista- ción	Cuello,	Presentación, Posición, Rot.
12-V-54	2 p. m.	R	Int.	— 1	Cx: 50% borrado,	3-4 dilatado.
5 "	"	R	"	0	" 100%	" 6-
"	7 "	R	"	0	"	" 7-8
"	9 "	R	..	+ 1	"	Completamente dilatado.
"	12 "	R	..	+ 2	"	Presentación cefálica, Posición O-I-P.

NOTAS SOBRE EL PROGRESO DEL TRABAJO

Tiempo	L. C. F.	Pulso:	P. Arterial	Intervalo,	Duración de las conts, Trat.
2 p. m.	140	80	125/60	Cada 20x20"	Suaves.
3 "	144	"	"	" "	"
4 "	140	"	"	" "	"
5 ..	13S	84	120/60	" 15'x20"	"
6 "	140	"	"	"	DÉMEROL Y ESCOPGLAMINA.
7 "	130	70	110/60	" 20'x20"	"
8 "	136	"	"	Pt. dormida	durante los intervalos de las contracciones. Cada 20'x20" suaves.
9 "	140	"	"	"	suaves.
10 "	144	80	120/60	" 10'x20"	"
11 "	140	"	"	"	fuertes.
12 "	• 144	"	"	"	DÉMEROL Y ESCOPOLAMINA. Cada 5'x30" moderadas, Pt. dormida en el intervalo de las conts.
13-V-54					
1 a. m.	140	"	"	Cada 2'x50"	fuertes. Nupercaina pesada A. Silla de Montar ■

RESUMEN:

Paciente de diecinueve años de edad, primígesta.

Ingresa al Servicio de Maternidad el día 12-V-54 a las 12:30 p. m.

Motivo de Ingreso: En trabajo de parto. Sé examina la paciente a las 2 p. m. del día 12-V-54. Examen Físico: Normal. Examen

Obstétrico: Último período menstrual el 6-VIII-53.

Abdomen: globuloso, útero: ocupado, diámetros normales, pelvis tipo ginecoide. Al practicar el tacto rectal encontramos el cuello con el 50% borrado, y una dilatación de 3 a 4 centímetros; presentación vértice, posición O-I-I-A., variedad I-A, estación — 1, latidos cardíacos fetales: 140 por minuto, contracciones uterinas: suaves con un intervalo de 20 minutos y una duración de 20 segundos, presión arterial 125/60, pulso 80 por minuto.

A las 5 p. m. la paciente se encuentra excitada y quejumbrosa, le suministramos por vía intramuscular una inyección de Demerol 50 mg. y Escopolamina 0.3 mg. A los diez minutos la enferma se tranquiliza, cae en un estado de somnolencia, la cara adquiere un aspecto congestivo las contracciones tanto en intensidad, frecuencia y duración casi no varían.

Repetimos la misma dosis de Demerol y Escopolamina a las 11. p. m. es decir 6 horas más tarde.

La dilatación progresa más o menos un centímetro por hora, siendo completa a las 9 p. m.

A las 12 p. m. se rompe la bolsa de las aguas espontáneamente, derramando un líquido amniótico claro.

Al practicar nuevamente el tacto rectal encontramos la cabeza en estación + 2, posición O-í-P.

En estas condiciones le fue practicada una anestesia en «silla de montar» con Nupercaina pesada 2,5 mg.

La paciente fue preparada, vestida y cateterizada, el examen vaginal reveló: cervix completamente dilatado, presentación: cefálica, posición: O-í-P, estación: + 2, espaldas ciáticas sumamente pronunciadas, expulsión de líquido amniótico teñido con meconio; se aconseja parto rápido en vista de sufrimiento fetal.

Fue practicada una episiotomía media, acto seguido tratamos de hacer rotación manual para convertir la posición, pero fallamos, luego tratamos de emplear maniobra de Scanzoni, pero fallamos nuevamente y no nos queda otro recurso que hacer la aplicación de Fórceps en mento-púbica.

Nace un infante de sexo masculino con bolsa sero-sanguínea

muy pronunciada, en estado asfictico, el cual lloró y respiró dentro de cinco minutos, necesitó de cateterización traquial.

Placenta fue expulsada por simple expresión, completa e intacta, pérdida sanguínea 200 gr.

Acto seguido practicamos el examen vaginal el cual nos reveló; que la episiotomía se prolongó hasta el recto. Se suturó plano rectal invirtiendo la mucosa, y luego dos planos más infundibulizando ni anterior; la mucosa vaginal se suturó con puntos separados, con catgut N° 00, la piel puntos separados con hilo.

Durante todo este tiempo el estado de la paciente fue excelente, el pulso y la presión arterial no sufrieron modificaciones apreciables.

Puerperio: Involución uterina normal. La cicatrización de la episiotomía fue mala, motivo por el cual se formó una fistula recio vaginal como del tamaño de un centavo de lempira.

Salen el 20 de mayo de 1954. El niño en buenas condiciones, pero la madre por motivo que rehusó tratamiento sale con la fistula.