

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

“CESAREAS INNECESARIAS”

**(Revisión retrospectiva de 428 casos efectuados
en el Hospital Nacional de San Marcos, en el
período de 1968 a 1977).**

TESIS

**Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la**

Facultad de Ciencias Médicas.

Por:

HUGO CESAR BRAVO SOTO

Previo a optar al Título de

INDICE:

	INTRODUCCION
I.	ANTECEDENTES
II.	HIPOTESIS
III.	CESAREA
IV.	RECURSOS Y METODOLOGIA
V.	PRESENTACION Y ANALISIS DE DATO
VI.	CRITERIOS
VII.	CONCLUSIONES
VIII.	RECOMENDACIONES
IX.	PROTOCOLO PARA CESAREA

INTRODUCCION

Se presentan en esta tesis, los resultados de una revisión retrospectiva de 428 casos de Cesárea practicadas en el Hospital Nacional de San Marcos (HNSM), durante la década de 1968 a 1977.- Se procedió a dicha investigación, animados por el deseo de ubicar, en el contexto nacional, la práctica de la Cesárea, pero fundamentalmente, para inferir datos concretos sobre la justificación o no de su realización.

Es innegable el gran valor que tiene la práctica de la cesárea en el campo actual de la obstetricia, hasta el punto de que en su desarrollo, se ha ido convirtiendo en una técnica especializada, específica, que requiere de una comprensión teórica profunda para alcanzar con acierto su indicación y, luego, de una especial habilidad en su ejecutoria.

Tenemos aún pocos datos concretos de su método de aplicación en el área nacional, y menos en el HNSM. Pero dada la oportunidad que se presentaba en la Sala de Maternidad de dicho centro para poder llevar a cabo un trabajo sobre el tópico, no podíamos dejarla pasar desapercibida y de lleno nos dispusimos abordarla.

Es claro que el principal deseo que abrigamos, es de que los resultados a que llegamos, sean utilizados lo más convenientemente posible para mejorar la indicación y realización de la cesárea, que en el orden humano significará elevar las posibilidades de éxito en la obtención del fruto de las gestantes y de la seguridad de ellas mismas, convertidas en perspectivas mejores de vida, en general, y para futuros embarazos particularmente.- En todo caso, no nos anida más que el sentimiento de que esta investigación contribuya a evitar lo que hemos dado en llamar: "CESAREAS INNECESARIAS".

Para finalizar, se debe destacar la especial colaboración del Dr. Roberto Fuentes Hernández, Médico y Cirujano jefe del Depto. de Maternidad del HNSM, para que este trabajo se llevara a cabo, hacia él van especiales agradecimientos. De la misma manera al Dr. Héctor Nuila Erista, quién tuvo a bien revisar este aporte teórico sobre un tema tan importante como lo es la cesárea.

II. ANTECEDENTES

Hay que mencionar algunos aspectos que condujeron a abordar nuestra investigación. Durante las prácticas hospitalarias sostenidas, pude observar cierta atmósfera de expectación que se produce frente a la operación cesárea, particularmente de parte de los estudiantes de medicina y médicos jóvenes. Esta expectación se matizaba muchas veces, sin embargo, de dudas e incluso desaprobaciones abiertas por parte de aquellos que de una u otra forma participaban en el proceso. El hecho es el siguiente: la objetividad en la justificación e indicación de una cesárea es puesta en duda, y desaprobada incluso, algunas veces, si no muchas, por lo cual esto de por sí es una fuerte llamada de atención para analizar el asunto.

Y nos referimos aquí, aclaramos, a las dudas y desaprobaciones que no eran deliberadas, malintencionadas, sino que, al contrario, provenían de personas conocedoras de la materia, entre ellos médicos, personal paramédico y otros que, por sus largos años de trabajo y experiencia en el asunto, dejan entrever objetividad en sus criterios.

Por otro lado, la literatura a nivel nacional existente sobre el caso es casi inexistente, y menos se ha logrado globalizar sus datos. Se cuenta apenas, con algunos escritos al respecto en la capital (H. General y H. Roosevelt) y tesis de graduación de colegas en algunos departamentos.

III. HIPOTESIS

Teníamos, pues, una duda en particular y era la siguiente: "¿Hasta qué punto se justificaba y aplicaba consecuentemente la cesárea como medida extrema para solucionar un parto?. Esa duda se ha asumido en la siguiente hipótesis: UN BUEN PORCENTAJE DE LAS CESAREAS EJECUTADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SAN MARCOS, NO TIENEN UNA ADECUADA JUSTIFICACION.

Los resultados que se llegan a tener son válidos para nuestro Hospital, aunque no excluiría que situaciones similares se dieran en otros centros hospitalarios del país.

IV. CESAREA

Ante todo, comprendemos a la cesárea como la solución por la vía de la pared abdominal de un embarazo viable, interesando, en consecuencia, al útero mediante una histerotomía.

De cómo, cuándo y dónde surgió el acto operatorio que se constituiría en la actual cesárea es un tema aún no dilucidado, pero que ha sido objeto de investigaciones detenidas. En cambio tenemos más datos sobre su desarrollo, sobre los cambios que ha sufrido en los últimos tiempos, y para la actualidad, abundante literatura sobre sus modalidades, esquemas de indicaciones, etc., que la ha hecho un campo especial de la ciencia Médica.

En general, lo relativo a la historia, no se podría abarcar en tan poco espacio, por lo que se señalaran solo algunos datos importantes.

Se habla de haberse practicado la cesárea desde el tiempo de los romanos. Julio César habría nacido producto de un procedimiento así. El Talmud hace también algunas menciones. Llegamos a las referencias de que Jacob Nufes, hacia el año de 1500 de Nuestra Era, habría practicado la cesárea en su esposa y que, ¡extraordinario!, ésta sobrevivió. Francois Rousseot, siempre en el siglo XVI, refiere de varios casos practicados por cirujanos de la época. Pero hasta esa época podemos sacar algunas conclusiones:

1. Que los escritos y referencias hasta entonces son dudosas y no reflejan exactamente la realidad.
2. Que si bien se practicó la cesárea, ésta fue en gestantes moribundas o recién fallecidas, y
3. Que en todos los casos los resultados fueron letales.

Queremos hacer referencia también, de algunos aspectos que sobre la práctica de la Obstetricia, se tienen de los pueblos indígenas precoloniales (Mayas, Quichés, Cakchiqueles, etc.). No se puede dudar de la importancia inapreciable que dichos pueblos confirieron a la Maternidad, erigiéndole no pocas divinidades, encabezadas por la diosa IX-QUIC.

Hay, sin embargo, una relativa dificultad de concretizar la metodología de atención al embarazo y parto, por lo que será mejor que citemos al Dr. Martínez Durán, que nos da algunos elementos sobre esto: "Las diferentes etapas del embarazo y parto han sido siempre motivo

de representaciones artísticas. Los Incas representaron con relativa abundancia en la cerámica y en la escultura, diferentes momentos del parto. No sucede así en el arte Maya, pues hasta la fecha no se han encontrado figuraciones del parto. Ello puede ser interpretado así, entre tanto no se encuentren esas figuras, como producto de su moral sexual" (5, p. 43).*

Véase que esa deficiencia de datos es más marcada en relación al parto, y en cuanto al embarazo los aportes son mejores a nivel de escritos, particularmente el Popol Vuh, que ha sido objeto de estudio por varios investigadores.

En cuanto a los aspectos de cuidados prenatales, y aún de puerperio, se menciona que "...las madres deben bañarse durante los últimos meses del embarazo y los primeros que siguen al parto". (5, p. 74). Además, es posible la utilización de técnicas más avanzadas, pues se menciona que "La partera hace las maniobras y versiones para enderezar el feto, después de que la mujer ha sufrido el baño de vapor" (5, p. 74), lo cual nos revela el conocimiento que desarrollaron las parteras en cuanto a situación y presentación fetal.

En general, el baño jugó un importante papel en el cuidado del embarazo, y no solo de él: "Los baños se acostumbraban para enfermos, parturientas y sanos" (5, p. 74). Estos elementos, indudablemente, eran el reflejo de la experiencia asimilada con agudo juicio, y de cuyo legado, con algunas modificaciones no sustanciales, aún se hace hoy, mucho e incesante uso a nivel de los sectores guatemaltecos mayoritarios, para quienes continúa siendo sus únicas alternativas, ante la DE-LIBERADA E INHUMANA oposición de los grupos poderosos minoritarios, del país, que les impiden el acceso a los conocimientos y servicios "científico-técnicos" de nuestro tiempo, de los cuales, dicha minoría, se ha apropiado inhumana y moralmente.

Puesto que es indudable que se afrontaron serios problemas con algunos partos, no cabe duda de que las parteras Mayas, Quichés, Etc. tuvieron que desarrollar otras técnicas, por demás oportunas. Esto se nos demuestra en las conclusiones alcanzadas por investigadores, en relación a que "La terapéutica obstétrica estaba muy adelantada..... la

* El primer número corresponde al bibliográfico, luego, la página de dicho libro consultado.

partera practicaba la embriotomía con una navaja de piedra y sacaba a pedazos la criatura" (5, p. 72) en los casos de partos difíciles y más posiblemente cuando se asumía que la criatura estaba muerta.

Sirvan estos elementos, pues, para comprender el nivel de desarrollo de la práctica médica en general por parte de los pueblos precolombinos, y que aunque no tenemos cuestiones concretas a una posible "cesárea" no podemos emitir mayor criterio sobre si o no se practicó en determinado momento difícilísimo - Vayamos ahora, al análisis histórico más reciente

A Francois Mauriceau, obstetra francés, podemos considerarlo como el primero de quien tenemos referencias aceptables de haber recurrido a esta operación hacia 1668, para luego extenderse su uso a otros países, aunque, aún para 1887, según lo referido por Harris, la regla general era la letalidad materna e infantil

Max Sänger es el gran obstetra, punto clave en el desarrollo de este procedimiento, que introdujo la sutura uterina a fines del siglo XIX, simultáneamente empezaba a practicarse en EE.UU. con resultados favorables. Y Porro, por los mismos años, procedía a sellar con histerectomía sub-total la cesárea, para resolver, fundamentalmente, el problema de hemorragia. Hoy, excepto definidas indicaciones, de ninguna manera se considera razonable esta técnica

Frank en 1907, hizo la primera intervención extraperitoneal; Kroening en 1912 señaló la importancia de que se hiciera a nivel segmentario inferior la incisión; pero fue Kerr quien en 1926 hizo notar la ventaja clara de que la operación se hiciese en el segmento inferior "con corte transversal", corte que Kroening hacía longitudinal. Bajo este modelo, ha partido y girado la actual técnica operatoria.

Debemos mencionar la loable participación de médicos guatemaltecos, que se destacaron en el campo de la Cirugía, especialmente en Europa - Entre ellos a los Drs. Eligio Baca, José Monteros y Juan José Ortega, particularmente el primero, que ya en 1871 logró, después de varios intentos, su primera cesárea con excelentes resultados para la madre y el recién nacido. Es hoy indudable que en su triunfo tuvo mucho que ver la particular perseverancia y cuidado que tenían en la ANTI-SEPSIA, a cuyo estudio se dedicaron inagotablemente.

Alcanzando este nivel, la principal tarea ha sido la de ir encontrando soluciones técnicas y terapéuticas a los problemas de infección, hemorragia y anestesia; por otro lado, a ir definiendo cada vez más

acertadamente el cuadro de indicaciones.- Con el avance de los conocimientos técnicos propios del acto quirúrgico, y de los aspectos generales concurrentes (anestesia, líquidos i.v., transfusiones, antibióticos), la cesárea se ha ido convirtiendo de hecho, en un procedimiento relativamente inocuo, factible de realizar en cualquier centro que reúna mínimas condiciones de equipamiento humano y técnico material.

V. RECURSOS Y METODOLOGIA

La investigación imponía tratar de ser lo más objetivo en el cuestionamiento de las justificaciones con que se cesarizó en dichas 428 oportunidades. Para ello se vió que era la revisión integral de las papeletas, el método más factible, ya que de ellas saldrían todos los datos que urgíamos. Se procedió, entonces, a esquematizar los elementos generales con los que se operaría, a saber:

A. En relación a la gestante (datos generales, historia del problema actual y antecedentes importantes), particularmente:

1. Edad,
2. Estado general (enfermedades intercurrentes),
3. Control prenatal,
4. Número del embarazo actual y
5. Número de partos anteriores.

B. En relación al feto:

1. Cálculo de edad gestacional,
2. Foco fetal, y
3. Patologías particulares: expulsión de meconio, otros.

C. En relación al trabajo de parto (t. de p.):

1. Tiempo de t. de p. (previo al ingreso, desde el ingreso hasta el momento de decidir la operación, y desde la decisión hasta la ejecución).

2. Calidad del t. de p. (definido por la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones).

D. En relación a las justificaciones médicas:

1. Revisión de las notas evolutivas (de ingreso, operatoria y de egreso, particularmente las que justificasen la operación).
2. Revisión de las indicaciones.

E. Otros. (utilización de rayos X, anestesia, técnica operatoria).

Todos estos elementos contribuirían en mayor o menor grado a dilucidar nuestra incógnita, relacionándolos con no poca complejidad. Luego se procedieron a elaborar los modelos de fichas en donde se recopilarían los datos. Así, constituimos dos fichas: una en donde se anotaron todos los datos resumidos del caso (tomado del modelo que se usa en el libro de registro de la Sala de Maternidad del HNSM), y otra que contenía aspectos especiales para la investigación, extractados de las fichas clínicas. El contenido era así:

Ficha 1.- Año, No. de orden para la investigación, No. de orden de Sala de Mater., No. de registro hospitalario, fecha de ingreso, nombre completo, edad, control prenatal, G P A. (gestas, partos, abortos), edad gestacional, indicación primaria de cesárea, complicaciones operatorias, tipo de cesárea, características del feto (sexo, peso y estado general al nacer), médico tratante.

Ficha 2.- No. de orden de investigación, tiempo de t. de p., en sus tres períodos (ver arriba), calidad del t. de p., indicación primaria para cesarizar, indicación(es) secundaria(s), hora de decidir la operación, y hora de efectuarla (cuya diferencia definía el tercer período), calidad del producto, tipo de cesárea, complicaciones, anestesia, rayos X.

Esta segunda ficha se efectuó así porque muchos de los datos ya estaban en la primera, y porque en la revisión de papeletas comprobamos la correspondencia de datos de la ficha 1 con los libros de registro de sala.

UN RECURSO OPORTUNO

Merecido es mencionar en este punto, el gran aporte que prestó a nuestro trabajo, la existencia de los LIBROS DE REGISTRO DE SALA DE MATERNIDAD. Y su mérito reside en ser los únicos en su clase en todo el HNSM, ya que, efectivamente, ninguna otra sala tiene registros tan definidos de todos y cada uno de sus casos. Dichos libros son producto de la iniciativa encomiable y particular del Departamento de Maternidad.

Desde principio estos registros merecieron la confianza para ser tomados como base, y ya mencionamos que en la revisión de papeletas se pudo corroborar su total correspondencia de datos, incluso que hizo definir nuestra ficha No. 1.

PROBLEMAS EN LA RECAUDACION DE DATOS.

Los problemas para llevar a feliz término la investigación no se hicieron esperar, y se mencionarán porque imprimieron cuestiones serias para el análisis propuesto.

En primer lugar, se encontró con partes del archivo hospitalario en mal estado, pudiendo recabar para los años 1968 y 1969 solo un promedio del 50o/o de papeletas; otros porcentajes bajos fue para 1973 y 1974. A partir de 1975 los archivos mejoran ostensiblemente (en instalación, ordenamiento y presentación de papeletas). Al final pudimos contar con un 84o/o (360) de las papeletas.

El problema principal, sin embargo, se presentó en el contenido de cada papeleta, y dado que se vió la falta constante de datos en ellas, se incluyó el procedimiento, simultáneo, de determinar las papeletas que podían servir realmente para la investigación, por ofrecer, al menos, los datos más fundamentales y, por otro lado, descalificar las que no podrían contribuir a resolver el asunto porque la falta de datos era demasiado evidente que era imposible hacer uso de ellas.

El parámetro usado en ese sentido, era considerar aceptables las papeletas que recogían los siguientes aspectos: en orden de importancia, a saber:

1. Adecuadas notas evolutivas que expresaran los conceptos del médico sobre el caso, y las justificaciones para cesarizar,

2. Un adecuado llenado de los datos "de cajón" (edad, estado civil, antecedentes médicos, quirúrgicos, obstétricos —G.P.A.—), examen clínico, y

3. Adecuado llenado de la cuadrícula de seguimiento del t. de p.

Este parámetro hacía obviar algunos datos pocos decisivos y de los cuales se podía carecer, A PESAR DE ESTO SE LLEGO A LA OBSERVACION DE QUE UNICAMENTE EL 41o/o DE LAS PAPELETAS CONTENIAN LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA SER EVALUADAS, es decir, 148 casos (esto es solo el 34o/o del total). Todas las demás fichas carecían de datos importantes, señalándose el Tálón de Aquiles en las anotaciones médicas imprescindibles del caso, prevaleciendo las formas "telegramezcas", y en muchas oportunidades, falta de llenado de los datos de ingreso incluso, o confusión en los mismos.

Es notorio que esta situación se convirtió en duro freno para un análisis mejor sobre el asunto, por lo cual el presente estudio abordará con sus limitaciones lo que humanamente fue posible.

VI. PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS.

En primer lugar se presenta un listado general de los aspectos particulares que finalmente fueron evaluados:

1. Incidencia de Cesárea, por año y global (1967—1977).
2. Incidencia de control prenatal en cesarizadas.
3. Índice de relación "Edad-cesárea".
4. Índice de relación "No. embarazo actual — cesárea".
5. Índice de relación "No. de partos anteriores — cesárea".
6. Relación "semanas de embarazo — cesárea".
7. Revisión y esquematización de las indicaciones.
8. Utilización de rayos X.
9. Tipo de cesárea.
10. Anestesia.
11. Mortalidad perinatal relativo a cesarizadas.

12. Complicaciones operatorias.
13. Mortalidad materna en cesarizadas.
14. Participación cualitativa del personal médico.

DESARROLLO.

1. Incidencia de cesáreas, por año y global (1968-1977).

Presentamos el cuadro de cesáreas realizadas desde 1968 hasta 1977, y sus porcentajes, por año y global.

CUADRO NUMERO 1

Relación entre frecuencia de cesáreas y frecuencia de partos, porcentualmente, por año y global, entre 1968-1977, en el H.N.S.M.

AÑO	No. PARTOS	No. CESAREAS	o/o
1968	525	20	3.80
1969	492	21	4.27
1970	457	27	5.90
1971	510	30	5.88
1972	574	39	6.79
1973	628	26	4.14
1974	709	45	6.34
1975	706	70	9.91
1976	738	74	10.02
1977	887	76	8.56
	6,226	428	6.87

Este y todos los cuadros en adelante están referidos al Hospital Nacional de San Marcos (HNSM).-

Como podrá verse en los datos anteriores, existe un incremento absoluto en el volumen de cesáreas de año en año, prácticamente. Esto podría explicarse por el incremento neto de las gestantes que recurren año con año al HNSM, crecimiento de población materna, etc. Pero además, existe un claro aumento relativo en el sentido de que de bajos porcentajes (3.80/o), se elevó hasta el 10.02/o en 1976, similar a los niveles reportados en Williams como los más altos registrados en la literatura obstétrica.- Este crecimiento relativo puede notarse mejor en la gráfica No. 1 y gráfica No. 2.

A pesar de lo dicho de último, en el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala (HGSJDD) en 1977 se alcanzó el 14/o/o "de las pacientes atendidas" (2, p. 1), y en el Hospital General de Occidente (HGO) el 8/o/o en 1975. De donde deducimos que existen variaciones. (8, p. 27).

2. Control prenatal de las cesarizadas, incidencia.

Acá veremos en que medida las pacientes que fueron cesarizadas tuvieron oportunidad de controlar su embarazo.

CUADRO NUMERO 2

Reacción entre frecuencia de cesáreas y frecuencia de control prenatal, porcentualmente, por año y global entre 1968-1977.-

AÑO	No. Cesáreas	Control Prenatal	o/o
1968	20	11	55
1969	21	10	47
1970	27	13	48
1971	30	11	36
1972	39	7	18
1973	26	16	61
1974	45	18	40
1975	70	32	45
1976	74	35	47
1977	76	25	33
	428	178	41/o/o

Como vemos, solo un 41o/o de las cesarizadas habría asistido a control prenatal. Aunque no vamos aquí a prejuzgar sobre la "calidad" de dicho control, se incluyen incluso las que solo asistieron una vez a controlarse. Por otro lado, véase que en solo dos escasas oportunidades se ha logrado rebasar el 50o/o, con lo cual se patentiza que no hay un desarrollo real de éste servicio. Si bien no vamos a profundizar en la importancia del control prenatal, es obvio el gran beneficio que presta para detectar y controlar "Los factores prenatales ambientales..... que han demostrado ser dañinos o de los que se sospecha que lo son". (10, p. 27). Esto incluye aspectos de mal nutrición, factores mecánicos, tóxicos químicos, factores endocrinos, factores actínicos (exposición a rayos X), infecciones, inmunidad (grupo, rh) y factores que provoquen anoxia en el embrión.

A nivel nacional los índices tampoco son halagadores. De las cesarizadas en el HGSJDD el 50o/o no tuvo control; de las cesarizadas en el Hospital Modular de Chiquimula (HChí) solo "el 6.34o/o tienen control prenatal" (4, p. 23) ésto en 1977, lo cual es peor.

El control prenatal, además, contribuiría a evitar que las gestantes fuesen manipuladas por comadronas, pues más o menos se ha logrado determinar que "El 51o/o de embarazadas manipuladas por comadronas tienen complicaciones..... Las complicaciones más frecuentes encontradas son: Feto muerto, feto en posición anómala (transversa), ruptura prematura de membranas (7, p. 33)".

En general, pareciera que el control prenatal no está desenvolviéndose en función de la Maternidad, de las gestantes, de los seres humanos... sino en función de intereses más oscuros como el del impuesto programa de control de la natalidad en nuestro país.

3. Índice de relación "edad-cesárea".

Aquí nos permitimos presentar los datos que descubren a que edad en general fue más frecuentemente practicada la operación.

CUADRO NUMERO 5

Relación porcentual, entre frecuencia de cesárea y número de partos anteriores, en total de diez años.

Partos anteriores	No. casos	o/o
de 0 a 3	327	76.4
de 4 a 7	74	17.3
de 8 a 11	19	4.4
de 12 a 15	4	0.9
ignorados...	4	0.9

Señalemos, que las pacientes que no habían tenido un solo parto anterior (por la vía natural), constituían 228 casos, equivalente al 53.3o/o, es decir, más de la mitad de gestantes cesarizadas. La diferencia entre las nulíparas y las primigestas (53.3 — 41.4o/o es igual al 11.9o/o) incluye, entre otras, a aquellas que en su primer embarazo fueron cesarizadas, o tuvieron aborto. En todo caso, nótese la alta incidencia de nulíparas operadas.

En los hospitales que tienen ya un estudio al respecto, se tienen iguales cifras.

6. Relación "semanas de embarazo — cesárea".

Tratamos también de establecer en la revisión, en que semana de embarazo fueron cesarizadas con más frecuencia las gestantes. Presentamos, en ese sentido, un cuadro general:

CUADRO NUMERO 6

Frecuencia de casos de cesárea, según el número de semanas de edad gestacional, en total de diez años.

Sem. de embarazo	No. casos	Sem. de embarazo	No. casos
26	1	37	7
30	4	38	25
31	3	39	17
32	5	40	316
33	1	41	6
34	4	42	4
35	5	44	2
36	16	ignoradas	12

De este cuadro podemos sacar algunas observaciones. En primer lugar, los fetos que se pueden considerar a término (38-42 semanas) constituyen el 86o/o. La frecuencia de la cesárea en la 40ava. semana es altísima: 73.8o/o. Por otro lado, hay un buen número de cesáreas practicadas en pacientes con fetos pequeños (esto, al menos, teóricamente) y vemos especialmente el caso de una gestante con 26 sem. de embarazo, intervenida bajo indicación de Placenta Previa. Había óbito fetal comprobado, éste peso 2 libras.

Los casos prematuros por cálculo de edad gestacional (no se incluye a aquellos que a pesar de haber sido supuestos "a término" resultaron prematuros por peso), llegan a constituir el 10.7o/o, y en su generalidad se justificó la operación por indicación de placenta previa, t. de p. prematuro con sufrimiento fetal y por t. de p. con cesárea anterior, en orden descendente de importancia. Sin embargo, en ningún caso pudo establecerse que otras medidas se practicaron previo a tomar la decisión de operar.

7. Revisión y esquematización de las Indicaciones.

Este es un aspecto importante de la investigación y que contribuirá a dar elementos sobre el tema propuesto. Se presentan los datos estadísticos de las indicaciones registradas en las papeletas (360 casos), completadas con los 68 casos en donde el dato de indicación se extrajo de los libros de registro de Sala.

Nos hemos guiado para esta clasificación, por la indicación primaria, desde el punto de vista del médico tratante. Se debe mencionar que se ha usado un modelo de distribución por grupos, guiado del que se presenta en la Obstetricia de Williams, con algunas modificaciones insalvables.

CUADRO NUMERO 7

Esquema general de Indicaciones, y frecuencia de casos por cada una de ellas, en el período 1968 - 1977, en el HNSM.-

INDICACION	FRECUE- CIA	SUB- TO- TAL
GRUPO I POR DISTOCIA.		
A. Por estrechez pélvica.		
A.1 pelvis estrecha propiamente.	9	
A.2 por deformación del canal pélvico	4	13
B. Desproporción céfalo-pélvica.	52	52
C. Por presentación y situación anómalas.		
C.1 podálica (nulípara)	30	
podálica (multípara)	17	
C.2 presentación de cara y asinclitismo.	5	
C.3 situación transversa.		
a. en nulípara	3	
b. en multípara	54	
c. con feto muerto	33	
d. con prolapso de M. S.	6	

e. en embarazo gemelar	4	161
D. Por disfunción uterina.		
D.1 inercia uterina	3	
D.2 dilatación que no progresó	17	
D.3 trabajo de parto prolongado	25	
D.4 agotamiento materno	9	
D.5 paro en expulsión	3	57
E. Distocia de Partes blandas.	3	3

GRUPO II

POR CESAREA PREVIA.

A.1 Por una cesárea anterior	17	
A.2 por dos cesáreas previas	15	32

GRUPO III

POR HEMORRAGIA.

A.1 por placenta previa	33	
A.2 por desprendimiento normoplacentario	1	34

GRUPO IV

POR SUFRIMIENTO FETAL

A. por sufrimiento fetal	26	26
--------------------------	----	----

GRUPO V

POR TOXEMIA

A.1 por preéclampsia,	3	
A.2 por eclampsia.	5	8

GRUPO VI

CAUSAS PARTICULARES DE MADRE

O FETO

A. primigesta añosa	8	
B. feto valioso	5	
C. prolapso del cordón	7	20

GRUPO VII

MISCELANEA.

A. inminencia de ruptura uterina	3	
B. embarazo post-maduro	2	
C. trabajo de parto abandonado		
por médico (i)	2	
D. R.P.M.	1	
E. por sordomudez de la gestante	1	
F. trabajo de parto abandonado		
por comadrona	1	
G. ignorados	12	22

En una forma más general, se plantea la gráfica No. 3.

Puede verse la clara superioridad del grupo I (2/3 partes del total), sobre las demás causas. De este grupo se desea destacar la marcada incidencia de SITUACION TRANSVERSA, que alcanzó el 23.40/o, y que puede ser más, dado que en 11 casos fue indicación secundaria. Se nota también la alta frecuencia de cesáreas en gestantes con fetos ya muertos y situación transversa, alcanzando el 7.70/o por lo menos.- Cerca del 100o/o de éstas pacientes NO habían tenido control prenatal, de donde se puede deducir la falta de perspectiva de dicho programa.

Debe notarse también la incidencia de Situación Transversa en multíparas (y que, en lo particular, fue la más alta), así como la de podálica en primigestas y/o nulíparas.

La desproporción feto-pélvica también fue bastante frecuente como indicación primaria (12.10/o), y en 17 casos fue indicación secundaria.

En cuanto a disfunción uterina, se enmarca allí una serie de "títulos" que, por nuestra parte, no veíamos claramente donde situarlos. En general, creemos, que esa cierta "diversidad" en las entidades indicativas de cesárea reflejan grados de debilidad en el diagnóstico (complementado con la alta carencia de notas evolutivas médicas que precisasen la postura concreta frente al caso).

Williams refiere en su cuadro general de indicaciones, como en un estudio amplísimo de cesáreas, alrededor de la mitad de todos los

casos, la indicación primaria fue la de Cesárea Anterior. A pesar de que, indica, ahora está más discutido aquel principio de que "cesárea anterior igual a cesárea".- En nuestro caso, esta indicación apenas alcanza el 7.5o/o como primaria, pero alcanza hasta 11.8o/o, ya que en 18 casos fue indicación secundaria.

Del grupo de miscelanea también hacemos mención de lo difuso con que fueron indicadas algunas cesáreas, más que en los casos de disfunción uterina. Y para finalizar, mencionamos los 12 casos que no fue posible averiguar cual fue su justificación. En el libro de registro de sala solo se anotó: PDS.

En este punto, vemos que hay mucha divergencia con los datos obtenidos en otros hospitales del país. Por ej. en el HGSJDD, el ordenamiento es así: desproporción céfalo-pélvica, cesárea anterior y sufrimiento fetal, con 29o/o, 24o/o y 23o/o respectivamente.- En el HGO: pelvis estrecha, desproporción céfalo-pélvica y situación transversa con 30o/o, 23o/o y 11o/o respectivamente.- En el Hospital de Jalapa: situación transversa, desproporción cef-pel y cesárea anterior con 25o/o, 21o/o y 15o/o respectivamente.- En Coatepeque: situación transversa, sufrimiento fetal y cesárea anterior con 20o/o, 12o/o y 10o/o. Y en el HChi. desproporción céfalo-pel. más estrechez pélvica y cesárea anterior con 44o/o y 16o/o respectivamente.- No habiendo, un patrón más o menos común.

8. Utilización de los rayos X.

En general, los rayos X pueden avalar la posibilidad de efectuar cesárea, al corroborar la impresión de un imposible parto eutósico.- Los rayos X (en éste caso para pelvimetrías, placa simple de abdomen, etc.) se constituyen en uno de los recursos técnicos más inmediatos y accesibles de ayuda diagnóstica. La utilización de ellos a nivel local es, prácticamente, nula para obstetricia operatoria. En total, sólo 25 casos, equivalente al 5.8o/o, fueron objeto de éste estudio. Ellas se realizaron a partir de 1972 cuando se adquirió el equipo técnico.

Presentamos a continuación, un cuadro donde se observa, en relación a la indicación de cesárea, los casos tomados de rayos X, así como un porcentaje en relación al total de cada entidad indicativa:

CUADRO NUMERO 8

Relación entre total de casos por indicación, y frecuencia de casos de rayos X tomados, porcentualmente, por cada indicación, en total de diez años.

Indicación presuntiva	Total casos (*) de indicación	Casos Rx tomados	o/o
Sit. Transversa	100	13	13.0
Pres. Podálica.	56	5	8.9
Desp. Cef/pélvica.	52	3	5.8
Embarazo gemelar	4	2	50.0
Placenta previa.	33	1	3.0
Dilat. que no progresó	17	1	5.8

(*) de pacientes que fueron cesarizadas.

De este cuadro se puede deducir, por ejemplo, que en ningún caso de los presuntivos de Estrechez pélvica fue completado con un estudio de rayos X. Igualmente en relación a desproporción céfalo-pélvica, relativamente. Además, la totalidad en placas tuvo el carácter de "placas simples de abdomen A.P.", es decir, ninguna fue una pelvimetría.-

De los datos en otros lados que pudimos recabar, vemos que en el HGSJDD se usó en el 48o/o de casos; en HChi. se usó en el 51o/o en calidad de pelvimetrías, pero... "en la papeleta no aparecen los diámetros" (lo cual no es raro en nuestro hábito de no anotar lo que debe anotarse).- (4, p. 23).

9. Tipo de Cesárea.

Solo 7 casos (1.6o/o) fueron cesáreas corpóreas, todas en múltiples. Cinco se realizaron en gestantes con feto en situación transversa, en dos casos había ya feto muerto. Un caso de estos se completó con histerectomía total: dicha pte. tenía más de 72 horas con ruptura prematura de membranas, feto en transversa, abandonado, y habían signos francos

de amnioitis. La pte. falleció de un Choque séptico. Uno de esos siete casos, lo consideramos realmente una Laparotomía, había ruptura uterina y al final se hizo histerectomía parcial.

Los restantes 420 casos (97.9o/o) se asumen como Segmentarias, aunque la vía peritoneal está más difusa ya que las notas no son muy claras y en muchos casos (105) no se anotó.

En el HGSJDD, en el HGO y en el HChi la cesárea segmentaria transperitoneal ocupan el 98o/o, 81o/o y 100o/o respectivamente.

10. Anestesia.

El 93.6o/o de las pacientes, recibieron raquianestesia (algunas cuantas de ellas fueron realmente epidurales), y sólo el 4.2o/o se requirió de anestesia general. Estos datos son en relación a las 360 pacientes de quienes se contó con su papeleta, exclusivamente. Tuvimos un 2.2o/o (8 casos) ignorados. Estos datos nos demuestran de como la raquianestesia se ha convertido en la alternativa más adecuada en cesárea, y su uso a nivel nacional es igual prácticamente: HGSJDD es el 66o/o, y en el HChi. el 88o/o. Solo se sale de la regla el HGO en donde los datos se invierten: 92o/o se usó Anestesia general y sólo en el 8o/o restante la anestesia epidural. Sería interesante tener una mejor información sobre dicha casuística.

Por otro lado, son muy insignificantes los señalamientos sobre complicaciones en la utilización de la raquianestesia, no ha habido un caso de muerte por ella, y en el punto 12 se dan algunos aspectos más sobre esto.

11. Mortalidad Perinatal, relativo a cesarizadas.

Se agrupa aquí, particularmente, a todos aquellos fetos fallecidos antes del inicio del t. de p. (óbitos propiamente dicho), a los fallecidos durante el t. de p., durante la operación cesárea y, además, aunque en muy insignificante cuantía, a los fallecidos inmediatamente después de la operación. Realmente no se incluye a los fallecidos en las primeras 24 horas post-op. del recién nacido, incluso, porque con ellos hay problemas de papelería. Sin embargo, por la magnitud del problema, que en un momento veremos, debiera ser revisado cuanto antes.

Ahora bien, preferí hablar en general de MORTINATOS (no estableceremos renglones aparte de óbitos y mortinatos). Y así se hizo,

porque se encontró alguna dificultad en diferenciarlos según las anotaciones médicas, en donde INDISCRIMINADAMENTE se usa el término "ÓBITO" sin reparar en que este tiene algunas características particulares.- Preferimos el término mortinato al de óbito, porque en forma detenida al evaluar las fichas clínicas, la mayoría de fallecidas fueron mortinatos y no lo otro. Además, debe quedar como iniciativa para la Sala de Maternidad (por los futuros estudios que se hagan) y para los médicos practicantes, ir corrigiendo este pequeño, pero significativo problema de caracterización, y no llamar óbito a todo feto fallecido.

Señalemos que de las 428 cesáreas, se obtuvieron 441 productos.- Ello implica que en 13 casos los embarazos eran gemelares. Para analizar los datos de mortalidad se hablará en relación al número de productos y sólo cuando sea necesario, al número de cesáreas. En el siguiente cuadro, presentamos los datos:

CUADRO NUMERO 9

Relación porcentual, entre el estado general de Recien Nacidos, inmediatamente post-cesárea, y frecuencia de casos, en total de diez años.

Estado general	No. casos *	o/o
Sanos	318	72.1
En estado delicado	30	6.8
Fallecidos	85	19.3
Ignorado	8	1.8

* Datos sobre 441 productos.

En nuestro HNSM es notorio de como a pesar de la cesárea, la cantidad de mortinatos es elevado. Prácticamente un feto de cada cinco, fallece. La mortinatalidad es pues de alrededor del 193 por mil para los casos de nacidos por cesárea.

Como ya se veía anteriormente, muchas cesáreas se practicaron ya

con feto muerto, por ejemplo el 7.7o/o de transversas con feto muerto. Esto hace crecer dicha tasa, puesto que realmente, feto muerto llama a la aplicación de otras técnicas solucionadoras. "...la cesárea se indica menos frecuentemente en casos en que el feto está muerto, o es muy pequeño para sobrevivir..." (8, p. 7).- Pero en el HNSM aún no están desarrolladas otras técnicas solucionadoras.

La mortalidad por cesárea varió desde porcentajes de sólo 11o/o en 1970 y 1975, hasta cifras del 30 y 40o/o en 1973 y 1968 respectivamente. El último año evaluado, 1977, alcanzó el 17o/o. Las cifras podrían aumentar en alguna pequeña medida, si se tuvieran los datos sobre lo que pudo suceder con el 6.8o/o de RN "delicados".

Williams refiere que el máximo de mortalidad por cesárea puede llegar al 12o/o.- Sin embargo deberá investigarse más su casuística en relación a si fue en casos de Cesáreas por indicación (de urgencia) o en electivas. También si fue en fetos a término o en prematuros.- Es cierto que el feto es más deletéreo en las cesáreas de urgencia y en prematurez.

El HGSJDD alcanzó, para el 77, solo un 3.86o/o, lo cual es loable. En el trabajo señalado aquí, se dice: "...el 3.86o/o de mortalidad neonatal es bajo en relación al de hace 20 años que era del 9.86o/o". (2, p. 38). Este estudio del HGSJDD, se refiere a casos de cesárea, no olvidarlo, y entonces nuestro HNSM con su promedio de 19o/o de mortinatos estará muchos años más atrasado. En el HGO se alcanzó un 5o/o, y en el HChi. un 6.34o/o. Sin comentarios.

12. Complicaciones Operatorias.

Se presentan las complicaciones más importantes que, directa o indirectamente, se relacionaron al acto quirúrgico. Creemos, sin embargo que, por el estado de la papelería, no todas las complicaciones fueron anotadas.

CUADRO NUMERO 10

Relación porcentual, entre entidad complicativa post-cesárea y frecuencia de casos, en total de diez años.-

Complicación	No. casos	o/o
Endometritis	61	14.2
Absceso de la pared	55	12.8
Choque hipovolémico	9	2.1
Ileo paralítico	12	2.8
Fístulas vesico-vaginales	3	0.7
Otras	4	0.9

El absceso de pared es bastante frecuente y en su generalidad condujo a hospitalizaciones prolongadas, uso de antibióticos y, desde luego, contaminación de la sala; además, ofreciendo a la pte. menos perspectivas a futuros partos vaginales.

Los datos en el HGSJDD y en HGO son halagadores, es decir, la infección de la herida operatoria solo alcanzó el 4.8o/o y 3o/o respectivamente. Aunque en el primero se utilizó "profilácticamente" (sic) antibióticos en el 100o/o.- En cambio, por los mismos rumbos... el HChi. tuvo un 20.6o/o de infección de la pared, para el año ya señalado.

13. Mortalidad Materna.

En total, la mortalidad materna relacionada a cesarizadas alcanzó 8 casos durante los 10 años, es decir: 1.9o/o.

En cinco de los ocho casos hubo signos evieentes de choques séptico. Un caso de pre-eclampsia que evolucionó a eclampsia y no se resolvió la inconsciencia. Los otros dos casos están poco definidos.- Nuestro porcentaje es mayor al del HGSJDD (0o/o, igualmente al del HGO de 1975 (0o/o).-

Las edades de las fallecidas: 87.7o/o entre 17 a 26 años "Oh muer-

te, parca impía! te llevaste una flor inocente de los torbellinos de la vida, cuando apenas atisbaba al amanecer el colorido" (9).

14. Participación médica cualitativa.

En los últimos años, especialmente, la participación del personal médico de Sala de Maternidad, ha ido disminuyendo en la evaluación y control de la atención sobre las pacientes. Esto influye en alguna medida en la calidad de la atención y en la toma de decisiones sobre la operación cesárea particularmente.

Porcentualmente, dicha participación se promedia en 63o/o, pero las oscilaciones van desde el 100o/o en 1968 y 1969, hasta solo el 48o/o en 1977. Ello implica que los médicos jóvenes, no fijos en el departamento de Maternidad, han incrementado gradualmente su participación, incluso a más de la mitad de casos de cesárea. Líguese ello a que en los tres años últimos de nuestro estudio, es cuando se tiene el más notorio incremento de cesáreas (vea la gráfica 2).

Estos son pues, los datos más representativos que pudieron ser evaluados de la papelería clínica, y que en general nos puede dar un criterio ya más claro de la práctica de la cesárea en el HNSM.

VII. C R I T E R I O S.

Caso 1.-

M. L. G. 18 años. Soltera. De oficios domésticos. Consultó al Hospital con historia de t. de p. débil de 13 horas de evolución.-

G-P-A: 1-0-0. U.R.?. Control prenatal: NO.

Al examen físico: estado general y signos vitales normales. A.U. 18 cms. Foco Fetal: 140x'. Membranas enteras. Dilatación: 6 cms. Se ingresó con Dx: 1. Emb. simple con t. de p. prematuro. 2. Feto vivo de 32 semanas de edad.

A las 12 horas de ingreso continuaba t. de p. irregular, 8 cms. de dilatación. Médico sintió presencia de hombro al tacto por lo que se solicitó placa simple de abdomen A.P. para corroborar posible situación transversa.

Rayos X corroboraron el diagnóstico: AIDDP. Sin embargo, el foco fetal dejó de escucharse por lo que se asumió muerte fetal, al mismo tiempo se decidía cesarizarla. El médico que la había observado desde ingreso anotó en su evolución su oposición a una cesárea y que

se intentara otra solución pues había feto muerto, de 32 semanas "no viable".

Se intervino.

4o. día post-op. Después de relativa normalidad, se inicia fuerte dolor abdominal y alza febril. Al examen útero de sin involución, estertores basales en ambos campos pulmonares por lo que se asumió Bronconeumonía y se inició tratamiento con antibióticos.-

10o. día post-op. se inicia abundante secreción sanguinopurulenta vía vaginal. Alza febril sigue. Utero sin involucionar. Siguen antibióticos. 19o. día post-op. continúa secreción y alza febril. útero igual. Se empieza a considerar re-intervención.

20o. día post-op. por la herida operatoria se inicia abundante supuración.

26o. día postop. se reinterviene con I. C. de Sinequias uterinas y hematomas. (el útero no había involucionado).

Diagnóstico post-operatorio: GANGRENA UTERINA POST HISTEROTOMIA. (el médico que hizo la 2a. intervención, no consideró la primera operación como cesárea sino como histerotomía). Se efectuó histerectomía subtotal. Luego de un período de restablecimiento, egresó al 53o. día.

* Los paréntesis son nuestros.

Caso 2.-

A.N.L. 19 años. unida. Consultó al hospital con historia de t. de p. de 4 hrs. 30' de evolución.

G-P-A: 1-0-0. U.R. 5-9-77 *. Control prenatal: NO.-

Al examen: estado general y signos vitales normales. A.U. 28 cms. Foco fetal: 140 x'. Se ingresó con Diagnóstico 1. Emb. de 36 semanas por U.R. 2. t. de p. prematuro activo.

Se ingresó además como una OIIA, pero hubo dudas a las maniobras de Leopold y se decidió tomar rayos X A.P. simple de abdomen en donde se corroboró que era SIIA —podálica primigesta.-

A los 30' del ingreso se decide operarla bajo indicación de Estrechez pélvica (!) y podálica primigesta.

Feto fallece intrapartum: de 2 libras de peso.

* hemos cambiado la fecha.

¿Porqué se realizaron dichas cesáreas?, ¿estaban realmente justificadas?, ¿no se efectuaron otras medidas perentorias?

Las interrogantes que pueden hacerse sobre estos dos casos, son muchas. Y las respuestas exasperarían a cualquiera que tuviera un mínimo conocimiento sobre el asunto.

De estos dos casos frescos, se pueden aún recabar datos relativos a su seguimiento, y constatarse la desesperación con que fueron ejecutadas sus operaciones. Lamentablemente no podemos comprobar así las cosas en muchas de las cesáreas de nuestro trabajo. Desafortunadamente, el papel de nuestro estudio no incluye el de "adivinar" las condiciones generales que rodearon cada caso, y tampoco el de especular, porque el método científico es incompatible con ello.

Por ello mismo, pudimos averiguar que, de los pocos casos aceptablemente documentados, dejan entrever, algunos, errores en la concepción y ejecución operatoria. Emitiremos, pues, algunos criterios sobre dichos casos.

Es innegable que la mayoría de las cesáreas fueron ejecutadas sobre bases sólidas, bajo indicaciones y justificaciones reconocidas mundialmente (absolutas) en la práctica médica-obstétrica. Incluye los casos en que se intercedió por la madre y/o el feto en problemas de distocia: las primigestas con feto en situación transversa, presentación podálica, en hemorragias severas por placenta previa, prolapso de cordón umbilical y de miembro superior, en donde, en todos los casos mencionados, los fetos estaban vivos.

También en los casos que por cesárea anterior, y para no correr el riesgo de posible ruptura uterina, se indicó la cirugía. En estos y otros casos (v. gr: feto valioso, primigesta añosa, otros), la cesárea fue, correctamente, ELECTIVA (40 casos igual al 9.3o/o). No haremos un análisis de como se aplica la fórmula "cesárea anterior igual cesárea" pero diremos que, al menos, por parte del Jefe de Sala la conducta es más flexible y en varios casos se atendieron excelentes partos vaginales con cesárea anterior (para esto se toman en cuenta aspectos de antecedentes importantes como el tipo de cesárea —hay que confirmar que fue seg-

mentaria inferior—, que no haya habido infección de la pared y, aunque no se crea, tomar en cuenta quién hizo dicha cesárea. Además deberá tenerse buenas condiciones del embarazo actual).

Del otro lado, enfocamos aquellos casos que mantienen nuestras dudas:

- 1.- En varios casos se operó por estrechez pélvica sin dar suficiente prueba de ello, y sin dar oportunidad de trabajo de parto. Es señalable que en varios casos el médico al ingresar a la gestante, puso entre sus diagnósticos "Estrechez pélvica". Ello fue asumido simplemente por tacto vaginal y en otros casos, sólo porque la pte. era de talla menor de 1.50 mts. aproximadamente. (aunque generalmente no se anotó la talla ni peso). Tampoco se usó Rayos X para consolidar dicho diagnóstico. En el mismo sentido se entienden algunos casos de desproporción céfalo pélvica.
- 2.- Los casos de podálica en múltiparas (varias "gran múltiparas"), en donde muy bien pudo intentarse un parto vaginal atendido por el médico que en ello tenga pericia, o que al menos asesore. Por otro lado, es mejor un parto vaginal en primigesta podálica cuyo feto es anencéfalo (2 casos). Si se hubiera hecho un buen análisis clínico se hubiesen evitado estas Cesáreas Innecesarias.
- 3.- La gran cantidad de casos de situación transversa en múltiparas, señala la insuficiencia de la utilización de otros recursos operativos (v. gr: versión), y peor aún: la frecuencia con que se practicó cesárea con fetos ya muertos. Hay también una baja práctica de las fetotomías en general. "Un primer y simple encaramiento con este problema permite comprender que estas operaciones solo estarán indicadas sobre feto muerto, principalmente cuando es monstruoso o cuando, siendo normalmente constituido y también muerto, no puede ser extraído mediante una operación más benigna que la fetotomía" (1, p. 1423). Por lo menos en algo relativo a un 7.7o/o pudo evitarse la cesárea según dicho planteamiento.
- 4.- La mayoría de papeletas no mencionan, en general, que otras medidas se tomaron antes de cesarizar para los casos de placenta previa. Lo mismo sucede en los casos de pre-eclampsia (que de por sí no es indicación de cesárea) y eclampsia. Es posible, como alternativa, la inducción del t. de p. pero no se comprobó su aplicación.
- 5.- Como uno de los elementos complementarios debemos hacer nuevamente la observación del incremento en la participación en la to-

ma de decisiones y ejecución operatoria de elementos jóvenes, de débil experiencia. Peor aún, que no hacen por tomar en cuenta las opiniones del Jefe de Sala que, en todo caso, son oportunas. Estas manifestaciones de autosuficiencia no son, de hecho, favorables.

Ahora bien, hacer una crítica al problema solo sobre la base de los ejecutores, es hacerla muy parcial e, incluso, equivocadamente. Es indudable la enorme influencia que tienen las condiciones generales de la situación de los servicios de salud en el país, en donde los índices de cobertura de atención (seguimos sin mencionar la "calidad") a la población son, definitivamente, insuficientes (v. gr. control prenatal), y más bien "demagógicas".

La baja cantidad de médicos por mil habitantes es realmente deplorable, y nos hace recordar, como si nada hubiese variado, a pasajes de la época colonial, referidos por Martínez Durán "Todos clamaban por un médico, y fue tal la desesperación, que el ayuntamiento, salvando responsabilidades, dejó al famoso médico N..... curar a su antojo... Se sabía de las muertes ocasionadas por aquel aventurero de la Medicina, y a pesar de todos los peligros, la gente enferma volvió a él y se encomendó a Dios" (5, p. 144).

La crisis de la medicina es general y, es obvio, que tiene sus raíces en su misma estructura arcaica, neocolonial, como si nada hubiese variado. Y veamos como en la colonia se llegó a tal punto, que había un don Juan de los Reyes, Cirujano titulado, que por el año 1600 se animó a pedir públicamente "...que se exija a los barberos que hacen de cirujanos, la exhibición inmediata de sus títulos; y si no lo hicieren se les condene..... pues el vecindario peligra en sus manos".- (5, p. 146). Claro que hoy día no cometeríamos el error de solucionar el problema enfrentando a los barberos, sino más bien a los que les han hecho así, sustancialmente, a los que han negado al pueblo guatemalteco el acceso a la ciencia, a la técnica, al desarrollo.

Insuficiencia general; en la cantidad de medicamentos, de personal médico y paramédico en los hospitales, de recursos técnicos como rayos X, laboratorios, etc. de puestos o centros de salud: son solo unos cuantos "botones" de esa crisis en que se desenvuelven los servicios de salud.

En lo particular, también, es deplorable ese fenómeno que atañe a los servicios profesionales, en la medicina particularmente, que consiste

en "echar mano", experimentar, probar, sin que haya un adecuado control ni crítica al procedimiento. No creemos que sea esta la forma de superarse por parte de los médicos jóvenes, sino más bien son manifestaciones egoístas, individualistas y presuntuosas, que, lo peor, hacen a un lado los humanos derechos que le asisten a las gestantes y parturientas, a una atención consciente, meditada, que les asegure su bienestar y felicidad.

VIII. CONCLUSIONES.

- 1.- La HIPOTESIS planteada es aceptable y demostrable. Un buen número de las cesáreas practicadas en el Hospital Nacional de San Marcos, durante el período de 1968 a 1977, no tuvieron una adecuada justificación, y se realizaron irreflexivamente. Por condiciones limitantes objetivas de los recursos a disposición, desafortunadamente, no pudimos precisar el porcentaje o monto total de dichos casos.
- 2.- La utilización de otros caminos en la solución de los partos problemáticos (ej. versiones, fetotomías) no están desarrollados plenamente, de ahí que en los casos factibles de practicarse tales alternativas, se ha preferido cortar.... por el abdomen.
- 3.- Se utiliza con frecuencia, títulos diagnósticos poco definidos, que dificultan su clasificación a nivel de los esquemas de indicaciones y, además, revelan la debilidad y confusión con que se asumen dichos casos y un cierto enmascaramiento de lo realizado.
- 4.- Existe una bajísima utilización de los recursos técnicos científicos para mejorar el diagnóstico obstétrico, favoreciendo ello a que los casos se lleven empíricamente.
- 5.- El desplazamiento del personal médico propio de la Sala de Maternidad (caracterizado por ser cuantitativamente insuficiente), por parte de médicos jóvenes no fijos allí, va en aumento. Ello ha contribuido al incremento de casos tratados con ligereza.
- 6.- Existe un gran descuido en la documentación de los casos particularmente en cuanto a las anotaciones que corresponden al personal médico, y que constituyó la principal limitación a nuestra investigación.

- 7.- Los datos estadísticos sobre cesárea, ofrecen muy pocas variantes en relación a otros datos encontrados en Hospitales Nacionales. Nuestro estudio se constituye en un aporte más para que se puedan obtener datos globales de la práctica de la cesárea a nivel nacional.
- 8.- Se hace necesario desarrollar un esquema teórico, a manera de PROTOCOLO, que facilite el seguimiento de los casos candidatos a cirugía obstétrica, y que coadyuve a que las decisiones sean más objetivas y conscientes.

IX. RECOMENDACIONES

- 1.- En función de ir alcanzando más éxitos en el campo de la obstetricia, tiene una vital importancia tener conocimiento de como nos ha ido hasta ahora. Es indudable que este aporte teórico, tiene que constituirse en un punto de partida para ir superando allí donde hay errores, fortalecer donde se ha conducido correctamente.- Recomendamos, pues, que se tomen medidas sobre todas y cada una de las conclusiones anotadas, eso tendrá que convertirse en la manera práctica más consciente de que se quiere evitar las CESAREAS INNECESARIAS.
- 2.- Y como complemento, respondiendo a la Conclusión No. 8, proponemos un PROTOCOLO PARA CESAREA, concretamente, el cual ayudaría a hacer más objetivas las decisiones operatorias, y de paso, contribuirá enormemente a futuras investigaciones.

X. PROTOCOLO PARA CESAREA

- 1.- Historia Clínica completa.
- 2.- Examen Físico completo.
- 3.- Diagnósticos de ingreso.

a. obstétrico,

- b. que se relacione con el cuadro obstétrico, y
- c. otros (en orden de importancia).-

4.- Exámenes de Laboratorio.

- a. hematología, lo más completa posible (hb, ht, Gr. Rh).
- b. examen de orina completa.
- c. radiología.

5.- Indicación primaria para cesarizar.

6.- Otra indicación determinante.

7.- Adecuada justificación médica sobre el caso (incluir de preferencia si hay opinión de otros médicos).

8.- Evolución detallada intrahospitalaria de la paciente, sobre los siguientes parámetros:

- a. tiempo relativo de t. de p. (referido por la paciente),
- b. tiempo de t. de p. controlado.
- c. situación, presentación, posición y variedad fetal,
- d. calidad del t. de p. (frecuencia, duración e intensidad),
- e. dilatación y borramiento.
- f. altitud, y
- g. estado de las membranas.

8.- Características determinables del feto:

- a. foco fetal.
- b. patologías: presencia de meconio, prolapso o procidencia de miembro y/o cordón.
- c. definir si el feto está vivo o ha fallecido al momento de tomar la decisión de operar.

9.- Hora de decidir operación, y hora planificada.

10.- Hora en que se efectuó el procedimiento.

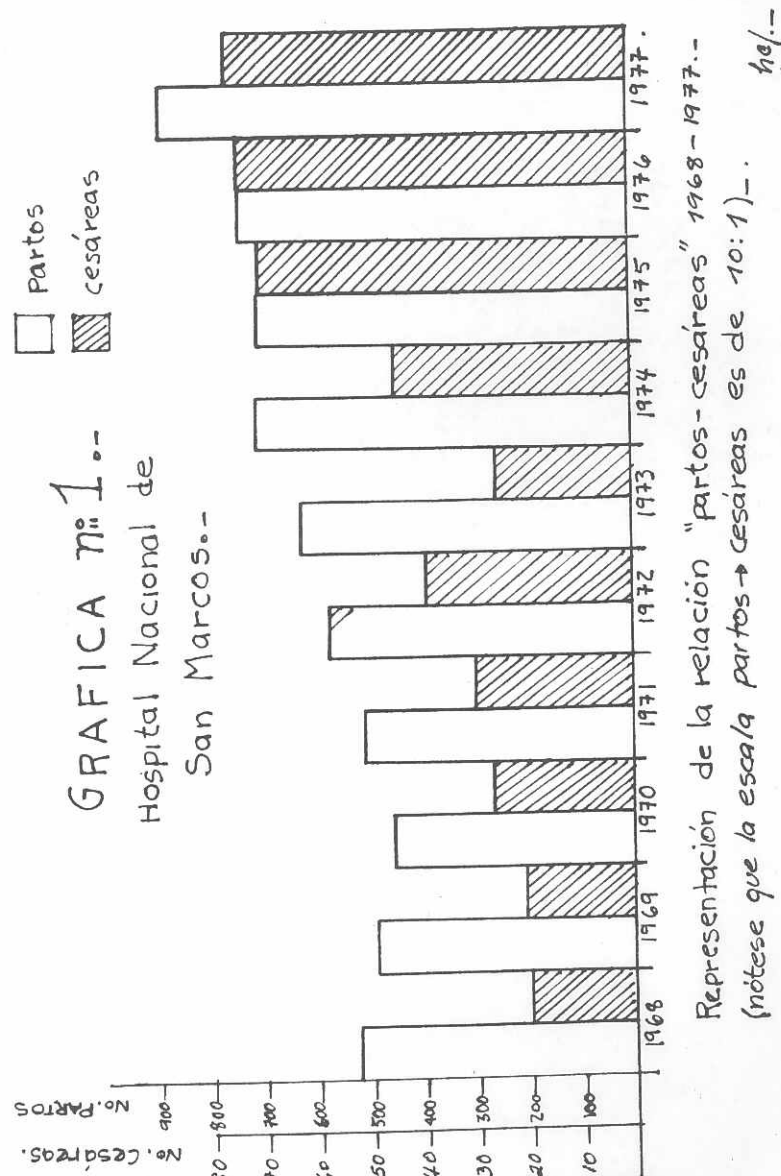
11.- Si el procedimiento fuera diferido en más de 30 minutos, anotar las causas.

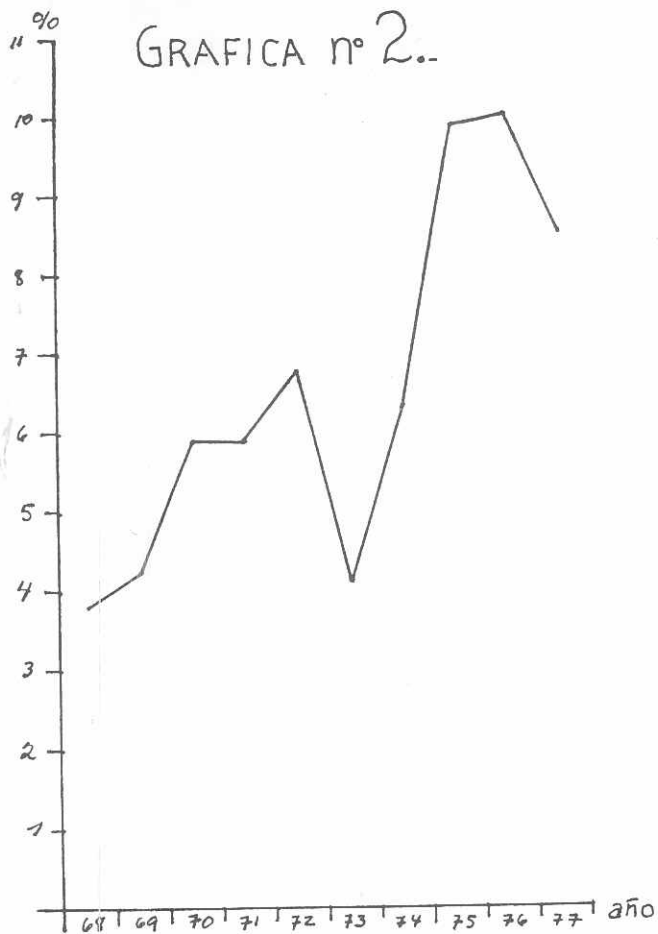
12.- Descripción post-operatoria.

- a.- tipo de cesárea,
- b.- anestesia y medicación complementaria,
- c.- condición del recién nacido, anotar si hubo asistencia por parte del Pediatra.
- d.- condición de la madre.

OBSERVACIONES.

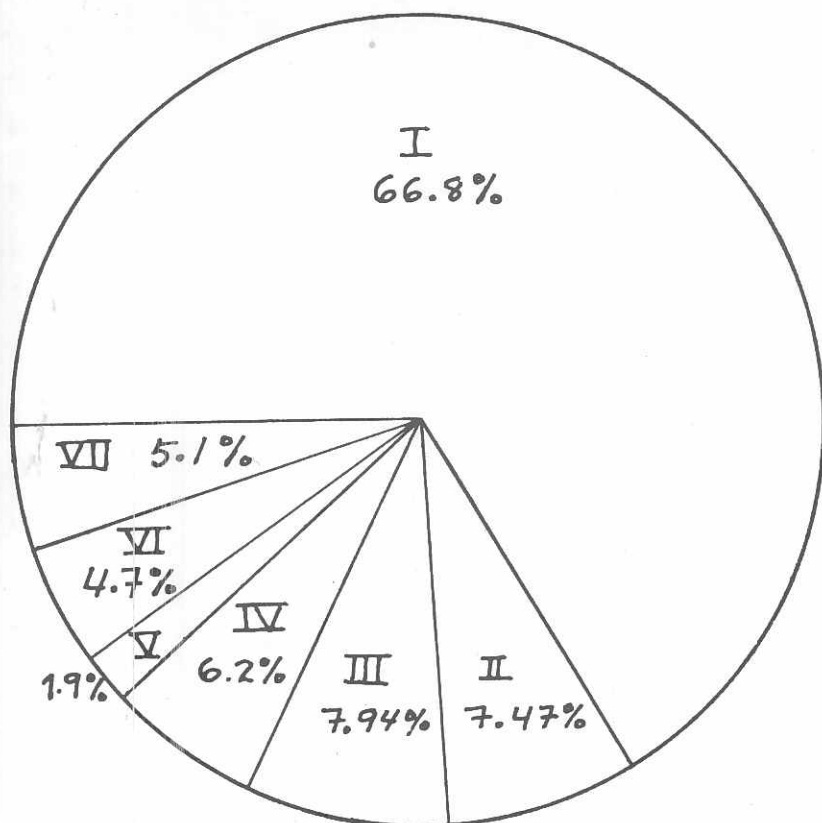
- 1.- En toda paciente a cesarizar, deberá ser cumplido a cabalidad el presente protocolo.
- 2.- Previo a toda cesárea, se tratará de oír la opinión del médico de segunda llamada.





Representación del elevamiento porcentual en la práctica de la cesárea de 1968-1977, en el Hospital Nacional de San Marcos.-

he/-



GRAFICA n° 3.

Distribución porcentual por grupos, de las indicaciones de cesarea. 1968-1977- H.N.S.M.

hc/_

B I B L I O G R A F I A

- 1.- DEXEUS FONT, S. Dr. "Tratado de Obstetricia" 2 Tomos. Editorial Salvat. 1957.
- 2.- GIRON RAMIREZ, MARIO ROBERTO. "Operación Cesárea en el Hospital General San Juan de Dios en 1977". Tesis de graduación. 1978.
- 3.- HELLMAN, LOUIS Y PRITCHARD, JACK. "Williams, Obstetricia". Editorial Salvat. 1a. Edición. 1973.
- 4.- JORDAN PORTILLO, CARLOS HUMBERTO. "Operación Cesárea en el Hospital modular de Chiquimula. Estudio de 63 casos en 1977". Tesis de graduación. Junio 1978.
- 5.- MARTINEZ DURAN, CARLOS Dr. "Las Ciencias Médicas en Guatemala" Editorial Universitaria. 3a. Edición. 1964.
- 6.- MENDEZ CARDONA, WILLIAM DAMIAN. "Indicaciones de operación cesárea en hospitales departamentales en el año de 1977". Tesis de graduación. Mayo 1978.-
- 7.- MONTERROSO MORALES, JORGE HUGO. "Complicaciones más frecuentes en pacientes embarazadas manipuladas por comadrona". Tesis de graduación. Abril 1978.
- 8.- ORTIZ DOMINGUEZ, THELMA ELIZABETH. "Operación cesárea en el Hospital General de Occidente, en 1975". Tesis de graduación. 1977.
- 9.- RIVERA, J. RAMIRO. Dr. "En el Anfiteatro". Poema. Revista Juventud Médica, época V, No. 24. Abril 1970.
- 10.- WATSON, E. y LOWREY. G. "Crecimiento y Desarrollo del Niño". Editorial Trillas. México 1976.

Br.

Hugo César Bravo Soto.

Apécor.

Roberto Puentes Hernández.

Dr.

Revisor.

Héctor A. Nuila Ericastilla.

Director de Fase III

Julio de León.

Dr.

Secretario

Raúl A. Castillo Rodas.

Dr.

Decano.

Rolando Castillo Montalvo.