

# Consideraciones sobre Cesáreas Practicadas en el ICSS

Por el doctor JOSÉ OFMAN

Médico de la Universidad de Chile. Ex-residente de Maternidad del  
Hospital Alvear de Buenos Aires. Obstetra del ICSS.

## INDICACIONES DE LA VIA ALTA EN OBSTETRICIA

### EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Ya 700 años antes de Cristo, en la Lex Regia de Numa Pompilio figura la orden de "abrir el vientre y extraer el feto cuando la madre ha muerto".

En la mujer viva fue practicada por el carnicero Nufer en el año de 1500. En 1610 el cirujano Trautmann lo hizo en una mujer viva dejando el útero abierto dentro del abdomen.

Según estadísticas de los siglos XVII, XVIII y XIX los resultados fueron los siguientes: en 1600, Guillemau da el 100% de mortalidad materna; en 1700, Velpeau le asigna el 55%; en 1750, Baudeloque 57%; Kayser el 62%; en 1820, Dubois da otra vez el 100%; en 1852, Caseaux presenta nuevamente una mortalidad de 62%.

Con la asepsia y antisepsia y la sutura del útero después de la histerotomía realizadas en 1882 por Kehrer y Sanger, el índice de mortalidad materna baja al 25% (Credé) y al 28% (Caruso).

Para alejar los peligros de peritonitis post-cesárea se idearon diferentes técnicas para abordar al útero extraperitonealmente, pero los resultados fueron relativos.

La historia moderna de la histerotomía se inicia con el descubrimiento de las sulfodrogas que se usaron localmente dentro del abdomen, en la última década, al reducir casi a cero las posibilidades de infección.

Las indicaciones las podemos dividir en absolutas y relativas. Absolutas: placenta baja oclusiva y reducción acentuada de la pelvis ya sea por un vicio pélvico, por un tumor previo, atresia de las partes blandas. Las relativas, gracias a su benignidad se han extendido a todos los capítulos de la obstetricia.

Hoy podemos decir que la cesárea está indicada en todas aquellas situaciones en que siendo muchos los riesgos de la extracción por las vías naturales, la

prosecución de la preñez o del parto significan una amenaza de muerte para la madre o para el feto. Asegurando así el mayor porcentaje de éxitos a la madre y a su niño.

Las indicaciones actuales de la histerotomía de ninguna manera desaloja las otras operaciones que son clásicas en obstetricia.

Si para el niño se obtiene un resultado mejor, que el de cualquiera de las intervenciones bajas, la madre corre riesgos que no se deben desconocer. Pero también es cierto que se han reducido al minimum, por las técnicas operatorias, por los antibióticos y por las anestias indicadas correctamente.

Analizando los resultados obtenidos con diferentes técnicas de histerotomías, se ve la superioridad de la segmentaria transperitoneal.

#### CONSIDERACIONES SOBRE CASÁREAS PRACTICADAS EN EL ICSS

Sobre un total de 13.618 partos atendidos por el ICSS se han practicado 432 cesáreas lo que nos da 3.1%, porcentaje muy parecido a las estadísticas de otras clínicas. De dicho número se estudiaron únicamente 204, por ser las más completas. Todas ellas fueron trasperitoneales.

*Grado de pureza y mortalidad materna.*—Lo dividiremos en 4 grados de pureza, siguiendo la clasificación de Surcau. Consideramos únicamente la placenta en el grado I de pureza ya que a cada paciente se le han practicado innumerables tactos. Según se observa en nuestros casos la mortalidad materna por peritonitis ha sido del 0%. (Ver esquema No. 1).

Sobre 204 cesáreas trasperitoneales la mortalidad materna global fue del 2.45%.

Las pacientes fallecidas fueron:

1.—Caso No. 26. B. M. A. c. No. 01-092245, primípara a quien se le practicó una cesárea trasperitoneal por desproporción céfalo-pélvica. Presenta un shock obstétrico durante la intervención y fallece en la sala.

2.—Caso No. 203. R. M. c. No. 01-106855, tercera gestación, 1 parto prematuro y un aborto. Embarazo de 7½ meses, se practica una cesárea trasperitoneal por carditis reumática activa descompensada. Fallece el día siguiente de la intervención.

3.—Caso No. 74. C. G. A. c. No. 01-010986, múltipara, dos embarazos normales, se le practica una cesárea segmentaria trasperitoneal por desproporción céfalo-pélvica, fallece en la sala por shock hemorrágico, por deficiencia en la técnica operatoria.

4.—Caso No. 123. R. C. c. No. 01-104193, múltipara de 10, se le practica cesárea trasperitoneal por placenta previa marginal. La enferma entra a la sala en shock hemorrágico, se opera con local; fallece al cierre de la pared.

5.—Caso No. 165. V. M. J. c. No. 01-013085, múltipara, 1 embarazo nor-

## ESQUEMA NUMERO 1

## Grado de pureza y mortalidad materna.

Grupo	Totales	Mortalidad global por sepsis	
			%
I	14		0
II	70		0
III	62		0
IV	1		0

## ESQUEMA NUMERO 2

## Grado de pureza y morbilidad materna.

Grupo	Totales	POST-OPERATORIO		
		Normal	Subfebril	Febril
I	14	10	3	1
II	70	55	8	7
III	62	48	12	2
IV	1			1
	<hr/> 147 <hr/>	<hr/> 113 <hr/>	<hr/> 23 <hr/>	<hr/> 11 <hr/>

## ESQUEMA NUMERO 3

## Grado de pureza y morbilidad materna determinado en tanto por ciento.

Grupo	Totales	POSTOPERATORIO		
		Normal %	Subfebril %	Febril %
I	14	71.5	21.4	7.1
II	70	78.6	11.4	10.
III	62	77.4	19.4	3.2
IV	1			
Morbilidad total promedio		<hr/> 76. <hr/>	<hr/> 15.3 <hr/>	<hr/> 8.7 <hr/>

## ESQUEMA NUUMERO 4

## Indicaciones de las Cesáreas en el ICSS.

DESpropORCION CEfALO-PELVICA 87 casos	{	Primigestantes, 34	{	Añosas	7	
				Con inercia uterina	1	
		Multigestantes, 53		Iterativas	28	
DESpropORCION CEfALO-PELVICA y SUFRIMIENTO FETAL, 13 casos	{	Primigestantes, 8		Añosa	1	
		Multigestantes, 5		Iterativas	3	
SUFRIMIENTO FETAL 16 casos	{	Primigestantes, 10		Añosa	1	
		Multigestantes, 6		Iterativas	2	
PLACENTA PREVIA 24 casos	{	Marginal	3	Multigestantes.		
				Oclusivas	{	Parciales
						Totales
TOXICOSIS GRAVIDICA 25 casos.	{	Preeclampsias	9	Primigestantes	7	
				Multigestantes	2	
		Eclampsias	16	Primigestantes	12	
				Multigestantes	4	
PRESENTACION	{	Cara	1			
		Frente	5			
		Situación transversa	10	Primigestantes	3	
Multigestantes	7					
INERCIAS UTERINAS 6 casos.	{	Primarias	5	Añosas	3	
				Gemelar	2	
		Secundarias	1			
DISTOCIAS PARTES BLANDAS 6 casos						
PROCIDENCIA DEL CORDON 4 casos						
DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA 2 casos.						
OTRAS CAUSAS 3 casos.	{	TBC pulmonar evolutiva	1			
		Carditis reumá- tica activa descompensada	1			
		Reconstrucción del periné	1			

mal; se practica una cesárea segmentaria transperitoneal por eclampsia. Continúa con ataques eclámpicos subintrales en el puerperio. Fallece al segundo día.

Como vemos, la cesárea en sí, no puede invocarse como causa de muerte sino en un caso lo que reduce la mortalidad materna al 0.48%.

*Mortalidad infantil.*—Presenta un 5.3% de mortalidad infantil que no se puede culpar a la cesárea en sí.

*Morbilidad materna.*—En todos los casos fue usada la penicilina. Sólo se estudiaron 147 casos por no tener los demás datos sobre el post-operatorio en cuanto a la temperatura. Si analizamos los esquemas Nos. 2 y 3, llegamos a la conclusión de que la morbilidad es sensiblemente igual en los 3 primeros grupos. Ahora analizando la morbilidad total, resulta innegable que con el empleo de los antibióticos solamente 13 fueron febriles lo que reduce a 8.7%. Al estudiar las cesáreas antes de los antibióticos, observamos que los puerperios febriles ascienden al 34.11%.

*Anestésias empleadas.*—En las 204 enfermas operadas, dos se hicieron con local (0.9%), 19 con raquianestesia (8.3%), 4 con anestesia general, éter, (1.9%), y 179 (88.9%) con Ciclo-Oxígeno, Ciclo-Eter-Oxígeno, Ciclo-Pentotal-Oxígeno.

La elección del anestésico en la gran mayoría de los casos se ha hecho sin el estudio previo de la paciente. Hoy día es indispensable que el anestésico de las maternidades, esté íntimamente ligado a los servicios donde actúe, conozca la patología del embarazo; el tocólogo debe informarle en detalle la patología de la grávida, ya que sólo la colaboración inteligente entre ambos, podrá decidir la anestesia que el caso requiere.

Contrariamente de lo que se observa en las grandes maternidades norteamericanas donde el 75% de las intervenciones se efectúan con raquianestesia, sea en forma única, fraccionada o caudal. Nosotros la empleamos sólo en un 8.3%. Muchos la han abandonado por los fracasos y accidentes que se han presentado. Según estudios de Babcock se considera que la peligrosidad de la raquianestesia no está en el procedimiento sino en la manera de proceder de la persona que la administra. Este es un nuevo capítulo que podríamos estudiar.

*Preoperatorio.*—Las enfermas, salvo en algunos casos de anemias por hemorragia de placentas bajas, se operan sin transfusión y sin preparación alguna. Los cirujanos generales usan generosamente la transfusión en los casos quirúrgicos; es incomprensible que seamos nosotros los tocólogos tan poco adictos al uso de la transfusión previa y durante la operación en una tan sangrante como es la cesárea.

En nuestros casos se ha usado la transfusión únicamente en dos:

- 1.—Pérdida abundante de sangre por mala retracción uterina.
- 2.—Shock obstétrico.

*Operación.*—En un solo caso se operó según la operación cesárea corporal (cesárea clásica), en los demás se practico la operación cesárea segmentaria transperitoneal.

*Tiempos operatorios.*—La operación (paciente en decúbito-dorsal; mesa en posición de Trendelenburg; evacuación de la vejiga) se divide en los siguientes tiempos:

1.—Incisión de la pared del abdomen en una medida de 15 cms. (incisión infraumbilical). Al seccionar los planos abdominales debe procederse con cautela, ya que en la preñez se adelgazan tanto que es muy fácil herir los órganos subyacentes. Se cubren los bordes de la herida con compresas de gasa. Aislamiento con compresas. Generalmente un separador bivalvo da un buen campo.

2.—Incisión y desprendimiento del peritoneo uterino. A 2 cms. más o menos hasta donde sube la vejiga se secciona transversalmente el peritoneo en una longitud de 12 cms. aproximadamente. Se desprenden las adherencias naturales del peritoneo visceral que lo unen a la pared segmentaria.

3.—Incisión del segmento inferior.—Se practica un ojal en el segmento y posteriormente se disocia o se secciona transversalmente el segmento.

4.—Extracción del feto y de los anexos. Las membranas pueden quedar íntegras, se rompen dejando salir el líquido amniótico que se succiona con un aspirador eléctrico. Extracción del feto. Inyección en el músculo uterino de ocitósicos. Alumbramiento espontáneo o manual de la placenta.

5.—Cierre del útero.—En dos planos. El primero más próximo a la cavidad (sutura continua), el segundo que cubre el anterior y afronta la pared restante (sutura continua o por puntos separados). Posteriormente se rehace el peritoneo, afrontando y uniendo sus bordes.

6.—Cierre del abdomen. En tres planos. Se extraen las compresas y el separador, se verifica la retracción del útero y se procede a afrontar el peritoneo (sutura continua), la aponeurosis (sutura continua o por puntos separados) y la piel.

*Postoperatorio.*—En todos los casos se usó la penicilina en forma profiláctica. En el 14,7% de los casos se usó en combinación de la estreptomycin. Las otras drogas de uso corriente fueron: prostigmine, ergotrate, vitamina C, plasma, Dextrosa al 5% en solución salina o en agua. En los casos de eclampsia y preeclampsia se agregó el tratamiento clásico para esos casos; sulfato de magnesio, dextrosa hipertónica al 33% y 50%, barbitúricos.

*Indicaciones de las cesáreas.*—Según nuestro estudio (esquema No. 4), se observa que 100 enfermas presentaron desproporción pélvico-fetal que nos da un porcentaje global del 49%. Subdividimos en 2 grupos: desproporción cefalopélvica y desproporción cefalopélvica con sufrimiento fetal, 87 y 13 casos respectivamente. En el primer grupo observamos 34 primigestantes y 53 multigestantes. De las primigestantes 7 de ellas añosas. Una de ellas (caso No. 12) presenta además una inercia secundaria. Vemos que en los casos No. 16, 17 y 33 hubo intento de forceps.

De las multigestantes, 28 son iterativas; de ellas hay 8 casos en que no está bien justificada la intervención.

Hoy los antibióticos han beneficiado la conducción del parto en la estrechez pelviana que nos permite ampliar el empleo del parto de prueba y de la expectación, además ya no existen las limitaciones impuestas por el concepto de casos impuros para indicaciones posteriores del parto quirúrgico. Según estudios hechos por el doctor Manuel Aviles, Maternidad del Salvador, Santiago de Chile, sobre 315 pacientes los partos posteriores a cesárea fueron: espontáneos 36.04%, operatorios por vía vaginal 118.13%, y únicamente el 25.88% por vía operatoria abdominal. Coinciden con estas ideas Stander, Water, Wilson. El número de cesáreas iterativas es la consecuencia lógica de los factores que ordinariamente motivan su indicación, pudiendo agregarse a ellas, la poderosa influencia del antecedente de una histerotomía previa que seguramente supervaloramos en nuestras determinaciones.

De esto podemos deducir que existiendo una pelvis límite y dinámica normal está indicada la prueba de trabajo que muchas veces nos dará la solución del problema. Podría haberse intentado en los casos arriba enumerados. En 8 hubo intento de forceps<sup>1</sup>.

Revisando las actas quirúrgicas de las enfermas de cesáreas iterativas vemos que la cicatriz operatoria anterior es perfecta, exceptuando en un caso (No. 54) en que hay gran cantidad de adherencias fibrosas. En algunos casos se observaron adherencias laxas en el fondo uterino.

En 13 casos fuera de la desproporción presentaron sufrimiento fetal que justifica plenamente la intervención por vía alta.

En 16 casos (7.8%) observamos que la única causa de intervención fue el sufrimiento fetal.

Por placenta previa 24 casos (11.8%), observamos las siguientes variedades: marginal (3 casos) en que la placenta llegó al orificio interno, todas en multiparas. Oclusivas (21 casos), parciales (6 casos) en que la menor parte de los cotiledones han pasado al segmento inferior del lado opuesto, todas en multigestantes. Oclusivas totales (15 casos) en que el borde placentario equidistó en todo sentido del orificio del cuello, 2 primigestantes y 13 multigestantes. Según nuestros casos intervenidos la gran mayoría corresponde a enfermas multigestantes, 8 de ellas de 5 o más partos.

La operación cesárea abdominal en la terapéutica de la placenta baja fue utilizada por primera vez por Kroening y Sellheim (1908) (hoy se realiza entre el 30% y 63% de los casos, según estudios de H. Goecker). Da un porcentaje mínimo de fracasos maternos, como el mejor de los otros tratamientos (0% de mortalidad, De Lee; 3.05%, Guggisberg; 3.4%, Pankow); y al discreto de muertes fetales (7%, Pankow; 8.33%, De Lee; 10%, Walthard), se agregan otras razones: el reposo del segmento inferior en la extracción fetal, que aleja el peligro de rotura y el de poner bajo control de la vista la zona uterina que sangra.

1. Se han incluido casos clínicos incompletos por ser de interés para el estudio y con el fin de hacer una crítica constructiva para el futuro, ya que el ICSS tiene interés en hacer una estadística útil.

En uno de los casos (No. 132) la etiología puede ser la fibromatosis múltiple; en los demás no tenemos ningún antecedente en la historia clínica. Se registró una muerte materna lo que nos da 4.2% de mortalidad materna y 5 fetales (20.7%). El aumento de muerte fetal en relación con las estadísticas de otras clínicas se puede deber a que son generalmente gente de condiciones sociales bajas y que ingresaron en la clínica después de sangrar abundantemente en sus casas.

Por toxicosis gravídica 25 casos (12.3%); preeclampsias (9 casos) de las cuales 7 en primigestantes y 2 en multigestantes. Eclampsias (16 casos), 12 en primigestantes y 4 en multigestantes. Dos enfermas fueron operadas en coma (No. 141 y 143). Una de las enfermas presentó hemorragia meníngea. Una enferma fallece por continuar con ataques eclámpicos subintrales (caso No. 165). Al revisar dichas enfermas se observa que no han tenido control prenatal previo. Muchos de estos casos se podrían prevenir obligando la asistencia prenatal de toda enferma atendida en la clínica.

Por presentación de cara 1 caso (0.5%).

Por presentación de frente 5 casos (2.5%). En un caso se comprobó que la causa etiológica de la presentación de frente se debió a un meningocele (No. 168). En un caso se intentó forceps y en otro caso mutarlo a vértice o cara.

Por presentación transversa 10 casos (4.9%). Cinco de las enfermas ingresaron con procidencia del brazo y una con procidencia del cordón. Todas las enfermas presentaron la bolsa rota.

Por inercia uterina 6 casos (2.9%), tres eran primigestantes añosas y otro una inercia uterina secundaria (No. 187), dos con embarazo gemelar.

Por distocia de las partes blandas 6 casos (2.9%).

Por procidencia del cordón 4 casos (1.9%). En dos de los casos se puede considerar como causa etiológica la multiparidad que influye por la hipotonía del útero; las enfermas Nos. 198 y 199 que han tenido 11 y 5 partos normales respectivamente. Podemos considerar en estos casos que la intervención fue oportuna y feliz ya que obtuvimos todos los fetos vivos. Generalmente el promedio de mortalidad fetal es del 35% cuando los fetos están vivos antes de la intervención (32%, H. Siegmund; 32%, Halter; 36%, Martius; 37.5%, Zwiefel; 37.9%, Schwetzer).

Por desprendimiento mínimo de placenta normoinserta 2 casos (0.98%). Nosotros hemos obtenido un éxito completo (el número es tan pequeño que no nos deja sacar conclusiones) y ello puede abedecer a la intervención inmediata. Consultando estadísticas observamos que hoy todavía mantiene su gravedad. (Ya que presenta la siguiente mortalidad materna: 3.1%, Pankow; 3.78%, Solomons; 4.6%, A. Brindeau). El pronóstico fetal es más grave, esta mortalidad gira alrededor de 73% (56%, Lieven; 62%, Frankl; 76%, Pankow; 77.8%, Barchet).

Por otras causas 3 casos (1.52%). Una enferma por TBC pulmonar (No. 202). Una por carditis reumática activa descompensada (No. 203) y una por reconstrucción del periné (No. 204).

En un caso (No. 171) al abrir el abdomen se lesionó el intestino delgado. Se suturó transversalmente. La enferma evoluciona normal y afebril.

Según nuestro estudio observamos que la cesárea ha entrado en la posibilidad terapéutica de gran parte de los capítulos de la obstetricia desde el empleo de los antibióticos. Pero en el tocólogo de hoy, como en el de siempre, debe prevalecer el criterio clínico que le indicará el momento más oportuno para elegir la mejor terapéutica, debiendo oponerse a su uso indebido.

Analizando los resultados obtenidos con la histerotomía clásica, la suprasinistaria transperitoneal, la extraperitoneal por artificio, observamos la superioridad pronóstica de la histerotomía segmentaria transperitoneal que nos arroja el 0% de mortalidad materna séptica. Este porcentaje ideal comparado con el mejor obtenido con la extraperitoneal pura (0.5%) nos indica que dicha técnica es hoy por hoy la más indicada; a ello se le suma la simplicidad de su técnica que la coloca al alcance de todo médico obstetra.