

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

**LA OPERACION CESÁREA EN EL CENTRO
MATERNO INFANTIL DE GUATEMALA**

TESIS

**presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala, por**

ARMANDO GONZÁLEZ QUEZADA

Ex-interno por oposición del Servicio de Emergencia del Hospital General.
Ex-interno de los siguientes servicios: 2a. sala de Maternidad, 2a. Sala
de Cirugía de Mujeres, 4a. sala de Medicina de Hombres. (Hospital Ge-
neral) Ex-interno del servicio de Aislamiento y Servicio de Dermatología
del Hospital San Jose. Ex-practicante por oposición de los siguientes servi-
cios: Consulta externa de Enfermedades Transmisibles, Medicina Interna,
Ginecología y Dermatología. Ex-directivo de la Juventud Médica.

**En el acto de su investidura de
MEDICO Y CIRUJANO.**



ABRIL DE 1955.

HISTORIA DE LA OPERACION CESAREA Y EVOLUCION

Si bien faltan datos exactos y positivos acerca de la operación cesárea en sus principios, la Mitología y las tradiciones de diversos pueblos parecen indicar que esta intervención obstétrica fue ya practicada en tiempos muy remotos. El "parto inmaduro" era interpretado como signo de brillante porvenir. Los reyes y los héroes, evitaban la tenebrosa angostura del canal del parto y para ellos nos rige la antigua frase latina INTER FAECES TURINAS NACIMUR".

En el Rig Veda libro antiguo de los indúes se menciona que el Dios Indra se negó a nacer por la vía conocida. En los textos de Lalitasvitara y Mahavastu señalan que Buda nació inmaduro. La Mitología Griega cita los nacimientos de los dioses como Asclépios y Dionisios quienes fueron extraídos del vientre materno por vía natural. Esculapio, Dios de la Medicina, es extraído del vientre materno, cuando Apolo su padre le perdona la vida, Rusten héroe nacional persa nace por cesárea. (Sha Name libro de los Reyes) En las tradiciones nórdicas Wolsung nace del mismo modo. Los pueblos primitivos que no conocían la vía natural del parto espontáneo, abrían el vientre de las mujeres embarazadas, testimonios se encuentran en los vestigios de pueblos, como el de las Islas Palau. Los tschambas y los Nubas (Africa) los Wigots (California) los Bororos (Brasil) desconocen la vía natural.

Algunos historiadores, dividen la historia de la Cesárea en períodos que son marcados por un cambio radical en las ideas.

Existe la creencia errónea que así vino al mundo Julio César, pero su madre vivía todavía en tiempo de la guerras Galias.

En tiempos del Emperador Justiniano se promulgó la lex Iulia o lex caesarea por la cual se obligaba a abrir el vientre de la mujer embarazada que moría a consecuencia del parto. (Diges

tos de Justiniano) otros creen erróneamente que fue Numa Pompilio, sucesor de Rómulo quien promulgó la ley.

Podríamos llamar a esto primer período.

La segunda época abarca desde la edad media hasta la mitad del Siglo XIX.

En el año 1500 Jacob Nufer en Suiza creen que ejecutó la primera cesárea en una mujer viva. Guillemeau (1550- 1613) da datos precisos acerca de la operación que no dejan lugar a duda. Rousset (1586) reporta quince operaciones, nunca ejecutó ninguna y fue un empírico que llegó a tener gran importancia. El 4 de Abril de 1610 Jeremías Trautman en Alemania opera con éxito a la mujer de un tonelero. En el siglo XVII no se hace nada de importancia. Mauriceau famoso tocólogo francés no era partidario de la operación. Esto comprende el Segundo Período. En el cual se emplea por primera vez la sutura y se trata de hacer cesárea extraperitoneales.

El tercer período está dominado por la idea de Porro Profesor de Milán que dió un impulso notable a la operación cesárea con su técnica de amputación y sutura del muñón uterino. Leopold en un comentario dice: "Si Porro deshizo el nudo gordiano cortándolo, a Sanger corresponde el mérito de haberlo efectivamente desanudado". A esto podríamos llamar Tercer Período.

Sanger en 1882 describe la cesárea clásica. La sutura de la pared uterina representa un progreso enorme y los éxitos son corroborados por la introducción de la asepsia y antisepsia. Selheim inicia la cesárea extraperitoneal. Durshen la Cesárea vaginal. Esto representa el cuarto período. El último período es contemporáneo; a él van ligados el conocimiento de las ventajas que reporta la sección sobre el segmento inferior y de la posibilidad de abordar el útero por vía extraperitoneal sin recurrir a artificios. (Ritgen) Los nombres de Frank, Latsco y Kroening llenan por sí solos, buena parte del mismo.

Nueva época en el desenvolvimiento de la cesárea marcan antibióticos quienes vienen a resolver, como Porro en su tiempo el peligro de contaminación de la cavidad peritoneal.

HISTORIA DE LA CESAREA EN GUA TEMALA

El doctor Eligio Baca, cirujano guatemalteco en Diciembre de 1871 hace la primera cesárea en Centro América. En 1905 el doctor Juan J. Ortega ejecuta la primera cesárea corpórea en el Hospital General de Guatemala. El 12 de Mayo de 1919 el doctor Lizardo Estrada interviene la Segunda Cesárea y es reportada por el entonces interno del Servicio Br. Guillermo Sánchez (Revista de la Juventud Médica 1920). En 1942 el Dr. Ricardo Alvarado (Orantes introduce la técnica de cesárea extraperitoneales (Waters).

DEFINICION

La operación cesárea es el acto de extraer del útero el feto, a través de una incisión en la pared abdominal (cesárea abdominal) o a través de una incisión vaginal. Este término no se aplica a la extracción del feto después de la ruptura del útero, ni tampoco a las operaciones que se ejecutan después de un embarazo ectópico.

INDICACIONES

Sólo hacemos mención de las absolutas puesto que las relativas son casuísticas.

1. Desproporción bien definida entre la cabeza fetal y el estrecho pélvico superior.
2. Estrechez marcada del estrecho pélvico inferior.
3. Tumores que obstruyen la salida del feto.
4. Preeclamsia en una primipara hacia el final del embarazo que empeora progresivamente a pesar de un buen tratamiento.
5. Placenta previa central y algunos casos de placenta previa lateral.
6. Casos graves de desprendimiento prematuro de la placenta en los que prosigue la hemorragia a pesar del tratamiento.
7. Presentación transversa en una primipara a término cuando ha fracasado la versión externa y la pelvis es estrecha.
8. Casos de diabetes en que el feto está creciendo rápidamente, puede practicarse tres o cuatro semanas antes del término normal del embarazo.
9. Casos de aborto habitual en que el feto muere después de ser viable, se puede practicar la operación inmediatamente antes del momento en que de costumbre se produce la muerte fetal.
10. En todas las primiparas de más de cuarenta años con presentación podalica.
11. Inminencia de ruptura uterina, con buenas condiciones de la madre.
12. Coincidencia con el embarazo de grandes fibromas uterinos, en los que se tiene que hacer histerectomía.

Después de la oclusión con éxito de fistulas vesicovaginales o rectovaginales, o para la reparación de incontinencias antiguas de orina o materias fecales.

En casos raros en que no puede vencerse por medidas médicas adecuadas ni por medio de anestesia, un anillo de contracción persistente.

En algunos casos en que se halla prolapso de cordón, con un cuello uterino incompletamente dilatado.

6. Antecedente de cesárea anterior, cuando ésta ha sido bien indicada.
7. Malformaciones uterinas.
8. Tumores o estenosis cicatricial del cuello.
9. Cicatrices vaginales por cáncer, edema, ulceraciones, etc.
10. Eclampsia y eclamismo con feto viable.

EXCEPCIONALES

1. Riñón ectópico
2. Diafragma vaginal incompleto o perforado e inextensible.
3. Pseudohemafroditismo.
4. Prolapso genital o desgarros quirúrgicos corregidos anteriormente.
5. Mujer moribunda o recién muerta con feto vivo.

RESUMEN DE LAS INDICACIONES

1. Desproporción del móvil y el espacio existente en el canal del parto.
2. Terminación rápida del parto en interés de la vida de la madre.
3. Necesidad de la terminación rápida del parto en interés de la vida del feto.
4. Evitación del parto por vía natural por la existencia de factores gravídicos o extragravídicos que lo conviertan en peligroso.
5. Necesidad de interrumpir el embarazo en los últimos meses o pasado del término.

CONDICIONES PARA UNA CESAREA

Maternas:

1. Buen estado general de la madre.
2. Imposibilidad de vaciar el útero por vía vaginal.
3. Asegurar un hijo vivo cuando la vía vaginal no garantiza un parto feliz.

Fetales:

1. Presentación no encajada (Móvil o apenas insinuada)
2. Feto vivo (Relativo pues se puede hacer con feto muerto en casos de contractura uterina, desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa oclusiva, inminencia de ruptura uterina, ruptura uterina, ruptura uterina con paso del feto a la cavidad abdominal, en honor de la vida de la madre.

Ovulares:

Pureza del caso. Esta condición ha variado mucho con el advenimiento de los antibióticos y la introducción de las técnicas extraperitoneales.

CLASIFICACION DE LAS CESAREAS:

Transperitoneales.	Clásica y Segmentaria
Extraperitoneales.	Puras y con artificio (Midhon Puga etc.)
Mutiladoras.	Operación de Porro (ya descartada).
Con exteriorización.	Operación con Portes (Ya no se usa).
Vaginal.	Operación de Durhssen (ya descartada).

INCONVENIENTES DE LA CESAREA CLASICA O CORPOREA

1. Contaminación de la cavidad peritoneal.
2. Cicatriz en una zona contráctil.
3. Aderencias epiploicas a la cicatriz.
4. No hay restitutio ad integrum.

5. Es de técnica más sencilla (ventaja).

VENTAJAS DE LA SEGMENTARIA:

1. Menor o nula contaminación de la cavidad peritoneal.
2. Cicatriz en zona de reposo.
3. Mínimas adherencias.
4. Restitutio ad integrum (90% de los casos).
5. No da ruptura en embarazo posterior.

CONTRAINDICACIONES:

1. Feto muerto en pelvis absolutamente estrechas y en otros casos de placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta en los que es necesario cohibir la hemorragia rápidamente.
2. Monstruosidades comprobadas radiológicamente con placenta previa central total.
3. En tratados antiguos existen otras contraindicaciones pero los antibióticos y las nuevas técnicas (extraperitoneales) las han suprimido.

ANESTESIA

La mayoría de obstetras están de acuerdo que la mejor anestesia es la general con éter, oxígeno y protóxido nitroso, ciclopropano, etc. pero razones de comodidad, condiciones del medio en que se interviene, equipo con que se puede contar permiten usar la raquianestesia ya descartada en otros medios. Cuando se usa raquia da menos peligro el uso Procaína.

TÉCNICA

No hacemos comentarios a la técnica pues se encuentra perfectamente descrita en cualquier tratado de Cirugía Obstétrica y depende de la experiencia o la habilidad del cirujano.

PRESENTACION DE CASOS Y ESTADISTICA

El Centro Materno Infantil de Guatemala fue inaugurado el 1° de Mayo de 1953. Se han efectuado en dicho centro cuarenta y cinco cesáreas y se han atendido 7420 partos, lo que nos da un porcentaje de 0.61 %. La mortalidad infantil es de 8.8. La mortalidad materna es cero.

INDICACIONES POR LAS QUE SE HA INTERVENIDO

DESpropORCION FETO PELVICA

1. Relación feto pélvica límite, en primigesta con presentación podalica.
2. Pelvis plana con cesárea anterior y presentación podalica.
3. Pelvis androide.
4. Desproporción cefalopélvica con cesárea anterior (tres casos).
5. Desproporción fetopélvica por estrechos (cuatro casos).
6. Pelvis estrecha y presentación podalica.
7. Pelvis plana con D. F. P. (dos casos).
8. Desproporción feto pélvica con prueba de trabajo, sin encajamiento.
9. Estrechez pélvica o inminencia de ruptura cicatriz anterior.
10. Desproporción feto pélvica con ruptura subserosa del útero.
11. Desproporción feto pélvica por pelvis asimétrica.
12. Estrechez pélvica (dos casos).

Total 19 casos

PLACENTA PREVIA

1. Placenta previa central total (tres casos).
2. Placenta previa marginal (un caso)

Total 4 casos.

DISTANCIA DE CONTRACCION

1. Inercia uterina secundaria, prociencia de miembro inferior.
2. Ruptura accidental de bolsa de las aguas y presentación podalica.
3. Inercia primitiva y trabajo prolongada.

Total 2 casos.

PRESENTACION TRANSVERSA PURA

1. Presentación transversa y cesárea anterior.
2. Ruptura uterina y transversa. (Se completó la cesárea).
3. Primiparidad y transversa.

Total 3 casos.

DESprendimiento Prematuro de la Placenta

1. Parto prolongado, sufrimiento fetal, inercia uterina secundaria.
2. Presentación transversa y cesárea anterior.
3. Presentación transversa.

Total 3 casos

DISTOCIA DEL CUELLO

1. Cáncer de cuello grado uno y dos (dos casos)
2. Estenosis cicatriciales con inminencia de ruptura uterina.
3. Rigidez del cuello.
4. No dilatación de cuello y colapso de cordón.
5. Primigesta añosa con rigidez de cuello.

Total 7 casos

- 1 Abdomen péndulo con diastasis de los rectos. Posición viciosa del feto.
- 1 Presentación de cara. Anillo de contracción. Forceps frustrado.
- 1 Procidencia de cordón, con cesárea anterior.
- 1 Anillo de contracción y cesárea previa. Presentación pelviana.
- 1 Eclampsia
- 1 Procidencia de cuatro miembros.
- 1 Procidencia de miembro superior.

CONCLUSIONES

1. Primiparidad y presentación transversa con feto vivo se debe resolver por cesárea.
2. La operación cesárea es inocua cuando está bien indicada y con buenas condiciones.
3. La cesárea es una solución fácil para el obstetra con hábito quirúrgico.
4. La cesárea transperitoneal es la más ejecutada por el advenimiento de los antibióticos.
5. Cuando se practica obstetricia rural y no se tiene un buen en trenamiento en manipulaciones obstétricas, se debe de hacer más cesáreas para salvar más niños.
6. Las cesáreas efectuadas en el Centro Materno Infantil estaban bien indicadas.

Armando González Quezada

Va. Bo.

Dr. Jorge Pellecer

Imprímase

Dr. José Fajardo
Decano

BIBLIOGRAFIA

Tratado de Obstetricia de
Greenhill 1954.

Tratado de Obstetricia de
Moragues Bernat. 1950

Gynecology and Obstetric
Davis. 1955.

La operación cesárea en Guatemala.
Tesis de graduación Dr. G. Sánchez

Obstetricia de
Dexeus Font. 1948.

Tratado de Patología Obstétrica de
Nubiola y Sarate