

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CONSIDERACIONES SOBRE CESAREA CORPOREA EN LA MATERNIDAD
DEL HOSPITAL ROOSEVELT"

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos.

Por

MARIO ANIBAL HUERTAS RECINOS

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1969.

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. DEFINICION
- III. HISTORIA
- IV. INDICACIONES
- V. VENTAJAS Y DESVENTAJAS
- VI. TECNICA OPERATORIA
- VII. MATERIAL Y METODOS
- VIII. ESTUDIO ESTADISTICO
- IX. CONCLUSIONES
- X. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

El propósito de presentar este trabajo es efectuar una revisión de los casos de Cesarea Clásica que han sido practicadas en la Maternidad del Hospital Roosevelt, durante un período de 10 años; y hacer un breve recordatorio de algunos -- conceptos, indicaciones y su técnica quirúrgica.

A pesar de que la Cesárea Corpórea tiene pocas indicaciones, es importante notar que en algunos departamentos se práctica con frecuencia, posiblemente por desconocimiento de la técnica de la Cesárea Segmentaria Transperitoneal; poniendo en peligro a la madre para futuros embarazos y predisponiéndola a rupturas espontáneas del útero.

Se ha realizado este trabajo estudiando todos los casos que se han resuelto en esta Maternidad, utilizando esta técnica, con el objeto de investigar las indicaciones, complicaciones, pleigros futuros, etc., para tomarlas en consideración siempre que necesitemos recurrir a este tipo de Cesárea, para resolver alguno de nuestros casos.

DEFINICION.

La cesárea es una operación mediante la cual se extrae un feto viable del útero por una incisión que interese las paredes abdominal y uterina. La palabra Cesárea, viene del Latín "Caedere", que quiere decir cortar; en Roma se llamaba "Caesones" a los nacidos por Cesárea esto indica que ya en esa época se practicaban cesáreas con alguna frecuencia aunque fuesen Post Mortem.

Sin embargo, el origen del nombre, ha sido motivo de muchas discusiones; se acepta que Julio César nació de esta manera y que de allí deriva su nombre; aunque se duda de la veracidad de esta hipótesis; pues Julia su madre vivió muchos años después de su nacimiento; y además Julio César no fué su primer hijo, no fué el primer CESAR, ya que generaciones antes tiene noticias de la existencia de un sacerdote también llamado César.

Parece más aceptable que la palabra Cesárea derive de la ley romana que ordenaba practicar esta intervención a toda mujer que muriera en las últimas semanas del embarazo, con la esperanza de salvar a la criatura (Ley codificada por Numa Pompilio). Esta ley llamada "Regia" fué nombrada posteriormente como la "Lex Caesaria", y la operación: CESAREA.

HISTORIA.

Se considera que en Egipto y la antigua India, fueron los países en donde se practicó por primera vez la operación Cesárea. Posteriormente en Roma, se estableció la obligatoriedad de cesarizar a toda mujer portadora de un embarazo a término en el acto de su muerte, con el objeto de extraer el producto de la concepción.

En los primeros siglos de la era Cristiana el Talmud, relata, que toda mujer que haya tenido parto abdominal, no está obligada a "purificarse" como era la tradición; lo que nos hace pensar que practicaban cesáreas y las mujeres sobrevivían al acto operatorio. Se cree que en el año 250 de nuestra era, el Obispo Paulo de Mérida, en Emérita Augusta, practicó en Europa la primera Cesárea en una mujer viva.

El castrador de cerdos, Jacobo Nufer al parecer, efectuó en 1500 una Cesárea a su mujer, después de varios días de parto, y a la que Médicos y Parteras había tratado sin éxito. Sin embargo la primera cesárea de que se tiene noticias exactas, fué practicada en el año de 1610 por Jeremías de Trautmann, de Wittenberg, en una mujer con hemia del útero grávido.

Con el desarrollo de la obstetricia vaginal, el descubrimiento del fórceps, la práctica de la Sinfisiotomía y el desarrollo de las técnicas Feto destructivas, disminuyó el interés por la operación Cesárea casi en 200 años, y se

retardó el progreso de las operaciones abdominales; así transcurrieron los siglos XVII y XVIII.

Practicamente hasta el siglo XIX inclusive, las operaciones Cesáreas - practicadas, fueron Cesáreas Corporóreas. Los datos encontrados sobre morbilidad y mortalidad materno fetales, son confusos y nos dan cifras bastante diferentes; así por ejemplo, unos autores indican que hasta el año de 1876, esta intervención producía una mortalidad casi del 100 por ciento de las madres, ya que se efectuaban en pacientes con varios días de estar en trabajo, agotadas, deshidratadas y con infecciones graves; otros autores manifiestan - que en el año de 1840, es decir 26 años antes, la mortalidad operatoria era de un 62 por ciento. La era Listeriana, mejoró importantemente los resultados, igualmente la operación de Porro descendió la mortalidad materna.

No se encontraron datos precisos del inicio de la técnica que suturaban la pared uterina, ni las distintas modificaciones de las suturas de la pared - del útero y de los planos superficiales; el único dato importante se refiere a las modificaciones de las suturas del miometrio que impedían la separación de la herida uterina y evitaban la infección de la cavidad del útero, introducidas por Max Sanger, de Leipzig alrededor de 1872.

A principios del siglo XX, Frank tuvo una idea fundamental en la técnica de la operación Cesárea, al practicar y recomendar la incisión uterina a nivel del segmento inferior. Esta es una de las modificaciones más impor-

tantes en la práctica de esta intervención. Mas tarde Sellheim y Kröning, mostraron las ventajas de la incisión segmentaria, indicando que sangraban menos, la cicatrización es más perfecta, la cicatriz es más fuerte, produciéndose menos rupturas uterinas en embarazos posteriores. Por último Döderlen en 1908, introdujo la técnica de la Cesárea Extraperitoneal que evitaban infecciones de la cavidad peritoneal. Esta técnica fué perfeccionada en 1916 por Latzco. En 1933, -- Kerr ideó la incisión transversal del segmento, que es la más usada actualmente, y que corrientemente se emplea en el Hospital Roosevelt.

INDICACIONES.

Las indicaciones para practicar la Cesárea Corpórea, se dividen en absolutas y relativas. Siendo las Absolutas las siguientes:

1. - Carcinoma del Cuello Uterino
2. - Dificultades Técnicas importantes
3. - Cesárea Post Mortem

Como indicaciones relativas se consideran las siguientes:

1. - Placenta Previa Central Total
2. - Situación Transversa

VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

Las ventajas de la operación Cesárea Clásica son:

1. - Técnica menos laboriosa
2. - Más rapidez que cualquiera otra Técnica de Cesárea
3. - Facilidad y rapidéz de extracción del feto.
4. - Menor peligro de lesiones de la vejiga urinaria y secciones de las arterias uterinas o ligadura de los ureteres.

Las desventajas de la operación Cesárea Clásica son las siguientes:

1. - Mayor peligro de hemorragia que en la operación transperitoneal baja
2. - Distensión abdominal y molestias post operatorias más frecuentes.

3. - Mayor peligro de peritonitis si hay infección en el útero.
4. - Las adherencias post operatorias ocurren con más frecuencia que puede producir obstrucción intestinal posteriormente.
5. - Aumenta el peligro de rupturas de la cicatriz uterina en gestaciones y partos posteriores.

La Cesárea Corpórea se inicia con la técnica usual de abrir la pared abdominal utilizada en la Cesárea Segmentaria Transperitoneal. Se practica una incisión longitudinal en el útero que interesa peritoneo y miometrio, hasta llegar a la cavidad uterina; y se procede a la extracción del feto, que se efectúa generalmente utilizando los pies, esto se logra con facilidad. Luego se extrae la placenta en la forma usual.

La sutura uterina se lleva a cabo por planos. El Plano profundo es una sutura continua que debe ser submucosa (debe tenerse cuidado de no suturar en ellas la capa mucosa). El resto del músculo uterino se sutura con varias capas de puntos separados. La sutura del peritoneo, se efectúa cubriendo cuidadosamente la línea de sutura anterior, y tomando el útero ligeramente por fuera de los bordes de la herida, con puntos separados, con el objeto de dejar la sutura recubierta por el peritoneo uterino.

La sutura de la pared abdominal se efectúa por planos en la forma usual.

El profesor Botella recomienda aproximar el útero a la herida de la pared abdominal con dos pinzas, una próxima al fondo uterino y otra próxima al segmento inferior, cerca de la sínfisis del pubis, y con ambas exteriorizar el lugar donde se practicará la incisión uterina, con el objeto de aislar la cavidad abdominal.

MATERIAL Y METODOS.

El presente trabajo estudia las observaciones Médicas de 112 casos de Cesárea Corpórea practicadas en la Maternidad del Hospital Roosevelt durante 10 años comprendidos de 1959 a 1968. Para obtener estos casos nos acercamos al Departamento de Estadística y pedimos las observaciones de Cesárea Corpóreas, sin embargo no fué posible obtenerlas en esa forma ya que no tienen este diagnóstico codificado. Por ello fué necesario revisar todos los libros de operaciones de ese tiempo que ascendieron a 38 y buscar operación por operación, para localizar los 112 casos los 112 casos que forman el fundamento de este trabajo de tesis. Durante este mismo tiempo en la Maternidad del Hospital Roosevelt se atendieron 112.504 partos.

ESTUDIO ESTADISTICO.

La revisión y estudio de las observaciones Médicas de las pacientes a -- quienes se les practicó Cesárea Corpórea nos muestra un conjunto de datos que consideramos de mucho interés para nuestro trabajo, por lo que los exponemos en seguida:

1. - Frecuencia

En la Maternidad del Hospital Roosevelt se atendieron de 1959 a 1968, 112.504 partos, de los cuales 112 casos fueron resueltos por Cesárea Corpórea, lo que nos da un 0.10% de frecuencia; es decir una Cesárea Corpórea por cada 1003 partos. La frecuencia de Cesáreas Segmentarias Transperitoneales con respecto al número total de partos es de 3.05 por ciento, o sea 30 por 1000 partos aproximadamente. De donde la frecuencia de los diferentes tipos de Cesárea, en relación al número total de partos efectuados en la Maternidad es:

Cuadro No. 1.

Porcentaje:		Frecuencia:
Cesáreas Corpóreas	0.10	1 por 1000
Cesáreas Segmentarias	3.05	30 por 1000
Cesárea Segmento Corpórea	0.03	3 por 10.000
Cesárea Extraperitoneal.	0.003	3 por 100.000

Durante este mismo tiempo se efectuaron 3589 Cesáreas, de las cuales 3435 fueron segmentarias, 112 corpóreas, 39 segmento corpóreas y 3 extraperitoneales. Estos datos nos indican las siguientes frecuencias de las clases de Cesáreas.

CUADRO No. 2.

	Número:	Porcentaje:
Total de Césareas	3598	100%
Cesáreas Segmentarias Transperitoneales	3425	95.7%
Cesáreas Segmento Corpóreas	39	1.1%
Cesáreas Corpóreas	112	3.1%
Cesáreas Extraperitoneales	3	0.08%

2) Edad:

En el cuadro siguiente, se distribuyen las pacientes por grupos de edades.

CUADRO No. 3.

Paciente menores de 20 años	1	0.9
Pacientes de 21 a 30 años	52	46.4
Pacientes de 31 a 40 años	53	47.3
Pacientes mayores de 40 años	6	5.4
Total:	112	100.0

En este cuadro comprobamos que la mayor incidencia de Cesárea Corpórea se practicó en pacientes comprendidas entre los 31 a 40 años, siendo el porcentaje de 47.3 por ciento.

La paciente más joven a que se le practicó Cesárea Corpórea, fué de 16 años y la de mayor edad de 41 años. La paciente de 16 años se efectuó Cesárea Corpórea por presentación de hombro y el segmento estaba muy poco desarrollado, era infundibiliforme y por lo tanto no daba espacio para la incisión uterina.

3.) Paridad.

El siguiente cuadro agrupa a las pacientes según su Paridad.

CUADRO No. 4. -

	Número:	Porcentaje:
Primigestas	2	1.7
Multiparas	30	26.9
Grandes Multiparas	80	71.4
Total:	112	100.0

Podemos observar en el cuadro anterior que el mayor número de Cesáreas Corpóreas se practicó en grandes multiparas, es decir, pacientes que han tenido más de 5 embarazos con un porcentaje de 71.4 por ciento.

4.) Control Prenatal.

En el cuadro número 5 indica asistencia prenatal

CUADRO No. 5. -

	Número:	Porcentaje:
Con Prenatal	60	53.5
Sin Prenatal	52	46.5
Total:	112	100.0

Esto nos demuestra que hay un número elevado de pacientes que se atienden que no asisten a control prenatal, y además el descuido personal de pacientes con Cesárea previa que no se vigilan en el prenatal, a pesar del riesgo que significa el antecedente de Cesárea.

5.) Grupo Étnico.

En cuadro número 6, muestra los grupos étnicos de las pacientes, en quienes se practicó Cesárea.

CUADRO No. 6.

Indígenas	9	8.0
Ladinas	103	92.0
Total:	112	100.0

Podemos observar que el mayor número de Césareas Corpóreas se efectuaron en la raza ladina; dando un porcentaje de 92.0%.

Consideramos que esto se debe a que la gente ladina consulta más al médico y por lo tanto se tiene mayor control sobre ellas y las indígenas son atendidas en las otras áreas rurales y por lo tanto se desconocen los resultados.

6.) Edad de Embarazo.

En el cuadro siguiente mostramos la edad del embarazo en que se practicó la operación.

CUADRO No. 7.

Número Porcentaje:

Continúa en la página sig.

Embarazos menores de 38 semanas	54	48.3
Embarazos de 38 a 41 semanas	58	51.7
Total:	112	100.0

Como podemos ver en el cuadro anterior, la mayoría de Césareas Corpóreas, fueron practicadas en embarazadas a término, entre 38 a 41 semanas de edad, dando un 51.7 por ciento; y en menos de 38 semanas 48.3 por ciento.

7.) Diagnóstico de Presentación.

Demuestra el cuadro número 8 las diferentes presentaciones con que ingresaron y fueron intervenidas las pacientes.

CUADRO No. 8.

	Número	Porcentaje:
Vértice	85	75.9
Hombro	15	13.4
Podálicas	7	6.2
No anotados	5	4.5
Total:	112	100.0

Este cuadro nos demuestra que el mayor número de Cesáreas se practicó en presentaciones cefálicas y el porcentaje es de 75.9 por ciento. El cuadro también no indica que la presentación de hombro, con una frecuencia de 13.4 por ciento, es una causa frecuente de operación Cesárea, aunque no podríamos decir de Cesárea Corpórea, si tomamos en consideración que la frecuencia general de presentación de hombro es de 0.50 por ciento.

8.) Estado de las Membranas.

En el cuadro número 9 resumimos el estado de las membranas a su ingre-

so e intervención.

CUADRO No. 9.

	Número:	Porcentaje:
Membranas enteras	94	83.9
Membranas rotas	12	10.7
No anotadas	6	5.4
Total:	112	100.0

Podemos observar que el mayor número de pacientes ingresaron con membranas enteras, siendo el porcentaje de 83.9 por ciento. Creemos que es de gran importancia, ya que cuando las membranas están rotas aumenta el peligro de infección y consideramos que posiblemente se debe a que un número importante de las operaciones se efectuaron en forma electiva.

9.) Indicaciones de Cesárea Corpórea

Las indicaciones encontradas se resumen en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 10.

	Número:	Porcentaje:
Carcinoma del Cuello Uterino	35	31.3
Dificultad Técnica	30	28.6
Didácticas	19	16.9
Cesárea Post Mortem	11	9.7
Situación Transversa	10	7.2
Placenta previa central	6	0.9
total	112	100.0

Carcinoma del Cuello Uterino.

Se practicó Cesárea Corpórea a 35 pacientes que presentaron carcinoma del cuello uterino, a 26 de ellas se les confirmó con biopsia, con los resultados siguientes:

CUADRO No. 11.

	Número:
Carcinoma de células escamosas grado II.	8
Carcinoma de células escamosas Grado III.	9
Carcinoma de células escamosas grado IV.	3
Carcinoma escamoso bien diferenciado	1
Carcinoma in situ	2
Carcinoma epidermoide grado - II.	2
Leiomioma del cuello uterino	1
Total:	26

Dificultad Técnica:

La dificultad técnica es una causa relativamente frecuente, que imposibilita practicar Cesárea Segmentaria Transperitoneal y obliga a utilizar el cuerpo como vía de acceso a la cavidad ovular para extraer el feto.

En este estudio se encontraron 30 casos que se resolvieron en esta forma:

(Ver página siguiente)...

CUADRO NO. 12.

	Número:
1. - Cesárea Segmentaria anterior	4
2. - Cesárea Segmentarias anteriores	2
3. - Cesáreas Segmentarias anteriores	10
4. - Cesáreas Segmentarias anteriores	8
1. - Cesárea Corpórea anterior	1
2. - Cesáreas Corpóreas anteriores	1
Fractura de Pelvis	1
Adherencias uterinas. (Infección Pélvia).	3
Total:	30

Los casos resueltos por Cesárea Corpórea que tienen como causa dificultades técnicas, y que nos muestra el cuadro anterior, pueden ser discutidos como sigue:

a) Segmento en malas condiciones: 24 pacientes con antecedentes de Cesárea Segmentaria Transperitoneal, presentaban el segmento inapropiado como vía de acceso, ya sea por adherencias o ascenso de la vejiga urinaria, lo que ameritó ser resueltas por Cesárea Corpórea. De ellas, 20 pacientes fueron además esterilizadas quirúrgicamente en el mismo acto operatorio.

b) Antecedentes de Cesárea Corpórea y dificultad técnica debida a várices del segmento inferior: a un caso se le practicó la segunda Cesárea Corpórea debido a estas condiciones; y el mismo caso fue cesarizado nuevamente

en su tercer embarazo, presentando entonces el antecedente de 2 Cesáreas --

Corpóreas y la misma condición del segmento inferior. Se ligó las trompas.

c) Antecedentes de fractura de la pelvis y problema quirúrgico debido a lateralización del útero y mala formación del segmento inferior: un caso.

Esta misma paciente presentó 3 embarazos posteriores; de los cuales uno de ellos se resolvió espontáneamente y los otros dos con Cesárea Segmentarias

Transperitoneales. Esto nos manifiesta que posiblemente hubo error de criterio al practicar la Cesárea Corpórea, pues fué posible efectuarle 2 cesáreas

Segmentarias Transperitoneales posteriormente.

d) Adherencias Uterinas consecutivas a infecciones pélvicas anteriores: 3 casos. En ellas no había ningún antecedente quirúrgico, y por consiguiente se responsabilizó a problemas infecciosos previos.

e) Fibroma del segmento, y con antecedentes de una Césarea anterior: 1 caso.

Didácticos:

En este rubro incluimos los casos en que se practicó Cesárea Corporea sin existir una indicación precisa. Este es un Hospital de entrenamiento y -- por eso se buscaron aquellos casos en los que se practicaría ligadura de trompas, para hacer este tipo de operación como técnica de aprendizaje.

Cesárea Post Mortem:

Incluimos aquí los 11 casos en que se practicó Cesárea Corpórea por

muerte materna, con el fin de salvar el producto.

El porcentaje de 9.7 por ciento, se refiere a la Cesárea Corpóreas.

Es justo pensar que la indicación de Cesárea Corpórea post mortem, es lógica, ya que necesita una rapidez inmensa para extraer al niño, cuanto antes del seno materno, pues, de ello depende las posibilidades de vida del producto de la concepción.

Situación Transversa:

La situación transversa o presentación de hombro, es una indicación -- relativa de Cesárea Corpórea; por lo tanto se necesita otro hecho concomitante -- que dificulte utilizar el segmento inferior como vía de acceso operatorio. En los 10 casos resueltos por Cesárea Corpórea en nuestra Maternidad, se debió a que durante el acto quirúrgico se encontró el segmento en forma cilíndrica. Algunos -- autores consideran que también está indicada la Cesárea Corpórea en presentaciones de hombro, cuando los pies están francamente superiores anivel del fondo, ya que el practicar Versión en esos casos, es muy difícil y peligroso para el niño y la madre.

Placenta Previa Central Total:

Es otra de las indicaciones encontradas en nuestro estudio, tiene un -- porcentaje de 5.4 por ciento. Es una indicación relativa ya que actualmente, -- aún con el diagnóstico de placenta previa central total, se trata de resolver el caso por medio de una Cesárea Segmentaria Transperitoneal, con el objeto de evi-

tar el riesgo elevado de rupturas de cicatriz uterina que tiene las Cesáreas Corpóreas.

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Incerta:

Otra causa por la que se efectuó Cesárea Corpórea, fué por Desprendimiento prematuro de placenta norma incerta, se trató de una paciente que ingresó en pésimas condiciones, con Shock y seguramente porque este tipo de Cesáreas puede practicarse con más rapidez, se decidió resolverla de esta manera.

10) Complicaciones post operatorias.

Las complicaciones más importantes encontradas en el estudio de nuestras pacientes, son comentadas a continuación:

1.) Hemorragia abundante en el momento de la operación en una paciente que se operó por placenta previa central total, con antecedentes de una Cesárea Corpórea anterior, practicada fuera de este centro. No podemos responsabilizar a la intervención, como causante de ésta hemorragia, ya que la placenta previa central total es por sí sola suficiente para provocarla.

2.) Reacción transfusional, en una paciente que presentaba carcinoma del cuello uterino. Esta complocación no es debida a la operación.

3.) Infección y dehiscencia de herida operatoria: Una señora que ingresó con ruptura prematura de membranas, asociado a un carcinoma primario del -

cuello uterino.

4) Infección Uterina, y la indicación de la operación fué 2 Cesáreas anteriores, sufrimiento fetal y autorización de operación esterilizante.

5) Infección de herida operatoria, ingresó con ruptura prematura de membranas, asociado a un carcinoma del cuello uterino.

6) Ilio paralítico, asociado a insuficiencia cardíaca y deshidratación moderada. 1 cesárea anterior, en esa oportunidad procidencia de cordón. Indicación de la Cesárea Corpórea, malas condiciones del segmento uterino.

7) Ilio paralítico asociado a deshidratación, cesárea efectuada por cesárea anterior, placenta previa central total y situación transversa.

8) Radiodermatitis, en una paciente que fué operada por carcinoma del cuello uterino y que posteriormente fué tratada con radioterapia, presentando ésta complicación.

Como puede observarse, las complicaciones encontradas no tienen relación con la técnica operatoria. Complicaciones, desventajas o inconvenientes de la Cesárea Corpórea no fué posible estimarlas en forma segura en la pelería; pues la cantidad de sangre perdida en el acto quirúrgico, la condición de la cicatriz uterina, y las infecciones locales concomitantes no se encontraron anotados. Sin embargo el que 54 pacientes de las 112 operadas necesitó la practica de transfusiones sanguíneas, nos hacen pensar que realmente hubo un

número importante de casos que tuvieron hemorragias durante la operación o el post operatorio inmediato. Es necesario recordar, que muchos casos fueron resueltos en malas condiciones generales (Carcinoma del cuello) o que habían perdido sangre antes de ser intervenidas (Placenta previa central total), desprendimiento prematuro de placenta normo incerta).

11.) Tiempo de Hospitalización:

En el cuadro siguiente, resumimos en tres grupos el tiempo de hospitalización de las pacientes.

CUADRO No. 13.

	Número:
0 días -Cesárea Post Mortem-	10
de 5 a 7 días	42
de 8 a 10 días	25
de 11 días en adelante	35
Total:	112

La paciente que menos tardó hospitalizada fue una que ingresó en pésimas condiciones generales. Presentando una preeclampsia severa y un cuadro de Accidente Cerebro Vascular de origen hemorrágico. La duración fue de 2.25 horas, en ese tiempo se le practicó Cesárea Post Mortem, se obtuvo un niño de regulares condiciones, que a las pocas horas falleció.

La mayoría de pacientes que tardaron más tiempo hospitalizadas, fueron aquellas con diagnóstico de carcinoma del Cuello Uterino, las cuales recibieron tratamiento con radioterapia o colocación de agujas de Cobal

to intra útero. Algunas fueron remitidas al Instituto de Cancerología.

Dos pacientes tardaron 3 meses para darles su egreso, una de ellas tenía asociado Tuberculosis Pulmonar, y fue referida al Hospital San Vicente (Antituberculoso).

12) Condición de la madre y el niño al darles egreso:

a) Madres:

Mortalidad y Morbilidad maternas:

La mortalidad materna debida exclusivamente a la intervención, en nuestro estudio fue de 0 por ciento. Pues aunque de las 112 pacientes que fueron cesarizadas, 102 fueron dadas de egreso vivas, las 10 muertas fueron a quienes se les practicó Cesárea Post Mortem.

La morbilidad analizada, en donde se discuten las complicaciones del post operatorio mediano e inmediato como comentamos allí, que es sumamente difícil de indicar en forma exacta quien es directamente responsable de las complicaciones, fue la enfermedad concomitante o el acto quirúrgico.

b) Niños:

Los 112 casos analizados y resueltos por Cesárea Corporea, produjeron 112 niños, ya que no hubo embarazos gemelares; de ellos 58, o sea un 51.8 por ciento, fueron a término y de 54, es decir 48.2 por ciento, fueron prematuros. No comentamos el sexo, ni el peso de los niños, por la existen-

cia de alguna condición especial del niño, pues las consideramos sin relación importante con el tema que tratamos.

Morbilidad Fetal:

La morbilidad fetal está elevada en los casos estudiados, ya que en ellos se encuentran conjuntos de condiciones maternas desfavorables, como son 35 - Cánceres del cuello uterino, 7 Placenta Previa central total y desprendimiento prematuro de placenta normo incerta; 11 Cesáreas post mortem, que naturalmente la condición materna estaba tan precaria que fallecieron. Además habrá que considerar que en 22 existen presentaciones anormales, lo que complica la condición fetal. Bástenos indicar que hubo 54 niños prematuros, es decir un 48.2 por ciento como dijimos anteriormente.

Mortalidad Fetal:

La mortalidad fetal está también elevado en relación a los promedios, ya que como comentábamos anteriormente, existe un conjunto de casos complicados, tanto desde el punto de vista materno como fetal. Obtuvimos 54 niños prematuros de los cuales nacieron muertos 8 (15 por ciento de prematuros), y 7.2 por ciento del total de los niños; y murieron en las primeras cuatro semanas de la vida, 10 o sea un 18 por ciento; de tal manera que, de los 54 niños prematuros egresaron 36 y hubo una mortalidad perinatal de 18 que significan el 33.3 por ciento de los prematuros. Naturalmente estas cifras están inmen-

samente elevadas; pero es necesario recordar que hubo 8 cesáreas post mortem - que dieron niños prematuros, de los cuales murieron 6 y solo egresaron 2; y además que tuvimos 7 casos de placenta previa central total y desprendimiento prematuro de placenta.

En relación de los niños nacidos a término, nacieron 2 muertos (3.45 por ciento de niños a término) y murieron antes de ser egresados otros 2, lo que da un 6.9 por ciento de mortalidad perinatal de los niños a término. Debe mencionarse que los nacidos a término muertos, uno nació por Cesárea post mortem, y uno murió pocas horas después de haber nacido.

Si consideramos la mortalidad fetal de los casos, tenemos que 10 -- fueron mortinatos y 8 fueron neonatos, lo que nos da 8.9 por ciento de mortinatos y 7.1 porcentaje de neonatos; es decir 16.1 de mortalidad perinatal.

CONCLUSIONES.

- 1.) La Cesárea Corpórea es una intervención indispensable de practicar en -- ciertos casos, y por lo tanto debe estarse familiarizado con su técnica quirúrgica.
- 2.) La práctica de la Cesárea Corpórea, está limitada a condiciones muy precisas y específicas, por lo que debe efectuarse en forma excepcional.
- 3.) La frecuencia de la Cesárea Corpórea debe ser muy baja en los ambientes obstétricos de calidad. Así, en la Maternidad del Hospital Roosevelt, su incidencia es de 0.10 por ciento del total de partos y de 3.1 por ciento -- del total de Cesáreas practicadas en el mismo tiempo.
- 4.) Las indicaciones actuales absolutas de la Cesárea son: Cáncer del cuello uterino, dificultades técnicas importantes y Cesáreas Post Mortem; y las -- relativas, placenta previa central total y situación transversa.
- 5.) Las indicaciones encontradas por nosotros son las siguientes:

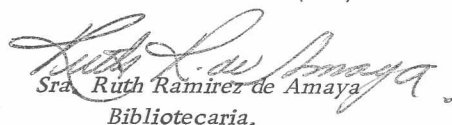
Cáncer del Cuello Uterino	33.3%
Dificultad Técnica	28.6%
Cesárea Post Mortem	9.7%
Situación Transversa	7.2%
Placenta Previa Central Total	5.4%
Desprendimiento prematuro de la Placenta	0.9%
Didácticas	16.9%
Total:	100.0%

- 6.) La Cesárea Corpórea a pesar de sus ventajas técnicas, debe practicarse en forma excepcional por los riesgos de hemorragia, distensión abdominal, infecciones peritoneales y adherencias post operatorias; pero, especialmente por el peligro de ruptura de la cicatriz en gestaciones posteriores y su mortalidad materno fetal más elevada.
- 7.) La Cesárea Post Mortem es una indicación definitiva de Cesárea Corpórea, -- una condición médica muy especial y de inmenso significado humano y su -- práctica necesita mucha decisión, oportunidad y rapidez para obtener los resultados más satisfactorios.
- 8.) La mortalidad y morbilidad materna en los casos analizados, es confusa, ya que no tenemos suficientes medios de juicio para responsabilizar a la intervención en sí, o a las condiciones concomitantes como causales específicas.
- 9.) La morbilidad y mortalidad fetal en nuestros casos es elevada, pero no se puede responsabilizar en forma exclusiva a la Cesárea Corpórea ya que existen un conjunto de complicaciones que hacen imposible un juicio exacto. y
- 10) El análisis de nuestras condiciones es fundamental, ya que solo en esa forma podemos conocer nuestras condiciones propias.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Beck, Alfred. Práctica de Obstetricia. 8a. ed. México, Prensa Médica Mexicana, 1968. pp. 525-538.
- 2.- Benson, Ralph. Manuel de Ginecología y obstetricia. México, El Manual Moderno. 1966. pp 424-433.
- 3.- Botella Lusiá, José. Tratado de ginecología. 7a. ed. España, Editorial Científico Médico, 1967. pp. 773-803.
- 4.- Cerezo, Francisco y Ernesto Alarcón E., Consideraciones sobre cesárea en el Hospital Roosevelt. En: Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología, 3o. Memorias de. 17-20 Dic. 1958. -- Guatemala. Federación Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. 1958 pp 533-544.
- 5.- Eastman, Nicholson J. ed. Obstetricia de Williams. 3a. ed. México - UTEHA, 1960. pp 1102-1123.
- 6.- Jaschke, Rud Th. v. Tratado de Obstetricia 2a. ed. Barcelona, Editorial Labor, 1954. pp 814.
- 7.- Martius, Heinrich. Operaciones obstetricas. 3a. ed. México, Editorial Labor, 1963. pp 220-243.
- 8.- Moragues Bernat, Jaime. Clínica obstétrica. 8a. ed. Argentina, Ate-- neo, 1960. pp. 607-630.
- 9.- Plasse, G. et al. Déseunion d'une cicatrice de Césarienne en fin de -- grossesse; accouchement insidieux intra abdominal. Bull. Fed. Soc. Gyn. et. obst. 20(1): 39-42, 1968.
- 10- Titus, Paul. The Management of obstetrics difficulties. 5a. ed. St. - Louis, Mosby, 1955. pp 530-536.
- 11- Villalobos R., Manuel et al. Operación cesárea post mortem y en la - paciente agónica. Ginec. Obstet. Mex. 22(128): 607-617, 1967.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramírez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. MARIO ANIBAL HUERTAS RECINOS

DR. JOSE BENEDICTO VASQUEZ
Asesor.

DR. AQUILES JIMENEZ PINTO
Revisor.

DR. RONALDO LUNA AZURDIA
Director de Fase III.

DR. FRANCISCO VILLAGRAN M.
Secretario General.

Vo. Bo.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Decano.