

El 5 de marzo, se interviene haciendo una laparotomía mediana supra-umbilical. Los tejidos están acartonados, duros e invadidos por colecciones purulentas múltiples hasta el tejido celular subcutáneo. Se aspira esta supuración y por un ojal se extrae la sonda. Como es imposible reconstruir planos, se sutura en uno solo peritoneo y aponeurosis, previa colocación de sulfá local. En el postoperatorio se dan antibióticos. La temperatura oscila entre 39 y 37 grados y el 19 sale por completa curación.

El cuadro hemático fue:

Hematíes, 4.670.000.
Leucocitos, 12.400.
Hemoglobina, 80%.
Valor globular, 0,8.
Neutrófilos, 76.
Eosinófilos, 3.
Linfocitos, 19.
Formas de paso, 2.
Sedimentación:
A la ½ hora, 56 mm.
A la hora, 110 mm.
Glucemia, 0,89%, y
N. P. N., 27 mg. %.

Conducta obstétrica en las mujeres previamente operadas de cesárea

Por el doctor MARIO SANZ ARAOS

CAPITULO I

Consideraciones generales sobre el parto, en pacientes previamente operadas de cesárea.

Existe aún una verdadera controversia en el campo obstétrico en relación con la conducta que debe seguirse ante un embarazo a término, en una paciente previamente operada de cesárea, ya que mientras unos sostienen que una operación cesárea no es indicación de una nueva operación, otros siguen el conocido aforismo que dice: "una vez una cesárea, siempre una cesárea".

En verdad, la realidad de este aforismo, podía ser absolutamente cierta cuando se practicaba la cesárea cor-

poral sistemáticamente, sobre todo, teniendo en cuenta el dato que daba Holland, quien decía que el 20% de las rupturas uterinas eran debidas a la cesárea corporal.

Pero la técnica moderna de la operación cesárea, es decir, la cesárea segmentaria transperitoneal, ha abierto nuevos horizontes para el futuro de la mujer con cesárea previa.

El mismo Holland asegura que el 4% de las rupturas uterinas del embarazo se deben a la cesárea corporal; sin embargo, desde que se viene practicando la cesárea segmentaria transperitoneal, no se ha presentado aún en nuestro medio, un solo caso comprobado de ruptura espontánea del útero, durante el embarazo. Es más, se puede asegurar, que las rupturas

atensas durante el trabajo de parto en úteros previamente incididos, se producen únicamente por abandono del trabajo, cuando no por seguir una conducta obstétrica en total desacuerdo con los principios básicos de la obstetricia.

Una de las precauciones que debe tener el obstetra que atiende el trabajo de parto de una mujer con cesárea previa, es el indagar y conocer la historia clínica de la paciente, especialmente los datos concernientes al embarazo y el trabajo de parto en que fue intervenida, así como las complicaciones que hubieran podido surgir durante el acto operatorio mismo.

Así, pues, se debe averiguar por la edad del embarazo, el número de horas de trabajo (si lo hubo) que precedieron a la operación cesárea, la indicación de ésta y la técnica que se siguió en su ejecución, el peso del niño, la forma en que evolucionaron el post-operatorio y el puerperio, etc.

También es muy interesante saber si antes de la operación hubo partos a término, y si éstos fueron espontáneos o no, si después de la operación ha habido partos a término y el modo de terminación de éstos.

Si analizamos detenidamente los puntos anteriormente expuestos hallaremos claramente la necesidad de conocerlos. El conocimiento del número de partos anteriores a la operación cesárea y su modo de terminación es de suma importancia, ya que no se puede considerar en las mismas condiciones a una secundigestante con cesárea previa, que a una multigestante con una sola cesárea en su historial obstétrico, puesto que ésta última por sus antecedentes tiene mayo-

res probabilidades de terminar normalmente el futuro trabajo de parto, con embarazo a término, y mayores todavía si la operación cesárea le fue practicada en el primer embarazo.

De la misma manera, el número de cesáreas ejecutadas en una paciente, hace disminuir las probabilidades de un parto por vía baja en un embarazo a término.

Esto es tan claro, que podríamos aventurar un principio obstétrico: las posibilidades de un parto espontáneo a término en una paciente previamente operada de cesárea, aumenta en razón directa con el número de partos por vía baja y en razón inversa con el número de cesáreas.

La veracidad de este "principio" se ve claramente confirmado en la práctica y en el estudio que haremos posteriormente de algunos casos en el curso de este tema.

Siempre es interesante conocer el número de horas de trabajo que precedieron a la operación cesárea, especialmente si se considera el caso de una secundigestante, pues si en sus antecedentes figura que la operación se practicó sin prueba de trabajo o apenas iniciándose éste, en realidad es una primigestante desde el punto de vista de las modificaciones que sufre el cuello.

De 21 secundigestantes con cesárea previa, que terminaron su segundo embarazo por vía baja, seis fueron operadas sin trabajo previo al acto quirúrgico y en segundo embarazo tuvieron una duración promedio de 19 horas y cuatro minutos, durante el trabajo de parto. En cambio, el resto, o sea 15, que habían tenido trabajo previo a la operación cesárea, en el se-

gundo embarazo tuvieron una duración promedio de 13 horas y dos minutos en el trabajo de parto

Conocer la indicación de la operación cesárea anterior, es de capital importancia para deducir la conducta a seguir en un trabajo de parto ulterior, con embarazo a término. Es natural que no se tendrá la menor duda al respecto de la terminación de un trabajo en una paciente operada antes por estrechez absoluta, así como se deben guardar grandes esperanzas en la terminación espontánea y natural de un trabajo de parto en una paciente operada anteriormente por una complicación del embarazo mismo, o del parto, como una toxicosis o una procidencia del cordón

Pero tal vez, la mayor preocupación del obstetra es conocer el estado de la cicatriz uterina, su resistencia ante la distensión que le impondrán la contracción y retracción uterinas durante el período de dilatación y especialmente durante el de expulsión. Desgraciadamente no se han encontrado los medios precisos de información sobre este estado, y sólo llegamos a sospechar la calidad de la cicatriz uterina por los antecedentes del puerperio y por un examen que, por más cuidadoso que sea, sólo nos da ideas muy vagas de su consistencia.

Es natural que en el sitio de la cicatriz uterina la resistencia sea menor, puesto que un tejido fibroso poco extensible ha reemplazado las fibras elásticas del segmento. Si el post-operatorio fue febril, o hubo supuración de la cicatriz uterina podemos tener la seguridad de que entre el tejido fibroso de reparación se ha interpuesto tejido conjuntivo y que por tanto

la cicatriz de la herida uterina no nos dará garantía suficiente a un trabajo ligeramente prolongado o a una prueba de trabajo. Para algunos autores americanos, el solo antecedente febril del post-operatorio es indicación de una nueva cesárea.

Por otra parte, la implantación de la placenta en el sitio de la cicatriz viene a disminuir la consistencia de ésta, y entonces se tiene una causa coadyuvante de la ruptura uterina. Algunos tocólogos ante esta eventualidad proponen que, sistemáticamente, en toda paciente con antecedente de cesárea y con un embarazo a término, debe tratar de visualizarse la placenta por medio de los Rayos X.

Pero en general, la cicatrización de la herida uterina se hace en forma tan perfecta, que el Instituto de Protección Materno-Infantil se han presentado pacientes con muchas horas de trabajo y con una integridad uterina perfecta, como el caso insólito, aunque verídico, de la historia número 1.281, Servicio del Profesor Mojica, de 1951, que demuestra que la paciente sujeta de esa historia estuvo 53 horas en trabajo de parto, el cual terminó por medio de una aplicación de fórceps por trabajo prolongado. Notable también es el caso de la historia número 2.208 del Servicio del Profesor Acosta (1950), que con antecedente de cesárea por estrechez, tuvo un trabajo de 33 horas 50 minutos y terminó en una aplicación de fórceps con feto muerto. Esto, por no citar sino dos casos que nos demuestran claramente la calidad de la cicatriz que se forma, después de una operación cesárea.

Es necesario tener en cuenta que el trabajo de parto de una paciente

CAPITULO II

Terminación del parto en las pacientes previamente operadas de cesárea.

I -- PARTO ESPONTANEO

La base fundamental para lograr éxito en la atención de un parto en una paciente con cesárea previa, se deriva única y exclusivamente de dos factores, a cual más importantes: un examen cuidadoso y una vigilancia constante.

Por medio del examen, podremos analizar, juzgar y deducir las posibilidades de un parto por vía baja o la necesidad de intervenir directamente para salvar la vida del feto y no pocas veces la de la madre.

Si en condiciones normales el trabajo de parto de cualquier paciente, debe ser rigurosamente controlado, so pena de tener fracasos rotundos, con mucha mayor razón debe vigilarse el trabajo del parto de una paciente que ha sido anteriormente operada de cesárea. Podemos sostener, sin lugar a equivocarnos, que la peor contingencia que le puede suceder a un obstetra que se encuentre atendiendo un parto en una paciente operada de cesárea, cual es la de la ruptura uterina, se debe únicamente a descuido, cuando no, como dijimos anteriormente, a una conducta fuera de lógica.

Pero no solamente el trabajo de parto debe ser cuidadosamente controlado por el peligro de contratiempos desagradables, sino también para dirigirlo, ya que en muchas ocasiones, en esta clase de pacientes, el trabajo se desarrolla en una forma tan francamente irregular, que si no es

con cesárea previa, no se realiza generalmente en una forma normal, quizás porque la cicatriz uterina viene a ser una espina irritativa que trastorna la dinámica o una barrera que al trastornar la arquitectura uterina, sirve de obstáculo para la repartición simétrica del estímulo contráctil. Así, de 132 pacientes que hicieron su trabajo de parto en el Instituto de Protección Materno-Infantil, con antecedente de cesárea previa, un 67% hizo un trabajo irregular y sólo un 33% un trabajo satisfactorio.

Es necesario también examinar detenidamente a la paciente, ya que sólo el examen puede permitir conocer la conducta obstétrica indicada, su trabajo de parto, puesto que muchas veces la edad del embarazo no permite otra conducta que la expectativa. Una de las pacientes que ingresó al Instituto con antecedente de dos cesáreas por estrechez relativa de la pelvis, tuvo un parto espontáneo, aunque con feto prematuro, pero vivo.

Por regla general, el examen general obstétrico no varía en ningún punto del que se le debe hacer a toda mujer embarazada y en trabajo de parto.

Para mayor claridad de las conductas obstétricas y de sus resultados, hemos dividido el trabajo que presentamos, según las distintas conductas obstétricas, en relación con el antecedente y la indicación de la cesárea anterior.

Así, pues, estudiaremos los casos de parto espontáneo, aplicación de fórceps, la extracción podálica, la versión interna y la extracción podálica, y finalmente los casos en que se hizo una nueva cesárea y sus indicaciones.

llevado pronto a la normalidad, puede dar origen a conductas lesivas para el feto o la madre o para ambos, cuando no viene a pagar el feto con su vida un descuido del obstetra.

Por otra parte, durante la vigilancia del trabajo de parto, podemos enmendar errores que se hubiesen podido cometer durante el examen inicial. El parto espontáneo, en una paciente con el antecedente de una cesárea previa, es posible.

De las 132 pacientes operadas antes de cesárea, que ingresaron al servicio en los años de 1950 y 1951, tuvieron parto espontáneo 51 de ellas, lo que reducido a datos estadísticos, da una incidencia del 38.62%.

El mayor número de partos espontáneos correspondió a aquellas pacientes que habían sido operadas por la indicación de desproporción cefalopélvica, aunque hay que tener en cuenta que este grupo es el de mayor proporción. De 64 pacientes, 16 tuvieron un parto espontáneo, 13 con feto a término, y tres prematuros, con una mortalidad fetal de uno, por prematuridad.

De las 15 pacientes que ingresaron con antecedente de cesárea por estrechez pélvica, tres tuvieron un parto espontáneo, una con feto prematuro y dos con embarazo a término, pero con feto muerto y macerado, lo que se explica porque el cabalgamiento óseo de los huesos de la cabeza fetal hizo que los diámetros de ésta fueran proporcionales a los de la pelvis materna.

Podemos asegurar que no existiendo la causa que originó la cesárea anterior, y no habiendo otra indicación para una nueva cesárea, ésta

pierde su vigencia en un nuevo embarazo.

Así, las pacientes que habían sido operadas de cesárea por toxicosis del embarazo, cinco entre ocho, tuvieron un parto espontáneo, cuatro con embarazo a término y una con un feto prematuro, todas con feto vivo y sin complicaciones durante el puerperio.

De siete pacientes que habían sido operadas por anomalías en la presentación fetal, tres tuvieron en nuevo embarazo, con parto espontáneo, en las cuales dos con feto a término y una con un embarazo gemelar, las cuales salieron del servicio con sus niños vivos y en buenas condiciones.

Con antecedente de cesárea por sufrimiento fetal y falta de encajamiento, acudieron al Instituto de Protección Materno-Infantil cuatro pacientes, todas con embarazo a término y entre éstas, dos tuvieron un parto espontáneo con un trabajo regular y con resultados satisfactorios, pues los niños no presentaron ni morbilidad y menos mortalidad ninguna y en las que el trabajo de parto se verificó con una duración promedio de 12 horas; de las otras dos pacientes, una terminó su parto con fórceps y la otra con cesárea.

Pero el grupo que más ilustración nos da sobre las grandes probabilidades que tienen actualmente las operadas de cesárea de no ser intervenidas otra vez, es el de aquellas pacientes que en el curso de su historia obstétrica sufrieron una operación cesárea por inserción baja de la placenta. Once pacientes ingresaron con este antecedente y las 11 tuvieron un parto por vía baja, nueve de ellas espontáneamente y dos por medio de aplicación de fórceps.

En estas nueve pacientes que parieron espontáneamente, ocho habían llegado a la terminación de su embarazo y sólo una tenía un feto prematuro.

El trabajo fue de una duración promedio de 21 horas con 13 minutos, lo cual quiere decir, que si hubo pacientes que hicieron un trabajo de parto en 12 horas, también nos enseña que las hubo con duración de más de 30 horas, trabajo exagerado para una paciente en condiciones normales y por tanto, sumamente peligroso en una paciente con un antecedente de cesárea.

Pero por otra parte, eso también nos puede dar idea de la calidad de cicatriz que se forma en algunos úteros, con garantía para varias horas de trabajo.

Entre estos fetos hubo una mortalidad de uno por anoxemia, ocasionada por una procidencia del cordón, y una morbilidad fetal también de una unidad, por sufrimiento fetal, ocasionado por trabajo prolongado.

Investigando los antecedentes de las 132 pacientes, en 15 de ellas no se logró dilucidar con claridad la indicación por la cual sufrieron la operación cesárea, pero de éstas, 10 fueron consideradas en capacidad de terminar su parto espontáneamente, y así fue: todos con feto vivo, arrojando un promedio de 11.20 horas de trabajo; nueve fetos a término y uno prematuro. La mortalidad y la morbilidad en este grupo fue de cero (0).

Entre las 51 pacientes que terminaron su trabajo de parto espontáneamente, una fue inducida. Aunque no es sino un caso nos demuestra que se puede inducir el trabajo de parto en una mu-

jer con cesárea previa, extremando el control hasta la exageración durante todo el período del parto. Esta inducción fue ejecutada en una de las dos pacientes que ingresaron con antecedente de cesárea por eritroblastosis fetal, y que además sufría de una diabetes, por lo que el producto de su concepción pesó 5.120 gramos, a pesar de no contar el embarazo sino ocho meses. Con tratamiento adecuado, exsanguino-transfusión, vitamina K, etc., el niño salió en buenas condiciones del Hospital.

El promedio general, en horas de trabajo, de las pacientes que terminaron su trabajo de parto espontáneamente fue de 16 horas 20 minutos, pero el 46% de los trabajos de parto fueron irregulares, dando ocasión a que el médico interviniera directamente para modificar el trabajo por medio de sedantes. Esta cifra es en realidad bastante alta, y como la única diferencia entre estas pacientes y las que no han sido operadas es la cicatriz uterina, tenemos que concluir lógicamente que ésta sirve de punto irritativo que viene a desordenar la regularidad de las contracciones uterinas.

Entre estas pacientes, se presentaron dos casos de morbilidad fetal, con signos inequívocos de sufrimiento fetal, por trabajo prolongado y una por eritroblastosis.

Hubo cuatro casos de mortalidad fetal, uno nacido muerto por anoxemia durante el parto, debido a procidencia del cordón; otro, muerto recién nacido por prematuridad y dos nacidos muertos y macerados, uno de los cuales por anemia de la madre y paludismo.

los resultados de los partos espontáneos, en pacientes con cesárea previa, tenemos:

Partos espontáneos con cesárea previa	38.62%
Con embarazo a término	82.35%
Con feto prematuro	17.84%
Promedio en horas de trabajo	16.20 hrs
Trabajo regular en	54.00%
Trabajo irregular en	46.00%
Morbilidad fetal	5.76%
Mortinatalidad	5.88%
Mortalidad Neo-natal	1.96%

II — FORCEPS

Los rotundos fracasos derivados del abuso del fórceps y de su aplicación indiscriminada, han hecho que en la obstetricia moderna se fijen categóricamente sus indicaciones y se mantengan vigentes las condiciones materno-fetales que lo hacen benéfico para la feliz culminación de un embarazo. Olvidarlas sería correr el tremendo riesgo no sólo para la madre y el feto aisladamente, sino en conjunto, además de que una errónea intervención pone en la picota del desprestigio a quien por carecer de un buen criterio obstétrico se lanza a aplicar un fórceps sin ánimo sereno, y sin severo conocimiento de la técnica.

Indicaciones y condiciones para el empleo de fórceps son de todos los obstetras conocidas y no tendría objeto enumerarlas en este trabajo.

Nos detendremos sí, a estudiar muy someramente el punto que puede interesar a este trabajo, esto es, el capítulo del fórceps llamado indicación profiláctica.

hasta ayer no más, la indicación profiláctica del fórceps se consideraba única y exclusivamente por el lado materno; hoy, algunas escuelas sostienen que debe contemplarse también el aspecto fetal pensando en el posible menor traumatismo que sufriría un prematuro extraído con fórceps. Nosotros consideramos que el uso profiláctico del fórceps debe reservarse para evitar complicaciones que pueden ser de orden local o general.

Las indicaciones de orden local se plantean al obstetra, especialmente en las estrecheces límites y en las resistencias anormales del piso pélvico. Pero debemos estudiar una contingencia no analizada aún en detalle, y es el empleo profiláctico del fórceps en la mujer previamente operada de cesárea.

Anteriormente decíamos que el mayor peligro que puede afrontar el obstetra, es la ruptura de la cicatriz segmentaria en el trabajo del parto, peligro que adquiere proporciones inmensas durante el período de expulsión, en comparación con las que pudieron existir durante el período de dilación.

Durante el período de expulsión, el peligro de una ruptura puede evitarse con la aplicación del fórceps, fórceps profiláctico, puesto que no va a servir de tratamiento sino preventivo. En suma, sería un fórceps profiláctico de desprendimiento por alteración local de orden materno.

Sin considerar como indicación perentoria de aplicación de fórceps, el antecedente de cesárea, tenemos que admitir que cualquiera otra indicación cobra mayor valor por el mismo antecedente.

Sobre los 132 casos que estamos estudiando, se hizo aplicación de fórceps en 22, o sea en el 16.66%, cifra relativamente baja, si tenemos en cuenta el número de partos por las vías naturales.

Sólo en seis casos se hizo aplicación de fórceps por el antecedente de la paciente, lo que puede explicar en parte, el número de fórceps aplicados por otras indicaciones. El trabajo prolongado es una de ellas, porque en estas pacientes el trabajo es generalmente irregular y así no sólo se alarga, sino que por consiguiente, origina el sufrimiento fetal, otro motivo de aplicación de fórceps.

Entre los 22 fórceps, tres de ellos fueron aplicados por sobre el estrecho superior y aunque los niños salieron en relativas buenas condiciones del servicio, uno de ellos sufrió una hemorragia meníngea y otro neumatía por sufrimiento fetal. De las tres aplicaciones de fórceps alto, dos se ejecutaron bajo la indicación de sufrimiento fetal. Las tres pacientes habían sido operadas antes por desproporción cefalo-pélvica.

Lejos estamos en este trabajo, de tomar armas en pro de la aplicación de fórceps alto, o ir en contra de ella, ya que no es materia de él; nos limitamos solamente a anotar sus consecuencias, lo mismo que de cualquier conducta obstétrica; por otra parte, ya está demostrada la gran incidencia de hemorragias meníngeas en los fetos extraídos con fórceps alto y los peligros de ruptura uterina, máxime existiendo una cicatriz de cesárea.

Se encuentra en las pacientes operadas bajo la indicación de desproporción cefalo-pélvica, la mayor inciden-

cia de aplicación de fórceps, ya que de 64 pacientes que ingresaron con este antecedente, 12 tuvieron un parto por vía baja, pero con aplicación de fórceps, lo que da un porcentaje del 18.75%, de los cuales uno correspondió a un prematuro y el resto a fetos a término, tres por trabajo prolongado, dos por sufrimiento fetal, dos por indicación profiláctica y uno por sufrimiento fetal, precedido de distocia del cuello. La aplicación de fórceps altos correspondió también a este grupo.

El promedio total en horas de trabajo en este grupo de pacientes es bastante más alto que las que tuvieron su parto espontáneamente, con el mismo antecedente de cesárea por desproporción cefalo-pélvica. La morbilidad estuvo limitada a los dos fetos que fueron extraídos con aplicación de fórceps alto. Hubo una muerte del recién nacido por hemorragia meníngea.

El promedio de duración del trabajo fue de 26 horas 53 minutos.

Un detalle interesante es el de que en ninguno de estos casos se presentara un solo trabajo regular, contribuyendo en esta forma al trabajo prolongado y al sufrimiento fetal.

El resultado de las aplicaciones de fórceps a las pacientes que ingresaron con antecedentes de cesárea por estrechez pélvica no pudo ser más desastroso. Hubo dos aplicaciones de fórceps; una, en un feto prematuro que después acusó morbilidad por sufrimiento fetal, y otra, en un feto a término, el cual murió durante la aplicación del aparato obstétrico.

El promedio en horas de trabajo, entre estas dos pacientes, fue de 35 horas 17 minutos, promedio que aclara ampliamente el accidente. En defi-

jo de parto abandonado que intento remediar una aplicación de fórceps.

Desgraciadamente no todas las pacientes que ingresan al Instituto de Protección Materno-Infantil, obran prudentemente internándose con la iniciación de los dolores, sino que muchas acuden a solicitar servicios en condiciones bastante precarias, desde el punto de vista tanto materno como fetal, lo que explica los altos índices de morbilidad.

Se hizo aplicación de fórceps en una de las pacientes que ingresaron con antecedente de cesárea por sufrimiento fetal y falta de encajamiento. El puerperio en la madre fue febril. No es el caso de discutir en este trabajo el criterio que se tuvo para elegir una conducta en pacientes con tal antecedente.

Del grupo de pacientes que ingresaron con el antecedente de cesárea por toxicosis gravídica, se hizo aplicación de fórceps en un solo caso por el antecedente de cesárea, con resultados satisfactorios.

En dos pacientes que llegaron con trabajo de parto y con antecedente de cesárea por presentación distócica irreversible, se hizo aplicación de fórceps, una de ellas por falta de rotación y demora en el descenso de la presentación, y la otra por el antecedente de cesárea. El promedio en horas de trabajo en estas pacientes fue de 12 horas 15 minutos y los resultados ampliamente satisfactorios.

Con un promedio un poco alto en horas de trabajo, se hizo aplicación de fórceps en dos pacientes que tenían un antecedente de cesárea por inserción baja de la placenta, siendo

ceps el sufrimiento fetal.

El promedio en horas de trabajo fue 25.57 horas, siendo éste irrisorio en ambos casos, presentándose en un caso de morbilidad en uno de los niños, por sufrimiento fetal.

Con la aplicación de fórceps en un grupo de las pacientes que ingresaron con antecedente de cesárea por inserción baja de la placenta, se completó el total en partos por vía vaginal puesto que 11 pacientes que ingresaron al Instituto con este antecedente, nueve tuvieron un parto espontáneo, las otras dos tuvieron con aplicación de fórceps.

En las 15 pacientes en quienes se pudo averiguar la indicación de cesárea, se hizo aplicación de fórceps a dos; a una, por trabajo prolongado y a la otra por sufrimiento fetal. El mero promedio de horas es el más bajo de todos, siendo de 35 horas con minutos y se presentó morbilidad en uno de los dos fetos, por sufrimiento fetal y traumatismo obstétrico.

Salta a la vista el hecho de que la morbilidad fetal fue muy alta, lo que nos hace pensar que existió demora en resolver la conducta obstétrica, presunción relativamente cierta, si se consideran los índices tan altos de horas de trabajo.

Sintetizando en un cuadro sintético los datos relativos a la aplicación de fórceps en pacientes con cesárea previa, tenemos:

Partos con aplicación de fórceps	16
Partos a término: 20	91
Partos prematuros: 2	8
Fórceps en la excavación: 19	82

Por sufrimiento fetal: 10...	44.99%
Por cesárea previa: 6...	27.27%
Por trabajo prolongado: 5...	22.70%
Por falta de rotación y des- censo de la present.	4.09%
Morbilidad fetal	18.18%
Mortalidad fetal	9.09%
Por traumatismo obstétrico: 2 casos	
Morbilidad materna: 1 caso: puerperio subfebril	4.09%
Horas de trabajo promedio	25.32 H.
Trabajo irregular en el	84.62%

III — CESAREA

En páginas anteriores decíamos que el número de cesáreas hacía disminuir las posibilidades de un parto por vía baja, lo cual es evidente, porque a mayor número de cesáreas, mayor número de cicatrices y por tanto, mayor número de puntos débiles uterinos.

Sin embargo, en el Instituto de Protección Materno-Infantil, de las 56 pacientes que fueron nuevamente operadas de cesárea sólo en una paciente la indicación de la nueva cesárea fue el antecedente de cesáreas anteriores, las que habían sido tres, dándose el caso en cambio, de una paciente que tenía el antecedente de cuatro cesáreas, tuvo un parto por vía vaginal y por medio de aplicación de fórceps. La indicación de las cesáreas en el resto de las pacientes tuvo otra indicación.

De las pacientes con antecedentes de cesárea por desproporción cefalopélvica, fueron nuevamente operadas 34, 29 de ellas fueron nuevamente intervenidas por la misma indicación

anterior: por sufrimiento fetal y falta de encajamiento, tres; por procedencia del cordón, una, y por antecedente de tres cesáreas, una.

El promedio en horas de trabajo en este grupo de pacientes, fue de 25.20 horas aproximadamente y sólo un 15% hizo un trabajo regular.

Se presentó morbilidad fetal en dos casos, ambos con signos de sufrimiento fetal.

De 18 pacientes que ingresaron con el antecedente de operación cesárea, por estrechez pélvica, 12 terminaron su trabajo de parto por medio de operación cesárea por la misma indicación y después de un total de 28 horas 25 minutos de trabajo.

Ninguno de los fetos presentó morbilidad y tampoco se presentó ningún caso de mortalidad.

A una de las cuatro pacientes que ingresaron con antecedente de cesárea por sufrimiento fetal, se le practicó nuevamente operación, por distocia dinámico-corporocervical y falta de encajamiento, previo intento de tratamiento médico con sedantes y antiespasmódicos. El niño nació vivo y no presentó morbilidad.

Ocho pacientes se presentaron con antecedente de cesárea por toxicosis gravídica y a una se le practicó nueva intervención por sufrimiento fetal y falta de encajamiento, después de 13 horas de trabajo. La causa del sufrimiento eran dos circulares del cordón. No hubo morbilidad ni mortalidad fetal.

A dos pacientes que tenían antecedente de cesárea, por presentación distócica irreversible, se les hizo nueva operación quirúrgica; a una, por desproporción cefalopélvica, y a otra

por presentación de hombro, previo intento de versión externa e interna en la segunda. Posteriormente comentaremos las consecuencias de esta conducta.

El promedio en horas de trabajo en estas dos pacientes fue de 20 horas 15 minutos, y no se presentó ningún accidente materno ni fetal.

Con antecedente de cesárea por primigravidez en añosa, se encuentran en las historias revisadas, dos casos, los cuales en un segundo embarazo hubieron de ser nuevamente intervenidos, por presentación de pelvis incompleta uno, y el otro por distocia cervical.

En estos dos casos, no se presentó morbilidad ni mortalidad materno-fetal y el cómputo en horas de trabajo fue de 26.

La eritroblastosis fetal es indicación de operación cesárea siempre que fracasen los intentos de inducción del trabajo de parto, cuando esto ha sido indicado por la evolución del proceso de isoimmunización. Vimos anteriormente que se habían presentado dos casos de pacientes con antecedente de cesárea por eritroblastosis fetal; vimos también cómo una de esas pacientes hizo un parto espontáneo después de una inducción, de cómo ese niño, fruto de una diabética y que pesó al nacer 5.120 gramos, pudo ser salvado por medio del tratamiento médico. Pues bien, en la otra paciente, hubo necesidad de recurrir nuevamente a la operación cesárea, antes de la iniciación del trabajo de parto, de acuerdo con las indicaciones usadas en estos casos, y a pesar de los esfuerzos por salvarlo, el niño falleció poco después de su nacimiento.

Los resultados disímiles de la interrupción del embarazo nos hacen preguntar: ¿estará plenamente justificada la intervención por medio de cesárea? En todo caso, cualquiera que sea la respuesta a este interrogante, la interrupción del embarazo por medios quirúrgicos sólo debe ejecutarse cuando haya fracasado toda tentativa de inducción del trabajo de parto.

A mi modo de ver, más justificada se encuentra la intervención en los casos de muerte habitual del feto, siempre que fracasen los sistemas inductivos del parto.

Al Instituto sólo llegó una paciente con este antecedente, la cual tuvo que ser nuevamente intervenida, después de varios intentos de interrupción médica del embarazo. La operación se ejecutó sin accidentes materno-fetales.

Se hizo también cesárea iterativa en una paciente que ingresó con el antecedente de fistula vesico-vaginal operada, que había sido intervenida en el embarazo anterior por la misma razón. Las plastias vesico-vaginales son indicación de cesárea, ya que es mucho más difícil obtener éxito en una intervención de esa naturaleza, que lograr el pleno restablecimiento de una paciente con operación cesárea, y muy probablemente el permitir un parto por vía baja, generalmente implica el restablecimiento de la fistula. La paciente correspondiente a este caso, no tuvo sino muy poco trabajo de parto y los resultados de la operación fueron satisfactorios.

De las 15 pacientes en las cuales no se pudo averiguar la causa de la cesárea previa, se practicó nueva cesárea en una de ellas, por presentación de hombro con ruptura prematura de

las membranas. Se presentó al Instituto con trabajo de parto, después de nueve horas de iniciado y con contracciones intensas. Inmediatamente se procedió a ejecutar la operación quirúrgica, la cual fue hecha sin complicaciones.

No se presentó morbilidad fetal, y la madre salió en buenas condiciones del servicio.

Entre este grupo de pacientes que fueron nuevamente intervenidas por cesárea, la indicación de la operación fue la misma de la anterior en 45 de ellas.

Reduciendo a datos estadísticos, lo que hemos visto en las operadas de cesárea, tenemos:

Partos intervenidos por cesárea	41.47%
Prematuros	3.57%
A término	96.43%
Por desproporción cefalo-pélvica	53.57%
Estrechez pélvica	21.41%
Sufrimiento fetal y falta de encajamiento	7.14%
Presentación de pelvis incompleta en secundigestante añosa	1.78%
Por presentación de hombro	3.57%
Procidencia del cordón	1.78%
Distocia dinámica corporocervical	1.78%
Distocia cervical	1.78%
Eritroblastosis fetal	1.78%
Muerte habitual del feto	1.78%
Plastia vesico-vaginal	1.78%
Cesárea previa	1.78%
Horas de trabajo: 18 H. 10 M.	
Trabajo regular en	18.18%
Trabajo irregular en	81.82%
Morbilidad fetal	3.57%

Por sufrimiento fetal: 2 casos

Mortalidad fetal 1.78%

Por eritroblastosis fetal: 1 caso

Como vemos por el cuadro, una sola de las pacientes fue sometida a una sola intervención por el solo hecho de tener un antecedente de tres cesáreas.

El antecedente de cesárea por sí, muy pocas veces puede ser indicación de una nueva cesárea.

Entre las pacientes que estudiamos, se encuentran 10, que, con el antecedente de tres cesáreas por lo menos, fueron sometidas a un trabajo de parto. De ellas, cinco tuvieron su parto por vía baja y una con el antecedente de cuatro cesáreas, terminó su nuevo embarazo por una aplicación de fórceps con feto a término y vivo.

Personalmente opinamos que la indicación de cesárea basada solamente en el antecedente de una previamente ejecutada, sólo la puede dar un examen cuidadoso de la historia clínica y de las condiciones de la paciente.

Algunos autores aconsejan la histerectomía o ligadura de trompas, después de la cuarta cesárea, con el fin de suprimir la actividad generatriz de la paciente y en esta forma evitarle futuras complicaciones.

En el Instituto de Protección Materno-Infantil no se le hizo esterilización a ninguna paciente; por este motivo, y adelantando conceptos, podemos asegurar que el mayor o menor número de cesáreas no justifica por sí sólo una determinación de tal calidad.

Los casos de ruptura uterina que se verificaron en el grupo de pacientes que hemos tomado para este estudio,

sólo se sucedieron en pacientes que no habían sufrido sino una sola operación cesárea, dándose en cambio, el caso de que a una de las 135 pacientes se le practicó la sexta cesárea y se dejó el útero.

Por tanto, si el número de cesáreas es indicación de esterilización, por los casos estudiados tendríamos que admitir que ésta debería practicarse con la primera operación.

Rechazamos, pues, categóricamente, la esterilización que tenga como única indicación el número determinado de operaciones cesáreas.

IV — EXTRACCION PODALICA

La extracción es una maniobra obstétrica destinada a terminar rápidamente un trabajo de parto con un feto en presentación de pelvis, estando su indicación limitada al sufrimiento fetal o al agotamiento materno.

Casi podríamos decir que la extracción podálica es, a la presentación de pelvis, lo que la aplicación de fórceps es a la presentación cefálica, llevando más riesgo, claro está, la primera de las conductas siendo la incidencia de hemorragias meníngeas fetales bastante alta, especialmente en los prematuros, así como las fracturas de los huesos del cráneo en la extracción de la cabeza fetal.

Por otra parte, la extracción podálica con el cuello incompletamente dilatado, tiene el riesgo de la retención de la cabeza fetal, o por la misma fuerza de tracción, los brazos fetales suelen no seguir el movimiento del cuerpo fetal quedando retenidos con la cabeza última. Cuando sucede esta contingencia no es raro ver fracturas

de los miembros fetales al tratar de descenderlos. También puede ocurrir desgarraduras del cuello uterino.

La aplicación de fórceps tiene la ventaja sobre la extracción podálica, que en aquella hay garantía suficiente sobre la relación pelvi-fetal, ya que la aplicación de fórceps se debe hacer sobre la cabeza encajada; en cambio, en la extracción podálica la relación de los diámetros de la cabeza fetal con los diámetros pélvicos maternos, no se puede predecir.

Es en definitiva una conducta peligrosa y a menos que las circunstancias lo exijan, la evolución de un parto a término y con proporción pelvi-fetal, siendo la presentación de pelvis, debe dejarse en su curso natural.

En el número de casos que estamos estudiando, sólo se encuentra un parto con feto de 8½ meses, obtenido por extracción podálica, en una paciente que tenía antecedente de cesárea por estrechez pélvica.

La conducta adoptada por sufrimiento fetal no surtió los beneficios esperados, pues hubo retención de cabeza última, con la consiguiente muerte fetal.

El trabajo de la paciente había sido irregular y el peso del niño fue de 2.420 gramos.

La conducta en sí es discutible, porque además de los peligros inherentes a la extracción podálica, habría que tener en cuenta, no sólo el antecedente de cesárea, sino el grado de estrechez, lo que hacía presumir una gran dificultad en la extracción del polo cefálico.

Si es en suma una conducta peligrosa cuando hay o se presume una adecuada proporción pelvi-fetal, con

mayor razón lo es en casos de estrechez pélvica aun con feto prematuro y con la presencia de una cicatriz segmentaria.

V --- VERSION INTERNA Y RUPTURA UTERINA

En las primeras páginas de este trabajo asegurábamos que la ruptura uterina en pacientes con embarazo a término y con antecedente de cesárea segmentaria, se sucedía únicamente o por abandono en el trabajo de parto (causa común de las rupturas uterinas), o por la adopción de un conducta reñida con los principios obstétricos.

He querido intitular este capítulo en la forma en que lo hice, no porque con la versión interna se hayan producido todas las rupturas uterinas, en el grupo que estamos estudiando, pero sí porque todas las versiones internas produjeron rupturas uterinas. ¡Gracias a Dios, que no fueron sino dos!

En el curso de este trabajo, hemos venido insistiendo en la relativa resistencia del llamado punto débil del útero histerotomizado. Pero no podemos negar que al quebrarse la arquitectura uterina, mal reparada por una neoformación fibrosa, quedan puntos de menor resistencia.

La cicatriz de la herida segmentaria, que soporta grandes fuerzas de tracción, como lo hemos visto, es débil para soportar las fuerzas que la deforman.

Esto por lo menos nos lo da a entender el hecho de que en las dos ocasiones en que se hizo una versión interna, se produjeran rupturas uterinas.

A riesgo de ser llamados absolutistas, pretendemos que la versión interna en una paciente con embarazo a término, cualesquiera que sean las circunstancias en que se presente el trabajo de parto, es una conducta de consecuencias tan peligrosas que su uso, debe en lo posible, proibirse.

Con cuánta mayor razón no rechazaremos esta conducta en pacientes que han sufrido una intervención de la calidad de una operación cesárea.

Su contraindicación en estos casos, no puede estar más demostrada, tanto por la teoría como por la práctica.

Las dos versiones se verificaron en dos de aquellas pacientes en quienes no se pudo averiguar la causa de la cesárea, ambas con un solo antecedente de cesárea, la una secundigestante y la otra con el antecedente de varios partos espontáneos. Las dos versiones (al decir versión en este caso lo hacemos sinónimo de ruptura uterina), se verificaron sobre feto vivo a término, por presentación de hombro.

La mortalidad estuvo limitada únicamente a los fetos, ya que por la rapidez de la intervención se logró salvar la vida de las madres.

Hemos analizado a grandes rasgos, lo que llamamos conducta "ilógica", y hemos visto sus resultados. Analicemos ahora la otra causa común de rupturas uterinas.

Habíamos dicho anteriormente que una de las exigencias en la atención de un trabajo de parto en una paciente con cesárea previa era una vigilancia permanente y racional.

Una de las pacientes que llegó con antecedente de cesárea por toxicosis gravídica, tuvo un abandono en su trabajo de parto de 4½ horas, tiempo

suficiente para que se produjera una ruptura uterina; solución de continuidad que se verificó por la cicatriz de la cesárea previa, que prolongándose interesó la arteria uterina derecha.

El trabajo de parto en esta paciente había sido relativamente corto, de ocho horas; desgraciadamente la historia de la paciente por el mismo abandono del trabajo, no menciona la intensidad de éste.

No hubo mortalidad materna, ya que la paciente fue intervenida a tiempo. El feto era a término y pesaba 3.700 gramos.

Otra paciente con antecedentes de operación cesárea por desproporción cefalopélvica, alcanzó a llegar en su trabajo de parto a la dilatación completa, después de una labor de 25 horas, pero la resistencia de la cicatriz uterina cedió, estableciéndose en esta forma una amputación casi total del cuerpo del útero, siendo necesario completarla quirúrgicamente.

El feto pesaba 3.740 gramos y había llegado vivo al Servicio. La madre salió del Instituto por restablecimiento.

La causa de esta ruptura uterina aunque se verificara por el sitio de la cicatriz fue debida al olvido a que se sometió la enferma.

El último caso de ruptura uterina que se presentó fue el de una multigestante que había ingresado al Instituto con un antecedente de cesárea por desproporción, en su primer embarazo.

La paciente ingresó con un embarazo a término con feto en presentación de pelvis y ruptura prematura de las membranas, lo que dió origen a un trabajo intenso e irregular. Esta paciente fue sometida a control directo

hasta completar una dilatación de seis centímetros, y entonces "fue olvidada" por un período de cuatro horas en que se encontró a la paciente en estado de shock y con "una versión espontánea" de la presentación.

A pesar de los intentos por restablecer a la paciente para someterla a intervención quirúrgica, falleció dos horas después.

En resumen tenemos:

	%
Rupturas uterinas, 2	3.70
Por versión interna	40.00
Por abandono del trabajo de parto	60.00
Mortalidad fetal	100.00
Mortalidad materna	20.00

RESUMEN

Considerando la terminación del parto según el número de cesáreas en el total de las pacientes, tenemos:

Con antecedente de una cesárea	100
Parto espontáneo	44
Aplicación de fórceps	17
Cesáreas	34
Rupturas uterinas	5
Con antecedente de dos cesáreas	29
Parto espontáneo	8
Extracción podálica	1
Aplicación de fórceps	3
Cesárea	17
Con antecedente de tres cesáreas	5
Aplicación de fórceps	1
Cesárea	4
Con antecedente de cinco cesáreas	1
Cesárea	1

Teniendo en cuenta la indicación de la cesárea previa:

	%
Desproporción	64
Parto espontáneo	16
Aplicación de fórceps	12
Cesárea	34
Ruptura uterina	2
Estrechez pélvica	18
Parto espontáneo	3
Extracción podálica	1
Aplicación de fórceps	2
Cesárea	12
Placenta previa	11
Parto espontáneo	9
Aplicación de fórceps	2
Toxicosis	8
Parto espontáneo	5
Aplicación de fórceps	1
Cesárea	1
Ruptura uterina	1
Presentación distócica	7
Parto espontáneo	3
Aplicación de fórceps	2
Cesárea	2
Sufrimiento fetal	4
Parto espontáneo	2
Aplicación de fórceps	1
Cesárea	1
Primigestante añosa	2
Cesárea	2
Eritroblastosis fetal	2
Parto espontáneo	1
Cesárea	1
Procidencia del cordón	2
Parto espontáneo	2
Muerte habitual del feto	1
Cesárea	1
Plastia vesicovaginal	1
Cesárea	1

	%
Sin causa conocida	15
Parto espontáneo	10
Aplicación de fórceps	2
Cesárea	1
Ruptura uterina	2
Mortalidad fetal	10
Anoxemia por ruptura uterina	5
Prematuréz	1
Traumatismo obstétrico	2
Asfixia por retención de cabeza última	1
Eritroblastosis	1
Nacieron muertos y macerados	2
Anemia y paludismo materno	1

CAPITULO III

CONCLUSIONES.

Como resultado del estudio hecho en 135 partos de pacientes con antecedentes de cesárea previa, podemos sacar las siguientes conclusiones:

1º El parto espontáneo en pacientes con cesárea previa es posible.

2º La aplicación de fórceps en pacientes con antecedente de cesárea es conveniente como intervención profiláctica, siempre que se cumplan todas las condiciones requeridas para su correcto uso.

3º El parto con embarazo a término es posible por vía baja en pacientes con antecedentes de cesárea, siempre que no exista indicación para repetirla.

4º Las posibilidades de un parto espontáneo en pacientes con cesárea previa, están en razón directa con el número de partos por vía baja y en razón inversa del número de cesáreas.

5º Para considerar la posibilidad de un trabajo de parto en paciente previamente operada de cesárea, es necesario conocer su historia obstétrica.

6º Una secundigestante con antecedente de cesárea y sin trabajo previo a la operación, debe ser considerada en su trabajo de parto como una primigestante.

7º Es peligroso someter a un trabajo de parto a aquellas pacientes que hicieron un puerperio febril después del parto con cesárea.

8º En términos generales, cualquier paciente operada de cesárea segmentaria puede ser somendida ante un nuevo embarazo a un trabajo de parto, si existen indicaciones y condiciones que lo justifiquen.

9º El trabajo de parto en pacientes con antecedente de cesárea, debe ser juicioso e inteligentemente controlado.

10. Las tres cuartas partes de las pacientes con antecedente de cesárea, hicieron un trabajo irregular.

11. La operación cesárea segmentaria, cuya sola indicación es el antecedente de cesárea, sólo se ejecutó en el Instituto, en pacientes que tenían antecedente de tres cesáreas cuando menos.

12. Con el antecedente de cesárea, una indicación de fórceps o cesárea, cobra un valor mucho mayor que en pacientes que no lo tengan.

13. El número de cesáreas no justifica por sí sólo, la esterilización en ningún caso.

14. La extracción podálica es una maniobra de peligrosas consecuencias en pacientes en condiciones normales y con mayor razón en pacientes con antecedente de cesárea.

15. La versión inferna es una maniobra obstétrica que está rotundamente contraindicada en las pacientes con cesárea previa.

16. Las rupturas uterinas en pacientes con antecedente de cesárea, son debidas en gran parte, al abandono del trabajo de parto.

BIBLIOGRAFIA

Autores nacionales.

1. **Acosta S. Hernando** — Conferencias de Obstetricia.
2. **Echeverry P. Gonzalo** — Consideraciones clínicas y estadísticas sobre operación cesárea. Tesis de grado de la Facultad Nacional de Medicina. 1944.
3. **Ferro Luis María** — La operación cesárea transperitoneal segmentaria. Tesis de grado de la Facultad Nacional de Medicina. 1930.
4. **Peralta C. Rafael** — A propósito de las aplicaciones de fórceps, por encima del estrecho superior. Rev. de la Facultad Nacional de Medicina. N° 8, Vol. 44.
5. **Rodríguez Aponte Víctor** — Algunos aplicaciones de fórceps por encima del estrecho superior. Comunicaciones a la Sociedad de Obstetricia de Colombia. Mayo de 1944.

- Autores extranjeros.

6. **De Lee Greenhill** — Principios y Práctica de Obstetricia.
7. **Fabre** — Obstetricia.
8. **Dickmann William J.** — Cesarean section. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Marzo, 1943.

9. **Duckering Florence** — Delivery after Cesarean Section. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 51. 1946.
10. **Moraques Jaime** — Clínica Obstétrica.
11. **Pérez Manuel Luis** — Tratado de Obstetricia.
12. **Recassens** — Tratado de Obstetricia.

Anotaciones sobre obstetricia rural

INFORME DE COMISION

Señor Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología:

La comisión designada por usted ha estudiado detenidamente el trabajo que el apreciado colega doctor Farrón del Portillo Ramos presentó a esta corporación en la sesión pasada, con el fin de obtener su ingreso a ella.

Entre los factores que requiere un trabajo científico para permitir el acceso de su autor a esta Sociedad, la comisión manifiesta que en el presente caso ha considerado especialmente, los siguientes puntos: medio en que se efectuó la labor científica; clase de pacientes; estado general orgánico de las mismas en el acto operatorio; criterio de la intervención; técnica quirúrgica; clase de anestesia; resultados en cuanto a la madre; resultados en cuanto al niño y conclusiones generales.

Como lo anota el mismo doctor Del Portillo, en su comunicación, "el mé-

rito principal que pueden entrañar estas operaciones se refiere al medio donde han sido practicadas y sobre todo, que la mayoría de las pacientes han sido intervenidas en malas condiciones, algunas de ellas con más de tres días de trabajo, agotadas por tan largos sufrimientos y varias con manifiestos síntomas de infección".

Se comprende perfectamente que en un medio rural y en un hospital de provincia, por bien dotado que se encuentre, la labor del médico es ardua, penosa y muchas veces estéril. Elementos de diversa índole conspiran a diario contra el buen resultado de sus intervenciones y de sus tratamientos. La carencia de los recursos de la terapéutica y de la cirugía modernas, considerados como de vital importancia en todo buen centro hospitalario, es allí un obstáculo insalvable para la supervivencia de las pacientes.

Sin consulta pre-natal regularmente organizada es imposible anotar bri-