

Operación Cesárea en la Clínica Primero de Mayo

DOCTOR CARLOS MARTÍNEZ SÁENZ
Obstetra del ICSS.

1953

INTRODUCCION

Quiero presentar este estudio sobre la intervención Cesárea, su incidencia causas y resultados, desde la iniciación de la Clínica Primero de Mayo, hasta el 1º de enero de 1952 fecha en la cual se alcanzó la hospitalización diez mil.

Las fuentes que he consultado son los libros internos de la Clínica y los Archivos del Departamento Médico de ICSS.

Los resultados son parte de la meritoria labor cumplida por los miembros de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología que colaboran en la Institución

Diez mil Hospitalizaciones han dado lugar a un total de 7.909 nacimientos, el resto o sean 2.091 hospitalizaciones corresponden a entradas por abortos falsos trabajos, amenazas de aborto y diversas complicaciones del embarazo.

Hasta el 31 de diciembre del año 1951 se habían efectuado en la Clínica 251 intervenciones cesáreas.

Creo de interés comparar este dato con los que presentan algunas instituciones similares, extranjeras (2) y nacionales.

El Pittsburgh General en 10.499 partos tienen 118 cesáreas.

El Jefferson Davis de Texas en 22.296 partos, 231 cesáreas.

El Sloane Hospital de N. Y. en 17.226 partos, 1.000 cesáreas.

El Instituto de Protección Materno Infantil de Bogotá en 10.450 partos tiene 337 cesáreas.

La Clínica de Marly con servicio pensionado únicamente, en 1.675 partos tiene 82 cesáreas.

Algunos porcentajes (1) de hospitales americanos publicados recientemente sirven también como punto de comparación:

New Haven	5.	9%
Margaret Hague	2.	6%
Chicago Lyin-in	5.	5%
New York Hospital	2.	1%
Boston City Hospital	4.	2%
Kansas City Hospital	7.	1%
Johns Hopkins	5.	5%
Cleveland Maternity	6.	1%
Philadelphia Lyin-in	5.	8%
Sloane Hospital	5.	8%
Da un promedio igual al 4.9% en los Americanos (1).		

En Bogotá:

Instituto de Protección Materno-Infantil	3.	18%
Clínica de Marly	4.	8%
Hospital San José	5.	9%
Clínica Primero de Mayo	3.	17%
El promedio en nuestras Instituciones de 3.4%.		

Las 251 cesáreas de la Clínica Primero de Mayo, se reparten en la siguiente forma:

1950 Nacimientos:	2.417	Cesáreas:	94	Porcentaje:	3.8%.
1951 "	5.492	"	157	"	2.8%

Cabe anotar en estas cifras el hecho de que en el año 51 se presentó una baja del 1% en la incidencia de cesáreas, coincidiendo con las reglamentaciones sobre juntas médicas adoptadas.

Del total de 251 cesáreas, 80 no se pudieron estudiar por diversas causas, o sea 31.8% no utilizable; el resto, o sean 171 se descomponen en la siguiente forma:

Cesáreas en Primigestante	80	46.8%
Multigestante	65	38.0%
Interativa	26	15.2%
	<hr/>	<hr/>
	171	100.0%

TÉCNICA OPERATORIA

La técnica operatoria empleada en estas intervenciones fue la segmentaria transperitoneal y no se tuvo en cuenta si se trataba de casos puros o impuros; en este sentido, nuestras cifras se pueden repartir en las siguiente forma:

Casos puros	110	64.3%
" Impuros	61	35.7%
	<hr/>	<hr/>
	171	100.0%

Anestesia:

Se empleó en 154 casos la general	Ciclo - Oxígeno - Eter.
" " " 16 " " "	Raquidea.
" " " 1 " " "	Pentotal Sódico.

INDICACIONES

Las indicaciones para llevar a efecto estas intervenciones han sido:

Desp. Céfalo-pélvica	78	45.6%
Placenta previa	22	12.8%
Eclampsia	21	12.2%
Situación Transversa	10	5.8%
Desprendimiento de la Placenta	5	2.9%
Pelvis infundibular	3	1.7%
Distocia cervical	11	6.4%
Inercia Uterina	4	2.3%
Primigestante de edad avanzada	4	2.3%
Deflexión de Cabeza	2	1.16%
Hidrocefalia	2	1.16%
Presentación de Frente	2	1.16%
Procidencia del Cordón	2	1.16%
Presentación de Cara	1	0.58%
Embarazo gemelar	1	0.58%
Esterilidad conyugal prolongada	1	0.58%

Endocarditis reumatoide	1	0.58%
Fístula recto-vaginal	1	0.58%
	---	-----
	171	100. 0%

EDAD:

De 15 a 20 años	28	16.4%
" 20 a 30 "	100	58.4%
" 30 a 40 "	35	20.5%
" 40 a más "	8	4.7%

Consideramos sin objeto hacer diferenciación alguna en lo referente a raz

Promedio de horas de trabajo	14h.	46'
Promedio de hospitalizaciones	11 días	8 ho

EDAD DEL EMBARAZO:

Cesáreas con feto a término	151	88.3%
" " " prematuro	20	11.7%

Las cesáreas con feto prematuro se dividen de la siguiente manera:

Múltiparas: 13.

Primíparas: 7.

El peso promedio de los niños nacidos por cesárea es de 2.985 gmos.

La talla promedio es de 48.5 cmts.

MORTALIDAD MATERNA:

Citamos únicamente aquellas muertes debidas a la intervención, pues au que se han visto con escasa frecuencia en las operadas no siempre son ac cables a ésta.

Tres casos se tienen que anotar: uno debido a la hemorragia y dos en que se diagnosticó shock obstétrico; da un porcentaje igual al 1.7% en 1 intervenciones.

MORTALIDAD INFANTIL:

Mortalidad en los niños nacidos en cesárea:

En 171 casos, 10 muertes, lo cual da un porcentaje de 5.8% sensiblemente igual a los citados por el Dr. Capasso en su reciente trabajo y al encontrado p él de 5.72% (3+).

Tenemos que lamentar el no poder presentar ningún dato sobre los teresantes aspectos que representan las complicaciones post-operatorias y imposibilidad absoluta de estudiar los índices de morbilidad en las ope das; tal vez con otro tipo de historia más completo se pueda adelantar u investigación más rigurosa y no desperdiciar esa fuente que es el servi médico del ICSS.

COMENTARIO

Resulta interesante observar las incidencias de Cesáreas anotadas y comparadas con las publicadas en otros países. Nuestros resultados son aceptables colocándonos en un término medio en lo general.

También resultan aceptables los resultados comparativos de la Clínica Primero de Mayo con las otras instituciones de la Ciudad y en este caso, se deben tener en cuenta el tipo de pacientes que a ella concurren; no se les puede considerar como absoluta clientela hospitalaria, pero tampoco particular, lo cual justifica su colocación en un punto intermedio. En esa forma no se puede anotar que la incidencia de la cesárea en la Clínica Primero de Mayo se encuentra dentro de cifras, que en ningún caso se pueden considerar como exageradas y que sin pretender abolir o desechar la intervención si se nota una marcada tendencia a limitarla a aquellos casos de indicación muy precisa.

Es muy de lamentar la falta de las historias que no nos fue posible tomar en cuenta en este estudio; de estas la mayoría no se encontró en el archivo y una poca cantidad tuvo que ser desechada por carecer de valor científico. Lo mismo hay que decir de los cuadros de temperatura y hojas de donde quedan consignadas las indicaciones médicas y evoluciones del post-operatorio, pues la ausencia total de éstas impide analizar la morbilidad y las diferentes complicaciones acaecidas después de la intervención.

Los porcentajes que indican la incidencia según la paridad, son sensiblemente iguales a los publicados por los Hospitales Americanos, coincidiendo en un mayor número en las múltiparas.

DESPROPORCIÓN CÉFALO-PÉLVICA

Al observar el resumen de indicaciones por las cuales se llevaron a cabo las intervenciones, aparecen en primer término 78 bajo el diagnóstico de Desproporción Céfalo-Pélvica.

Este tema de por sí sería suficiente para adelantar un trabajo de gran interés, pues bien sabidas son las variadas circunstancias y condiciones bajo las cuales se plantea este diagnóstico. Sin embargo cabe anotar que nuestras estadísticas se dividen de la siguiente manera:

Primíparas	44	56.4%
Múltiparas	10	12.8%
Iterativa	24	30.8%
	<hr/>	<hr/>
	78	100.0%

Todos los autores están de acuerdo en aceptar la mayor incidencia en las primíparas; pero en el caso de múltiparas es en donde el factor Feto desempeña un papel más importante, siendo innegable el mayor desarrollo de éste con relación a la paridad en casos absolutamente normales.

Pero antes de seguir adelante séanos permitido hacer un comentario muy personal sobre las historias y el diagnóstico de "DESPROPORCION CEFALOPELVICA. En la iniciación de este trabajo anotamos la imposibilidad de comentar el 31.8% del total de las historias, e indicamos las razones para ello.

Para los que conocemos las capacidades y preparación de quienes han trabajado con nosotros en la Clínica, no habría motivo alguno para dudar de las razones bajo las cuales se sustentaron estos diagnósticos; pero siendo los archivos del ICSS fácilmente consultables por quienes estén interesados en la obtención de datos estadísticos y de valor médico, lógicamente discutirían este diagnóstico, su incidencia y porcentaje; porque en 78 casos, 14 de ellos o sea el 19.2% carecen del indispensable dato de pelvimetría externa.

En todos los casos se empleó en forma sistemática la prueba de trabajo y ésta fue adelantada con un criterio distinto según se tratara de primíparas, multiparas o iterativa.

El promedio global fue de 18 horas.

En las primíparas el promedio de la prueba de trabajo fue de 16 horas; en las multiparas la gran mayoría se aguardó a que la dilatación cervical fuera completa y previa ruptura artificial de membranas se intentó la aplicación de fórceps, la que generalmente falló, obligando a intervenir por vía alta.

Los casos de cesárea iterativa fueron sometidos también a la prueba, pero en estos casos no se desechó el peligro de la ruptura uterina y siendo en todos comprobada la desproporción, únicamente se permitió una duración de trabajo suficiente para lograr buena formación del segmento y una dilatación cervical que permitiera la fácil expulsión posterior de loquios.

PLACENTA PREVIA

Continúa en orden de frecuencia la placenta previa con 22 casos; consideramos sin objeto insistir una vez más sobre la gravedad que encierra esta entidad tanto para la madre como para el feto. Las presentadas en este estudio se dividieron de la siguiente manera:

Placenta previa central total	5	22.8%
Placenta previa central parcial	6	27.2%
Placenta previa sin diagnóstico de variedad	11	50.0%
	-----	-----
	22	100.0%
Las condiciones fetales fueron:		
Fetos normales	13	59.1%
" prematuros	5	22.8%
" mortinatos	3	13.6%
" Sin dato	1	4.5%
	-----	-----
	22	100.0%
La mortinatalidad fue del 13.6%. La materna.....	0	00.0%

TOXICOSIS GRAVÍDICA

La incidencia de *Toxicosis gravídica*, es de 21 casos.

Se dividen en la siguiente forma:

Múltiparas	6	28.6%
Primíparas	15	71.4%
	<hr/>	<hr/>
	21	100.0%
Preeclampsia	9	42.9%
Eclampsia convulsiva	9	42.9%
Hipertensión con hemorragia	1	4.7%
Sin diferenciación	2	9.5%
	<hr/>	<hr/>
	21	100.0%

La acción sobre el feto se manifestó así:

Fetos a término	13	62.0%
" Prematuros	8	38.0%
	<hr/>	<hr/>
	21	100.0%
Mortalidad materna	1	4.7%
Mortalidad infantil	0	0.0%

El promedio de tensión arterial para estos casos fue: Mx. 150, Mn.96. Debe anotarse el hecho bien sabido de las condiciones de inferioridad en que nace el hijo de madre ecláptica y más si ésta tiene que ser intervenida, cuando el feto apenas alcanza los límites de la viabilidad. El hecho establecido en la Clínica de que todo niño prematuro o a término nacido en condiciones pobres de salud, fue trasladado a una clínica distinta y especializada, impidió a los obstetras el seguir de cerca la evolución de esos niños; posiblemente al confrontar las estadísticas de mortalidad infantil en la Clínica de Nutrición, se pueda encontrar cifras que no corresponden a las presentadas en este trabajo.

SITUACIÓN TRANSVERSA

La situación transversa se presentó en 10 casos.

En 8 de éstos se encontró en el momento de ingreso a la Clínica, feto vivo y membranas rotas, lo cual justificó ampliamente la intervención. De los 2 restantes en uno no figura ningún dato que explique la conducta; el otro que nos tocó seguir de cerca, fue el de una múltipara que ingresó a la Clínica con 15 horas de trabajo, dilatación de 5 ctms. y bolsa íntegra.

Al examen se encontró: Embarazo a término con feto vivo en situación transversa A.I.D.P. Se intentó en dos ocasiones variar la situación fetal por medio de versión externa, pero en ambas ocasiones se notó la desaparición de ruidos feta-

les y el inmediato retorno a la situación primitiva; en vista de lo cual, discutido el caso en junta médica se resolvió intervenirlo por vía alta. Llevada a efecto ésta, se comprobó la presencia de cuatro circulares del cordón alrededor del cuello fetal. Como nos pareciera de interés el caso hicimos la medición de los cabos encontrando una longitud de 23 cms., para el cabo proximal y 36 para el distal.

DISTOCIA CERVICAL

11 intervenciones fueron practicadas bajo este diagnóstico.

2 por aglutinación del cuello.

1 por rigidez cicatricial.

En las 8 restantes no se encuentran datos que permitan clasificarlas.

PRIMIGESTANTES DE EDAD AVANZADA

Cuatro primigestantes, cuya edad promedio fue 35 años, fueron intervenidas por esta causa y después de haber sido todas sometidas a prueba de trabajo, que en promedio duró 30 horas, no se logró el encajamiento, ni la dilatación del cuello.

PRESENTACIONES DISTÓCICAS

Incluimos en este punto dos presentaciones de frente en multipáras, que cesaron con bolsa rota, trabajo prolongado y en las que la mutación falló.

Una presentación de cara en variedad posterior en primigestante, con bolsa rota y diámetros pélvicos pequeños.

CAUSAS VARIAS

Embarazo gemelar en primípara	1 caso.
Esterilidad conyugal de más de 8 años	1 caso.
Endocarditis reumatoide	1 caso.
Fístula rectovaginal operada	1 caso.

MORTALIDAD MATERNA

Las defunciones ocurridas fueron comentadas anteriormente.

MORTALIDAD INFANTIL

Los porcentajes anotados corresponden únicamente a aquellas defunciones infantiles que se sucedieron en la Clínica, antes de que los niños fueran trasladados a la Clínica de Nutrición.

CONCLUSIONES

- 1.—Hasta el 31 de diciembre de 1951 fueron atendidos en la Clínica Primero de Mayo 7.909 nacimientos que dieron lugar a 251 intervenciones cesáreas, con un porcentaje del 3.17%.
- 2.—El porcentaje de cesáreas en la Clínica Primero de Mayo es el más bajo entre las Instituciones locales comparadas.
- 3.—Se registra una disminución del 1% en la incidencia de cesáreas, que coincide con el establecimiento de juntas médicas reglamentarias.
- 4.—De las historias consultadas 31.8% no se puede utilizar.
- 5.—La mayor incidencia de cesáreas se registra en las múltiples.
- 6.—Las indicaciones que dieron lugar a un mayor número de intervenciones fueron: Desproporción Céfalo-Pélvica, Placenta previa, Eclampsia y Distocia cervical respectivamente.
- 7.—La edad comprendida dentro de los 20 y los 30 años es la más afectada por la cesárea.
- 8.—El peso promedio de niños nacidos por cesárea es de 2.985 gms., la talla promedio es de 48.5 ctms.
- 9.—La mortalidad materna corresponde al 1.7%.
- 10.—La mortalidad infantil corresponde al 5.8%.
- 11.—Las causas que motivaron las intervenciones se encuentran comprendidas dentro de las indicaciones de ésta.
- 12.—El tipo de historia que se emplea es poco útil para adelantar estudios médico-estadísticos.
- 13.—No existe intervencionismo quirúrgico en la Clínica Primero de Mayo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—An Analysis of Ten Years of Cesarean Section at the Cincinnati General Hospital. Robert W. Kistner M. D. Cincinnati, Ohio. A. J. of Obs. & Gin. Enero 1951, N° 1, Vol. 61, pág. 111.
- 2.—A Study of Cesarean Sections at Jefferson Davis Hospital. Melville L. Cody M. D. Houston. Texas, A. J. of Obs. & Gin. Agosto 1951. N° 2, Vol. 62, pág. 415.
- 3.—"Consideraciones sobre 3.000 partos". Dr. Camilo Capasso. Rev. Col. de Obs. y Gin. Vol. N° 3, 1952. pág. 113.
- 4.—An evaluation of Cesarean Section in Infant mortality. Carl P. Huber M. D. Indianapolis. Ind. A. J. of Obs & Gin. Abril de 1951. Vol 61, N° 4, pág. 897.
- 5.—Principles and Practice of Obstetrics. De Lee-Greenhill, 9th. Edition Saunders 1947. pág. 915.
- 6.—"Tratado de Obstetricia". S. Dexeus Font Salvat. Barcelona 1949.