

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CONSIDERACIONES SOBRE CESAREA CORPOREA O CLASICA
EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA EN
EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"

(Estudio Retrospectivo de 10 años 1969-1978)

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas

Por

CESAR AUGUSTO REYES MARTINEZ

Previo a optar el título de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III MATERIAL Y METODOS
- IV REVISION BIBLIOGRAFICA

Historia

Frecuencia

Desventajas

Indicaciones

Técnica Quirúrgica

Futuro Obstétrico

- V TRABAJO DE CAMPO

Metodología

Resultados

Conclusiones

Recomendaciones

Bibliografía

INTRODUCCION

"Hablar de cesárea corpórea o clásica en esta época, parecería a primera vista extemporáneo, pues to que se piensa que por las desventajas que tiene esta técnica en comparación a la segmentaria, debería abandonarse. Sin embargo, la operación clásica tiene todavía, al presente, indicaciones que si bien escasas, son precisas, por lo que es necesario conocerlas, así como los detalles de la técnica quirúrgica, sus peligros y complicaciones y cómo evitarlas". (19)

Esta es una revisión de diez años en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, en la que se encontraron noventa casos los cuales nos sirvieron para poder dar una visión amplia y detallada del uso de esta técnica en dicho Centro; así como conocer cuáles son los critérios para emplearla, para así al final poder evaluar si no encontramos dentro de lo que se considera como indicado para efectuar el procedimiento, si lo hacemos indiscriminadamente o si lo eludimos por pensar que está contraindicado.

OBJETIVOS

El presente trabajo persigue los siguientes objetivos:

Generales:

1. Conocer las indicaciones que diferentes autores dan para efectuar cesárea corpórea o clásica y recopilarlas en este trabajo.
2. Conocer la incidencia con que dicho procedimiento se efectúa en otros hospitales, según la literatura mundial.
3. Dar a conocer la incidencia con que dicho procedimiento quirúrgico se efectuó en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.
4. Conocer cual o cuales son las contraindicaciones y complicaciones más frecuentes de dicha técnica quirúrgica, en otros hospitales y en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.
5. Poder dar conclusiones y recomendaciones propias, basándonos en datos reales, obtenidos en nuestra área de investigación.
6. Determinar si la cesárea corpórea ha sido desplazada como procedimiento obstétrico-quirúrgico, por otras técnicas, por sus complicaciones o si ha quedado para indicaciones muy específicas o si se sigue utilizando, porque sus riesgos y complicaciones son mínimos y su técnica ha sido perfeccionada con el tiempo.

Específicos:

1. Conocer la frecuencia con que se realizó cesárea corpórea en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios. Por año, desde 1969 a 1978.
2. Conocer cuales fueron las indicaciones más frecuentes para realizar dicho procedimiento y cual fue el grupo etéreo materno más afectado según el estudio.
3. Determinar si las indicaciones que se tomaron para efectuar dicho procedimiento están dentro de las indicaciones recomendadas por los diversos autores y literatura mundial.
4. Poder determinar el riesgo que existe en el futuro obstétrico de la madre.
5. Determinar la complicación más frecuente en el post-operatorio de las pacientes estudiadas.
6. Poder determinar el estado del feto en el momento de su nacimiento y sus complicaciones más frecuentes y si dicho procedimiento actúa en forma directa en alguna de estas complicaciones.
7. Poder determinar si en algún momento la indicación que llevó a que se realizara cesárea corpórea pudo afectar en forma directa o indirecta, el estado del feto al nacer.

MATERIAL Y METODO

Para poder realizar dicho trabajo se utilizarán los libros de Nacimientos y Operaciones de Labor y Partos y el de Egresos de Post-Parto del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, así como las fichas clínicas de las pacientes que forman el estudio, de los cuales se extraerán las variables que se utilizarán en la investigación de dicho trabajo, para luego tabularlos y tener al final datos de nuestra área de trabajo con conclusiones y recomendaciones propias.

Se utilizará el siguiente material:

Humano:

Asesor
Revisor
Encargado del archivo y estadística del hospital

Materiales:

Libro de Nacimientos y Operaciones del servicio de Labor y Partos del Hospital General San Juan de Dios.
Libro de Egresos del servicio de Post-Parto del Hospital.
Fichas Clínicas de las pacientes que forman el estudio.
Tabla de recopilación de datos.
Útiles de escritorio.

Método:

Científico
Estadístico
Analítico
Investigación

REVISION BIBLIOGRAFICA

HISTORIA

La práctica de la cesárea corporal comprende en realidad toda la historia de la operación; recordaremos que desde las civilizaciones primitivas se usa para la extracción del feto en la mujer muerta, en la que después se llamó operación cesárea post-mortem. Durante mucho tiempo, sólo se señalaron casos aislados de la intervención en la mujer viva, casi siempre con resultados fatales para la madre, hasta que se establecieron adecuadamente las normas de sutura a fines del siglo pasado, por Kehrer y Sanger. A partir de esto, ayudada indudablemente por la anestesia, la asepsia y los adelantos en general y antibióticos de la cirugía, se inició la época fecunda de la operación cesárea clásica, con mayores indicaciones, siempre con incisión vertical sobre la cara anterior del cuerpo, suturas completas y por consiguiente, evoluciones más favorables. Su utilización casi rutinaria persistió hacia el primer cuarto del siglo XX, cuando a partir de la difusión de las técnicas segmentarias, fue disminuyendo su popularidad hasta casi perderse su uso en la mitad de nuestro siglo.

Después del establecimiento rutinario de las técnicas bajas, la corporal se dejó en el olvido y hasta se consideró que el cirujano que la practicaba no era competente, y que esta clase de cirugía era un menoscabo de su prestigio. Sin embargo, se han efectuado varios trabajos modernos para evaluar cuál es su lugar en la obstetricia actual, como los de Villalobos, Reyes Ceja, Villanueva (18), y el de Ruiz-Velasco, Rosas Arceo y Uribe (15), en donde se establece que esta operación sí tiene su razón de ser dentro de la cirugía obstétrica.

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 Núfter al parecer, efectuó en 1500 una Cesárea a su mujer, después de varios días de parto, y a la que Médicos y Parte ras había tratado sin éxito. Sin embargo la primera cesárea de que se tiene noticias exactas, fue practicada en el año de 1610 por Jeremías de Trauttmann, de Wittenberg, en una mujer con hernia del útero grávido.

Con el desarrollo de la obstetricia vaginal, el descubrimiento del forceps, la práctica de la Sinfiotomía 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 Corpóreas. 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 importantes en la práctica de esta intervención. Mas tarde Sellheim y Kroning, mostraron las ventajas de la incisión segmentaria, indicando que sangraban menos, la cicatrización es más perfecta, la cicatriz es más fuerte, produciendo menos rupturas uterinas en embarazos posteriores. Por último Doderlen en 1908, introdujo la técnica de la Cesárea Extraperitoneal que evitaban infecciones de la cavidad peritoneal. Esta técnica fue perfeccionada en 1916 por Latzco. En 1933, Kerr ideó la incisión transversal del segmento, que es la más usada actualmente.

Frecuencia de Cesárea Corpórea:

En trabajos más recientes efectuados con revisiones de enfermas atendidas en los últimos años, se ha encontrado que la frecuencia varía. Es decir, sólo se lleva a cabo ocasionalmente y bajo indicaciones muy precisas. Esto es motivado por las ventajas que sin duda tiene la técnica segmentaria sobre la corporal y la segmento-corporal y los problemas que se presentan en estas últimas y que en resumen son: la incisión se hace sobre la parte activa del órgano, la peritonización es incompleta y la cicatrización es más defectuosa.

Desventajas de las técnicas corporales y segmento-corporales:

I. La herida se hace sobre la parte activa del útero.

1. Cicatrización más difícil.
2. Mayor grado de dehiscencia.
3. Cuando ésta se produce, es dramática.
4. No se puede permitir la prueba de trabajo posterior.

II. Técnicamente tienen más problemas.

1. Sangrado mayor
2. Sutura más laboriosa.
3. Se interponen más fácilmente el epiplón y el intestino.
4. Por ello se manipulan más el epiplón, el intestino, y el peritoneo.
5. La peritonización es incompleta.
6. Mayor salida de líquido amniótico a la cavidad.
7. Hay salida de loquios al peritoneo en el puerperio, por no estar completa la cubierta

peritoneal y porque el cuerpo se contrae activamente.

8. Mayor peligro de infección.

III. Derivado de los cinco últimos hechos, hay mayores complicaciones post-operatorias, como:

1. Ileo paralítico.
2. Dilatación aguda del estómago.
3. Peritonitis.
4. Adherencias.

IV. Mayor morbimortalidad.

INDICACIONES:

La técnica corpórea se utiliza principalmente en cuatro circunstancias: 1) Conveniencia de una incisión alta. 2) Imposibilidad de abordar el segmento uterino. 3) Necesidad de una rápida evacuación del útero y 4) Falta de experiencia en las técnicas segmentarias.

Indicaciones de cesárea corpórea:

I. Conveniencia de una incisión en el cuerpo.

- a) Cáncer cervicouterino invasor.
- b) Cesárea corpórea previa.
- c) ¿Situación transversa?
- d) Segmento insuficiente.

II. Imposibilidad de abordar el segmento uterino.

- a) Vejiga alta y fija, en la cesárea itera-tiva.
- b) Adherencias firmes en el segmento
- c) Tumores ístmicos

d) Otros procesos.

III. Necesidad de una evacuación uterina muy rápida.

- a) Operación cesárea pre y post mortem
- b) ¿Choque?

IV. Falta de experiencia en las técnicas segmentarias.

I. Conveniencia de una incisión alta.

a) CANCER CERVICAL INVASOR. Es la indicación más frecuente de operación cesárea clásica. No hay discusión acerca de la conveniencia absoluta de la operación cesárea corporal en estos casos, ya que así evitamos el trabajar sobre la neoplasia, con problemas de sangrado, friabilidad de los tejidos, infección y mala cicatrización, además del peligro de facilitar la diseminación. Por el contrario, no estamos de acuerdo en practicar, no sólo este tipo de operación cesárea, sino de cualquier tipo, en los casos de cáncer cervicouterino estadio 0 ó in situ comprobado, que algunos lo informan como motivo de operación cesárea clásica.

b) CESAREA CORPOREA PREVIA. Aconsejamos que en caso de existir una cicatriz corpórea, se repite este tipo de incisión, que bien reparada nos da mejor pronóstico que una cicatriz en T, que presenta mayor peligro de dehiscencia. Además, la presencia de cicatrices en diversos sitios predispone a procesos adherenciales más abundantes, en diferentes lugares y entre varios tejidos.

c) SITUACION TRANSVERSA. Por sí misma no es causa de técnica corporal. Algunos cirujanos la llevan a cabo cuando consideran que la extracción fetal segmentaria será difícil. Esto sucede principalmente

te con productos grandes, con el dorso hacia abajo, con pérdida de líquido amniótico que ha ocasionado el adosamiento del útero sobre el producto o cuando existe prolapso de algún miembro acompañado de anillo de contracción o de placenta previa. De por sí, estos ejemplos son muy raros y creo que la experiencia que cada obstetra tenga en cada método intervendrá definitivamente en la selección del mismo, prefiriendo la mayoría, en estos casos, la segmento corporal sobre todo cuando se acompaña de un anillo de retracción y es conveniente el cortarlo.

d) FALTA DE DESARROLLO DEL SEGMENTO. Estamos de acuerdo en que una insuficiente formación segmentaria impide la utilización de las técnicas bajas, indicando por el contrario la incisión corpórea. Esto tiene cabida en los embarazos tempranos, en los que siempre se debe hacer una histerotomía corpórea. Sabemos que el segmento se empieza a formar a partir del tercer mes de la gestación, alcanzando para los finales de la misma, un desarrollo (no completo, puesto que para ello es necesario el trabajo de parto) suficiente para permitir una técnica segmentaria y en especial la de tipo arciforme; por este motivo, en estas edades de embarazo, ya no existe una indicación para llevar a cabo la técnica clásica.

No consideramos que la placenta previa sea una indicación de operación cesárea clásica.

II. Imposibilidad de abordar el segmento uterino.

a) FIJACION ALTA DE LA VEJIGA EN LAS CESAREAS ITERATIVAS. Hemos señalado que es una de las complicaciones más molestas de las cesáreas repetidas, que ocasiona sangrado, dificultad técnica al despegamiento y lesiones vesicales. Cuando la disección en estas condiciones sea muy laboriosa y presuponga peligro, o no se tenga mucha experiencia en esta cirugía de repetición, no hay que empeñarse

en hacerla y muchas veces es mejor una incisión corporal, que presupone menos riesgo para la madre y para el producto.

b) ADHERENCIAS FIRMES EN EL SEGMENTO. La presencia de adherencias múltiples epiploicas, peritoneales o a órganos vecinos que dificultan el acceso al segmento, indican ocasionalmente una incisión alta, en forma similar al motivo anterior.

c) TUMORES ISTMICOS. La presencia de procesos neoplásicos casi siempre miomatosos, a nivel del cuello uterino, istmo o en forma múltiple, indica la operación corporal, muchas veces seguida de histerectomía.

d) OTROS PROCESOS. La cirugía pélvica previa especialmente mutilante por procesos inflamatorios o al corregir malformaciones congénitas que alteran o distorsionan la anatomía quirúrgica, pueden ocasionar a veces la operación cesárea corpórea.

La presencia de várices en el segmento, especialmente en casos de operaciones cesáreas repetidas, es para algunos indicación de incisión corporal, para evitar el sangrado intenso de las mismas. Nunca hemos visto que exista esa necesidad, ya que basta con ligarlas previamente al corte cuando son muy grandes, o hacer el corte y una vez extraído el feto, hacer la hemostasia provisional con las pinzas en los bordes y la definitiva, al practicar la sutura de la incisión.

III. Necesidad de una evacuación uterina muy rápida.

a) OPERACION CESAREA PRE Y POST MORTEM.

b) CHOQUE MATERNO. Cuando la madre se encuentra en un estado de choque por hipovolemia (como sucedió en un caso DPPNI o por endotoxinas o simplemente

te en el llamado "choque obstétrico", con feto vivo y con peligro de que este fallezca, es necesario hacer una intervención rápida.

IV. Falta de Experiencia en Técnicas Segmentarias.

Ocasionalmente, sobre todo en sitios rurales o en zonas apartadas, la intervención cesárea debe hacerla un cirujano general, un obstetra con poca experiencia quirúrgica o, aún más, un médico general, que sólo han ejecutado técnicas clásicas y que por lo tanto, conviene que sólo practiquen éstas, ya que el tratar de hacer una técnica segmentaria, por ser mejor para la madre, traerla, por el contrario, mayores problemas para ella, ya que la presencia de accidentes quirúrgicos pueden no sólo dejar mayores secuelas, sino poner en peligro la vida de la paciente.

Todo lo dicho acerca de las indicaciones de la operación cesárea corpórea puede resumirse diciendo que el carcinoma invasor del cuello uterino, la presencia de una cicatriz corporal previa, los tumores ístmicos, las adherencias segmentarias fuertes con elevación y fijación alta de la vejiga, además de la operación cesárea post mortem, son indicaciones válidas de la técnica clásica y que a veces, la cirugía pélvica previa, los defectos de conformación del organismo, las situaciones fetales transversas, etc. pueden predisponer igualmente a su ejecución.

Por el gran peligro de diseminación peritoneal de una infección, la operación cesárea corporal está contraindicada en casos de infección franca, y no es recomendable hacerla en casos de ruptura prematura de las membranas y de parto prolongado con múltiples exploraciones.

TECNICA QUIRURGICA. Las normas que deben regir el acto quirúrgico, los cuidados preoperatorios,

el instrumental y el equipo, así como la anestesia y los cuidados post operatorios son enteramente iguales a los que se utilizan para la operación cesárea segmentaria.

CELIOTOMIA. Se efectúa un poco más arriba - que cuando se va a llevar a cabo una técnica baja. Se hace media infraumbilical, hasta el ombligo o aún continuándose un poco en el lado izquierdo del mismo. Esto se hace para facilitar la extracción del producto. La abertura de la pared se hace en la forma habitual, se aíslan los bordes de la pared, se coloca la compresa única exponiendo la cara anterior del cuerpo uterino.

INCISION UTERINA. Antes de proceder a ella, debe efectuarse la corrección de la destrorrotación uterina cuando exista, ya que la incisión sobre la pared del útero debe caer lo más próximo a la línea media, porque es el área más avascular. Se hace un corte con bisturí, de unos 2 cm., que abarque todo el tejido muscular hasta alcanzar la cavidad uterina. Como la pared en este sitio es muy gruesa, es necesario ir cortando paulatinamente las capas musculares para no herir al producto. Una vez que se ha alcanzado la cavidad y protegiendo el contenido de la misma con los dedos de la mano izquierda, se procede a completar la histerotomía por medio de tijeras romas, hacia arriba y hacia abajo en una longitud que permita la extracción fácil del producto. En este caso no se efectúa la disección previa del peritoneo visceral, puesto que aquí no es posible por su firme adherencia a la capa muscular.

EXTRACCION DEL PRODUCTO. Una vez rotas las membranas y efectuada la aspiración, se procede a liberar el producto por medio de una versión o extracción podálica, localizando los pies y llevándolos a la incisión, para que, por medio de tracción, traer la pelvis del producto a la incisión, procurando co-

locar el diámetro bitrocantéreo en el sentido de la herida. Se extrae la pelvis del feto y se hace el asa de cordón. Por medio de tracción desde la pelvis y el tronco, se acomodan los hombros en cada comisura de la incisión, liberándolos sucesivamente con la ayuda de los dedos y de la presión fúndica del ayudante. Para la liberación de la cabeza se lleva la espalda del producto hacia el tórax de la madre y con la mano izquierda se hace la maniobra del calzador, con lo que fácilmente se extrae. Hay que efectuar estas maniobras suavemente para no lesionar al feto, como sucede con frecuencia.

EXTRACCION DE LA PLACENTA Y DE LAS MEMBRANAS. Se lleva a cabo en la forma habitual, ya sea por alumbramiento dirigido o por extracción manual, no olvidándose de extraer totalmente las membranas y de revisar la cavidad uterina. Si la enferma no ha estado en trabajo de parto, es necesario efectuar la dilatación digital retrógrada.

Algunas veces sucede que la placenta se implanta en la pared anterior, y al cortar el útero se interpone entre el feto y la pared, pudiendo dificultar la extracción de éste, y ocasionar un mayor sangrado. Se aconseja buscar el borde y separarla o atravesarla y sacar al feto rápidamente.

A continuación, se procede a la limpieza y revisión del campo y a la preparación del mismo para la sutura, identificando los bordes de la incisión y colocándoles pinzas de anillos que sirven de referencia y de hemostasia provisional.

SUTURA DE LA INCISION. Es más difícil que en las técnicas segmentarias por el grosor de la pared. Se lleva a cabo adecuadamente si no se olvida la aplicación de ocitócicos después del alumbramiento, para reducir el sangrado y hacer más firme el tejido muscular. Se utiliza catgut más grueso que para

la segmentaria Nº 1, y se usa una aguja curva atraumática grande (de unos 3 cm). La sutura se hace en tres capas con puntos separados que abarquen cada uno de ellos aproximadamente un tercio del grosor de la pared uterina. La primera el tercio interno, la segunda el tercer medio y la tercera el tercio externo, incluyendo el peritoneo, aunque algunos recomiendan hacer continua esta última con un surjete tipo Lambert. Cuando la pared no es muy gruesa, el cierre se puede hacer con sólo dos planos de suturas.

CIERRE DE LA PARED. Una vez revisada la sutura, limpiado el campo operatorio y extraídas las compresas, se hace el cierre de la celiotomía en la forma habitual.

MORBIMORTALIDAD MATERNA. Indudablemente la operación cesárea corporal, en general, tiene mucho más complicaciones y mortalidad que la segmentaria, especialmente sangrado, infección y dehiscencia, de ahí su casi total eliminación de la cirugía obstétrica. Por el contrario, cuando se utiliza con indicaciones precisas, casi siempre en forma programada y en cirugía preparada, sus complicaciones son mínimas.

En esta última forma su mortalidad es del 0 por ciento, y su morbilidad es alrededor de 10 a 16 por ciento en los distintos estudios efectuados al respecto.

Durante el acto quirúrgico, las principales complicaciones son el sangrado que sin lugar a dudas es más abundante que en las técnicas bajas y la prolongación de la incisión. En el post operatorio, la infección, la anemia, el íleo paralítico y la dehiscencia de pared, son las más frecuentes. Obviamente, en esta técnica se pueden presentar por igual, cualquiera de las complicaciones referidas para la operación cesárea en general.

MORBIMORTALIDAD FETAL. La pérdida fetal que en estos casos oscila del 5 al 25 por ciento (18-15), es motivada básicamente por problemas de madurez y afecciones respiratorias, los cuales son el resultado de las complicaciones obstétricas que indicaron la operación, más que de la técnica quirúrgica. A veces se producen traumatismos sobre huesos largos, tejidos blandos y cuello del feto, cuando las manos de extracción se ejecutan bruscamente.

Futuro obstétrico de las pacientes con operación cesárea corpórea.

Deben espaciarse los embarazos, por lo menos cada dos a tres años. El embarazo debe vigilarse más cuidadosamente (por el peligro de dehiscencia durante el mismo) e interrumpirse antes del parto (alrededor de la semana 38). Siempre recomendamos reseca la cicatriz uterina previa para el estudio histológico y para lograr una mejor unión. Por último, no permitir un número exagerado de operaciones cesáreas corporales, ya que la posibilidad de desunión es mucho mayor.

La base de la Revisión Bibliográfica fue tomada del libro "La Operación Cesárea" de Víctor L. Velasco por ser el que más se adapta a nuestro medio y ser uno de los Autores que más ha escrito al respecto.

TRABAJO DE CAMPO

METODOLOGIA

Para efectuar este trabajo se tomaron todos los casos de pacientes con cesárea corpórea existentes en los Libros de "Operación" y de "Nacimientos" del servicio de labor y partos del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, desde el año 1969 hasta el año de 1978.

Para el estudio de los 90 casos en mención; se elaboró un protocolo especial para cada caso, el cual comprendía las siguientes variantes: indicación, anestesia, paridad, edad materna, edad de gestación, estado de las membranas hasta el momento de la intervención; sexo del producto, peso del producto, estado al nacer según Apgar; esterilización quirúrgica; post-operatoria, días de hospitalización, post-operatorio y futuro obstétrico de las pacientes sin pome-roy.

La mayoría de datos de estas variantes se obtuvieron en los libros antes mencionados y se trató de revisar cada uno de los Registros clínicos de todas las pacientes para corroborar lo que se refiere a esterilización quirúrgica, evolución post-operatoria, días de hospitalización, post-operatorio, y futuro obstétrico; ya que como se mencionó las demás variantes fueron extraídas de los libros. Sin embargo únicamente se logró revisar 64 papeletas clínicas correspondiendo un 71% del total, ya que las restantes 24 papeletas fueron extraviadas, por lo que consideramos que el estudio sí es significativo y que las papeletas de las pacientes que no se revisaron por ser una minoría no alteran el Resultado del Estudio.

RESULTADOS

Durante los años de 1969 a 1978 se efectuaron 90 casos. Se atendieron un total de 33,100 partos, por lo que nos dió una incidencia de 0.27 de operación cesáreas clásicas en relación al número de partos atendidos.

TABLA Nº 1

EDAD MATERNA

Años	Casos	%
10 - 14		
15 - 19	11	12.1
20 - 24	14	15.5
25 - 29	23	25.5
30 - 34	23	25.5
35 - 39	15	16.7
40 - 44	4	4.4
45 y más		
TOTAL:	90	98.8%

La tabla anterior nos indica que la edad de los pacientes fluctuó entre 15 y 44 años con una máxima frecuencia en los intervalos comprendidos entre 25 y 29 y 30 y 34 años con un 25.5% respectivamente.

TABLA Nº. 2

EDAD GESTACIONAL

Semana de Embarazo	Casos	%
28 - 32	7	8
33 - 37	19	21
38 - 42	64	71
TOTAL:	90	100%

La tabla anterior nos indica que el 71% de los Embarazos fueron a término o sea que estuvieron comprendidos entre 38-42 semanas de gestación y que el 21% fueron prematuros entre 33 y 37 semanas de gestación, el 8% fueron inmaduros.

Paridad de las pacientes a las que se les efectuó cesárea corporal:

TABLA Nº. 3

Embarazos:	Casos	%
1 - 3	33	36.7
4 - 6	32	35.5
7 - 9	13	14.4
10 y más	12	13.3
TOTAL:	90	99.9%
Pacientes Primigestas:	6	
Pacientes multíparas con más de 4 partos:	57	

TABLA Nº. 4

	Casos	%
Pacientes sin cesárea anterior:	59	65.5
Pacientes con una cesárea anterior:	16	17.8
Pacientes con 2 ó mas cesáreas ant.	15	16.7
TOTAL:	90	100%

La gran mayoría de pacientes fueron multigestas con variantes de uno o más de diez embarazos; con una mayor frecuencia entre 1 y 3 Embarazos. 61 Pacientes no habían tenido partos previos y 57 pacientes eran multíparas con más de 4 partos. Más del 50% de las pacientes no habían tenido cesáreas previas, 16 pacientes tenían una cesárea anterior y 15 pacientes tenían dos o más cesáreas anteriores. De los 31 pacientes con una o dos cesáreas anteriores 5 tenían CSTP anterior y se les efectuó cesárea corpórea más pomey por la dificultad de abordar el segmento por adherencias, las restantes, 26 todas eran cesárea corpórea.

TABLA Nº. 5

Indicaciones de Cesárea Corpórea de los casos del Hospital General San Juan de Dios.

Indicacion:	Casos	%
Ca de Cervix	11	12.2
Situación Transversa	34	37.7
Dificultad Técnica	12	13.3
Cesárea Anterior	31	34.4
Cesárea Corpórea post-Mortem	1	1.1
Inminencia de Ruptura Uterina	1	1.1
TOTAL:	90	99.8%

El cuadro anterior nos indica que la Indicación más frecuente para efectuar cesárea corpórea fue Situación transversa con un 37.7%, anteriormente nos referimos al tipo de cesárea anterior que las pacientes tenían; seguidamente la dificultad técnica fue la tercera Indicación más frecuente con 13.3% y en cuarto lugar el Ca de Cervix con 12.1%.

Hay que hacer notar que la mayoría de pacientes presentaban dos o más indicaciones para efectuar Cesárea Corpórea, pero únicamente una era la Indicación específica para efectuar dicho procedimiento, por lo que para fines de comprobación y corroboración fue la que se tomó ya que además la segunda Indicación no era específica de Cesárea Corpórea y fueron diagnósticos secundarios Intraparto.

Además de las pacientes que tenían Cesáreas anteriores una minoría tenían CSTP y se les hizo cesárea corpórea por la dificultad de abordar el segmento a estas pacientes se les efectuó pomeroy.

TABLA Nº 6

Situación transversa

<u>Variedad</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
AIIDA	3	9.0
AIIDP	8	23.5
AIDDA	8	23.5
AIDDP	15	44.0
TOTAL:	34	100.0

Dentro de la variedad de la situación transversa la que más predominó fue la AIDDP y si a esta le sumamos el porcentaje de la AIIDP el anterior aumentaría, por lo que la mayoría de situaciones transversas fueron Dorso Posteriores.

TABLA Nº 7

Ca. de Cervix

<u>Tipo</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
INSITU	8	73
LNII	2	18
Adeno Ca.	1	9
Total	11	100

El tipo de Ca. de Cervix el que más predominó fue el INSITU con 73% seguido por el Ca. de Cervix LNII con 18% y un caso de Adeno Ca con 9%.

TABLA Nº 8

Estado de las membranas antes de la intervención

<u>Membranas</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Enteras	43	47.7
Rotas	22	24.4
No especificado	25	27.7
Total:	90	99.8

El estado de las membranas antes de la intervención quirúrgica según la tabla anterior es que 43 casos las presentaban enteras o sea 47.7%, en estos 43 casos las membranas se rompieron artificialmente en el momento de la operación. 22 casos presentaban -

las membranas rotas sin poderse especificar cuanto tiempo antes de la intervención; y en 25 casos no estaba especificado el estado de las mismas antes de la intervención.

TABLA Nº 9

Tipo de anestesia utilizada

Anestesia	Casos	%
Raquidea	11	12
Epidural	34	38
General	45	50
Total	90	100

Según la tabla anterior la anestesia que más se utilizó fue la anestesia general, ya que reporta un 50% del total. Seguida por la anestesia epidural con 38%.

TABLA Nº 10

Estado de los R N al nacer según APGAR

Al minuto	Casos	%	A los 5 minutos	Casos	%
0 - 1	7	7.7	0 - 1	5	5.5
2 - 3	11	12.2	2 - 3		
4 - 5	9	10	4 - 5	16	17.7
6 - 7	10	11.1	6 - 7	6	6.6
8 - 9	11	12.2	8 - 9	22	24.4
10			10	28	31.1
No especificado	42	46.6	No especificado	13	14.4
Total:	90	99.8	Total:	90	99.9

Según la tabla, 42 casos no tenían el Apgar especificado al minuto y 13 casos no lo tenían especificado a los 5 minutos; de los 42 casos más de la mitad sólo tenían apgar especificado a los 5 minutos, por lo que fue allí donde se incluyeron y de los 13 casos en los que no se especificaba el Apgar a los 5 minutos tampoco lo tenían al minuto.

El Apgar de los R N al minuto fue entre 8 y 9 y 2 y 3 con 11 casos respectivamente y 10 a los 5 minutos con 28 casos. Y los R N que tuvieron Apgar de 0-1, al minuto y 0-1 a los 5 minutos se recuperaron posteriormente. No hubo mortalidad en los R N que nacieron por esta técnica.

TABLA Nº 11

Sexo de los Recién Nacidos

<u>Sexo</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Masculino	49	54.4
Femenino	41	45.5
Total:	90	99.9

El sexo que predominó en los recién nacidos por este medio, fue el masculino en 54.4%.

TABLA Nº 12

Peso de los Recién Nacidos

<u>Libras</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
2 - 5	24	26.6
6 - 9	65	72.2
10 y más		
No especificado	1	1.1
Total:	90	99.9

El peso de los recién nacidos osciló entre 2 y 9 libras con una mayor frecuencia entre 6 y 9 libras con 65 casos, lo que nos indica que nuestros R N fueron de peso aceptable.

TABLA Nº 13

Esterilización Quirúrgica

	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Pomeroy	48	53
Cesárea Histerectomía	8	9
No esterilizaciones	34	38
Total:	90	100

TABLA Nº 14

Paridad de las pacientes a las que se les efectuó Pomeroy:

<u>Nº de embarazos</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
1 - 3	7	14.5
4 - 6	23	48.0
7 - 9	10	21.0
10 y más	8	16.6
Total:	48	100.0

TABLA Nº 15

Paridad de las pacientes a las que no se les efectuó esterilización quirúrgica:

<u>Nº de embarazos</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
1 - 3	22	65
4 - 6	8	23
7 - 9	2	6
10 y más	2	6
Total:	34	100

TABLA Nº 16

Indicaciones para efectuar cesárea Histerectomía

<u>Indicación</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Ca Cervix INSITU con envolvimento glandular	4	50.
Ca Cervix Epidermoide	1	12.5
Ruptura Uterina	1	12.5
Desprendimiento Premat. placenta		
NI con infiltración de ligamentos anchos	1	12.5
Transversa Abandonada más		
Amnioritis	1	12.5
Total:	8	100.0

TABLA Nº 17

Paridad de las pacientes a las que se les efectuó Cesárea Histerectomía

<u>Nº de embarazos</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
1 - 4	1	12.5
5 - 7	3	37.5
8 - 10	3	37.5
11 y más	1	12.5
Total:	8	100.0

En las tablas se puede observar que a 48 pacientes se les efectuó pomey, a 8 pacientes se les efectuó Cesárea Histerectomía, a 34 no se les efectuó ningún procedimiento de esterilización.

De las 48 pacientes que se les efectuó pomey, 23 pacientes habían tenido entre 4 y 6 embarazos anteriores, 10 pacientes habían tenido entre 7 y 9 embarazos anteriores, o sea que eran grandes multiparas; y ya habían tenido cesáreas anteriores, a estas pacientes el pomey se les efectuó en la resolución de su último embarazo el cual fue por cesárea clásica. 7 pacientes habían tenido entre uno y tres embarazos anteriores pero todos se habían resuelto por cesárea y una paciente tenía Ca INSITU del Cervix.

De las 34 pacientes a las que no se les efectuó ningún procedimiento de esterilización, 22 pacientes habían tenido entre uno y tres embarazos su último embarazo se resolvió por cesárea, por lo que por tener poca paridad se respetó su fertilidad

De las 8 pacientes a las que se les efectuó cesárea histerectomía tres habían tenido entre cinco y siete embarazos y tres entre ocho y diez embarazos.

La indicación que predominó para hacer este procedimiento fue Ca de Cervix con envolvimiento glandular con 4 casos.

Esto está relacionado con el futuro obstétrico de las pacientes, como es lógico en las 48 pacientes a las que se les efectuó pomeroy como a las 8 pacientes a las que se les hizo cesárea histerectomía. Su futuro obstétrico estaba definido, pero las 34 pacientes a las que no se les hizo ningún procedimiento de esterilización, se trata de averiguar si habían tenido embarazos y partos posteriores, sin embargo por razones no determinadas en las historias clínicas de estas pacientes, no a parecían registrados nuevos embarazos ni partos. Es posible que si los tuvieron fueron atendidos en otros centros. Unicamente se logró encontrar que una paciente tuvo 4 PES posteriores; una paciente tuvo una histerectomía más pomeroy posterior y una paciente tuvo un parto distócico por aplicación de forceps, y una PES posterior. No se encontraron alteraciones en el embarazo de estas pacientes.

TABLA Nº 18

Edad de las pacientes con Pomeroy

<u>Edad</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
10 - 14		
15 - 19	1	2
20 - 24	2	19
25 - 29	8	16.7
30 - 34	13	27
35 - 39	13	27
40 - 44	4	8.3
45 y más		
Total	48	100.0

La tabla nos indica que la edad de las pacientes con pomeroy fluctuó entre 15 y 44 años con una máxima frecuencia entre 30 y 34 años, y 35 y 39 años con 27% respectivamente.

TABLA Nº 19

Complicaciones trans-operatorias

<u>Complicación</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Ninguna	73	82
Dificultad técnica	8	9
Incisión en T por dificultad técnica	4	4.4
Histerectomía por amnioitis severa más histerectomía	1	1.1
Dehiscencia de herida uterina	1	1.1
Ruptura uterina más histerectomía	1	1.1
Hematoma de ligamentos anchos más histerectomía	1	1.1
Hemorragia severa	1	1.1
Total	90	99.8

Nos damos cuenta que en la mayor parte de pacientes no hubo ninguna complicación durante el acto operatorio y la mayor complicación encontrada fue la dificultad técnica.

TABLA Nº 20

Evolución post-operatoria

<u>Post-operatorio</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Normal	51	79.7
Anemia	1	1.6
Infección y Dehiscencia de herida operatoria	3	4.7
Endometritis	3	4.7
Infección urinaria	2	3.1
Distensión Abdominal	1	1.6
I R S	1	1.6
Fiebre de Etiología indeterminada	2	3.1
Total	64	100.%

La Evolución post-operatoria de las pacientes en el 79.7% fue normal; y se destacaron varios procesos inflamatorios como complicación post-operatoria, como se puede observar en la tabla.

TABLA Nº 21

Tratamiento post-operatorio

	<u>Casos</u>	<u>%</u>
Anriibioticoterapia	60	93.7
No Antibioticoterapia	4	6.2
<u>Total</u>	<u>64</u>	<u>99.9%</u>

En el 93.7% de los casos se aplicó Tx. con Antibióticos en el post-operatorio. Estos antibióticos fueron administrados profilácticamente.

TABLA Nº 22

Egreso

<u>Días post-operatorio</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>
3		
4	12	19
5	30	47
6	4	6
7	5	8
8	4	6
9	3	5
10	2	3
11 y más	4	6
<u>Total</u>	<u>64</u>	<u>100%</u>

Al 47% de las pacientes se les dio egreso el quinto día post-operatorio y el 19% el cuarto día post-operatorio.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de Cesárea Corpórea en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios es de 0.27% lo cual es bajo comparado con los de otros Centros.
2. Los grupos etáreos maternos a los que más se les efectuó cesárea corpórea fueron los comprendidos entre 25 y 29 y 30 y 34 años, o sea que la mayoría de madres están entre la edad aceptada como adecuada para la Reproducción.
3. La mayoría de pacientes presentaban Embarazo a término y una minoría eran embarazos pre-término.
4. El 43% de las pacientes presentaban Enteras las Membranas antes de ser sometidas a la Intervención y el 22% las tenían Rotas.
5. En el 50% de las Intervenciones se utilizó Anestesia general, el otro 50% estuvo repartido entre Anestesia Raquídea y Epidural.
6. El sexo de Recién Nacidos que más predominó fue el Masculino.
7. La mayoría de los Recién Nacidos tuvieron peso entre 6-9 libras.
8. El mayor porcentaje de los Recién Nacidos tuvieron buen Apgar tanto al minuto como a los 5 minutos.
9. A 48 pacientes se les efectuó Esterilización Quirúrgica tipo Pomeroy, la edad de estas pacientes fluctuó entre 31 y más de 43 años con una paridad de 4 y más de 10 embarazos, o sea que la ma-

yoría eran Madres Añosas y Multíparas.

10. A 8 pacientes se les efectuó cesárea Histerec-
tomía también estas pacientes eran multíparas
y añosas.

La indicación para efectuar dicho procedimien-
to fue en la mayoría de casos Ca de Cervix -
INSITU. Con 50%.

11. En general la paridad de las pacientes a las -
que se les efectuó Cesárea Corpórea osciló en-
tre 4 y más de 10 embarazos o sea que la mayo-
ría de pacientes eran multíparas.

12. La mayoría de pacientes no tenían cesárea pre-
via pero esto no implica que este haya sido su
primer embarazo.

13. Más de la mitad de pacientes tuvieron un post-
operatorio normal y sin complicaciones y una -
minoría únicamente se complicaron con proble-
mas inflamatorios.

14. La mayoría de pacientes tuvieron entre 5 y 6 -
días post-operatorios.

15. La Indicación más frecuente para realizar dicho
procedimiento fue Sit. transversa con o sin pro-
lapso de miembros. Seguido de cesárea anterior
pero este Dx se acompañaba de una segunda Indi-
cación.

16. Otra Indicación importante fue el Ca de Cervix
y las dificultades técnicas.

17. Como una de las finalidades de este trabajo es
dar consideraciones sobre Cesárea Corpórea en -
el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospi-
tal General, nos podemos dar cuenta que dicho -

procedimiento se está realizando de acuerdo a las In-
dicaciones dictadas por la Bibliografía y diversos -
autores y no ha causado morbilidad alta ni mortali-
dad tanto en las madres como en los Recién Nacidos.

18. El futuro obstétrico de las pacientes no fue po-
sible determinarlo en las pacientes sin puerperio;
pero esto es posible que se deba a que si no hu-
bo problemas fue porque se efectuó buena técni-
ca quirúrgica, otra de las causas de no estable-
cer el futuro obstétrico fue que no se siguió -
adecuadamente a estas pacientes.

19. La Cesárea Corpórea en el Hospital General San
Juan de Dios no se hace indiscriminadamente ni
ha sido desplazada por otros procedimientos qui-
rúrgicos, ya que sus Indicaciones se conocen -
así como su técnica y sus complicaciones y des-
ventajas.

20. Las tres Indicaciones más frecuentes para efec-
tuar Cesárea Corpórea sí correspondieron a las
Indicaciones ideales.

RECOMENDACIONES

1. Que se agoten todos los recursos Dx para que la Indicación de la Cesárea Corpórea sea lo más acertada.
2. Que se trate de seguir a las pacientes con Cesárea Corpórea sin Pomeroy para controlarlas en futuros embarazos.
3. A las pacientes con Cesárea Corpórea se les - estudie adecuadamente con todos los métodos - al alcance a fin de determinar el estado de - la cicatriz en el cuerpo uterino -posterior a su embarazo.
4. Que se tengan presentes las complicaciones Maternasy fetales que este procedimiento pueda causar, a fin de evitarlas.
5. Tener presente el tipo de operación que la Cesárea Corpórea representa, a fin de evitar - complicaciones trans-operatorias y post-opera- torias.

BIBLIOGRAFIA

1. Consideraciones sobre Cesárea Corpórea en la Ma- ternidad del Hospital Roosevelt. Trabajo de Te- sis, Dr. Mario Aníbal Huertas Recinos.
2. Beck, Alfred, Práctica de Obstetricia. 8a ed. México, Prensa Médica Mexicana, 1968. pp. 525-538.
3. Benson, Ralph. Manueal de Ginecología y Obste- tricia. México, el Manual Moderno. 1966. pp. 424-433.
4. Botella Lusiá, José. Tratado de Ginecología. 7a. ed. España, Editorial Científico Médico, 1967. pp. 773-803.
5. Cerezo, Francisco y Ernesto Alarcón R., Conside- raciones sobre Cesárea en el Hospital Roosevelt. En: Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología, 3o. Memorias de 17-20 Dic. 1958. - Guatemala, Federación Centroamericana de Obste- tricia y Ginecología. 1958. pp. 533-544.
6. Eastman, Nicholson J. ed. Obstetricia de Williams. 3a. ed. México UTEHA, 1960. pp. 1102-1123.
7. Jaschke, Rud Th. v. Tratado de Obstetricia 2a. ed. Barcelona, Editorial Labor, 1954. pp. 814.
8. Martius, Heinrich. Operaciones Obstétricas. 3a. Ed. México, Editorial Labor, 1963. pp. 220-243.
9. Villalobos R., Manuel et al. Operación Cesárea post-mortem y en la paciente agónica. Ginec. Obs- tet. Méx. 22 (128): 607-617, 1967.

10. Jensen, P. A., y Aaro, A.: Cesarean Section: Review of 10 years series. Mayo Clin. Proc - 40: 338, 1965.
11. Malpas, P.: Some Indications for the clasical cesarean section. Brit. J. Clin. Pract. 14: - 879, 1960.
12. Mulla, N., y Bates, J.: Cesarean Section in a General Community Hospital. Am. J. Obs. & Gynec. 82: 669, 1961.
13. Rosas A., J.; Ruiz V., V., y Uribe A., R.: Ce sárea segmento-corporal. Ginec. Obstet. Méx. En prensa.
14. Ruiz V., V.,; Rosas A., J., y Saldaña R.H.: Dehiscencia de cicatriz uterina. Ginec. Obstet. Méx. 24: 205, 1968.
15. Ruiz V., V.; Rosas A., J., y Uribe A., R.: Ce sárea Corporal. Ginec. Obstet. Méx. 27: 527, 1970.
16. Septián, J. M.: Comentario al trabajo: Cesárea Corporal. Ginec. Obstet. Méx. 27: 535, - 1970.
17. Villalobos, M.; Karchmer, S., y González, G.: Operación Cesárea post mortem y en la pacien- te agónica. Ginec. Obstet. Méx. 22: 607, - 1967.
18. Villalobos, M.; Reyes C., L., y Villanueva, R. C.: La Cesárea Corporal y segmento corporal. Su lugar en la obstetricia actual. Memoria - IV Jornada Médica Bienal. México, D.F., 1970.
19. Velasco, Victor L. La Operación Cesárea. Pren sa Méd. Mexicana. México, 1971.

Br.  Salvador López Mendoza


Asesor

Salvador López Mendoza


Revisor

Dr. Arnoldo López Villanarén


Director de Fase III

Julio de León M.


Secretario General

Dr. Raúl A. Castillo

Vo.Bo.


Decano

Rolando Castillón Montalvo