



Hace 55 años

Reporte de 119 operaciones cesáreas en el seguro social de Monterrey. Años de 1946 a 1949*

Dr. Rodolfo ARROYO LLANO
De Monterrey, N.L.

Se analiza esta serie con objeto de dar a conocer a nuestros colegas de las Sociedades que nos visitan, el criterio general que priva sobre la materia en uno de los sectores obstétricos importantes de la ciudad. Tratamos de exponer modestamente lo que hacemos, cuándo y por qué lo hacemos, cómo lo hacemos y qué resultado obtenemos. Nos interesaría conocer sus doctas y valiosas opiniones.

En Monterrey hasta el año de 1929 no se habían practicado más que 24 cesáreas. La primera fue hecha en septiembre de 1877 por los Dres. J. B. y J. H. MEARS, que según datos históricos fue la primera operación cesárea que en mujer viva se hizo en México. Del año 29 al 40 no se tienen datos precisos pero se cree que las intervenciones no pasaron de 50. Hace aproximadamente 10 años que las cesáreas son hechas por los obstetras cirujanos, antes lo eran casi en su totalidad por los cirujanos generales.

La serie que se presenta fue atendida por el Tim de Obstetricia del Seguro Social en el período de 1946 a 1949 inclusive. Consta el Tim de cinco médicos y el Autor es uno de ellos. Las intervenciones fueron prac-

ticadas en la Maternidad "Pensionistas" del Hospital Civil, en la Maternidad "Conchita" y en la Maternidad "María Josefa" de la Fundidora.

La serie de 119 cesáreas fue en un total de 9,230 nacimientos, comprendiendo nacido vivos, nacido-muertos, prematuros, gemelos y monstruos. Incidencia: 1.2%. El 90% de los alumbramientos tuvo lugar en las Maternidades, el 10% restante en los domicilios.

En los 119 casos de cesáreas hubo 2 muertes maternas. Incidencia: 1.6%. Muertes fetales fueron 15, o sea incidencia de 12.6%. Mortalidad fetal depurada: 7%.

Comparando nuestra serie con las que han reportado otros autores en fechas recientes, encontramos lo siguiente:

Se ve por este cuadro que nuestra incidencia de cesáreas en relación con el total de nacimientos es la más baja, nuestra mortalidad materna casi igual. No así nuestra mortalidad fetal que resulta más alta. Después trataremos de explicar por qué.

Analizando nuestra serie únicamente en el año de 1949 encontramos lo siguiente: En un total de 3,088 alumbramientos hubo solamente 36 cesáreas, o sea el 1%. De 3,073 partos, fueron espontáneos 2,886, es decir el 93.9%. Hubo 38 aplicaciones de fórceps (1.2%), 13 versiones-extracciones (0.4%) y aproxi-

* Reproducido de: Ginecología y Obstetricia de México 1950;V:375-379.

<i>Autor</i>	<i>Casos</i>	<i>Totl. alumb.</i>	<i>Mort. Mat.</i>	<i>Mort. Fetal</i>
ADAMA (1948)	241	3,045 (7.9%)	0 (0%)	19 (0.8%)
G. G. GEIGER (Chicago) (1949)	454	18,917 (2.4%)	-1.50%	-9%
WILLIAMSON (Pittsburgh) (1948)	510	21,759 (2.3)	6 (1.1%)	12 (2.4%)
H. MACK (Detroit) (1945)	1000	37,028 (2.7%)	8 (0.8%)	78 (7.8%)
ARROYO LL. (Monterrey) (1946-1949)	119	9,230 (1.2%)	2 (1.6%)	15 (12.6%)

<i>Autor</i>	<i>Fecha</i>	<i>Nacimts.</i>	<i>Eutoc.</i>	<i>Cesár.</i>	<i>Forceps</i>	<i>Vers. Ext.</i>	<i>Extrac. Pélv.</i>
ADAMA	1948	3,045	557 (18.3%)	241 (7.9%)	1,979 (65%)	9 (0.3%)	103 (3.4%)
ARROYO LL.	1949	3,088	2,886 (93.9%)	36 (1%)	38 (1.2%)	13 (0.4%)	100 (3%)

madamente 100 partos de nalgas o extracciones pélvicas (3%). Hubo una mortalidad general materna de 0.03%, esto es, una sola muerte, y una mortalidad fetal general de 2%, o sea 62 fetos fallecidos. En cambio la mortalidad materna por cesárea fue de 2.7%, y la mortalidad fetal por lo mismo fue de 13%.

Comparamos nuestra serie de 1949 con la de ADAMA (1948) que registran ambas casi el mismo número de alumbramientos y vemos que las diferencias son marcadas:

Mortalidades materna y fetal por cesárea:

ADAMA
Materna 0%
Fetal 0.8%

NUESTRA
Materna 2.7%
Fetal 13%

Muertes maternas.- En la serie total de 119 cesáreas ocurrieron dos muertes. Una por septicemia por infección uterina, tenía 10 días de bolsa rota, útero tetanizado con feto muerto y macerado, en primigesta. Otra era una múltipara con tetanización uterina complicándose con apendicitis supurada, falleciendo cuatro días después de operada con ileo paralítico y para colmo tuvo choque por transfusión.

Muertes fetales.- 3 ocurrieron en placenta previa, 3 en procidencia de cordón, 2 en desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada, 1 en transversa con procidencia de mano, 1 en parto prolongado con infección uterina, 1 hidrocéfalo, 1

anencéfalo, y 3 eran prematuros. Depurando la mortalidad fetal con los cinco últimos casos, queda: 8.4%.

En el siguiente cuadro se señalan:

<i>Causas</i>	<i>Casos</i>	<i>Por ciento</i>
Placenta previa	29	24.60%
Desproporción céfalo-pélvica	21	17.60%
Parto prolongado	17	14.30%
Pelvis estrecha	5	4.20%
Presentaciones anormales	8	6.60%
Eclampsia	3	2.50%
Desprendimiento prem-placenta norm-insert	3	2.50%
Procidencia cordón	7	5.80%
Distocia del cuello	7	5.80%
Vagina estrecha	4	3.30%
Tetanización uterina	1	0.80%
Insuficiencia cardíaca	1	0.80%
Mola	1	0.80%
Hidrocefalia	1	0.80%
Producto post-maduro	1	0.80%
No determinadas	10	8.30%

Resalta en este cuadro que las indicaciones más frecuentes fueron: placenta previa (24.6%), desproporción céfalo-pélvica (17.6%) y parto prolongado (14.3%). En 10 casos se ignora cuál fue la indicación. Hubo 1 por hidrocéfalo con presentación de asiento y cabeza crecida enormemente y vivo. De las placentas previas fueron 23 marginales y 6 centrales. Las presentaciones anormales fueron 5 transversas (3 primigestas) 1 pélvica en primigesta, 1 de cara, y 1 indeterminada con procidencia de manp, pie y cordón. Las desproporciones céfalo-pélvicas fueron estimadas en su mayoría por pelvimetría radiológica o placa simple. El término "parto prolongado" es un poco vago,

pero en general nosotros lo considerábamos así cuando aparte de prolongarse el trabajo efectivo más allá de 20 horas, sin progreso palpable no obstante el uso de sedantes, ocitócicos y otros recursos había sufrimiento fetal y fatiga maternal. Hubo 6 casos de cesárea de repetición, 3 por estenosis congénita de la vagina, 2 por desproporción y 1 por estrechez pélvica, así pues, el antecedente de cesárea previa no se tomó como indicación principal para nueva cesárea. Hemos observado que varias pacientes de esta serie han tenido uno o dos partos espontáneos después de la operación. Dos pacientes confesaron haberse provocado abortos después de la cesárea por temor a rotura del útero o a nueva intervención. Los 3 casos de eclampsia se operaron cuando hubo fracasado el tratamiento médico; en los tres se obtuvieron fetos vivos, siendo gemelar un caso.

En 2 pacientes se intervino con diagnóstico de feto muerto, uno con desprendimiento prematuro de placenta, encontrando en la cara posterior del útero un hematoma con abertura de la pared; en el otro había placenta previa y feto anencéfalo.

En muchos casos, para decidir la cesárea se tomaron en cuenta más de una indicación de orden obstétrico o médico.

TÉCNICA

TRANSPERITONEALES	118	99%
EXTRAPERITONEALES	1	1%

<i>Incisión uterina</i>	<i>Casos</i>	<i>Por ciento</i>
Segmento corporal	53	47%
Cérvico-segmentaria	29	24%
Clásica	4	3%
Arciforme (Kerr)	7	5%
Desconocida	26	21%
<i>Incisión piel</i>	<i>Casos</i>	<i>Por ciento</i>
Infra-umbilical	86	72%
Infra y supra-umbilical	5	4%
Pfannenstiel	2	1.60%
Pfannenstiel	2	1.60%
Desconocida	26	26%

Se deduce de este cuadro que nosotros casi no empleamos la técnica extra-peritoneal. Las secciones uterinas más frecuentes fueron segmento corporales o un poco más bajas, que llamamos cérvico-

segmentarias con incisión vertical, o también con esta misma incisión pero abriendo previamente el peritoneo en dirección horizontal y al suturar se une el colgajo superior a pared uterina y el inferior se imbrica sobre el superior. Pocas veces empleamos la incisión arciforme de toda la pared uterina. En cuanto a la piel, usamos comúnmente la incisión media infra-umbilical.

En una paciente muy obesa, se hizo Pfannenstiel quitando un segmento de tejido adiposo de la pared abdominal de medio kilo. En una paciente se hizo histerectomía después de haber quitado un fibroma infectado que dificultaba la extracción del feto.

La única cesárea extraperitoneal fue en una paciente con placenta previa.

ANESTESIA

<i>Anestesia</i>	<i>Casos</i>	<i>Por ciento</i>
Raquia	75	63%
Raquia-Penth	15	12.60%
Ciclo-propano	18	15%
Desconocida	10	8%
Silla montar	1	0.80%

Transfusión.- La transfusión no constituyó práctica corriente en todas las intervenciones. Se aplicó en el 90% de los casos de placenta previa. Varias pacientes tuvieron choques por transfusión, pero sólo un caso revistió gravedad.

Morbidez.- En 16 casos hubo fiebre de 38 grados o más (13.4%), reconociendo diversas causas, entre otras el paludismo que es endémico en nuestro medio. En 15 pacientes (12%) se presentó distensión abdominal que requirió aplicación de sifón. 8 pacientes (7.7%) tuvieron infección de la herida, tejido celular de la herida de la piel. En 1 hubo necesidad de hacer una contra-abertura. Entre las indicaciones postoperatorias, casi de rutina se usó Penicilina a dosis entre 300.000 unidades a un millón. La bolsa de hielo en el vientre es práctica que hemos suspendido de dos años acá, por no creerla necesaria.

Alta (días cama).- El 96% fueron dadas de alta al 8º día, saliendo por su propio pie del Hospital o Maternidad.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se practicaron 119 cesáreas en un total de 9,230 nacimientos, o sea incidencia de 1.2%. La mortalidad materna fue de 1.6% y la mortalidad fetal alcanzó 12.6%. Mortalidad fetal depurada: 7%. Las indicaciones principales que motivaron la operación fueron: placenta previa (24.6%), desproporción cefal-pélvica (17.6%) y parto prolongado (14.3%). Hubo 1 caso de hidrocefalia. Hubo 6 pacientes con cesárea pre-

via. En 2 casos se intervino con diagnóstico de feto muerto. La técnica usual fue transperitoneal (99%) con incisión vertical baja en el útero, y media infraumbilical en piel. La anestesia empleada fue raquia o raquia-pentotal (80%). Las complicaciones postoperatorias ocurridas en varias pacientes no revistieron gravedad, excepto en las dos que fallecieron. Pensamos que la incidencia fetal un poco elevada se debió en gran parte a la naturaleza misma de los casos.

Mecanismo del parto en las presentaciones de cara

Primer tiempo: encajamiento y deflexión.- La deflexión que acompaña al encajamiento en las presentaciones de cara es producida por causas variadas.

Ha sido atribuida a la *multiparidad*.

La *estenosis pélvica* es una causa frecuente. El diámetro biparietal no puede encajarse; la contracción uterina obliga al bitemporal a penetrar en la pelvis por un movimiento de báscula.

La *oblicuidad uterina* ocasiona la detención del occipucio sobre la línea innominada.

La *dolicocefalia*, es decir, el alargamiento del diámetro anteroposterior del cráneo, obraría de igual modo. Por último, en algunos casos, puede hallarse como causa de la falta de flexión un *tumor del cuello*, tal como el *bocio*.

La presentación de cara es, pues, frecuentemente una transformación de una presentación de vértice. El encajamiento se efectúa en dirección oblicua y generalmente en el diámetro oblicuo izquierdo.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941; p:200.