



Quince años de operación cesárea en el Hospital General*

Dr. Guillermo ALFARO DE LA VEGA.

Profesor de obstetricia teórica.

Médico adjunto de la maternidad del Hospital General de México.

En las publicaciones médicas especializadas en ginecología y obstetricia han aparecido, sobre todo en la última década, numerosos trabajos acerca de la extensión y ampliación de las indicaciones de la operación cesárea, de nuevas técnicas y del perfeccionamiento de las ya existentes, hechos que han sido posibles al contar con la terapéutica anti-infecciosa con elementos como los bacteriostáticos y antibióticos cuyo valor en este aspecto es indiscutible; y en el campo de la Anestesiología con procedimientos anestésicos generales, regionales o locales que ofrecen un margen de seguridad bastante amplio y a la vez un índice tóxico mínimo para la madre y el feto.

Sobre estos hechos ampliamente conocidos de ustedes, no vamos a insistir en el texto de esta comunicación sino en la evolución de la operación cesárea en los últimos quince años en la Maternidad del Hospital General de México, centro nosocomial que por sus características de Servicio Social y Asistencial, ofrece un amplio campo de estudio en este y otros aspectos de la Obstetricia. Asimismo señalaremos cuáles han sido los factores, biológicos fundamentalmente, que han determinado esta evolución, intentando finalmente una autocrítica leal y desinteresada de nuestra actuación.

ANTECEDENTES

La Maternidad del Hospital General debe ser considerada como un Servicio de Emergencia, puesto que aunque contamos con una copiosa consulta externa, las enfermas tributarias de ésta constituyen aproxi-

madamente el 5% de las hospitalizadas, cubriendo el 95% restante todas aquellas mujeres que no han tenido vigilancia prenatal y que se hospitalizan en muchas ocasiones con complicaciones severas, originadas por una deficiente conducta en la atención del parto por aquellas personas encargadas originalmente de atenderlo.

En el año de 1926, el Dr. Clemente ROBLES realizó en el Hospital Juárez la primera cesárea segmentaria, según técnica de SLIWINSKY, a sugerición del Dr. José RÁBAGO; desde entonces acá, este último, actualmente jefe del Servicio de Maternidad del Hospital General, ha desarrollado una tenaz labor en la divulgación de las diferentes técnicas de la operación cesárea con una mira eminentemente práctica y no de especulación quirúrgica. En nuestro hospital, y antes de 1933, los maestros Darío FERNÁNDEZ primero y Julián GONZÁLEZ MÉNDEZ después, introdujeron las técnicas segmentarias de cesárea practicando habitualmente la de SLIWINSKY.

Las normas que han regido en la actualidad la ampliación de las indicaciones de la Operación Cesárea y la selección de la técnica en determinado caso, han sido el producto de la experiencia obtenida par el Dr. José RÁBAGO y de los que hemos trabajado a su lado, y de las características del material tanto humano como físico de que disponemos.

MATERIAL

El material humano que se analiza en esta comunicación abarca la cifra de 548 mujeres, las cuales fueron cesareadas en el periodo comprendido entre el 10 de enero de 1936 y el 31 de diciembre de 1950. El número total de partos atendidos en este periodo fue de 63,622, obteniendo una incidencia de 0.86%.

* Tomado de Ginecología y Obstetricia de México 1952;VIII:111-23.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Características del grupo

Como ya se expresó en párrafos anteriores, únicamente el 5% de las enfermas hospitalizadas recibieron atención prenatal, careciendo en absoluto de esta en el 95% restante; de este último grupo muchas de ellas ingresaron al Servicio de Maternidad con parto avanzado, bolsa rota, infectadas en grado variable, con distocias de diferentes tipos que fueron agravadas o complicadas por una mala vigilancia del parto, y finalmente, con cuadros de anemia aguda que en algunas ocasiones fueron irreversibles o comprometieron seriamente el pronóstico.

Con un fin didáctico hemos elaborado el cuadro 1, en que en una forma global se señalan las características del grupo estudiado.

Cuadro 1. Naturaleza de los casos

Casos puros	395
<hr/>	
Casos impuros	
A. Potencialmente infectados	68
B. Infectados	42
C. Seriamente infectados	43

En el grupo que abarca los casos impuros están comprendidos aquéllos que presentaron como una complicación añadida, la hemorragia, que engendró como dijimos, cuadros de anemia de diversa gravedad. La frecuencia de la intervención la analizamos en la figura 1.

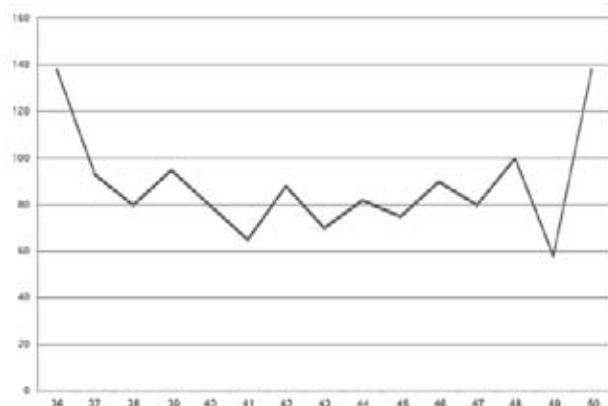


Figura 1. Frecuencia de intervención.

En la figura se aprecian dos hechos sobresalientes: a) Las cifras de máxima incidencia se registran en los años extremos.

b) Un descenso brusco a partir del primer año terminando en el sexto, y de allí un ascenso paulatino que se hace más evidente al último.

La explicación es la siguiente: en los años que precedieron a 1937, la sistematización del trabajo tocoquirúrgico de los Servicios de Maternidad no estaba realizada; éste era resuelto por los grupos de las guardias generales del hospital, formados por personal no especializado; por lo tanto no había uniformidad ni en el juicio que planteaba la indicación de la operación, ni en ésta, ni en la técnica realizada. Además, aquél por ser no especializado, hacía en muchos casos la operación cesárea y substituía en forma fácil a una intervención vaginal que ofrecía mayores dificultades en su realización y riesgos maternofetales cuando los citados grupos la practicaban.

Una vez formado el grupo especializado de la Maternidad, la incidencia de la operación bajó como se anota en la figura, ascendiendo nuevamente en los años siguientes cuando las condiciones técnicas y ambientales mejoraron en forma considerable.

En cualquier forma la frecuencia de la operación cesárea en nuestra Maternidad se encuentra en el límite inferior de las cifras aportadas por otros centros, tanto nacionales como extranjeros, como puede comprobarse en el cuadro 2.

Es un hecho evidente que en los últimos 10 años la operación cesárea se realiza con mucho más frecuencia tanto en nuestro medio como en el extranjero. Las razones que han determinado este incremento podemos asegurar, son las siguientes: el perfeccionamiento de las técnicas operatorias, el uso de agentes antinefroficos eficaces, el mejor manejo de la anestesia, y, cosa muy importante, la justa valorización de los riesgos inmediatos y futuros a que están expuestas las madres y los productos en los partos operatorios vaginales, aunque su indicación y su realización sean llevados a cabo correctamente.

No queremos decir con esto que la operación cesárea en el futuro vaya a desplazar en gran parte las intervenciones tocoquirúrgicas por vía vaginal, pero sí restringir sus indicaciones.

En lo que respecta a la actitud asumida por nuestro grupo en estos 15 últimos años, podemos calificarla como de conservadora, sobre todo en los 10 prime-

Cuadro 2. Frecuencia de operación cesárea en centros nacionales e internacionales

Hospital	Incidencia (%)
Hospital Juárez de México	0.83
<i>Maternidad del Hospital General de México</i>	0.86
Centro Materno-Infantil MAC, México	1.00
Maternidad del IMSS, México	2.30
Maternidad del Hospital Francés, México	2.50
Estudio global de 4 instituciones de Monterrey, México	2.50
Casa de Maternidad de la Cruz Roja de Mérida, Yucatán, México	2.71
Maternidad Eduardo Urzáiz Rodríguez de Mérida, Yucatán, México	5.10
Hospital 20 de Noviembre de Mérida, Yucatán, México	5.90
New Heaven Hospital, Estados Unidos	5.90
Margaret Hague, Estados Unidos	2.50
Kansas City, Estados Unidos	7.10
Cleveland Maternity, Estados Unidos	6.10
Philadelphia Lying-In, Estados Unidos	5.80
Sloane Hospital, Estados Unidos	5.80
Chicago Lying-In, Estados Unidos	5.50
Johns Hopkins Hospital, Estados Unidos	5.50
Boston City Hospital, Estados Unidos	4.20
Cincinnati-Jewish, Estados Unidos	2.60
New York Hospital, Estados Unidos	2.10
Cincinnati-Good Samaritan, Estados Unidos	1.80
Cincinnati-Christ, Estados Unidos	1.60
Cincinnati-Bethesda, Estados Unidos	1.30
Cincinnati-General, Estados Unidos	1.00

ros; esta actitud conservadora que puede ser juzgada innecesaria en la época actual, tiene como base los siguientes hechos: establecer dentro de límites prudentes basados en una atenta observación y juicio critico de los resultados obtenidos, una conducta ecléctica que no es de conservadora o de intervencionista, cosa que hemos ido consiguiendo en la última etapa de nuestro trabajo; aunque sin llegar aún al fin deseado por la situación precaria económica de nuestro Hospital; además, la madre a quien se ha practicado una cesárea adquiere un compromiso, mínimo si se quiere, que la expone a un accidente en sus embarazos o partos futuros al dejar la cesárea previamente practicada, una cicatriz en la pared uterina cuya solidez o elasticidad el tocólogo no es capaz de asegurar, orillándola a una nueva intervención aun cuando la indicación de la primera haya sido transitoria y no permanente; me refiero a aquellas cesáreas practicadas por distocia de contracción, vicios de situación, vicios de presentación, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, gestosis u otros padecimientos no originados por la gestación.

INDICACIONES

En una forma general se ha aceptado que cuando el parto por vía vaginal compromete la vida de la madre o del feto o la integridad anatómica del conducto pelvigenital, constituye una indicación de cesárea, así como también el hecho de haber sufrido la enferma una cesárea anterior indicada por una distocia transitoria en virtud de que ésta implica un riesgo en el futuro obstétrico de la mujer, circunstancia, ésta última, no aceptada por nosotros en forma absoluta.

Analicemos pormenorizadamente las indicaciones que justificaron la intervención en nuestras enfermas.

Desproporción fetopélvica

Comprendemos bajo esta dominación las estrecheces pélvicas, el gigantismo fetal, la desproporción accidental entre la presentación y la pelvis materna y los vicios de situación fetal.

La valorización de la estenosis pélvica ofrece en la actualidad cierta facilidad para hacer su diagnóstico,

contando para ello los métodos clínicos y la radiocefalo-pelvimetría. Cuando la estrechez pélvica es evidente, su diagnóstico puedo decir que es fácil, pero cuando nos encontramos ante aquellos casos que conocemos con el nombre de estrecheces límites, la indicación de cesárea debe ser planteada después de un correcto juicio de los elementos de diagnóstico disponibles y de la realización prudente de la prueba de trabajo de parto.

En el feto gigante o en el aumento de volumen parcial de éste, el problema es similar al expresado en el párrafo anterior y solamente haremos la salvedad de que cuando éste está muerto y las condiciones para practicar una fitotomía están cumplidas, se elegirá la vía vaginal para la terminación del parto.

La desproporción accidental, céfalopelviana está engendrada por vicios de actitud o de flexión de la cabeza fetal; más claramente, las presentaciones de frente; las de cara; sobre todo las mento-posteriores, las occípito-posteriores mal flexionadas; pueden constituir una indicación formal de cesárea a pesar de que la pelvis sea suficiente para permitir el paso de un producto de talla y volumen normales can presentación eutóctica. Esta indicación será planteada probablemente con más cuidado que las anteriormente expuestas en virtud de que en algunos casos los recursos del arte obstétrico son aplicables en forma eficiente para corregir la situación creada y hacer posible un parto operatorio espontáneo por las vías naturales.

Los vicios de situación fetal, la situación transversa del feto, y en algunos casos la oblicua de éste, cuando son irreductibles constituyen también una indicación de cesárea aun cuando no se compliquen con distocias de contracción.

La cifra que alcanza la indicación desproporción fetopélvica, es de 329.

Placenta previa

El diagnóstico de placenta previa puede establecerse en dos épocas diferentes que implican una actitud terapéutica también diferente. Cuando la placenta previa es diagnosticada durante el embarazo, ya sea en una época cercana o lejana a la terminación de éste, y la hemorragia comprometa severamente la economía de la madre, la indicación de cesárea debe ser planteada en forma incombustible.

Cuando la placenta previa se diagnostique en el trabajo de parto, la indicación de cesárea estará supeditada a la variedad anatómica de la inserción placentaria primordialmente, y en forma secundaria, al tipo de hemorragia y viabilidad fetal. Aclaremos este concepto. La placenta previa en su variedad central total constituye una de las indicaciones precisas de cesárea; las otras variedades, cuando se acompañen de una hemorragia profusa y el feto sea viable, podrán ser también indicaciones de cesárea, que se restringirán o se ampliarán de acuerdo con el medio ambiente en que se atienda a la enferma, los recursos de que se disponga y la habilidad del partero.

En nuestras enfermas esta indicación alcanzo la cifra de 84; y está en nuestra mente que ésta puede acrecentarse cuando las condiciones del caso y del medio ambiente mejoren; es decir, atención oportuna de la enferma, sangre en cantidad suficiente y recursos anestésicos adecuados.

Hipertonia o tetanismo uterinos con infección amniótica

Esta situación, muy frecuente en años anteriores en nuestro medio, ha ido decreciendo debido a la multiplicación de los Centros Asistenciales Prenatales y de los Hospitales que han restado enormemente el cúmulo de enfermas que son atendidas bajo bases empíricas por personas no calificadas para hacerlo.

La génesis de estos cuadros reconoce habitualmente la administración intempestiva y masiva de ocitócicos y la repetición innecesaria de las exploraciones vaginales practicadas sin asepsia.

Esta indicación alcanzó la cifra de 59.

Hipertonia o tetanismo uterinos

Estos cuadros reconocen la misma etiología que los anteriores en lo que se refiere a la administración de ocitócicos, y en los cuales las exploraciones vaginales se han reducido al mínimo y se han practicado bajo buenas condiciones asépticas.

Tanto en este grupo como en el anterior, la distocia de contracción constituyó por sí sola la indicación de cesárea al no permitir la progresión del feto por las vías naturales y exponer a la madre a un grave peligro como lo es la ruptura uterina.

Esta indicación alcanzó la cifra de 20.

Eclampsia y preeclampsia

La eclampsia y la preeclampsia son tributarias de la cesárea cuando el tratamiento médico correctamente instituido y sostenido durante un tiempo prudente, fracase; y no consideramos que esta gestosis constituya siempre por sí sola una indicación para practicar la intervención.

Esta indicación alcanzó la cifra de 18.

Cáncer cervicouterino

En nuestro concepto la presencia de un carcinoma cervicouterino constituye también una indicación de cesárea en virtud de que este tipo de tumores impiden la dilatación del cuello.

Esta indicación alcanzó la cifra de 11.

Cardiopatías descompensadas

Las cardiopatías descompensadas también constituyen otra de las indicaciones inaplazables de la cesárea, siendo también tributarias de aquéllas cardiópatas que no obstante haber llegado al final del embarazo compensadas, hayan tenido brotes severos de insuficiencia cardiaca en el curso de la gestación, por la circunstancia obvia de que este órgano está más lesionado que aquél que ha podido sobrellevar el embarazo sin grandes compromisos.

Esta indicación alcanzó la cifra de 6.

Rigidez de cuello, funcional o cicatricial con o sin infección amniótica

Los factores etiológicos son los mismos que para los grupos 3 y 4, a los que añadimos la cicatriz del cuello dejada por procesos terapéuticos anteriores al embarazo. La dificultad mecánica que crea esta situación constituye en nuestras enfermas otra indicación de cesárea.

Esta indicación alcanzó la cifra de 8.

Tumor previo. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada. Procidencia de cordón. Mola, cáncer mamario. Torsión de la matriz sobre su eje

Este grupo de complicaciones del embarazo y del parto abarca las indicaciones excepcionales, pero justificadas de la intervención, pues crean un obstáculo mecánico, una distocia de contracción que deben ser resueltos por vía abdominal cuando las condiciones

del músculo uterino y del canal pelvigenital no permitan evacuar el útero por vías naturales.

Esta indicación alcanzó la cifra de 13, correspondiendo 8, 3, 2, 2, 1 y 1 para los grupos señalados en el párrafo precedente.

Muerte de la madre con producto vivo viable

Constituye esta una indicación excepcional de la operación que nosotros hemos realizado en 2 casos en los cuales la interrupción del embarazo por vía abdominal fue planteada por una cardiopatía descompensada en uno y por una desproporción feto-pélvica en otro. La primera enferma falleció en preparación para la intervención y la segunda, por un accidente debido a la raquianestesia.

A estas dos enfermas se les practicó cesárea corporal, obteniendo en la primera dos productos agónicos que no se reanimaron y en la segunda un producto a término perfectamente sano. La indicación primitiva de éstas, nos obligó a colocarlas en los capítulos correspondientes y añadir este párrafo como una cosa explicativa.

Esta indicación debe considerarse en aquellos casos en los que cuando la enferma fallece se tiene la sospecha o la certidumbre de que el feto se encuentra aún vivo.

Esta indicación alcanzó la cifra de 2.

TIPOS DE CESÁREAS

El tipo de cesárea elegido para cada caso se hizo de acuerdo con las características clínicas de cada enferma, y también de acuerdo con las características de cada tipo con el objeto de realizar una intervención que ofreciese mayores garantías a la enferma. Las hemos dividido en tres grupos: transperitoneales, extraperitoneales y vaginales.

Transperitoneales

Este tipo de cesárea en que el aislamiento de la cavidad abdominal es transitorio, ha sido elegido para los casos puros; y solamente anotamos en él dos técnicas especiales tributarias de los casos impuros (PORTES-GOLDCHAT, y la cesárea seguida de histerectomía) que son también transperitoneales y que las incluimos en el grupo aplicable a los casos puros por una razón anatómica y por no hacer una subdivisión más.

Los casos operados con estas técnicas los especificamos en el cuadro 3.

Cuadro 3. Tipos de cesáreas

Cesáreas transperitoneales

Corporales

Clásica	24
Portes-Goldchat	11
Cesárea seguida de histerectomía	43

Segmentarias

Michon	213
Kerr	82
Sliwinski	52
Atípica	18
Pfaneuff	8
Beck	3
Doeffler	1

Cesáreas extraperitoneales

Por artificio

Jeanin-Menger	54
Puras	
Watters	7
Ricci	9
Norton	17

Sin desconocer que cada técnica fue creada para llenar una indicación y ofrecer una mayor garantía inmediata y futura a la enferma que se le practica, podemos decir que cuando se selecciona el caso y se elige la técnica adecuada, todas ellas dan frutos óptimos; pero con la adquisición de nuevos elementos anestésicos y terapéuticos, estas numerosas técnicas realizadas por nosotros las hemos reducido a un corto número tomando en cuenta su más fácil realización, la mayor garantía que ofrecen a la enferma al impedir la difusión de un proceso infeccioso localizado al útero, a una histerectomía más anatómica y por lo tanto a la creación de una cicatriz menos extensa y menos dura y el correcto aislamiento transitorio o definitivo de la cavidad abdominal.

Estas técnicas que hemos seleccionado como las mejores, son las siguientes: para los casos puros, las de MICHON y KERR; y para los impuros, infectados o severamente infectados de nuestra clasificación, las de JEANIN MENGER y NORTON respectivamente. En aquellos casos en que las condiciones anatómicas encontradas nos han obligado a emplear una táctica quirúrgica

diferente, la operación proyectada ha sido substituida por otra que esté más de acuerdo con los hallazgos operatorios.

La cesárea vaginal es, en nuestro concepto, una operación cuyas indicaciones son muy restringidas, y consideramos que debe ser realizada exclusivamente durante el embarazo que no pasa de 8 meses, por las dificultades que ofrece el feto maduro o cerca de su madurez en su extracción; además creemos pertinente señalar que la placenta previa es una contraindicación formal de este tipo de cesárea, porque no puede ser controlada con la vista el área sangrante de la inserción placentaria.

Los accidentes operatorios que registramos se muestran en el cuadro 4.

Cuadro 4. Accidentes operatorios

Accidente	N.º
Fístulas vésicovaginales tardías	3
Fístula vésicoparietal tardía	1
Herida vesical con fistula vésicovaginal posterior	2
Herida vesical suturadas sin fistula posterior	5
Ruptura del fondo de saco peritoneal vésicouterina	7

La explicación de estos accidentes operatorios es la siguiente: las tres fistulas vésicovaginales se presentaron en cesáreas transperitoneales segmentarias en las cuales la indicación fue una estenosis pélvica a la que se asoció el cuadro de amenaza de ruptura uterina por retracción del útero y parto prolongado. La percusión de la vejiga por la cabeza y contra la cara posterior del pubis determinó una zona de contusión que se esfeceló entre el sexto y octavo días que siguieron a la intervención apareciendo entonces la fistula.

La fistula vésicoparietal se presentó en una enferma a la cual le fue practicada una cesárea extraperitoneal de WATTERS y que fue debida seguramente al compromiso nutricional originado por la disección de las fasias prevesicales con el objeto de liberar el fondo de saco peritoneal vésicouterino; esta fistula cerró espontáneamente al cabo de 10 días.

La herida vesical presente en cinco casos fue un accidente registrado en otras tantas cesáreas extraperitoneales de WATTERS al disecar las fasias prevesicales; estas heridas fueron suturadas inmediatamente y no dejaron secuela alguna.

Las heridas vesicales que dejaron dos fistulas vésicovaginales fueron también accidentes registrados en las cesáreas de WATTERS y cuya causa etiológica es la misma, y que dejaron como secuela, a pesar de la correcta sutura vesical, la fistula.

La apertura del fondo de saco peritoneal vescouterino se realizó en 7 casos en los cuales fueron practicadas cesáreas extraperitoneales según las técnicas de WATTERS y RICCI. La explicación de este accidente descansa sobre el hecho de que el fondo de saco citado está sólidamente adherido en algunos casos a la zona de donde emerge el uraco, haciendo muy laboriosa o imposible su separación.

Estos accidentes operatorios, los que se refieren a las cesáreas extraperitoneales, fueron otros de los motivos por los cuales abandonamos las dos técnicas citadas, eligiendo la de NORTON, que presenta el mínimo de escollos quirúrgicos.

ANESTESIA

La anestesia que usamos en nuestras operadas, ha sido elegida fundandonos en los caracteres farmacológicos de cada anestésico, en los tóxicos y en su costo.

La experiencia nos permite asegurar que cuando las condiciones requeridas para el uso de un determinado anestésico están absolutamente llenadas, puede emplearse sin temor cualquier tipo de éstos; sin embargo, podemos asegurar que la raquianestesia es la mejor en virtud de los escasos riesgos para el producto y la madre, y de la mínima interferencia que tiene para la dinámica uterina.

Las mezclas de Ciclopropano-Oxígeno, Ciclopropano-Eter-Oxígeno o Eter-Oxígeno, ofrecen también resultados óptimos siempre y cuando sean manejadas por personas entrenadas en anestesia obstétrica.

La anestesia local, que desde cualquier punto de vista ofrece un máximo de seguridad para la madre y el producto, y que prácticamente carece de contraindicaciones y de peligros, la hemos empleado en forma casi exclusiva en las enfermas cuya tensión arterial es muy baja debido a hemorragias profusas, como en la placenta previa, y en un corto número, en enfermas cardiópatas o hipotensas, no empleándole en más casos debido a que el psiquismo de la enferma no nos lo ha permitido a pesar de una correcta medicación preanestésica.

La anestesia general por Balsoformo fue usada en aquellas enfermas en que la Raquianestesia no estaba indicada y en las épocas en que no disponíamos de otros elementos anestésicos. La consideramos como lesiva tanto para la madre como para el producto por los componentes que intervienen en su composición par lo tanto la hemos abandonado totalmente en todas las intervenciones que requieran una anestesia prolongada. En el cuadro 5 se concentran los datos anestésicos.

Cuadro 5. Número de casos y anestésico empleado

Anestesia	Núm. de casos
Raquianestesia (procaina o novocaína)	411
Local (meticaína)	80
Balsoformo	32
Ciclo-propano	20
Éter	5

Hubo un accidente que ocasionó la muerte de una enferma y que fue originado por un error de dosificación de clorhidrato de procaina en una raquianestesia.

MORBILIDAD MATERNA

El criterio sustentado para calificar un puerperio como febril es el siguiente: registro de una temperatura de más de 37° por más de 2 días, excluyendo el siguiente a la intervención.

Nuestras enfermas presentaron los siguientes cuadros infecciosos: 16 tuvieron endometritis; 8, septicemia puerperal; 8, pelviperitonitis; 2, flebitis de los miembros inferiores, y 4, escarlatina, neumonía y meningitis, tifo.

Los factores coadyuvantes y predisponentes de estos cuadros infecciosos fueron establecidos fuera del Servicio, pues este número de enfermas corresponde a aquellas que ingresaron con partos mal conducidos, con exploraciones vaginales repetidas hechas sin asepsia, con bolsa rota de más de 8 horas, con cuadros de anemia en grados variables, y algunas ya con signos claros de infección. La morbilidad materna global y corregida se señalan en el cuadro 6.

Esta morbilidad demasiado alta es originada, como ya se ha venido expresando, por las características de nuestro Hospital, que no nos permiten hacer un buen

Cuadro 6. Morbilidad materna global y corregida

<i>Global</i>	
Número de casos operados	548
Puerperios febres	38
Promedio	6.77%
<i>Corregida</i>	
Número de casos operados	548
Puerperios febres	34
Promedio	6.38%
<i>Puerperios febres de causa no obstétrica (escarlatina, neumonía, meningitis, tiro)</i>	4

tratamiento profiláctico, ya que no disponemos de suficiente cantidad de antibióticos. Seguramente, al mejorar estos dos factores y la cultura médica de nuestro pueblo, el índice de morbilidad será bastante mejor.

MORTALIDAD MATERNA

Nuevamente insistimos en las características de nuestras enfermas y las condiciones del medio en que trabajamos para explicar las causas de la alta mortalidad materna que registramos (cuadro 7); es por desgracia, según el estudio del Dr. Gustavo VINIEGRA, funcionario de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, la más alta registrada en las Maternidades de México, y es susceptible de disminuir cuando las reiteradas peticiones nuestras a las autoridades asistenciales sean escuchadas, proporcionándonos más personal técnico adiestrado, mejor equipo, y sangre y antibióticos en cantidades suficientes. Esto no constituye una justificación de los hechos que hemos venido señalando, sino que al contrario debe tomarse como una protesta ante la poca atención que se prodiga a los Hospitales Oficiales.

La explicación del cuadro 7 es la siguiente: el número global de muertes maternas lo especificamos a continuación para poder establecer la cifra de mortalidad corregida (cuadro 8).

Del estudio de los datos asentados anteriormente podemos deducir que las causas de mortalidad materna son susceptibles de disminuir, sobre todo las que comprenden el segundo grupo.

En el primer grupo existe una, la anemia aguda, que constituye casi la mitad de todas ellas. La atención oportuna de este tipo de enfermas, la administración

Cuadro 7. Mortalidad materna

<i>Global</i>	
Número de casos operados	548
Muertes maternas	54
Promedio	9.85%
<i>Corregida</i>	
Número de casos operados	548
Muertes maternas imputables a la intervención	25
Promedio	4.56%
<i>(1945-1950)</i>	
Número de casos operados	270
Muertes maternas	7
Promedio	2.59%

Cuadro 8. Cifra de mortalidad corregida

Procesos patológicos independientes de la intervención que determinaron la muerte

Anemia aguda por placenta previa	12
Cardiopatías	5
Eclampsia	4
Cáncer cervicouterino	2
Neumonía	2
Meningitis tuberculosa	1
Tifo	1
Tuberculosis pulmonar	1
Accidente anestésico	1
Total	29
<i>Procesos patológicos dependientes de la intervención</i>	
Septicemia	19
Pelviperitonitis	5
Metritis gangrenosa	1
Total	25

liberal de sangre en transfusiones tanto en la etapa preoperatoria como en la operatoria y posoperatoria, fatalmente harán decrecer a límites cercanos al cero esta causa de mortalidad. Las otras causas son eventualidades que por su naturaleza son poco susceptibles de una variación favorable, no obstante que sean tratadas correctamente.

Las causas del segundo grupo también pueden mejorarse cuando la enferma tenga la oportunidad de asistir a centros de consulta prenatal, se hospitalice oportunamente y por lo tanto, la vigilancia del embarazo y del parto sea correcta.

En nuestro medio este deseo no estará satisfecho en breve tiempo, por lo cual debemos extremar tanto la profilaxis antinfecciosa como el tratamiento de ataque de la infección, y sobre todo, hacer la elección de la técnica operatoria a seguir en forma cuidadosa, asumiendo una actitud menos conservadora para obtener un mayor porcentaje de éxitos en este tipo de enfermas.

Como un dato que robustece lo asentado en líneas anteriores, está la disminución de la mortalidad materna en un 50% en el lapso comprendido entre los años de 1945 y 1950. Esto se debe fundamentalmente a la iniciativa privada de un grupo especializado que ha colaborado con nosotros y a la propia nuestra, para mejorar las condiciones de trabajo y que, no obstante haberse logrado en forma modesta, ha rendido resultados satisfactorios.

MORTALIDAD FETAL

La resultante inmediata, en atención a las características del grupo y a la escasez de medios terapéuticos, es la alta mortalidad fetal. Ciento es que en algunos cuadros patológicos como la placenta previa, la eclampsia, algunas cardiopatías y las enfermedades infecciosas agudas como el tifo, la escarlatina, la neumonía, etc., arrojan un alto índice de mortalidad fetal. Pero esto constituye la excepción y por lo tanto no justifica el resultado que a continuación anotamos.

La muerte del producto *in utero* estuvo determinada en el 92% de los casos por complicaciones de orden obstétrico previsible y corregible, una vez establecidas, en la mayor parte de las veces. Las distocias de contracción, los síndromes de desproporción feto-pélvica, la placenta previa, algunas cardiopatías y algunas gestosis al ser tratadas en forma inadecuada fuera del Servicio de Maternidad del Hospital, determinaron en forma directa la muerte del producto que en otra forma se hubiese salvado casi seguramente.

La cifra de mortalidad fetal (cuadro 9) es de 22.28%, elocuente por sí misma, y que es también susceptible de corregirse cuando los factores de morbilidad y medio ambiente lo sean.

RESUMEN

1) De un total de 63,622 mujeres embarazadas, se estudiaron 548 cuyos partos fueron terminados mediante la operación cesárea en el lapso comprendido del 1 de enero de 1936 al 31 de diciembre de 1950, obteniendo una frecuencia de 0.86%.

2) Se señalan las características deplorables del grupo a su ingreso a la Maternidad del Hospital General de México, clasificándolo en casos puros, 394; casos impuros, 143, y cáncer, 11.

Cuadro 9. Mortalidad fetal

Número de productos nacidos	552
Nacidos vivos	429
Nacidos muertos	123
Promedio	22.28%

3) Las indicaciones en la Maternidad del Hospital General de México fueron, en orden de importancia: desproporción fetopélvica, placenta previa, hipertensión o tetanismo uterinos con infección amniótica, hipertensión o tetanismos uterinos sin infección, eclampsia y preeclampsia, cáncer cervicouterino, cardiopatías, rigidez de cuello funcional o cicatricial con o sin infección amniótica; y como indicaciones excepcionales: tumor previo, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, procidencia de cordón, mola, cáncer mamario, torsión de la matriz sobre su eje y muerte de la madre con producto vivo.

4) Se señalan las diferentes técnicas usadas, concluyendo que las de elección, en función de la naturaleza del caso, son, para los casos puros: las de Michon y Kerr; y para los impuros, infectados, la extraperitoneal por artificio de Jeanin-Merger y la extraperitoneal pura de Norton, respectivamente.

5) Se refieren los accidentes operatorios y su génesis, siendo éstos las fistulas vésicovaginales, fistula parietal, heridas vesicales suturadas con fistula vésicovaginal posterior o sin ella y la ruptura del fondo de saco peritoneal vésicouterino; señalando al mismo tiempo que estos accidentes son tributarios de las cesáreas extraperitoneales puras.

6) Se señalan como anestesias de elección, la raquídea y la local. Las anestesias generales con ciclo-propano y éter se consideran como buenas cuando son manejadas por personas entrenadas en anestesia obstétrica. La general con Balsoformo se considera como tóxica, pero se ha usado por ser de bajo costo.

7) La morbilidad materna corregida alcanzó el 6.38% y es imputable a la deficiente atención del parto fuera de la Maternidad.

8) Por las mismas razones expuestas en el inciso anterior, a las que se añaden la falta de medicamentos y sangre, la mortalidad materna corregida alcanzó la cifra de 4.56%.

9) La mortalidad fetal, de 22.28%, también demasiado alta, se considera como la resultante de las características del grupo estudiado.