

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CESAREA POST-MORTEM

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA,

POR

José Arnoldo Mollinedo Montenegro

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Diciembre de 1960.

PLAN DE TESIS

- I.—Introducción.
- II.—Datos Históricos.
- III.—Consideraciones Generales.
- IV.—Indicaciones Previas a la Intervención.
- V.—Momento Electivo para la ejecución de la Intervención.
- VI.—Técnica.
- VII.—Edad de Embarazo.
- VIII.—Revisión de Casos Clínicos.
- IX.—Conclusiones.
- X.—Recomendaciones.
- XI.—Bibliografía.

INTRODUCCION:

I.—CONCEPTO:

A continuación daremos algunas consideraciones sobre Cesárea Post Mortem, tratando de definirla de la manera siguiente:

Es la extracción por vía abdominal del o los fetos viables después de que se ha declarado la muerte real materna.

Por lo tanto este trabajo de tesis tiene por objeto dar a conocer y divulgar un procedimiento quirúrgico Post-Mortem que dará por resultado, la supervivencia del fruto o frutos de la concepción al verse seriamente comprometida la existencia materna. Este procedimiento quirúrgico es de carácter urgente y debe practicarse inmediatamente después de declararse la muerte real de la madre, puesto que el hecho de que ella fallezca en los últimos meses del embarazo acarrea irremisiblemente la muerte fetal de no intervenirle inmediatamente y proceder a la extracción del feto, ya que la enfermedad materna sólo en algunos casos compromete la vida fetal, ocurriendo ésta como consecuencia lógica al agotarse su fuente de aprovisionamiento vital.

Así pues, es nuestro propósito informar de las experiencias obtenidas en otros países y en especial en Guatemala en donde dicho procedimiento se ha practicado con éxito, pero no con la frecuencia necesaria, debido no a la falta de conciencia médica del problema, sino, a fallas en lo que respecta a escasez de personal o bien de disposiciones generales tendientes a poner sobre aviso tanto al personal médico como de enfermería en los casos en que la vida materna se encuentra seriamente comprometida.

Por lo tanto daremos a conocer el número de casos en los cuales se ha practicado la cesárea Post-Mortem tanto en el Hospital Roosevelt como en el Materno Infantil o en algunos otros centros asistenciales tomándose como punto de partida desde el primer día que comenzaron a funcionar, e indicaremos los resultados obtenidos y procuraremos dar algunas indicaciones que serán provechosas y tendientes a darle el impulso e importancia real a este problema al cual podemos comparar con el no menos importante del paro cardíaco.

II.—DATOS HISTORICOS

Ahora nos parece lógico incluir algunas cuantas líneas que a grandes rasgos nos ilustren un poco acerca del origen del procedimiento quirúrgico que nos ocupa y que conocemos como operación cesárea.

Durante muchos años se supuso que el nombre de la operación derivaba de haberse practicado por primera vez para dar nacimiento a Julio César, tal creencia era errónea. Es probable que la denominación, procede de una de las más antiguas leyes dictadas en Roma por el Emperador Numa Pompilio, 715 años antes de Cristo, en la cual se ordenaba abrir el vientre de toda mujer que falleciera en los últimos meses de embarazo. Dicha ley se convirtió en "Lex Caessárea," al ser aplicada por los césares y emperadores de la época, en consecuencia terminó por conocerse con el nombre de operación cesárea.

El verdadero origen del procedimiento quirúrgico se desconoce, pero es probable que tenga antigüedad milenaria ya que se habla de él en las leyes primitivas del Talmud hebreo.

La primera referencia del éxito de la intervención es la de Bauchin en 1500 donde cita el caso de Jacobo Nufer, un capador de cerdos de Suiza quien operó a su mujer, ésta sobrevivió y tuvo después 5 partos espontáneos. Rousset en 1581, al tratar de la cesárea habló de la posibilidad de practicarla en vida, en los pacientes cuando el parto era imposible por vía vaginal. Traut-

man de Alemania la empleó en 1610 por primera vez sin cerrar el útero, sin embargo la madre sobrevivió, y al primero que vemos suturarlo es a Lebas en 1769 quien utilizó para el efecto hilos de lino. Así pues, podemos observar fácilmente que la operación cerárea se practicó original y únicamente como un procedimiento quirúrgico Post-Mortem y que como ya se dijo fué hasta el año 1500, en que tenemos referencia de que se practicó con éxito en una mujer viva, y todavía es necesario que transcurra casi un siglo para que un médico recomiende y vea la posibilidad de practicarla en vida a los pacientes. No es sino hasta después de 120 años de ésta sugerencia, que la vemos practicar por un médico, pero con una característica que aumentaba grandemente las posibilidades de fracaso en el procedimiento como era dejar sin sutura la pared uterina, siendo fácilmente explicable la razón por la cual no se adoptó ni se recomendó esta intervención, pues a los peligros de falta de asepsia, anestesia y de infección se sumaba el factor hemorrágico.

Por lo tanto no se consideró como procedimiento terapéutico seguro y eficaz, y no es sino hasta la innovación de Lebas, quién sutura la pared uterina utilizando las fibras del lino, que se consideró seriamente su efectividad terapéutica, en los casos en que el parto era imposible de realizarse en forma natural.

Como es lógico suponer, su afianzamiento definitivo como procedimiento quirúrgico se obtiene al advenimiento de la asepsia y antisepsia lo mismo que el dominio de la técnica de la anestesia que fueron decisivos para el impulso de la cirugía moderna.

III.—CONSIDERACIONES GENERALES

En esta parte trataremos de explicar algunas condiciones que deben llevarse a cabo para que la práctica de la cesárea Post-Mortem no esté condenada al fracaso sino por el contrario nos garantice que se va a obtener un feto al cual podremos garantizarle una supervivencia normal. Inicialmente trataremos del problema que primeramente vamos a confrontar o sea: el ingreso

de una madre que se encuentra en condiciones tan malas que se puede precisar el desenlace fatal en un término de pocas horas o bien de la paciente hospitalizada que progresivamente se agrava y por consiguiente se sabe que evolucionará irremisiblemente hacia un doloroso desenlace. Algunos autores consideran que lo primordial sea hablar con los familiares de la paciente, para hacerles ver que la muerte de la madre es cuestión de horas y que por lo tanto deben de dar la autorización escrita para la realización de la cesárea Post-Mortem, esto nos parece de difícil aceptación, y como estamos tratando de salvar una vida no debemos de hacer reparos de ésta índole, máxime que en nuestro medio no existen más trabas legales que las que impone la Deontología médica. Debido a esto no recomendamos que se ponga atención a ésta sugerencia, sino únicamente en los casos en que el médico confronte esa situación en un paciente que se encuentra bajo la vigilancia y tutela de su familia, y no esté internada en un medio hospitalario. Pero al mismo tiempo veremos que también no se cuenta con los medios necesarios mínimos que nos garanticen la supervivencia del feto. Además nos parece que el problema queda zanjado puesto que la paciente autoriza en el momento de su ingreso al hospital, para que se le practiquen los tratamientos que se crean necesarios y convenientes para su hijo y ella; después de éstas consideraciones de orden legal, volvemos a lo que nos ocupaba o sea la paciente en estado de gravedad, a la cual se debe considerar como futura cesárea Post-Mortem y por consiguiente se debe de indicar inmediatamente para que se hagan los preparativos de la intervención quirúrgica.

IV.—INDICACIONES PREVIAS A LA INTERVENCION.

Ahora bien, procederemos a indicar cuales deben de ser esos preparativos y nos referiremos inicialmente al instrumental, bastándose con un bisturí y un equipo de sutura completo que debidamente esterilizados se tendrán a la mano, en el cuarto de la paciente, así como también guantes y ropa para el médico que practicará la intervención, puesto que es muy recomendable hacerla

asépticamente para evitar posibles complicaciones infecciosas en el feto, pero como es natural, en caso de urgencia podrá practicarse con el instrumento cortante que se tenga a mano, y sin guardar ninguna medida aséptica, tal como debe de actuarse en caso de un paro cardíaco. No menos importante, debe de ser la notificación al pediatra para que se prepare a tratar un feto prematuro, cesarizado, con problemas de asfixia.

V.—MOMENTO ELECTIVO PARA LA EJECUCION DE LA INTERVENCION.

Seguidamente nos ocupamos de lo referente al momento de efectuarle la operación cesárea, para lo cual daremos algunas indicaciones que nos obligaran a actuar de diferente manera según cada caso particular. La intervención debe practicarse inmediatamente después de la muerte real materna, pero consideramos de suma importancia hacer las siguientes recomendaciones: Davis para estudiar este aspecto recurrió a la experimentación con animales utilizando cerdos de Guinea, trabajando para el efecto con hembras embarazadas, obteniendo los siguientes resultados: El feto vive como término medio 5 minutos después de la muerte materna, pero fisiológicamente hablando el feto consume más oxígeno del que requiere la madre para su supervivencia, por consiguiente en los casos en que la muerte materna va precedida de asfixia, el feto sufre las consecuencias mucho antes que la madre sucumba y por lo tanto recomienda que se vigile estrechamente el foco fetal y se proceda a efectuar la extracción del feto en el momento preciso en que comience éste a alterarse, aunque la madre aún se encuentre en estado agónico. Por el contrario si la muerte materna se efectúa en una condición sin asfixia previa y en forma brusca, el feto puede sobrevivir hasta 20 minutos después de fallecida la madre. Si no hemos cumplido con estas indicaciones debemos prepararnos para obtener un feto con daños en su sistema nervioso central, provocados por anoxia prolongada y que desafortunadamente casi siempre fallece a los pocos minutos de su extracción. de allí que es de primordial importancia la presencia del pediatra que debe estar en el momento de la intervención, y prepararse a resolver estos proble-

mas tal como si se tratara de un feto cesarizado en vida de la madre.

VI.—T E C N I C A

En este aspecto de la intervención recomendaremos como es lógico pensar: el procedimiento más rápido y seguro para la extracción fetal. Así pues creemos que primeramente deben llenarse todos los requisitos de asepsia, para evitar la contaminación fetal, pero que si las circunstancias lo exigen puede desecharse, puesto que el tiempo empleado en hacerla puede ser de una importancia vital para el feto. La incisión más recomendada y más usada es la mediana infraumbilical, que de preferencia secciona todos los planos de la pared abdominal, seguidamente se seccionará el útero a nivel del cuerpo, uterino y por la brecha que se ha efectuado se extraerá el feto como es la rutina en la intervención cesárea, y luego de haber pinzado y seccionado el cordón se extraerá la placenta, y se procederá al cierre de la brecha uterina con sutura continua, y luego se suturará la pared abdominal materna en la misma forma..

VII.—EDAD DE EMBARAZO

A este respecto diremos que la edad que consideramos adecuada y conveniente para practicar la cesárea Post-Mortem no tiene más limitaciones que las relacionadas con el desarrollo fetal, considerado que a partir del final del 7o. mes lunar, o sea a partir de la 28 semana de embarazo se puede obtener un feto viable que alcanza un desarrollo morfológico completo, mide unos 35 cms., de longitud y pesa de 1000 a 1200 gramos, ya es capaz de efectuar movimientos respiratorios, los testículos ya se encuentran descendidos y es relativamente fácil su supervivencia, cumpliendo con los requisitos necesarios para el cuidado del prematuro cesarizado. Ahora bien, cuando todos éstos problemas y peligros de prematuridad se reducen a lo más mínimo, es a partir de la 35 semana de embarazo, por lo tanto es fácil comprender que entre más avanzado sea el embarazo más probabilidades de supervivencia tiene el feto, y revisando los ca-

sos de cesárea Post-Mortem que se han efectuado en Guatemala, nos encontramos con que todas han sido practicadas a partir de la 35 semana. Pero llama la atención que se ha obtenido supervivencia fetal en embarazo gemelar con prematuridad tanto por edad como por peso de ambos fetos a los cuales se trató debidamente habiéndoseles dado de alta después de mes y medio de atención médica.

VIII.—REVISION DE CASOS CLINICOS:

A continuación se expondrá un análisis de los 9 casos de cesárea postmortem, atendidos en los centros asistenciales de Guatemala:

- 1) Hospital Roosevelt (6 casos),
- 2) Centro Materno Infantil (IGSS) 2 casos,
- 3) Sanatorio Particular (1 caso).

CASO NUMERO 1.

Edad: 35 años,

Originaria: Las Maritas, Jalpatagua.

Residente: Las Maritas, Jalpatagua.

Estado Civil: Unida,

Gestas: 7 Paras: 6 Abortos: 0;

Prenatal: No tiene.

Fecha de Ingreso: 6 de enero de 1956 a las 9.23 horas.

Motivo de Ingreso: Hemorragia abundante y dolor en ambas fosas ilíacas e hipogástrico desde hace 11 días.

Historia Clínica: Hemorragia indolora con 11 días de evolución con coágulos grandes, el dolor se presentó hace unas horas, ha tenido también dolores de parto pero han desaparecido, así mismo acusa disnea e intranquilidad con falta de aire que se ha agudizado.

Examen Físico: Paciente con facies angustiosa, pálida, intranquila con PA-90/55, T:37.5, R: 60 por minuto. Sistemas: Respiratorio normal, cardiovascular normal taquicardia marcada, abdomen Globuloso, dolor a la palpación en ambas fosas ilíacas e hipogástricos.

Examen Obstétrico: AU. 27 cm. Presentación: mó-

vil, cefálica izquierda, contracciones: ausentes, foco: se ausculta sincrónico con el pulso materno. Tácto vaginal: abundantes coágulos, cuello 5 cms. Pres: 0II.

Impresión clínica de Ingreso:

- 1.—Embarazo simple en curso de la 36a. semana; feto vivo.
- 2.—Placenta previa.
- 3.—Trabajo de parto interrumpido. (Inercia uterina).

Evolución y Tratamiento: La paciente fué ingresada y reportada grave, se le ordenó: transfusión sanguínea, suero vitaminado, oxígeno. A las 10 horas 45 minutos el estado de la paciente empeora agudizándose la intranquilidad, la disnea, la Pa. 80/50 pulso 120 por minuto, y progresivamente entra en shock falleciendo las 11.45 horas, haciéndose de inmediato cesárea post mortem, y extrayéndose feto que no vivió, no encontrándose ningún dato en lo referente a sexo, peso y estado del feto al ser extraído.

Diagnósticos Clínicos Definitivos:

- 1.—Embarazo en curso de la 36a. semana, con feto vivo.
- 2.—Placenta previa.
- 3.—Hemorragia aguda. Shock.

Diagnóstico de autopsia clínica:

- 1.—Anemia aguda post-hemorrágica.
- 2.—Edema agudo pulmonar.
- 3.—Shock.

Tiempo transcurrido entre muerte materna y cesárea: no reportado.

CASO NUMERO 2.

Edad: 30 años;
Originaria: de esta capital;
Residencia: la misma;
Estado civil: Unida;
Paridad:

Gestas: 3; Paras 1; Abortos: 1.

Prenatal: no tiene.

Fecha de ingreso: 20 de febrero de 1959 a las 4.20 horas.

Motivo de ingreso: Dolor epigástrico tipo cólico.

Historia Clínica: Dolor tipo cólico con 4 días de evolución localizado al epigástrico con irradiación al dorso. Refiere sufrir estos cólicos al comer alimentos grasosos con varios años de evolución, este cuadro se acompaña de vómitos alimenticios.

Examen Físico: Paciente con mal estado general quejándose continuamente, intranquila, al extremo de no permanecer en una posición. PA. 110/80. T. 36.8 grados C. P. 80 por minuto.

Sistemas: Respiratoria: normal, campos pulmonares libres, Cardiovascular: normal, ruidos cardíacos normales, no se auscultan soplos, frecuencia central 80 pulsaciones por minuto. Abdomen globuloso, dolor exquisito a la palpación en epigastrio y región vesicular.

Examen Obstétrico: AU. 27 cm. Presentación: cefálica izquierda. No está en trabajo de parto. Foco no audible, movimientos fetales presentes.

Impresión Clínica de Ingreso: 1. Embarazo en curso de la 35a. semana. Feto vivo. 2. Cólico Hepático.

Evolución y Tratamiento: En las primeras horas de su hospitalización se presentaron modificaciones en el cuadro abdominal, de la paciente variando la irradiación del dolor hacia el hipocondrio izquierdo y el dorso, no se encontró defensa abdominal y área hepática poco dolorosa con signo de Murphy negativo, siendo tratada inicialmente con antiespasmódicos.

A las 11.30 horas el cuadro se agravó repentinamente y la paciente comenzó a quejarse de disnea, sed de aire, intranquilidad, sensación de opresión precordial y dolor fuerte en la región lumbar. Al examen se le encontró con facies angustiosa, pulso 80 por minuto, mucosas cianóticas, epigastrio e hipocondrio izquier-

do sensibles, por lo que agregó al tratamiento oxígeno continuo 5 litros por minuto.

Momentos más tarde la paciente comenzó a obnubilarse y a quejarse de dificultad para la visión, la cianosis se acentuó rápidamente y apareció material espumoso en la boca, entrando en estado comatoso, la disnea se hizo marcada y en pocos minutos se transformó en respiración de bloqueo premortem. A las 12.20 horas se declaró la muerte real de la madre y se procedió a hacerse la cesárea postmortem, aunque el foco fetal no se escuchaba y sólo se percibían movimientos escasos. El feto obtenido fue de sexo masculino con un peso de 3 libras 10.5 onzas con latidos cardíacos, que no respiró espontáneamente y murió 20 minutos más tarde.

Diagnósticos Definitivos: I Embarazo en curso del 7° mes. Feto vivo.

Diagnóstico de autopsia Clínica:

- 1.—Embarazo en curso del 7° mes.
- 2.—Aneurisma disecante de la aorta.
- 3.—Pielonefritis crónica.
- 4.—Colelitiasis.
- 5.—Operación cesárea reciente.

Causa de muerte materna:

- 1.—Ruptura de Aneurisma disecante de la aorta abdominal.
- 2.—Shock agudo severo.

Tiempo transcurrido entre muerte materna y cesárea: 30 segundos.

CASO NUMERO 3.

Edad: 19 años;

Originaria: de esta capital;

Residencia: esta capital;

Estado civil: Unida;

Paridad:

Gestas: 1, Paras: 0, Abortos: 0.

Prenatal: no tiene.

Fecha de ingreso: 6 de mayo de 1960 a las 13 horas.

Motivo de Ingreso: Lipotimias bruscas, seguidas de vómitos y convulsiones.

Historia Clínica: No se tomó por encontrarse la paciente en estado inconsciente.

Antecedentes de Importancia: Apendicectomía de urgencia aproximadamente 7 meses antes de la fecha de ingreso encontrándose en la exploración abdominal útero didelfo unicornio con posible embarazo, por lo que fue ingresada a servicio de Ginecología en donde se confirmó el diagnóstico.

Examen Físico: Paciente con mal estado general, inconsciente. PA. 160/120 T. 37 grados C. P. 80 por minuto.

Sistemas: Respiratorio normal, campos pulmonares libres, Cardiovascular normal, ruidos cardíacos normales, frecuencia central 80 por minuto. Miembros inferiores: edema grado dos.

Examen Obstétrico: AU. 35 cm. CA. 94 cm. Presentación: Cefálica izquierda anterior. Contracciones irregulares, foco bueno, tacto rectal cuello borrándose.

Impresión Clínica de Ingreso: 1.— Embarazo en curso del último mes, feto vivo.

2.—Eclampsia.

Evolución y Tratamiento: La paciente fue ingresada y reportada como grave, habiéndosele instituido tratamiento médico a base de soluciones hipertónicas y sedantes, pero no se obtuvo mejoría aparente puesto que a las 14 horas o sea una hora después de su ingreso presentó de nuevo una crisis convulsiva. En este momento fue reexaminada, encontrándose al feto en buenas condiciones y el estado materno no varió nada. En los exámenes de laboratorio se encontró albuminuria de 6 gramos por litro, RH positivo y V. D. R. L. negativo. Habiéndose agregado al tratamiento inicial sedantes más potentes y diuréticos.

La paciente estuvo sedada, sin presentar crisis convulsivas de nuevo, hasta las 18.30 horas en que fue examinada por el médico de turno quien la encontró dor-

mida y aprovechó la oportunidad para reexaminarla reportando en el examen Obstétrico: Utero doble en forma de corazón de naípe con embarazo gemelar, ambos en presentación cefálica en buenas condiciones. El tacto rectal: feto izquierdo insinuado, cuello borrado con dilatación de 3 cm. membranas enteras, presentación: cefálica izquierda, feto derecho móvil en presentación cefálica derecha. En el estado general materno sólo se reportó que la PA fue de 180/140, apreciándose aumento a pesar del tratamiento instituido y continuó en este estado casi sin alteración, presentando contracciones uterinas irregulares, hasta las 23.30 horas en que presentó de nuevo crisis convulsivas, habiéndose reportado inmediatamente al médico de guardia quien encontró a la paciente en estado agónico, declarando la muerte real a las 23.40 horas procediendo de inmediato a practicar la cesárea post-mortem, extrayendo a ambos fetos a las 23.45 horas, siendo éstos prematuros por peso y por edad, el primero pesó 4 libras 3 onzas y de sexo masculino, el segundo pesó 3 libras 13 onzas y sexo femenino, ambos aparentemente sanos y con respiración espontánea.

Evolución fetal: Ambos niños tuvieron un desarrollo sin incidentes y respondieron adecuadamente al tratamiento médico instituido siendo dados de alta de la siguiente manera:

Primer gemelo: alta: 11 de junio de 1960, con un peso de 5 libras 7 onzas en buenas condiciones, ganó un peso de 1 libra 4 onzas.

Segundo gemelo: alta, 15 de junio de 1960 con un peso de 5 libras 6 onzas en buenas condiciones, ganó una libra nueve onzas de peso.

Diagnóstico Definitivo: 1.—Embarazo gemelar en curso del último mes.

2.—Fetos vivos prematuros.

3.—Utero didelfo unicornio.

4.—Eclampsia.

Diagnóstico definitivo de defunción materna: (No se hizo autopsia).

Eclampsia grave intraparto.
Tiempo transcurrido entre muerte materna y cesárea: 5 minutos.

CASO NUMERO 4.

Edad: 27 años;

Originaria: de esta capital;

Residente: Esta capital.

Estado civil: casada;

Paridad;

Gestas: 1, Paras: 0, Abortos: 0.

Prenatal: Controlado en clínica privada en evolución normal.

Fecha de Ingreso 23 de marzo de 1956.

Motivo de Ingreso: Traumatismo craneano por accidente de tránsito.

Historia Clínica: Paciente inconsciente, grave.

Antecedentes de importancia: ninguno.

Examen Físico: En estado agónico. Se decide pasar a sala de operaciones para practicar posible cesárea.

Diagnóstico de Ingreso:

1.—Traumatismo craneano grave.

2.—Embarazo en curso de la 38 semana, feto vivo.

Evolución y Tratamiento: Se practicó cesárea post-mortem, extrayéndose un feto en buenas condiciones de sexo femenino con un peso de 5 libras 8 onzas, que respiró espontáneamente.

Evolución Fetal: El niño estuvo 24 horas en incubadora, evolucionando satisfactoriamente con el tratamiento instituido y fue dado de alta en buenas condiciones, encontrándose vivo actualmente.

Diagnósticos Definitivos:

1.—Embarazo simple en curso de la 38 semana. Feto vivo.

2.—Traumatismo craneano grave.

3.—Shock.

Causa de muerte materna: 1.—Paro cardíaco por Shock post-traumático. tiempo transcurrido entre muerte materna y cesárea: 2 minutos.

CASO NUMERO 5.

Edad: 29 años;

Originaria: De esta capital;

Residente: En esta capital;

Estado civil: casada;

Paridad:

Gestas: 3, Paras: 2, Abortos: 0.

Prenatal: No tiene,

Fecha de Ingreso: 23 de noviembre de 1958.

Motivo de Ingreso: Ingresa de emergencia presentando crisis convulsivas.

Historia Clínica: El esposo refiere que la paciente ha presentado tres accesos similares en su casa y que han sido precedidos por gritos. Las convulsiones de tipo tónico-clónico y se presentaron a partir de un disgusto que provocó primeramente dolor abdominal tipo cólico con localización epigástrica.

Antecedentes de Importancia: No tiene.

Examen Físico: PA. 170/100 pulso: 96 por minuto, Temp. 38 grados C. facies, pálida cñnubilada, responde sólo a los grandes estímulos reflejos tardíos, reflejos tendinosos disminuidos casi ausentes.

Sistemas: Respiratorio: normal, cardiovascular: normal.

Examen Obstétrico: A.U. 29 cm. C. A. 96 cm. Foco: Normal, presentación: Podálica móvil, Tácto Rectal: cuello de múltipara.

Diagnóstico de Ingreso:

1.—Embarazo simple en curso de la 37 semana. Feto vivo.

2.—Eclámpsia grave.

Evolución y Tratamiento: La paciente no mejoró durante las primeras horas de su ingreso, a las 16.50 horas llamaron de urgencia por encontrarla inconsciente, y al examen físico, el residente de turno diagnóstico muerte real materna se auscultó el foco, encontrándose irregular, inmediatamente se administraron análogos intracardíacos a la madre, procediéndose luego

a practicar la cesárea post-mortem, cortando en un solo plano la pared abdominal y a continuación se seccionó la pared uterina extrayéndose un feto con ruidos cardíacos que no respiró, falleciendo minutos más tarde.

Diagnóstico Definitivo:

1.—Embarazo simple en curso de la 27a. semana.

2.—Eclampsia grave,

3.—Paro Cardíaco.

Causa de muerte materna: Paro cardíaco por eclampsia grave.

Tiempo transcurrido entre muerte materna y cesárea: no reportado.

CASO NUMERO 6.

Edad: 28 años.

Originaria: Escuintla.

Residente: Escuintla.

Estado civil: Unida.

Paridad:

Gestas: 4 Paras: 3 Abortos: 0.

Prenatal: No tiene.

Fecha de ingreso: 28 de Octubre de 1956 a las 10 horas.

Motivo de Ingreso: Diarrea.

Historia Clínica: Desde hace 20 días está padeciendo de evacuaciones diarréicas en número de 10 a 15 al día, abundantes, líquidas color amarillo verdoso acompañadas de estado nauseoso y vómitos post-prandiales, fiebre precedida de calofríos que le repite a diario.

Examen Físico: T. 36° C. PA. 160/100 pulso 185 por minuto. Aspecto general muy malo, sumamente pálida, fascies fímica, cabeza: normal, ojos: conjuntivas pálidas, boca: lengua seca, azoemica. Sistemas: Respiratorio: respiración ruda, Cardiovascular soplo sistólico grado II en foco mitral, ritmo de galope taquicardia de 185. Piel deshidratada.

Examen Obstétrico: AU 24 cms. CA 85 cms., foco normal, Presentación: cefalicamóvil.

Impresión clínica de ingreso: I.—Paludismo Cr.

- 2.—Embarazo simple en curso de la 31 semana.
Feto vivo.
- 3.—Tuberculosis pulmonar.

Evolución y tratamiento: Una hora después de su ingreso la paciente se encuentra en muy malas condiciones, agitada, estando bajo tratamiento médico a base de soluciones dextrosadas, cloruros y transfusión sanguínea.

El examen obstétrico reveló que no hay trabajo de parto, al tacto rectal cuello de multipara. Cinco horas después de su ingreso el estado general se agrava, se ordena plasma de urgencia, digitalicos, no respondiendo satisfactoriamente. No se escucha el foco fetal (Obito fetal). Se mantuvo en las mismas condiciones y 30 minutos más tarde el residente de turno diagnóstico la muerte real de la paciente y decidió efectuar la cesárea Post-Mortem por haber escuchado foco fetal débil. Sin embargo al extraer al feto se encuentra con ausencia de ruidos cardíacos y no respira, con un peso de 6 libras.

Diagnóstico Definitivo:

- 1.—Embarazo simple en curso de la 38 semana. Feto vivo.
- 2.—Anemia secundaria grave.
- 3.—DHE. grave.
- 4.—Diarrea.

Diagnósticos de Autopsia Cl.:

- 1.—Anemia aguda grave del embarazo.
- 2.—Entero colitis aguda hemorrágica.
- 3.—Pre-eclampsia y uremia.

Causa de la muerte materna:

Colapso cardíaco por anemia aguda grave y DHE.
Tiempo transcurrido entre muerte materna y cesárea: no reportado.

CASO NUMERO 7.

Edad: 22 años.

Originaria: de esta capital.
Residente: En esta capital.
Estado civil: Casada.
Paridad:

Gestas: 1 Paras: 0 Abortos: 0.

Prenatal: no tiene.

Fecha de Ingreso: 24 de Marzo de 1956 a las 14 horas.

Motivo de Ingreso: Disnea, hemoptisis y edemas.

Historia Clínica: Refiere que por la mañana principió a sentir crisis de disnea con deseos de toser habiendo expulsado sangre roja rutilante mezclada con coágulos, más tarde se repitió la hemoptisis siendo ésta vez más intensa, la disnea ha persistido; acusa así mismo desde hace 22 días edema de los miembros inferiores que ha ido aumentando y que luego se ha generalizado.

Antecedentes de importancia: Historia pasada de cardiopatía tratada en el Hospital General.

Examen Físico: P. 100 P. A. 140/90 temperatura de 37.8° C. Respiraciones 40 por minuto facies: disnéica ligeramente cianotica de los labios Sistemas: Cardiovascular Fr. central de 100 por minuto Ritmo normal Ruidos: se escucha desdoblamiento del 2o. ruido en todos los focos, soplo sistólico grado II en foco pulmonar. Choque de la punta deviado hacia abajo y afuera. Respiratorio: estertores subcrepitantes en ambas bases pulmonares. Miembros inferiores y superiores: edema, blando, blanco, frío, no doloroso.

Examen Obstétrico: Altura uterina de 31 cms. circunferencia abdominal de 96 cms. presentación occipito-iliaca-derecha, insinuada. Foco: normal.

Impresión Clínica de Ingreso:

- 1.—Insuficiencia cardíaca descompensada.
- 2.—Insuficiencia pulmonar.
- 3.—Embarazo en el curso de las 39 semanas. Feto vivo en O.I.D. sin trabajo de parto.

Evolución y tratamiento: La paciente evolucionó

favorablemente con el tratamiento médico inicial a base de reposo, dieta, digitálicos y diuréticos, pero cuatro horas más tarde de su ingreso, volvió a tener hemoptisis por lo que se acordó pasarle transfusión sanguínea lentamente, así como broncodilatadores y cedilanid endovenoso. El cuadro pulmonar empeoró habiéndose disminuido los estertores en todos los campos. Cardiovascular: el soplo sistólico persiste sobre todo en el foco mitral. P.A. 130/70 taquicardia de 130 por minuto dando la impresión de un edema agudo del pulmón y fué tratado como tal.

A las 20 horas la paciente está mejorada con P.A. de 110/70 pulso 110 y respiraciones 26 por minuto, bajo el efecto de sedantes. Obstétrico; foco 140 normal no hay contracciones uterinas. A las 23 horas la paciente hace nueva crisis disneica con convulsiones, al examinarla no se siente pulso ni respiración audible, se diagnostica muerte real por insuficiencia cardiocirculatoria aguda. Se ausculta el foco fetal encontrándose normal y se procede a hacer cesárea Post-Mortem con una incisión mediana infra-umbilical en un solo plano, se extrae feto vivo de sexo masculino con un peso de 5 libras, con ruidos cardíacos presentes pero que no respiró habiendo fallecido a los 10 minutos.

Diagnósticos Definitivos:

- 1.—Embarazo simple en curso de la 39 semana, feto vivo.
- 2.—Insuficiencia mitral.
- 3.—Edema agudo del pulmón.

Diagnósticos de autopsia Clínica:

- 1.—Tromboflebitis aguda utero rectal.
- 2.—Infartos múltiples pulmonares por embolias.
- 3.—Corazón pulmonar agudo.

Causa de muerte Materna: Edema agudo del pulmón (Corazón pulmonar agudo), tiempo transcurrido entre muerte materna y cesárea: no reportado.

CASO NUMERO 8.

Edad: 23 años.

Originaria: Guatemala.

Residente: En esta capital.

Estado civil: Unida.

Paridad:

Gestas: 3 Paras: 1 Abortos: 1.

Prenatal: Controlado hasta pocos días antes de su ingreso, sin ningún incidente de importancia, únicamente ligera hipertensión arterial.

Fecha de Ingreso: 18 de junio de 1958 a las 3 horas.

Motivo de Ingreso: Cefalea, hipertensión y edemas.

Historia clínica:

Bruscamente la paciente comenzó a sentirse fatigada, con cefalea intensa, sin presentar vértigos, ni fosgenos más tarde sintió náusea y a continuación aparecieron vómitos alimenticios momentos antes a su ingreso. Refiere que los edemas se presentaron hace aproximadamente 2 meses y que han permanecido estacionarios y localizados a los miembros inferiores.

Examen Físico: P.A. 180/110 pulso 110, T. 36° C. Paciente con ligera disnea intranquila, lengua bien hidratada, sistemas: Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos fuertes, taquicardia. Respiratorio: campos pulmonares libres. Abdomen globuloso miembros inferiores: edema: grado 1.

Examen Obstétrico: AU 31 cm CA. 92 cms. foco 140 por minuto regular.

Presentación: Cefálica izquierda móvil, no esta en trabajo de parto.

Tacto rectal: cuello cerrado.

Impresión clínica: de Ingreso:

- 1.—Embarazo simple en curso de la 39 semana.
Feto vivo.
- 2.—Pre-eclampsia severa.

Evolución y tratamiento: en las primeras horas del ingreso el cuadro general de la paciente empeoró a pesar del tratamiento instituido a base de hipotensores, sedan-

tes, dieta, reposo, observándose que la disnea aumentaba lo mismo que la frecuencia cardíaca, observándose mejoría en la PA. que fué de 120/80. Apareció tos con expectoración abundante y aparecieron estertores en ambas bases pulmonares por lo que el residente de turno consideró la posibilidad de una insuficiencia ventricular izquierda, instituyendo tratamiento con digitálicos y oxígeno, (Cedilanid). A las 8.45 h., la disnea continuó acentuándose, los estertores pulmonares se generalizaron y apareció soplo sistólico Gr. 2 en todos los focos. El feto continuó sin presentar alteraciones, a las 11 horas el cuadro empeoró se instituyó tratamiento con uabaina y sangría incruenta, y todas las indicaciones necesarias para el tratamiento del edema agudo del pulmón.

La paciente no respondió al tratamiento y posteriormente apareció secreción espumoso-sanguinolenta en la boca y convulsiones tipo tónico clónico, el foco fetal se hace débil e irregular, por lo que se hacen los preparativos para efectuar la cesárea Post-Mortem, declarándose la muerte real materna a las 13.35 horas, extrayéndose feto de sexo femenino que presentó ruidos cardíacos débiles y no respiró, con un peso de 7 libras nueve onzas.

Diagnósticos clínicos Definitivos:

(No se hizo Autopsia).

- 1.—Embarazo en curso de la 39 semana, feto vivo.
- 2.—Eclampsia grave.
- 3.—Edema agudo del pulmón.

Tiempo transcurrido entre muerte materna y cesárea: 2 minutos aproximadamente.

CASO NUMERO 9.

Edad: 40 años.

Originaria: De Retalhuleu.

Residente: En esta capital.

Estado civil: Casada.

Paridad:

Gestas: 8 Paras: 7 Abortos: 0.

Prenatal: no tiene.

Fecha de Ingreso: 28 de Mayo de 1960 las 9.30 horas.

Motivo de Ingreso: Ruptura prematura de membranas, edemas.

Historia clínica: Refiere la paciente que hace aproximadamente 30 horas que se le rompieron las membranas habiendo salido gran cantidad de líquido amniótico, no ha tenido dolores de parto. Los edemas los refiere también en sus embarazos anteriores.

Examen físico: Paciente con buen estado general, obesa 150/100 T. 37° C. pulso 100 por minuto, sistemas normales. Miembros inferiores edema Gr. II.

Examen Obstétrico: A.U. 40 cm. foco 140 por minuto, presentación podálica móvil, no está en trabajo de parto, tacto rectal, cuello de multipara membranas rotas.

Impresión clínica: de Ingreso:

- 1.—Embarazo simple en curso de la 39 semana, feto vivo.
- 2.—Ruptura prematura de membranas.
- 3.—Pre-eclampsia.

Evolución y tratamiento: La paciente fué hospitalizada y durante las primeras 12 horas no tuvo ningún incidente importante pero a partir de éste momento se presentó cefalea intensa, disnea, agitación y crisis convulsiva tónico clónica fué vista por el residente de turno quien indicó sedantes, hipotensores, etc. Momentos más tarde se presentó de nuevo la crisis convulsiva por lo cual se le administró cocktail lítico esto aconteció a las 21.20 horas habiendo transcurrido el resto de la noche sin incidentes. Al ser reconocida a las 8 horas del día 29 por el jefe del servicio encontró: paciente dormida, respiración estertorosa, el edema se había generalizado (anasarca) y que la crina era escasa feto en buenas condiciones, súbitamente a las 15 horas hizo cuadros convulsivos a pesar de estar pasando cocktail lítico a XXX gotas por minuto, se llama al residente quien encuentra a la paciente con respiración muy dificultosa, flemas abundantes, y progresivamente comenzó a presentar cri-

sis de apnea, paro respiratorio y 5 minutos más tarde paro cardíaco, procediéndose de inmediato a extraerle el feto que fue de sexo femenino con un peso de 6 libras 13 onzas, con latidos cardíacos, respirando espontáneamente a los pocos minutos de extraída.

Evolución Fetal: Niño evolucionó favorablemente con el tratamiento instituido y después de 32 días de hospitalización fué dado de alta con un peso de 8 libras 8.5 onzas en buenas condiciones.

Diagnósticos clínicos de defunción:

- 1.—Embarazo simple a término, feto vivo.
- 2.—Eclampsia grave.
- 3.—Hemorragia intracraneana.

Diagnósticos de autopsia clínica:

- 1.—Eclampsia: necrosis aguda del hígado.
- 2.—Glomerulonefritis aguda.
- 3.—Embarazo de 38 semanas.

Tiempo transcurrido entre muerte materna y cesárea: 4 minutos aproximadamente.

CONCLUSIONES:

- 1.—Se revisaron 36,214 partos del Centro Materno Infantil, 39,326 partos del Hospital Roosevelt, encontrándose únicamente 9 casos de cesárea Post-Mortem que arroja un porcentaje en relación a los partos de 0.011%.
- 2.—La cesárea Post-Mortem es una operación que puede salvar la vida del niño siempre que se llenen las condiciones básicas.
- 3.—Se deben llenar las siguientes condiciones básicas: rapidez de la intervención, embarazo de las 28 semanas, feto fetal presente al morir la madre, equipo adecuado para la atención del niño.
- 4.—Siempre que se sospeche la muerte inminente de una madre en estado grave, deben hacerse los preparativos para realizar la cesárea Post-mortem.
- 5.—Siempre que sea posible debe informarse a los parientes de la madre y obtener de ellos la autorización escrita para realizar la cesárea post-mortem, aunque esto no debe tomarse como requisito indispensable sobre todo en medio hospitalario.
- 6.—El feto tiene más posibilidades de supervivencia en los casos en que la madre no ha sufrido de asfixia, pudiendo contarse en estos casos con una supervivencia fetal que oscila entre 5 y 20 minutos después de la muerte materna.
- 7.—Todo niño nacido por cesárea post-mortem debe ser considerado como prematuro, sin importar el peso y la edad de embarazo tomando los cuidados necesarios para tal condición.
- 8.—La mayoría de pacientes intervenidas fallecieron a consecuencia de Eclampsia severa encontrándose predominio de primigestas.
- 9.—De los nuevos casos estudiados hubo superviven-

cía de 4 casos de los cuales 2 eran simples y 1 embarazo gemelar con útero didelfo, habiéndose efectuado la intervención en los primeros 5 minutos de haberse declarado la muerte real materna.

- 10.—De los restantes casos (seis) 5 niños nacieron con latidos cardíacos no habiendo sido posible lograr que respiraran y el otro caso fue intervenido con óbito fetal.
- 11.—Los pesos fetales oscilan entre 3 libras 10.5 onzas y 7 libras 9 onzas. Siendo en su mayoría prematuros por peso y por edad de embarazo.

X — RECOMENDACIONES:

- 1.—Siempre que se encuentre una madre en estado grave con embarazo mayor de 28 semanas con presencia de foco fetal, y/o, movimientos y que se espere la muerte materna a breve plazo, recomendamos estar preparados con equipo adecuado, tanto quirúrgico como pediátrico para efectuar una operación cesárea post-mortem.
- 2.—Debe realizarse en el menor tiempo posible desde la muerte materna y no perder tiempo a tratar de localizar el foco fetal, cuando se sabe que anteriormente ha sido escuchado.
- 3.—Debe tomarse precauciones asépticas siempre que esto sea posible y realizar la incisión de la pared abdominal en un solo plano con un bisturí o cualquier instrumento cortante que se tenga a mano, después efectuar una incisión longitudinal de la pared uterina, también en un solo plano como si fuera a efectuarse una cesárea corporea clásica y extraer al niño lo más pronto posible.
- 4.—Recomendamos el uso de la cesárea post-mortem por estar seguros de que se pueden salvar mayor número de niños de los que hasta la fecha se han salvado utilizando el procedimiento.

Br. José A. Mollinedo M.

Vo. Bo.
Dr. Francisco Cerezo.
Asesor.

Imprimase:
Dr. Raúl Rodríguez Padilla.
Decano Interino.

BIBLIOGRAFIA:

Gynecology and Obstetrics: Carl Henry Davis and Bayard Carter.

Principios y Práctica de Obstetricia: De Lee Greenhill.

Tratado de Obstetricia: Lull Kimbrovg.

Obstetricia: Moragues.

Obstetricia: Dexeus Font.

La operación cesárea en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

Trabajo de tesis del Dr. Ernesto Alarcón.

Brithish Obstetrics Practice: E. Holland y A. Bourne.