

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas

LA OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT DE GUATEMALA

TESIS

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

ERNESTO ALARCON ESTEVEZ

Practicante interno de la Consulta externa de Medicina y de
Cirugía, del Hospital General. Practicante Interno de los Ser-
vicios: Cuarta Medicina de Hombres y Cuarta Cirugía de Mu-
jeres, del Hospital General. Practicante Interno y Asistente de
Residente del Departamento de Pediatría del Hospital Roose-
velt. Practicante Interno y actualmente, residente del Depar-
tamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. Ex-voçal 5o.
de la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas
(1952). Miembro Directivo de la Junta Deportiva
Universitaria.

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, Noviembre de 1958.

PLAN DE TESIS

CAPITULO PRIMERO:

Operación Cesárea en general.

- I). Historia
 - a) Historia general
 - b) Historia en Guatemala.
- II). Indicações de la Operación
- III). Clasificación de las Cesáreas.
- IV). Técnica Operatoria.
- V). Anestesia.

CAPITULO SEGUNDO:

Operación Cesárea en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

- I). Presentación del material e Incidencia.
- II). La Madre:
 - a) Control prenatal.
 - b) Edad.
 - c) Paridad.
 - d) Cesárea anterior.
 - e) Edad del Embarazo.
 - f) Tipo de operación practicada.
 - g) Razón de la Cesárea.
 - h) Hospitalización.
 - i) Morbilidad y complicaciones.
 - j) Mortalidad.
- III). El Niño:
 - a) Natalidad y Mortalidad.
 - b) Sexo y Peso
- IV). Comentario de casos especiales.
- V). Conclusiones
- VI). Bibliografía.

HISTORIA:

Antes de enumerar los diversos hechos que pueden suceder con cierta armonía y que en conjunto pueden considerarse como la historia de la operación cesárea, quiero dejar constancia que sobre este tópico no se escribe nada nuevo, simplemente hemos recopilado los diversos datos que traen los textos de Obstetricia, las revistas médicas así como también, en tesis de graduaciones anteriores, que han tratado sobre el mismo tema.

Podemos dividir la historia de la cesárea en dos capítulos:

- a) Historia en general; y
- b) Resumen histórico en nuestra Patria.

a) Historia General:

A ciencia cierta no se sabe dónde ni quién fue el creador de la operación; en todos los libros se habla de la antigüedad de la misma, poniendo como ejemplos el de la Mitología Griega donde se relata el nacimiento de Esculapio por medio de operación cesárea; cosa similar sucede en el Rig-veda donde se habla del nacimiento del dios Indra, oblicuamente por el flanco materno; con Buda sucede algo semejante.

En la "Lex Regia", que se atribuye a Numa Pompilio (sucesor de Rómulo), se prohibía el enterramiento de la mujer gravida sin antes extraer el feto que podría estar vivo.

Estos hechos, demuestran que la operación cesárea se practicaba en la antigüedad y sobre todo, puede decirse, que se le daba gran importancia a la cesárea post-mortem.

Ahora bien, la cesárea in-vivo, ¿cuándo principió a usarse?; ¿por qué se le llamó operación cesárea?. Con justicia dice el Dr. Carlos Martínez Durán en su interesante artículo "Aventura y Tragedia de la Obstetricia a través de los Siglos" publicado en la revista "El Médico", que es muy difícil separar la leyenda de la verdad, ya que es un hecho casi establecido y aceptado por los historiadores que el primer César (Cayo Julio Cé-

sar) "llevó su nombre por el útero escindido de su madre (a caeso matris utero)"; sin embargo, la misma historia nos demuestra la existencia de la madre del emperador durante las campañas en las Galias. Agrega el Dr. Martínez Durán, "la tragedia de una operación cesárea in-vivo en la antigüedad, era un hecho, y ninguno podrá borrar del léxico médico el término cesárea, de origen imperial, vivo recuerdo del nacimiento de Cayo Julio César".

Adelantando en los siglos, encontramos que en el año 250, el Obispo Paulo, extrajo del vientre de una parturienta, un feto muerto; Hernández Morejón en su historia médica española habla con respecto a dicha intervención, como de operación cesárea con éxito materno.

Por los años de 1200 a 1300, se recuerda el nacimiento de San Ramón Non-nato y de Don Sancho rey de Navarra por cesárea post-mortem.

En el siglo XVI Jacobo Guillemeau y su maestro Paré no aceptaban la operación in-vivo, sin embargo, en 1500 Jacobo Nufer (matarife de cerdos), después de deshauciada su mujer, por la opinión de 13 comadronas, procedió a cesarizarla; la madre tuvo posteriormente 6 niños y el César vivió 77 años. En 1582 Francisco Rousset escribió su tratado sobre la operación cesárea y a pesar de ser un teórico, sirvió para darle auge a la naciente cirugía obstétrica.

Por esa época volvió a caer en descrédito la operación, debido a la casi totalidad de muerte materna y fetal.

En el siglo XVIII la cesárea fue víctima del ataque de Juan Francisco Sacombe quien fundó una escuela anti cesariana, la cual combatía a los tocólogos, que en la época, defendían a la operación; sin embargo sus críticas no progresaron gran cosa.

Fue hasta 1876 en que el italiano Eduardo Porro, con su operación mutilante, le dió vida a la cesárea, ya que así descendió la mortalidad al 25%. El problema más serio hasta esa fecha lo constituía la sutura, y el peligro mayor, la infección. Con el advenimiento de la antisepsia, así como con las técnicas creadas para suturar los tejidos, se consolidó la operación, y se

transformó en un método eficaz de solucionar los partos irrealizables por vía baja, con menor riesgo materno. De ahí en adelante la evolución que ha sufrido la operación cesárea, es, triba solo en las distintas técnicas que se emplean: la cesárea segmentaria, la operación extraperitoneal. Cabe señalar que el primer intento de cesárea extraperitoneal fue hecho por Jorg en el año de 1806 quien no logró tener éxito. En 1822 Physick de Philadelphia, puede decirse que fue el verdadero creador de la técnica extraperitoneal; sin embargo no fue sino hasta 1908 en que Selheim consolida el prestigio e introduce definitivamente esta técnica.

El último avance sobre el pronóstico y éxito de la operación, lo constituye el uso de los antibióticos; con ellos el peligro de las infecciones endometriales, parametriales, peritonitis y septicemias se ha reducido enormemente, de tal suerte, que el número de pacientes que las padecen es bajo y las víctimas, aún menos.

Pasamos ahora a considerar la cesárea en Guatemala:

b) *Cesárea en Guatemala.*

En Diciembre de 1871 el Dr. Eligio Baca, cirujano guatemalteco, practicó la primera operación cesárea en Centro América; poco sabemos acerca del éxito que obtuvo y aún menos, si después de él otros cirujanos la practicaron.

En 1905 el Dr. Juan J. Ortega ejecutó la primera cesárea corpórea en el Hospital General de Guatemala.

En 1919 en la Maternidad Joaquina, se practicó la segunda cesárea corpórea por el Dr. Lizardo Estrada y la reportó el entonces interno de dicho centro Dr. Guillermo Sánchez.

Los doctores Ricardo Alvarez padre e hijo fueron impulsores de la operación en nuestro medio, ellos poseen en sus memorias, casos interesantísimos; por su rareza mencionamos aquí el primer caso reportado en Guatemala de embarazo extra-uterino a término con nacimiento de feto vivo.

En 1942 el Dr. Ricardo Alvarez Orantes, introduce la

- 16) Mal formaciones óceas congénitas sobre todo pélvicas.
- 17) Algunos casos de trabajo prolongado con agotamiento materno.

En fin, casi todas las complicaciones obstétricas son indicaciones, aunque relativas para practicar una cesárea. Realmente, muchas veces, no se encuentra una indicación absoluta y determinante, pero el conjunto de pequeñas incidencias que suceden durante un trabajo de parto, justifican sobradamente practicar la operación. Hay un sinnúmero de indicaciones que aquí no se consignan claramente, pero que el obstetra deberá tener en mente siempre; tales como los casos en que se tema una incompatibilidad sanguínea feto-materna, y que practicando la operación se logre un niño vivo; la muerte habitual de los niños intra-parto, aún con pelvis amplia es una indicación, dado la valiosidad que adquiere el feto; en fin, en el curso de la práctica se aprende a evaluar mejor los casos, pero lo que si debe tenerse presente, es la facilidad con que se cae en el exceso quirúrgico. Esta es la razón por la cual tenemos que evaluar perfectamente cada caso, para someter al niño y a la madre al menor riesgo posible.

CLASIFICACION DE LAS CESAREAS

- 1) *Transperitoneales*
 - a) Corpórea clásica.
 - b) Segmentaria.
 - c) Segmento-corpórea.
 - d) Cesárea-histerectomía (corrientemente llamada de Porro).
- 2) *Extraperitoneales*
 - a) Puras.
 - b) Con artificio.
- 3) Mutiladoras (operación de Porro, ya descartada).

- 4) Vaginal (casi en desuso).
- 5) Con exteriorización, operación de Portes (en desuso).
- 6) Cesárea post-mortem (ordinariamente corpórea clásica).

TECNICA DE LA OPERACION

No entraremos a la descripción detallada de las diferentes técnicas, dado que no es el objetivo del presente trabajo; solamente señalaremos que en la mayoría de los casos operados en el Hospital Roosevelt se practicó la cesárea segmentaria transperitoneal.

ANESTESIA

Ordinariamente se usa la anestesia gaseosa (oxígeno-éter) con inducción de protóxido o ciclopropano. En algunas clínicas usan de rutina la anestesia raquídea (novocaína o meticaína).

La anestesia local ya se usa poco, pero es de cierto valor en medios rurales en donde otros métodos son más difíciles.

LA OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

Esta segunda parte del presente trabajo, constituye el objetivo que nos hemos propuesto; ya que todos los datos que en adelante consignemos así como a las conclusiones a que se lleguen, no se referirán exclusivamente al Hospital Roosevelt. Mencionaremos estadísticas de otros centros hospitalarios a título de comparación, puesto que sin ella, el presente trabajo sería incompleto.

PRESENTACION DEL MATERIAL — INCIDENCIA

A partir del 15 de Diciembre de 1955, al 1o. de Enero

de 1958 ocurrieron en el Hospital Roosevelt 13,933 partos, habiéndose practicado 260 operaciones cesáreas, lo que nos arroja una incidencia de una intervención por cada 53.58 partos, y un porcentaje del 1.866%. Es éste un porcentaje relativamente bajo en comparación con las cifras obtenidas en otros centros de diversos países; por ejemplo: El Instituto Mexicano de Seguridad Social, en ocho años de experiencia, con un volumen de 99,624 partos, practicó 2,309 cesáreas, obteniendo un porcentaje del 2.31%; dicha cifra osciló en los distintos años estudiados, desde el 2.01% al 3.47%.

En el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Pensilvania, durante 20 años de actividad practicaron 2899 operaciones, en un volumen de 45,869 partos, correspondiendo su porcentaje al 12.6%. Ellos mismos aclaran que su porcentaje es más elevado que el de la mayoría de los Hospitales o clínicas de Norteamérica, y se lo atribuyen a la naturaleza "especializada" de su centro, ya que, comentan: muchos de los casos que ingresan a nuestro Hospital, son casos especiales que necesitan su pronta intervención, puesto que los envían tocólogos que consideran necesaria su hospitalización para resolverlos.

El Hospital de John Hopkings tiene un porcentaje del 4.6%.

En fin, en la mayor parte de los centros oscila entre el 2.0 al 6%. La cifra más reducida que encontramos en la literatura a nuestro alcance, es la del Instituto Materno Infantil de Guatemala, donde en un estudio de 7,420 partos con 45 cesáreas practicadas obtuvieron el 0.61%.

A continuación ilustramos el dato obtenido en el Hospital Roosevelt considerando cada año por separado:

CUADRO Nº 1

Año de	Partos	Cesáreas	Una Cesárea por cada	Porcentaje
1955	259	5	51.80 partos	1.935%
1956	6.278	112	56.05 partos	1.784%
1957	7.396	143	51.71 partos	1.933%
Total:	13.933	260	53.58 partos	1.866%

Esto demuestra que, con el correr de los años y el aumento del número de partos atendidos, va disminuyendo la incidencia proporcionalmente, y por consiguiente aumentando el porcentaje; es muy probable que en los años sucesivos obtenamos promedios similares a los de otros países.

Para realizar el presente trabajo, hemos revisado minuciosamente las 260 papeletas médicas correspondientes a las cesáreas, estudiando los rubros más importantes y los que a nuestro juicio, tienen valor práctico.

Previo a esta redacción elaboramos cuadros esquemáticos en papel de 17 columnas, donde clasificamos y estereotipamos la mayor parte de los datos valiosos de todos los Registros Médicos, y otras veces, en los mismos cuadros o en un cuaderno aparte, anotamos datos que no se encontraban en todos los casos, sino que sólo en algunos especiales, es por eso que después del estudio estadístico, presentaremos un breve resumen de estos casos individuales.

CONTROL PRENATAL

Siendo la institución una rama de la Asistencia Pública, no es condición indispensable para atender a la paciente estar inscrita y haber asistido a la Consulta Prenatal, de tal suerte que muchas de ellas no sólo, nos son desconocidas, sino que proceden de los Departamentos; sin embargo buen número fueron controladas; el cuadro siguiente nos ilustra al respecto:

CUADRO Nº 2

Fueron controladas	101 o sea el 38.85%
No fueron controladas	159 o sea el 61.15%
Total:	260 100.00%

En la consulta prenatal del Hospital Roosevelt se controla a las pacientes con una frecuencia variable, atendiendo a la edad del embarazo. En la primera consulta se le toma su Historia: Social (Servicio Social), Médica y Obstétrica. Se le

práctica un examen general y un examen obstétrico con pelvimetría externa e interna y cuando se cree necesario y oportuno se le toma su pelvimetría radiológica. Algunos exámenes de laboratorio ya son una rutina: Cardiolipina, Rh. Grupo Sanguíneo, Recuento y Fórmula, orina y heces completas.

Edad :

La mayoría de las operadas fueron pacientes comprendidas entre 20 y 30 años; la cesarizada más joven fue de 14 años y la de mayor edad, de 43 años (dos pacientes).

El promedio de las edades se ilustra a continuación:

CUADRO Nº 3

Con menos de 20 años	52 casos	20.00%
De 20 a 30 años	131 casos	50.38%
De 30 a 40 años	69 casos	26.54%
De 40 años o más	8 casos	3.08%
Total	260 casos	100.00%

Paridad :

Debemos aclarar que entendemos por paridad, al número de niños nacidos anteriormente por vía natural, así pues, las pacientes con embarazos anteriores resueltos por cesárea las consideramos como nulíparas. El cuadro que sigue nos demuestra claramente la mayor incidencia de la cesárea en nulíparas:

CUADRO Nº 4

Nulíparas	176	67.69%
Primíparas	20	7.69%
Secundíparas	20	7.69%
Triparas	9	3.46%
Más de tres partos anteriores	30	11.55%
Paridad no consignada	5	1.92%
Total	260	100.00%

Cesáreas Anteriores:

Sobre los 260 casos estudiados encontramos 73 pacientes que ya habían sido sometidas a una o más cesáreas anteriores; esto arroja un índice del 28.08%. Estos casos los podemos subdividir en la forma siguiente:

CUADRO No. 5

Con 1 cesárea anterior	57	21.92%
Con 2 cesáreas anteriores	14	5.39%
Con 3 cesáreas anteriores	2	0.77%
	Sub-Total	73 28.08%
Sin cesárea previa	187	71.92%
	Total:	260 100.00%

Antes de seguir adelante con la presentación de cuadros estadísticos haremos un comentario de los tres anteriores:

- a) Es evidente que el mayor número de cesarizadas fueron pacientes jóvenes y nulíparas;
- b) Pacientes añosas, de más de 35 años, encontramos en total 30 (11.54%), las cuales atendiendo a su paridad, las podemos subdividir así:

CUADRO No. 6

Nulípara añosa sin cesárea previa	11	4.23%
Nulípara añosa con cesárea previa	4	1.54%
Múltipara añosa sin cesárea previa	9	3.46%
Múltipara añosa con cesárea previa	5	1.92%
Paciente añosa paridad no consignada	1	0.39%
	Sub-Total	30 11.54%
Pacientes obstétricas jóvenes	230	88.46%
	Total:	260 100.00%

Edad del Embarazo:

Los datos aquí consignados se refieren a la edad del embarazo en semanas calculadas por la última menstruación; clasificándolos en: Prematuros, A término y Post-maduros:

CUADRO No. 7

De menos de 36 semanas (Prematuros)	27 casos	10.39%
De 38 a 42 semanas (A término)	228 casos	37.69%
De más de 42 semanas (Post-maduros)	5 casos	1.92%
	Total:	260 casos 100.00%

En los datos anteriores existe la probabilidad de error, sobre todo en lo que respecta a los datos de post-madurez, debido indudablemente a lo difícil que es determinar la edad del embarazo cuando las madres han olvidado la fecha exacta de su última menstruación, o simplemente la ignoran, hecho frecuente en la calidad de pacientes que forman el mayor volumen de las atendidas en el Hospital Roosevelt. Como complemento al cuadro señalamos que:

- a) La cesárea con embarazo de menor edad practicada en el Hospital Roosevelt, fue de 28 *semanas*, obteniéndose un feto muerto de 1 libra y 14 onzas de peso. Este caso llama sumamente la atención y es por eso que en el Capítulo destinado al "Resumen de Casos" señalaremos por qué se intermino (Reg. 1127/55).
- b) El caso de mayor edad de embarazo fue de 45 *semanas*, obteniéndose un niño de 6 libras 10 1/2 onzas, sin evidencia radiológica ni clínica de post-madurez; también lo comentaremos donde corresponde (Reg. 3453/56).
- c) De los 27 casos señalados como de embarazo no a tér-

mino 17 niños fueron prematuros por peso; en un caso no se consignó el peso en la papeleta (Cesárea post-mortem) y en los 9 restantes, los niños pesaron más de 5 libras 8 onzas.

Algunas de las operaciones realizadas en pacientes con embarazo no a término, serán comentadas en su oportunidad.

- d) La mayor parte (87.69%) de las cesarizadas, fueron con embarazo a término.

Tipo de Cesárea Practicada:

Antes de clasificar los casos atendiendo a la técnica que se empleó en la operación, queremos advertir que de los 260 casos, 257 se practicaron in-vivo (98.85%) y 3, post-mortem (1.15%) de las cuales no se logró ningún niño vivo.

La técnica usada se detalla a continuación:

CUADRO No. 8

Cesárea Segmentaria Transperitoneal	234	90.00%
Cesárea Segmentaria Extraperitoneal	8	3.08%
Cesárea Segmento-Corporea	4	1.54%
Cesáreas Corporeas clásicas	9	3.46%
Cesárea Histerectomía (Porro)	5	1.92%
Total:	260	100.00%

Del cuadro anterior se deduce lo siguiente:

- a) La técnica que usualmente se emplea es la Segmentaria Transperitoneal (90.00%).
- b) La cesárea clásica sólo se ejecuta en casos de necesidad urgente, impedimento uterino para hacerla seg-

mentaria o cuando se acompaña de ligadura de trompas.

Indicación de la Cesárea:

Para poder sistematizar los casos, los estudiamos en dos formas, atendiendo al número de indicaciones y a la causa por la cual predominantemente, se intervino; los cuadros siguientes nos ilustran al respecto:

CUADRO Nº 9

Pacientes con indicación única	194	74.62%
Pacientes con indicación múltiple	66	25.38%
Total:	260	100.00%

Analizados los 260 casos, la indicación predominante por la que se operó (Razón de la operación) fue la siguiente:

CUADRO Nº 10

Desproporción Pélvico-Cefálica	86	33.08 %
Cesárea Anterior	39	15.00 %
Sufrimiento Fetal	19	7.30 %
Placenta previa	17	6.54 %
Presentación transversa	14	6.54 %
Presentación Podálica	14	5.385 %
Inminencia de ruptura uterina	14	5.385 %
Presentación de cara	11	4.23 %
Distocia de partes blandas	6	2.31 %
Lesión ósea de la Pelvis	5	1.92 %
Presentación cefálica en posterior	4	1.54 %
Eclampsia	4	1.54 %
Tumor previo	4	1.54 %
Nullípara añosa	3	1.15 %
Cesárea post-mortem	3	1.15 %
Feto Gigante	2	0.77 %
Ruptura uterina	2	0.77 %
Contractura uterina	2	0.77 %
Agotamiento materno por trabajo prolongado u otros	2	0.77 %

Trabajo prolongado sin progreso	2	0.77 %
Enfermedad cardíaca materna	2	0.77 %
Embarazo gemelar	2	0.77 %
Preeclampsia	1	0.385%
Inercia uterina	1	0.385%
Histerotomía Previa	1	0.385%
Total:	260	100.00%

En el cuadro anterior se observa que las indicaciones más frecuentes fueron: la desproporción pélvico-cefálica, la cesárea por cesárea anterior, el sufrimiento fetal agudo, la placenta previa y la presentación podálica y transversa; de cada una de ellas nos ocuparemos más adelante, pero antes vamos a mencionar las estadísticas encontradas en la literatura.

En el I. M. S. S. en su trabajo sobre 2,309 cesáreas encontraron el 55.6% de ellas con indicación única; las causas principales por las que intervinieron fueron:

Desproporción	41.4%
Cesárea anterior	18.2%
Placenta previa	9.2%
Distocia de contracción	7.8%
Presentaciones Anormales	6.3%
Toxemia	5.8%
etc.	

Los datos recogidos del Hospital de Pensylvania son los siguientes:

Desproporción	38.2%
Cesárea previa	26.8%
Placenta previa	6.2%
Toxemia	4.2%
etc.	

En resumen pues, en las diversas escuelas y hospitales, ob-

tuvieron datos similares a los nuestros. Así por ejemplo ellos traen como principal causa la desproporción, con porcentaje que osciló entre el 35 al 45%; el nuestro fue de 33.08%; la segunda causa en importancia para ellos fue la cesárea anterior (del 15 al 27%) para nosotros también fue la cesárea previa con el 15%. Como tercera causa consignan los diversos autores la placenta previa (5 al 10%) para nosotros, si bien es cierto que la placenta previa ocupó el cuarto lugar, su porcentaje (6.54%) es similar al de otros hospitales. Como se vé con estos ejemplos hay mucha similitud entre lo nuestro y las estadísticas extranjeras.

Vamos ahora a comentar brevemente las principales indicaciones:

Desproporción Pélvico-Cefálica:

De los 260 casos estudiados 86 fueron operados por diagnóstico de desproporción; en ellos no se incluyen ni los fetos gigantes, ni las presentaciones que por su anomalía pueden causar desproporción (cara, mentón). La desproporción pélvico cefálica fue estudiada clínica y radiológicamente; en algunos casos, hubo discrepancia entre el diagnóstico del radiólogo y la apreciación del obstetra.

El cuadro siguiente nos ilustra acerca de las pelvimetrías:

CUADRO N° 11

Diagnóstico radiológico positivo de desproporción	47 casos	54.65%
Diagnóstico radiológico de pelvis límite	6 casos	6.98%
Diagnóstico radiológico de pelvis amplia	21 casos	24.42%
Casos sin estudio radiológico por razones diversas	4 casos	4.65%
Casos con estudios radiológicos pero que		

no se encontraron los informes o las
placas 8 casos 9.30%

Total: 86 casos 100.00%

Como se ve en más de la mitad de los casos se demostró la desproporción, clínica y radiológicamente; debemos dejar constancia, sin embargo, que no en todos, la desproporción fue por estrechez pélvica sino que por mala relación del presente feto con la pelvis materna.

Con lo anterior no queremos darle prioridad al diagnóstico radiológico sobre el clínico, sino que consideramos, que un caso positivo para ambos, es de mucho más valor estadístico que solo clínica o radiológicamente demostrado, ya que ambos sistemas están sujetos a error.

Cesárea anterior:

En el Hospital Roosevelt la conducta que se sigue en los casos de cesárea previa, es la siguiente:

a) Con una cesárea anterior y puerperio febril demostrado, reintervenir;

b) Con una cesárea anterior y puerperio normal, dar prueba de trabajo de parto, controlar estrictamente a "espección armada" por si acontece problema materno o fetal, motivo por el cual se interviene de inmediato;

c) Si persiste la indicación de la cesárea previa o si tiene más de dos cesáreas anteriores, resolverla por vía alta.

Como se recordará (Cuadro No. 5) encontramos en total 73 casos de cesárea anterior, de los cuales 57 solo tenían una operación previa y los 16 restantes dos o más. La cesárea anterior fue indicación determinante para operar en 39 casos (Cuadro No. 10). De esto se deduce que de los 57 con una cesárea previa, solo en 23, la cesárea anterior fue factor determinante para reintervenir.

Placenta Previa:

En los 260 casos estudiados, encontramos consignado el diagnóstico de placenta previa en 18 ocasiones, pudiéndolos sub-dividir así:

CUADRO Nº 12

Placenta Previa Central Total	13 casos	5.00%
Placenta Previa oclusiva Parcial	4 casos	1.54%
Placenta Previa marginal	1 caso	0.38%
Total	18 casos	6.92%

Sin embargo, al estudiar los casos para calificar la razón de la operación, solamente 17 pueden atribuirse a la placenta previa, y el caso restante, se intervino por sufrimiento fetal y en él la placenta previa marginal se diagnosticó durante la operación.

Presentación Podálica y Transversa.

Ocupa el quinto lugar en la tabla de indicaciones, cuadro No. 10).

A partir del 15 de Diciembre de 1955 al 1o. de Enero de 1958 se atendieron en el Hospital Roosevelt 588 partos con presentación podálica de los cuales 140 eran nulíparas (23.81%).

Del total de 588 partos 25 fueron resueltos con operación cesárea (4.25%). De estos 25 casos:

14 fueron intervenidos por la presentación podálica y 11 fueron intervenidos primordialmente por otra razón.

Los 14 casos intervenidos por presentación podálica podemos dividirlos en:

- 12 nulíparas.
- 2 múltiparas.

Como se ve la nuliparidad fue factor preponderante, y

considerada por aparte constituye el 8.57% de los casos de nulíparas con presentación podálica.

En las dos múltiparas cesarizadas por presentación podálica, además coadyuvó el antecedente de tragedia obstétrica. El caso No. 122 es elocuente; lo referiremos brevemente:

Paciente T.R.-M.R. Registro No. 4661/56 de 25 años. Refirió el antecedente de 4 partos anteriores con presentación podálica y muerte intraparto de todos los niños. Ingresó en trabajo de parto el 20 de Enero de 1957 con un embarazo de 40 semanas en presentación podálica; se le intervino, pero lamentablemente al iniciarse la anestesia, hizo un paro cardíaco; se procedió a darle masaje y mientras tanto el residente practicó cesárea corporea, lográndose una niña viva de 11 libras 2 onzas. Desgraciadamente la madre falleció 15 horas después.

Para concluir diremos que en los 11 casos con presentación podálica donde otro factor fue el determinante de la operación, se clasificaron en el cuadro No. 10 en otros rubros por ejemplo sufrimiento fetal agudo, contractura uterina, cesárea anterior etc. y no en el de presentación podálica.

También ocupa el quinto lugar en frecuencia como indicación de Cesárea (Cuadro No. 10).

En los dos años que abarca este trabajo, se atendieron 121 casos en presentación transversa, de los cuales 17 fueron resueltos por operación cesárea (14.05%).

El cuadro siguiente resume el porcentaje que con relación al número de partos en presentación transversa, se han resuelto por operación cesárea y al porcentaje con respecto a nuliparidad o multiparidad:

CUADRO Nº 13

	Nulíparas		Múltiparas		Total:	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Cesarizadas	10	8.26%	7	5.79%	17	14.05%
No Cesarizadas	7	5.79%	97	80.16%	104	85.95%
Total:	17	14.05%	104	85.95%	121	100.00%

Ahora bien considerándolo sobre el número total de cesáreas practicadas, el porcentaje es el siguiente:

Nulípara con presentación transversa	10 casos	3.85%
Múltipara en presentación transversa	7 casos	2.69%
Total:	17 casos	6.54%

Este último porcentaje (6.54%) varía al consignado en el cuadro No. 10 para la presentación transversa (5.385%) debido a que como sucedió con la presentación podálica, también en la transversa hubo tres casos, en múltiparas, en que otra indicación fue la "razón para operar" y no la presentación en sí. Los casos No. 112 121 y 258 fueron cesarizados por: Ruptura uterina, tumor previo y desproporción respectivamente.

Por último si consideramos separadamente a las múltiparas y las nulíparas, vemos que sobre 104 casos de las primeras, fueron operadas por su presentación 4 casos (3.85%) mientras que para la nuliparidad de un total de 17 casos, fueron intervenidos 10 (58.82%). Esto último nos demuestra que la nuliparidad en presentación transversa es una indicación casi absoluta de cesárea.

Con lo anterior consideramos suficientemente explicado el tema de indicación de la operación, algunos casos que aquí se mencionan serán comentados donde corresponde; ahora pasamos al tema de la Hospitalización.

HOSPITALIZACION: (post-operatoria)

Ordinariamente la paciente cesarizada permanece en el Hospital de 6 a 7 días durante los cuales se le brindan los cuidados necesarios; incluyendo la remoción de puntos (5o. o

6o. día). Sin embargo no todos los casos evolucionan felizmente. Otros casos hay también, que permanecen menos tiempo.

A continuación presentamos la lista completa de la Hospitalización de las pacientes cesarizadas:

CUADRO No. 14

No. de casos	Días de Hospitalización	Porcentaje
4	0	1.539 %
5	3	1.923 %
12	4	4.615 %
28	5	10.769 %
50	6	19.230 %
60	7	23.077 %
25	8	9.615 %
14	9	5.385 %
16	10	6.154 %
7	11	2.692 %
8	12	3.077 %
4	13	1.539 %
4	14	1.539 %
3	15	1.154 %
3	16	1.154 %
2	18	0.769 %
1	19	0.3846%
1	21	0.3846%
1	23	0.3846%
2	25	0.769 %
1	26	0.3846%
3	27	1.154 %
1	31	0.3846%
1	32	0.3846%
1	33	0.3846%
1	35	0.3846%
1	37	0.3846%
1	44	0.3846%
Total:		
260		100.000%

De la tabla anterior se desprenden las siguientes consecuencias:

a) El promedio, en días de Hospitalización para todas las pacientes fue de 8.65 días de post-operatorio.

b) Hubo cuatro pacientes con el mínimo de post-operatorio de 0 días; lógicamente corresponden a cuatro madres

fallecidas, antes o durante la operación. (Tres cesáreas post-mortem y otra durante paro cardíaco).

c) El mayor número de días de Hospitalización corresponde al caso No. 2, que estuvo 44 días en el Hospital Roosevelt. Corresponde a la paciente I.A.deM. Reg/575/55, quien ingresó y fue operada el 16/XII/55, egresó el 23/XII/55, pero reingresó por absceso y dehiscencia de la pared; completó en total 44 días sin contar los que estuvo fuera.

COMPLICACIONES:

El post-operatorio de los 260 casos atendidos quirúrgicamente fue como sigue:

CUADRO No. 15

Casos sin post-operatorio (muerte materna)	4	1.54%
Casos con post-operatorio mórbido	40	15.38%
Casos con post-operatorio normal	216	83.08%
Total	260	100.00%

NOTA: Algunos de los casos clasificados con post-operatorio normal, tuvieron cuadros febriles, pero no los incluimos entre los mórbidos porque la etiología de la fiebre fue debida a patología extraña a la operatoria. Estos casos son: El No. 4, 170 y 256 diagnosticados como crisis palúdica; el caso No. 12 que se clasificó como fiebre tifoidea; este último desgraciadamente no se pudo confirmar con el laboratorio. El caso 131 que hizo un cuadro de empiema vesicular y por último el caso 186 que presentó una piodermitis alérgica.

Las complicaciones que hicieron los 40 casos mórbidos fueron:

CUADRO Nº 16

	Shock	2 casos
1) Quirúrgicas	Ruptura de la Vejiga	1 caso
	Paro Respiratorio	1 caso
	Paro cardíaco	1 caso
2) Vasculares	Enfermedad Trombo-	
	Embólica	2 casos
3) Pulmonares	Absceso pulmonar	2 casos
	Infarto pulmonar	1 caso
	Neumonía hipostática	7 casos
a) Pared	Absceso de la Pared	12 casos
4) Infecciosas:	Dehiscencia de la Pared	12 casos
b) Uterinas	Endometritis	16 casos
	Parametritis	2 casos
c) Otras	Septicemia	2 casos
5) Peritoneales	Absceso retroperitoneal	1 caso
	Neumoperitoneo Diag-	
	nósticoado por Rayos X	2 casos
6) Urinarias	Cuerpo extraño	1 caso
7) Intestinales	Retención urinaria	1 caso
	Ileo paralítico	4 casos
	Total:	70
		Complic.

Del cuadro anterior se desprenden las siguientes deducciones:

a) El número de complicaciones es mayor al número de casos complicados, ya que hubo algunos que presentaron dos o más de ellas.

b) No encontramos complicaciones hemorrágicas tardías ni infecciones mamarias o urinarias. Tampoco hubo evisceraciones.

c) La complicación más frecuente fue la Endometritis (16 casos), que con relación al total de casos mórbidos (40) representa el 40.00%;

d) La dehiscencia y el absceso de la pared, (12 casos) representan el 30.0% de los casos complicados, y el 4.615% del total de operaciones.

e) La neumonía representa el 2.69% en los 260 casos y el 17.5% sobre 40.

f) Al ileo, el 1.54% sobre 260, y el 10.0% sobre los

40 casos infectados.

g) A los que presentaron dos casos, el 0.77% sobre 260 y el 5.0% sobre 40.

h) Los de 1 caso, el 0.385% sobre 260 casos y el 2.5% sobre los 40 mórbidos.

i) Solo tuvimos una infección retroperitoneal y 2 Septicemias, lo cual representa un porcentaje bajo.

Los datos sobre morbilidad de otros centros, oscilan en cifras que llegan al 22%, en consideración a las cuales, la nuestra (15.385%) es aceptable, a pesar de que muchos casos son intervenidos, con el antecedente de maniobras obstétricas practicadas por empíricas irresponsables, que no toman precauciones de asepsia o antisepsia y por lo tanto ya llegan infectados al Hospital.

El uso profiláctico de antibióticos ha reducido considerablemente la morbilidad y con ella las complicaciones. Queremos hacer ver que, la idea antigua de no operar los casos infectados, fue desplazada por la Ce sárea de Porro, y ésta última, con los antibióticos y la técnica extraperitoneal, ha sido relegada a la Historia.

MORTALIDAD MATERNA:

En las 260 cesáreas practicadas, ocurrieron dos muertes, lo que representa el 0.769% de mortalidad operatoria.

Si analizamos por separado los distintos tipos de operaciones practicadas, obtenemos los datos correspondientes al cuadro siguiente:

CUADRO Nº 17

	No. de Casos	Muertes	Porcentaje
Segmentaria transperitoneal	234	0	0.000%
Segmentaria extraperitoneal	8	1	12.50%
Corporea clásica	9	1	11.111%
Segmento-corporea	4	0	0.000%

Cesárea histerectomía	5	0	0.000%
Total	260	2	0.769%

Antes de hacer un análisis comparativo con otras estadísticas, señalaremos el hecho que, un factor determinante para el índice de mortalidad es el número de casos practicados, ya que cuando es reducido, puede dar una falsa apariencia de ser elevado como acontece con los datos que observamos en el cuadro anterior, con la cesárea clásica y con la extraperitoneal.

Analizando los datos que obtuvimos en la literatura, en comparación al Hospital Roosevelt encontramos:

En el Instituto Materno Infantil de Guatemala de Mayo de 1953 a 1955, se practicaron 45 cesáreas sin ocurrir ningún descenso. (0.000%).

El cuadro siguiente resume la mortalidad por cesárea en diferentes países:

CUADRO Nº 18

Tipo de Operación	Europa	Sur E.E.U.U. América	México	Hospital Roosevelt	
Clásica	4.76 á 5.6 %	6.8 %	14.28%	11.111%	
Segmentaria Extraperit	11.6%	—o—	1.16%	—o—	12.50 %
Segmentaria Tranperit	2.7%	—o—	1.03%	1.14%	0.000 %
Segmentaria (Ambas)	—o—	1.78 á 1.26%	1.06%	1.14%	0.45 %
Porro	—o—	0.000%	7.40%	6.45%	0.00 %
Total					
Global	0.00 á 4.4%	0.00 á 4.365	1.51%	1.25%	0.769%

Explicando y resumiendo el cuadro anterior, podemos decir:

a) La mortalidad para las cesáreas segmentarias varían de 0.00 a 1.78%. La nuestra (0.00%) es inmejorable.

b) Para la cesárea clásica las estadísticas varían de 4.76 a 14.26%; la nuestra, 11.11%, es satisfactoria sobre todo

considerando que en las nueve cesáreas clásicas practicadas solo hubo un descenso, y él fue por un paro cardíaco motivo por el cual dicha cesárea fue corporea de lo contrario hubiese sido segmentaria, tal cual se había planeado. Con esta salvedad podemos corregir la mortalidad para la cesárea corporea al 0.00% en 8 casos.

c) Para la extraperitoneal varían las cifras desde 11.6%, 5.36% (Estadística de Waters,) 7.3% (Gastelum) a 1.16% (Sur América). En el Hospital Roosevelt tuvimos un descenso en 8 operaciones practicadas dándonos un porcentaje del 12.50%. Es probable que la impresión de ser la nuestra, una cifra alta, se deba como dijimos anteriormente, no solo a lo reducido del número de casos, sino a las condiciones (infección previa) en que se intervinieron estos últimos.

d) La mortalidad global oscila entre 4.38% a 0.00%. La nuestra de 0.769% es halagadora, ya que todos los autores están de acuerdo en considerar que una mortalidad en cesárea menor del 1% es satisfactoria.

Niño

Si bien es cierto que el objeto del presente trabajo es analizar las cesáreas en sí, consideramos indispensable exponer los principales datos acerca de los niños cesáres.

Natalidad y Mortalidad:

De las 260 cesáreas se obtuvieron 263 niños, debido a tres embarazos gemelares.

De los 263 niños egresaron vivos 237 (90.114%) y fallecieron, pre, intra o post cesárea 26 fetos (9.886%). Los niños muertos podemos dividirlos así:

CUADRO N° 19

Obitos fatales	19	7.22%
Muertos antes de 1 hora de vida . .	2	0.76%
Muertos después de 24 horas	5	1.90%
Total:	26	9.88%

La mortalidad de 9.88% es relativamente alta, pero al corregirla, omitiendo los óbitos de (19 casos) se reduce al 2.66 por ciento (7 casos), la cual a nuestro juicio es satisfactoria; ahora bien, depurándola aún más, excluyendo los niños que falecieron en el post-operatorio como consecuencia de su estado delicado, prematuridad anomalías congénitas (timo hipertrofiado) y patología que se suscitó en algunos casos en su hospitalización (bronconeumonía), la mortalidad debida estrictamente a la operación se reduce prácticamente a dos casos, ambos como resultado de narcosis profunda y apnea al nacer, originadas por el anestésico. Estos dos casos representan el 0.76% de mortalidad operatoria PURA.

Como punto final diremos que estamos de acuerdo con la mayor parte de autores, quienes hacen hincapié en que es muy difícil relacionar la mortalidad fetal, a la indicación o a la técnica operatoria; en todas partes del mundo, la mortalidad asociada a la cesárea, es baja para la madre, pero no así para el feto. La mortalidad fetal en la literatura revisada oscila entre el 2% al 26%; raros son los autores que pueden exhibir estadísticas con el 0% o el 1%. (Hefferman en 77 operaciones extraperitoneales no tuvo ningún descenso, y Morillo en 27 cesáreas no tuvo mortalidad).

También estamos de acuerdo en el concepto tanto de los textos como de las estadísticas de diversos hospitales, en que una mortalidad fetal que no sobrepase el 6% puede considerarse satisfactoria.

Sexo y Peso:

De los 263 niños, 142 fueron varones (53.85%) y 121 fueron niñas (46.15%).

Con respecto al peso, el primer dato que consignamos es el siguiente: el Feto de mayor peso fue de 13 libras, y el menor fue de 1 libra 14 onzas. Estos casos serán comentados en el capítulo siguiente:

Considerados en términos generales los 263 niños, atendiendo a su peso, podemos dividirlos así: A término (más de 5 libras 8 onzas) tuvimos 222 niños (84.41%); no a término (menos de 5 libras 8 onzas) 41 niños (15.59%). El cuadro siguiente nos ilustra al respecto:

CUADRO N° 20

Pesaron 10 o más libras (post-maduros?)	5 niños	1.91%
Pesaron de 5 lbs. 8 onz. a 10 lbs. (a término)	217 niños	82.50%
Pesaron de 4 a 5 lbs. 8 onz. Prematuros)	37 niños	14.07%
Pesaron menos de 4 lbs. (Inmaduros)	4 niños	1.52%
Total:	263 niños	100.00%

COMENTARIO DE CASOS:

Esta no es una presentación completa de los casos estudiados, ya que ello a más de tedioso resultaría inútil, puesto que el presente trabajo es un resumen estadístico y no una exposición de casos.

Sólo describiremos aquellos que juzgamos interesantes, o que en una u otra forma explican y comentan los capítulos anteriores.

A) Caso No. 48 Paciente: M.C..S. de B. Reg.3207/56. Edad: 36 años. Gestaciones: 2, Para: 0. Abortos: 0. Cesáreas anteriores: 1. Ingresó con embarazo de 39 semanas. Se practica cesárea por desproporción feto-pélvica, inminencia de ruptura uterina y cesárea anterior. Al intervenirla se encuen-

tran adherencias múltiples a la pared uterina y paquetes varicosos de gran tamaño que rodean al útero; se decidió practicar cesárea clásica con ligadura de trompas tipo Pomeroy (28/7/56). A pesar de eso, la paciente volvió con un nuevo embarazo y se reintervino el 15/4/58; en el acto quirúrgico, se encontró ligada y seccionada solo una trompa, la otra, se había confundido con el ligamento redondo, motivo por el cual existió el tercer embarazo.

B) Vamos a referirnos enseguida a los casos de menor y mayor edad del embarazo:

Caso No. 3. Paciente M.M.-deG. Reg. 1127/55. Edad: 25 años. Gestaciones y Paridad no consignadas. Ingresó el 17/2/55 con embarazo de 28 *semanas*; antecedente de convulsiones y cólicos abdominales. Al examen: Paciente omnubilada foco ausente. Se hizo diagnóstico de eclampsia y óbito fetal. El 18/12/55 por falta de mejoría del cuadro, se procedió a cesarizar, obteniéndose un feto muerto de 1 Lbr. 14 Onz. de peso.

Otros casos similares son los siguientes:

Caso No. 52 Paciente M.-H Reg. 4325/56-Edad: 25 años. Gestaciones 3. Paridad 0. Abortos: 2. Ingresó el 10./8/56 con embarazo de 31 semanas, con trabajo de parto de 14 horas; foco ausente. Al examen vaginal se encontraron numerosas bridas que impedían el descenso de la presentación, Se procedió a cesarizar, obteniéndose un feto muerto de 2 libras y 15 onzas.

Caso No. 140 Paciente: L.G.-deS. Reg. 1649/57. Edad: 25 años. Gestaciones 4. Paridad: 2. Abortos: 1. Ingresó el 2/3/57 con embarazo de 36 semanas. Fue transferida del Hospital General con diagnóstico de "Fractura múltiple de la pelvis" por accidente automovilístico. Traía una nota del servicio de traumatología, donde se recomendaba, proporcionarle, "reposo absoluto de la pelvis". Al examen de ingreso se comprobó clínica y radiológicamente el diagnóstico de "fractura múltiple de la pelvis" y se consideró que el trabajo de parto ya estaba iniciado. Se procedió a cesarizar obteniéndose un feto

muerto de 3 libras 10 onzas cuya causa de muerte fue: "aplastamiento del cráneo".

El caso de mayor edad del embarazo es el siguiente:

Caso No. 96. Paciente M. de J.-AA. Reg. 3453/56. Edad 36 años; Gestaciones 1. Paridad 0. (nulípara añosa) Ingresó el 12/11/56 proveniente de la consulta prenatal, con embarazo de 45 semanas por última regla, para estudio de post-madurez y tratamiento por inducción o cesárea. En vista del informe radiológico que no señalaba post-madurez, ni mencionaba desproporción feto-pélvica, se indujo el 13/XI/56, sin resultado satisfactorio. Se operó el 14/XI/56 obteniéndose un feto vivo de 6 lbs. 10 1/2 onz., normal.

C) Al hablar de la Presentación Transversa en el capítulo sobre Indicaciones de la Operación, mencionamos el caso No. 112 que ahora comentamos:

Caso No. 112. Paciente: V.-G. Reg. 7560/56. Edad 30 años (?). Gesta 10. Para 7. Abortos: 2. Sin niños vivos. Ingresó el 20/XII/56. Procedente de Jalapa con embarazo de 40 semanas y prociencia de miembro y cordón abandonada. Examen: enferma en muy mal estado general, útero contracturado, presentación transversa, prociencia de mano y cordón, cuello cuatro centímetros de dilatación y foco ausente.

Radiológicamente se comprobó la presentación transversa pero no habían signos de muerte fetal. Se le mejoró el estado general (transfusiones, fluidos etc.) se le administró Demerol e Hydergina para sedarla. El 21/XII/56 se intervino, encontrándose una ruptura uterina en forma de T invertida, en la cara anterior; la placenta estaba en la cavidad abdominal pero el feto estaba en su totalidad dentro del útero; además había un hematoma en el segmento inferior que se extendía al ligamento ancho derecho; se prolongó la porción vertical de la brecha hacia el cuerpo uterino; se extrajo el niño (óbito) que pesó 5 libras 6 onzas, y se practicó una histerectomía parcial con salpingo-ooforectomía derecha.

Caso No. 184. Paciente J.-Ch.S. Reg. 2954/57. Edad: 22 años. Gesta: 1. Para: 0 Ingresó el 4/V/57 con embarazo

de 36 semanas, en trabajo de parto. Historia referida por un familiar ya que la paciente es sorda y muda. Refiere antecedente de 14 horas en trabajo activo e inyección de occitósicos. Diagnóstico de Ingreso: Presentación cefálica móvil, ausencia de foco, útero contracturado y dilatación de dos centímetros. Se trató con Alfom, Demerol e Hydergina I. M. y Largactil en solución dextrozada I.V. para controlar la contratura; además se usaron antibióticos y fluidos para controlar la fiebre y la deshidratación. Se tomó placa de Rayos "X" la cual se informó así: Puede sospecharse desproporción feto pélvica, se encuentran signos de muerte fetal. Se esperó la relajación uterina y la dilatación completa y se practicó embriotomía lográndose solamente desarticular y seccionar un brazo, ya que la paciente desarrolló shock agudo (presión arterial: 40-20). Se suspendió la operación. Después de controlar el shock, (1,000 cc. de D/ al 5% con 1 cc. de Wyamine gota a gota) el 6/V/57 a las 11 horas se procedió a practicar una cesárea segmentaria extraperitoneal, habiéndose incindido la pared y disecado el peritoneo, con anestesia local (caso único de dicha anestesia en el Hospital Roosevelt). A los 20 minutos se administró éter para concluir la operación. Se obtuvo un feto muerto de 4 libras 8 onz. La paciente tuvo febrícula durante los tres primeros días del post-operatorio, pero en los 7 días restantes no presentó ninguna complicación. Egresó el 16/5/57 en buenas condiciones.

Este último caso, así como los anteriores ponen en evidencia la cantidad de óbitos y fetos prematuros resueltos por operación cesárea.

D) Para terminar nos vamos a referir al caso en que se obtuvo el niño de mayor peso:

Caso No. 216. Paciente: G.M. Reg. 6408/57 Edad 39 años. Gesta: 4. Para: 3. Ingresó el 21/VIII/57 con embarazo de 38 semanas, en trabajo de parto; tuvo en total 12 horas de trabajo activo durante las cuales se completó la dilatación pero no descendió la presentación. El examen radiológico fue informado así: Pelvis amplia, pero parece haber desproporción

a nivel del diámetro biespinoso. Se intervino con diagnóstico de feto gigante. Se practicó cesárea segmentaria transperitoneal obteniéndose un niño de sexo masculino de 13 libras, en regulares condiciones (nació apnéico y asfíxico). El niño falleció a las 35 horas 10 minutos de nacido a consecuencia de bronconeumonía bilateral aguda, diagnóstico que se confirmó en la autopsia. El examen de Rayos "X" no reveló signos de postmadurez y clínicamente solo se encontró el sobrepeso. La madre hizo un post-operatorio sin complicaciones y egresó el 30/VIII/57 en buenas condiciones.

Antes de redactar las conclusiones del presente trabajo, daremos un dato estadístico que consideramos de utilidad para el Hospital Roosevelt, el cual funciona hasta la fecha como Institución pública y privada.

En el Hospital Roosevelt de Guatemala se han cesarizado:

CUADRO No. 21

Pacientes privadas	17 equivalente al	6.54%
Pacientes de atención pública	243 equivalente al	93.46%
<hr/>		
Total pacientes atendidas: . .	260 equivalente al	100.00%

CONCLUSIONES

- 1.—A partir del 15 de Diciembre de 1955 al 1º de Enero de 1958, en el Hospital Roosevelt de Guatemala, se practicaron 260 operaciones Cesáreas, y se atendieron en total 13.933 partos, lo que representa una incidencia de una cesárea por cada 53.58 partos, y un porcentaje del 1.86%.
- 2.—La mayoría de las pacientes atendidas eran jóvenes y Nulíparas. (El 70.38 y el 67.69%).
- 3.—La Cesárea previa no supuso obligadamente una reintervención, salvo cuando la indicación de la anterior persistió.
- 4.—La corta edad del embarazo fue un atenuante para no ejecutar la operación, pero no fue una contraindicación formal.
- 5.—La mayor parte de las Cesáreas practicadas fueron sobre embarazos a término. (87.69% o sean 228 casos).
- 6.—La técnica de elección fue la Segmentaria Transperitoneal, la cual se practicó en el 90.00% de los casos. (234).
- 7.—Fueron intervenidos por indicación única, 194 casos (74.62%) la indicación más frecuente fue la desproporción feto-pélvica, 86 casos (33.08%). La placenta previa central total se resolvió con operación cesárea.
- 8.—La nuliparidad con presentación transversa fue resuelta por Cesárea, en el 58.83% de los casos (10 en 17 casos); la consideramos como un riesgo muy serio para la madre y como tratamiento de elección recomendamos la Operación Cesárea.
- 9.—La nuliparidad con presentación podálica se resolvió por Cesárea en el 8.57% de los casos. Creemos que ante un caso así, deberá dársele prueba de trabajo activo, siempre que tenga una pelvis amplia, comprobada clínica y radiológicamente; de lo contrario, deberá intervenir.
- 10.—El promedio de Hospitalización post-operatoria para la paciente Cesarizada fue de 8.65 días.
- 11.—La morbilidad de los casos intervenidos representa el 15.

385% (40 casos) y la complicación más frecuente fue la endometritis. (16 casos).

- 12.—La mortalidad materna en 260 casos fue del 0.769%; en 234 Cesáreas transperitoneales, no hubo muertes. Se practicaron tres cesáreas post-mortem. Las dos muertes registradas fueron: una por paro cardíaco (cesárea corporea) y la otra por septicemia. (Cesárea extraperitoneal).
- 13.—La mortalidad fetal global fue del 9.866% y la mortalidad fetal post-operatoria fue del 2.66%.
- 14.—El estudio estadístico comparativo de los datos obtenidos en el Hospital Roosevelt de Guatemala con los de otros centros, en todo el mundo, ofrecen mucha similitud.

ERNESTO ALARCON ESTEVEZ.

Vo. Bo.

DR. FRANCISCO A. CEREZO F.

Imprímase:

DR. ERNESTO ALARCON BENITEZ,

Decano.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Departamento de Registros Médicos del Hospital Roosevelt.
- 2.—Revista "El Médico" (Diciembre de 1957) Artículo "Aventura y tragedia de la Obstetricia a través de los siglos" escrito por el Dr. Carlos Martínez Durán.
- 3.—Revista "El Médico" (Enero de 1958) Artículo No. II "Aventura y Tragedia de la Obstetricia a través de los siglos" por el Dr. Carlos Martínez Durán.
- 4.—Clínica Obstétrica por Juan Moraguez Bernart (1954) 6a. Edición.
- 5.—Semiología Obstétrica por Juan León (1946).
- 6.—Tratado de Obstetricia por S. Dexus Font y J. Ma. Dexus Trías de Bes. (1957) Segunda Edición.
- 7.—Principios y Práctica de Obstetricia por J. B. DeLee y J. P. Greenhill quinta edición (1955).
- 8.—Williams Obstetrics por Nicholson J. Eastman (1950) 10a. edición.
- 9.—Obstetricia Clínica de C. B. Lull y R. A. Kimbrough (1954).
- 10.—Memoria de la Sexta Reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia. Sociedad de Ginecología y Obstetricia de León (México 1956).
- 11.—Obstetrical Practice (Beck) por Rosenthal (1955) 6a. Edición.
- 12.—Gynecology and Obstetrics. C. H. Davis y R. Carter. (1956).
- 13.—The management of Obstetrics difficulties por P. Titus (1955).
- 14.—British obstetrics Practice. E. Holland y A. Bourne, (1955).
- 15.—Perinatal Loss in modern Obstetrics. - R. E. L. Nesbitt, (1957).
- 16.—Year Book of Obstetrics & Gynecology (1955-56) J. P. Greenhill.
- 17.—Year Book of Obstetrics & Gynecology (1950) J. P. Greenhill.
- 18.—Journal of American Medical Association (1953). No. 151; 783.
- 19.—American Journal of G. & O. (feb. 1958) vol. 75. - (H. W Orvan).
- 20.—American Journal of G. & O. (1952) No. 63: 284 (Gordon).
- 21.—American Journal of G. & O. (1951) No. 61: 875.
- 22.—American Journal of G. & O. (febrero 1958) Vol 75 H. T. Edwaed y col).
- 23.—Trabajo de Parto con Cesárea Previa. Trabajo de Tesis del Dr. Luis Antonio Rivas Villaverde (Guatemala 1957).
- 24.—Consideraciones sobre la Presentación de Hombro. Tesis de Graduación del Dr. José Roberto Ibarra R. Guatemala 1957.
- 25.—Cesárea Segmentaria Extraperitoneal Genuina. Tesis de Doctorado del Dr. Alonso Landauro Valentini. Lima, Perú 1957.
- 26.—La Operación Cesárea en el Centro Materno Infantil de Guatemala, Tesis de Graduación del Dr. Armando González Quezada. (1955).