

OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
Revisión de 131 casos

T E S I S

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

CARLOS HUMBERTO GUZMAN GAITAN.

En el acto de su investidura de
MEDICO Y CIRUJANO

Trabajo efectuado en la Maternidad del Hospital Roosevelt.

Asesor: Dr. Ronald Forno A.

Revisor: Dr. Enrique Castillo A.

Guatemala

Marzo de 1,966.

I N D I C E

1o. Indicaciones	Pag. No. 6
2o. Edad de las pacientes (Indice promedio).	Pag. No. 10
3o. Tipo de operación	Pag. No. 12
4o. Trabajo de parto (Indice promedio de du- ración)	Pag. No. 15
5o. Estado de las membranas en el momento de la operación	Pag. No. 18
6o. Estado de las placentas	Pag. No. 20
7o. Complicaciones maternas (Morbilidad y Mortalidad)	Pag. No. 22
8o. Morbilidad y Mortalidad fetal	Pag. No. 26
9o. Conclusiones	Pag. No. 29
10o. Sumario	Pag. No. 31
11o. Apéndice	Pag. No. 32
12o. Bibliografía	Pag. No. 33

I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo pretende analizar los casos de Operación Cesarea efectuados en la maternidad del Hospital Roosevelt durante el primer semestre del año de 1962.

En total se analizaron 131 casos bajo la selección estadística proporcionada por el Departamento del ramo del Hospital Roosevelt y la revisión de las historias clínicas en el archivo del mencionado hospital.

Se hizo un estudio cuidadoso de cada caso, analizando especialmente la edad promedio de las pacientes operadas. Así también se estudian los tipos de operación empleados y el índice de promedio de duración del trabajo de parto. Creemos importante especificar el estado placentario y de las membranas ovulares durante el momento de la operación.

El análisis más cuidadoso se hizo al respecto de las indicaciones que motivaron el acto operatorio. Siendo a mi juicio el objetivo principal de éste trabajo de tesis actualizar por medio de la investigación que hemos llevado a cabo en cada caso las indicaciones más comunes de ésta operación en la maternidad del Hospital Roosevelt.

Por último, se practicó una estadística de la morbilidad y mortalidad materna fetal atribuibles exclusivamente a la operación cesarea.

Espero que éste pequeño aporte ayude en algo al Médico Guatemalteco a efecto de darle a conocer las distintas y determinadas variantes que se presentan en los casos de operación cesarea en la maternidad mas grande de nuestra Patria.

Agradezco al Dr. Ronald Forno A. el particular interes que tuvo en colaborar con sus conocimientos, la asesoria de la presente tesis, sin cuya colaboraci3n, no hubiese sido posible efectuarla.

Asi tambien agradezco al Dr. Enrique Castillo A. quien tuvo a su cargo la revisi3n.

Y al Dr. Ricardo Alvarez quien gentilmente di3 autorizaci3n para efectuar 3ste trabajo en el Hospital Roosevelt.

HE DICHO.

MATERIAL Y METODOS

De 5223 historias clinicas de las pacientes hospitalizadas en la Maternidad del Hospital Roosevelt del 10. de Enero al 30 de Junio de 1962, se seleccionaron 131 de ellas que fué el número de operaciones cesareas efectuadas.

Se estudió cuidadosamente cada una de las historias clinicas seleccionadas a efecto de llenar el plan de tesis propuesto.

El método rutinario que se usó fué el de hacer un estudio estadístico basado en dicho plan de tesis y cuyo desarrollo consta en el índice del presente trabajo.

Se practicó revisión de los siguientes trabajos de tesis de graduación:

- 1.- Operación Cesarea en el Centro Materno Infantil tesis presentada por el Doctor Armando Quezada Gonzales.
- 2.- Mortalidad Materna en el Hospital Roosevelt tesis presentada por el Doctor Cesar A. Corzantes.
- 3.- Cesarea Post-Mortem tesis presentada por el Doctor José Arnoldo Mollinedo.
- 4.- Histerectomia Obstetrica en el Hospital Roosevelt tesis presentada por el Doctor Guillermo De Leon Asturias.
- 5.- Placenta Previa en el Hospital Roosevelt tesis presentada por el Doctor Edmundo A. Sagastume.
- 6.- Nulipara en Situación Transversa tesis presentada por el Doctor Jorge Ordóñez Cruz.

Se reviso el siguiente trabajo:

Conducta a seguir en pacientes embarazadas con cesarea previa.

Trabajo presentado al Quinto Congreso de Ginecología y Obstetricia en Honduras en el año de 1964, por los Doctores Enrique Castillo A. Humberto Montenegro P. y Ronald Forno A.

I

INDICACIONES

Queremos hacer notar que muchas de nuestras pacientes estudiadas presentaban más de una indicación para la operación cesarea. Creímos conveniente no tomar exclusivamente la indicación que se consideró como la más urgente y por ello es que en nuestra estadística final también aparecen como de valor real las indicaciones concomitantes.

Se nota que la indicación más frecuentemente encontrada es la desproporción céfalo-pélvica.

En el estudio rutinario de las pacientes admitidas en la maternidad del Hospital Roosevelt se ha tomado como base para llegar al diagnóstico final de desproporción céfalo-pélvica, en primer lugar la estimación clínica de la pelvis por examen vaginal, corroborado por la pelvimetría radiológica en los casos dudosos o sospechosos.

El valor de la prueba de parto bien vigilada en los casos límites para que el obstetra considerara la posibilidad de que el parto se efectuara por vías naturales, fué de suma importancia.

La indicación que le sigue en frecuencia a la desproporción céfalo-pélvica fué la de sufrimiento fetal.

En todos éstos casos había alteraciones serias a la auscultación del foco fetal, así como presencia de líquido amniótico teñido de meconio, en los casos de pacientes que presen -

taban membranas ovulares rotas. En nuestros casos hubo tratamiento previo a la paciente consistente en la administración de oxígeno, dedación del músculo uterino etc., que no obtuvo los resultados deseados; por lo que se indicó la operación.

A continuación se puede apreciar que la situación de cesarea anterior fué la tercera indicación de frecuencia.

En pacientes admitidas en la maternidad del Hospital Roosevelt con historia de cesarea anterior efectuada fuera del hospital y que no fué posible ponerse en contacto con el operador de la misma, generalmente se practicó la operación cesarea.

Así también en pacientes que presentaban la misma indicación de cesarea anterior en el embarazo actual y en las que habían tenido serias complicaciones de tipo séptico en la cesarea anterior fueron generalmente intervenidas.

En los casos enumerados de inminencia de ruptura uterina se hizo el diagnóstico por los métodos clásicos de clínica obstétrica ya conocidos, pues actualmente aún no se cuenta con los métodos modernos de Tocodinamometría.

A continuación se hace una enumeración de las indicaciones de los 131 casos revisados por orden de frecuencia.

1o. Desproporción céfalo-pélvica	34 casos
2o. Sufrimiento fetal	21 casos
3o. Pacientes con una cesarea segmentaria anterior . .	20 casos
4o. Pacientes con dos cesareas segmentarias anteriores	13 casos

50.	Situación transversa	13 casos
60.	Placenta previa central total	8 casos
70.	Trabajo de parto prolongado	7 casos
80.	Inminencia de ruptura uterina	6 casos
90.	Pacientes con tres cesareas segmentarias anteriores	5 casos
100.	Prolapso de cordón umbilical	5 casos
110.	Pacientes con una cesarea corporea anterior	4 casos
120.	Paro de progresión del trabajo de parto	4 casos
130.	Forceps fallidos	4 casos
140.	Detención profunda en posterior	3 casos
150.	Presentación podálica en primigesta añosa	3 casos
160.	Distocia de cuello	2 casos
170.	Operaciones vaginales anteriores	2 casos
180.	Carcinoma del cuello L.N. # 2	2 casos
190.	Pacientes con 4 cesareas segmentarias anteriores	1 caso
200.	Preeclamsia	1 caso
210.	Primigesta añosa	1 caso
220.	Embaraso gemelar y pelvis estrecha	1 caso
230.	Presentación mento fliaca derecha trasversa	1 caso
240.	Presentación mento fliaca derecha posterior	1 caso
250.	Heridas causadas por arma de fuego (uterina)	1 caso
260.	Cesarea post-mortem	1 caso

Queremos hacer constar nuevamente que el número total

de indicaciones sobrepasa al número de historias clínicas revisadas, pero se debe como ya dijimos a que muchas pacientes presentaban más de una indicación, como es el caso de la paciente con preeclampsia complicada con sufrimiento fetal.-

La cesarea post-mortem fué practicada en una paciente que murió por hemorragia intracraneal debido a un accidente cerebro-vascular.-

Los casos de carcinoma del cervix fueron minuciosamente estudiados, habiendo comprobación anatomopatológica de la enfermedad en los dos casos.-

Los casos de forceps fallidos fueron aquellos en los que la tracción adecuada del mismo no logró el éxito, por lo que fué abandonado todo intento de continuar la tracción en favor del futuro del feto.-

Los casos de prolapso de cordón umbilical, fueron todos ellos de emergencia y en los que nuevamente se comprobó la ventaja de un personal entrenado y de servicios de anestesista, banco de sangre y de sala de operaciones durante las 24 horas del día.-

Los casos de situación transversa del feto, en su mayoría fueron comprobados radiologicamente.-

II

EDAD DE LAS PACIENTES (Indice promedio)

El presente estudio abarca un período de seis meses de trabajo en la maternidad del Hospital Roosevelt, comprendidos del primero de Enero al treinta de Junio de 1962.

Analizaremos a continuación de manera mensual la menor edad que se encontró, así como también la paciente de edad mas avanzada haciendo un promedio de indice de edad. Se dará al final en forma de gran total los datos estadísticos encontrados.-

Enero edad:

Menor 18 años

Mayor 36 años

Promedio 27 años

Febrero edad:

Menor 20 años

Mayor 35 años

Promedio 25 años

Marzo edad:

Menor 14 años

Mayor 38 años

Promedio 24 años

Abril edad:

Menor 17 años

Mayor 39 años

Promedio 24 años

Mayo edad:

Menor 17 años

Mayor 45 años

Promedio 26 años

Junio edad:

Menor 18 años

Mayor 57 años

Promedio 23 años

Gran total:

Menor 14 años

Mayor 45 años

Promedio 27 años

Por lo expuesto se puede apreciar que la edad promedio de nuestras pacientes fué de 27 años, teniendo la de menor edad 14 años y la de mayor edad 45 años.

TIPO DE OPERACION

Queremos hacer notar que en la maternidad del Hospital Roosevelt, la operación cesarea clasica o corporea ha sido francamente desechada de la tecnicas rutinarias.

Dicho tipo de operación solo se practicó en aquellos casos en los que verdaderamente representaba el método ideal para la resolución del caso, como en casos de carcinoma del cervix, o en los que por dificultades tecnicas el practicar una cesarea segmentaria hubiera representado un compromiso o un serio peligro para la vida del feto.

Como dejamos ya anteriormente descrito la maternidad del Hospital Roosevelt, presenta un equipo de sala de operaciones listo para cualquier emergencia o eventualidad, un personal médico y de enfermeria entrenados, personal del departamento de anestesiología y departamento de pediatria, así como de banco de sangre. Todo esto se encuentra perfectamente disponible durante las 24 horas del día, por lo que creemos que se brinda una mejor atención a las pacientes.-

A continuación detallaremos de manera mensual los tipos de operación cesarea empleados, practicando al final del capítulo un análisis de la cifra total.

Enero tipo de cesarea:

Segmentaria transperitoneal	18
Corporea	1
Post-mortem	1
Cesarea Histerectomía	1

Febrero tipo de cesarea:

Segmentaria Transperitoneal . . . 21
Post-mortem 1

Marzo tipo de cesarea:

Segmentaria Transperitoneal . . . 26

Abril tipo de cesarea:

Segmentaria Transperitoneal . . . 19
Corporea 1

Mayo tipo de cesarea:

Segmentaria Transperitoneal . . . 17
Corporea 1

Junio tipo de cesarea:

Segmentaria Transperitoneal . . . 22
Corporea 2

Gran Total:

Tipo de Cesarea:

Segmentaria Transperitoneal . . 123
Corporea 5
Post-mortem 2
Cesarea Histerectomía 1

Queremos en este capítulo incluir algunos datos complementarios en relación al número de partos atendidos durante los seis meses comprendió el presente estudio y dar el promedio de operación cesarea encontrado en este número de partos.-

Hubo en total 5,223 partos, de los cuales 5,166 fueron

simples y 57 gemelares.-

Hubo 131 cesareas, lo que nos dá un promedio de 0.3 %.-

De estas 131 cesareas dejamos ya descrito 7 corporeas y una cesarea Histerectomia.-

TRABAJO DE PARTO

Para el desarrollo del presente capítulo tratamos de analizar en cada una de las historias clínicas de las pacientes habían tenido o no trabajo de parto previo a su operación cesarea.-

En las pacientes que sí habían tenido trabajo de parto previo a su operación, se analizó cuidadosamente la duración de dicho trabajo de parto.-

Que hemos hecho notar que en muchos casos fué muy difícil llegar a una conclusión exacta, pues muchas pacientes presentan un escaso índice de intelectualidad y en los que no se podía confiar de la veracidad de sus datos.-

Se practicó a continuación un estudio de menor y mayor tiempo de duración del trabajo de parto, y se sacó un índice promedio del mismo.-

Detallamos también en este capítulo en forma mensual los datos encontrados y damos al final el total de los mismos.-

Enero:

Sin trabajo de parto	2
Con trabajo de parto	19
Menor duración	1 hora
Mayor duración	41 horas
Promedio de todos los casos del mes	12 horas

Febrero:

Sin trabajo de parto	4
Con trabajo de parto	18

Menor duración	1h. 50 mts.
Mayor duración	24h. 45 " .
Promedio de todos los casos del mes	11h. 49 " .

Marzo:

Sin trabajo de parto	4
Con trabajo de parto	22
Menor duración	3 horas
Mayor duración	36 horas
Promedio de todos los casos del mes	13 horas

Abril:

Sin trabajo de parto	4
Con trabajo de parto	16
Menor duración	3 horas
Mayor duración	48 horas
Promedio de todos los casos del mes	10 horas

Mayo:

Sin trabajo de parto	4
Con trabajo de parto	16
Menor duración	1h. 15 mts.
Mayor duración	29h. 15 " .
Promedio de todos los casos del mes	10h. 30 " .

Junio:

Sin trabajo de parto	4
Con trabajo de parto	20
Menor duración	3 horas
Mayor duración	28h. 20 mts.
Promedio de todos los casos del mes	12 horas

Gran total:

Sin trabajo de parto 20

Con trabajo de parto 111

Menor duración 1 hora

Mayor duración 48 horas

Promedio de todos los casos 111 horas

Como dejamos asegurado anteriormente en muchos trabajos que valieron exclusivamente de las aseveraciones dadas por las pacientes con respecto al tiempo de duración del trabajo de parto prescrito fuera del hospital.

ESTADO DE LAS MEMBRANAS OVULARES EN EL MOMENTO DE LA OPERACION

En este capítulo queremos dar a conocer el estado de las membranas ovulares en el momento de la operacion. Creemos que lleva exclusivamente un requisito o aspiracion de tipo estadistico y tambien porque creemos que es util conocer si dichas membranas se encontraban rotas en el momento de la operacion, por la significacion que ello podria tener en la etiologia o etiopatogenia de las complicaciones maternas de tipo infeccioso las cuales se detallan en un capitulo posterior.

De los estudios anteriores sabemos que la desorganizacion menstrual es un grafico y permite la analisis de los datos estadisticos.

Tabla I

Estado de las membranas:

Intactas	12
Rotas	13

Tabla II

Estado de las membranas:

Intactas	12
Rotas	10

Tabla III

Estado de las membranas:

Intactas	11
Rotas	15

ABRIL:

Estado de las membranas:

Enteras 10

Rotas 10

Mayo:

Estado de las membranas:

Enteras 5

Rotas 10

JUNIO:

Estado de las membranas:

Enteras 13

Rotas 11

(Gran Total):

Estado de las membranas:

Enteras 36

Rotas 31

ESTADO DE LAS PLACENTAS

Fue útil observar el estado en que se encontraba la placenta en todos nuestros casos:—

Desgraciadamente solo se pudo practicar una observación de tipo anatómico en la generalidad de nuestros casos y solo en pocos de ellos una estudio anatómico por ser imposible en la mayoría de los casos de practicar.

No obstante el estudio anatómico de la placenta que se encuentra en la práctica de la obstetricia y en el estudio de los síndromes de placenta previa y de placenta desprendida.

Por lo tanto en los casos de placenta previa y de placenta desprendida se hizo imposible efectuar un estudio anatómico de las partes de la placenta.

Como se puede observar en el cuadro siguiente el estado de las placenta:—

Entre:

Placentas normales	12
Placentas previas	1
Placentas previas	1
Desprendimiento parcial	1

Febrero:

Placentas normales	10
Placentas previas	6

Marzo:

Placentas normales	24
Placentas previas	2

April

Plantas nuevas, 1900

Plantas nuevas, 1901

Plantas nuevas, 1902

May

Plantas nuevas, 1903

Plantas nuevas, 1904

June

Plantas nuevas, 1905

Plantas nuevas, 1906

July

Plantas nuevas, 1907

Plantas nuevas, 1908

Plantas nuevas, 1909

Plantas nuevas, 1910

Plantas nuevas, 1911

COMPLICACIONES MATERNAS
(Morbilidad y Mortalidad)

La operación cesarea antiguamente representaba un riesgo extraordinario y que se contaba entre las operaciones que presentaban una incidencia de mortalidad de las más elevadas.-

En la historia de la cesárea es muy interesante observar como ésta operación fué mejorándose en su técnica tan lentamente, y no es sino hasta el adelantamiento de Eduardo Ferris en que se consigue verdaderos adelantos. Y la alta incidencia de mortalidad, algunas veces tan elevada como de 84 %, descendió a 13.4 y aun menos en esa época.-

Actualmente se ha ganado considerablemente en el número de operaciones que representa la cesárea, pero aún se siguen complicando a veces particularmente de trombosis y de infecciones. La mortalidad es disminuida notablemente y los factores que se presentan en diferentes centros del mundo se califican como casos desesperados o como casos de su propia.-

El adelantamiento en los antibióticos y de las sulfas y particularmente en nuestro caso en lo que se refiere con tantas armas para combatir la infección, ha disminuido dicha infección como causa de mortalidad materna.-

Sin embargo en nuestro medio nos encontramos la mayoría de las veces con pacientes generalmente más nutridas y abandonadas, en el sentido de que solo acuden al hospital cuando la situación de su enfermedad se ha hecho ya verdaderamente desesperante.-

La técnica con que una operación se practica naturalmente cuenta como posible causa de algunas complicaciones.-

Describiremos las complicaciones observadas en cada uno de los meses que dura nuestro trabajo presente, dando al final un total de las mismas.-

Así también se dan a conocer las muertes maternas, detallando el diagnóstico final anatomopatológico de cada caso.-

Enero:

Dos hemorragias severas por placenta previa con colapso circulatorio periférico.-

Infecciones:

Tres endometritis.

Una infección de herida operatoria.

Muertes Maternas:

Una paciente que falleció por paro cardíaco durante una valvulo plastía mitral. Previamente había sido cesarizada.

Febrero:

Una hemorragia severa por placenta previa con colapso circulatorio periférico.

Infecciones:

Dos endometritis.

Otras complicaciones:

Una psicosis post-operatoria.

Marzo:

Una hemorragia severa por placenta previa con colapso circulatoria periférico.-

Infecciones:

Cuatro endometritis.

Dos infecciones de herida operatoria.

Un caso de bronconeumonía y tromboflebitis de miembro inferior derecho.-

Abril:

Una hemorragia severa por placenta previa con colapso circulatorio periférico.

Infecciones:

Seis endometritis.

Una infección Urinaria.

Mayo:

Dos hemorragias severas por placenta previa con colapso circulatorio periférico.

Infecciones:

Cuatro endometritis.

Cuatro infecciones de herida operatoria.

Una infección Urinaria.

Otras Complicaciones:

Una caso de rasgadura uterina.

Un caso de herida accidental de la vejiga.

Junio:

Dos hemorragias severas por placenta previa con colapso circulatorio periférico.

Infecciones :

Siete endometritis.

Cuatro infecciones de herida operatoria.

Una bronquitis aguda.

Muertes maternas una paciente que murió por coccidioidomicosis generalizada.-

Gran Total:

Nueve hemorragias severas por placenta previa con colapso circulatorio periférico.

Infecciones:

Veinte y seis endometritis.

Once infecciones de herida operatoria.

Un caso de bronconeumonía y tromboflebitis de miembro inferior derecho.

Dos infecciones Urinarias.

Una bronquitis aguda.

Otras Complicaciones:

Una psicosis post-operatoria.

Una rasgadura uterina grande.

Una herida accidental de la vejiga.

Muertes Maternas Dos:

Una paciente que falleció por paro cardíaco durante una valvuloplastia mitral. Previamente había sido cesarizada.

Una paciente que murió por coccidioidomicosis generalizada.

VIII

MORBILIDAD FETAL

No hay que ovi darse de que un buen número de pacientes como ya lo hemos recalcado en capítulos anteriores acuden al hospital ya en estado desesperado y cuando han sido manipuladas algunas veces por gente empírica en obstetricia y por ello no es raro observ ar pacientes que llegan al hospital en estado de shock por hemorragias seguidas no controladas, como en el caso de complicaciones placentarias y en estado de infección prolongada sin que les hayan administrado ningún tratamiento.-

Es por ello que con pacientes en estas condiciones no se puede esperar una superbitalidad fetal y han sido operadas algunos casos de sufrimiento fetal en los que desgraciadamente ya no fué posible salvar el feto. Los óbitos fatales ocurridos y fué debido a dichas causas.

En el presente capítulo también consideramos el peso de los fetos tomando en cuenta el mayor y menor peso observado y haciendo un promedio de todos los casos del mes.-

Enero:

Óbitos fetales	1
Peso Fetal : .	
Mayor peso	8.1 libras
Menor peso	4.6 libras
Promedio	6.10 libras

Febrero:

Obitos fetales 2

Peso Fetal:

Mayor peso 9.12 libras

Menor peso 3.7 "

Promedio 6.14 "

Marzo:

Obitos fetales 0

Peso Fetal:

Mayor peso 7.15 libras

Menor peso 3.14 "

Promedio 6.11 "

Abril:

Obitos Fetales: 2

Peso Fetal:

Mayor peso 7.13 libras

Menor peso 4 "

Promedio 7 "

Un caso de Hidrops fetalis.

Mayo:

Obitos fetales 3

Peso Fetal:

Mayor peso 7.8 libras

Menor peso 3.10 libras

Promedio 6.4 libras

Junio:

Obitos fetales 0

Peso fetal:

Mayor peso	9.4	libras
Menor peso	3.9	libras
Promedio	6.8	libras

Gran Total ; .

Obitos fetales 8

Un caso de hidrops fetalis.

Peso Fetal:

Mayor peso	9.12	libras
Menor peso	3.9	"
Promedio	6.10	"

Quiero aclarar que en el estudio de los pesos de los fetos el promedio que se ha dado ha conocer es el promedio de todos los casos del mes y para no hacer tedioso el presente trabajo se ha presentado el mayor y menor peso observado.-

CONCLUSIONES

- 1.- La indicación más frecuente encontrada en el presente trabajo para la operación cesarea es la desproporción cefalopélvica.-
- 2.- El diagnóstico de desproporción cefalopélvica se hace con base en la estimación pélvica por exámen vaginal corroborado por pelvimetría radiológica.-
- 3.- Es de suma importancia el valor de la prueba de trabajo de parto bien vigilado en los casos dudosos.-
- 4.- La indicación que sigue en frecuencia para la operación cesarea es el sufrimiento fetal.-
- 5.- Es difícil evaluar a pacientes con cesarea anterior practicada fuera del hospital.-
- 6.- Se hace necesaria la presencia de personal médico y para - médico bien entrenado, así como servicio constante de banco de sangre, laboratorio, departamento de rayos X y de Anestesiología, para cubrir las emergencias obstetricas.-
- 7.- La edad promedio de nuestros pacientes fué de 27 años.-
- 8.- La operación cesarea clásica o corporea ha sido relegada a casos que representan el método ideal como en el cercinoma del cervix y por dificultades técnicas.-
- 9.- Fué difícil evaluar la duración de trabajo de parto activo previo a la operación cesarea y se tomo como base lo que la paciente refirió como principio de contracciones fuertes

- 0.- En nuestro estudio no hubo diferencia apreciable entre pacientes operadas con membranas ovulares enteras o rotas.-
- 1.- La complicación más frecuente fué de infección endometrial y de herida operatoria, siguiendo la de hemorragia severa con colapso circulatorio periférico.-
- 2.- De las dos muertes maternas encontradas ninguna es francamente atribuible a la operación cesarea.-

SUMARIO

Se hizo una revisión de las operaciones cesareas efectuadas durante los seis meses primeros del año de 1962.-

Se revisó cada una de las historias clinicas y se estudiaron las indicaciones de la operación encontrando en un gran número que presentaba varias indicaciones concomitantes.-

Se hizo un analisis de la edad de las pacientes operadas y se sacó el índice promedio. Se analizó el tipo de operación efectuado y se puso especial atención en el estudio del trabajo de parto activo presentado en el período pre-operatorio.-

A guisa de información estadística se dá a conocer el estado de las membranas ovulares en el momento de la operación, así como el estado y localización de las placentas.-

Los dos últimos capítulos se refieren a las complicaciones maternas, muertes maternas, morbilidad y mortalidad fetal.-

APENDICE

En el presente trabajo se hace estudio de 131 operaciones cesareas presentadas. En el mismo lapso de tiempo hubo 5,223 partos lo que nos dá un promedio de operación cesarea de 0. 3%.

Dicho promedio nos coloca entre los indices más bajo de incidencia de operación cesarea en obstetricia en todo el mundo.-

Consideramos sin embargo que dicho índice puede variar e inclusive elevarse, y naturalmente que aumentara la indicación de operación por cesarea anterior.-

* BIBLIOGRAFIA

- 1.- Tesis presentada por el Doctor Armando Quezada Gonzales titulada La Operación Cesarea en el centro Materno Infantil.
- 2.- Tesis presentada por el Doctor José Arnoldo Mollinedo titulada cesarea pos-mortem.-
- 3.- Tesis presentada por el Doctor Cesar A. Corzantes titulada Mortalidad Materna en el Hospital Roosevelt.-
- 4.- Tesis presentaba por el Doctor Guillermo de León Asturias titulada Histerectomía Obstetrica en el Hospital Roosevelt.
- 5.- Tesis presentaba por el Doctor Edmundo Sagastume titulada Placenta Previa en el Hospital Roosevelt.-
- 6.- Tesis presentada por el Doctor Jorge Ordóñez Cruz titulada Nullípara en Situación Transversa.-
- 7.- Trabajo presentado en el Quinto Congreso de Obstetricia y Ginecología de Honduras en el año 1964 por los Doctores Enrique Castillo A. Humberto Montenegro P. y Ronald Forno A., titulado Conducta a Seguir en Pacientes Embarazadas con Cesarea Previa.-
- 8.- Obstetrics. Williams 12th Edition.
- 9.- Principios y práctica de obstetricia de De Lee Tercera edición.-