“ALGUNAS ANOTACIONES SOBRE CESAREAS EN HOSPITALES Y CLINICAS DE BOGOTA, D. E.”

Doctor **Delfín Valderrama**

Introducción

Este trabajo tiene por objeto presentar un estudio comparativo sobre operación cesárea, realizado con el material recogido en tres instituciones clínico-hospitalarias de la ciudad de Bogotá, D. E., y escogidas de antemano por ser distintas las condiciones socioeconómicas de las pacientes que son atendidas en cada una de ellas.

Así mismo, los resultados serán comparados con los obtenidos en diferentes instituciones hospitalarias extranjeras, especialmente de los Estados Unidos.

Material y métodos

Los datos en que nos basamos pertenecen a las siguientes instituciones clínico-hospitalarias: Instituto Materno Infantil “Concepción Villaveces de Acosta”; Clínica David Restrepo y Clínica de Marly, merced a la excelente cooperación de sus distinguidos directores y de los jefes inmediatos y personal auxiliar de los departamentos de estadística respectivos.

El estudio comprende las historias clínicas de pacientes a quienes se les

practicó la operación cesárea durante un lapso de 24 meses consecutivos, que arroja un gran total de 1.220 intervenciones.

A continuación damos una somera descripción de las instituciones nombradas, del tipo de pacientes y de la manera como se les otorga asistencia en cada una de ellas.

El Instituto Materno Infantil es un establecimiento hospitalario exclusivamente de caridad, sostenido en su totalidad por la Beneficencia de Cundinamarca. Por ser el principal hospital de maternidad en Bogotá, a él acuden todas las pacientes de escasos o nulos recursos económicos, siendo atendidas en sus diversas dependencias por personal médico especializado y en adiestramiento, ya que tiene también funciones de hospital universitario (Universidad Nacional). Es de anotar que de las pacientes obstétricas atendidas allí solamente un 10% ha tenido control prenatal en el instituto, presentándose frecuentemente complicaciones por el abandono del 90% restante, llegando muchas en trabajo de parto avanzado y algunas luego de habérseles aplicado ocitócicos y

de haber sido sometidas a maniobras incorrectas.

La Clínica David Restrepo es un establecimiento privado de maternidad que atiende exclusivamente pacientes de la clase media económica, según un legado testamentario que dispone la prestación de todos los servicios, desde los primeros meses del embarazo hasta su parto y puerperio, incluyendo el control del niño en sus primeros meses de vida. Consta la clínica de 57 camas, con un servicio asistencial excelente y un magnífico personal médico especializado, tanto en el departamento de Obstetricia como en el de Pediatría.

Careciendo de afán económico, la clínica cumple una gran función social a la vez que presta eficientes servicios en sus dos ramas especializadas. Por otra parte, ha sido la primera institución en Bogotá y seguramente en el país, que empezó a aplicar en sus pacientes, desde 1958, el método sicoprofiláctico para el parto indoloro.

La Clínica de Marly es también un establecimiento privado hospitalario, pero constituido en sociedad anónima, que presta servicio médico-asistencial a todas las especialidades, disponiendo de un buen número de camas para pacientes obstétricas, las cuales son atendidas por médicos particulares especializados, en su gran mayoría.

Al examinar en forma detenida el cuadro anterior podemos anotar, en primer lugar, el gran volumen de trabajo en el Instituto Materno Infantil en comparación con las otras instituciones, lo cual se explica porque en Bogotá es el único hospital de caridad y porque dispone de 300 camas para pacientes obstétricas. Así mismo, se aprecia de un año a otro un aumento notorio tanto en el número de partos como en el de cesáreas en comparación con las otras instituciones nombradas, lo cual refleja el aumento progresivo de la población.

En cuanto a la incidencia de la cesárea, resalta el bajo porcentaje de los dos años estudiados en la Clínica David Restrepo. Esta diferencia pone de presente las condiciones especiales de dicha clínica, que permiten un estricto control integral del estado grávido puerperal de cada una de las pacientes atendidas allí.

Se anota también la incidencia de cesáreas sensiblemente igual, en porcentaje total, entre la institución netamente de caridad y la Clínica de Marly, a pesar de la gran diferencia en volumen de partos y cesáreas.

En un estudio elaborado hace tres lustros en el Instituto Materno Infantil para una tesis de grado (1) y basado en la revisión de las cesáreas hechas en seis años, resulta una incidencia de

CUADRO 1
INCIDENCIA DE CESAREAS EN RELACION CON EL NUMERO DE PARTOS

Instituciones	Año de 1958			Año de 1959			Total %
	Partos	Cesáreas	%	Partos	Cesáreas	%	
Inst. Materno Inf.	9.281	432	4.65	10.648	523	4.91	4.78
Cl. David Restrepo	1.871	68	3.63	2.151	86	4.00	3.81
Clínica de Marly	1.136	59	5.19	1.296	52	4.01	4.60

1.99%, bastante baja comparada con la de cualquiera de las instituciones de nuestro estudio. Tal diferencia se explica por los adelantos conseguidos últimamente en los campos quirúrgico, anestésico y anti-infeccioso, lo cual permite ejecutar la operación cesárea con mucha más seguridad y confianza. Además debe tenerse en cuenta el resultado fetal obtenido en las pacientes no intervenidas con cesárea, y que según ese mismo estudio conlleva un alto porcentaje de morbilidad y mortalidad fetales, inversamente proporcional al de cesáreas, como veremos más adelante.

Comparando globalmente nuestra estadística con la de hospitales extranjeros, especialmente norteamericanos, resulta un porcentaje sensiblemente igual para la intervención que nos ocupa y que es de 4.40% y 4.20%, respectivamente.

A continuación se consignan algunos datos sobre la incidencia de cesáreas en varios hospitales extranjeros, en especial de los Estados Unidos, lo cual nos permite valorar el criterio obstétrico-quirúrgico seguido en uno y otro medio.

Revisión hecha por Hall y colaboradores (2) en 10 hospitales norteamericanos, entre los años 50 y 55:

Número de partos: 85.556. Número de cesáreas: 3.816, para un porcentaje de 4.46%, que es semejante al de nuestras instituciones, así sean particulares.

Revisión hecha por los doctores Heselstine y Freese (3), de la Universidad de Chicago, en un lapso de 10 años (47 a 57):

Número de partos: 36.903. Número de cesáreas: 1.846, para un porcentaje del 5%, que es también sensiblemente igual al nuestro.

Revisión hecha por los doctores Lock y May (4), en el Hospital Bautista de Carolina del Norte, para los años 51 a 55, en donde de 7.871 partos resulta una incidencia de cesáreas de sólo 1.74 por ciento, porcentaje notablemente bajo no sólo en nuestro país sino en el mismo de origen y que tendría una explicación similar a la de nuestra estadística hace 15 años.

Revisión hecha por el doctor Fernandes (5) del Brasil: refiere 2.083 casos de cesáreas realizadas en un hospital de maternidad y en una clínica privada, dando respectivamente una incidencia de 2.40% y 5.00%.

La notable diferencia anotada por este autor entre una institución de caridad y una privada, contrasta con el equilibrio que guardan nuestras instituciones de ambas clases, lo cual denota que en nuestro medio se sigue un mismo criterio tanto en la práctica hospitalaria como en el ejercicio particular de la obstetricia. Así mismo, también en el Brasil, de un estudio realizado por el doctor Martins Passos (6) en el gran hospital de maternidad de Sao Paulo, encontramos esta notable diferencia así: (años 53 a 57):

Número total de partos: 37.278. Número total de cesáreas: 2.360. Porcentaje total: 6.33%.

Pacientes de caridad: 13.733 partos. Cesáreas 340, para una incidencia del 2.47%.

Pacientes pensionadas: 21.574 partos. Cesáreas 2.023, para una incidencia del 9.41%.

El autor nombrado anota que la incidencia de cesáreas ha sido progresiva, tanto en la sección de indigentes como en la de pensionadas, siendo de manera más acentuada en la última, sin entrar en explicaciones sobre la causa.

Finalmente, en los Estados Unidos, los doctores Erhardt y Gold (7), de la Universidad del Estado de Nueva York, realizaron una revisión de dos años sobre la incidencia de la cesárea en la ciudad de Nueva York (años 54 y 55), sacando en conclusión un porcentaje de cesáreas 56% más alto en pacientes particulares que en pacientes de hospital, sin entrar en explicaciones.

lizado en las instituciones nombradas revela una diferencia apreciable entre la realidad actual y el concepto arriba mencionado, que sí está de acuerdo con el índice de cesáreas que anota para primigestantes el trabajo sobre el I. M. I. hecho atrás y que es de 56.28%, quedando para multigestantes un porcentaje del 43.27%. Encontramos entonces una diferencia apreciable entre estos índices de comparación, que es desfavorable para las primíparas operadas años atrás, siendo necesario advertir que los porcentajes que presentamos en el presente trabajo y en especial para este capítulo, han sido extraídos de igual manera que los que presenta para el I. M. I. el doctor Echeverry (1) en su trabajo de tesis hecho en 1944. La misma diferencia anotada arriba la encontramos en

CUADRO 2
FRECUENCIA DE CESAREAS SEGUN PARIDAD

Instituciones	Año de 1958		Año de 1959		% Totales
	Primigest.	Multigest.	Primigest.	Multigest.	
Inst. Materno Inf.	39.35	60.65	39.20	60.80	39.23 y 60.77
Cl. David Restrepo	27.94	72.06	29.07	70.93	28.50 y 71.50
Clínica de Marly	28.82	71.18	38.46	61.54	33.64 y 66.36

Se advierte un aumento en la frecuencia de la intervención en las primigestantes del I. M. I. en los dos años estudiados, diferencia que se podría explicar por el hecho de que la paciente hospitalaria acude casi siempre de manera tardía para ser atendida.

Se ha dicho que el factor paridad tiene gran importancia para la decisión de la operación, ya que el obstetra se inclina más a la cesárea en las primigestantes, pero el estudio de dos años rea-

la revisión hecha por autores ya nombrados de la Universidad del Estado de Nueva York (2), sobre 10 hospitales americanos y seis años, para concluir con una incidencia de 58.15% para las primigestantes y 41.85% para las multigestantes, porcentajes que son sensiblemente iguales a los anotados para el I. M. I. hace cerca de 20 años.

Los doctores Marr y Nathanson (8) del hospital de Saint Luke de Nueva York, al describir una técnica sobre ce-

sárea extraperitoneal realizada en dicho hospital, menciona 125 casos, de los cuales comunican una frecuencia de cesárea en primíparas del 76.80%, quedando el porcentaje restante de 23.20 por ciento para las múltiparas. Como se puede apreciar, es lo más alto en índice de cesáreas en primigestantes que hemos encontrado, sin explicación alguna subsiguiente.

Los índices sobre frecuencia de cesáreas según paridad, estudiados en las dos instituciones particulares, se mantienen sensiblemente iguales, con una pequeña diferencia respecto a la institución hospitalaria.

Técnicas empleadas en la operación cesárea

La técnica operatoria que se utilizó con más frecuencia fue la de la cesárea segmentaria transperitoneal arciforme, variando solamente el tiempo que sigue a la perforación de la cara anterior del segmento, prefiriendo unos cirujanos la sección y otros la disociación, siempre transversal del segmento. El porcentaje global para esta técnica es del 98.00%. En las historias revisadas del I. M. I. se encuentran dos casos de cesárea segmentaria longitudinal, realizadas según la técnica de Opitz, las cuales, según se desprende de su estudio, no fueron hechas por indicación clínica especial. Se encuentran también dos casos de cesárea corporal, ejecutadas según la técnica clásica y con la indicación clínica en que este tipo de intervención sigue conservando la primacía, a saber, el carcinoma de cuello uterino. Finalmente, en la misma institución se encuentra un

caso de cesárea corporal mixta, por prolongación en T, de una segmentaria iterativa IV, con fistulorrafia anterior.

Las clínicas David Restrepo y de Marly conservan también el 2% restante para cesárea corporal mixta, por prolongación en T, de una segmentaria transperitoneal, por situación transversa con feto grande y también por la indicación especial ya anotada de Ca del cuello uterino.

Comparando esta revisión con la hecha por autores extranjeros en hospitales americanos tenemos que es sensiblemente igual con algunas excepciones, a saber:

En revisión hecha por Hall y colaboradores (2), de la Universidad del Estado de Nueva York, en 10 hospitales encuentran una incidencia para la segmentaria del 84.30%, para la clásica del 10.90% y para la extraperitoneal del 4.80%, haciendo luego ellos mismos la apreciación de la tendencia a dejar a un lado este último tipo de operación complicada.

En la revisión de 2.066 casos de operaciones cesáreas consecutivas presentados por Waters (9) del hospital de maternidad "Margaret Hague" de la ciudad de Jersey City, N. J., se encuentra un porcentaje del 70.00% para las segmentarias y el 30.00% para las extraperitoneales, sin que estas últimas tengan indicación clínica especial.

Dos autores ya nombrados (7) de la Universidad del Estado de Nueva York, reunieron las historias de cesáreas de dos años (54 y 55) y en cuanto a tipo de incidencia anotaron: en cerca del 50.00% no se especificó; del 50.00% restante el 90.00% fue cesárea seg-

mentaria transperitoneal, un 7.00% cesárea clásica y un 1.00% cesárea segmentaria extraperitoneal.

Marr y Nathanson (8) del hospital de Saint Luke, de Nueva York, describen 125 casos de c. s. extraperitoneal consecutivas en dicho hospital con resultados que justifican el lugar secundario que sigue ocupando ese tipo de incisión.

El autor Bryant (10), de Cincinnati (Ohio), revisó 6.265 cesáreas del año 50 al 59 y encontró un 92.00% de segmentarias transperitoneales, de las cuales, una incisión transversa, se hizo en el 80.00% de los casos.

Finalmente, en cuanto al tipo de incisión en la pared abdominal, practica-da, De Rezende y asociados (11), describen 519 cesáreas en las cuales la incisión de Pfannenstiel fue realizada de preferencia, anotando de paso que no hubo mortalidad materna y en cuanto a morbilidad, que los hematomas y abscesos fueron más comunes con la citada incisión que con la longitudinal (5.10% vs. 2.40%); así mismo, con la misma frecuencia ocurrieron evisceraciones.

Mortalidad y morbilidad materna en la operación cesárea

Presentamos el cuadro 3, referente a mortalidad materna por cesáreas (años 1958 y 1959):

Instituciones	Número de	
	muertes	%
Instituto Materno Inf.	6	0.61
Clínica David Restrepo	0	0.00
Clínica de Marly	1	1.92

Mortalidad materna

Por lo que concierne al I. M. I. el índice es notoriamente bajo, dado el volumen de trabajo y las precarias condiciones en que llegan muchas de las pacientes a dicha institución. Las seis muertes relacionadas con la operación en la citada entidad hospitalaria, se debieron en realidad a causas muy distintas a la cesárea misma: shock anafiláctico, afibrinogenemia, embolia pulmonar, atrofia amarilla aguda del hígado, cáncer concomitante con septicemia y eclampsia (cesárea postmortem).

En cuanto a la muerte materna por cesárea en Marly, su causa fue por shock hemorrágico y anemia aguda, consecutiva a placenta previa central, no siendo tampoco causa de muerte la intervención misma.

En cuanto a los 24 meses revisados en la Clínica David Restrepo, no ocurrió ninguna muerte materna relacionada con cesárea.

Morbilidad materna

En lo referente a morbilidad materna, en la revisión de los dos años se saca en conclusión que la complicación postoperatoria más frecuente, sobre todo en los medios hospitalarios, es la de los abscesos parietales, encontrándose un total de 31 casos en el I. M. I., para un porcentaje de 3.25%. Allí mismo le sigue en frecuencia la endometritis, con un número de 6 casos, bastante bajo para 955 cesáreas (0.63%).

En lo concerniente a las dos clínicas estudiadas, la David Restrepo presenta

también como complicación más frecuente la de los abscesos parietales, notoriamente disminuída en los años siguientes; lo mismo ha ocurrido en la Clínica de Marly.

En los hospitales americanos, según una revisión hecha por Edwin J. de Costa (12) del Passavant Memorial

mortalidad materna por la operación bajó del 67 al 9 x 10.000.

En relación con las instituciones hospitalarias norteamericanas, el índice de mortalidad materna local es sensiblemente alto, resultando en cambio favorable al relacionarlo con el dado por Fernandes, del Brasil.

CUADRO 4
CLASE DE ANESTESIA USADA EN LA OPERACION CESAREA
(Años 1958 y 1959)

<i>Instituciones</i>	<i>A. raquídea</i>	<i>A. general</i>	<i>A. mixta</i>	<i>A. local</i>
Instituto Materno Infantil	95.00%	4.50%		0.50%
Clínica David Restrepo	86.00%	9.00%	5.00%	
Clínica de Marly	85.00%	5.00%	10.00%	

Hospital de Chicago, se ejecutaron 1.852 cesáreas sin mortalidad materna. En Nueva York, entre 1954 y 1955, se hicieron 16.947 cesáreas con una rata de mortalidad materna de 0.215% o sea 2 mujeres por cada mil. Así mismo anotan que aunque esta mortalidad es 5 veces más alta que para los partos espontáneos, hay que tener en cuenta la gravedad de algunas intervenciones.

Fernandes, en revisión ya citada (5), comunica 2.083 cesáreas para una mortalidad materna no corregida de 1.70% y 1.20%, respectivamente, para un hospital de maternidad y una clínica privada. Además, partos vaginales posteriores a estas cesáreas se realizaron en un 30% de ellas.

Waters (9), en revisión hecha en un hospital de Jersey City, N. J., de 2.066 casos de cesáreas consecutivas, concluye que durante los años 49 a 55 comparados con el período 40 a 47, la

Según la revisión efectuada, la anestesia raquídea sigue siendo la de elección para esta intervención quirúrgica en nuestro medio, ocupando el primer lugar la institución de caridad; allí mismo se encuentra un mínimo porcentaje para anestesia local, usada en casos extremos de gravedad (shock hemorrágico), que una vez dominados han terminado con general.

La anestesia general anotada en el cuadro se ha empleado en casos especiales tales como cardiopatías y estados de pre-shock por hemorragia, sin que intervenga ningún otro tipo de anestesia, en la operación.

En lo concerniente a anestesia mixta, encontrada en las dos clínicas particulares, se refiere al empleo inicial de la raquídea, seguida por uno u otro motivo de anestesia general por inhalación.

A título informativo anotamos varios comentarios de autores extranjeros sobre este tema:

En revisión de 2.066 cesáreas realizadas en el hospital de maternidad "Margaret Hague", de Jersey City (9), el autor dice que en el 95% de los casos la anestesia de elección fue la raquídea, que en esa institución ha sido la usual durante 25 años.

En contraposición al índice anterior tenemos la revisión hecha por Tindall y colaboradores (13), de la Universidad George Washington, en la que informan que de 1.563 cesáreas realizadas, un 92.2% fueron hechas con anestesia combinada (intravenosa y por inhalación), y el restante 7.8% con anestesia de conducción, sin ninguna muerte. En la discusión de ese artículo Beacham (14), refiere que en el Hospital de Caridad de Nueva Orleans, de 5.266 cesáreas operadas desde 1942 con anestesia espinal, no se había presentado ninguna muerte, y que durante la última década, al 85% de las pacientes se les dio anestesia intratecal.

Los autores Alessandrescu y Dumitrescu (15), de Bucarest, comunican que en Rumania la anestesia espinal es la de más uso en cirugía abdominal, y para 10.722 cesáreas ejecutadas bajo esta anestesia, presentan un índice de mortalidad materna del 0.289%.

Cesáreas iterativas

CUADRO 5

CESAREAS DE REPETICION (Años 1958 y 1959)

Instituto Materno Infantil	25.21%
Clínica David Restrepo	34.93%
Clínica de Marly	26.79%

Al examinar el cuadro anterior, llama la atención el mayor índice encontrado en la Clínica David Restrepo, en relación con las otras instituciones estudiadas, y que parece deberse a extremado celo en la conducta que se sigue con la paciente que presenta cesárea anterior pues, como veremos adelante, también en dicha clínica hay un notable predominio de ese antecedente como indicación única de cesárea.

En cuanto al Instituto Materno Infantil, encontramos que en dos años, de 242 iterativas realizadas, 10 gestantes fueron intervenidas con cesárea 5 veces (iterativa V); 4 lo fueron seis veces (iterativa VI), y una paciente operada en 7 ocasiones (iterativa VII), siendo éste el máximo de cesáreas encontrado en una misma gestante, en nuestro estudio.

Los datos comparativos con instituciones extranjeras respecto a este capítulo, se darán conjuntamente cuando estudiemos lo relativo a indicaciones de la operación cesárea, en especial cesárea anterior, electiva y demás denominaciones.

Entre todas las indicaciones de cesárea ocupa el primer lugar la estenosis pélvica o estrechez pélvica, que incluye obviamente la desproporción pelvi-fetal. En el Instituto Materno Infantil justificó la intervención en el 36.70% de los casos, en tanto que en la Clínica David Restrepo apenas ocurrió en el 27.06 por ciento. Tal vez esta notable diferencia radica en el hecho de que en la última entidad mencionada muchos casos de estrechez pélvica fueron incluídos en

CUADRO 6
CESAREAS — INDICACIONES

(Años 1958 y 1959)

	I. M. I.	D. Restrepo	Cl. Marly
1. Estenosis pélvica	36.70%	27.06%	30.52%
2. Sufrimiento fetal	18.14%	12.85%	19.56%
3. Placenta previa	10.00%	10.68%	7.97%
4. Situación transversa	8.43%	6.43%	5.43%
5. Distocia cervical	6.59%	1.32%	9.89%
6. Procidencia cordón	4.37%	3.49%	5.77%
7. Cesárea electiva	3.48%	2.94%	3.63%
8. Abruptio placentae	2.72%	2.94%	1.69%
9. Presentación frente	3.92%	—	—
10. Inercia uterina	1.87%	6.27%	7.12%
11. Procúbitus cordón	2.30%	1.90%	1.92%
12. Presentación cara	0.86%	—	1.92%
13. Eclampsia	2.08	—	—
14. Feto grande en pelvis en primigesta .	0.95%	—	—
15. Cesárea anterior	—	29.05%	9.78%

el grupo de "cesárea anterior", pues como veremos más adelante, en dicha clínica tal indicación superó en frecuencia a la misma estrechez.

Comparando globalmente el porcentaje de esta principal indicación con la del trabajo de tesis del doctor G. Echeverry (1), elaborado en 1944, encontramos una notable diferencia, pues para la indicación de desproporción céfalo-pélvica presenta un índice del 71.88 por ciento, el cual está de acuerdo con el alto porcentaje de cesáreas en primigestas encontrado en dicho estudio.

El sufrimiento fetal es la segunda indicación en orden de frecuencia; corren parejo los promedios, exceptuando el de la Clínica David Restrepo, en donde se presenta muy bajo, y que relieves la atención cuidadosa en el control de las pacientes. El porcentaje encontrado en Marly es ligeramente superior al del

I. M. I., a pesar de la diferencia en volumen de pacientes operadas, además de las condiciones en que ingresan muchas de las pacientes de caridad, por lo cual llama la atención que el índice para esta indicación no sea más alto.

Un porcentaje notoriamente alto es el presentado para *s u f r i m i e n t o* fetal (24.34%) en el trabajo comentado antes y que desde luego, denota un mejoramiento notable en la atención, en los últimos años, en el Instituto Materno Infantil.

En orden de frecuencia, sin comentario, las indicaciones de placenta previa y situación transversa.

En cuanto a la quinta indicación en frecuencia, distocia cervical, la encontramos notoriamente disminuída, en la Clínica David Restrepo, anotando como causa posible de este buen índice, la buena atención y la psicoprofilaxia. Se

encuentra un alto índice en la Clínica de Marly, seguramente debido al bajo volumen de pacientes obstétricas, comparado con las instituciones restantes.

En frecuencia, sin comentario, la sexta indicación, procidencia del cordón umbilical; junto con la undécima indicación, procúbito del cordón, se aprecian sensiblemente altos en el I. M. I., seguramente por un mayor número de pacientes hospitalizadas.

La cesárea electiva se aprecia en la Clínica de Marly con índice sensiblemente superior al de la David Restrepo.

El abruptio placentae, octava indicación, es de baja frecuencia en Marly y en la David Restrepo, seguramente por baja incidencia general de la entidad y por control prenatal riguroso, dada la importancia de éste en la prevención y tratamiento de la toxemia gravídica, causa entre las principales, de los desprendimientos de placenta.

Presentación de frente; esta novena indicación se hace notoria en el I. M. I., seguramente por existir una mayor incidencia de casos obstétricos tratados.

Inercia uterina; se aprecia alta la frecuencia en la Clínica David Restrepo y en la de Marly, especialmente en la primera nombrada, la inercia uterina primaria.

La duodécima indicación no merece ningún comentario en cuanto a su incidencia.

Eclampsia; la indicación de cesárea para esta décima-tercera entidad, como conducta rigió hasta el año de 1958 en el I. M. I., no figurando por lo tanto en los años posteriores, así como tam-

co encontramos datos de esta entidad en las otras instituciones estudiadas.

La décima-cuarta indicación de cesárea la incluimos a título informativo.

Finalmente, en la indicación "cesárea anterior", llama la atención la alta frecuencia encontrada en las clínicas David Restrepo y Marly, lo cual se explicaría por el criterio diferente que se tiene para señalar adecuadamente la indicación operatoria; así, es seguro que muchas de las pacientes con cesárea previa tuvieran a la vez otra indicación mayor, por ejemplo, estrechez pélvica, por lo cual más bien deberían ser clasificadas por la persistencia del problema primitivo. Así se explicaría, como lo anotamos al comentar acerca de la principal indicación de la cesárea, el bajo porcentaje encontrado en las clínicas mencionadas, para la estenosis pélvica.

A título informativo insertamos algunos índices comparativos sobre indicaciones de las cesáreas en hospitales extranjeros, especialmente en los Estados Unidos. En Nueva York, Erhardt y Gold (7), entre los años 54 y 55, anotan que el 40% de las operaciones se practicó con la indicación de cesárea anterior (previa); el 30% por desproporción; un 19% por abruptio y placenta previa. Finalmente anota que la rata más alta para sufrimiento fetal y anomalías placentarias se encontró en las nulíparas.

En otra revisión también mencionada, hecha en 10 hospitales americanos (2), entre los años 50 y 55; distocia (estrechez pélvica-inercia-feto grandes tumores pélvicos = 65.80%); distocias fetales (presentaciones anómalas);

34.40 %; p l a c e n t a previa-abruptio: 18.20 %; estrechez pélvica: 13.60 %.

Revisión de 2.066 cesáreas practicadas en el hospital Margaret Hague de Jersey City (9), en los años 49 a 55: distocia por desproporción feto-pélvica, corresponde esta indicación a la mitad de las intervenciones; por hemorragia (abruptio y placenta previa), un 13 %; por toxemia un 9 %; por prolapso del cordón, diabetes, presentaciones anómalas y sufrimiento fetal un 10 %. El resto de porcentaje lo anotan entre las causas indeterminadas. Para la indicación cesárea anterior tienen un índice del 27 %.

En Cincinnati (Ohio), el autor Bryant, ya mencionado (10), hizo una revisión de 6,265 cesáreas hechas entre los años 50 a 59 y con respecto a indicaciones hace las siguientes anotaciones: en primer lugar estima que en Cincinnati más del 95 % de las pacientes con cesárea previa, tienen operación en todos los embarazos posteriores. Las indicaciones para la cesárea incluyeron obstrucción mecánica al parto en 1.287 casos; hemorragia en 975; enfermedad hipertensiva en 141; indicaciones fetales en 297; anormalidades funcionales uterinas en 521 casos; anormalidades de los órganos pélvicos en 149; enfermedad concurrente e intercurrente en 38 casos; misceláneas en 141 casos; la placenta previa se presentó en 597 pacientes y el abruptio placentae en 439; el prolapso del cordón fue indicación operatoria en 105 pacientes y por situación transversa en 243. Hubo 2.716 cesáreas de repetición o sea el 43 % de todas las operaciones; la cesárea de

repetición se hizo electivamente en 75 por ciento de las pacientes.

En la revisión de este autor llama la atención la indicación de cesárea por enfermedad hipertensiva, que en la revisión hecha en nuestro medio no encontramos, pero especialmente es muy notorio el porcentaje tan elevado de la cesárea de repetición, ya que el más elevado que encontramos en nuestro medio sólo llega al 29.05 % y con las salvedades ya anotadas de la Clínica David Restrepo.

Edwin J. de Costa, del Passavant Memorial Hospital de Chicago (12), ha hecho una revisión de cesáreas tanto en esa ciudad como en Nueva York y anota que un argumento serio en contra de las indicaciones de cesáreas sería la gran incidencia de prematuros, teniendo en cuenta que la prematurez está asociada directamente con la indicación de cesárea; anota la conveniencia de una mejor valoración del tamaño del feto con la ayuda de palpación y rayos X (no hacer electivas precoces). Mencionando directamente las indicaciones, la más común es la desproporción céfalo-pélvica, siguiéndoles la distocia cervical, inercia uterina secundaria y primaria, placenta previa; las malposiciones (?) están ganando más aceptación hoy día. En cuanto a la toxemia como indicación cuando ésta es progresiva y no mejora con terapia adecuada, la terminación del embarazo debe considerarse; si el niño está vivo y las condiciones no son propicias para un parto espontáneo rápido, la cesárea está indicada; los ruidos cardíacos fetales por encima de 180 o por debajo de 100 son signos de peli-

gro fetal y así, si el parto no puede hacerse rápido y con seguridad por vía vaginal, debe hacerse cesárea. Finalmente anota, que así como algunas indicaciones de cesárea han disminuído en frecuencia, nuevas indicaciones han tomado su lugar tales como diabetes y eritroblastosis fetal.

En el Brasil, en un estudio realizado por Martins Passos (6) en el hospital de maternidad de Sao Paulo, sobre 2.000 casos de cesárea, es interesante anotar que en orden de frecuencia de indicaciones viene a ocupar el primer lugar la distocia de cuello, con un 28.25%, índice muy alto para esta indicación y que para el autor, no tiene explicación alguna; el segundo lugar en orden de frecuencia, lo ocupa la desproporción feto-pélvica, con una rata del 19.85%, bastante baja en relación con el de nuestro estudio y, finalmente en orden de importancia, ocupa el tercer lugar el sufrimiento fetal, con un índice

en su orden de frecuencia, salvo lo comentado ya acerca de la indicación de cesárea anterior, previa o de repetición y ahora sobre la indicación sufrimiento fetal, que en nuestro estudio ocupa el segundo lugar en frecuencia, no encontrándose en cambio en los hospitales norteamericanos sino raramente y con una frecuencia muy baja. Salta a la vista la gran importancia que desde muchos años atrás se le concede al niño desde su vida intrauterina hasta el momento de decidir el tipo de nacimiento que más le convenga. De ahí que esta indicación sea de las de menor frecuencia en los Estados Unidos de América.

CUADRO 7
CESAREAS — MORTALIDAD FETAL
(Años 1958 y 1959)

Instituto Materno Infantil	17.32%
Clínica David Restrepo	3.52%
Clínica de Marly	10.12%

CUADRO 8
CESAREAS — RESULTADOS FETALES
(Años 1958 y 1959)

	I. M. I.	D. Restrepo	Cl. Marly
Nacidos vivos	82.69%	96.48%	89.88%
Mortinatos	11.73%	2.78%	5.42%
Mort. perinatal global	5.58%	1.47%	4.69%

ce de 16.05%, que es sensiblemente igual al de nuestro medio.

Comparando las revisiones de los autores norteamericanos con los índices encontrados en las tres instituciones estudiadas en Bogotá, no hallamos mayor diferencia entre dichos porcentajes ni

La mortalidad fetal global en el I. M. I. se aprecia muy alta comparada solamente con las otras instituciones y excesiva respecto a las extranjeras revisadas, como más adelante veremos. Considerando los porcentajes de los dos años por separado (19.91% y 14.72%),

anotamos un mejoramiento notorio en la atención médico-hospitalaria para el año 59, habiendo seguido en descenso dicho índice en los años siguientes. Por el contrario, en la Clínica de Marly se registra un aumento inusitado, del índice de mortalidad fetal, pues si en el año 58 presenta un 6.78%, al año siguiente se aumenta al 13.46%, sin que haya sido posible determinar la causa por deficiencia en la elaboración de las historias de pediatría revisadas.

En cambio, en la Clínica David Restrepo se aprecia una disminución notoria de la mortalidad fetal, pues si en el año 58 fue de 5.88%, en el año siguiente registra un índice del 1.16%, que es bastante alentador, permitiendo una comparación brillante con las instituciones extranjeras, como veremos.

Como una prueba más de que sí ha habido progreso en la atención obstétrico-pediátrica en las instituciones objeto de nuestro trabajo, y concretamente en el Instituto Materno Infantil, mencionamos que la mortalidad fetal para ese hospital en 1944, fue de 27.14% (promedio en 6 años).

Siguiendo nuestro estudio comparativo de mortalidad fetal local, anotamos que la cifra de nacidos muertos es sensiblemente mayor que la de mortalidad neonatal, siendo esta diferencia mayor en lo que respecta al I. M. I.; desdoblado estas cifras en dos años (58 y 59), apreciamos que el índice de mortinatos desciende del 16.20% al de 7.26%, y en cambio la mortalidad neonatal sufre un aumento del 3.71% al 7.46%, explicándose esta diferencia debida seguramente a la completa imposibilidad

material para atender en forma satisfactoria, cerca de cien recién nacidos más, sin el ensanche y dotación consiguientes del departamento correspondiente, en este caso el de pediatría.

La Clínica de Marly registra un índice de nacidos muertos sensiblemente igual en los dos años estudiados, pero en cambio, en cuanto a mortalidad neonatal aparece un aumento inexplicable de 1.70% en el año 58, para un 7.69% en el año siguiente, sin que haya sido posible determinar, repetimos, la causa, por imposibilidad de encontrar historias clínicas completas en la mayoría de las instituciones hospitalarias particulares. Así mismo, por la razón expuesta anteriormente ha sido imposible la investigación del importante capítulo de la morbilidad fetal en los dos años revisados, de las tres instituciones, inclusive la de caridad.

En trabajo presentado por el doctor Delgado Calderón (16), con base en revisión de dos años (59 y 60) de cesáreas en el I. M. I., presenta un índice de mortalidad perinatal del 5.39%, que denota un descenso pequeño pero favorable en la mortalidad perinatal, sólo un año después. Así mismo, en dicha revisión el autor concluye anotando como causas más favorables de mortalidad neonatal y de morbilidad, la hipoxia y la patología pulmonar.

A título informativo anotamos porcentajes de morbi-mortalidad infantil en algunas instituciones extranjeras, en especial de los Estados Unidos, dada su importancia al hacer somera comparación con las instituciones estudiadas en nuestro medio.

En revisión hecha por los autores Erhardt y Gold (7), de la Universidad del Estado de Nueva York, sobre 16.949 cesáreas practicadas en la ciudad de Nueva York en el lapso comprendido entre los años 54 y 55, encontramos una rata de mortinatalidad del 2.11% (358 mortinatos) y un índice de mortalidad perinatal del 3.11% (527).

En revisión hecha en el hospital Bautista de Carolina del Norte (4), entre los años 51 y 55, encontramos para mortalidad perinatal un porcentaje del 3.06%. Para mortalidad neonatal 1.66 por ciento; para mortinatos el de 1.40 por ciento. Hacen la aclaración que de las 131 muertes neonatales, 88 lo fueron por prematuridad. Además, que siguen primando como causas principales de muerte fetal la toxemia del embarazo asociada con *abruptio placentae*, y que la rata de mortalidad fetal es todavía en ese hospital, muy alta.

Revisión hecha en 10 hospitales americanos (2) en el lapso comprendido entre el 50 y el 55: sobre 3.816 cesáreas practicadas se encuentra una mortalidad perinatal general del 14.60%, dato que es muy alto.

Sobre 2.066 cesáreas practicadas en el hospital de maternidad Margaret Hague (9) de Jersey City, entre los años 49 a 55, se encuentra un índice de mortalidad perinatal del 6.50%.

En revisión hecha por dos autores de la Universidad de Chicago (3), entre los años 47 a 57, se encuentra una mortalidad fetal total del 4.10%.

Sobre 125 cesáreas practicadas en el hospital de San Luke de Nueva York (8), una mortalidad fetal del 5.60%.

En revisión hecha por Joseph Klein (17) en el Hartford Hospital, sobre 1.270 cesáreas por indicaciones en las cuales el "stress" no era un factor preponderante, el autor encontró que sobre 1.216 operaciones realizadas en pacientes a término (95.7%), el porcentaje de mortalidad neonatal fue del 0.36%, y que de 54 (4.3%) hechas con fetos prematuros, la mortalidad neonatal fue del 5.56%, sacando en conclusión dicho autor que la mortalidad neonatal fue 13 veces menor en aquellos casos en que el "stress" no fue un factor de la indicación de operación.

En revisión de 6,265 cesáreas practicadas en Cincinnati (Ohio) (10) entre los años 50 a 59, la mortalidad perinatal total "gross", fue del 7.60%, y la mortalidad perinatal total no corregida sobre 2.228 niños nacidos por cesárea electiva, fue del 1.20%.

Revisión hecha por cuatro autores de la Universidad George Washington (13), de 1.563 cesáreas, el 43.90% fueron electivas y presentan una mortalidad fetal no corregida del 2.90%; una mortalidad perinatal total corregida del 0.89%, y un índice de mortinatos del 1.84%.

En cuanto a mortalidad fetal resalta el alto índice que presenta el Instituto de Protección Materno Infantil, no solamente comparado con las entidades hospitalarias extranjeras sino con las 3 restantes estudiadas en nuestro medio. La Clínica David Restrepo es la entidad que presenta ratas de mortalidad fetal más bajas en el Distrito Especial y que son sensiblemente iguales a las instituciones americanas revisadas.

Tratándose de mortalidad perinatal exclusivamente, en las cinco revisiones hechas por autores norteamericanos se encuentran diferencias apreciables en los índices, pues así como se encuentra el más bajo en el hospital Bautista de Carolina del Norte, con el 3.06%, anotamos el más alto del 14.6%, en la revisión conjunta de 10 hospitales americanos, que contrasta en forma notoria con el más alto en nuestro medio del 5.58%, perteneciente al I. M. I. y aun más con el 1.47% que presenta la Clínica David Restrepo.

Finalmente, el índice de mortinatos en relación con el de mortalidad neonatal es apreciablemente menor en los hospitales americanos revisados, siendo el más alto encontrado el de 2.11%. Una situación inversa se presenta en nuestro medio, como ya lo anotamos anteriormente al hacer dicha correlación, pues la mortinatalidad se presenta más alta que la mortalidad neonatal, encontrándose la más alta rata de 11.73%, en el Instituto Materno Infantil.

Conclusiones

Aunque el ideal hubiera sido el estudio de un número igual de casos en cada una de las instituciones para poder hacer un justo balance comparativo, de lo anteriormente expuesto podemos extraer las siguientes conclusiones:

1. La incidencia de operación cesárea entre las tres instituciones no muestra una diferencia notable y su frecuencia indica que tal operación se prodiga en un término medio tanto en la asistencia hospitalaria como en la privada.

2. La incidencia de cesáreas en primigestantes ha disminuído en forma notoria en los últimos años, sobre todo en el medio hospitalario.

3. La técnica operatoria que se utilizó en el 98% de los casos, fue la llamada "segmentaria transperitoneal arciforme".

4. La incidencia de mortalidad materna relacionada con la operación cesárea se aprecia notoriamente baja, teniendo en cuenta nuestro medio hospitalario.

5. El absceso parietal es la complicación postoperatoria más frecuente, tanto en la institución de caridad como en las particulares, proporcionalmente.

6. La anestesia raquídea se aplicó con más frecuencia en el medio hospitalario, aunque fue el procedimiento anestésico más común en las tres instituciones.

7. La cesárea iterativa fue menos frecuente en el hospital que en las clínicas.

8. En cuanto hace relación a las indicaciones de la cesárea, llama la atención la poca ocurrencia de sufrimiento fetal y de distocia cervical en la Clínica David Restrepo. En cambio, con indicación de "cesárea anterior" fueron muchas las pacientes operadas.

9. La mortalidad fetal relacionada con la operación cesárea es notoriamente alta en el medio hospitalario, aunque disminuída respecto a años anteriores.

BIBLIOGRAFIA

1. ECHEVERRY PARRA G.: *Consideraciones Clínicas y Estadísticas sobre Operación Cesárea*. Tesis de grado. Universidad Nacional, 1944.
2. HALL J. E., KOHL S. G., SCHECHTER H. R.: *American Journal Obst. and Gynec.* 75: 387-395. February 1958.
3. CLOSE HESSELTINE H., UWE E. F.: *Journal Iowa Medical Soc.* 49: 135-140. March 1959.
4. LOCK and MAY (Bowman Gray School of Medicine): *South Medical Journal.* 50: 1.239-1.245. October 1957.
5. FERNANDES: *Rev. Ginec. e Obst.* 54: 17, 1960.
6. MARTINS PASSOS 7. (Reflexoes sobre a Cesarea Segmentar Transperitoneal): *Anais da Maternidade de Sao Paulo.* Ano IV. 1958-1959.
7. ERHARDT C. L.: *Obstetrics and Gynecology.* 11: 241-260. March 1958.
8. MARR J. P., NATHANSON B. N.: *Surgical Gynec. and Obst.* 107: 377-382. September 1958.
9. WATERS E. G.: *Obstetrics and Gynecology.* 11: 659-656. June 1958.
10. BRYANT R. D.: *American Journal Obst. and Gynec.* 81: 480-492. March 1961.
11. DE REZENDE y asociados: *Ibid.* 53: 631. 1960.
12. DE COSTA E. J.: *Texas Journal Medical.* 56: 908-914. December 1960.
13. TYNDALL Ch. N., BARTER R. H., ALPERT S., KIRBY T. H.: *American Journal Obstetrics and Gynecology.* 81: 493-500. March 1961.
14. BEACHANM: *American Journal Obst. and Gynec.* 81: 493-500. March 1961.
15. ALESSANDRESCU D., DUMITRESCU A.: *Zentralbl. Gynäk.* 82: 1.198-1.206. Julio 30, 1960.
16. DELGADO CALDERON E.: Mortalidad Perinatal en la Operación Cesárea. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* Volumen XII. Septiembre-octubre de 1961.
17. KLEIN J.: *Obstetrics and Gynecology.* 16: 527-534. November 1960.