

11217  
6

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES**  
**-ISSSTE-**  
**ESTUDIO ESTADISTICO DE LA OPERACION CESAREA**

**ESTUDIO RETROSPECTIVO EN EL HOSPITAL  
GENERAL 1o. DE OCTUBRE I.S.S.S.T.E. DE  
NOVIEMBRE DE 1975 A DICIEMBRE DE 1977**

**T E S I S**  
**PARA OBTENER EL GRADO DE**  
**ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA**  
**P R E S E N T A**

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

**DR. CARLOS ALONSO VILLAGOMEZ**

**MEXICO, D. F.**

2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PROF. TITULAR :	DR. ELIAS SHAPIRO ACKERMAN
PROF. ADJUNTO :	DR. SERGIO VILLALOBOS V.
JEFE DE ENSEÑANZA :	DR. RAFAEL MARQUEZ A.
ASESOR DE TESIS :	DR. SERGIO VILLALOBOS V.

Al señor DR. ELIAS SHAPIRO ACKERMAN

hombre de lucha y superación constante.

A mi madre con profundo respeto, cariño  
y admiración:

PETRA VILLAGOMEZ DE ALONSO

A mi padre forjador de mis  
ideales:

ANTONIO ALONSO MEJIA

A mis hermanos, con el  
cariño de siempre:

ANTONIO,

RODOLFO y

ALFREDO

Al se<sup>ñ</sup>or DR. SERGIO VILLALOBOS VALENCIA

como un reconocimiento a la amistad que nos une.

A quién sin pensarlo me prestaron su más  
valiosa ayuda :

MIS PACIENTES

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

- I.- JUSTIFICACION
- II.- DEFINICION
- III.- HISTORIA
- IV.- INDICACIONES
  - a) Maternas
  - b) Fetales
- V.- TECNICA QUIRURGICA
- VI.- OPERACION DE PORRO (CESAREA HISTERECTOMIA)
- VII.- PREPARACION PRE-OPERATORIA
- VIII.- TIPO DE ANESTESIA
- IX.- CUIDADOS POST-OPERATORIOS
- X.- COMPLICACIONES
  - a) Maternas
  - b) Fetales
- XI.- ESTUDIO ESTADISTICO DE LOS AÑOS 1975 a 1977
- XII.- CONCLUSIONES
- XIII.- BIBLIOGRAFIA



1

JUSTIFICACION.

El análisis estadístico de la operación cesárea en el Hospital General "10. de Octubre", I.S.S.S.T.E., de noviembre de 1975 a diciembre de 1977, ha demostrado que es de vital interés su estudio y relacionarlo con otros trabajos similares comparativamente, de tal manera que nos refiera parámetros en consideración ya establecidos internacionalmente; y - que nos de la pauta para ubicarnos en nuestra realidad institucional y promover factores de mejoramiento para optimizar nuestros recursos y así abatir en lo posible los índices de morbimortalidad - materna y perinatal. En conciencia de que la literatura demuestra prospectivamente que un mejor cuidado perinatal, da pie a mejores condiciones del recién nacido y su futuro como elemento Biopsicosocial; esta tesis justifica su desarrollo en base al siguiente índice.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2.- DEFINICION.

La operación cesárea es la extracción del producto por vía abdominal.

3.- HISTORIA.

Es una operación quirúrgica muy antigua por lo general considerada peligrosa y como recurso último, ya que se practicaba unicamente en mujeres que seguramente iban a perder la vida, o que morían durante el trabajo de parto, pues unicamente se trataba de que el niño no muriera sin recibir los auxilios del caso. Originalmente fué asociado al nombre de Julio César, de lo cual posteriormente se comprobó que era totalmente cierto ya que la madre de él vivió muchos años. Hay referencias más antiguas aún ya que esta operación se efectuaba mucho tiempo antes que en la época de los Césares; Numa Pompilio - segundo Rey de Roma decretó la Ley Regia, por lo cual se prohibía enterrar una mujer preñada, Esta -

Ley persistió hasta el tiempo de los Césares, cuando se implantó la Ley Cesárea, con lo cual la operación debía ser designada una Cesarean. Conforme a algunos historiadores el más antiguo registro de un niño que nació vivo mediante una operación Cesárea es el de Georgius en Leontiun Sicilia, en el año de 508 A.C. Por muchos siglos se hace referencia en que solamente es un procedimiento después de la muerte de la madre o en estado conciente, habiendo otras referencias en el año 140 A.C., en que leemos un caso de gemelos - en otros libros, como el Talmud, libro Hebreo considerado como una joya de la antigüedad mencionan tres tipos de operaciones: la primera de tipo destructivo, - la segunda corresponde en semejanza a la operación Cesárea clásica actual, mientras que la técnica de la tercera operación cuyo fin era salvar a la madre y al producto.

Se pensaba, que la primera operación Cesárea es una mujer viva, la realizó Jacob Nufer en el año de 1500 de nuestra época, según registro obtenido por Roussets en 1581, y en la que se refiere que Nufer operó a su propia esposa, pero no refieren si tuvo éxito en la -

operación, este tipo de intervenciones en esta época era realizada por comadronas y bárbaros, de los cuales no se registraba ningún éxito.

Trautman de Vittenberg se hizo famoso por haber practicado la primera operación moderna, en 1610, en un caso de hernia uterina. El término operación Cesárea fué utilizado primeramente por el Jesuita Theophilus Reynaud, en su trabajo publicado en 1637.

En el siglo XVIII, resurge la intervención Cesárea, en casi todas, las operadas morían de peritonitis o por hemorragia, por lo que nuevamente fué relegada al olvido ya que en esa época no se suturaba el útero, con el advenimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia volvió nuevamente a ser practicada por parteros y cirujanos.

Uno de los factores de mortalidad en esa época, era que se dejaba abierta la herida en el útero, por lo cual los loquios se drenaban hacia cavidad abdominal, en busca de dicha solución se practicó la primera histerectomía post-cesárea, en Boston el 21 de

julio de 1868, por Horatio Robinson Storer, quién ex tirpó un útero momatoso y sangrante, después de una cesárea sin impedir la muerte de la madre y el producto.

En los primeros 75 años del siglo XIX se caracterizó por un aumento de casos de mujeres vivas con operación Cesárea especialmente después del descubrimiento de la Anestesia General, en 1846, sin embargo la mortalidad siguió oscilando el 80 a 95%. Estos años se caracterizaron igualmente porque durante ellos - hizo su aparición la técnica extraperitoneal, propuesta en 1805 por Physick y practicada sin éxito - por Joerg en 1806, Ritgen en 1820, Baudelocque en - 1823 y Cianflone en 1844.

El 21 de mayo de 1877, se marca una fecha histórica en la operación cesárea, cuando Eduardo Porro practica una operación mutilante en una mujer primípara de 25 años, la cual consistió en la extirpación del útero después de la cesárea, fijando el muñón cervical al ángulo inferior de la herida abdominal, con lo cual eliminó el drenaje de los loquios a la cavidad abdominal, abatiendo la mortalidad hasta un -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

20 %, pero desafortunadamente esta técnica siempre sacrificaba al útero, esta técnica fué modificada por otros autores.

Posteriormente hasta el año de 1882 en que muy acertadamente se clasifica como de la rehabilitación de la operación cesárea clásica contra la mutiladora operación de Porro, la cual quedaría solo para casos de infección, rupturas uterinas, úteros miomatosos y hemorragias incoercibles. Para ello era necesario, la sutura del útero, la cual en 1880 Kherer y Saenger, mejoraron las técnicas de sutura uterina, lo que evitaba el drenaje de los loquios a la cavidad abdominal sin la extirpación del útero, con lo que se ampliaron considerablemente las técnicas para la operación cesárea entendiéndose mejor sus ventajas y desventajas, aún así con todos los adelantos de la asepsia y antisepsia y a pesar de todas las precauciones posibles, la operación cesárea no pareció beneficiarse, ya que el uso de la cesárea abdominal estaba muy restringido, por la mortalidad que tenía la mayoría de los parteros, preferían practicar una versión, o una cesárea vaginal, a una cesárea de tipo abdominal;

se encauzaron los esfuerzos al perfeccionamiento de las suturas, incisiones uterinas, vías de acceso o de abordaje y a precisar sus indicaciones. En 1881, se recomienda la incisión en forma longitudinal, en la pared posterior del útero y en forma oblicua en el fondo, así como en forma sagital sobre el fondo que fué muy usada en 1907. El doctor Frank, revive la técnica de la Cesárea extraperitoneal segmentaria, la técnica trans-peritoneal pura fué introducida posteriormente por Wilhelm Latzko, a la que siguieron muchas de diversos tipos, es decir, extraperitoneal pura o por -artificio, a la que todavía en 1940 Waters recomendaba alguna modificación. Otro tipo de operación interesante era de Gottshalk-Porters, que se utilizó en los primeros años del siglo, que consistía en hacer la operación cesárea fuera de la cavidad, suturar la pared, y dejar involucionar el útero fuera del abdomen, para después de 20-30 días reponerlo dentro nuevamente.

La operación Cesárea de Frank de tipo segmentario se impone con sus diversas variedades: las longitudinales como las de tipo Beck y las transversales como -

las de tipo Kerr.

Con la aparición de los antibióticos, la facilidad de las transfusiones y los de la anestesia, prácticamente desapareció la mortalidad de la operación, con lo que se produjo un aumento en las indicaciones, con lo que se plantea ahora el problema de la repetición de la operación en una misma paciente, por lo que el máximo interés en la actualidad, se centra en el futuro de esas cicatrices, ahora se practican estudios clínicos, radiológicos e histológicos con ese fin.

#### 4.- INDICACIONES:

Se dice una estricta indicación cuando es urgente terminar el embarazo, mediante un procedimiento quirúrgico abdominal, que está indicado siempre y cuando existan circunstancias tales que pongan en peligro la vida de la madre o el feto, o ambos; claro está deseando siempre que el feto esté vivo, cada operación exige condiciones previas y solo en el caso que sean reunidas debe llevarse a cabo determinada intervención.

La indicación señala el motivo y la decisión de operar, las condiciones previas cumplidas en la situación tocológica de que se trate determinará la clase



de operación que se ha de realizar.

REYNOLDS: clasifica en tres grupos los casos en que debe practicarse la operación Cesárea.

- 1.- Primarios: son aquellos casos en que la operación se practica antes del parto o apenas iniciado este.
- 2.- Secundarios: lo que se practican en un momento en que el parto iniciado ya ofrece caracteres que rebelan que no se llevará a cabo satisfactoriamente.
- 3.- Tardías: son los que se practican cuando la cabeza se ha detenido definitivamente en el estrecho superior.

Otros autores las clasifican por las circunstancias que ponen en peligro la vida de la madre y/o del feto.

#### INDICACIONES MATERNAS DE OPERACION CESAREA:

- A) Cesárea Iterativa.
- B) Por distocia osea:
  - 1.- Estrechez pélvica
  - 2.- Deformaciones pélvicas
  - 3.- Tumores oseos pélvicos
- C) Por distocia de contracción:

- 1.- Inercia irreductible
  - 2.- Hipertornia
  - 3.- Polisistolia
  - 4.- Tetanismo
  - 5.- Amenaza de ruptura uterina
- D) Por sangrado:
- 1.- Placenta previa
  - 2.- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.
- E) Por problema de partes blandas:
- 1.- En los anexos:
    - a) Tumores anexiales previos impactados o no.
  - 2.- En el útero:
    - a) Infección amniótica
    - b) Antecedentes de ruptura uterina
    - c) Cirugía ginecológica previa
    - d) Peligro de dehiscencia de la cesárea previa.
    - e) Malformaciones congénitas
    - f) Miomatosis múltiple
    - g) Desviaciones fijas
  - 3.- Cuello uterino:

- a) Distosia cervical
- b) Cáncer de cuello uterino
- c) Cicatrices retráctiles
- d) Cirugía previa
- e) Anomalías congénitas

4.-Vagina:

- a) Atresias y semiatresias
- b) Tabiques longitudinales o transversales
- c) Traumatismos
- d) Cicatrices
- e) Padecimientos inflamatorios graves
- f) Tumores
- g) Endometriosis vaginal externa
- h) Cirugías previas (plastias vaginales o cura de IUE)
- i) Varices
- j) Vaginismo

5.- En la vulva:

- a) Defectos congénitos
- b) Traumatismos
- c) Fibrosis
- d) Cicatrices o quemaduras con retracción

- e) Tumores
  - f) Varices
  - g) Hematoma
  - i) Edema exagerado
  - j) Padecimientos infecciosos graves :
    - a) Condilomas
    - b) Bartholinitis purulenta
- 6.- Por padecimientos sistémicos:
- a) Toxemia grave
  - b) Nefropatías en fase uremica
  - c) Cardiopatías descompensadas
  - d) Padecimientos broncopulmonares
  - e) Primigesta añosa con producto valioso
- 7.- Causas diversas:
- a) Accidentes
  - b) Traumatismos pélvicos y de miembros inferiores
  - c) Heridas abdominales y uterinas
  - d) Padecimiento de recto y vejiga
  - e) Causas neurológicas y psiquiatricas
  - f) Hernias umbilicales o inguinales con peligro de estrangularse.

5-. CAUSAS FETALES:

1.- Por problemas en el parto:

- a) sufrimiento fetal persistente
- b) Prolapso del cordón irreductible
- c) Situación transversa
- d) Presentación pélvica en primigesta a término
- e) Presentaciones de cara y frente
- f) Embarazo gemelar en primigesta a término
- g) Variedad posterior persistente sin descenso
- h) Macrosomía fetal
- i) Hidrocefalia
- j) Malformaciones fetales incompatibles con la vía vaginal.
- k) Acortamiento real o aparente del cordón

2.- Indicaciones para salvaguardar la vida:

- a) Iso-inmunización materno-fetal evolutiva
- b) Muerte habitual del feto dentro del útero
- c) Embarazo prolongado
- d) Operación cesárea post-mortem o pre-mortem
- e) Producto mas valioso

6.- OPERACION DE PORRO (CESAREA HISTERECTOMIA)

Evolución de la Histerectomía Cesárea:

Eduardo Porro, no fué el primero en concebir la idea - de extirpar el útero, posterior a una cesárea, el primero fué Joseph Cavallini, de Florencia, quién en 1768, experimentó en animales, pero nunca la efectuó en mujeres embarazadas.

En 1809 G.P. Michaelis aparte de señalar, las posibilidades de Histerectomía Cesárea, posterior a la extracción del producto, afirmando que la había practicado en más de una ocasión en animales, insistiendo - en que el restablecimiento materno es mejor que el - posterior a un trabajo de parto duradero y nacimiento por vía natural; al igual que Cavallini nunca la - efectuó en ninguna mujer.

En 1823 Jamex Blundell, realizó Histerectomía en animales posterior a operación cesárea; no pudo comprobar concluyentemente sus investigaciones, pues no tu vo ocasión de efectuarla en una mujer.

En 1862 Feser logró salvar dos de cuatro perras después de extirpar el útero.

Operación de Horatio Storer efectuó y publicó su pri mera Histerectomía subtotal en 1869, siendo la indica ción una tumoración fibroquistica, que causó hemorra-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

gía profusa, extrajo un producto maduro, muriendo la mujer en 68 horas.

7.- OPERACION DE PORRO CESAREA HISTERECTOMIA.

Piedra Milliar en la evolución de la operación ca  
sárea.

Eduardo Porro de 38 años de edad, practicó su primera operación en una enana, que cosa curiosa, se llamaba Julia Cavallini, primípara de 25 años de edad, de 1.42 mts. de talla y pelvis, deforme a causa de raquitismo, para lo cual se internó 24 días antes de la operación y se practicó posterior a 24 horas de trabajo de parto, se le administró cloroformo y Porro y sus ayudantes se lavaron las manos en ácido fenico extrayendo un niño vivo; después se pasó un instrumento llamado de - cintract (constrictor), el alambre se apretó lo suficiente, para cohibir la hemorragia, se seccionó el útero, se limpió la cavidad abdominal con compresas fenicadas, introduciendo tubos de drenaje a través de la pared abdominal y del fondo de saco de Douglas, estos se sacaron por la vagina, el muñón o pediculo se sacó por la herida abdominal, la cual se suturó con alambre de plata, se practicaron toques del muñón con cloruro de

hierro y el aparato de cintract se dejó fuera de la herida, pero aún sobre el muñón, debajo del apósito, durante 4 días, después de fijarlo en el ángulo inferior de la herida, los puntos abdominales se retiraron después de una semana; la porción estrangulada del pedículo se desprendió por esfacelo al final de otros siete días y la paciente curó en 40 días.

En 1876, el profesor Porro publicó su famosa monografía intitulada "Dello amputazione útero ovárica come completo di taglio Cesárea" y desde entonces se llama operación de Porro.

En los primeros meses de 1877, fué efectuada por el profesor Inzana de Parma, Italia, por el profesor Hegar de Freiburgo, Alemania (1879) en Gergamo Pero teo (1879), las tres pacientes murieron aunque se salvaron dos niños.

Muller en 1878 propuso una modificación importante que fué la de sacar el útero de la cavidad abdominal, antes de practicar una incisión en el mismo; al tiempo que se hacía constricción de la base con un tubo elástico semejante al utilizado durante las amputaciones.

La principal desventaja de este procedimiento fué -



la incisión abdominal obligadamente extensa.

El uso del tubo elástico de Esmarch, en la base del útero como torniquete indudablemente impidió la hemorragia importante. Estas añadiduras al procedimiento original fueron bien recibidas y la operación de Porro y Muller tuvo muchos partidarios.

En 1879 Robert P. Harris informó de 29 casos de operación de Porro. En este primer informe estadístico sobre Histerectomía Cesárea señaló que su utilidad se considera bajo los siguientes aspectos:

- 1.- Impide la posibilidad de escape de loquos hacia la cavidad abdominal.
- 2.- Elimina todas las fistulas, por las cuales pudiera ocurrir intoxicación séptica.
- 3.- Elimina todo peligro de inercia uterina secundaria y de hemorragia.
- 4.- Disminuye el peligro de peritonitis originada en el útero.
- 5.- Permite tratamiento antiséptico directo.
- 6.- Elimina la posibilidad de peligro de parto ulterior.

CUIDADOS PRE-OPERATORIOS:

Estudios clínicos previos, para conocer el estado general de la paciente, signos vitales, exploración general de la enferma en especial el aparato cardiorrespiratorio, exámenes de laboratorio como Biometría Hemática (hemoglobina y hematocrito), química sanguínea (urea, creatinina) examen general de orina, serología, tiempo de sangrado, coagulación y protrombina, grupo sanguíneo y Rh, así como pruebas cruzadas de sangre transfundible.

Siempre es conveniente que las pacientes que van a ser sometidas a este tipo de cirugía estén en ayuno, de ser posible desde doce horas antes, aunque en cirugía de urgencia es imposible, así también se aconseja medicación pre-anestésica de ser posible.

Debe complementarse con preparación de enfermería que consiste en:

- 1.- Aislamiento de cabello.
- 2.- Colocación de camión de quirófano.
- 3.- Vendaje de miembros inferiores.
- 4.- Rasurado del abdomen, vulva y perine, así como sondeo vesical de preferencia sonda de foley, de jándola instalada a frasco colector para medir -

cantidad de diuresis.

5.- Canalizar de preferencia dos venas punzocat grueso 18-20.

6.- Ya colocada la enferma en la mesa de quirófano, se procede a fijar ambos brazos para continuar con la asepsia y antisepsia meticulosas de abdomen y de canal vaginal.

Es importante contar con el equipo e instrumental adecuado como es: Iluminación adecuada, succión, oxígeno, mesas para instrumental, charolas de mayo, soportes para suero, mesa para los cuidados del recién nacido y lo necesario para el anestesiólogo.

ANESTESIA.

El 19 de enero de 1847, Sir James Young Simpson por primera vez utilizó la anestesia en la práctica obstétrica. El anestésico empleado fué éter. El mismo Simpson el 4 de noviembre de ese mismo año, inhaló cloroformo, en su empeño de aliviar los dolores del parto.

Sin embargo, eso fué muy combatido no solo por los médicos sino también por los clérigos, que se apoyaban en la sentencia bíblica "Pariras con Dolor", por lo que inicialmente su uso fué prácticamente proscribto.

El paso fundamental fué dado el 7 de abril de 1853, cuando Young Snow administró cloroformo a la reyna Victoria durante el nacimiento de su octavo hijo el Príncipe Leopoldo. El obstetra fué Sir Yeans Clark.

Métodos de Anestesia:

Como ya señalábamos en un comentario acerca del manejo anestésico en la operación Casárea no existe un procedimiento "ideal" de anestesia que además de ser efectivo no produzca efectos indeseables a la madre y al feto. En todos y cada uno de los problemas obs

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tétricos capaces de indicar una operación de este tipo. Por ello, se utilizan diversos métodos con diferentes aplicaciones, ventajas y desventajas.

#### Anestesia General:

Es aquella en la cual hay pérdida de la conciencia, relajación muscular y ausencia de sensaciones dolorosas. Se utilizan dos métodos : a) por inhalación con gases, del tipo cicloprofano, óxido nítrico, trilene, halotano etc. b) intravenosa inyectando por esa vía drogas anestésicas del tipo de los barbitúricos (pentotal, Ke mital, etc.)

#### Anestesia Regional:

También llamada por conducción, en la cual la ausencia de sensibilidad dolorosa se circunscribe solo a una parte del cuerpo. Se usan varios tipos para la operación cesárea: a) local que produce la analgesia por infiltración directa en la incisión y campo operatorio por bloqueos nerviosos, como son la Raquianestesia, anestesia espinal ó bloqueo subaracnoideo, con aplicación de la solución anestésica en ese lugar.

La epidural ó bloqueo peridural, en el cual el anestésico es colocado en el espacio previo, es decir, en el epidural y la caudal que se aplica a través del -

hiato sacro, cada uno de éstos métodos tiene sus ventas y sus desventajas como veremos a continuación, detalladamente.

Ventajas:

- 1.- Se puede lograr la anestesia rápidamente. lo que es de suma importancia en caso de emergencia como sangrado profuso, prolapso del cordón ó peligro de - muerte inminente.
- 2.- Siempre es efectiva.
- 3.- Se puede determinar la duración en profundidad de la anestesia.
- 4.- Se tiene un mejor control de la respiración.
- 5.- Rápidamente se eliminan por ventilación los efectos de la anestesia en la madre y en el feto.
- 6.- Con algunos agentes se puede lograr una profunda relajación del útero (Halotano).
- 7.- La paciente casi siempre desea ésta técnica.
- 8.- Evita el temor de la paciente.
- 9.- Es el proceso de elección en los casos de hipovole mia.
- 10.- No da secuelas neurológicas.
- 11.- Es la mejor para la enseñanza. Se puede demostrar mejor una técnica cuando la paciente está

totalmente dormida.

Desventajas:

- 1.- La parturienta puede vomitar y aspirar el contenido del estómago, con Broncoaspiración, Neumonía residual ó muerte.
- 2.- Todos los agentes utilizados atraviesan rapidamente la mal llamada barrera placentaria.
- 3.- La mayoría de los agentes requieren un aparato de anestesia.
- 4.- Por su facilidad de aplicación, es administrada muchas veces por personal no especializado, lo que causa muchos problemas.
- 5.- Deprime al producto el cual frecuentemente requiere reanimación.
- 6.- El costo de la anestesia es mayor que en la de conducción.
- 7.- Algunos agentes son inflamables y explosivos.

Anestesia Regional:

Por ser en términos generales menor peligroso que la anestesia general, la anestesia por conducción es la más común para la operación cesárea, excepto en el ca

so de que exista hipovolemia, enfermedad, neurológica, alteración de la columna vertebral ó que la paciente no acepte.

Los anestésicos locales mas usados son principalmente: Procaina (Novocaina) que se utilizan en diluciones del 0.5 al 2 % dependiendo de que se utilice para anestesia local ó bloqueo Piperocaina (Meticaina) en concentraciones del 0.05 al 15 %. Lidocaina (Xylocaina) Rucaína de 0.5 a un 2 % y la Metivacaina (Carbocaina) en iguales diluciones.

La Xylocaina y la Carbocaina nunca deben de pasar de - 500 mg por dosis y su duración es entre 1 y 2 hs. El resto se aplica hasta con un mínimo de 1000 mg y su duración es algo menor.

Para la anestesia local y la espinal también se usa la Tetracaina (Oantocaina) en concentraciones del 0.1 al 0.5 % no aplicando nunca más de 200 mg y con una duración de anestesia de dos o seis hs.

La Dibucaina (Nupercaína) y ultimamente la Propitocaina (Pritocaina) Sitases se utilizan mas esporadicamente. Esta última no debe de emplearse como anestesia de conducción durante el parto (porque puede producir cianosis por betahemoglobinemia) y solo usarse para la ope-



ración aconsejándose que su dosis total no pase de - 600 mg. Un punto que ha suscitado controversia es si se debe de agregar ó no a la sol anestésica, Un vaso constrictor con el objeto de prolongar la duración de la anestesia. El medicamento más utilizado es epinefrina utilizándose por lo regular de 0.2 a 0.5 ml. de una dilución al 1000. Pocos autores emplean Corbasil (cobefrín) ó Fenilefrina (neosinefrina).

Ventajas y desventajas de la Anestesia Regional.-

Ventajas:

- 1.- Deprime menos al producto.
- 2.- produce nauseas y vómitos con menos frecuencia.
- 3.- Cuando existe vómito el peligro de broncoaspiración es menor.
- 4.- El periodo postanestésico requiere menos cuidados de enfermería que en la anestesia general.
- 5.- No hay peligro de explosión.
- 6.- Cuando se aplica el bloqueo con cateter continuo durante el trabajo de parto, no es necesario otra anestesia.
- 7.- El equipo es sencillo.
- 8.- Es una anestesia de bajo costo.
- 9.- El anestesiólogo está mas libre si se le necesita

para otros menesteres como en la atención del recién nacido.

10.- Casi no proporciona problemas postanestésicos.

Desventajas:

- 1.- No es 100 % efectiva.
- 2.- Requiere algunas veces complementación con otro tipo de anestesia.
- 3.- Hay un porcentaje de mujeres que la rechazan.
- 4.- Es necesaria la cooperación de la paciente para la correcta aplicación de la técnica.
- 5.- Produce hipotensión.
- 6.- Puede producir secuelas tóxicas generalizadas.
- 7.- Pueden ocurrir secuelas neurológicas.
- 8.- Deben evitarse las maniobras quirúrgicas bruscas, porque la paciente está despierta. Además ella se puede dar cuenta de la presencia de complicaciones.
- 9.- Debe vigilarse constantemente y enseñar a la paciente a que distinga las sensaciones de contacto y de dolor.
- 10.- Ocasionalmente se puede producir punciones de la duramadre no deseadas, retención de pedazos de cateter ó de agujas.

Raquianestesia:

El bloqueo subaracnoideo comunmente llamado raquea ó - anestesia espinal, es sin duda el método de anestesia - para operación cesárea que más se ha utilizado, sobre todo desde hace algunos años.

Son numerosos los trabajos en especial entre los autores sajones, que la recomendaban como la anestesia de elección, a tal grado que para fines del decenio de - 1950 a 1960 en los EEUU el 42% utilizaba raquea para la operación cesárea debido a que la paciente permanece conciente, no vomita y no tiene trastornos metabólicos graves, dando como unicas contraindicaciones la existencia de hipovolemia, las enfermedades neurológicas y el rechazo de la paciente. Sin embargo autores como - Alexandrex y Dumitres, fervientes partidarios del método y con cifras estadísticas de 10222 casos hacen ver - los peligros y desventajas que tiene la raquianestesia informando 69 accidentes graves de los cuales 31 fueron fatales 0.03% es decir una muerte por cada 345 anestias que es mortalidad altísima. Por ello recomendaban que solo se aplicara la anestesia espinal a mujeres sanas, jóvenes y no extenuadas.

#### Anestesia Peridural:

Es el tipo de anestesia de elección en la operación -

Cesárea.

En especial en casos de prematuridad, toxemia, enfermedad des sistémicas en la madre y cuando ha habido ingestión reciente de alimentos.

En nuestro medio es ampliamente utilizada, debido a los excelentes resultados que han obtenido los anesthesiologos.

Esto no significa que no sea un procedimiento inocuo - ya que afecta a la madre y ejerce una acción directa - depresora contra el feto al igual que cualquier anestesia. La mayoría de las veces se aplica en forma continua con cateter para no limitar la duración de la operación.

Encontramos en algunas ocasiones ciertos problemas que necesario conocer:

- a) Analgesia insuficiente.
- b) Hipotensión.
- c) Taquicardia.
- d) Vómito.
- e) Punción de la duramadre.

Se ha informado también infecciones locales ó epidurales consecutivas al método así como parálisis y retención urinaria, está contraindicada cuando hay deforma-

ción de la columna vertebral, infecciones locales, hipertensión, hipovolemia y cuando la paciente la rechaza o hay falta de pericia del operador.

#### TECNICA QUIRURGICA.

En la actualidad el procedimiento quirúrgico, además de estar condicionado a salvaguardar las vidas de la madre y del feto se encamina en forma conservadora a restituir la integridad anatómica.

Las técnicas de operación cesárea que se llevan a cabo son las siguientes: extraperitoneales, transperitoneales y aquellas que se acompañan de la extirpación del útero.

Las transperitoneales pueden ser: a) corporales o clásica, cuando la incisión uterina es vertical y se hace sobre la cara anterior del cuerpo con o sin exteriorización del útero. b) Segmentarias: en las que el corte sobre el útero se hace en la porción segmentaria del mismo. Estas a su vez pueden ser: 1) Transversales es decir con el corte en sentido transversal, siendo de 4 tipos principalmente: a) Transversal por disociación de fibras. b) Incisión recta por corte al Kerr. c) Arciforme por corte con cavidad superior llamada de Kerr, Fuch o Cattaneo. d) Las anteriores pero

con exteriorización del útero. 2) Verticales, siempre por corte en sentido longitudinal con las distintas variantes de Kroning, Opitz, Michon y Beck que por cierto casi nunca son segmentarias puras sino - segmento corporales. a) Segmentocorporales, en las cuales, el corte vertical aborda la parte superior del segmento y la parte inferior del cuerpo uterino.

II.- Extraperitoneales; son de dos tipos, A) Puras. Cuando se aborda el útero sin abrir la cavidad peritoneal, pudiéndose por vía paravesical (Latsko, Döderlein, Norton, Botella) ó supravesical (Waters) B) Por artificio; aquellas que después de abrir la cavidad peritonea se protege esta por muy diversos medios antes de abrir el útero, uniendo la serosa - visceral a la parietal ó por cualquier otro artificio (Frank, Michon, Puga, Leon, etc.) III.- Por último quedaría la Cesárea Histerectomía no como la - de Porro por que casi siempre la extirpación del - útero es simultanea a la operación Cesárea.

Comentario: En la actualidad solo se practica las - Transperitoneales y de éstas casi unicamente la segmentaria, dejando las técnicas corporales para casos muy específicos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Las operaciones cesáreas segmentarias casi siempre se practican las de tipo transversal debido a que las - verticales tienen inconvenientes tales como: no se - pueden practicar sin haber trabajo de parto, cortan las fibras musculares en sentido opuesto a su dirección, se necesita despegar mayormente la vejiga, hay mayor peligro de lesión vesical.

Ventajas de la técnica segmentaria:

- 1.- La herida se hace sobre la parte pasiva del útero.
- 2.- Menor grado de dehiscencia posterior.
- 3.- Cicatrización más adecuada.
- 4.- Menor morbilidad.
- 5.- Menor mortalidad.
- 6.- Se puede permitir la prueba de trabajo de parto posteriormente.
- 7.- Menor sangrado.
- 8.- Sutura más fácil y menos laboriosa.
- 9.- No se interponen el epiplo ni los intestinos, el campo.
- 10.- Peritonización completa.
- 11.- Menor peligro de infección.
- 12.- Menor salida de líquido amniótico a la cavidad.

13.- No hay escape de loquios al peritoneo en el puerperio porque el segmento no se contrae activamente.

14.- Produce menos adherencias a la herida uterina.

#### TECNICAS DE LA CESAREA SEGMENTARIA TRANSVERSAL.

Actualmente se llevan a cabo dos tipos de incisiones en piel que son, medio infraumbilical ó transversal de tipo Pfannestiel.

La operación consiste en hacer incisión transversal ligeramente arqueada con cavidad superior, en una extensión de 12-15 cm. y cuyo centro está a 4 cm. por encima de la sínfisis del pubis. Corte profundo (con un segundo bisturí) del tejido celular subcutáneo y de la aponeurosis superficial hasta llegar a la pared anterior de los rectos a la cual se le hace un ojal doble a los lados - de la línea media. Se hace hemostasia y una vez despegada la aponeurosis de los planos profundos se corta siguiendo una dirección arqueada hacia arriba ó se puede desgarrar entre dos dedos hasta el ángulo en que se encuentra la del oblicuo mayor. Sujetándola con pinzas fuertes en el centro, se libera con tijera de los planos musculares hacia abajo hasta el pubis y hacia arriba al máximo, se separa por disección de los músculos -



rectos y casi siempre con tijeras los piramidales hasta tener a la vista la fascia transversalis y el peritoneo parietal que se incide entre dos pinzas una vez comprobada la ausencia de asas adheridas.

#### TECNICA DE LA CESAREA SEGMENTARIA VERTICAL.

La técnica es sencilla, se hace un corte con el bisturí desde unos dos cm. por arriba del pubis a la cercanía del ombligo. Con otra hoja de bisturí se procede al corte del tejido celular subcutáneo y a la apertura de un ojal longitudinal en la parte media de la aponeurosis. Solo rara vez es necesario hacer hemostasia pero si el sangrado lo amerita debe practicarse en la forma habitual por pinzamiento y ligadura individuales. Se fijan los bordes de la apertura de la aponeurosis y se continúa el corte con unas tijeras romas curvas hacia abajo y hacia arriba hasta los extremos de la incisión ayudándose en los ángulos con dos separadores de Farabeuf previo despegamiento del plano muscular con las mismas tijeras. Luego se procede a la separación digital ó por corte de los músculos que es fácil por la frecuente separación de los mismos. Cuando está presente la grasa preperitoneal es necesario cortarla, procediendo a continuación al pinzamiento de -

la fascia transversalis y del peritoneo y mediante un pequeño corte a la apertura de éste, cerciorándose que no hay vísceras en él, por el rechazo que sufre el epipión y los intestinos por el crecimiento uterino, rara vez se encuentran en el campo pero hay que verificarlo antes de cortar el peritoneo a todo lo largo con un corte de tijeras hacia arriba y hacia abajo hasta la cercaña de la vejiga. Es conveniente colocar segundos campos cuando no hay mucha urgencia en la operación y si no hacer el aislamiento de los bordes de la herida con dos compresas de gasa húmedas colocadas una en cada borde, posteriormente se levanta la parte superior de la herida y se procede a colocar una compresa única húmeda alrededor del útero que servirá para evitar que el líquido amniótico y la sangre se vayan a la parte alta de la cavidad peritoneal, así como para prevenir el descenso de las vísceras al campo quirúrgico, por último se coloca el separador a ambos lados y se coloca la valva inferior pero sin fijarla para que pueda retirarse mas tarde.

Insición Uterina; antes de llevarse a cabo, es indispensable verificar si el eje del útero está correcto ya que casi siempre hay dextrorrotación, en caso de que

exista se hace rotación manual del mismo con una mano dentro y otra por fuera del abdomen hasta que el eje sea correcto, se localiza la reflexión del peritoneo vesicouterino tomando la parte central con pinza de disección levantándolo y practicando una incisión con las tijeras, una vez que se tiene el ojal medio con las mismas tijeras curvas romas se despega el peritoneo hacia cada lado introduciendo las tijeras cerradas abriéndolas por de bajo y extrayéndolas abiertas, incidiendo unos 6 a 8 cm. de cada lado inmediatamente se procede a la disección hacia arriba del colgajo su perior así como del inferior en una distancia de dos a tres cm. En la técnica transversal es inútil hacer un despegamiento mayor y llevarse parte de la vejiga hacia abajo ya que se provoca más sangrado pudiendo dar lugar a la formación de espacios muertos que se llenan con hematomas o exudados los que pueden originar una infección.

Posteriormente se retráe la vejiga con la valva inferior no fija y se efectúa en ese momento un corte transversal con bisturí de uno a dos cm. en la parte media del segmento, se despega el músculo de las estructuras interiores mediante la introducción de un dedo el

cual hace la disección obtusa hacia los lados del ojal, en este momento de la operación se pueden hacer dos tipos de incisión transversal siendo el más común, el que por medio de dos dedos índices colocados opuestamente, al hacer tracción de los mismos hacia los lados se agranda la incisión por divulsión siguiendo una línea recta transversal.

Aunque en la actualidad se practica la incisión arciforme con tijera de unos 12 cm.

Extracción del producto:

- a) En presentación Cefálica: hay tres métodos principales para extraer la cabeza en una operación cesárea segmentaria aclarando que antes de llevar a cabo cualquiera de ellos es necesario tener libre la cabeza para lo cual hay que desimpactarla cuando lo amerite, siendo necesario retirar la valva suprapúbica que solo estorba en estas maniobras. El método más común es colocando la mano izquierda sobre la pelvis y la cabeza fetal, haciendo una maniobra de calzador, que se complementa con la presión fúndica que hace el ayudante, esto se facilita poniendo la cabeza con su diametro anteroposterior en sentido lateral, es decir con la frente -

hacia un ángulo de la herida y la nuca hacia el otro. si hay dificultad mayor por el tamaño de la cabeza fetal, es preferible hacer más grande la incisión. En caso de presentación de cara, o se practica un corte uterino vertical entonces se introduce un dedo en la boca del feto y se gira la cara hacia la incisión ex trayendo la barbilla. Posteriormente a la liberación de la cabeza del feto, debe orientarse el feto en sen tido transversal para que los hombros queden en los extremos laterales de la incisión y se partea el feto, se pinza el cordón umbilical, se corta, se pasa el feto al pediatra o personal de enfermería para su ministrarle los cuidados pertinentes y evitar compli caciones fetales.

En presentación pélvica o situación transversa:

Cuando se practica una cesárea segmentaria la extrac ción del producto debe hacerse por una versión o una extracción podálica localizando los pies del produc to para que por medio de una tracción de los mismos se lleve la pelvis a la incisión procurando colocar el diámetro bi-trocantereo en sentido de la herida. Se extrae la pelvis del feto y se hace el asa de cor dón, al hacer la tracción del feto deben acomodarse

los hombros en cada comisura de la incisión, es decir con el diámetro biacromial transversalmente, se lleva el feto hacia un lado, y se libera el hombro ayudando con los dedos del obstetra, para la liberación de la cabeza basta con llevar la espalda del producto hacia el vientre de la madre es decir con la cara hacia la herida haciendo con la mano izquierda la maniobra de calzador entre la pelvis y la cabeza fetal. En estos momentos los bordes de la incisión uterina se encuentran sangrando por lo que es conveniente colocar pinzas que pueden ser de anillos o de allis de preferencia en los ángulos de la herida y en la parte media de la misma, o en su defecto en los vasos sangrantes para cohibir el sangrado.

**Extracción de la placenta y membranas:**

Generalmente basta con una tracción del cordón para extracción de la placenta y membranas, porque normalmente la placenta se desprende por si sola, si - por el contrario no ha sucedido este desprendimiento por falta de aplicación de ocitocicos o se trate de un desprendimiento parcial, se debe practicar una liberación manual posteriormente practicar revisión de la cavidad uterina para extracción de restos placent-

tarios y membranas.

A continuación se practica limpieza meticulosa del campo operatorio, con aspirador, compresas húmedas, se identifican los bordes de la herida y se toman en cuadrantes con pinzas de anillos ó pinzas de allis, se corrobora la dilatación cervical (ya que en pacientes programadas para Cesárea iterativa generalmente el cervix se encuentra cerrado y hay que practicar dilatación cervical artificial), cuando el campo de la herida uterina ya está preparado se procede a la sutura la cual se utiliza generalmente en dos planos, el lero abarcando músculo uterino sin llegar a la capa basal del endometrio y el segundo tomando la fascia periuterina, el tipo de sutura puede ser de dos tipos continuo o por puntos separados.

El tipo de material recomendado es el catgut atraumático crómico del No. 0 o No. 1 y con aguja atraumática mediana. Posterior al cierre del músculo uterino se lleva a cabo la peritonización con un surgete simple con catgut crómico 00. Terminado el cierre del peritoneo se debe practicar una limpieza de la cavidad abdominal, con gasas montadas.

Cierre de la pared abdominal.

Se extrae la compresa única, se solicita cuenta de compresa y gasas para poder iniciar el cierre de la celiotomía conforme se hace habitualmente. Se refiere el peritoneo parietal con pinzas de Kelly y mediante surgete continuo con catgut cromico OO. Aproximación de músculos rectos con catgut cromico OO en puntos simples sin apretarlos para evitar isquemia. Aponeurosis se recomienda utilizar catgut cromico del 1, con aguja cortante ya sea en puntos separados simples, en U o en X. Se continúa con tejido celular subcutáneo utilizando catgut simple OO, siempre y cuando sea necesario y finalmente cierre de piel con hilo delgado no. 30 o 50, y en otros casos grapas en piel.

#### TECNICA SEGMENTO CORPORAL (TIPO BECK)

Consiste en un corte que va desde la porción accesible del segmento inferior o sea desde la reflexión del peritoneo vesicouterino hacia arriba alcanzando la parte inferior del cuerpo uterino. No se diseca el peritoneo visceral ni se rechaza la vejiga; como el músculo es mas grueso el sangrado es mas importante y su reparación se practica con puntos separados en dos planos y con catgut del No. 1 crómico y aguja atraumática. Su peritonización no es posible en forma completa y se -



lleva a cabo conjuntamente con la parte muscular mas su  
perficial con puntos separados y catgut crómico del No.  
0. La extracción del producto generalmente es fácil y  
frecuentemente por versión, ya que en los raros casos  
en que se lleva a cabo esta técnica, por lo general hay  
situaciones fetales anormales o formaciones de anillos  
de retracción.

#### TECNICA DE CESAREA CORPORAL.

Celiotomía se efectúa un poco mas arriba que cuando se  
lleva a cabo una técnica baja, se hace media infraumbi-  
lical hasta el ombligo o continuándose un poco en el -  
lado izquierdo del mismo. Esto se hace para que sea más  
fácil la extracción del producto, la abertura de la pa-  
red se hace en la forma habitual, se introduce compresa  
única, se expone la cara anterior del útero. Se corrige  
la destrorrotación uterina en caso de existir, y se prac  
tica la incisión uterina lo mas cercana a la linea media  
ya que aqui el area es mas avascular, se incide un ojal  
con bisturí, entrando a la cavidad uterina, se continúa  
con la incisión con bisturí o tijera roma, Se procede  
a la extracción podalica, es tradicional los pies para  
extraer la pelvis del producto a la incisión procuran-  
do colocar el diametro bitrocantéreo en el sentido de la

herida, se hace el asa de cordón, se continúa traccionando el producto para liberar los hombros del producoto con ayuda de los dedos y de la presión fúndica del ayudante. Finalmente la liberación de la cabeza, se - lleva la espalda del producto hacia el torax de la madre y con la mano izquierda se practica la maniobra - del calzador, con lo que facilmente se extrae. Extracción de la placenta y membranas ya descritas anterior- mente.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

Entra dentro de los habituales para cualquier cirugía mayor gineco-obstétrica, siendo los siguientes:

- 1.- Traslado a sala de recuperación, en donde se le vigilará estado de la conciencia, signos vitales, - sangrado vaginal.
- 2.- Hidratación adecuada a base de soluciones por vía endovenosa, aconsejando pasar de 1,500 a 2,500 ml. en 24 hs. dependiendo de la diuresis, temperatura, sudación, etc.
- 3.- Administración de analgésicos, utilizando los necesarios por vía parenteral durante las primeras 24 hs., posteriormente utilizarlos por vía bucal.
- 4.- Antibióticos, en la cirugía programada no se les utiliza, no siendo recomendable hacer profilaxis. En caso de asepsia defectuosa, infección, ruptura - prematura de membranas se aconseja utilizarlos a dosis efectivas, utilizando de preferencia la vía endovenosa y posteriormente la vía intramuscular u oral.
- 5.- Ocitocicos: solo deben emplearse en caso de subinvoluciones, atonia o hipotonía uterina.
- 6.- Drenaje vesical.

La sonda debe retirarse inmediatamente después del postoperatorio, para evitar procesos infecciosos, en caso de no presentarse ninguna complicación del acto quirúrgico.

7.- Deambulacion temprana:

Es muy importante porque previene la trombosis venosa, insuficiencia respiratoria, paresia vesical, así como - constipación, colaborando a la recuperacion general más rápida de la paciente.

8.- Alimentación:

En las primeras horas está contraindicada la viabucal por el peligro de producir nausea y vómito, dilatacion aguda del estómago, así como meteorismo, a las 24 hs. se recomienda dieta a base de líquidos claros, que a las 48 hs. se puede cambiar por una dieta blanda, y de preferencia después de que la paciente haya evacuado - iniciar con dieta normal.

9.- Cuidados en la herida:

Generalmente al día siguiente de la operacion se aconseja un simple cambio de apósito estéril, para evitar el desarrollo de proceso infeccioso en caso de que la herida se encuentre sucia.

Se recomienda retirar puntos alternos, al cuarto día posterior a la intervencion y al quinto día si no hay contra

Indicaciones retirar puntos totales.

10.- Lactancia.

Está permitida a la mujer operada de cesárea - llevándose a cabo en forma similar a la de la puérpera normal.

11.- Cuidados generales.

Durante toda la estancia hospitalaria, la paciente debe estar vigilada constantemente. Así en las primeras horas el registro frecuente de signos vitales, la cantidad de sangrado por vía vaginal y el establecimiento de la micción, se deben observar rutinariamente. En los días subsiguientes, presencia o no de fiebre, cantidad de sangrado, grado de involución uterina, evacuación intestinal.

COMPLICACIONES MATERNAS EN OPERACION CESAREA.

I.- INFECCIOSAS :

- 1.- Fiebre de origen a determinar
- 2.- Infección de la herida
- 3.- Infecciones uterinas
  - a) Endometritis
  - b) Miométricas
  - c) Infección de la Histerorrafia
- 4.- Infecciones pélvicas
  - a) Parametritis
  - b) Celulitis pélvica
  - c) Pelvipertonitis
- 5.- Infecciones Peritoneales
  - a) De origen genital
  - b) Por cuerpos extraños
  - c) Por lesiones a órganos vecinos
- 6.- Septicemias
- 7.- Mastitis
- 8.- Infecciones extragenitales

II.- HEMORRAGICAS :

- 1.- Roturas de várices en el segmento
- 2.- Separación de la vejiga
- 3.- Corte lateral del útero
- 4.- Prolongación de la incisión
- 5.- Sangrado Miometrial
- 6.- Extracción incompleta de la placenta
- 7.- Placenta acreta y/o sobre la cicatriz
- 8.- Hemostasia inadecuada en la Histerorrafia
- 9.- Hematomas en los ángulos de la incisión
- 10.- Sutura del labio superior a la pared posterior
- 11.- Lesiones del miometrio
- 12.- Atonia Uterina
- 13.- Trastornos de la coagulación

III.- ANESTESICAS :

- 1.- Nausea y vómito
- 2.- Cianosis
- 3.- Broncoaspiración
- 4.- Obstrucción de las vías respiratorias
- 5.- Espasmos de las vías respiratorias
- 6.- Paro respiratorio
- 7.- Hipotensión
- 8.- Alteraciones en la frecuencia cardiaca
- 9.- Insuficiencia cardiaca
- 10.- Paro cardiaco
- 11.- Reacciones tóxicas
- 12.- Convulsiones
- 13.- Hipotermia
- 14.- Cefalalgia
- 15.- Punción de la duramadre

IV.- URINARIAS:

- 1.- Cistitis
- 2.- Paresia Vesical
- 3.- Ureteropielitis
- 4.- Lesiones a la vejiga
- 5.- Traumatismos sobre el uretero
- 6.- Fístulas urogenitales
- 7.- Insuficiencia renal aguda
- 8.- Exclusión renal

V.- DIGESTIVAS:

- 1.- Dilatación aguda del estómago
- 2.- Ileo paralítico
- 3.- Obstrucción intestinal mecánica
- 4.- Lesiones traumáticas

VI.- RESPIRATORIAS:

- 1.- Infecciones, broncomeumonía
- 2.- Broncoaspiración
- 3.- Embolia é infartos pulmonares
- 4.- Edema agudo del pulmón

VII.- VASCULARES:

- 1.- Tromboflebitis
- 2.- Flebotrombosis
- 3.- Embolias

VIII.- EN LA PARED ABDOMINAL:

- 1.- Fusión del tejido celular
- 2.- Infección de la herida
- 3.- Dehiscencia del plano superficial
- 4.- Eventración

IX.- POST-TRANSFUSIONALES:

- 1.- Reacciones Urticariantes
- 2.- Insuficiencia renal aguda
- 3.- Transmisión de enfermedades

X.- TOXICAS:

- 1.- Anafilaxia por medicamentos
- 2.- Reacciones a sustancias y materiales

XI.- COMPLICACIONES TARDIAS:

- 1.- Endometriosis
- 2.- Hernia de la pared
- 3.- Dehiscencia de la cicatriz Uterina
- 4.- Sinequias
- 5.- Alteraciones de la fertilidad



COMPLICACIONES FETALES.

I.- Inmadurez y Prematurez

II.- Síndrome de sufrimiento respiratorio

- 1.- Broncoaspiración
- 2.- Apnea Neonatal
- 3.- Atelectasia pulmonar
- 4.- Insuficiencia respiratoria
- 5.- Bronconeumonía
- 6.- Membrana Hialina

III.- Lesiones Neurológicas

- 1.- Hipoxia Cerebral
- 2.- Edema Cerebral
- 3.- Hemorragia Cerebral

IV.- Traumatismos sobre el feto.

- 1.- Heridas Quirúrgicas
- 2.- Fracturas de huesos largos
- 3.- Luxaciones
- 4.- Contusiones
- 5.- Elongaciones Nerviosas

- a) Parálisis
- b) Paresias y Parestesias

DATOS OBTENIDOS A PARTIR DEL MES DE NOVIEMBRE DE  
1975 A DICIEMBRE DE 1976.  
CON UN TOTAL DE 302 CASOS:

<u>EDAD</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>%</u>
10 - 20 años =	43	14.23
21 - 30 " =	180	59.60
31 - 40 " =	72	23.84
41 - 50 " =	7	2.31
EL PROMEDIO DE EDAD FUE DE:	27 años	
LA PACIENTE MAS JOVEN :	15 años	
LA PACIENTE DE MAS EDAD :	49 años	
PRIMIGESTAS :	104 CASOS =	34.43 %
MULTIGESTAS :	198 CASOS =	65.56%
= = = = =	= = = = =	= = = = =

INDICACIONES MATERNAS

CESAREA ITERATIVA	= 50 CASOS = 16.55 %
ESTRECHEZ PELVICA	= 87 CASOS = 28.80 %
PLACENTA PREVIA	= 11 CASOS = 3.64 %
INERCIA IRREDUCTIBLE	= 2 CASOS = .66 %
POLISISTOLIA	= 1 CASO = .33 %
HIPERTONIA UTERINA	= 1 CASO = .33 %
AMENAZA DE RUPTURA UTERINA	= 1 CASO = .33 %
CORIOAMNIOITIS	= 4 CASOS = 1.32 %
PELIGRO DE DEHISCENCIA DE CESAREA PREVIA	= 2 CASOS = .66 %
DISTOCIA CERVICAL	= 1 CASO = .33 %
TOXEMIA	= 6 CASOS = 1.98 %
CARDIOPATIAS	= 1 CASO = .33 %
PRIMARIDAD AÑOSA	= 7 CASOS = 2.31 %
TRAUMATISMOS PELVICOS Y DE MIEMBROS INFERIORES	= 2 CASOS = .66 %
 T O T A L :	 = 176 CASOS = 58.27%

INDICACIONES FETALES

SUFRIMIENTO FETAL	= 33 CASOS = 10.92 %
PROLAPSO DE CORDON	= 6 CASOS = 1.98 %
SITUACION TRANSVERSA	= 16 CASOS = 5.29 %
PRESENTACION PELVICA	= 43 CASOS = 14.23 %
PRESENTACION DE CARA Y FRENTE	= 2 CASOS = .66 %
EMBARAZO GEMELAR	= 9 CASOS = 2.98 %
VARIEDAD POSTERIOR PERSISTENTE	= 4 CASOS = 1.32 %
MACROSOMIA FETAL	= 7 CASOS = 2.31 %
HIDROCEFALIA	= 1 CASO = .33 %
ACORTAMIENTO REAL O APARENTE DEL CORDON	= 1 CASO = .33 %
EMBARAZO PROLONGADO	= 3 CASOS = .99 %
PRODUCTO VALIOSO	= 1 CASO = .33 %
<b>T O T A L :</b>	<b>125 CASOS = 41.31 %</b>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

COMPLICACIONES MATERNAS

FIEBRE DE ORIGEN A DETERMINAR	=	1 CASO	=	5.55%
INFECCION DE LA HERIDA	=	9 CASOS	=	50.00%
ENDOMETRITIS	=	4 CASOS	=	22.22%
INFECCIONES EXTRAGENITALES	=	3 CASOS	=	16.66%
ATONIA UTERINA	=	1 CASO	=	5.55%
T O T A L :	=	18 CASOS	=	5.96%

COMPLICACIONES FETALES

INMADUREZ Y PREMATUREZ = 3 CASOS = 27.27 %

BRONCOASPIRACION = 3 CASOS = 27.27 %

APNEA NEONATAL = 3 CASOS = 27.27 %

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA = 1 CASO = 9.09 %

CONTUSIONES = 1 CASO = 9.09 %

T O T A L : = 11 CASOS = 3.64 %

EL TOTAL DE COMPLICACIONES MATERNAS  
Y FETALES CORRESPONDE A 29 CASOS = 9.06 %



INDICACIONES MATERNAS

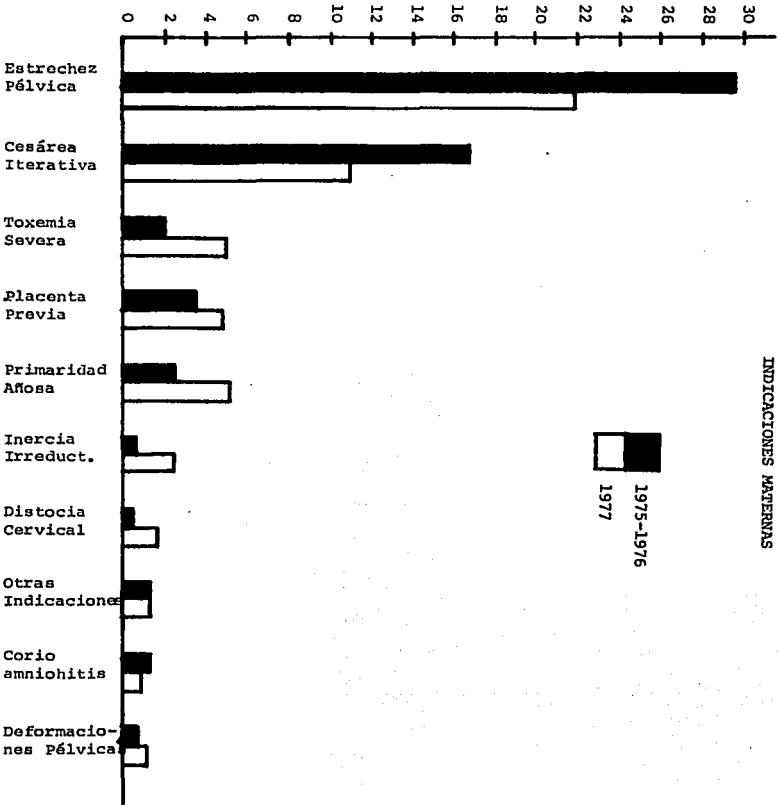
CESAREA ITERATIVA	=	30 CASOS	=	10.48 %
ESTRECHEZ PELVICA	=	62 CASOS	=	21.67 %
DEFORMACIONES PELVICAS	=	3 CASOS	=	1.04 %
PLACENTA PREVIA	=	14 CASOS	=	4.89 %
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA NORMOINSERTO	=	2 CASOS	=	0.6 %
INERCIA INEDUCTIBLE	=	7 CASOS	=	2.44 %
CORIOAMNIOITIS	=	2 CASOS	=	0.6 %
DISTOSIA CERVICAL	=	5 CASOS	=	1.74 %
ANTECEDENTE DE RUPTURA UTERINA	=	1 CASO	=	.34 %
PLASTIA VAGINAL	=	1 CASO	=	.34 %
TOXEMIA SEVERA	=	15 CASOS	=	5.24 %
PRIMARIDAD AÑOSA	=	12 CASOS	=	4.19 %
 T O T A L:		 154 CASOS	=	 53.84 %



**TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN**

HOSPITAL GRAL. "10. DE OCTUBRE"  
I. S. S. S. T. E.  
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

INDICACIONES MATERNAS



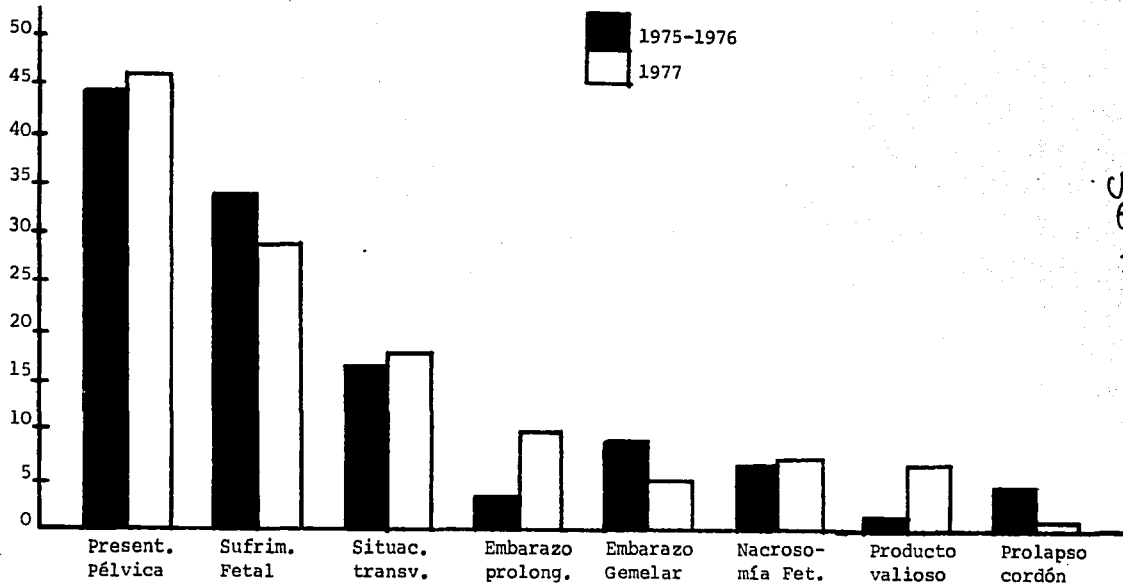
SS-A

INDICACIONES FETALES

SUFRIMIENTO FETAL	= 28 CASOS = 9.79 %
PROLAPSO DEL CORDON	= 1 CASO = .34 %
SITUACION TRANSVERSA	= 17 CASOS = 5.94 %
PRESENTACION PELVICA	= 46 CASOS = 16.08 %
PRESENTACION DE CARA Y FRENTE	= 6 CASOS = 2.09 %
EMBARZO GEMELAR	= 5 CASOS = 1.74 %
MACROSOMIA FETAL	= 8 CASOS = 2.79 %
HIDROCEFALIA	= 1 CASO = .34 %
ISOINMUNIZACION	= 2 CASOS = .69 %
EMBARAZO PROLONGADO	= 10 CASOS = 3.49 %
PRODUCTO VALIOSO	= 8 CASOS = 2.79 %
T O T A L :	132 CASOS = 46.15 %

HOSPITAL GRAL. "10. DE OCTUBRE"  
I. S. S. S. T. E.  
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

INDICACIONES FETALES



SC-A

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

COMPLICACIONES MATERNAS

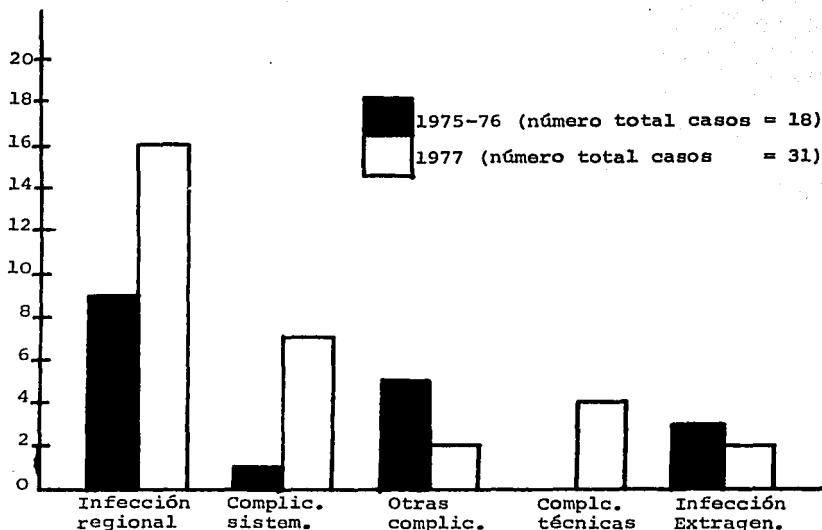
INFECCION DE LA HERIDA	= 11 CASOS = 35.48 %
INFECCION PELVICA	= 1 CASO = 3.22 %
INFECCIONES EXTRAGENITALES	= 2 CASOS = 6.45 %
PELVIPRITONITIS	= 1 CASO = 3.22 %
INFECCIONES UTERINAS ENDOMETRITIS	= 2 CASOS = 6.45 %
HEMATOMAS EN LOS ANGULOS DE LA INCISION	= 1 CASO = 3.22 %
CEFALALGIA	= 1 CASO = 3.22 %
CISTITIS	= 2 CASOS = 6.45 %
ILEO PARALITICO	= 1 CASO = 3.22 %
BRONCONEUMONIA	= 2 CASOS = 6.45 %
EMBOLIA	= 1 CASO = 3.22 %
PARO RESPIRATORIO	= 1 CASO = 3.22 %
ABCESOS DE PARED	= 1 CASO = 3.22 %
DEHISCENCIA DE PLANOS SUPERFICIALES	= 3 CASOS = 9.67 %
BRONCOASPIRACION	= 1 CASO = 3.22 %
 T O T A L	 31 CASOS = 10.83 %

57-A

HOSPITAL GRAL. "1o. DE OCTUBRE"  
I. S. S. S. T. E.

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

COMPLICACIONES MATERNAS



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

COMPLICACIONES FETALES

INMADUREZ Y PREMATUREZ = 12 CASOS = 46.15 %

BRONCOASPIRACION = 5 CASOS = 19.23 %

APNEA NEONATAL = 2 CASOS = 7.69 %

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA = 7 CASOS = 26.92

T O T A L : 26 CASOS = 9.09 %

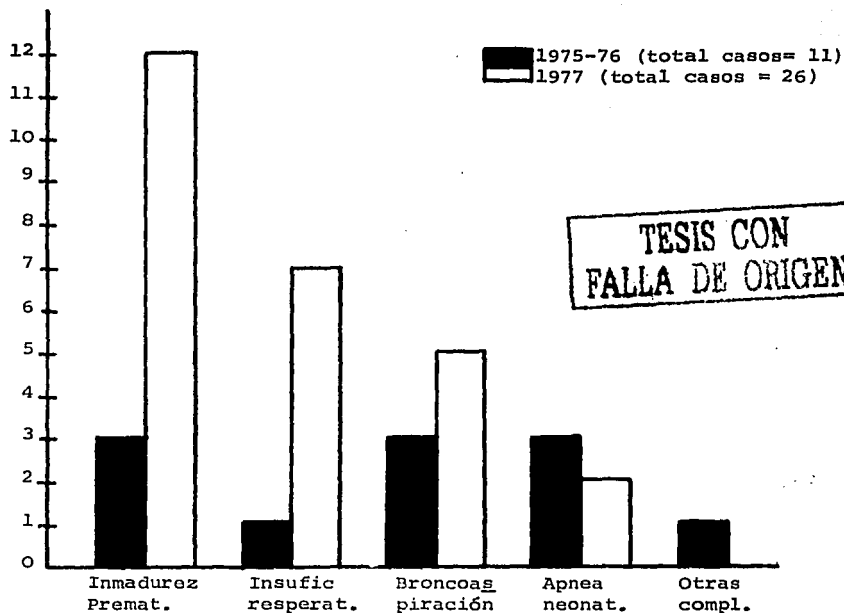
EL TOTAL DE COMPLICACIONES MA-  
TERNAS Y FETALES CORRESPONDE A 57 CASOS = 19.92%

58-A

HOSPITAL GRAL. "1o. DE OCTUBRE"  
I. S. S. S. T. E.

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

COMPLICACIONES FETALES



A CONTINUACION SE PRESENTAN GRAFICAS COMPARATIVAS DE PACIENTES POR:

EDAD

INDICACIONES MATERNAS

INDICACIONES FETALES

COMPLICACIONES MATERNAS Y

COMPLICACIONES FETALES.

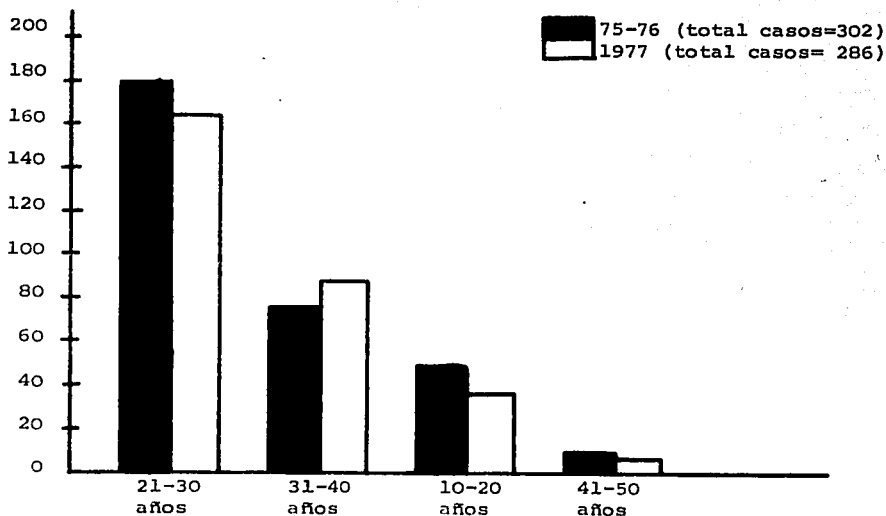
ESTA TESIS NO SALI  
DE LA BIBLIOTECA



59-A

HOSPITAL GRAL. "10. DE OCTUBRE"  
I. S. S. S. T. E.  
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

NUMERO DE PACIENTES POR EDAD



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

59-B

EL TOTAL DE PARTOS DE DICIEMBRE DE 1975 A DICIEMBRE DE 1976, FUE DE 4,898, CORRESPONDIENDO 302 - CASOS A CESAREAS, QUE EQUIVALE AL 6.16%.

EL TOTAL DE PARTOS DE ENERO A DICIEMBRE DE 1977, FUE DE 3,952, CORRESPONDIERON 302 CASOS A CESAREAS, QUE EQUIVALEN A 7.23%.

EL TOTAL PARTOS A PARTIR DE NOVIEMBRE DE 1975, 1976, A DICIEMBRE 1977, FUE DE 8,850, CORRESPONDIENDO 588 POR VIA SUPRAPUBLICA (CESAREAS), QUE EQUIVALE A UN 6.64%.

CONCLUSIONES

Una de las mayores preocupaciones de la obstetricia moderna ha sido el empleo de la operación cesárea con criterio cada vez mas racional. En tanto maniobras antes en boga para resolver las distocias han sido practicamente desechadas por el riesgo materno y neonatal que implican, la operación cesárea ha cobrado su verdadera dimensión en la época actual merced a varios factores de indiscutible valor, entre ellos el perfeccionamiento de la técnica la seguridad que ofrecen a la madre y al recién nacido los recursos anestésicos y modernos la introducción a la clínica de elementos de apoyo para clínicos y electrónicos que permiten detectar oportunamente alteraciones en el estado materno y en la condición fetal. Estos factores y la formación mas integral de los gineco-obstetras hoy en día con capacitación en areas perinatológicas, han permitido establecer las indicaciones de la operación cesárea con un criterio médico prevalente contra decisiones precipitadas e inminentemente técnicas. (8-9)

En ese sentido se han hecho varias revisiones casuísticas a nivel Institucional en el País y el objetivo de la tesis es ordenar y presentar los resultados y la casuis-

tica de este procedimiento quirúrgico en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General "10. de Octubre" ISSSTE, desde el inicio de sus actividades (noviembre de 1975) hasta finales de 1977, periodo que comprende un lapso de 26 meses.

La revisión de este material implica establecer aquellos elementos que tienen relevancia tanto por las características de la técnica quirúrgica como por los resultados de la misma.

Se presentan aquí las indicaciones maternas y fetales para la práctica del procedimiento quirúrgico y en ellas puede advertirse que en orden de frecuencia, las indicaciones maternas para la operación cesárea son congruentes con el concepto actual obstétrico para este procedimiento y coincidentes con las de otras unidades hospitalarias e institucionales. (8-17-21).

Respecto a las otras variantes incluidas en el presente trabajo, como las complicaciones maternas y las fetales y neonatales, cabe comentar que aún cuando se observaron los lineamientos ortodoxos en la decisión y práctica quirúrgica, dichas complicaciones permiten considerar que no obstante todas las ventajas del procedimiento, este no es inocuo, y de ahí que su indicación debe ante

todo estar respaldada por un juicio certero clínico.

En conclusión de 8,850 partos atendidos en este centro hospitalario, 588 terminaron por vías suprapúbica (operación cesárea) lo que corresponde al 6.64%. (17)

El promedio de edad de las pacientes cesareadas fué de 27 años. Siendo la paciente más joven de 14 años de edad y la de más edad de 49 años.

Se encontraron un total de 190 primigestas que corresponde al 32.3% y 398 casos de secundigestas y multigestas que no da un 67.68%.

El mayor número de casos de pacientes cesareadas se encontró entre los 20 y los 30 años de edad, siendo un total de 341 casos, 57.99%. (17)

Las indicaciones maternas encontradas mas frecuentemente son en primer lugar la desproporción cefalopélvica - con un total de 149 casos que corresponde al 25.34%. El segundo lugar le correspondió al de cesárea iterativa, - con un total de 80 casos, 13.60; le siguieron 25 casos - de placenta previa, 4.25%; toxemia severa 21 casos, 3.23%; corioamniohitis 6 casos, 1.02%; inercia irreductible 9 - casos, 1.53%; distocia cervical 6 casos, 1.02%; otras - indicaciones 15 casos, 2.55%.

Dentro de las indicaciones fetales las causas más fre-

cuentas fueron las siguientes: presentación pélvica con 89 casos, 13.13%; sufrimiento fetal 61 caso, 10.37%; situación transversa con 33 casos, 5.61%; embarazo prolongado 13 casos, 2.21%; macrosomia fetal 15 casos, 2.55%; embarazo gemelar 14 casos, 2.38%; otras indicaciones - fetales 33 casos, correspondieron al 5.61%.

Dentro de las complicaciones maternas mas frecuentes se encuentran: infección de la herida 20 casos, 40.81%; endometritis 6 casos, 12.24%; infecciones extragenitales 5 casos, 10.20%; dehiscencia de planos superficiales 3 casos, 6.12%; otras complicaciones 15 casos, 30.61%.

Complicaciones fetales, se encontraron la siguiente - etiología, inmadurez y prematurez 15 casos, 40.54%; - broncoaspiración 8 casos, 21.62%; insuficiencia respi-ratoria 8 casos, 21.62%; otras complicaciones 6 casos, 16.21% (13-17-21-22)

De todo lo anteriormente estudiado llegamos a la con- clusión de que la operación cesárea segmentaria es el método de elección en el tratamiento de la distocia - cualquiera que sea su etiología. Se valorará a toda - paciente que manifieste sangrado transvaginal en el - trabajo de parto, especialmente aquellas que manifies- ten que su trabajo de parto ha sido prolongado, tortuo

so, por el exceso de manipulaciones y forzado por la aplicación excesiva o masiva de ocitócicos.

El parto vaginal es permisible siempre que exista la mayor seguridad de un buen resultado final para la madre y para el feto, en caso contrario la cesárea indicada juiciosamente es un método eficaz para la resolución de estos embarazos.

Una embarazada con cesárea previa indicada por DCP y bajo condiciones similares deberá ser considerada como portadora de la misma indicación hasta no demostrarse lo contrario. (25)

Se encontraron situaciones que son propias de una segunda operación, como la presentación pélvica, embarazo gemelar, la duda en la integridad de la cicatriz previa, el embarazo prolongado y la ruptura prematura de membranas sin trabajo de parto.

En casos seleccionados adecuadamente, el parto espontáneo ofrece la menor morbilidad materna.

Se confirmará siempre el diagnóstico de distocia. La exploración se hará preferentemente en la clínica u hospital.

En este trabajo todas las incisiones se efectuaron longitudinal media infraumbilical, que en el criterio qui

rúrgico general ofrece ventajas en relación con la suprapúvica transversal cuya finalidad es mas que nada - desde el punto de vista estético-plástico. (8-12-16)

El porvenir obstétrico de la mujer cesareada es relativamente satisfactorio, cuando la operación se ha - ajustado estrictamente a la técnica operatoria.

La misma mujer puede ser cesareada dos o tres veces - cuando estas operaciones se han ajustado a las mismas normas operatorias. (23)

Cuando la operación cesárea ha sido mal practicada, - particularmente en lo que se refiere a la unión y sutura de la pared uterina, incluyendo el peritoneo, así como la sutura inadecuada de la pared abdominal, puede propiciar serias y a veces muy graves consecuencias.

La pared uterina, en los últimos meses del embarazo - puede sufrir dehiscencia o ruptura y con ello provocar grave hemorragia uterina y causar la muerte de la madre y el producto si no se interviene oportuna y eficazmente.

Por lo que toca a una defectuosa reparación de la pared abdominal, puede acarrear la aparición de hernias abdominales y aún de eventración.

Independientemente de esta consecuencia la presencia -



# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- 66 -

de una gran cicatriz sobre la pared abdominal, implica para la cesareada un trauma quirúrgico y plástico, ya que atenta contra la estética de su abdomen.

En virtud de lo expuesto, se interfiere que según las circunstancias, después de una, dos o tres operaciones cesáreas en la misma mujer es preferible ligarle las - trompas durante alguna de estas operaciones para poner punto final a estos riesgos señalados.

En conclusión los objetivos generales y particulares de esta tesis son los de aportar datos casuísticos de utilidad para estudios posteriores y para destacar los resultados obtenidos en la práctica de este procedimiento quirúrgico en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General "10. de Octubre" ISSSTE, tanto desde el - punto de vista técnico como médico en un sentido riguroso.

- 1.- RICHARD E. BERRYHILL: PENELOPE C. SMITH: MANEJO ANESTESICO DE LA OPERACION CESAREA DE URGENCIA: ANALGESIA VOL. 57, MARZO A ABRIL DE 78.
- 2.- JOSEPH APUZZIO, DONALD LOURIA: TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO DE LA OPERACION CESAREA; JOURNAL OBSTET GYNECOL, - AGOSTO 78.
- 3.- DAVID ENGELMAN, DANIEL CARLSON: ANESTESIA EPIDURAL PARA OPERACION CESAREA; ANESTESIA ANALGESIA: VOL. 57, ENERO, FEBRERO DE 78.
- 4.- ROBERT K. ARTHUR: OPERACION CESAREA: JOURNAL OBSTET GYNECOL, SEPTIEMBRE DE 78.
- 5.- R. JOUPPIEA, J. KUIKKA: FLUJO SANGUINEO PLACENTARIO DURANTE LA OPERACION CESAREA, BAJO BLOQUEO EPIDURAL: JOURNAL ANESTESIA, ABRIL DE 78.
- 6.- MAILA KOIVISTO, MATTI PUUKKA: ACTIVIDAD NEUROLOGICA EN EL NIÑO SEGUIDA DE ANESTESIA, PARA OPERACION CESAREA: ANESTESIOLOGY 48:350-356. 1978.
- 7.- DAVID CHARLES, ABE MICKAL: CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS; EDITORIAL INTERAMERICANA 1978.
- 8.- VICTOR RUIZ V. : OPERACION CESAREA; 93-111; PRENSA MEDICA MEXICANA.
- 9.- RALPH C. BENSON: MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

68

CONDUCTA OBSTETRICA, 401. MANUAL MODERNO. TERCERA EDICION.

- 10.- BERNARDES J. : HALLAZGOS HISTEROGRAFICOS EN OPERACION CESAREA REPETIDA. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, 24: 11, 1977.
- 11.- PEREZ TAMAYO: PRINCIPIOS DE PATOLOGIA. LA PRENSA MEDICA MEXICANA 1975, RUIZ V. ROSAS A. : ESTUDIO DE - LA CICATRIZACION DEL UTERO GESTANTE. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. 24; 15 1978.
- 12.- SEPTIEM J. N. : BASES HISTOLOGICAS Y FUNCIONALES PARA LA ELECCION DEL TIPO DE CESAREA. GINECOLOGIA Y - OBSTETRICIA 36: 49, 1976.
- 13.- 1115, 1977.
- 14.- JHON J.H. HISTORIA DE LA OPERACION CESAREA. GYNECOL OBSTET P. 93, 1976.
- 15.- RILEY, F.J. : CESAREA HISTERECTOMIA: OBSTET GYNECOL. 16: 13, 1976.
- 16.- DE COSTA, E.J.; OPERACION CESAREA: OBSTET GYNECOL 2; 937-1048, 1977.
- 17.- EVA PATEK and BENTIL LARSSON: CESAREAN SECTION: ACTA OBSTET GYNECOL SEAND 57: 245-248. 1978.
- 18.- BEAR. M.E. : CESAREA ITERATIVA. REPORTE DE 100 CASOS. GINEC. OBSTET. MEX. 38: 113, 1975.
- 19.- DAW. R.E. : NEE FOR CESAREAN SECTION. OBSTET. GINE-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

69

COL. 44: 311. 1974.

- 20.- LEADING ARTICLE: DELIVERY AFTER CESAREAN SECTION.
- 21.- GOMEZ PIÑA, P.J. Y JASSO, A.R.: CESAREA PREVIA -  
UNICA. ANALISIS DE MIL CASOS. GINEC. OBSTET. MEX.  
32: 251, 1972.
- 22.- JOHNNELL, E.H. INCREASING CESAREAN SECTION RATE.  
ACTA OBSTET. GYNECOL. SCAND. 55: 95, 1976.
- 23.- MCGARRY, A.J.: THE MANAGEMENT OF PATIENTS PREVIOUS  
LY DELIVERED BY CESAREAN SECTION. J. OBSTET. GYNE-  
COL. BRIT. COMMONW. 76: 137, 1969.
- 24.- PEARSON, R.: CESAREAN SECTION AND RESPIRATORY DIS-  
TRESS SYNDROME. BR. MED. J. 1: 1209, 1976.
- 25.- RIO DE LA LOZA, F.: KASSEM, J., y RUIZ VELASCO,  
V.: SEGUNDA CESAREA EN PACIENTES SOMETIDAS A TRABA  
JO DE PARTO. GINEC. OBSTET. MEX. 30: 33, 1971.