

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PRINCIPALES INDICACIONES DE
CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL

Estudio retrospectivo de 5 años en el
Hospital General San Juan de Dios
(Enero 1974 - Enero 1978)

TESIS

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

Por

FRANCISCO SIGUI LAVAGNINO

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. Maternas

- a. Cesárea Iterativa
- b. Por distocia ósea.
- c. Por sangrado
- d. Por distocia de contacción
- e. Por problemas de partes blandas
- f. Procedimientos generales
- g. Otras causas

Fetales

- a. Por problema en el parto
- b. Para salvaguardar la vida

B. Técnicas Quirúrgicas

C. Técnica Anestésica

D. Complicaciones Maternas

E. Cesárea Repetitiva e Iterativa

III TRABAJO DE CAMPO. Revisión retrospectiva de años (1974-1978) de pacientes cesarizadas (CS) en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.

- a. Material y Métodos
- b. Objetivos
- c. Variables
- d. Análisis y Resultados

IV CONCLUSIONES

INTRODUCCION

El presente estudio consiste en una revisión retrospectiva de cinco años (1974-1978) sobre cesáreas segmentarias transperitoneales efectuadas en 1600 pacientes en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.

La tesis es un requisito que la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala ha instituido como parte del currículum previo a obtener el Título de Médico y Cirujano.

En la actualidad la técnica operatoria llamada CESAREA es muy común, sin embargo no hay estudios actuales o revisiones retrospectivas completas, donde pueda hacerse un estudio de parámetros tal como: Indicaciones más frecuentes para cesárea, tipo de anestesia más utilizada, corroboración de diagnóstico - pre-Op con diagnóstico post-Op, estado del producto al nacer (APGAR), pronóstico de la paciente, etc.

El principal objetivo de este estudio es determinar cuales son las indicaciones más importantes de la Cesárea Segmentaria Transperitoneal, ya que en nuestro medio es visto que no hay criterios o conductas unificadas.

Este tipo de estudio contribuye a disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal, pues constantemente se efectúan estudios que vienen a incrementar nuevas indicaciones o a desechar otras, siendo beneficiada finalmente la paciente.

Deseamos en este trabajo dejar plasmado el interés por encontrar soluciones, más adecuadas y actualizadas para la paciente grávida y por ende mejorar el pronóstico materno fetal.

INDICACIONES:

Las indicaciones de la operación cesárea cada día van siendo más numerosas, debido a la seguridad en su realización y a los enormes beneficios que brinda la operación. En general, la evolución de la indicación de la operación siguió paralelamente los éxitos de la misma. Han pasado pocos años relativamente desde que la intervención dejó de ser prohibitiva y casi siempre sacrificadora, utilizada solamente como recurso heróico, a sabiendas del alto precio que se pagaba con su ejecución. En un principio, solamente se indicaba por razones casi siempre religiosas en la mujer muerta, o como resolución de un caso sin posibilidad de manejo - por vía vaginal, con una sola indicación, la estrechez extrema de la pelvis, cuando el conjugado verdadero medía menos de 6 cm. y no permitía ni la salida del producto, ni la entrada de la mano del obstetra para sacrificar al feto; posteriormente se fueron agregando lenta y paulatinamente otras. En el año 1788, Lauverjat propuso practicar la operación cesárea en la eclampsia, y en 1827, el americano John Lambert operó por primera vez un caso semejante, obteniendo completo éxito. También los casos de placenta previa se fueron incluyendo en el campo de indicaciones de la operación cesárea. En 1890 Robert Lawson Tait, de Birmingham, propuso practicar la operación cesárea en esta complicación de parto. Dos años más tarde, el tocólogo americano J.M. Sliht hizo en este caso la primera operación, que después fue calurosamente recomendada por Bumm, Doderlein, Krönig y Sillheim, y pasó a ser del dominio general de la obstetricia. Posteriormente se fueron agregando el desprendimiento de placenta, el peligro de ruptura uterina y ya en este siglo, las malposiciones fetales, la infección y el prolápso del cordón.

Con posterioridad, las indicaciones de opera-

ción aumentaron rápidamente, en especial después de la Segunda Guerra Mundial, porque al contar con mejores anestesias, transfusiones de sangre, antibióticos, etc., la mortalidad dependiente del acto quirúrgico diminuyó prácticamente a cero. Por ello, se empezaron a practicar operaciones por causas extrañas a la patología obstétrica como: salvaguardar la vida de un producto valioso; en la primípara aosa; cuando existía una operación uterina previa; después de operaciones afortunadas sobre el canal blando del parto, etc., hasta llegar al exceso de hacerla por razones no aconsejables, como la de efectuar al mismo tiempo la esterilización, o por miedo al parto, es decir, al abuso de las indicaciones.

CLASIFICACION:

Su clasificación es difícil, por que existe un enorme número de ellas. Se cree anticuada aquella que las dividía en absolutas y relativas, puesto que no ayuda desde un punto de vista práctico. Igualmente, son poco útiles aquellas muy complicadas que señalaban los procesos que impedían la salida del feto por el canal del parto; los problemas que ponían en peligro la vida de la madre y otros, la del feto o los que necesitaban la interrupción del embarazo; otras que ameritaban la terminación del parto etc. O aquellas otras que eran de tipo anatomo-patológico y que dividían las indicaciones de operación de acuerdo a si la enfermedad estaba en el huevo o en sus anexos, en el feto o en los diversos órganos de la madre; en fin, todas ellas de poco valor práctico.

Desde un punto de vista didáctico considérase que la mejor división o clasificación artificial, es la de separar las indicaciones clínicas de origen materno de las de origen fetal, señalando que hay un gran número de ellas en que se conjugan los dos fac-

tores, como por ejemplo, en la desproporción cefalo-pélvica y en el desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta (DPPNI). A su vez, las indicaciones de una operación pueden estar presentes fuera del trabajo de parto o durante él, pero se cree igualmente, que esto no debe sostenerse desde un punto de vista práctico, puesto que la misma causa se puede presentar tanto durante el trabajo de parto como antes de él, como cuando una operación se motiva por un carcinoma del cuello uterino, por diabetes o por toxemia, intervenciones que se harán la mayoría de las veces antes de que se inicie el parto, pero que si llegara a presentarse éste, habría que hacerlas igualmente. En esta forma, se considera, que la clasificación de las causas o motivos capaces de indicar una operación cesárea debe ser general, desde un punto de vista clínico y sobre todo práctico y sencillo, considerando aquellas que son motivadas por problema materno y aquellas que se efectúan para salvaguardar la vida del producto.

Como puede observarse, es muy grande el número de padecimientos capaces de indicar una operación cesárea, advirtiendo que todavía se podrían agregar algunos más, que por su rareza y por no hacer una enumeración muy larga, no se colocan en el cuadro. Por ello mismo, en las diversas obras y trabajos que se ocupan del tema, se trata de agrupar muchos de ellos dentro de grupos más generales, como sería el de la desproporción cefalopélvica, las distocias de contracción, las distocias de partes blandas, las malposiciones fetales, etcétera.

El criterio para señalar como causa de operación cesárea un problema obstétrico, difiere muchísimo de un autor a otro. Así, hay quienes ante un caso de placenta previa o DPPNI con sufrimiento del feto, indican la operación cesárea por sufrimiento fetal y así la catalogan; otros, por el contrario, consideran que la causa de la intervención quirúrgi-

ca fue el DPPNI. Lo mismo sucede con muchas otras - indicaciones, como el caso del feto en presentación pélvica y sospecha de desproporción, que unos lo incluyen en esta causa y otros aducen la presentación pélvica para hacer la indicación. Por todo lo anterior, no se puede hacer justamente una estadística - comparativa de las indicaciones de la cesárea.

A primera vista llama la atención un hecho, ya señalado, que la operación cesárea iterativa es cada vez más frecuente, al grado que en un futuro próximo alcanzará el primer lugar entre las indicaciones de operación cesárea, sitio que todavía ocupa la desproporción cefalopélvica. Igualmente se nota cómo las malposiciones fetales y los problemas de sangrado materno completan las principales causas, comprendiendo más del 90 por ciento de las mismas.

Antes de analizar específicamente cada una de las indicaciones señaladas, es necesario establecer el hecho de que la frecuencia con que dichos señalamientos ocasionan la operación, va cambiando paulatinamente con el tiempo. Conforme se va conociendo mejor el mecanismo del trabajo de parto y es menor el número de pélvis malformado, ya disminuyendo la frecuencia de la desproporción cefalopélvica como indicación de operación cesárea. Igualmente es progresivo y considerable el aumento de la operación cesárea iterativa, aunque se considere en ella sólo de la tercera, en adelante. Por contar con mejores medios de tratamiento, nos explicamos en parte la disminución en la frecuencia de operación cesárea en los problemas de placenta previa. También es fácil comprender el descenso en el DPPNI por contar con la ayuda de la oxitocina, que indudablemente ha logrado la muy notable disminución de las distocias de contracción. Por el contrario, como la operación cesárea está entre aquellas medidas encaminadas a salvaguardar la vida fetal, su frecuencia es mucho mayor en la actualidad en todos los procesos capaces de da-

ñar al niño, como son el sufrimiento fetal, la situación transversa y la presentación pélvica.

CUADRO N° 1

INDICACIONES DE LA OPERACION CESAREA

MATERNAS:

I. Cesárea Iterativa

II. Por distocia ósea

1. Estrechez pélvica
2. Deformaciones pélvicas
3. Tumores óseos pélvicos

III. Por sangrado

1. Placenta previa
2. Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta

IV. Por distocia de contracción

1. Inercia irreducible
2. Polisistolia
3. Hipertonia
4. Tetanismo
5. Amenaza de ruptura uterina

V. Por problemas de las partes blandas

1. En los anexos
 - 1.1. Tumores anexiales previos, impactados o no
2. En el útero
 - 2.1. Infección amniótica (?)
 - 2.2. Peligro de dehiscencia de cesárea previa.

- 2.3. Antecedentes de ruptura uterina
 2.4. Cirugía ginecológica previa
 2.4.1. Metroplastias
 2.4.2. Miomectomía
 2.4.3. Fijaciones uterinas
 2.5. Malformaciones congénitas
 2.6. Desviaciones fijas
 2.7. Miomatosis múltiple
3. En el cuello uterino
 3.1. Distocia cervical
 3.1.1. Espasmo
 3.1.2. Conglutinación
 3.2. Cáncer del cuello uterino
 3.3. Cirugía previa
 3.3.1. Amputaciones altas
 3.3.2. Operación de Manchester
 3.3.3. Operación de Shirodkar
 3.4. Cicatrices retráctiles
 3.5. Anomalías
 3.5.1. Hipoplasia
 3.5.2. Fibrosis
 3.5.3. Atresia
 3.6. Miomatosis múltiple
4. En la vagina
 4.1. Atresias. Semiatresias
 4.2. Tabiques longitudinales y transversales
 4.3. Traumatismos
 4.4. Cicatrices
 4.5. Padecimientos inflamatorios graves
 4.6. Tumores
 4.7. Endometriosis vaginal externa
 4.8. Operaciones previas
 4.8.1. Fístulas vesicovaginales o rectovaginales reparadas

- 4.8.2. Plastias
 4.9. Vaginismos
 4.10. Várices
5. En la vulva
 5.1. Defectos congénitos. Vulva rudimentaria
 5.2. Fibrosis
 5.3. Traumatismos
 5.4. Várices
 5.5. Cicatrices. Quemaduras con retracción
 5.6. Tumores
 5.7. Hematomas
 5.8. Edema exagerado
 5.9. Padecimientos infecciosos graves
 5.9.1. Condilomas
 5.9.2. Bartolinitis purulenta

VII. Por padecimientos generales

1. Toxemia
2. Nefropatías
3. Cardiopatías
4. Problemas broncopulmonares
5. Primiparidad añosa

VIII. Otras causas

1. Neurológicas y psíquicas
2. Accidentes
3. Traumatismos pélvicos y de miembros inferiores
4. Heridas abdominales y uterinas
5. Padecimientos de recto y vejiga

FETALES:

I. Por problemas en el parto

1. Sufrimiento fetal
2. Prolapso del cordón
3. Situación transversa
4. Presentación pélvica
5. presentaciones de cara y frente
6. Embarazo gemelar
7. Variedad posterior persistente
8. Macrosomia fetal
9. Hidrocefalia
10. Malformaciones fetales incompatibles con la vía vaginal
11. Acortamiento real o aparente del cordón

II. Para salvaguardar la vida

1. Isoinmunización
2. Diabetes
3. Muerte habitual del feto dentro del útero
4. Embarazo prolongado
5. Operación cesárea post-mortem o pre-mortem
6. Producto valioso

El grupo segundo materno y el primero fetal se combinan para dar lugar a la desproporción cefalopélvica.

INDICACIONES MATERNAIS:

Se empezará por aquellos procesos capaces de indicar una operación cesárea que están presentes en la madre. Aclarando como ya se hizo anteriormente, que muchas veces se reúnen tanto problemas fetales como maternos en un mismo caso y por lo tanto, es difícil limitar categóricamente unos de los otros; sin embargo, desde el punto de vista de la enseñanza, es práctico intentarlo. Así están:

I. Operación cesárea iterativa.

La operación cesárea iterativa es la que se efectúa por el antecedente de 2 ó mas cicatrices previas, ya que la conducta en casos de una sola cicatriz, es la de permitir la prueba de trabajo de parto. Por el contrario, cuando una mujer ha tenido 2 ó mas operaciones, es absoluta la indicación de una nueva.

Se cree que esta indicación irá cada vez en aumento, y que dentro de poco tiempo será la indicación más socorrida de cesárea, como ya lo es en otros sitios; porque no aumenta en forma importante el riesgo materno-fetal y aunque se multiplican las maniobras operatorias conforme es mayor el número de operaciones cesáreas, éstas pueden efectuarse adecuadamente. Por ello, cada vez son más las pacientes portadoras de varias cicatrices, ya que no se aconseja la esterilización rutinaria, ni la operación cesárea con histerectomía electiva con un determinado número de operaciones, recomendando los estudios histerográficos e histológicos de la cicatriz, con el objeto de tener una idea adecuada del pronóstico, en pacientes con varias operaciones.

Desproporción cefalopélvica. Es conveniente aclarar que en un sentido puro, esta indicación de operación cesárea no debería existir en conjunto, puesto que tiene sus mismos posibles orígenes, ya sea el

defecto pélvico (estenosis, deformaciones, tumores óseos), o por el contrario, la cabeza fetal, pudiendo ser por su tamaño o por su inadecuada posición - capaz de impedir el parto por vía vaginal.

Está el hecho de las pacientes jóvenes; Hammouda y Davis en estudios de operaciones cesáreas efectuadas en muchachas menores de 17 años, encuentran que el problema de la pelvis estrecha es la causa de operación cesárea en el 42.2 por ciento de los casos.

Al respecto, es conveniente recordar aquí, - que ésta fue la causa de la operación en la mujer más joven (mejor dicho la niña) que ha sido sometida a operación cesárea, Lina Medina, del Perú, - a quien a los 5 años 6 meses, según refiere Escomel, se le practicó la operación cesárea y se le extrajo un producto de 2.700 kg.; por cierto, la biopsia de los ovarios mostró folículos primitivos y atrésicos.

No hay que olvidar que en las mujeres multiparas también se presenta la desproporción cefalopélvica frecuentemente y que el hecho de haber tenido partos vaginales previos, no nos garantiza en contra de la aparición de esta eventualidad.

Todavía en algunos sitios es la indicación más habitual de cesárea. Sin embargo, cada vez es menor su número en relación a las demás indicaciones por varias razones: una, el aumento de las demás, especialmente aquellas por operación cesárea iterativa y las encaminadas a salvaguardar la vida fetal. En segundo lugar, porque cada vez se le está dando menos valor en este aspecto al pronóstico de desproporción radiológico, que en un tiempo y sobre todo en determinadas escuelas obstétricas, tenía una gran importancia, al grado de efectuarse muchas operaciones aún antes de la iniciación del trabajo de parto. No hay que olvidar que el mejor pelvímetro es la ca

beza fetal, ya que las modificaciones que sufre durante el parto pueden eliminar discretas desproporciones. Otra de las causas es que antes existían casos en que la falla de progreso en un parto se debía más bien a un defecto en la actividad uterina y no a la desproporción; casos en los cuales se evita la operación cesárea hoy en día, al ser manejados mediante conducción. Por último, interviene también un número cada vez menor de pelvis anormales, según aumenta la nutrición - de las pacientes.

III. Por sangrado:

1. Placenta previa.

En este inciso se incluyen todos aquellos casos de implantación anormal de placenta, en la que un sangrado abundante, cualquiera que sea el sitio de inserción, motiva la operación. Claro está que en él están comprendidos los casos de placenta previa central total, que se operan aún sin sangrado activo. Este tipo de indicación de operación cesárea fue aumentando en frecuencia desde el decenio de 1930 hasta nuestros días y en especial después de la Segunda Guerra Mundial, con lo que se logró indudablemente una disminución notable en la mortalidad fetal y en la materna, al grado que en algunas estadísticas es la causa más común que motiva la operación cesárea. En la actualidad, el criterio es de que la placenta previa debe operarse, además de cuando sea central, cuando ponga en peligro por un problema de hemorragia, tanto la vida de la madre como la del producto.

Se cree que la apreciación justa de lo anterior ha hecho que las cifras se reduzcan un poco en los últimos años, encontrando que los números en la frecuencia general de las causas de operación cesárea, son más bajos que los de los informes de hace unos 10 años. No se quiere dejar de mencionar que la edad y sobre todo la multiparidad de las pacientes influyen

en la frecuencia de esta indicación, si se considera que en las mujeres jóvenes y con pocos hijos, su número es muy corto y que por el contrario, en las grandes multíparas es la principal causa de operación cesárea.

2. Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta.

Se señala como causa de operación cesárea al DPPNI sólo cuando se acompaña de un sangrado interno o externo capaz de poner en peligro la vida de la madre, sin tener en cuenta el estado del producto, y en segundo lugar, en los casos en los cuales, no estando en peligro la madre, el feto muestre signos de sufrimiento fetal y las condiciones obstétricas presentes no permitan el parto a corto plazo, - por la vía vaginal.

Tratando de mejorar el índice de mortalidad materna como fetal, hubo un tiempo en el cual las cifras alcanzaron números muy altos. Sin embargo, al presente las cifras han descendido, especialmente por la mejor conducción del trabajo de parto en estos casos, desde que se dispone de la oxitocina sintética.

IV. Distocia de contracción:

Las anormalidades de la actividad uterina, - desde la inercia irreductible hasta la polisistolia e hipertonia, pasando por la hipooligosistolia, van siendo, cada vez menos, causa de operación cesárea, especialmente después de obtener la síntesis de la oxitocina. Esto fue notable en el pasado decenio, ya que en las estadísticas de hace unos 10 años todavía las distocias dinámicas alcanzaban cifras entre el 7.5 al 10 por ciento de las indicaciones de operación cesárea existiendo series en las cuales se informaba hasta un 29.4 por ciento, inadmisible

en nuestros tiempos. Hoy en día es raro el caso de hipoactividad uterina que no responda adecuadamente a una conducción bien aplicada.

Ya no se ven los casos tan frecuentes anteriormente, de tetanismo, hipertonia y amenaza de ruptura uterina por el mal uso de ellos. Como hecho raro hay que señalar que entre las jovencitas, también es alto el porcentaje de operaciones cesáreas efectuadas por esta causa, lo mismo que entre las grandes multíparas.

V. Por problemas en las partes blandas:

1. En los anexos.

Se ha efectuado operación cesárea por la presencia de tumores ováricos, dos ellos previos y uno por su exagerado volumen. La gran mayoría de las veces, los tumores anexiales no fijos se deslizan hacia arriba de la pelvis a la par que el crecimiento uterino. Se cree que la utilización de la operación cesárea en estos casos no se puede sistematizar, puesto que depende del criterio médico para valorar el sitio, tamaño e interferencia que pudiese tener dicho tumor con el trabajo de parto, de ahí que a pesar del gran número de estas tumoraciones, sólo unos cuantos ameritan la intervención.

2. En el útero.

Aunque los padecimientos uterinos capaces de indicar una operación cesárea son varios, tal como quedó expuesto en el cuadro 1, en la práctica son cuatro los problemas principales.

2.1. Infección amniocitis. Con más frecuencia de lo deseado se presenta la infección uterina en el embarazo, casi siempre iniciada en forma de amniocitis, lo que para algunos es motivo de operación

cesárea, interrumpiendo un embarazo sin trabajo de parto o terminando un parto. Por el contrario, se sugiere que en caso de infección, hay que ser extraordinariamente precavido para indicar una operación cesárea; por lo que se recomienda que sólo en aquellos casos en que la infección se acompañe de algún problema obstétrico concomitante, se debe hacer la operación. En ellos se consideran la amnioritis con cicatriz previa, la infección con trabajo de parto prolongado, con distocia de contracción irreversible o con desproporcióncefalopélvica.

Además, por los peligros que lleva consigo la intervención en estas condiciones, hay que procurar que estas cifras se reduzcan al máximo y cuando sea indispensable hacer la operación, actuando más en función de cesárea con histerectomía programada que de simple operación cesárea, por las ventajas que esto presupone.

2.2. Peligro o sospecha de dehiscencia de cicatriz previa. Esa es otra de las causas de las cuales se abusa para efectuar una operación cesárea. La mayoría de las veces se practica la operación basándose principalmente en una sensación de dolor en el sitio de la cicatriz previa, presencia de sangrado por vía vaginal, sensación del segmento adelgazado, o indicio de hipotensión y taquicardia sin causa aparente. Sin embargo, varios médicos encontraron en su estudio que la mayoría de las dehiscencias de cicatriz segmentarias son asintomáticas, y sólo las insiciones verticales y en especial las dehiscencias completas tiene sintomatología, por lo que muy pocas de esas pacientes presentan, en realidad, los síntomas de desunión, operándose indebidamente más de la mitad de los casos que indican la cesárea por este motivo.

En ese mismo trabajo, se señala que lo más importante para sostener o interrumpir un trabajo de

parto corto y bien vigilado, en pacientes con una operación cesárea previa, es conocer los antecedentes de la operación anterior (es decir, tipo, cirujano, hospital, evolución postoperatoria, etc.) Igualmente se debe saber si ha pasado un corto tiempo desde la operación cesárea al presente parto, si hay sobre distensión uterina o la placenta está implantada hacia abajo, y sobre todo, conocer de antemano la cicatrización obtenida mediante los estudios de histerografía, que se ha recomendado desde hace varios años.

Por otro lado no hay que olvidar que el antecedente de partos vaginales posteriores a una cesárea, ni indica certeza alguna de que la cicatriz no se romperá.

2.3. Antecedentes de ruptura uterina. Se sigue la costumbre de efectuar la operación cesárea en todas aquellas pacientes que han sufrido una ruptura uterina anterior. Esta es la conducta generalmente aceptada y por lo tanto no hay discrepancias al respecto.

2.4. Cirugía ginecológica previa. Ocasionalmente el antecedente de cirugía ginecológica sobre el útero, es indicación de operación cesárea, para evitar en primer lugar, la ruptura del órgano y en segundo, para conservar el éxito obtenido en la operación anterior. Son principalmente las operaciones para tratamiento de las anomalías congénitas uterinas, tipo Strassman, Jones o alguna variación de ellas; las miomectomías y las fijaciones del órgano. Estos procesos alcanzan apenas del 0.2 al 0.3 por ciento de las indicaciones de operación cesárea, es decir que de cada 400 a 500 operaciones cesáreas efectuadas, una tiene esta causa.

Una vez que han sido analizadas las causas de cesárea más habituales, quedarían dentro de los problemas uterinos, otros tres que ocasionalmente indican la operación y que son:

2.5. Malformaciones congénitas. Cuando estas anomalías actúan desfavorablemente en un trabajo de parto, alterando la dinámica uterina o los mecanismos de expulsión, indican la necesidad de una operación cesárea.

2.6. Desviaciones fijas. Muy raramente un útero puede estar en situación anormal por adherencias firmes, por procesos inflamatorio, endometriósico o cicatrizal antiguo, que afecten su mecanismo para el parto y sea necesario el parto abdominal.

2.7. Miomatosis múltiple. Cuando estos tumores por su número o localización impiden el parto vaginal, hay que hacer operación cesárea. Por otra parte, en casos de mujeres con varios hijos y de edad mayor de los 38 años, mejor será conveniente efectuar una operación cesárea con histerectomía.

3. En el cuello uterino.

Tres son principalmente los procesos cervicales capaces de indicar una operación cesárea:

3.1. Distocia cervical. La mayoría de las veces estas distocias son consecuencia de alteraciones en la actividad uterina y en principio se debía incluir entre las distocias de contracción, que --erróneamente se etiquetan como proceso cervical puro, como el llamado cérvix espástico o conglutinado, con inversión del triple gradiente descendente; que dando en este inciso, sólo aquellos casos con problemas de tipo anatómico, como fibrosis cervical, cicatrices retráctiles de desgarros previos, anomalías congénitas, y desviaciones y fijaciones por procesos adherenciales o tumorales. Al respecto, en un estudio de 647 operaciones cesáreas efectuadas por distocia cervical que comprendían el 19.8 por ciento de las causas de operación cesárea, frecuencia extraordinariamente alta, al analizar los

casos se observó que indudablemente en la mayoría, la causa cervical no era la que originalmente provocaba la operación, sino que había otras y, por lo tanto, se duda que la distocia cervical pura sea una causa real para una operación cesárea.

De cualquier manera, las operaciones cesáreas efectuadas por esta causa son escasas, no alcanzando el 0.5 por ciento, aunque debieran ser menos, ya que más de la mitad de los casos, como hemos dicho, son consecuencia de una distocia de contracción.

3.2. Cáncer del cuello uterino. Se está de acuerdo en la conducta de practicar la operación cesárea en el carcinoma cervical invasor, pero no del todo en el carcinoma in situ. En este último caso no se han puesto de acuerdo los especialistas en la materia, aunque la tendencia general en el momento actual, es permitir el parto vaginal. Como es una indicación extraobstétrica, la frecuencia entre las causas de la operación cesárea, variará únicamente con la incidencia de casos de cáncer cervical existente en el medio de trabajo. La terapéutica quirúrgica radical inmediata o la radiación posterior dependerá del grado de invasión y de las normas terapéuticas a que se ajuste el médico tratante.

3.3. Cirugía cervical previa. Cuando se efectúa una operación de Manchester con amputación alta y buenos resultados y la paciente se embaraza llegando a término la gestación, lo que es raro por cierto, está indicado el terminar el embarazo por medio de una operación cesárea. Igualmente se efectúa en los casos de infertilidad por incompetencia istmico-cervical y en que por medio de una operación de Shirodkar o alguna de sus modificaciones, la paciente llega al término de su embarazo. Seguir esta conducta beneficia al feto, que muchas veces entra en la categoría de "valioso", así como a la madre, puesto que si se logró el éxito en una operación, no hay por qué deshacerla

y correr el riesgo de no lograr el mismo éxito en la segunda, que por cierto, es técnicamente más difícil.

En cuanto a las cicatrices retráctiles, las anomalías anatómicas como hipoplasia, fibrosis y atresias secundarias y los tumores cervicales cuando son voluminosos y actúan como tumor previo, son causa de operación cesárea, impidiendo casi siempre una adecuada dilatación del cuello uterino. Afortunadamente hay pocos casos con estas anomalías.

4. En la vagina.

No es muy frecuente efectuar una operación cesárea por algún problema vaginal que impida el descenso del producto. Los tabiques longitudinales casi nunca son problema, y los transversales, como casi siempre son completos, impiden la fecundación. En este mismo aspecto están las atresias y semiatresias que sólo cuando son secundarias y suceden después de la concepción pueden ocasionar trastornos. En ese caso están igualmente los traumatismos y los procesos inflamatorios graves. Por otra parte, los procesos cicatrizales, los tumores, endometriosis, várices extensas y vaginismos capaces de actuar desfavorablemente en un parto, son rarísimos.

Experiencias limitadas a unos cuantos casos de operaciones de fistulectomía por fistulas vesicovaginales casi siempre o rectovaginales, otros pocos de plastias afortunadas, cervicovaginoperineales por problemas de prolapo, grandes cistoceles, incontinencia de esfuerzo, etc. y dos casos de procesos cicatrizales extensos, uno por traumatismo generalizado en un parto con aplicación de fórceps y otro postcirugía reparadora, al parecer, de un prolapo; en ambos casos, la vagina apenas permitía el paso de un dedo.

5. En la vulva.

Un hecho similar sucede con los procesos vulvares capaces de indicar una operación cesárea, que son rarísimos. Los más frecuentes son las várices, los traumatismos y los procesos cicatrizales. Un caso de quemaduras del periné y de los genitales externos, así como de la parte inferior de los glúteos y la cara interna del tercio superior de los muslos, con gran cicatriz retráctil; y otros dos con condilomas acuminados muy extensos y sangrantes que después de la operación cesárea ameritaron, uno radiación y el otro vulvectomía. Igualmente, se han hecho la operación cesárea en dos pacientes portadoras de tumor maligno de la vulva, una con carcinoma y otra con melanoma. En resumen, son casos especiales y, al igual que los procesos vaginales, los vulvares también deben considerarse como indicaciones ocasionales de operación cesárea.

VI. Por padecimientos de tipo general.

1. Eclampsia y preeclampsia rebelde al tratamiento.

Apenas si un poco más del uno por ciento de las operaciones cesáreas se hacen por este motivo; cifra que indudablemente parece baja, puesto que a pesar de que cada vez se cuenta con recursos terapéuticos más efectivos para estos problemas, la terminación del embarazo sigue siendo uno de los de más valor, y cuando ésta no se puede hacer por medio de inducto-conducción, ya sea por las malas condiciones cervicales como por la urgencia en el vaciamiento uterino, debe indicarse más frecuentemente la intervención cesárea y no esperar a estadios finales para la intervención, en donde la mortalidad tanto materna como fetal es enorme. Esta misma opinión la comparten muchos autores como Neme en Brasil, Du Toit en África y Wolff y Col. en Francia, quienes abogan por una ma-

yor utilización de la operación cesárea en las toxemias graves para reducir las cifras de mortalidad. Esto no quiere decir que ignorando los peligros de la operación en estas pacientes, ya citadas desde hace muchos años por Dieckmann y Pottinger, se indique que deba ser el tratamiento de elección en las pacientes toxémicas, sino que cuando por no responder adecuadamente al tratamiento médico esta blecido o estar en peligro la vida del feto, deba - interrumpirse con urgencia al embarazo, se debe - llevar a cabo la operación cesárea.

2. Nefropatías.

En los raros casos de padecimientos renales graves en los que se llega a tener un embarazo con producto viable, la mayoría de ellos se acompaña u ocasiona un cuadro de toxemia. La resolución del mismo, por operación cesárea sigue los lineamientos que se anotan en el inciso anterior, lo mismo que cuando un embarazo en estas condiciones se acompaña de algún padecimiento obstétrico capaz de indicar por sí mismo la operación, como sería el caso de una situación transversa o un DPPNI, en cuyo caso la operación ya está indicada por estos problemas.

3. Cardiopatías.

Son excepcionales los casos con padecimiento cardiovascular que ameriten operación cesárea. En algunos serían principalmente las cardiopatías des compensadas y las enfermas con valvuloplastia previa. Igualmente podrían incluirse los casos de pacientes cardiópatas a las cuales se les hace la operación cesárea en estado agónico, es decir, prácticamente son operaciones cesáreas pre mortem.

Se hacen estas aclaraciones, porque como es de todos conocido, la cardiopatía en sí no es una

indicación de operación cesárea y ésta debe hacerse sólo por una causa obstétrica, puesto que el vaciamiento uterino aumenta bruscamente, hasta un 45 por ciento, el gasto cardíaco (una cosa similar sucede en el parto vaginal), según lo ha señalado Adams. Sólo en las pacientes con valvuloplastia, podría - pensarse que sería menos arriesgada una cirugía programada, que una de urgencia o un parto traumático.

4. Problemas broncopulmonares.

La tuberculosis pulmonar, cualquiera que sea su estado de avance, así como los procesos broncopulmonares de otra índole, no son en sí, generalmente, motivo de operación cesárea. En estas pacientes, como en las cardiópatas, lo que se aconseja es abreviar el segundo período del trabajo de parto, - mediante la aplicación profiláctica de fórceps.

Ocasionalmente, las enfermas con insuficiencia respiratoria aguda son sometidas a operación cesárea, aunque no sea partidario de ello. Así, como en el caso de una paciente con un choque anafiláctico que le produjo insuficiencia respiratoria aguda, y ante la posibilidad de muerte inminente, el médico tratante pensó que la descompresión brusca - le ayudaría en su problema respiratorio agudo.

5. Primiparidad años.

Una operación en estas condiciones está encaminada a reducir la mortalidad fetal; por lo que estos casos se incluyen dentro del inciso de "producto valioso", que se analizará como parte de las indicaciones fetales. Basta sólo señalar, que en el 50 por ciento de las primíparas de 40 años o más, se efectúa la operación cesárea.

VII. Otras causas

Existen problemas, casi siempre extragenitales, que de vez en cuando motivan una operación cesárea. Son causas poco comunes de la operación, además de que por su diversa índole, no es fácil clasificarlas, por lo que se han colocado todas dentro de un grupo de causas mixtas. Se iniciará con las que en algunos países, sobre todo entre los sajones, motivan la operación, como son los trastornos psíquicos y, en especial el llamado "terror al parto". En esos casos es de oponerse a esta manera de pensar y se considera que con los métodos de analgesia y anestesia con que se cuentan en la actualidad, cualquier paciente puede tener un parto vaginal, sin darse cuenta. Los problemas neurológicos de paraplejía, hemiplejía, etc. pueden, sin duda, motivar una operación cesárea. Los accidentes generales como las quemaduras, de los que García Pastor informa un caso; los traumatismos sobre la pelvis y los miembros inferiores con fracturas y que por el yeso o los aparatos ortopédicos imposibilitan el parto por abajo, y las heridas abdominales contusas, cortantes, punzantes o por proyectil de arma de fuego interesando o no el útero, son causa de operación cesárea de vez en cuando.

Ocasionalmente en la edad reproductiva de las mujeres, se presentan carcinomas de estructuras vecinas que ameritan operación cesárea, como el cáncer del recto, la vejiga o la uretra, presente en un embarazo a término, así como grandes litiasis vesicales que imposibilitan el descenso del feto. En la misma forma, la presencia de otras enfermedades durante el embarazo puede algunas veces, indicar la operación cesárea, como en el feocromocitoma manejado por Lass.

Terminando estas indicaciones maternas de operación cesárea, se piensa que en la actualidad no deben incluirse entre ellas, el llamado "parto prolongado" y una consecuencia del mismo, el "agotamiento

materno", que en otros sitios, hace todavía pocos años se consideraba como una de las causas más comunes de operación cesárea. Una falla durante la prosecución adecuada de un parto debe descubrirse a tiempo y, si es necesario, interrumpir el mismo (catalogándose el motivo que indicó la interrupción, como la causa de la operación cesárea), y nunca esperarse hasta los avanzados estadios de los partos mal manejados. Se debe recordar que no hay qué motivar operaciones innecesarias, pero que cuando se indica correctamente, la operación cesárea debe hacerse a tiempo y no tardíamente.

FETALES:

Como se expone en el cuadro 1, cuando se efectúa una operación cesárea por causa fetal, puede ser por dos motivos: que el parto por vía vaginal sea imposible o porque el feto está en peligro de morir. De este modo, las indicaciones se dividen en dos grupos.

I. Por problemas en el parto

1. Sufrimiento fetal.

Dentro de este concepto están comprendidos todos aquellos casos en los cuales la interrupción abdominal del embarazo, se lleva a efecto porque el feto presenta signos clínicos de sufrimiento, aclarándose que cuando dicho estado está determinado por otro padecimiento capaz de indicar, a su vez, la operación cesárea, como en el caso de una hemorragia por placenta previa, de un prolapsus del cordón, de una situación transversa, etc., se deben incluir en aquellos apartados y no en el presente. Siguiendo esta manera de pensar, la cifra de 7.85 por ciento, que está dentro de los valores de la mayoría de las estadísticas, nos parece que es un poco alta,

ya que sólo la certeza de arritmia y la bradicardia notable deben ser consideradas como factores determinantes de la operación y que la taquicardia y la presencia de meconio no deben ser tomadas en cuenta aisladamente como una indicación de cesárea.

En la literatura mundial existen algunos informes, sobre todo europeos, en los cuales es muy alta la frecuencia de sufrimiento fetal como causa de operación cesárea, llegando al 25 y hasta el 38.8 por ciento del total de indicaciones. Posiblemente esto se deba a que comprenden casos muy mal manejados en que se dejan los partos mucho tiempo hasta que el feto sufra y hasta entonces se indica la operación. Estando de acuerdo con Mintz, en que es muy difícil valorar el sufrimiento fetal, sobre todo a posteriori, por lo que se piensa que, sin duda, algunas de las operaciones cesáreas son hechas con precipitación por un supuesto sufrimiento fetal. Muy interesante en este aspecto es el estudio de Walker quien compara la mortalidad fetal en 700 casos de sufrimiento fetal intraparto, 350 de los cuales fueron manejados con operación inmediata y 350 conservadoramente esperando el parto vaginal. Ambos grupos muestran las mismas cifras de pérdida perinatal.

Ultimamente se le ha dado importancia al llamado "sufriimiento fetal crónico" capaz de ameritar la interrupción del embarazo y por lo tanto de ser una indicación de operación cesárea. Si como se ha señalado, es difícil por medios clínicos determinar un sufrimiento fetal agudo y se hacen muchas intervenciones innecesarias, lo es más el detectar el sufrimiento crónico capaz de causar una cesárea; debe estarse alerta contra las indicaciones no bien sustentadas.

Otro motivo que aumenta la frecuencia de operación cesárea por esta causa, es el de que algunos

consideran como sufrimiento fetal, el que se presenta como consecuencia de un problema a su vez capaz de ocasionar una operación cesárea, como el caso de un parto prolongado por desproporción cefalopélvica o el caso de un sufrimiento fetal consecutivo a una distocia de contracción.

2. Prolapso del cordón.

Es bien conocido y ha sido demostrado, el descenso sufrido por la mortalidad fetal en esta eventualidad con el uso mas liberal de la operación cesárea; por lo que la conducta al respecto es que con feto vivo, la presencia de un prolusio del cordón indica operación cesárea, cuando es imposible la extracción a corto plazo por vía vaginal.

3. Situación transversa.

Sustentado por la misma idea del problema anterior, los beneficios incomparables que recibe el feto cuando se resuelve esta complicación por cesárea, en comparación a cuando es atendido por vía vaginal, se ha determinado que la situación transversa es causa absoluta de operación cesárea y sólo cuando los requisitos se llenen en su totalidad y no existan contraindicaciones se podrá hacer ocasionalmente una versión por maniobras internas, en casos con producto único. En este concepto están de acuerdo la mayoría de los obstetras, por lo que se cree se está en lo justo. Basta señalar, que aproximadamente el 95 por ciento de todas las situaciones transversas, se resuelven por operación cesárea.

4. Presentación pélvica.

Esta es una de las causas de la operación cesárea que poco a poco ha ido aumentando su importancia debido sobre todo a que indudablemente las cifras de morbilidad y de mortalidad fetal son mucho mejores -

en la operación cesárea, que cuando es atendido el parto pélvico por vía vaginal. Por la razón anterior, en el mundo en general, crece el número de operaciones por presentación pélvica.

Desgraciadamente, en ciertos medios se ha caído en el abuso de la operación cesárea en los partos pélvicos, al grado, que los autores como Wright abogan por la operación cesárea en toda presentación pélvica con feto de más de 2,000 g. o de más de 35 semanas, llegando al extremo inconcebible de Trolle, que aconseja se efectúe la operación cesárea, en todas las presentaciones pélvicas con un feto mayor de 1,000 gramos.

Dentro de esta indicación de operación, se comprenden principalmente dos tipos de pacientes que alcanzan casi la totalidad de los casos: la presentación pélvica en casos de pacientes con una operación cesárea previa, y la presentación pélvica en pacientes nulíparas. Ambas situaciones son siempre una indicación de operación cesárea para muchos obstetras y en especial para los sajones. A ellas se les agrega cualquier desproporción o sospecha de desproporción (que ya entrarían en la indicación de desproporción), problemas por falta de espacio en el canal blando del parto, partos prolongados, sufrimiento fetal (que ya caería dentro del sufrimiento fetal) y algunos otros, como ruptura temprana de la bolsa, para completar las indicaciones de operación cesárea en un parto pélvico.

Con esta manera de pensar, se cree que en los casos de presentación pélvica en los cuales exista alguna de las condiciones plenas para hacer una operación cesárea, se deba hacer ésta, con lo que se mejorará la frecuencia de complicaciones fetales, pero de ningún modo se está de acuerdo en que la resolución del parto pélvico en general, deba hacerse por vía abdominal. Ya señalaban los maestros, que

la piedra de toque para conocer la habilidad y el - buen juicio del obstetra, es la atención del parto - pélvico.

5. Presentación de cara y frente.

Conforme se conoce mejor el mecanismo de parto en estas posiciones cefálicas, se ha visto que en muchas de ellas el parto por abajo es casi imposible - como en las mento-posteriores y en la mayoría de frente (de ceja para los norteamericanos, incluyendo algunas de las llamadas de sincipucio, para otros), por lo que son una indicación precisa de cesárea.

Hace poco tiempo se hizo un estudio acerca de estos vicios de deflexión y se encontró que el 20 - por ciento de las presentaciones de cara ameritaron una operación cesárea y el 88.3 por ciento de las de frente. Además se pudo determinar que cuando la operación se hace rápidamente, las complicaciones son mucho menores que cuando se hace, por ejemplo, después de 6 hrs. de parto activo. La presentación de frente en nulípara o en multípara cuando no progresá adecuadamente, amerita una intervención cesárea temprana. Para las de cara, el criterio es similar aun que algo más tolerante.

6. Embarazo gemelar.

Se ha encontrado que una de cada 200 operaciones es provocada por embarazo múltiple, lo que demuestra que ocasionalmente, el embarazo gemelar es indicación de operación cesárea. La frecuencia de ello es del 2.6 por ciento, es decir que uno de cada 37.5 partos gemelares terminan en operación cesárea, casi siempre motivada por alguna de las complicaciones obstétricas que acompañan al embarazo múltiple.

No se está de acuerdo con aquellos que señalan que el embarazo gemelar nunca constituye una indica-

ción de operación cesárea, porque hay casos en los cuales se acompañan de cicatriz previa, placenta -baja, desproporción o casos con un primer feto en situación transversa que ameritan la intervención.

7. Variedad posterior persistente.

Casi siempre cuando son motivo de operación cesárea, entran dentro del gran grupo de la desproporción. Lo mismo sucede con la macrosomia fetal, la hidrocefalia y las malformaciones fetales incompatibles con un parto por vía vaginal, como son los raros casos de gemelos unidos y los grandes tumores pélvicos, abdominales o cervicales. En lo que respecta al acortamiento real o aparente del cordón, rara vez son reportados porque además de ser muy raros, pocas veces el cirujano abstraído en el acto quirúrgico se preocupa de verificar la longitud del mismo, cortándolo previo pinzamiento en cuanto ha extraído el producto. Pero la imposibilidad para el descenso por un cordón sumamente corto, indudablemente es causa de operación cesárea.

II. Para salvaguardar la vida del producto

1. Isoinmunización.

La necesidad de interrumpir el embarazo en estos casos es de todos conocida y está fuera de discusión. Cuando dicha interrupción no se logra por medio de la inducto-conducción, es necesario recurrir a la operación cesárea. Afortunadamente, son pocos los casos que no responden a la inducción bien controlada, de ahí el corto número de operaciones cesáreas efectuadas por esa razón, un 0.30 por ciento del total. Hace algunos años la cantidad de operaciones cesáreas era mayor, por ese motivo.

Cuando existen otros factores como producto -

valioso o feto transfundido intrauterinamente, ~~en especial~~ a través de histerotomías, se hace desde luego la operación.

2. Diabetes.

Al igual que en los casos de isoinmunización, la interrupción del embarazo para salvaguardar la vida fetal es un hecho comprobado. Obviamente, el método de elección es la inducto-conducción, a menos de presentarse una falla, lo que en la actualidad es muy raro y en aquellos casos en que existen razones obstétricas sobradas como añosidad, presentación pélvica o problemas de productos valiosos con esterilidad o infertilidad, se recomendaría efectuar la operación cesárea.

Por lo anterior, en la actualidad no se está de acuerdo con las cifras de operación cesárea en los casos de diabetes y embarazo, que todavía hace 10 años se llevaban a cabo hasta en el 32 por ciento de los casos, frecuencia que indudablemente va bajando conforme se maneja mejor la inducto-conducción.

3. Muerte habitual del feto en el útero.

Antes del parto y sin causa determinada obliga a veces a una operación cesárea.

4. Embarazo prolongado.

Es bien sabido que cuando se prolonga el embarazo (ciertamente verificado) más allá de las 42-43 semanas, las cifras de mortalidad fetal ascienden, por lo que está indicada la interrupción del embarazo. Pero como en esos casos, la gran mayoría tienen ~~en el~~ el cuello uterino en condiciones satisfactorias para la inducto-conducción, ésta ~~se~~ logra fácilmente y sólo rarísima vez hay que acudir a la cesárea.⁷ Claro está, que si la prolongación de la gestación se acompaña

ña de una operación cesárea previa, de una presentación pélvica en una mujer mayor, etc., la conducta se inclina más a la resolución de estos problemas por la vía alta.

5. Producto valioso.

Es ésta quizá la indicación de operación cesárea que más controversias suscita, puesto que - en ella entra el criterio personal del obstetra. En ella están principalmente comprendidos los casos de mujeres estériles o infértilles por varios años - y que por fin logran llevar a buen término el producto de la concepción; pacientes en las cuales se presenta la muerte habitual del feto a término o durante el trabajo de parto y en las cuales no se ha encontrado el motivo de ello; mujeres más allá de los 35 años que se embarazan por primera vez o que llevan años sin embarazos y sin hijos vivos; y algunos otros casos en los cuales se considere la imposibilidad de una nueva gestación y el parto vaginal encierra peligros.

Conforme aumenta la seguridad tanto para la madre como para el producto, esta causa cada vez tendrá un porcentaje mayor de operaciones cesáreas, lo que ha ocasionado que en algunas series extranjeras alcance hasta el 3 y 4 por ciento de todas las operaciones cesáreas. Además, no hay que olvidar que nunca se puede garantizar el 100 por ciento la vida del producto, mediante una operación cesárea.

6. Operación cesárea post mortem.

Una vez vistas en conjunto las causas o motivos de la operación cesárea, se referirá algo que parece importante. En diversas estadísticas aparece como una indicación de la operación cesárea el llamado "fórceps fallido" o prueba de fórceps negativa, con frecuencias hasta del 2 por ciento del to-

tal de indicaciones de operación cesárea. No se está de acuerdo con lo anterior por dos razones: la primera, porque cuando una aplicación de fórceps no puede lograr el parto vaginal, por ejemplo, por una desproporción, y se opera a la paciente, la causa de la intervención es en sí dicha desproporción y no falla en la extracción por medio del fórceps. La segunda razón es todavía más importante. Se considera que ya estamos a tiempo de eliminar las pruebas de fórceps que no indican más que una falta de criterio del obstetra. Despues de una acuciosa valoración de un trabajo de parto con problema de descenso en el período expulsivo, se debe decidir por la vía alta o baja. Esto claro, no incluye los casos en los cuales se hace una aplicación de fórceps, con una buena indicación y llenando todos los requisitos y que al efectuar la maniobra se ve la imposibilidad de la extracción fetal, decidiendo con buen sentido común el efectuar una operación cesárea, sin obstinarse en sacar a fuerza el feto por abajo, ya que hubo una indicación para su aplicación y no se hizo la operación únicamente para ver los resultados.

La aversión a la mal llamada prueba de fórceps está basada en los desatrosos resultados que produce.

Se aclarará el hecho mal comprendido de que la operación cesárea va encaminada siempre a salvar la vida del producto y que no debe efectuarse cuando el feto está muerto, porque en esas circunstancias ya no tiene objeto. Esta manera de pensar que hace años sostenían algunos médicos, afortunadamente ya se desterró, porque no sólo hay que salvar la vida del feto, sino también la de la madre, que muchas veces está en peligro aunque el feto ya esté muerto, como en casos de placenta previa y de DPPNI. Por otra parte, las fetotomías que se acostumbraban para resolver un problema de desproporción o malposición fetal o anomalías congénitas cuando el producto estaba muerto, la opinión es que no tienen cabida en el mo-

B. TECNICA QUIRURGICA

La técnica quirúrgica de la operación cesárea fue cambiando notable y paulatinamente con el tiempo. Pasó del simple "corte de melón" en la mujer - que se iba a sacrificar o en la mujer muerta, al corte fúndico, previo a la operación de Porro. De la operación mutiladora de éste, se pasó después al corte clásico corporal anterior, no sin haberse ensayado múltiples incisiones oblicuas, de Fritsh, laterales y aún en cara posterior, como las recomendaciones por Cohnstein y Polano. Por último, por las ventajas que se expondrán más adelante, se cambió - de la operación cesárea corporal a la segmentaria, propuesta desde 1766 por William Hunter y llevada a cabo en forma sistematizada por Frank en su llamado "parto suprasinfisiario" a principios de este siglo; técnica a la que después le hicieron pequeñas modificaciones Kroning, Opitz, Beck y Michon. En éstas, la incisión es de tipo vertical, pero basados en la técnica de Kehrer, ya en 1926 y 1929 Kerr y Doerffer la efectuaron, por sistema, transversalmente, - una sin exteriorizar el útero y la segunda exteriorizándolo, técnica la primera que con algunas modificaciones es la que llevamos a cabo hoy en día y - que se describirá posteriormente. Claro está, que en ese tiempo se echó mano a procedimientos más o menos heróicos, como la operación de Gottschalk-Por-tes, en la que se dejaba involucionar el útero extraabdominalmente y las cesáreas "extraperitoneales", que a partir de Latzko estuvieron muy en boga.

Técnicas actuales

En la actualidad, el procedimiento quirúrgico además de estar condicionado a salvaguardar las vidas de la madre y del feto, se encamina en forma conservadora a restituir al máximo la integridad anatómica y la capacidad funcional del útero, pues-

to que éste debe mantener su función reproductora y conservar sus caracteres físicos ante la posibilidad de la repetición del acto operatorio. Este es el único ejemplo dentro de la cirugía, en el cual una intervención se repite en el mismo sitio y con la misma técnica.

Los procedimientos son diversos, puesto que es imposible que una sola técnica resuelva todos los casos, habiendo indicaciones específicas para cada uno de ellos. Sin embargo, en nuestros días - son tres principalmente los tipos de operaciones cesáreas que se llevan a cabo: Transperitoneales, extraperitoneales y aquellas que se acompañan de la extirpación del útero.

I. Las transperitoneales pueden ser:

- a) Corporales, cuando la incisión uterina se hace sobre la cara anterior del cuerpo con o sin exteriorización del útero, también llamadas clásicas.
- b) Segmentarias, en las que el corte sobre el útero se hace en la porción segmentaria del mismo. Estas a su vez pueden ser:
 - b.1.) Transversales, es decir con el corte en sentido transversal, siendo de 4 tipos, principalmente:
 - Transversal por disociación de fibras.
 - Incisión recta por corte a la Kehler.
 - Arciforme por corte con cavidad superior, llamada de Kerr, Fuchs o Cattaneo.
 - Las anteriores pero con exteriorización del útero (al respecto, en

CUADRO N° 2

TECNICAS DE LA OPERACION CESAREA

I. Transperitoneales:

1. Corporales:

- Con exteriorización del útero
- Sin exteriorización del útero

2. Segmento-corporales

3. Segmentarias:

- Transversales

- a) Por disociación de fibras
- b) Recta por corte
- c) Arciforme por corte
- d) Con exteriorización del útero

- Verticales

- a) Corte vertical del peritoneo
- b) Visceral
- c) Corte transversal del peritoneo visceral.

II. Extraperitoneales

1. Puras

- Paravesicales
- Supravesicales

2. Por artificio

- Múltiples

III. Cesárea-histerectomía

1. Total

2. Subtotal

algunos sitios consideran equivocadamente a la técnica de Kerr, como de Doerffler, que es en la que se exterioriza el útero.

b.2.) Verticales, siempre por corte en sentido longitudinal, con las distintas variantes de Kroning, Opitz, Michon y Beck, que por cierto, casi nunca son segmentarias puras, sino segmento-corporales.

c) Segmento-corporales, en las cuales, el corte vertical aborda la parte superior del segmento y la parte inferior del cuerpo uterino.

II. Las extraperitoneales son de dos tipos:

a) Puras. Cuando se aborda el útero sin abrir la cavidad peritoneal, pudiendo ser por vía paravesical (Lazko, Doderlein, Norton, Botella) o supravesical (Waters).

b) Por artificio. Aquellas que después de abrir la cavidad peritoneal, se protege ésta por muy diversos medios antes de abrir el útero, uniendo la serosa visce-ral a la parietal o por cualquier otro artificio (Frank, Michon, Puga, León, etc)

III. Por último, quedaría la cesárea-histerectomía, no como la de Porro, porque casi siempre la extirpación del útero simultánea a la operación cesárea es total.

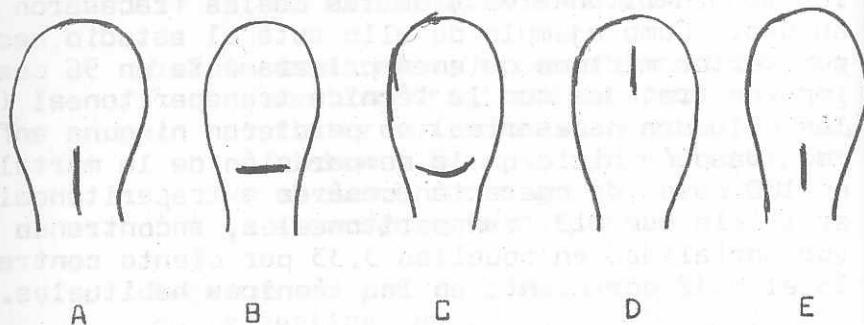
De las técnicas referidas, todavía hace unos pocos años había algunos que defendían las extraperitoneales, pero se han abandonado casi totalmente, aún en los casos con infección uterina y/o perito-

nitis, de las que eran indicaciones casi absolutas. La principal razón de dicho abandono es la serie de desventajas que esta técnica tiene, en comparación a las transperitoneales y de las cuales fracasaron en su uso. Como ejemplo de ello está el estudio hecho por varios médicos quienes primeramente en 96 casos impuros tratados con la técnica transperitoneal (con los cuidados necesarios) no perdieron ninguna enferma. Después hicieron la comparación de la mortalidad en 100 casos de operación cesárea extraperitoneal por artificio con 613 transperitoneales, encontrando mayor mortalidad en aquellos 3.33 por ciento contra sólo el 0.32 por ciento en las técnicas habituales.

Por todo lo anterior, la inutilidad en su ejecución, la dificultad de lograr su cometido, la presencia de complicaciones hasta en el 49 por ciento de los casos y el gran número de desventajas quirúrgicas, se practica este tipo de operación sólo esporádicamente, no creyendo sea conveniente hacerlo de rutina en la actualidad.

Por estos hechos, sólo se relatará una de las dos técnicas más utilizadas en la actualidad. Recorriendo que está basada en los procedimientos de Latzko, Sellheim y Doderlein.

TECNICAS TRANSPERITONEALES DE LA OPERACION CESAREA



- A) Segmentaria vertical
- B) Segmentaria transversal recta
- C) Segmentaria transversal arciforme
- D) Corporal
- E) Segmento-corporal

TECNICA DE LA CESAREA TRANSPERITONEAL SEGMENTARIA TRANSVERSAL.

Por todos los argumentos que se han expuesto, el obstetra especializado utiliza casi siempre la operación cesárea transperitoneal segmentaria transversal, cuya técnica es la que se relatará en detalle más adelante. Antes de pasar a ello, hay que señalar que una operación de este tipo tiene algunas particularidades tan especiales que la hacen diferente a cualquier otro acto quirúrgico, de las cuales lo mismo que Kerr, Greenhill, Malpas, y Castro, nosotros nos ocupado en detalle.

Todos estos factores se deben tomar en cuenta

CUADRO N° 3

VENTAJAS DE LA TECNICA SEGMENTARIA SOBRE LA CORPORAL Y LA SEGMENTO-CORPORAL

1. La herida se hace sobre la parte pasiva del útero
2. Cicatrización más adecuada
3. Menor grado de dehiscencia posterior
4. Menor morbilidad
5. Menor mortalidad
6. Se puede permitir prueba de trabajo de parto, posteriormente.
7. Menor sangrado
8. Sutura más fácil y menos laboriosa
9. No se interponen el epiplón y los intestinos en el campo
10. Se manipulan menos los intestinos, el epiplón y el peritoneo
11. Peritonización completa
12. Menor peligro de infección
13. Menor salida de líquido amniótico a la cavidad
14. No hay escape de loquios al peritoneo en el puerperio, porque el segmento no se contrae activamente y el cuerpo sí; además, la cubierta peritoneal es completa y no interrumpida como en la clásica
15. Derivado de los cinco últimos hechos: hay menos ileo paralítico, dilatación aguda del estómago y peritonitis
16. Produce menos adherencias a la herida uterina

Todas estas ventajas están basadas en tres hechos fundamentales:

1. La incisión se hace sobre la zona pasiva del órgano
 2. La peritonización es completa
 3. La cicatrización es mejor
-

en la ejecución de una operación cesárea segmentaria transversal, conocida en nuestro medio como de tipo Kerr. Al efectuar la operación y con el objeto de obtener los mejores resultados, se debe igualmente observar las normas que rigen todo acto quirúrgico, que ya se señaló a propósito de los factores que alteran la cicatrización de un útero gestante.

Cuidados preoperatorios:

Las precauciones habituales que se llevan a cabo con anterioridad a cualquier acto quirúrgico, obviamente se deben observar en la operación cesárea. En ellas están incluidos los estudios clínicos que ayudan a conocer el estado general de la paciente, como son los signos vitales, la exploración general de la enferma, en especial, la cardiorespiratoria y los exámenes de biometría o al menos hemoglobina y hematocrito, glucosa y urea en sangre, general de orina, serología, tiempo de sangrado, coagulación y protrombina, grupo sanguíneo, y Rh y pruebas cruzadas.

Cuando se planea la operación, la paciente internada con tiempo es sometida al ayuno habitual - desde 12 horas antes (esto no puede hacerse en las cesáreas que son de urgencia) y se le aplica oportunamente una enema al igual que a todas las partu

rientas.

CUADRO N° 4

DESVENTAJAS DE LAS TECNICAS SEGMENTARIAS LONGITUDINALES EN RELACION A LAS TRANSVERSALES

1. Casi siempre no se limitan al segmento, por lo tanto son segmento-corporales
 2. Por lo anterior, tienen todos los inconvenientes de las operaciones cesáreas que abarcan el cuerpo uterino
 3. No se pueden hacer sin trabajo de parte, a menos que se hagan segmento-corporales
 4. Cortan las fibras musculares en sentido opuesto a su dirección
 5. Se necesita despegar mayormente la vejiga
 6. Hay mayor peligro de lesión vesical
 7. Mayor sangrado
 8. En fetos grandes se corre la incisión muy hacia abajo, hacia el cuello uterino (operación cesárea cérvico-segmentaria)
 9. La sutura es más laboriosa
 10. La peritonización es más difícil y muchas veces defectuosa arriba
 11. Deja una mala cicatriz
 12. Tiene mayor probabilidad de dehiscencia
 13. Tiene más morbilidad
 14. Tiene más mortalidad
-

Sea o no de urgencia la operación, la paciente

no debe entrar al quirófano sin que se hayan determinado grupo sanguíneo, Rh y pruebas cruzadas. Igualmente ya debe tener su medicación preanestésica; su preparación de enfermería que comprende aislamiento del cabello, colocación del camisón de quirófano, vendaje de miembros inferiores, rasurado del abdomen, vulva y periné, y sondeo vesical, dejando la sonda colocada. Una vez en el quirófano, ya debe estar listo el o la instrumentista con todo el material preparado; se deben canalizar dos venas para la aplicación de los preparados anestésicos, soluciones a emplear y sangre cuando sea necesaria.

Ya colocada la enferma sobre la mesa quirúrgica, en ligera posición de Trendelenburg, no tan exageradamente que comprometa la respiración y que haga que el líquido amniótico y la sangre se vayan a las partes altas del abdomen, se fija a la mesa y se procede a la limpieza con jabón de toda la pared abdominal en la forma habitual y una vez seca, se le aplica la solución antiséptica (merthiolate, yodo, polivinilpirrolidona, benzalconio, etc.). A cada una de las pacientes en las cesáreas iterativas y en aquellas sin trabajo de parto, se les practica limpieza vulvovaginal con solución antiséptica antes de limpiar el abdomen (al igual que se hace cuando se va a practicar una histerectomía), lo mismo que cuando alguna paciente en trabajo de parto lo amerite; esto ha dado muy buenos resultados, lográndose la disminución de las complicaciones infecciosas. Algunos cirujanos como Ripoll (citado por Dexeus) efectúan la amniorexis (rompimiento de la bolsa de las aguas) por vía vaginal, previamente a la intervención cuando no están rotas las membranas, con el objeto de evitar el derramamiento del líquido amniótico en la cavidad abdominal y disminuir el riesgo de infección.

Un paso que frecuentemente se descuida y que a menudo es de gran importancia, es que antes de ha-

cer la limpieza de la pared conviene comprobar los datos obstétricos previos y auscultar el feto fetal ya que algunas veces, con gran sorpresa, nos encontramos que el feto ya descendió, que ya cambió su situación o posición o que ya está muerto, datos que es necesario conocer para determinar la conducta a seguir y no efectuar operaciones a veces innecesarias, porque ya no está indicada al cambiar la colocación fetal o al morir un producto, como en casos en que la operación se había indicado por un sufrimiento fetal o un prolapsio del cordón.

Una vez hecha la asepsia y antisepsia de la región, se procede a colocar los campos operatorios, que se hace en la siguiente forma: primero la sábana de pies, después las cuatro compresas individuales que circundan el campo operatorio que se fijan con pinzas de campo y a continuación la sábana grande hendida. Para terminar se coloca una compresa de "espumar" o de gasa a cada lado de la que va a ser la incisión, doblándola por debajo del campo de manta. Se aconseja que el cirujano se coloque al lado izquierdo de la paciente y el ayudante enfrente, con la enfermera instrumentista a la derecha del ayudante y a la inversa, si el cirujano es zurdo.

Instrumental y equipo:

Para llevar a cabo correctamente una operación cesárea debe efectuarse en un quirófano que tenga lo necesario, como iluminación adecuada, succión, oxígeno, mesas para instrumental, bandejas de Mayo, soperes para sueros, mesa para los cuidados al recién nacido y lo necesario para el anestesiólogo.

Celiotomía:

La comúnmente llamada laparotomía puede ser de dos tipos: Media infraumbilical o transversal de tipo Pfannenstiel.

Los cirujanos que prefieren las transversales, incluyéndose la tipo Pfannenstiel, la recta a la -- Cherney, la de Künster y la modificación de Rodríguez López a la clásica Pfannenstiel, aducen principalmente dos ventajas, la estética y la resistencia, ya que la hernia o eventración en este tipo de incisión es muy rara. Asimismo, se dice que esta incisión que ha estado muy en boga especialmente en Sudamérica, da más luz que la media (lo que es cierto) y que al seccionar menos fibras nerviosas, es menos dolorosa.

La operación consiste en hacer una incisión transversal ligeramente arqueada con concavidad superior, en una extensión de 12 a 15 cm. y cuyo centro está a 4 cm. por encima de la sínfisis del pubis. - Corte profundo (con un segundo bisturí) del tejido celular subcutáneo y de la aponeurosis superficial, hasta llegar a la anterior de los rectos a la cual se le hace un ojal doble a los lados de la línea media. Se hace hemostasia y una vez despegada la aponeurosis de los planos profundos, se corta siguiendo una dirección arqueada hacia arriba, o se puede desgarrar entre dos dedos hasta el ángulo donde se encuentra la del oblicuo mayor. Sujetándola con pinzas fuertes en el centro, se libera con tijeras de los planos musculares, hacia abajo hasta el pubis y hacia arriba al máximo. Se separan por disección los músculos rectos y casi siempre con tijeras los piramidales, hasta tener a la vista la fascia transversalis y el peritoneo parietal que se incide entre dos pinzas, una vez comprobada la ausencia de asas adheridas.

Sin embargo, la gran mayoría de los ginecoobstetras y de los cirujanos prefieren la incisión media infraumbilical, porque es más fácil, sangra menos y es más rápida, sobre todo debido a que al final del embarazo los rectos del abdomen casi siempre están separados. Su reparación también es más

sencilla, se puede extender fácilmente cuando la cabeza fetal es muy grande, lo que lleva riesgo de herir la arteria epigástrica en la laparotomía de tipo Pfannenstiel. En realidad logra un campo operatorio mayor que la transversal y permite extraer más fácilmente el feto. Cuando hay hernia umbilical, que es frecuente, se repara al mismo tiempo. Aún más, algunos defensores de la incisión transversal como De Rezende, admiten que hay menos hematomas o abscesos en la media. Y por último, se puede repetir fácilmente cuantas veces sea necesario lo que no sucede con la tipo Pfannenstiel.

La técnica es sencilla. Se hace un corte con el bisturí desde unos 2 cm. por arriba del pubis a la cercanía del ombligo. Con otra hoja de bisturí se procede al corte del tejido celular subcutáneo y a la apertura de un ojal longitudinal en la parte media de la aponeurosis. Sólo rara vez es necesario hacer hemostasia, pero si el sangrado lo amerita, debe efectuarse en la forma habitual por pinzamiento y ligadura individuales. Se fijan los bordes de la apertura de la aponeurosis y se continúa el corte con unas tijeras romas curvas, hacia abajo y hacia arriba hasta los extremos de la incisión, ayudándose en los ángulos con dos separadores de Farabeuf, previo despegamiento del plano muscular con las mismas tijeras. Luego se procede a la separación digital o por corte de los músculos, que es fácil por la frecuente separación de los mismos. Cuando está presente la grasa preperitoneal es necesario cortarla, procediendo a continuación al pinzamiento de la fascia transversalis y del peritoneo y mediante un pequeño corte a la apertura de éste, cerciorándose que no hay visceras en él. Por el rechazo que sufre el epiplón y los intestinos por el crecimiento uterino, rara vez se encuentran en el campo, pero hay que verificarlo antes de cortar el peritoneo a todo lo largo con un corte de tijeras hacia arriba y hacia abajo hasta la cercanía de la vejiga. Es conveniente colocar segun

dos campos cuando no hay mucha urgencia en la operación y si no, hacer el aislamiento de los bordes de la herida con dos compresas de gasa húmedas colocadas una en cada borde, dobladas unos 3 a 4 cm. por debajo del peritoneo y que se unen en los extremos, los cuales están levantados por los dedos índice del ayudante para facilitar la maniobra. Este peso que siempre se lleva a cabo, además de su función aislante evita o disminuye el traumatismo sobre estos tejidos, ocasionado por el separador y sus valvas.

Se levanta la parte superior de la herida y se procede a colocar una compresa única húmeda muy grande (ya que el espacio abdominal está reducido) alrededor del útero, que nos servirá para evitar que el líquido amniótico y la sangre se vayan a la parte alta de la cavidad peritoneal, lo cual podría ser perjudicial (ya que se ha demostrado que muchas veces el líquido está infectado y que el meconio actúa como irritante químico al peritoneo) así como para prevenir el descenso de las vísceras al campo quirúrgico, sobre todo después de la evacuación uterina. Por último, se coloca el separador a ambos lados y se acomoda la valva inferior pero sin fijarla, para que pueda retirarse más tarde.

Hace años Sardiñas, de Cuba, recomendaba la que él llamó "microincisión" para la apertura de la pared en la operación cesárea y que consiste en un pequeño corte cutáneo vertical que se extiende desde el límite superior del Monte de Venus hasta 2 cm. por encima del límite anterior de la vulva. No tuvo mucha aceptación, porque además de que frecuentemente era necesario agrandarla, ya que la extracción de la cabeza es sumamente difícil, cuando la utilizaban se corría el riesgo de que se fundiera el tejido celular. Por todo ello prácticamente ha desaparecido el uso de esta incisión.

Incisión uterina:

Antes de proceder al corte sobre el útero, cual quiera que sea la técnica que va a seguirse, es indispensable verificar si el eje del útero está correcto o si hay necesidad de corregir la frecuente exis-tencia de rotación uterina, casi siempre dextrorrotación. En caso de que exista, se hace la rotación manual del mismo con una mano dentro y otra por fuera del abdomen, hasta que el eje sea correcto, y así se evita hacer una incisión lateralizada de pésimos re-sultados.

Una vez hecho lo anterior, se localiza la reflexión del peritoneo vesicouterino (que es fácil de encontrar en la parte media del segmento uterino). Se toma la parte central con una pinza de disección y se levanta, permitiendo un corte con la punta de las tijeras. Una vez que se tiene el ojal medio, con las mismas tijeras curvas romas, se despega fácilmente el peritoneo hacia cada lado, introduciendo las tijeras cerradas, abriéndolas por debajo y extrayéndolas abiertas. Así se hace en unos 6 a 8 cm. de cada lado. Se corta siguiendo una línea curva de concavidad superior. Inmediatamente se procede a la disección hacia arriba del congojo superior (éste un poco menos) y después del inferior, en una distancia de 2 a 3 cm. hacia abajo, maniobra que es fácil por la laxitud de los tejidos, ya sea hecha con las tije-ras, con el dedo, o mediante una pequeña torunda "mon-tada en una pinza", que es como más frecuentemente se hace. En la técnica transversal es inútil hacer un despegamiento mayor y llevarse parte de la vejiga hacia abajo como frecuentemente se ha visto hacer, lo que además de provocar más sangrado, puede dar lugar a la formación de espacios muertos que se llenan con hematomas o exudados y originan una infección. Hay que despegar únicamente lo necesario para una fácil peritonización posterior.

Recientemente en Sudamérica, están apareciendo informes con la técnica de hacer el corte uterino segmentario sin haber disecado (decolado) previamente el peritoneo. Los autores como Pokluda, Molina, De la Fuente, Méndez, Meyer y hace poco Giampietro, aquellos con 76 casos y éste con 25, aducen que esta técnica tiene las siguientes ventajas: la operación se hace más sencilla, ahorra tiempo, conserva la irrigación del peritoneo, disminuye el sangrado y evita la formación de espacios muertos.

Se retrae la vejiga con la valva inferior no fija y se efectúa en ese momento un pequeño corte transversal con bisturí, de 1 a 2 cm. en la parte media del segmento. Se tiene qué proceder con sumo cuidado porque cuando el segmento está adelgazado, como en un trabajo de parto prolongado, se puede con el corte penetrar demasiado y herir al feto. Por el contrario, cuando la paciente no ha estado en trabajo de parto, el músculo del segmento es grueso y entonces es necesario hacer pequeños cortes con cuidado para profundizar, ayudándose con el dedo o el mango del bisturí para la penetración final. Esta se reconoce porque sale líquido amniótico, o se cae sobre el cuero cabelludo, la piel o partes del feto que, de acuerdo con su situación, están en contacto con el segmento. Si al corte se rompe la bolsa amniótica, de inmediato se empieza la aspiración del líquido. Se despega el músculo de las estructuras interiores mediante la introducción de un dedo, el cual hace la disección obtusa hacia los lados del ojal.

En este momento de la operación se pueden hacer dos tipos de incisión transversal; siendo el más común, el que por medio de los dos dedos índices colocados opuestamente, al hacer tracción de los mismos hacia los lados, se agranda la incisión por divulsión, o sea por dissociación de las fibras mus-

culares, siguiendo una línea recta transversal. Esta apertura es más rápida, fácil y sangra menos; sin embargo, cada día hay más cirujanos, que prefieren la técnica arciforme, porque tiene menos peligro que se corra hacia los extremos y cuando lo hace no va directamente a los vasos laterales y por lo tanto no los lesioná. En relación a todo esto, Wilks y sus colaboradores, estudiando ocho casos de lesión de vasos uterinos en la operación cesárea transversal, vieron que siete casos eran de divulsión, por lo que -- ellos prefieren también la técnica arciforme con corte. Además, cuando es necesario agrandar la herida, se logrará fácilmente extendiendo el mismo corte a ambos extremos de la incisión. Esto tiene más importancia cuando la paciente no está en trabajo de parto, ya que en estos casos no conviene hacer la apertura por divulsión. Por último, siendo un corte limpio, la aposición de tejidos es más nítida y por lo tanto la cicatriz resultante es mejor. Por todo ello se recomienda la incisión arciforme con corte de tijeras, que se hace introduciendo las tijeras entre los dedos de la otra mano que están protegiendo las estructuras fetales y la pared uterina, haciendo un -- corte arqueado con las puntas del arco hacia arriba, primero hacia la derecha y después a la izquierda y hasta completar un corte de más o menos 12 cm. Mejor que señalar una medida absoluta que no sirve lo mismo para una mujer grande que para una pequeña, lo mismo que para el diferente tamaño de las cabezas fetales, basta recomendar un corte suficientemente grande, para que en el caso particular permita la extracción fácil de la cabeza fetal. La herida en un segmento adelgazado o en una operación cesárea repetida ocasiona un sangrado mínimo, que sangra más -- cuando es grueso, pero hay que recordar que no hay qué preocuparse en este momento por la hemostasia, si no por la extracción del feto. No se aconseja el empleo de ocitócicos previos al corte, utilizado para disminuir el sangrado, sobre todo en la operación ce

sárea clásica o en las de repetición, ni las llamadas "cesáreas extraamnióticas" que se emplearon un tiempo para prevenir la membrana hialina.

Extracción del producto

a) En presentación cefálica:

Hay tres métodos principales para extraer la cabeza fetal durante una operación cesárea segmentaria, aclarando que antes de intentar cualquiera de ellos, es necesario tener libre la cabeza, para lo cual hay que desimpactarla previamente cuando así amerite, ya que el tratar de extraer por vía abdominal una cabeza detenida en la pelvis, es casi imposible y muy traumático, se lesionan la vejiga, se extiende la herida o se provocan desgarros en el segmento. Igualmente es necesario retirar la valva suprapúbica, que sólo estorba en las maniobras.

El más común es colocando la mano izquierda entre la pelvis y la cabeza fetal, haciendo una maniobra de calzador, que se complementa con la presión fúnica que hace el ayudante, para auxiliar en la salida de la cabeza. Esto se facilita poniendo la cabeza con su diámetro anteroposterior en sentido lateral, es decir con la frente hacia un ángulo de la herida y la nuca al otro. En realidad hay que "parir" el feto por una vulva artificial, que es la incisión. Si hay dificultad mayor por el tamaño de la cabeza fetal, es preferible hacer más grande la incisión. Es muy importante sacar la cabeza con la menor fuerza posible. Si la extracción se dificulta y tarda algún tiempo, el niño puede empezar a aspirar y por lo tanto aspirar una gran cantidad de líquido amniótico y restos.

Cuando la presentación es de cara, o se hace el corte uterino vertical, entonces se introduce un dedo en la boca del feto y se gira la cara hacia la

incisión extrayendo la barbilla. En ese momento ya se aspira y limpia la nasofaringe del bebé. A continuación, se hace la aplicación en directa, de un fórceps tractor pequeño como el de Hirst o el especial para estos casos de Boerma, con las cucharas en ambos lados de la cara y la curvatura pélvica dirigida hacia el pubis. Si la barbilla no está libre, con el fórceps llevado hacia el pubis se libera; una vez hecho esto, se flexiona la cabeza y se extrae llevando el fórceps hacia el abdomen de la madre.

Otros prefieren para la extracción, una rama de fórceps deslizada desde el occipucio o con un extractor como la palanca de Sellheim, la de Torpin o el extractor de Murless, igualmente colocado para botar, por así decirlo, la cabeza.

En los últimos años algunos autores como Mansse han recomendado el uso del extractor al vacío para sacar la cabeza, maniobra o método que no consideramos adecuado porque además de laborioso y traumático para el feto, consume tiempo, lo que es peligroso para el producto. Tampoco es de simpatizar con aquellos (afortunadamente ya muy raros) que traumatan al niño extrayendo la cabeza, por medio de tracción en el cuero cabelludo con pinzas en "T" o de Willett-Gauss.

Cuando se efectúa el alumbramiento dirigido, al terminar el desprendimiento de la cabeza, se aplica el ocitócico en la vena de la madre, para que al terminar la salida del feto, la placenta se desprenda fácil y espontáneamente.

Una vez liberada la cabeza, se orienta al feto en sentido transversal para que los hombros queden en los extremos laterales de la incisión. Como ya se dijo, se considera la incisión como si fuera la vulva, por lo que la extracción de los hombros se hace parteando al feto. La cabeza se coge entre las

manos y haciendo tracción de ella, se lleva hacia un lado hasta que se desprenda uno de los hombros, lo que es ayudado con la tracción del dedo índice sobre la axila y la presión fúndica que debe estar presente durante toda la extracción. Se repite la maniobra para el otro hombro. Una vez libres la cabeza y hombros, no hay dificultad para la liberación del resto del feto, que ha de hacerse lentamente, haciendo tracción suave desde el tórax y las axilas.

Cuando se ha extraído el producto, se aspiran y limpian la boca y la nariz y se procede sin violencias o prisas inútiles a la sección, entre dos pinzas, del cordón umbilical, sin "ordeñar" previamente el cordón como recomiendan algunos, y sin demorar dicho corte hasta que ceda el latido, teniendo al feto colocado en un plano inferior que como aseguran otros, es beneficioso. En seguida se le entrega a la persona encargada de determinar su estado, efectuar su reanimación si es necesario y dictar las medidas para su mejor evolución. Esta persona siempre debe estar lista en el quirófano y con todo preparado, para evitar complicaciones fetales que hubiesen sido fácilmente previsibles; debe ser preferentemente un pediatra especializado o con experiencias en los problemas perinatales, ya que muchas operaciones cesáreas se indican porque los fetos tienen algún problema, como en el caso de diabetes e isoinmunización.

b) En presentación pélvica y situación transversa:

Cuando se hace una operación cesárea segmentaria con estos problemas o en la operación cesárea corporal, la liberación del producto debe hacerse por medio de una versión o una extracción podálica localizando los pies del producto, para que por medio de la tracción de los mismos se lleve la pelvis a la incisión, procurando colocar el diámetro

bitrocantéreo en sentido de la herida, es decir transversalmente y tratando ya desde este momento, de tener la parte posterior del feto hacia el vientre materno. Se extrae la pelvis del feto y se hace el asa de cordón. Al hacer la tracción desde la pelvis y el tronco llevando algo hacia arriba al feto, deben acomodarse los hombros en cada comisura de la incisión, es decir con el diámetro biacromial transversalmente. Se lleva el feto hacia un lado y se libera el hombro, ayudando con los dedos del obstetra y la presión fúndica que durante toda la maniobra ejerce el ayudante. Para la liberación de la cabeza basta con llevar la espalda del producto hacia el vientre de la madre, es decir con la cara hacia la herida, haciendo con la mano izquierda la maniobra del calzador entre la pelvis y la cabeza fetal, con lo que se libera fácilmente ésta. Se ha visto que el desconocimiento de este mecanismo hace que cirujanos poco avezados, traten de desprender la cabeza fetal con el vientre del feto hacia el de la madre, es decir con el occipucio hacia la incisión, lo que ocasiona gran dificultad para lograrlo, lesionando el cuello del feto y haciendo desgarros uterinos importantes.

En este momento el útero está más o menos flácido y hay sangrado más o menos abundante de los bordes de la incisión especialmente de los senos venosos; si es necesario se aplican unas pinzas de anillos, para hacer la hemostasia provisional.

Extracción de la placenta y de las membranas:

Si se efectuó el alumbramiento dirigido, la placenta debe ya estar desprendida y basta una tracción del cordón para su extracción. Si por el contrario, la placenta no se ha desprendido por no haberle aplicado el ocitócico o lo ha hecho parcialmente, es necesario efectuar la liberación manual de la placenta con la punta de los dedos de la mano izquierda, insinuándose entre la placenta y la pared uterina.

na, hasta la completa separación, extrayéndola enseguida. Se sostiene dicha placenta en tracción para que se estiren las membranas que todavía están adheridas, especialmente en el segmento inferior. Para mejor desadherir las membranas, aconsejamos colocar cerca de su implantación una pinza y hacer pequeñas tracciones, cambiando la pinza conforme se va liberando, para evitar el desgarro de las mismas.

A continuación se revisa perfectamente la cavidad, para determinar si no se dejan restos placentarios o de membranas, los cuales en casos de existir deben sacarse en su totalidad. Si no se había aplicado el oclitócico, se hace por vía endovenosa - en este momento. Ergonovina, metilergonobasina, o sus derivados.

Revisión y preparación del nuevo campo operatorio:

Una vez vacío el útero, contraído, con el sangrado principal cohibido, se debe efectuar la revisión del campo y la preparación del mismo para la sutura. Para ello se procede nuevamente a la colocación y fijación de la valva inferior y a la limpieza del campo operatorio por medio del aspirador, y de compresas de gasa húmedas. Inmediatamente se identifican los bordes de la herida, colocándoles - una pinza de anillos (tipo Foerster, Kelly o la de Green-Armytage) en la parte media de cada uno, así como en las comisuras para que después sean fácilmente reconocibles. Si la paciente no estaba en trabajo de parto, se procede a la dilatación digital - (siempre que sea posible hay que preferir ésta) o a la instrumental progresiva con dilatadores de Hegar, por vía retrógrada, es decir del útero hacia la vagina, cambiándose el cirujano los guantes. Si es necesario se cambian igualmente las compresas de manta, segundos campos, etc., que estén sucios de líquido amniótico, sangre, meconio y unto sebáceo.

En este momento y antes de la sutura, varios -

cirujanos hacen cualquiera de estas dos maniobras con las cuales no se está de acuerdo. Una la de colocar una gasa a través del cuello hacia la vagina, para mantener el drenaje y retirarla después de la operación, maniobra que se considera sólo puede ayudar a la infección por contaminación hacia arriba del contenido vaginal o al olvido de la misma. La segunda es la de colocar una compresa dentro de la cavidad uterina ya vacía, para servir de hemostasia (muy dudosa), y mantener limpia la incisión, extrayendo el extremo por una de las comisuras de la herida o pasándose a través del cérvix a la vagina para su extracción posterior. Nunca se ha necesitado de estos artificios para mantener visible el campo de sutura y si se cree que además de producir mayor sangrado y propiciar la infección, ocasionan mayores problemas técnicos y corren el peligro de ser cogidos con la sutura, con lo cual se deja un resto de la compresa entre la sutura con todas las complicaciones que esto acarrea, o hay necesidad de reabrir la herida para liberar la compresa. Definitivamente no se aconsejan estas maniobras, a pesar de que las hacen no tan raramente como se quisiera.

Sutura:

Preparada la herida para su cierre, se procede a ello. Son diversos los tipos de sutura que se recomiendan: la de puntos entrecortados o separados, o la de surjete o ininterrumpida; en un solo plano o hasta en tres planos musculares. En relación a los planos de sutura, en general se llevan a cabo dos, siendo el segundo más superficial o invaginante. Algunos autores señalan ventajas con la utilización de un solo plano de sutura; desgraciadamente no se ha efectuado un estudio comparativo específico para demostrar los beneficios de un método sobre el otro, aclarando que por lo regular cuando se utilizan dos planos, sólo uno de ellos comprende el músculo y el segundo prácticamente sólo la fascia periumerina. En fin, que la mayoría de los autores prefieren el se-

gundo esquema. Lo que sí se repreueba es la utilización de tres o cuatro planos de sutura que algunos llevan a cabo, ya que dejan mayor material para reabsorción y producen más necrosis, lo que ocasiona una difícil cicatrización y hace más laboriosa la operación.

Acerca del tipo de puntos, hay gran cantidad de trabajos que demuestran que los puntos separados dan mejor cicatrización, inclusive uno que fue hecho por varios médicos, en el que se encuentra que definitivamente el aspecto radiológico de la cicatriz es mejor cuando la sutura se hizo con puntos separados, en los dos planos. Por ello, es que se efectúan así las operaciones cesáreas, excepto en los casos que por sangrado o por que se amerite rapidez, sea necesario hacer surjete, que indudablemente tiene la ventaja de la rapidez. Por último, a partir de los trabajos de Pidevin, se empezó a recomendar que no se incluyera la decidua en la sutura porque daba peor cicatrización, hecho que ha sido confirmado por Waniorek y por Dellembach.

Cualquiera que sea la técnica de sutura empleada en la operación cesárea debe estar encaminada, como señala Neme, a los siguientes fines:

- a) Coaptar perfectamente los bordes de la herida.
- b) No interferir con la circulación local.
- c) Hacer una hemostasia completa.
- d) No colocar suturas muy apretadas por ser necrosantes.
- e) No afrontar los bordes con tensión.
- f) Utilizar el mínimo de suturas y de material.

En fin, independientemente de la técnica que se lleve a cabo, se recomienda especialmente al médico joven o al cirujano con poca experiencia, iniciar la sutura con un punto que abarque toda la pared del

segmento, que se coloca en cada comisura por fuera de la pinza de Foerster, para que no quede tejido incidido por fuera de la sutura y porque además al dejar los cabos largos de estas puntadas, se tienen -- "riendas" para tracción y así facilitar la sutura en los extremos de la herida. Igualmente se aconseja que introduzcan la punta del dedo índice por dentro de las comisuras hasta más allá de dicho punto, para ver si la capa interna está completa y no hay desgarros visibles y que sangran posteriormente hacia adentro, confundiéndose con atonías o retención de restos placentarios. A continuación se inician los puntos separados, a una distancia de un centímetro entre uno y otro, abarcando toda la capa muscular, de ser posible sin incluir la decidua. Los cirujanos - derechos, empiezan siempre la sutura en la parte más distante, es decir en el lado derecho de la herida, para paulatinamente irse acercando al lado donde ellos se encuentran. Si se utiliza la sutura continua o surjete casi siempre se hace el llamado entrelazado, en cadena o hemostático, en el cual la salida del catgut en el borde inferior se recibe en la lazada que viene desde el punto previo. Es preciso en este primer plano, pasar la aguja (siempre en el borde superior primero y luego el inferior), en dos pasos, de un labio a la parte media de la herida y de ahí al otro, para no dejar parte del músculo profundo sin adosamiento.

Hay que tener siempre antes y después de la sutura, bien identificado el labio inferior de la herida, para evitar la sutura del labio superior a la pared posterior del segmento, como ya se ha observado y se ha descrito.

La segunda capa de sutura que comprende prácticamente la fascia periuterina se hace en el mismo sentido y siguiendo igual dirección, con la salvedad que aquí los puntos se colocan en espacios mayores entre sí, como de uno y medio a dos centímetros. Cuan-

do se hace un surjete invaginante para cubrir la -- primera sutura con esta segunda (maniobra con la que no se está de acuerdo porque aumenta la superficie de la herida, es decir, hace más gruesa la cicatriz y además es más isquemante), en forma similar se efectúa de derecha a izquierda, principiando en el labio superior, y no comprendiendo la capa muscular. Ayuda a esta maniobra el que el ayudante coloque una pinza entre el útero y cada una de las dos lazadas para que al efectuar la tracción ambas queden igualmente apretadas.

En relación al material de sutura, siempre se emplea catgut atraumático crómico delgado (del Nº 0), con una aguja atraumática mediana como de dos centímetros, ya que con una pequeña se dificultan los pasos y una mayor es más estorbosa. Entre más delgado es el catgut, mejor es la cicatrización y la gran mayoría de los obstetras lo usan de este calibre delgado. No se encuentra explicación cómo hay todavía cirujanos que utilizan catguts crómicos gruesos del Nº 1, 2 y hasta 3, que además de dejar mayor material para reabsorción, son más traumáticos, y pueden deslacerar el músculo del segmento. Se prueba igualmente que se emplee en la histerorrafia cualquier material de sutura inabsorbible, puesto que ocasiona problemas de muy diversa índole, desde la mala cicatrización de la herida, reacción a cuerpo extraño y adherencias, hasta infertilidad como la informada por Ballesteros usando nylon.

Después de la sutura muscular, una vez que se ha comprobado la ausencia de sangrado en la misma y previa limpieza de la región, se hace la peritonización con surjete simple con catgut delgado Nº 00, con aguja pequeña de más utilidad por el poco grosor del peritoneo. Se inicia por fuera del punto de referencia distal derecho que ahora es cortado y se continúa hasta el lado izquierdo para terminar también más afuera del punto de referencia que se

corta en este momento, llevando el catgut desde el extremo libre del peritoneo superior al extremo libre del inferior y así sucesivamente. No se es partidario de una doble sutura del peritoneo visceral, sutura en chaleco, pues produce mayor adherencia entre éste y el útero, dificultando una segunda operación.

Cierre de la pared:

Se extrae la compresa única, una vez hecha la limpieza de la región y revisado el estado del campo. Se cuentan las compresas y gasas, que de paso advertimos nunca deben usarse sueltas con la cavidad abdominal abierta, sino siempre referidas o montadas en una pinza; y si dicha cuenta está correcta, se procede al cierre de la celiotomía conforme se hace habitualmente. En pocas palabras, consiste en la referencia de los bordes del peritoneo; cierre del mismo mediante un surjete continuo con catgut atraumático del Nº 00 (se acostumbra unir el punto final al primero de la unión muscular, para evitar espacios muertos); aproximación de los músculos rectos con ese mismo catgut, en puntos separados no apretados. Cierre de la aponeurosis con catgut crómico del Nº 1, con aguja cortante, con puntos separados simples (así se prefiere), en U, o en X, puntos con catgut simple Nº 00, al tejido celular cuando sea necesario y puntos de hilo o grapas en piel.

En las técnicas con incisión vertical, la corporal, segmento-corporal y la segmentaria vertical, el corte sobre el útero es longitudinal. La corporal se describe en otro capítulo. La segmento-corporal, que en realidad es intermedia entre la corporal y la segmentaria, consiste en un corte que va desde la porción accesible del segmento inferior, es decir, desde la reflexión del peritoneo vesicouterino hacia arriba alcanzando la parte inferior del cuerpo uterino. No se diseca el peritoneo visceral, ni se recha-

za la vejiga. Como el músculo es más grueso, el sangrado es más importante y la reparación se hace con puntos separados en 2 planos, y con catgut más grueso del Nº 1, y con aguja atraumática de una longitud de 2 cm. La peritonización ni es posible en forma completa y se hace conjuntamente con el cierre de la parte más superficial de la capa muscular, con puntos separados y catgut delgado del Nº 0. La extracción del producto en general es fácil y frecuentemente por versión, ya que en los raros casos en que se lleva a cabo esta técnica, por lo general hay situaciones fetales anormales o formaciones de anillos de retracción.

Por su parte en la segmentaria vertical, que en realidad es segmento-corporal y que por ello nunca la utilizan, la apertura del peritoneo visceral puede ser en dos formas: vertical (Kroenig), con un pequeño ojal longitudinal en la reflexión del peritoneo vesicouterino y disección roma con tijeras hacia arriba en un ancho de unos 3 cm. y con el dedo o to ronda hacia abajo rechazando mucho la vejiga hacia a la vagina, pero poco en sentido transversal. O también transversal (Optiz, Beck), en la misma forma que en la técnica de Kerr, pero haciendo mucho mayor despegamiento de la vejiga hacia abajo, casi hasta el cuello uterino y del peritoneo hacia arriba - otro tanto, lo que no siempre es posible ya que fácilmente se desgarra, porque aquí está mucho más adherido. La incisión uterina se hace mediante un pequeño corte con el bisturí en la zona media del despegamiento peritoneal, hasta lograr un ojal por donde se introducen 2 dedos y con la protección de ellos se hace el corte hacia abajo y hacia arriba - en una extensión suficiente para que pase la cabeza fetal. Es necesario voltear ésta con la cara hacia la incisión, por medio de un dedo introducido en la boca y girarla. La extracción se hace casi siempre con un fórceps tractor pequeño, siguiendo los lineamientos que se describieron al hablar de la extrac-

ción del producto en la operación cesárea segmentaria transversal. El cierre se lleva a cabo en dos planos de sutura (con puntos separados o surjetes continuos) y la peritonización es similar a la de la técnica transversal.

Como ya se ha expuesto, la preferencia actual es hacia la técnica segmentaria transversal. Sin embargo, hay tres problemas en los cuales con cierta frecuencia se llevan a cabo algunas técnicas verticales tal como se ha señalado; ellos son: en casos de placenta previa, cuando existen várices abundantes en el segmento y en la situación transversa. En la placenta previa, la hemorragia que se produce al caer la incisión sobre la placenta, se acaba en cuanto se vacía el útero, por lo que se sigue utilizando la técnica transversal, aconsejando que al llegar a la placenta se pueden seguir dos caminos, buscar hacia los lados las membranas, o perforar la placenta y a través de ella, sacar el feto, que es lo que se hace, ya que es lo más rápido.

Cuando existen grandes varicosidades en el segmento, la mayoría de las veces basta ligarlas antes de cortar, omitiendo así pérdida de sangre, y tener qué hacer otra incisión. En relación a las situaciones transversas, se piensa que la extracción es más difícil en las segmentarias que en las segmento-corporales, pero con un poco de paciencia y habilidad, la extracción se facilitará la mayoría de las veces, excepto en casos en los que existan anillo de retracción o de Bandl.

Recientemente Tanaka y Tanaka describen una técnica para operación cesárea que ellos llaman "sin disección aguda", en la que sin disecar el peritoneo - visceral y sin rechazar la vejiga, hacen la perforación del útero con pinzas de Pean a nivel de la reflexión de la vejiga o algo más arriba y luego con retracción digital abren la incisión. Dicen que este

método evita el sangrado, sobre todo cuando la placenta está sobre la cara anterior. No se recomienda hacerla; se cree que es poco anatómica y que el proceso cicatrizal resultante sea muy defectuoso, a demás de tener todas las desventajas de la operación cesárea alta y sin peritonización. Igualmente nunca debe tratarse de exteriorizar el útero para su sutura, como algunos aconsejan. El que relatemos aquí estos procedimientos poco recomendables es con el objeto de que al igual que otras varias técnicas "extrañas" descritas por ahí, no deslumbren al médico joven y lo induzcan a efectuarlas y recomendarlas, antes de tener una comparación verdadera que asegure su valor real.

Transfusión:

Se ha visto con incredulidad obstetras que antes de iniciar la operación ya están pasando sangre a la paciente, como una rutina. Este uso indebido de la sangre hay que condenarlo ampliamente, una operación cesárea normal no amerita su aplicación. Hay que saber usar este recurso tan útil, cuando sea necesario y no hacerlo cuando no se amerite, porque lleva consigo peligros y complicaciones que están expuestas detalladamente en el capítulo respectivo.

En general, la pérdida sanguínea es algo mayor que en un parto normal. Brant en un estudio al respecto, midió la sangre perdida por medio de la cuantificación de la hemoglobina extraída en una máquina lavadora, encontrando en 36 casos que la pérdida fue de 1,068 ml. en operaciones cesáreas electivas y de 1,106 ml. en operaciones intraparto. Por su parte Wilcox y colaboradores efectuando la medición por el método de Pilcher y Sheard encontraron que en promedio se perdían 940 ml. en operaciones cesáreas de primera vez con técnica vertical, que es mucho más sangrante que la transversal. Sin embargo, Toldy y Scott más recientemente en un número ma-

yor de casos informan que la pérdida no llega a 800 ml. Por otra parte se cree que cuando no hay complicaciones, el sangrado no pasa de 500 a 600 ml.; tomando en cuenta el aumento de volumen circulante al término del embarazo, no amerita reposición. En resumen, no debe aplicarse sangre durante una operación cesárea, a menos que exista una causa que lo justifique.

Cuidados postoperatorios:

Son los habituales para cualquier cirugía mayor ginecoobstétrica y que expuestos en forma sistematizada son los siguientes:

1. Recuperación:

Todos los servicios quirúrgicos modernos disponen de una sala especial para la recuperación de las pacientes que han sido sometidas a una intervención quirúrgica, es donde se cuenta con todo lo necesario para su control, así como para una terapéutica intensiva cuando se necesite. Por ello, es que toda paciente con operación cesárea debe pasar a esta sala, (cualquiera que haya sido la anestesia utilizada) hasta que esté perfectamente consciente, con signos vitales estables y sangrado vaginal normal. Una vez conseguido esto, ya puede pasar a su cama. En los sitios en donde no se cuenta con este servicio, el cirujano o el ayudante deben vigilar a la paciente (con toma de signos cada 15 minutos), hasta que sus condiciones sean las que anteriormente han sido descritas.

2. Hidratación:

Como la vía bucal no es aconsejable en las primeras 24 horas, es necesario mantener la hidratación de la paciente en ese tiempo, por medio de líquidos endovenosos. No hay que olvidar que en ese primer día existe una oliguria que pudiésemos llamar fisiológica y que por lo tanto no hay qué pasar líquidos

en demasía, ya que pueden ocasionar problemas tan serios, como edema agudo del pulmón. Se aconseja administrar entre 1,500 a 2,500 ml. dependiendo de la diuresis, temperatura, sudación, etc. Esta medida además nos permite tener libre una vía endovenosa para la aplicación de medicamentos, sangre si es necesaria, o drogas en caso de urgencia.

3. Analgésicos:

Deben utilizarse en la cantidad necesaria para mantener sedada y sin dolor a la paciente, principalmente en las primeras horas del postoperatorio. No hay diferencia en los distintos tipos, siempre que sean a dosis efectivas y no se sobrepongan. Por lo regular en el postoperatorio inmediato se utilizan por vía parenteral o intramuscular, meperidina, pentazocina y dimetilpirazolona-sulfoxilada o sus derivados cada seis a ocho horas. Para el segundo día basta la vía bucal, con analgésicos hechos a base de pirrólicos, codeína, ácido acetilsalicílico, dipirona, aminoperidina, etc. en tres o cuatro dosis al día, que ayudan a combatir el dolor en la herida y los "entuertos" (dolor ocasionado por las contracciones uterinas).

4. Antibióticos:

En la cirugía programada, al igual que en un parto normal atendido en condiciones asépticas, no son necesarios los antibióticos, ya que su utilidad "profiláctica" no está bien demostrada.

Por el contrario, cuando las condiciones de la operación no fueron totalmente asépticas (ahí es donde la mayoría de los cirujanos que los usan por rutina se apoyan, pensando que algo pudo estar defecuoso, como el aseo de las manos, la esterilización del equipo y la posibilidad de contaminación durante la intervención); cuando hay presencia de infección, en casos de parto prolongado con numerosas exploraciones vaginales, o cuando la bolsa está rota

desde hace horas, es indispensable utilizarlos en dosis suficientemente efectivas.

El tipo de droga depende de la predilección del cirujano y de los gérmenes habituales en el lugar, siendo lo más importante emplearlas en dosis verdaderamente terapéuticas. Se aconseja empezar utilizando en las primeras horas la vía endovenosa, para después cambiar a la vía intramuscular o bucal.

5. Ocitócicos:

Hace años se acostumbraba, también por rutina, la administración de ocitócicos del tipo ergonovina o metilergobasina en el postoperatorio, continuándose durante toda la estancia hospitalaria.

La administración de ocitócicos en el postoperatorio de una operación cesárea, bucal o parenteralmente, sólo está aceptada cuando estén indicados, puesto que no ayudan cuando son innecesarios, pero pueden ocasionar mayor dolor en las contracciones puerperales y problemas en el drenaje de los loquios. Por el contrario, en los casos de atonía y subinvolución deben emplearse a dosis suficientes.

6. Drenaje vesical:

La morbilidad infecciosa de las vías urinarias aumentan paralelamente a la presencia de una sonda vesical y a la repetición de los sondados. Por ello, la sonda debe retirarse inmediatamente después del acto quirúrgico, una vez que se está seguro de la claridad y drenaje adecuado de la orina. Posteriormente hay que procurar el establecimiento de la micción espontánea, lo que casi siempre se logra con la movilización temprana, la hidratación suficiente, la ausencia de dolor y las medidas paramédicas empleadas para su evacuación. Por lo tanto, nos oponemos a las normas que aconsejan dejar colocado por lo menos 24 horas el catéter vesical, ya que esto acarrea frecuentes

temente infección y trastornos en el vaciamiento - del tipo de la paresia vesical. Esto no quiere de cir que en casos en que no se pueda establecer es- pontáneamente la micción, no se tomen medidas para la evacuación vesical, evitando la sobredistensión de la vejiga.

7. Deambulación temprana:

Es este uno de los mayores adelantos en la cirugía moderna, ya que ayuda a prevenir las trombo- sis venosas, las insuficiencias respiratorias, la paresia vesical y la constipación, colaborando a la recuperación general más rápida de la paciente. En las primeras horas se aconseja la movilización de miembros, el masaje de los mismos, los ejercicios respiratorios y el evitar una misma postura en forma continua. Despues de 12 a 24 horas se permite la deambulación a la enferma, en forma ligera y no extenuante, para lo cual ayuda una faja o vendaje abdominal. A partir del segundo día la deambulación es libre.

8. Alimentación:

En las primeras horas está contraindicada la vía bucal, por el peligro de producir náusea y vómito, dilatación aguda del estómago, meteorismo y por lo tanto malestar. Además, como se tiene una aplicación parenteral de líquidos, es absolutamente innecesaria. Al día siguiente y si no hay contraindicación, se administra una dieta líquida, que al segundo día postoperatorio puede cambiarse por una blanda. Una vez que la enferma haya evacuado, se le puede dar una alimentación normal.

9. Cuidados en la herida:

Se acostumbra al día siguiente de la operación descubrir la herida para observarla y si está normal, efectuar simplemente un cambio del apósito, casi siempre manchado con exudados y sangre, por uno limpio y así no favorecer la infección. Si por

el contrario, hay alguna anormalidad en la herida (hematomas, desuniones, puntos sueltos, infección, etc.) se descubre, con la ventaja de que en estos estadios tempranos es más fácil corregirla antes de que haya alteraciones mayores. Al cuarto o quinto día si la evolución es satisfactoria, se procede a retirar los puntos de la piel y a un nuevo aseo de la herida, antes de que la paciente sea dada de alta.

10. Lactancia:

Salvo en casos especiales en los que esté contraindicada o cuando así lo desea la madre, la lactancia materna está permitida a la mujer operada por cesárea y se lleva a cabo en forma similar a la de una puérpera normal.

11. Cuidados generales:

Durante toda su estancia hospitalaria la paciente debe de estar vigilada constantemente. Así en las primeras horas, el registro frecuente de los signos vitales, la cantidad de sangrado por vía vaginal y el establecimiento de la micción, se observan rutinariamente. En los días subsecuentes, la presencia o no de fiebre; la cantidad de sangrado; el grado de involución uterina; y la evacuación intestinal, ocupan el interés, al grado de que por ejemplo, cuando la evacuación no se ha efectuado para el tercer día, debe de inducirse mediante laxantes suaves, suppositorio o enemas ligeras.

12. Estancia hospitalaria:

En casos sin complicaciones, ésta dura de cinco a seis días. Más allá de ellos, no hay ningún beneficio para la paciente, aumentando en cambio inútilmente los costos de la operación. La paciente debe ser dada de alta en el quinto o sexto día postoperatorio, cuando su evolución ha sido satisfactoria.

13. Cuidados postoperatorios lejanos:

Por último, a continuación se refieren las medi

das que deben aconsejarse a la operada, para la mejor evolución de su operación:

13.1. Revisión ginecológica:

Alrededor de seis semanas después de la operación debe efectuarse una revisión ginecológica completa, para determinar si la involución uterina fue completa, si los órganos pélvicos están libres y normales, si existe retroposición uterina, cervicitis, leucorrea u otra enfermedad y hacer la evaluación de la herida abdominal; si se encuentra algo anormal, debe tratarse inmediatamente.

13.2. Planeación del siguiente embarazo:

Por estudios que se han efectuado en la cicatrización de estas operaciones y de las causas de las dehiscencias, hemos llegado a la conclusión de que una paciente sometida a operación cesárea debe dejar un mínimo de 2 años antes de una nueva concepción, tiempo que tarda en afirmarse la resistencia de la cicatriz y evitar así una predisposición a la dehiscencia.

13.3. Estudio de la cicatriz:

Antes de esa nueva gestación, es conveniente conocer aunque sea indirectamente el estado de la cicatriz resultante de la operación. Para ello hay métodos clínicos, radiológicos e histológicos. Basta aquí señalar que se aconseja de los 6 meses postoperatorios en adelante, un estudio radiológico de la cicatriz. En caso de que la imagen resultante sea normal o con el defecto ístmico habitual, se espera más tranquilamente el siguiente embarazo; que cuando se hallan imágenes anormales.

Procedimientos quirúrgicos agregados:

Antes de terminar este capítulo sobre la técnica de la operación cesárea, se referirá el problema de efectuar operaciones extras además de la cesárea,

durante el desarrollo de la misma. Los autores que recomiendan hacer apendicectomías, hernioplastías, salpingofoorectomías, uteropexias y miomectomías, aducen que no aumenta la morbilidad y que se puede eludir padecimientos que después darían problemas. Otros afirman por el contrario, que aumentan definitivamente el riesgo. Se cree que la postura correcta es la expresada en el capítulo, sobre complicaciones maternas. En las operaciones cesáreas efectuadas en casos graves o cuando existan complicaciones, no debe efectuarse cirugía agregada; por el contrario, cuando la operación es electiva o sin problemas, se puede hacer cirugía extrauterina, si no presenta dificultades, por ejemplo, extirpación de quistes ováricos, apendicectomías, hernioplastías y plastias de pared, pero no se recomiendan las miomectomías, las pexias uterinas o las apendicectomías difíciles.

CUADRO N° 5

NORMAS QUE DEBEN REGIR EL ACTO QUIRURGICO EN UNA OPERACION CESAREA

1. Disminuir al máximo el traumatismo
2. Manipular al mínimo los tejidos
3. Proteger la herida contra la infección
4. Mantener un riego sanguíneo adecuado
5. No alargar innecesariamente la intervención
6. Hacer buena hemostasia
7. Utilizar el mínimo material de sutura
8. No hacer demasiados puntos o tan apretados que produzcan necrosis
9. No dejar tensión en las heridas
10. Evitar dejar cuerpos extraños
11. Eliminar los restos de tejidos necróticos, desvitalizados
12. Evitar acumulación de exudados
13. No dejar espacios muertos
14. Efectuar un drenaje adecuado
15. Inmovilizar la zona operada
16. Elevar el estado general
17. Evitar en el postoperatorio la infección, la subinvolución y el drenaje inadecuado.

CUADRO N° 6

VENTAJAS DE LA CELIOTOMIA MEDIA INFRAUMBILICAL EN RELACION A LA DE TIPO PFANNENSTIEL, EN LA OPERACION CESAREA

1. Es más fácil técnicamente
2. Es más rápida
3. Sangra menos
4. Logra mejor campo operatorio
5. Puede hacerse más grande con facilidad
6. Se puede extraer más fácilmente el feto
7. Su reparación es más sencilla
8. Ocasiona menos hematomas de la pared
9. Permite la reparación de hernias umbilicales y diastasis
10. Se puede repetir sin dificultad, cuantas veces sea necesario

C. ANESTESIA.

El 19 de enero de 1847, Sir James Young Simpson por primera vez utilizó la anestesia en la práctica obstétrica. El anestésico empleado fue éter. El mismo Simpson el 4 de noviembre de ese año inhaló cloroformo, en su empeño de aliviar los dolores del parto. Sin embargo, eso fue muy combatido no sólo por los médicos, sino también por los clérigos, que se apoyaban en la sentencia bíblica "parirás con dolor", por lo que inicialmente su uso fue casi prohibido. El paso fundamental fue dado el 7 de abril de 1853, cuando John Snow administró cloroformo a la reina Victoria durante el nacimiento de su octavo hijo, el príncipe Leopoldo. El obstetra fue Sir James Clark.

De ahí en adelante se implantó la anestesia en la obstetricia y en especial en la cirugía obstétrica, siendo un factor determinante en el desarrollo y popularización de la operación cesárea. Las primeras sustancias utilizadas para la anestesia en la operación cesárea fueron el éter y sobre todo el cloroformo, el cual, en este siglo y debido a los efectos colaterales tan grandes que posee, se cambió por Balsoformo y posteriormente a los gases que hoy utilizamos. Las técnicas también mejoraron notablemente y desde la aplicación directa o en circuito abierto, se ha pasado a los procedimientos más modernos de anestesia con ventilación, intubación y respiración controlada. Por otra parte, desde el descubrimiento de los anestésicos locales a principios de este siglo, se empezaron a utilizar ampliamente en la ejecución de las operaciones cesáreas, las llamadas anestesias regionales, principalmente la raquianestesia, que a partir del trabajo original de Fidel Pagés en 1921 y sobre todo después de la difusión que le hizo Bromage en 1961, ha cedido su lugar a las anestesias peridurales tan en moda hoy en día.

Esta evolución en los métodos de anestesia se ha manifestado igualmente en nuestro medio, sustituyendo la raquídea por la peridural que, a su vez ha desplazado, en parte, a la general. La analgesia - por infiltración se usa poco, tanto en el tipo de pacientes, como en el criterio obstétrico y anestesiológico.

Métodos de Anestesia

Como ya se señalaba en un comentario acerca del manejo anestésico en la operación cesárea, no existe un procedimiento "ideal" de anestesia que además de ser efectivo, no produzca efectos indeseables a la madre y al feto, en todos y cada uno de los problemas obstétricos capaces de indicar una operación de este tipo. Por ello, se utilizan diversos métodos, con diferentes aplicaciones, ventajas y desventajas.

I. Anestesia general. Es aquella en la cual hay pérdida de la conciencia, relajación muscular y ausencia de sensaciones dolorosas. Se utilizan dos tipos:

- a) Por inhalación con gases del tipo éter, óxido nitroso, ciclopropano, trilene, halothane, etc.
- b) Intravenosa. Inyectando por esa vía, drogas anestésicas del tipo de los barbitúricos - (pentotal, tiopental, kemital, etc).

II. Anestesia regional. También llamada por conducción, en la cual la ausencia de sensibilidad dolorosa se circunscribe sólo a una parte del cuerpo. Se usan varios tipos para la operación cesárea:

- a) Local que produce la analgesia por infiltración directa en la incisión y campo operatorio.

se dice b) Por bloqueos nerviosos, como son la raquídea, la anestesia espinal o blo-
queo subaracnoidal, con aplicación de
anestésicos a la solución anestésica en ese lugar.
La peridural o bloqueo epidural, en el
cual el anestésico es colocado en el
espacio previo, es decir, en el epidu-
ral. Y la caudal que se aplica a tra-
vés del hiato sacro.

Cada uno de estos métodos tiene sus ventajas y sus desventajas.

D. COMPLICACIONES MATERNA

Estudio de las principales complicaciones maternas en la operación cesárea.

Pasando ya directamente al análisis de las complicaciones producidas por la operación en sí misma, que como se verá son muchas y de diversa índole, algunas mortales y la mayoría mínimas, lo primero es conocerlas para tenerlas en mente; después agruparlas para recordarlas fácilmente. Se clasifican en esta forma buscando un objetivo didáctico, aclarando que algunas son transoperatorias y otras, la gran mayoría, se presentan postoperatoriamente.

I. A pesar de vivir en plena era antibiótica, contar con muchos y muy potentes antimicrobianos y efectuar operaciones en condiciones asépticas, la causa de mayor morbilidad en nuestro medio y en la mayoría de los lugares de la Tierra es la infección. Esto era comprensible, como ya se señaló, en épocas pasadas y aún en la iniciación del presente siglo, pero de ninguna manera en la época actual. Sin embargo, la realidad es ésta y así tenemos que desde el clásico trabajo de Dieckmann, que ya señalaba en el año de 1946 que la infección era la causa más frecuente de muerte de las pacientes, se ha venido informando este problema, dentro de las principales causas de muerte, al grado de que por ejemplo, Stallworthy informa en 1966 que el 18 por ciento de las muertes por operación cesárea en Inglaterra y Gales, es por infección, y por su parte Stevenson, al analizar 45 muertes postcesárea, ocasionadas por sepsis, subraya la importancia del problema y señala que la mayoría de las veces, estas operaciones no se efectúan en buenas condiciones, evitándose un 75 por ciento de las muertes.

El que se sigan perdiendo vidas y complicando el

estado de las enfermas por infección, es por:

- a) Debido a que se cuenta con muy potentes y excelentes antimicrobianos, se descuidan ocasionalmente las elementales normas de asepsia y antisepsia, no sólo el cirujano y ayudantes son muchas veces los culpables, sino también en el quirófano y el personal de enfermería, todo ello sobre todo en los centros con mucho trabajo, que por lo mismo (cansancio, premura de tiempo o descuidos), olvidan lo necesariamente establecido.
- b) Por razones similares a las anteriores, - cuando se ejecutan operaciones técnicamente defectuosas, con inadecuada hemostasia, cierres incompletos, espacios muertos, apertura de vejiga o intestino, mala peritonización, etc. No hay que olvidar como acertadamente señala Sopeña, que los antibióticos no eximen al cirujano de una técnica correcta.
- c) Cuando las pacientes sometidas a esta intervención están en mal estado general de defensa o con algún padecimiento que ayuda o predispone a la infección como son la anemia, deshidratación, agotamiento, toxicemia y diabetes.
- d) Cuando la enferma ya tiene un proceso infeccioso genital evidente, o la llamada infección potencial, por ruptura prematura de las membranas, tactos repetidos y exploraciones no asépticas.
- e) Y cuando existe infección en otra parte del organismo, capaz de extenderse al aparato genital.

CUADRO N° 7

COMPLICACIONES MATERNA EN LA OPERACION CESAREA

I. INFECCIOSAS

- 1. Fiebre de origen a determinar
- 2. Infección de la herida
- 3. Infecciones uterinas
 - 3.1. Endometritis
 - 3.2. Miometritis
 - 3.3. Infección de la histerorrafia
- 4. Infecciones pélvicas
 - 4.1. Parametritis
 - 4.2. Celulitis pélvica
 - 4.3. Pelviperitonitis
- 5. Infecciones peritoneales
 - 5.1. De origen genital
 - 5.2. Por cuerpos extraños
 - 5.3. Por lesiones a órganos vecinos
- 6. Septicemias
- 7. Mastitis
- 8. Infecciones extragenitales

II. HEMORRAGICAS

- 1. Rotura de varices en el segmento
- 2. Separación de la vejiga
- 3. Corte lateral del útero
- 4. Prolongación de la incisión
- 5. Sangrado miometrial

6. Extracción incompleta de la placenta
7. Placenta acreta y/o sobre la cicatriz
8. Hemostasia inadecuada en la histerorrafia
9. Hematomas en los ángulos de la incisión
10. Sutura del labio superior de la pared posterior.
11. Lesiones del miometrio
12. Atonía uterina
13. Trastornos de la coagulación

III. ANESTESICAS

1. Náuseas y vómito
2. Cianosis
3. Broncoaspiración
4. Obstrucción de las vías respiratorias
5. Espasmos de las vías respiratorias
6. Paro respiratorio
7. Hipotensión
8. Alteraciones en la frecuencia cardiaca
9. Insuficiencia cardiaca
10. Paro cardíaco
11. Reacciones toxémicas
12. Convulsiones
13. Hipotermia
14. Excitación
15. Cefalalgiea
16. Punción de la duramadre

IV. URINARIAS

1. Cistitis
2. Paresia vesical
3. Ureteropielitis
4. Lesiones a la vejiga
5. Traumatismo sobre el uretero
6. Fístulas urogenitales
7. Insuficiencia renal aguda
8. Exclusión renal

V.

DIGESTIVAS

1. Dilatación aguda del estómago
2. Ileo paralítico
3. Obstrucción intestinal mecánica
4. Lesiones traumáticas

VI.

RESPIRATORIAS

1. Infecciones. Bronconeumonía
2. Broncoaspiración
3. Embolia e infartos pulmonares
4. Edema agudo del pulmón

VII.

VASCULARES

1. Tromboflebitis
2. Flebotrombosis
3. Embolias

VIII. EN LA PARED ABDOMINAL

1. Fusión del tejido celular
2. Infección de la herida. Abscesos
3. Dehiscencia de planos superficiales
4. Eventración

IX.

POSTRANSFUSIONALES

1. Reacciones urticariantes
2. Insuficiencia renal aguda
3. Transmisión de enfermedades

X.

TOXICAS

1. Anafilaxia por medicamentos
2. Reacciones a sustancias y a materiales

XI. COMPLICACIONES TARDIAS

1. Endometriosis
2. Hernia de la pared
3. Déhiscencia de la cicatriz uterina
4. Sinequias
5. Alteraciones de la fertilidad

Obviamente hay que puntualizar que la infección (la complicación más común en muchos sitios), alcanza cifras increíbles al estar presente en las operaciones, no es necesariamente mortal, sino que por el contrario, casi siempre es sólo transitoria y abarca desde la infección de la pared, pasando - por infecciones localizadas en la cúpula vaginal, parametritis, endometritis, hasta procesos más avanzados y graves como las pelviperitonitis, peritonitis generalizadas y septicemias.

Para determinar la gravedad del proceso, además del grado de extensión, está el estado de resistencia del huésped y el tipo de germen; se encuentran desde gémenes grampositivos no patógenos, hasta los gramnegativos, enterobacterias e inclusive - *Clostridium perfringens*.

Por otra parte, la infección no se localiza es exclusiva del aparato genital y del abdomen, también se encuentra en el aparato urinario y en el aparato respiratorio, así como en las mamas. También se presentan en ocasiones, padecimientos infectocontagiosos ajenos en sí mismos al acto quirúrgico, como los de difteria, informados por Dexeus. Todo ello debe estar comprendido dentro de la morbilidad infecciosa en relación a la operación, junto con los

casos de fiebre de origen no determinado.

Afortunadamente, la mayoría de las infecciones son banales y se localizan especialmente en las capas superficiales de la pared abdominal. En orden decreciente de frecuencia, mas no de importancia, se han encontrado endometritis, casos con fiebre de origen no determinado, infecciones urinarias, peritonitis, infecciones respiratorias y mastitis; ya que una misma paciente puede tener infección en dos o más sitios a la vez, por ejemplo en el útero y en la pared y están considerados como casos individuales en cada localización. Además, se han dado varios casos que traen infección previa que persiste, y aunque no es una complicación de la operación, que dan englobados dentro de la morbilidad.

Dentro de las complicaciones infecciosas y sólo como causante de ellas, se mencionará el desagradable hecho de olvidar dentro de la cavidad cuerpos extraños y en especial "textilomas". En este hecho que casi siempre se oculta, se encontró un caso que correspondió a cuatro compresas con extracción puerperal temprana y dos gasas que ameritaron la reintervención más tarde. Estos procesos producen un cuadro similar al infeccioso puro y muchas veces se catalogan y tratan de esa manera, ya que a la larga se acompañan de infección. Es necesario llamar la atención al respecto. Es inadmisible que un cirujano, que se aprecie de serlo, cometa este error, máxime que en la actualidad en todos los quirófanos - se lleva la cuenta de gasas y compresas y no debe cerrarse el abdomen hasta que dicho recuento esté completo. El problema se presenta por un apresuramiento no justificado o por exceso de trabajo, casi siempre en hospitales que laboran por el sistema de guardias. Un consejo al respecto, es tener presente por rutina, que toda gasa o compresa que se utilice en el abdomen abierto, debe estar cogida o "montada" en una pinza, contando las que se meten, por

el sistema que se deseé.

II. Otra de las complicaciones más importantes es la hemorragia. Debido a ella se siguen perdiendo vidas maternas en proporciones que varían, siendo la principal causa de muerte en la operación cesárea, en algunas instituciones de Sudamérica y Europa, y que por el mejoramiento en las técnicas quirúrgicas, el avance en el conocimiento de los mecanismos de la coagulación y sobre todo con el uso de la transfusión de sangre, ya no debían suceder. Es decir la muerte por esa causa, siempre, o casi siempre, puede prevenirse.

La hemorragia puede presentarse durante la operación o después, y puede ser ocasionada por procesos preoperatorios, accidentes transoperatorios y complicaciones postoperatorias. Entre los primeros, están principalmente los sangrados abundantes y algunas veces mortales de la placenta previa, del desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta y de los tumores genitales que indican la operación, pero que cuando ésta se efectúa, la paciente ya está en choque hipovolémico, o ya es portadora de un cuadro con alteraciones importantes de la coagulación y el acto quirúrgico no es más que un factor coadyuvante en el desenlace, como sucedió con una paciente con hipofibrinogenemia. Los accidentes operatorios capaces de ocasionar hemorragia aguda son:

1. Rotura de varices en el segmento
2. Hemorragia al separar una vejiga adherida con o sin lesión de la misma.
3. Corte lateral del útero, especialmente - por no corregir la dextrorrotación.
4. Prolongación de la incisión hacia los vasos uterinos y parametros sobre todo al extraer la cabeza fetal, más, si ésta está impactada.

5. Sangrado intenso del músculo uterino en las técnicas verticales.
6. Extracción incompleta de la placenta o de las membranas.
7. La placenta acreta y sobre la cicatriz anterior.
8. Mala hemostasia en la sutura.
9. Hematomas a partir de los ángulos mal suturados de la incisión, especialmente hasta los ligamentos anchos.
10. Sutura del labio superior de la herida a la pared posterior del útero.
11. Lesiones del miometrio, especialmente en la cara posterior y laterales del segmento, tratando de suturar vasos sangrantes y hemorragia en capa.
12. Atonía uterina
13. Trastornos de la coagulación sanguínea.

Estos mismos accidentes operatorios pueden hacerse ostensibles hasta el post-operatorio y ser la causa del sangrado en ese período.

Leyendo la lista anterior, se entiende por qué se dice que estas causas son remediables, si es que nos damos cuenta de ello a tiempo, y que lo fatal es no darse cuenta y achacar la pérdida sanguínea a otra causa, como cuando se trata de un desgarro de un vaso importante y se piensa que sea ocasionado por una atonía y se enfoque la terapéutica hacia ello. Por lo que se señala lo mismo que en toda cirugía, "Lo importante al cometer un error, es darse cuenta de ello para remediarlo inmediata y adecuadamente, - presentándose las complicaciones graves cuando dicho accidente pasa inadvertido".

En la serie, dos pacientes murieron a consecuencia de este accidente. En ambos casos, el problema hemorrágico fue preoperatorio y se llevó a cabo la

operación en estadios finales, ya con pronóstico muy poco halagador. Esto es muy importante, ya que varias de las pacientes, llegaron al acto quirúrgico en anemia aguda, y sobre todo porque como se ha visto, un porcentaje importante de los casos presentó sangrado anteparto, casi siempre por placenta previa y DPPNI, sangrado que en algunos casos fue de tal magnitud, que prácticamente llevó a la paciente a la muerte como en los casos que se relataron. Estrictamente hablando, el sangrado preoperatorio no debe catalogarse como morbilidad de la operación, aunque sí influye notablemente sobre la misma, porque muchas veces indica la intervención en condiciones precarias.

Por otra parte, derivada en sí misma del acto quirúrgico, hubo hemorragia como complicación transoperatoria, principalmente por sangrado mayor de lo habitual, además de la prolongación de la incisión, problemas que son mucho mayores en las técnicas verticales. Dentro del sangrado van incluidos la placenta pércreta, frecuente en estos casos, el útero de Couvelaire, las varices en el segmento, la hipo-fibrinogenemia, la ruptura uterina, la hipotonía y los hematomas en el ligamento ancho, problemas unos coincidentes con la operación y otros derivados de ella.

A pesar de que los procedimientos anestésicos utilizados cada vez son más seguros, y de que las drogas manejadas son cada vez menos tóxicas, las pacientes sometidas a operación cesárea presentan complicaciones, algunas mortales, derivadas de la anestesia en sí misma; colocándose estos procedimientos entre una de las causas más importantes, dentro de la mortalidad materna, y correspondiendo, aproximadamente una muerte derivada de complicación anestésica por cada mil operaciones cesáreas.

Se puede resumir al respecto que las muertes

sobrevienen casi siempre por alguno de los siguientes mecanismos:

1. Administración defectuosa; por método inadecuado o dosis mal aplicada, casi siempre excesiva y tóxica.
2. Anafilaxia; especialmente a algunos de los agentes utilizados.
3. Obstrucción de las vías respiratorias; por espasmo, secreciones o cuerpo extraño.
4. Paciente con gran riesgo anestésico; cerca del 75 por ciento de las operaciones cesáreas son de urgencia, hay pacientes obesas, toxémicas, con sedación profunda, estómago lleno, deshidratación, padecimiento general, etc.

Dos casos mortales sucedidos correspondieron: a una paciente que al introducirle xilocaina en el bloqueo peridural, presentó un paro cardíaco y aunque se logró reanudar el latido cardíaco con toracotomía y masaje, ya la paciente había tenido hipoxia cerebral que le ocasionó la muerte a los 6 días. La otra paciente tuvo una obstrucción de la porción alta de las vías respiratorias que empezó por un laringospasmo y en la cual dicha obstrucción después fue irreversible.

Afortunadamente la enorme mayoría de las complicaciones ocasionadas por la anestesia son transitorias. Las principales son: en la analgesia por conducto, la hipotensión, y la analgesia insuficiente que ameritan complementación en más o menos el 20 por ciento de los casos. Siguen en menor grado, la punción de la duramadre, convulsiones, hipertensión, temblores, choque anafiláctico, cianosis y cefalalgoria. En la anestesia general, vómito, hipotensión, laringospasmo, hipertensión, broncoaspiración, choque, apnea, reacción anafiláctica, taquicardia, cefal-

inalgia, etc.

IV. Un gran porcentaje de la morbilidad postcesárea está constituido por las complicaciones en el aparato urinario, que comprenden en primer lugar, por su frecuencia, los problemas infecciosas como las cistitis o ureteropielitis, predispostas por la estasis uretral del embarazo y por ser enfermas con bajas reservas, y sobre todo anémicas. Además, intervienen especialmente los sondeos repetidos y los traumatismos sobre la vejiga o ureteros. Factores todos que ayudan a la aparición de esta enfermedad que es fácilmente previsible, ya sea elevando al estado general de las pacientes, o evitando los sondeos vesicales repetidos o las sondas a permanencia y los traumatismos con separadores o pinzas, sobre sus órganos.

El más grave de los accidentes de este aparato, es la insuficiencia renal aguda que puede ser ocasionada: por infección especialmente acompañada de bacteremia generalizada y/o choque bacterémico; por hipovolemia e hipotensión en los grandes cuadros hemorrágicos; y por las reacciones postransfusionales con sangre incompatible.

Pero sobre el aparato urinario se efectúan además ocasionalmente traumatismos que dan lugar a una morbilidad bastante más alta que la que en realidad se informa, ya sea porque el cirujano no los señale porque ya los reparó, o porque muchas veces pasan inadvertidos. En los centros con mucho trabajo, las pacientes tienen descargas tempranas y cursan un postoperatorio más o menos difícil, pero se controlan, necesitando después los servicios de urología, por lesiones con pérdida de sustancia, como fistulas vesicovaginales o vesicocervicovaginales de las que cada vez se ven más casos, con su clásico sangrado vesical transmenstrual, menuria o

síndrome de Youssef, quien desde 1957 ya describió 7 casos con esta sintomatología. Menos frecuentemente se producen lesiones uretrales en forma de fistulas ureterovaginales, hidronefrosis o riñón excluido; lesiones causadas al tratar de desimpactar por la vía abdominal la cabeza fetal, occasionando desgarros vaginal cervicales que al suturarse lesionan el uretero, o causados al tratar de hacer hemostasia sobre los vasos uterinos cuando se dañan, principalmente al no corregir la dextrorrotación, por lo que son más frecuentes las lesiones del uretero izquierdo.

V. En el aparato digestivo, las complicaciones de la operación se manifiestan en forma de dilatación aguda del estómago, ya casi desaparecida actualmente, y en la falta de tránsito intestinal, sea por obstrucción mecánica; cuando se fija un asa inadvertidamente a la pared o a alguna de las suturas peritoneales o cuando se introducen asas entre adherencias no resecadas en pacientes con varias operaciones; o lo que es más frecuente, por ileo paralítico. Esta entidad es bastante frecuente por las siguientes razones:

- a) Compresión del intestino durante el embarazo y descompresión brusca postparto.
- b) Exageración del problema anterior con las compresas de aislamiento durante la operación, sobre todo cuando se introducen en exceso.
- c) Como manifestación refleja de infección peritoneal y
- d) Como consecuencia de desequilibrio hidroelectrolítico postoperatorio.

Por último, en raras ocasiones se producen lesiones al recto, al sigmaoides y a las asas del intestino

tino delgado con la aguja, por cortes o arrancamientos, sobre todo en los procesos adherenciales y que cuando pasan inadvertidas presentan complicaciones muy graves. Hubo 2 casos de lesiones al intestino, uno de ellos mortal por lesión al yeyuno que produjo una peritonitis, ameritando reintervención y que ocasionó la muerte de la paciente. Aparte de este caso desagradable, no se ha tenido ninguna otra complicación grave sobre el aparato digestivo, y los más comunes han sido los problemas de tránsito intestinal, que casi siempre son consecutivos a procesos infecciosos peritoneales.

VI. En el aparato respiratorio las principales complicaciones son las infecciosas, especialmente son las broncopulmonares, presentes en el 1 al 2 por ciento de los casos, aunque se pueden encontrar raramente bronconeumonías de tipo químico, después de aspiraciones de contenido gástrico. Los cuadros más graves son de embolias y/o de infartos pulmonares que muchas veces pasan sin ser diagnosticados a pesar de la gravedad del cuadro; se ha advertido que, desde que las medidas trans y postoperatorias encaminadas a su prevención han sido puestas en juego, su frecuencia ha bajado notablemente. En ocasiones, cuando la cantidad de líquidos administrados a la paciente es enorme, se puede llegar a producir un edema agudo del pulmón.

VII. Además del cuadro de embolismo pulmonar ya referido, unas de las complicaciones vasculares postoperatorias más frecuentes son la tromboflebitis y flebotrombosis, especialmente en los miembros inferiores, más común después de la cirugía obstétrica que de otro tipo de cirugía, ya que a los factores causantes habituales, como son la inmovilización postoperatoria y la anestesia, se agregan como predispónentes en la mujer puérpera, el antecedente de va-

ricosidades desde los primeros embarazos, la presencia de demas que comprimen los vasos, el aumento de presión abdominal, la compresión del útero gestante sobre la vena cava y como consecuencia, el aumento de la presión venosa en los miembros inferiores y la estasis resultante, además de la frecuencia de procesos infecciosos genitales y la anemia habitual, fenómenos todos que favorecen la aparición del cuadro. Claro está que con la profilaxis durante el embarazo, la prevención de una infección, la movilización temprana y el uso de anticoagulantes, se ha disminuido notablemente este proceso.

VIII. En la pared abdominal sucede la más común de las complicaciones que es la fusión del tejido celular, con desunión simple de los planos superficiales, casi siempre acompañada de la infección de la herida.

Un accidente que aunque bastante más raro es más grave, es la eventración postoperatoria en los primeros días del puerperio y que se debe a una falla en la sutura, especialmente de los planos aponeuróticos, o a factores indirectos que originan la desunión de la pared, como son la formación de hematomas o abscesos, distensiones bruscas y exageradas del abdomen, y cicatrización defectuosa por mal estado general de la paciente, anemia, desnutrición, diabetes, sepsis, etc.

IX. Un accidente que está muy relacionado con las grandes pérdidas sanguíneas es el producido por las transfusiones, especialmente por sangres incompatibles, ocasionado por equivocación tanto en las pruebas de determinación de grupo, Rh y pruebas cruzadas, como en la entrega o aplicación de frascos inadecuados. Otras veces es por problema de urgencia, cuando existe tal magnitud el sangrado, que se aplica la sangre que se tiene a mano como medida transitória, mientras

se establece la relación de sangres. Todo esto sucede principalmente, en sitios en los cuales no se cuenta con el servicio de banco de sangre con personal capacitado, cercano o en la zona de trabajo obstétrico.

Estos accidentes postransfusionales especialmente de incompatibilidad a grupo o a Rh, pueden ocasionar como es de todos conocido, desde pequeñas reacciones de tipo alérgico, como erupción y urticaria, hasta cuadros más graves como la insuficiencia renal aguda, por depósitos de hemoglobina en los túbulos renales. Por otra parte, no hay que olvidar que la sangre obtenida aún de donadores bien controlados, puede ser portadora de enfermedades transmisibles como la sífilis y más frecuentemente la hepatitis.

Todo ello hace recomendar se evite la aplicación rutinaria de sangre que algunos médicos hacen durante sus operaciones cesáreas y recordar que sólo hay que aplicar sangre cuando sea necesario y en cantidades no excesivas.

Una de las grandes ventajas es contar con un banco de sangre con personal capacitado las 24 horas del día y dentro de la sección tocoquirúrgica, que además de proporcionar las sangres requeridas rápidamente, siempre están dentro de los mayores márgenes de seguridad posibles.

X. La reacción tóxica a medicamentos, sustancias y materiales utilizados se encuentra entre los problemas ocasionales derivados de las intervenciones quirúrgicas. El uso intensivo de drogas y en especial de antibióticos, muchas veces innecesario y sólo rutinario, ocasiona reacciones anafilácticas que aunque raras, dada su gravedad son importantísimas, ya que como lo he expuesto en otra ocasión, un 25 por ciento de los choques por penicilina son morta-

les y se presenta un choque por cada 1,200 a 1,500 pacientes tratadas.

En varias pacientes tratadas con antibióticos, se han visto 3 casos con choque anafiláctico, (todos ellos en enfermas sometidas a operación cesárea), dos a penicilina, uno mortal, y otro a tetraciclina también mortal. Este último fue el de una paciente de 25 años G-V, P-III, C-I, obesa, y con anemia, que por desproporción cefalopélvica se le practicó la segunda operación cesárea, aparentemente sin complicaciones. En las órdenes postoperatorias, por rutina del médico tratante, se le administró terramicina endovenosa, produciéndose el choque y muriendo la paciente pocos momentos después. El caso mortal con penicilina fue el de una paciente de 35 años - G-XI, P-IX, A-I, con ruptura prematura de las membranas e infección amniótica, a la que se le aplicó penicilina como tratamiento y al presentarse el choque y no resolverse por los medios habituales, aunque había duda de la viabilidad fetal, se practicó la operación en estado preagónico. Como efectuar la sensibilización previa no es útil y sí peligroso, hay que tener en mente estos casos, para evitar el uso indebido de antibióticos.

XI. Como complicaciones tardías se ha informado en endometriosis, sobre todo cutánea y en el espacio prevesical. En realidad nunca se ha visto una endometriosis atribuible a operación cesárea, y se aclara que por razones raciales y socioeconómica, entre nosotros, la endometriosis es un padecimiento no muy frecuente. La hernia de la pared, especialmente en incisiones verticales ha sido hallada hasta en un 4 por ciento. También rarísima vez se ha visto esta complicación, encontrando más frecuente la diastasis de los músculos rectos, que puede deberse más aún a la distensión abdominal en los diversos embarazos, que a una complicación de la operación -

en sí misma. Sólo se quisiera relatar aquí, someramente, un caso de una paciente en muy grave estado de desnutrición, con hernia de pared postoperatorio cesárea efectuada en el campo, con infección posterior de la herida y cicatrización defectuosa de la misma; en el siguiente embarazo, la distensión del abdomen ocasionó no sólo la desunión de la cicatriz de la pared sino la necrosis de toda ella, con desprendimiento de la misma y formación así de una verdadera "ventana" abdominal, a través de la cual se veía perfectamente el útero y sus deslizamientos en la respiración; al sexto mes de gestación se envió para su tratamiento, que por otro lado no tuvo mayor problema, efectuándole una plastia de pared.

La eventualidad tardía más importante por su frecuencia es la dehiscencia de la cicatriz uterina en un subsecuente embarazo. Es más frecuente, especialmente, en las pacientes con varias cicatrices, con postoperatorio complicado, con incisiones verticales, cuando la placenta se implanta sobre la cicatriz y cuando el nuevo embarazo sobreviene antes de 2 años del anterior.

Ocasionalmente se encuentran adherencias intracavitarias después de una operación de este tipo. Esto sucede principalmente cuando hay complicaciones infecciosas, retención de restos o que se adosen en la sutura indebidamente las dos caras de la cavidad.

Por último, se ha escrito que las mujeres portadoras de una o más operaciones cesáreas disminuyen su fertilidad, pero esto es artificioso porque el descenso en el número de embarazos postoperatorio cesárea es voluntario. Se pudo comprobar en un estudio encaminado al respecto, siguiendo a un grupo de pacientes con operación cesárea, no solo viendo clínicamente cuantas se embarazaban y cuantas no y las causas de lo anterior, sino también con controles -

radiológicos del istmo y de la función tubaria, que no existe disminución de la fertilidad postcesárea, derivada del acto operatorio.

E. CESAREA REPETITIVA E ITERATIVA.

Sup. ~~en riesgo~~ n.º

La seguridad que en su ejecución fue alcanzando la operación cesárea, motivó que poco a poco se fueran realizando nuevas intervenciones en las pacientes con operación cesárea previa. No se conoce el dato preciso de cuándo sería la primera vez que se intentó una operación cesárea repetida, por quién y qué resultados se obtuvieron, lo que sin duda sería muy interesante; pudiendo sólo presumir que probablemente esto no sucedió hasta ya entrado nuestro siglo y posiblemente dentro de los primeros cinco lustros.

Sin embargo, el auge que ha adquirido la repetición del acto quirúrgico, sobre todo en las escuelas que siguen el axioma de "una cesárea, siempre cesárea", es enorme, al grado que ha alcanzado más allá del 60 por ciento de todas las operaciones cesáreas practicadas. De ahí la importancia de precisar no sólo sus indicaciones, sino que se debe conocer los peligros y complicaciones que acompañan a estos problemas, y cómo deben resolverse, puesto que la cesárea de repetición representa una diferente entidad dentro de la patología obstétrica. Además, la cesárea iterativa plantea aún diversos problemas principalmente de índole operatorio, tales como la placenta previa, el acretismo placentario, la dehiscencia uterina, y las adherencias vesicales. Por otra parte, la ejecución de una operación cesárea programada como son la mayoría de éstas, no da los mismos resultados que una de urgencia y como las complicaciones sobre todo maternas no son similares cuando no existe una cicatriz previa, que cuando existe y en especial cuando son múltiples, es necesario conocer el riesgo real de permitir un número exagerado de cesáreas, respecto a la dehiscencia uterina, complicaciones operatorias, prematuridad y morbilidad materna-fetal y sobre todo evaluar si la conducta de recomendar la esterilización des-

pués de cuatro o cinco operaciones cesáreas o practicar la operación cesárea con histerectomía en estos casos es lo indicado, o el peligro de ello es teórico. El exponer la experiencia y criterio al respecto es el objeto del presente capítulo. Todo ello en relación únicamente a la operación cesárea segmentaria, ya que las cesáreas de tipo corporal o segmento-corporal, no permiten llevar a cabo muchas repeticiones.

Concepto:

Cesárea repetida. Se considera así, cuando el acto quirúrgico, independientemente de la causa que la motivó, se lleva a cabo en una paciente con una o más cesáreas previas.

Cesárea de repetición. Término que se usa poco, significa lo mismo que el anterior. Sin embargo, en otros sitios, se utiliza para designar los casos en los cuales la operación cesárea se repite por una misma causa, como podría ser el caso de una desproporción cefalopélvica.

Cesárea iterativa. Anteriormente, se consideraba como operación cesárea iterativa la que se repite, basándose en el significado de la palabra "iterativo", que viene del latín Iterativus (aquel que se repite o reitera) y que corresponde a la cesárea repetida de los autores sajones. Sin embargo para la moderna escuela obstétrica, la designación de cesárea iterativa corresponde a aquella que tiene que efectuarse obligatoriamente por la presencia de un mínimo de dos cicatrices, por lo que el acto quirúrgico actual corresponde a la tercera o más operación cesárea y que es el equivalente de la designación: cesárea múltiple repetida, término utilizado por los autores anglosajones.

Cesárea múltiple. Tal como se acaba de expresar, este término se considera como un sinónimo del de cesárea iterativa.

Por esta gran diferencia de criterios, se procurará casi siempre referirse a los casos en que la operación se repite sin relación específica al número de operaciones cesáreas, como la repetida y sólo cuando se trate especialmente el problema de tres o más cesáreas ejecutadas por el antecedente de dos o más cicatrices previas, se hablará de cesárea iterativa o de la múltiple.

Frecuencia.

La importancia del tema consiste en la gran frecuencia con que se efectúa la operación cesárea repetida. En años recientes se ha observado un aumento importante en el número de pacientes con varias cicatrices uterinas como resultado de su mejor manejo, tanto en la consulta prenatal, durante el pre, trans y postoperatorio y sobre todo desde el punto de vista del pronóstico, al practicarse el estudio histológico de la cicatriz, cada vez con más frecuencia, en estos casos.

Esta frecuencia es muy variable; en las distintas publicaciones hechas al respecto, aparecen oscilaciones que van desde un 20 a un 62 por ciento, y cambian principalmente de acuerdo a:

- 1) Conducta en la paciente que ha sufrido una operación cesárea. Aquellos que siguen la norma de que cuando no exista una causa absoluta de repetir la operación cesárea, se permita la prueba de parto vaginal, obviamente, tendrán cifras menores que aquellos que la ejecutan obligadamente porque existe el antecedente de haberse practicado

una operación cesárea.

2) Esterilización o no de las pacientes con varias cicatrices. Cuando ésta se lleva a cabo rutinariamente, habrá menos casos, que en aquellos sitios en que se deja en libertad a la paciente para tener los hijos que desee.

3) Otros aspectos como son:

- a) Tiempo que incluye la revisión; entre sea mayor y abarque más años pretéritos, las cifras serán más bajas.
- b) Si la estadística es de un solo centro de trabajo o de la recopilación de varios, especialmente si siguen normas de manejo diferentes.
- c) Si se incluyen todas las cesáreas repetidas o sólo las iterativas.

Indicaciones.

El principal motivo para repetir una operación cesárea es la presencia de una o varias operaciones previas. Cuando hay el antecedente de dos o más cicatrices, hay la obligación absoluta de efectuar una nueva operación. Esto, que es lo que se ha conceputado como cesárea iterativa se mantiene, a pesar de que, ocasionalmente se ven partos vaginales normales después de dos operaciones cesáreas; pero es evidente que en estos casos, los riesgos de dehiscencia de cicatriz son mucho más elevados, en especial aquellas de tipo silencioso y que se descubren solamente al hacer la revisión uterina postparto.

Por el contrario, no hay unanimidad en el mane-

jo de la paciente que tiene una sola cicatriz. Existen dos conductas:

a) La de repetir obligadamente la operación. Norma de manejo que caería dentro del grupo de la indicación anterior.

b) La de permitir bajo ciertos requisitos indispensables, una prueba de trabajo de parto. En este segundo caso, hay un porcentaje de pacientes, que a pesar de esta prueba, se operan nuevamente.

En ellas, la indicación de operación cesárea puede ser tan diversa, como las señaladas para la primera, haciendo hincapié en que por la presencia de la cicatriz anterior, se es menos estricto en dichas indicaciones para ejecutar la cesárea, que cuando es la primera.

Tipo de pacientes.

El tipo de pacientes que son sometidas a una cesárea de repetición, corresponde a enfermas jóvenes. Se encuentra en un estudio sobre cesárea iterativa que la edad promedio fue de 29 años, observando que existe un porcentaje de pacientes menores de 20 años, lo que no es de extrañar, ya que la vida reproductiva empieza en general, en nuestro país, y en otros de condiciones geográficas y sociales similares, a edades tempranas.

La mayoría de las pacientes tienen un índice alto de embarazos a pesar de la operación cesárea o cesáreas previas. Se tiene un promedio de 5.3 gestaciones en las pacientes sometidas a cesáreas iterativas; por su parte la paridad, tomando como tal el antecedente de partos vaginales, fue de 3.3 partos por paciente en promedio, lo que señala que ya sea antes de las operaciones cesáreas o después de

la primera, la gran mayoría ha tenido partos vaginales.

Es necesario aclarar que esta altísima frecuencia de pacientes jóvenes con varias operaciones cesáreas, y además, con una alta tasa de embarazos e igualmente de partos, es muy particular de nuestro medio de trabajo. Por razones sociales, culturales y probablemente religiosas, la fecundidad de nuestras mujeres es muy elevada, muy seguida y se inicia desde edades tempranas. Datos que hay que tener en mente para el manejo de los problemas como el que ahora ocupa nuestra atención.

Como es lógico suponer, la edad aumenta en razón directa al número de operaciones cesáreas, lo cual también es válido para el número de gestaciones; en cambio, la paridad está en razón inversa con la edad y gestación, es decir, disminuye; siendo del 3.4 por ciento para la tercera cesárea, y del 1.2 por ciento para la séptima. Esto es explicable por el criterio ya claramente establecido de impedir el parto cuando existen varias cicatrices uterinas, por el peligro que ello implica.

Un hecho interesante que se ha encontrado es el de que la mitad de las pacientes sometidas a cesáreas repetida, presenta el antecedente de uno o más abortos; número sin duda mayor que el de la población general que asiste a los servicios. No se explica la causa, a pesar de ya haber sido también informado por otros autores. No es ocasionado por la presencia de la cicatriz uterina, como a primera vista parecería, puesto que al analizar el antecedente de aborto en relación al número de cicatrices, se encuentra que conforme aumenta el número de operaciones cesáreas, el porcentaje de enfermas con este antecedente disminuye.

Tiempo adecuado para la ejecución de la operación cesárea.

Cuando existe una sola cesárea previa. Los que siguen la norma de permitir el parto postcesárea, obviamente necesitan esperar a que la paciente entre en trabajo de parto, antes de hacerle nueva operación cesárea, si aquél no se resuelve satisfactoriamente. En estos casos no hay problema en relación a cuál es el mejor momento para la ejecución de la operación.

Aquellos pocos casos en los cuales, a pesar de tener una sola operación, se hace la segunda en forma programada ante la inutilidad de someter a la paciente a una prueba de trabajo de parto, caen dentro del párrafo siguiente, es decir dentro de las cesáreas iterativas.

En las cesáreas iterativas (dos o más operaciones previas). Hay que tener en cuenta dos hechos contrarios. Si se interrumpe el embarazo tempranamente para evitar la dehiscencia, que es mucho más frecuente si la paciente entra en trabajo de parto, se corre el riesgo de extraer un feto prematuro, que es otro de los grandes peligros de la cesárea iterativa.

Definitivamente no se es partidario de esperar la iniciación del trabajo de parto, por cuatro razones principales:

1. Se ha encontrado que en esos casos la frecuencia de dehiscencia es mayor.
2. Es muy difícil controlar a la paciente que ya ha iniciado espontáneamente su trabajo de parto, sobre todo si vive lejos del hospital. Esto aumenta notablemente las cifras de morbilidad.

3. No se obtiene beneficio para el feto con esa conducta, ni se aumenta la viabilidad fetal, puesto que se ejecuta la operación cuando el feto está maduro.
4. La evolución postoperatoria es similar, lo mismo que el drenaje de loquios, ya que se sustituye la dilatación cervical lograda con el trabajo de parto inicial, por la digital operatoria.

La interrupción del embarazo debe hacerse a las 38 semanas de gestación, conducta en la que están de acuerdo la mayoría de los autores.

Con ello no se corre el riesgo de obtener un feto prematuro, ni tampoco el de una dehiscencia. Desde la utilización rutinaria de la operación cesárea segmentaria transversal es excepcional la dehiscencia antes de esa semana (ésta se produce principalmente en las técnicas verticales). La determinación de la edad gestacional verdadera y sobre todo el desarrollo fetal se logra fácilmente mediante un meticuloso control prenatal calculando el tamaño y el peso aproximado del producto y en los casos dudosos, utilizando el estudio radiológico para precisar la edad ósea fetal.

Conforme aumenta el número de cicatrices previas, es mayor el peligro de dehiscencia, por lo que se es algo más tolerante y se opera a las pacientes más tempranamente, pero no antes de las 37 semanas de gestación, excepto que la viabilidad fetal esté asegurada.

Todo lo anterior no invalida el que en aquellos embarazos en los cuales se presenta una complicación como la placenta previa que amerite interrumpir más tempranamente el embarazo, así se efectúe.

Técnica Quirúrgica.

Los cuidados pre y postoperatorios se exponen en el capítulo, en el que se relata la técnica quirúrgica de la operación cesárea en general. La técnica en sí misma también es similar a la ya mencionada, diferenciándose sólo en algunos pasos especiales que son:

- a) Es necesario tener en reserva 1,200 ml, de sangre cruzada, por la posibilidad de un sangrado mayor de lo habitual (varices, placenta acreta, etc.) o por la necesidad de efectuar a continuación una cesárea histerectomía.
- b) Como en toda operación cesárea programada, siempre se debe efectuar la asepsia vaginal previa.
- c) La celiotomía deberá hacerse igual que la anterior y deberá resecarse la cicatriz cutánea previa. La disección de los planos parietales es algo más laboriosa, pero puede hacerse con cuidado.
- d) Al abrir la cavidad abdominal, frecuentemente hay que efectuar la liberación de adherencias, que si la paciente está bajo anestesia peridural y no son demasiadas, se pueden arreglar de una vez; si no es conveniente liberar lo necesario para el acceso uterino y después de la peritonización visceral hacer la lisis total.
- e) Las adherencias de la vejiga al segmento son más acentuadas entre más operaciones se ejecutan, por lo que es necesario hacer una disección muy cuidadosa de ellas, por medio de unas tijeras romas y curvas, diri-

giéndolas siempre hacia el músculo uterino. Algunos aconsejan inyectar dentro un colostrante, para conocer su posición, evitar lesionarla y darse cuenta cuando esto sucede. Cuando en alguna ocasión esta disección es tan difícil que prácticamente sea imposible o no se tiene mucha experiencia al respecto, se deja este paso y se hace la incisión uterina por arriba de ella.

- f) Cuando existen varicosidades notables en el segmento se pueden cortar previa ligadura.
- g) La incisión sobre el útero siempre deberá hacerse sobre la cicatriz previa, ya que las incisiones en T, en ancla o múltiples, favorecen la presencia de dehiscencia sintomatíca. Si no se puede determinar el tipo de cicatriz previa, sobre todo en las segmentarias, se procederá a hacer una transversal arciforme, siempre por corte, no por disociación de fibras. Sin embargo, no siempre es posible repetir el mismo corte, y así se ha visto que el número de incisiones verticales asciende conforme es mayor el número de operaciones, ocasionado por las dificultades técnicas y los problemas adherenciales de la vejiga.

El sangrado, por lo general, es mínimo y menor que en las primeras operaciones cesáreas. No se recomienda el uso de ocitócicos previo al corte, que algunos utilizan para disminuir el sangrado.

- h) Después de la extracción fetal y el alumbramiento, hay que practicar la dilatación retrógrada del cuello uterino para favorecer el drenaje posterior de los loquios. La maniobra siempre es fácil en el embarazo a

término y se ejecuta con el dedo medio de la mano derecha introducido hacia el cuello uterino, a través de la brecha uterina.

Basta con que la raíz de dicho dedo pase fácilmente, para tener seguro el drenaje.

- i) Es necesario revisar el estado del segmento y la presencia o no de sangrado en el lecho placentario que podría hacer sospechar acretismo placentario. Si el segmento está en mal estado o existe el acretismo o algún otro padecimiento que lo amerite, en este momento se plantea la ejecución de una histerectomía, que como ya se ha visto es más conveniente que una histerectomía posterior.
- j) Cuando todo es satisfactorio, hay que proceder a la resección de la cicatriz uterina previa, antes de hacer la sutura, maniobra ya recomendada desde hace años por algunos autores como Ferreira y Delascio. Para ello, una vez identificados y referidos los bordes de la incisión, sosteniendo el tejido con una pinza de disección, se corta con tijeras curvas el tejido cicatrizal en cada labio, de una comisura a otra. La técnica es sencilla e indispensable porque permite, por un lado, el estudio histológico de la cicatriz y así hacer la correlación anatomo-clínica de ella y por otro, el que la cicatriz resultante sea de la aposición de tejidos normales, que es mejor que la de los tejidos cicatrizales, hialinizados e isquémicos.
- k) Por último, la sutura uterina con puntos separados en dos planos, su peritonización y el cierre de la pared, es similar al de cualquier operación cesárea.

Anestesia.

Como se ha visto en el capítulo correspondiente, hasta el momento actual no existe un procedimiento ideal de anestesia en la paciente sometida a operación cesárea, aunque hay tendencia en la iterativa al bloqueo de conducción, que tiene numerosas ventajas tanto para la madre como para el producto.

En los estudios revisados al respecto, la anestesia peridural fue utilizada en el 80 al 90 por ciento de los casos. Las complicaciones resultantes de la anestesia son similares a las que se han descrito en el capítulo correspondiente, aclarando que se ha tenido en casos de operación iterativa menor número de complicaciones (por ser cirugía electiva es fácilmente explicable), siendo la hipotensión en la más importante.

Complicaciones operatorias.

En general, a medida que la paciente sufre más operaciones, hay un aumento en las complicaciones operatorias. Esto sucede sobre todo cuando las técnicas quirúrgicas no son muy puras; la preparación de las enfermas, no muy adecuada; no se respeta la incisión uterina previa, tendiéndose a efectuar siempre una técnica determinada a pesar de tener una cicatriz diferente, o simplemente se hacen incisiones corporales para "no tener problemas abajo", igualmente, cuando los postoperatorios son muy tormentosos. Sin embargo, esto no sucede literalmente así. Hay sin duda mayores problemas adherenciales, elevaciones de la vejiga y sobre todo implantaciones anormales de la placenta, conforme existe mayor número de cicatrices previas, pero las complicaciones propiamente técnicas no están aumentadas.

Las principales complicaciones quirúrgicas en -

la cesárea repetida, son: los problemas adherenciales, especialmente de la vejiga; las malas condiciones del segmento; la vascularización anormal en ese sitio; las dehiscencias de operaciones previas y las implantaciones anormales de la placenta.

A parte de los molestos procesos adherenciales que hacen la operación más laboriosa y difícil, del problema de las vejigas adheridas y altas; y de los desagradables sangrados de la herida que necesitan una hemostasia adecuada, las complicaciones más específicas y por lo tanto, más importantes en estos casos, son las inserciones placentarias defectuosas y los defectos cicatrizales.

En relación a la implantación anormal de la placenta en las operaciones cesáreas repetidas, hay que señalar que se encuentran en el 3 por ciento de todos los casos, correspondiendo un 2 a 2.5 por ciento a la inserción placentaria sobre la misma cicatriz y un 0.5 a un 1 por ciento de acretismo. Tanto Rubenstein y Lash en los Estados Unidos de América, tratan de explicar este problema por una ausencia de decidua a nivel del tejido fibroso cicatrizal y por la penetración anormal de las vello círidades coriales en el espesor del músculo uterino. Hay que recordar que estos casos constituyen indicaciones de cesárea histerectomía.

Por su parte, el estado defectuoso de la cicatriz merece un análisis cuidadoso, porque tal vez se ha exagerado la importancia de las dehiscencias en estos casos y sobre todo en su reparación.

Es importante señalar que el número de dehiscencias disminuye con el aumento en el número de operaciones cesáreas, lo cual se explica porque en estos casos las pacientes no son sometidas a trabajo de parto. Igualmente se aprecia un cinco o más operaciones cesáreas.

En resumen, sólo ligeramente las complicaciones operatorias aumentan con el mayor número de cicatrices, excepto la implantación placentaria anormal que sí es muy demostrativa.

Procedimientos quirúrgicos agregados.

Como resultado de los hallazgos anormales y complicaciones operatorias que se presentan en este tipo de cirugía de repetición, es necesario efectuar una serie de maniobras operatorias agregadas. Dichas operaciones son principalmente:

- a) La liberación de adherencias ya mencionadas
- b) La cesárea histerectomía
- c) Las plastias de pared, frecuentemente necesarias.
- d) Otras más o menos heroicas, como la sutura de lesiones vesicales, la ligadura de la arteria hipogástrica, etc.

Estas operaciones agregadas definitivamente aumentan en relación al número de operaciones previas.

Dentro de este párrafo, por estar en relación con él, puede considerarse el problema de la aplicación de sangre que se necesita en estos casos. Por ser la mayoría de las veces operaciones programadas, en una enferma en buenas condiciones, no se necesita la transfusión, excepto cuando hay sangrado excesivo, problemas de placenta y cuando se efectúa una operación cesárea con histerectomía.

Complicaciones postoperatorias.

Como en toda cirugía programada, son menores que en la de urgencia. Se estima que entre un 6 y un 14 por ciento de los casos se presentan problemas

postoperatorios. Estos pueden ser cualquiera de los expuestos para la operación cesárea en general; Complicaciones maternas, pero principalmente están dadas por la fusión total o parcial del tejido celular subcutáneo, la endometritis y la retención de restos placentarios. Como se podrá ver, las principales causas de morbilidad materna, son preferentemente de tipo infeccioso, las cuales ocupan aún un lugar importante.

Dichas complicaciones son muchísimo más frecuentes en la segunda operación cesárea que en la tercera o cuarta, aumentando nuevamente de ahí en adelante. Esto se explica por el hecho de que la gran mayoría de esas pacientes son sometidas a pruebas de trabajo de parto o se les indica esperar la iniciación del mismo, por lo que están más predispuestas a los problemas de tipo infeccioso y las complicaciones obstétricas, que indudablemente aumentan su morbilidad.

Mortalidad materna.

No debe existir en relación a la operación. Al hablar de ello extensamente en el capítulo correspondiente, se ve cómo una cirugía programada en enfermas no complicadas no puede permitir la pérdida de una paciente. Cuando sucede una muerte en estos casos, fuera de problemas excepcionales casi siempre, es previsible y ocasionada por algún defecto en el control medicoobstétrico de la paciente.

Morbimortalidad fetal.

Fuera de los procesos asociados al embarazo, como pueden ser la toxemia, diabetes, isoinmunización, placenta previa, etc., y las malformaciones congénitas que por sí mismas afectan las cifras de morbimortalidad fetal, la operación cesárea repeti-

da actúa a este respecto en relación a la prematuridad. Como para la segunda operación, se deja llegar a la paciente al trabajo de parto en estos casos el problema no existe; pudiendo estar presente en las operaciones cesáreas múltiples, cuando se interrumpe el embarazo antes de tiempo, para prevenir la dehiscencia.

Son numerosos los autores que señalan la prematuridad como una de las mayores complicaciones de la operación cesárea iterativa. Sin embargo, otros piensan que si se siguen los lineamientos de manejo expuestos en este capítulo, se puede evitar. En las revisiones que se han efectuado de las operaciones cesáreas iterativas, se halla un apoyo firme a la última afirmación.

Todos estos resultados al compararlos con series similares tanto extranjeras como nacionales, nos afirman en la idea de que las complicaciones maternofetales existen en la operación cesárea repetida, pero que son menos frecuentes que en las operaciones cesáreas de urgencia, en las cuales tanto la morbilidad como la mortalidad materna y fetal son mucho mayores.

¿Cuántas operaciones cesáreas deben permitirse?

¿Debe hacerse una esterilización programada?

Estas son las grandes controversias que han suscitado el empleo de la operación cesárea repetida tan frecuente en nuestros días. Hay autores como Pillsbury que sistemáticamente proponen que después de tres operaciones cesáreas previas, hay que esterilizar a la paciente por medio de una cesárea histerectomía. Muchos otros obstetras sin ser tan drásticos, en forma más o menos establecida aconsejan la esterilización rutinaria después de un determinado número de operaciones cesáreas, aduciendo que el pe-

ligro de dehiscencia uterina es cada vez mayor. Otros como Fragoso afirman: "tantas como resista el segmento uterino".

Se piensa que en las pacientes con varias cicatrices de operación cesárea segmentaria, no aumenta en forma importante el riesgo materno-fetal. Eventualmente existen complicaciones, pero éstas pueden resolverse en forma adecuada durante la operación, razón por la cual no se es partidario de la esterilización rutinaria, ni de la operación cesárea histerectomía electiva. Ambas deben estar condicionadas al estado del segmento uterino en el momento del acto quirúrgico, a la presencia de complicaciones placentarias, como son la inserción en el sitio de la cicatriz, la placenta acreta, la dehiscencia y la presencia de un número variable de cicatrices tanto corporales como segmentarias. No hay que olvidar que cada caso debe resolverse en forma particular y también deben tenerse en cuenta factores paramédicos, como el deseo y opinión de la pareja, la edad de la paciente, el número de hijos vivos y las normas religiosas.

El peligro real de practicar múltiples operaciones cesáreas segmentarias se ha exagerado. Con una preparación adecuada de la paciente, analizando los antecedentes de las operaciones anteriores, complicaciones, infecciones, cirujano, hospital, etc., estudiándola minuciosamente durante el control prenatal, descubriendo cualquier padecimiento concomitante y determinando la fecha de la operación para tener preparado y con un buen manejo obstétrico quirúrgico, disminuyen estos peligros.

En resumen: la operación cesárea repetida es una intervención muy frecuente en nuestros días que puede ser iterativa o por cualquiera otra causa; que su técnica quirúrgica amerita algunos recursos especiales y que bien preparada la paciente y en ma-

nos de un especialista experimentado, es sencilla y tiene pocas complicaciones maternas y fetales.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

A) Humano

1. 1600 pacientes cesarizados
2. Asesor y revisor de la Tesis
3. Autor del presente trabajo.

B) No humano

1. Libro de nacimientos del Departamento de Obstetricia.
2. Libro de Operaciones del Departamento de Obstetricia.
3. Archivo de registros médicos del Hospital General San Juan de Dios.
4. Utiles de oficina y escritorio.

METODO

1. Para el desarrollo del presente estudio se utilizó el método científico y el de tabulación de datos.
2. Para la realización de la investigación se revisó 1600 casos de pacientes cesarizados.
3. Para el presente estudio se revisó CSTP de los años 1974-1978 registrados en el Libro de Operaciones y Nacimientos del Departamento de Obstetricia.
4. Se revisó los siguientes parámetros:
 - 4.1. Indicaciones principales de CSTP
 - 4.2. Anestesia más utilizada
 - 4.3. Peso y sexo del producto
 - 4.4. APGAR del producto
 - 4.5. Paridad y edad etárea de las madres.

OBJETIVOS

1. Dejar un estudio para que sirva de fuente de consulta e información a futuros trabajos.
2. Tratar de estandarizar indicaciones para la CSTP.
3. Conocer la edad más frecuente por grupo etáreo en que se presenta.
4. Conocer el peso y el APGAR de los niños que se obtuvieron por CSTP.
5. Determinar factores causales que favorecen a la CSTP.
6. Determinar la incidencia de CSTP en nuestro medio.
7. Conocer la edad gestacional y la paridad de las pacientes en estudio, como posibles causas o predisposición a cesárea.
8. Determinar grado de morbi-mortalidad secundaria a Cesáreas Segmentarias Transperitoneales.
9. Hacer comparaciones de conductas empleadas para conocer estudios realizados.
10. Comparar patrones de tratamiento a nivel hospitalario.

VARIABLES

ANALISIS Y RESULTADOS

1. Edad etárea de la paciente
2. Sexo del feto
3. APGAR del niño
4. Peso del feto
5. Corroboration del diagnóstico pre-Op con el diagnóstico post-Op
6. Anestesia utilizada
7. Paridad de la paciente
8. Indicaciones de cesárea
9. Morbi-mortalidad

CUADRO N° 1

GRUPO ETAREO DE LAS PACIENTES

EDAD	CASOS	%
14 - 20	641	40.1
21 - 25	388	24.2
26 - 30	268	16.8
31 - 35	180	11.3
36 - 40	73	4.5
41 ó mas	50	3.1
T O T A L	1600	100.0

Es evidente que la edad etárea con mayor morbilidad fue la de 14 - 20 años. Esto se puede explicar, ya que en nuestro medio las relaciones sexuales son precoz, pues se ha encontrado gran porcentaje de pacientes de 15 años y esto a la postre tiende a subir la morbi-mortalidad materna.

CUADRO N° 2

PARIDAD

GESTAS	CASOS	%
Primigestas	641	40.1
Pequeña Multipara	502	31.4
Secundigesta	325	20.2
Gran Multipara	132	8.3
T O T A L	1600	100.0

El cuadro N° 2 nos indica que las primigestas fueron cesarizadas en un 40.1% dado un 8.3%, estas cifras nos pone en alerta respecto a la paciente - primigesta y la mejor forma de tener un buen control de estas pacientes se sugiere que acudan al ya bien organizado control prenatal.

CUADRO N° 3

SEMANAS DE GESTACION

SEMANAS	CASOS	%
27 - 29	43	2.5
30 - 32	72	4.4
33 - 35	128	8.0
36 - 38	484	30.3
39 - 41	800	50.2
42 ó mas	73	4.6
T O T A L	1600	100.0

La mayor frecuencia de embarazos oscila entre 39 - 41 semanas que corresponde al 50.2%, con un total de 800 casos. El embarazo de mayor edad fue de 42 semanas y el de menor edad de 27 semanas.

CUADRO N° 4

ANESTESIA

ANESTESIA	CASOS	%
Epidural	1200	75.0
General	325	20.3
General + epidural	40	2.5
Raquidea	35	2.2
T O T A L	1600	100.0

El presente cuadro nos demuestra que la anestesia de elección es la epidural, con un 75%, la menos utilizada ha sido la raquídea con 2.2% por tener muchas contraindicaciones.

CUADRO N° 5

SEXO DEL RECIEN NACIDO

SEXO	CASOS	%
Masculino	853	52.7
Femenino	767	47.3
T O T A L	1620	100.0

Este cuadro nos muestra que el sexo masculino tuvo predominio ante el femenino con un porcentaje de 52.7% el primero y 47.3% el segundo, aunque no es concluyente.

CUADRO N° 6
INDICACIONES DE CESAREA

INDICACIONES	CASOS	%
Cesárea Anterior	425	24.34
Sufrimiento Fetal Agudo	277	15.86
Estrechez Pélvica	240	13.75
Trabajo de Parto Prolongado + falta de progresión	170	9.74
Desproporción Céfalo Pélvica	99	5.67
Primigesta en Podálica	82	4.69
Ruptura Prematura de Membranas	80	4.58
Enclavamiento de Posterior	75	4.30
Situación Transversa	54	3.09
Desproporción Feto Pélvica	53	3.03
Placenta Previa	40	2.29
Preeclampsia severa + 3 conducciones fallidas	40	2.29
Abruptio Placentae	32	1.83
Procidencia de cordón	29	1.66
Inminencia de Ruptura Uterina	20	1.15
Presentación de Cara	12	0.69
Feto Valioso	10	0.57
Corioamnioitis	6	0.34
Ruptura Uterina	1	0.05
Pelvis Multifragmentaria	1	0.05
T O T A L	1746	100.00

Este cuadro representa que la indicación más frecuente en el departamento fue por cesárea anterior con 24.34%, siguiendo sufrimiento fetal agudo con 15.86% y en tercer orden estreches pélvica con 13.75%.

Se cree que cesárea anterior fue la indicación principal ya que en el departamento se sigue la esencia que "Cesárea anterior es igual a cesárea" esto lógicamente vino a incrementar el número de cesáreas efectuadas y a efectuar.

Claro está que se tienen bases justificadas para dicha conducta ya que es alto el porcentaje de pacientes que no se tiene conocimiento cual fue la indicación de la cesárea anterior, qué técnica se utilizó para ella, bajo qué condiciones se efectuó la cesárea, si hubo o no complicaciones operatorias, como fue el puerperio inmediato, mediato y tardío, todos estos factores ponen en duda al obstetra y en riesgo a la paciente si se decide dejar pacientes con cesárea anterior por vía baja, las demás indicaciones reportan cifras con porcentajes parecidos a otros hospitales y países.

CUADRO N° 7

PESO DEL NIÑO		
PESO	CASOS	%
1 - 2 lbs.	34	2.1
3 - 4 "	244	15.1
5 - 6 "	716	44.2
7 - 8 "	411	25.4
9 - 10 "	64	10.1
11 - 12 "	32	2.0
13 ó más lbs.	18	1.1
T O T A L	1620	100.0

El presente cuadro nos indica que el peso con mayor porcentaje obtenido fue de 5 - 6 lbs. que representó el 44.2% que para nuestro medio es un peso adecuado según estadísticas, el peso más bajo registrado fue de 13.6 lbs.

CUADRO N° 8

APGAR

APGAR DE MAYOR PORCENTAJE OBTENIDO:

7 al minuto y 10 a los 5 minutos - 490 casos - 33.3%

APGAR DE MENOR PORCENTAJE OBTENIDO EN NIÑOS QUE VIVIERON:

1 al minuto y 4 a los 5 minutos - 13 casos - 0.8%

El cuadro presente nos indica que el apgar con mayor porcentaje obtenido fue de 7 al minuto y 10 a los cinco lo que corresponde a un 33.3% que representa una tercera parte de los 1620 niños obtenidos, el porcentaje menor obtenido de niños que vivieron fue de 0.8% cifra que nos demuestra que los niños obtenidos por CSTP en malas condiciones es mínima.

CUADRO N° 9

INCISION DE CSTP

Mediana Infraumbilical	1494 casos	93.4%
Pfannestiel	106 "	7.4%

La marcada diferencia que nos presenta este cuadro entre la incisión mediana infraumbilical y la pfannestiel consiste en que la primera tiene mas ventajas que la segunda por ejemplo: Es más fácil técnicamente, es más rápida, sangra menos se logra mejor campo operatorio, se puede extraer más fácilmente el feto, su reparación es más sencilla etc.

CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de pacientes embarazadas cesarizadas no comprenden las edades de 14-20 años que representa el 40.1% esto nos indica que la paciente joven tiene más chance de ser cesarizada que las secundigestas y multíparas, si recordamos que las pacientes con una edad menor de 15 años con embarazo son clasificadas de alto riesgo y en nuestro medio las relaciones sexuales se inician en las edades promedio de 13-14 años.
2. De las pacientes cesarizadas el mayor porcentaje por paridad corresponde a la paciente primigesta con un 40.1%, secundigesta con 20.2%, pequeña multípara con 31.4% y la gran multípara con un 8.3%, esta estadística corrobora la conclusión anterior donde se describe que la paciente primigesta en nuestro medio tiene gran posibilidad de ser paciente quirúrgica por ser gran porcentaje de estas de alto riesgo.
3. De los niños obtenidos por CSTP el sexo masculino predominó sobre el femenino con un 52.7% sobre un 47.3% dando una diferencia de 5.4%.
4. El apgar con mayor porcentaje reportado fue de 7 al minuto y 10 a los 5 minutos con un 30.3% y el apgar con menor porcentaje reportado en niños que vivieron fue de 1 al minuto y 4 a los cinco minutos con un 0.8%, esto es confortable ya que el porcentaje de apgar bajos obtenidos es mínimo, se deduce que el procedimiento quirúrgico ha sido oportuno.
5. El peso con mayor porcentaje obtenido de niños que fueron producto de CSTP fue de 5 a 6 lbs. correspondiendo a un 44.2% y el peso con menor

porcentaje osciló dentro de 13 a 14 lbs. dando un porcentaje de 1.1%, para nuestro medio y según estadísticas nacionales el peso de 5 a 6 lbs. es promedio en esta región.

6. Las indicaciones de CSTP más frecuentes fueron cesárea anterior con un 24.34% sufrimiento fetal agudo con 15.86% y en tercer orden estrechez pélvica con 13.75%. Se cree como se expone adelante que la causa posiblemente que ha determinado que la cesárea anterior sea la indicación más frecuente es porque en la actualidad a toda paciente con cesárea anterior ya no se deja parto por vía baja por razones como se expone atrás.
7. De las 1600 cesáreas efectuadas en el departamento durante los 5 años revisados la celiotomía media infraumbilical tuvo un 93.4% y la pfannestiel con 7.4%, la razón que la primera celiotomía se efectúe más que la otra es que tiene más ventajas tales como: La técnica es más fácil y más rápida, sangra menos, cicatriza mejor y da un mejor campo operatorio, etc.
8. La técnica anestésica más utilizada fue la epidural con 1200 casos = 75%, luego la anestesia general con 325 casos = 2.5%, por último la raquídea con 35 casos = 2.2%. Es de mencionar que la anestesia epidural fue la más utilizada, sin embargo no lo es en procesos agudos patológicos por ejemplo el sufrimiento fetal agudo. En lo que se refiere a la anestesia mixta se debió a anestesias epidurales fallidas por factor humano o causa materna por lo que hubo necesidad de asociar la anestesia general con epidural.
9. Los diagnósticos pre-Op coincidieron con los diagnósticos pos-Op en un 90.6% porcentaje que es de agrado para el departamento ya que se ha manejado pacientes con bastante acierto.

10. La mortalidad materna como causa directa del proceso quirúrgico X CSTP fue de 0 en los años revisados.

RECOMENDACIONES

1. Que se estandaricen las indicaciones de CSTP no solo a nivel hospitalario central, sino que también departamental para disminuir la morbi-mortalidad nacional.
2. Se recomienda una mejor cobertura en el control prenatal de pacientes primigestas, ya que este grupo representa el porcentaje más alto de pacientes cesarizadas.
3. Debe adiestrarse adecuadamente al personal de salud del área rural para la pesquisa de patología obstétrica para la referencia correspondiente a Centros Especializados.
4. Para las cesáreas electivas es de suma importancia tener estudios previos de madurez fetal para evitar la incidencia de membrana hialina en el feto.
5. Monitorizar a las pacientes clasificadas de alto riesgo para tener una mejor base científica al indicar una cesárea, más específicamente cuando se hace diagnóstico de sufrimiento fetal (Agudo o Crónico).
6. Actualizar nuestros medios diagnósticos para que nos permitan establecer el bienestar fetal.
7. Debe hacerse seguimiento de todo niño producto de embarazos clasificados como alto riesgo y que la madre haya sido cesarizada.

BIBLIOGRAFIA

1. CABRERA G.V., y LARA S. E.: Cesárea Iterativa Ginec. Obstet. Mex. 22: 147, 1967.
2. DIECKMANN W. J., Cesarean hysterectomy. J.A.M.A. 137: 1017, 1949.
3. EPSTEIN, W. A.: Repeat cesarean section. Report of 1028 cases I. Perinatal mortality. II Postsection scar separation and ruptura. J.Mt. Sinai Hosp. Nueva York. 30:401, 1963.
4. FERREIRA, F., y DELASCIO, D.: Aspectos técnicos de la Cesárea Segmentaria. Memorias III. Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. Mexico, D. F., 2: 683, 1958.
5. GORDON, C. A.: The maternal and perinatal mortality of cesarean section; a report of 2,693 operations performed in Brooklyn during 1,954. Am. J. OBST. and GINEC. 73:65, 1,957.
6. BOTELLA LL: Sobre una nueva técnica de la Cesárea extraperitoneal transversa. OBST. GINEC. Lat. Amer. 8: 353 1,950.
7. CHAMPIOS, P. K., y DOOLITTLE, J. E.: Appendectomy at cesarean section OBST. y GINEC. 18: 200, 1,961.
8. DELLENBACH, P., y MULLER, P.: Necrose de la cicatrice cesarienne. Bull. Soc. Roy. Belge Gynec. Obst. 38: 255 1,968.
9. DURFEE, R. B.: Elective extraperitoneal cesarean section Surg. Gynec. Obst. 110:173, 1960.
10. EASTMAN, N. J. y HELLMAN, L. M.: Obstetrics.

Ed. Appleton Century Crofts. Inc. Nueva York 1,961.

11. FOJER, J.: A modified technique for cesarean section. Am. J. Obst. y Gynec. 82:693, 1,961.
12. MALPAS, P.: The lower segment cesarean operation. Brit. J. Clin. Pract. 19:544, 1,965.
13. MARR, J. P., y NATHANSON, B. N.: Extraperitoneal Cesarean section surg. Gynec. Obst. 107: 377, 1,958.
14. MILLER, R. D.: Ampicillin prophylaxis in cesarean section. South African J. Obst. Gynec. 6: 69, 1,968.
15. DEXEUS, F. S., y DEXEUS, T. de B. J. E.: Tratado de obstetricia. Ed. Salvat. Barcelona 1,957.
16. NEME, B.: Acerca de la sutura del miometrio en la operación cesárea. Rev. Ginec. Obst. Brasil 105 (53): 487, 1,959.
17. WILCOX, C. F.; HUNT, A. B., y OWEN, C. A.: Measurement of bloods loss during cesarean section. Am. Obst. & Gynec. 77:772, 1,959.
18. WILLSON, J. R.: Atlas of obstetric technic. Ed. C. V. Mosby, St. Louis, Mo. 1,961.
19. SEGOVIA, E. G.: Amnioitis y cesarean. Gynec. Obst. Mex. 26:61, 1,969.
20. POSNER, L. B., LOBELL, M. J., y POSNER, A. C.: Cesarean section in the case of twins. Obst. y Gynec. 18:355, 1,968.
21. MINTZ, N.: Cesarean section for fetal distress

- Am. J. Obst. y Gynec. 79:224, 1,960.
22. MAC. LENNAN, A. H.: Fetal loss in cesarean section Am. J. Obst. y Gynec. 82:22, 1,961.
23. JOHNSON, C. E.: Transverse presentation of fetos. J. A. M. A. 187:642, 1,964.
24. ICAZA, A., RODRIGUEZ DE S. J. y TORRES, M.M.: Conducta obstétrica en la toxemias gravídica. Ginec. Obst. Mex. 23:761, 1,968.
25. RUIZ, V. V.; ROSAS, A. J., y QUEZADA, R. T.: Hazards of the multiple cesarean section internat. Surgery. 51:292, 1,969.
26. TORRES, M. H.: Cesárea en el I.M.S.S. de Yucatán. Ginec. Obstet. Mex. 21: 583, 1,966.
27. WALKER, N.: Case of conservatism in management of fetal distress. Brit. M. J. 2:1221, 1,959.
28. GREENHILL, J. P.: Obstetrics. Ed. Saunders. Filadelfia, 1965.
29. HARRIS, J. M., y NESSIM, J. A.: To do or not to do cesarean section. J.A.M.A. 169:570, 1959.
30. HOLTORFF, J.; NITZSCHE, P. y SCHNECK, P.: Geburtsleitung bei querlagen und perinatale mortalität. Zentralbl. Gynak. 91:241, 1969.
31. PEDOWITZ, P., SCHWARTZ, R. M., and GOLDBERG, M. Perinatal mortality in primary cesarean section Obstet. Gynec. 14:764, 1959.
32. VAN PRAAGH, I. G. and TOVELL, H.M.N.: Primary cesarean section in the multipare. Obstet. Gynec. 32: 813, 1968.
33. RAICS, J.: (The influence of the changes in indications for cesarean section on perinatal mortality) Zb6 Otynaek, 89:91, 1976.

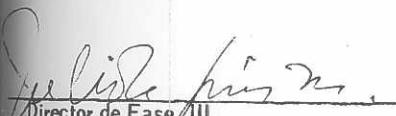

Br: FRANCISCO FEDERICO SIGUI LAVAGNINO

Asesor

Dr. Haroldo López

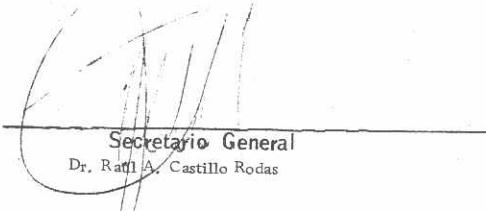

Revisor

Dr. César Augusto Soto


Julio de León Méndez

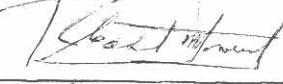
Director de Fase III

Dr. Julio de León Méndez


Secretario General

Dr. Rafael Castillo Rodas

Vo.Bo.


Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo