

# OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL IHSS. 1975-1979

*Dr. Domingo David Salomón A.*

## INTRODUCCIÓN

Con el presente estudio se propone hacer un aporte estadístico sobre la incidencia de la operación Cesárea de los años de 1975-1979 en el Hospital Central del I.H.S.S. Creo necesario dar a conocer los resultados del estudio para que constituyan un aporte científico y sirvan también para orientación práctica.

## OBJETIVOS

1. Determinar la incidencia de la operación cesárea en las pacientes atendidas en la sala de labor y partos durante los años 1975 a 1979; en el Hospital Central del **I.H.S.S.**
2. Identificar las causas que sirvieron de indicación para la operación en las pacientes atendidas.
3. Identificar las complicaciones más frecuentes y el por-

\* Jefe de la Sala de Labor y Partos Hospital Central del I.H.S.S.

\*\* Trabajo presentado ante el XXIII Congreso Médico Nacional, Choluteca, 1980.

centaje de cesáreas en relación a los partos.

## METODOLOGÍA

El presente estudio es de tipo descriptivo y fue elaborado en forma retrospectiva.- La recolección de los datos se hizo en forma estructurada y de acuerdo a la información que se encontró en los expedientes clínicos de 469 pacientes operadas de cesárea.

## DISCUSIÓN

La operación cesárea se practicó desde la antigüedad después de muerta la madre; se le dio este nombre de la palabra latina "Coesar" que significa incidir, su uso médico comienza con Trautmann en 1860.

Con el advenimiento de la asepsia y de la antisepsia se realizaron mejores conquistas, Sauger aumentó la Seguridad aconsejando la sutura del útero.

FRECUENCIA: En su elección preferente intervienen varios factores:

- Disminución de sus riesgos
- Asegura más de la vida fetal
- Circunstancias clínicas que puedan resolverse por ella.

INDICACIONES: La cesárea ha eliminado muchas situaciones difíciles en Obstetricia; especialmente cuando la prosecución de la preñez o del parto significan una amenaza de muerte para el feto o la madre, ej.:

- Estrechez pélvica
- Placenta previa
- Cesárea anterior
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Toxemia gravídica
- Distocias dinámicas
- Patología materna intercurrente: hipertensión agravada, diabetes y nefropatías
- Distocia de partes blandas
- Sufrimiento fetal
- Procidencia de cordón
- Presentación es anómalas

La operación Cesárea es una intervención quirúrgica, por la cual se extrae el producto de la concepción del interior del útero mediante una histerotomía supracervical.- Puede tener dos vías:

La abdominal o la vaginal; esta última ha perdido casi completamente sus indicaciones, por lo que se describirán solamente las indicaciones de cesárea abdominal:

- Toxemiagravídica
- Cardiopatías y tuberculosis pulmonar
- Diabetes
- Distocias de contracción y partes blandas
- Hipertemia severa
- Estenosis severa de vagina
- Desproporción cefalopélvica
- Presentación: Cara transversa, frente pélvica
- Sufrimiento fetal
- Is o-inmunización materno-fetal a factores sanguíneos

En forma general se puede decir que siempre que haya que terminar el embarazo o el trabajo de parto y el producto no pueda ser extraído por las vías naturales se debe practicar operación cesárea

#### CONTRAINDICACIONES:

Feto muerto; Salvo en casos de desprendimiento normoplacentario y placenta previa oclusiva, en beneficio de la vida de la madre.

Mostruosidades fetales.

Eclampsia y hemorragias graves, mientras no mejore el estado general.

Existen dos técnicas paracesárea:

- *Pfnnestiel*
- *Mediana infraumbilical*

También existe la cesárea corporal; prácticamente abandonada, se hace teniendo indicaciones exclusivamente en distocias de Bandl y cáncer cervical.

La microcesárea: Está indicada en la mitad de la gestación.

Accidentes y complicaciones inmediatas:

- Herida de vejiga
- Hemorragia de la histerotomía o en el sitio de la inserción placentaria.

Complicaciones mediatas; —

Peritonitis

Complicaciones tardías:

- Adherencias útero-parietales del intestino o epiplón; fisulas útero-parietales que pueden ocasionar una oclusión intestinal mecánica tardía.

Son frecuentes la diastasis de los rectos y las eventraciones consecutivas a la mala cicatrización de la pared a causa de abscesos o hematomas.

Porvenir Obstétrico: Siendo un procedimiento contranatural inferioriza a la mujer tanto desde el punto de vista psíquico como anatómico.- Deja en el útero una cicatriz que no siempre es de buena calidad, susceptible de romperse en una gestación posterior y conduce en muchos casos a la esterilidad secundaria voluntaria.

Después de una cesárea hay duda sobre el margen de seguridad de la cicatriz tanto en el embarazo como en el parto futuro, por eso, frente a una gestante ya operada de cesárea, es necesaria su vigilancia y analizar las causas y las circunstancias que rodearon

a la operación anterior; si la indicación fue absoluta o si la operación fue hecha por personal no calificado, si el postoperatorio fue accidentado y febril deberá hacerse una cesárea imperativa. En caso de no ser así se puede dejar evolucionar el parto por vías naturales lo cual devuelve a la mujer la confianza en sí misma y elimina su decisión de hacerse practicar abortos o adoptar procedimientos anticoncepcionales, medidas que limitan los hijos y que lejos de unir a la familia contribuyen a su disolución.- En suma el criterio de que una cesárea impone otra, no es un axioma.

Antes de 1939 la mortalidad materna era muy grande ya que alcanzaba hasta el 50/o, actualmente es del 0.40/o aproximadamente, este último se ha logrado por el perfeccionamiento de las técnicas operatorias, por el uso de los antibióticos, por las mejoras en el campo de la anestesiología, por el uso corriente de plasma y sangre, por los cuidados del post-operatorio y por la mejor conducción del parto.

Entre las causas de muerte materna la más frecuente es la toxemia, la anestesia, la peritonitis, el shock y la anemia aguda post-hemorrágica.

La morbilidad materna para la cesárea clásica tiene un porcentaje de 70/o si se operó con membranas rotas del 140/o y si hubo ensayos previos de extracción fetal vaginal 400/o. Parala cesárea segmentaria la morbilidad depende del acto operatorio (errores de técnica, shock, hemorragias, desunión de la cicatriz).

De la infección en las primeras 48 horas puede existir temperatura debido a la reabsorción de sangre o de líquido amniótico, pero toda elevación que sobrepasa ese término debe considerarse como patológico.

La infección se traduce por endometritis, flegmasías uteropelvianas, embolías, peritonitis (primarias o secundarias), fistulas útero-parietales, celulitis del tejido celular su bl entonces al, y sobre todo muy frecuentemente, hematomas y abscesos de la pared abdominal.

La acentuada morbilidad de la cesárea se explica porque esta operación se realiza en el 80o/o de los casos como emergencia, sin una adecuada investigación y preparación preoperatoria y muchas veces en pobres condiciones, por hemorragias, trabajo prolongado, infección amniótica, etc.

Es frecuente encontrar en las pacientes anemia e hipoproteinemia.

Durante la operación los tejidos secontaminan con líquido amniótico muchas veces infectado con el meconio y la sangre.

Además la cesárea es una operación anemiante.

Si bien las sulfas y los antibióticos han mostrado sus virtudes en la lucha contra la mortalidad materna por sepsis, no parecen, en cambio, tener eficacia contra la incidencia de la morbilidad, que es cinco veces superior a la del parto vaginal.

La mortalidad fetal oscila entre 8 y 20o/o por motivo de la prema-

urez, la hemorragia meníngea y la anoxia, a causa de circunstancias que preceden a la operación (hipertensión, placenta previa, cardiopatías, largo trabajo, empleo de analgésicos y oxitócicos), por la operación misma (anestesia), o por anemia (enfermedad hemolítica, o placenta previa).

La esterilización quirúrgica se practica con motivo de cesárea anteriores, cardiopatías, hipertensión maligna, tuberculosis evolutiva, nefritis crónica, histeropexias o fistulas genitales, con relación a la histerectomía puede estar indicada en el embarazo (mola, fibromas complicados, cáncer del cuello) durante el parto (apoplejía de Cruveilhier, fibromas múltiples, rotura uterina, hemorragias de alumbramiento), durante el post-parto (rotura uterina, placenta acreta, atonía incoherente) y rara vez en el puerperio.

El útero, con excepción del cáncer se extirpa en general por la técnica de la histerectomía subtotal.- La operación mutiladora por las circunstancias que suelen indicarla, es de pronóstico grave a causa de la hemorragia y el shock.

#### DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se observa en el estudio que las indicaciones que se encontraron para hacer operación cesárea, coinciden con la literatura mencionada. Lo que definitivamente está en desacuerdo es la edad promedio en que se realizó dicha operación, ya que se supone que esta operación tiene su indicación más frecuente en pacientes menores de 15 años y mayores de 35 años.

La explicación es que la población asegurada es "cerrada", es decir la clase trabajadora asegurada y beneficiaria, que son las pacientes atendidas en el servicio de maternidad por derecho adquirido del cónyuge.- El porcentaje de cesáreas fue 4o/o, lo que tampoco está de acuerdo con la literatura revisada, ya que debería de estar entre el 10o/o y 15o/o. Esto se explica por la falta de vigilancia y criterio para decidir dicha operación por la falta de médicos especialistas las 24 horas del día, lo que en la actualidad no sucede, por lo que se verá que en años posteriores a esta revisión los datos obtenidos serán diferentes.

#### CONCLUSIONES

Hasta 1977 se notó un porcentaje bastante bajo de operación, que se incrementa a partir de 1978 con la reorganización del servicio y nombramiento de especialistas para cubrir las 24 horas en el área de Labor y Partos, se observa también mejoría en la atención obstétrica con el establecimiento del Programa de Residencia de la Especialidad a partir de 1979.

Consideramos que el porcentaje de Cesáreas en relación con otras instituciones, aún es bajo pero actualmente se está practicando operación cesárea por indicaciones especiales detectadas a través de la Clínica de Alto Riesgo y Monitoreo Fetal, creemos que en un futuro, nuestras estadísticas serán más completas, pero con lo logrado hasta ahora, la morbimortalidad fetal se ha reducido prácticamente a cero.

CUADRO No. 1  
OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL I.H.S.S. 1975 - 1979  
CAUSAS DE INDICACION DE CESAREAS POR AÑOS.

CAUSAS INDICACION CESAREAS	TOTAL	A Ñ O S				
		1975	1976	1977	1978	1979
TOTAL	469	90	77	102	133	67
TOXEMIA	22	1	2	9	6	4
GEMELAR D.C.P. *	6	1	2	3	—	—
PRESENTACION DE CARA	6	3	3	—	—	—
CESAREA ANT. D.C.P.	58	19	10	8	12	9
CESAREA ANT. R.P.M. **	8	2	—	2	3	1
PELVICO CESAREA ANT.	4	2	2	—	—	—
PLACENTA PREVIA	22	6	2	9	5	—
D.C.P.	66	12	14	13	16	11
PELVICO D.C.P.	28	6	2	2	14	4
GEMELAR PELVICO	4	1	3	—	—	—
CESAREA ANTERIOR	54	11	8	15	14	6
PRESENT. TRANSV. PROLAP. CORDON	11	2	—	9	—	—
DISTOCIA PARTES BLANDAS	10	2	4	1	3	—
PELVICO PRIMIGESTA	41	10	4	9	12	6
SUFRIMIENTO FETAL	25	2	3	5	9	6
DESPREND. PREMATURO DE PLACENTA	18	3	3	2	4	6
R. P. M.	20	2	4	5	6	3
CESAREA ANT. TOXEMIA	8	2	2	—	3	1
SUFRIMIENTO FETAL D.C.P.	22	2	2	4	9	5
D.C.P. PRIMIG. AÑOSA	3	1	1	—	1	—
HIPERMADUREZ	11	—	1	4	4	2
HIPERTENSION D.C.P.	1	—	—	1	—	—
DIABETES TOXEMIA	1	—	—	1	—	—
PLAC. PREVIA ACRETISMO	1	—	—	—	1	—
SITUACION TRANSVERSA	11	—	3	—	7	1
PROLAPSO CORDON	4	—	2	1	1	—
CEFALICA DESFLEXIONADA	2	—	—	—	1	1
CESAREA ESTERILIZACION	93	19	5	21	28	20
DIABETES SUFRIMIENTO FETAL	2	—	—	—	2	—

\* desproporción cefalopélvica

\*\* ruptura prematura de membranas

CUADRO No. 2  
 OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL I.H.S.S. 1975 - 1979  
 PRIMERAS TRES CAUSAS DE CESAREA POR AÑO

TRES PRIMERAS CAUSAS DE CESAREA.	TOTAL	AÑOS				
		1975	1976	1977	1978	1979
	469	90	77	102	133	67
CESAREA ANTERIOR	152	42	32	28	30	20
PÉLVICO EN PRIMIGESTA Y SUFRIMIENTO FETAL	18	—	—	—	12	6
TOXEMIA Y PLACENTA PREVIA.	9	—	—	9	—	—

\* ENERO — JUNIO

CUADRO No. 3  
OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL I.H.S.S. 1975 - 1979  
NUMERO DE CESAREAS POR AÑO Y GRUPO DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	AÑOS				
		1975	1976	1977	1978	1979
	469	90	77	102	133	67
15 - 19	40	11	11	8	7	3
20 - 24	136	24	19	33	42	18
25 - 29	147	26	24	32	41	24
30 - 34	75	18	8	12	26	11
35 - 39	54	10	9	13	13	9
40 - 44	17	1	6	4	4	2

ENERO - JUNIO

CUADRO No. 4  
 OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL DEL I.H.S.S. 1975 - 1979  
 COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS POR AÑO

CAUSAS	TOTAL	AÑOS				
		1975	1976	1977	1978	1979
TOTAL	44	5	5	6	22	6
ABSCESO PARED	19	2	3	2	8	4
HEPATITIS	1	—	1	—	—	—
ENDOMETRITIS	9	2	1	2	3	1
CISTITIS	1	1	—	—	—	—
FARINGOAMIGDALITIS	1	—	—	1	—	—
SEPSIS URINARIA	5	—	—	—	4	1
PERITONITIS	1	—	—	—	1	—
MASTITIS	2	—	—	—	2	—
ABSCESO DE MAMA	1	—	—	—	1	—
NECROSIS HEMORRAGICA DE HIGADO	1	—	—	—	1	—
FURUNCULOSIS, TORAX Y ABDOMEN	1	—	—	—	1	—
MUERTE MATERNA	2	—	—	1	1	—

CUADRO No. 5  
 OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL DEL I.H.S.S. 1975 – 1979  
 COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

Complicaciones transoperatorias de Cesáreas	A N O S				
	1975	1976	1977	1978	1979
Desgarro Histerotomía	1	1	1	1	
Hemorragia		1			
Paro Cardíaco Irreversible				1	
Ruptura Uterina				1	



CUADRO No. 6  
OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL I.H.S.S. 1975 - 1979  
PROMEDIO DE ESTANCIA EN DIAS, POR AÑO

Promedio días Estancia	A Ñ O S				
	1975	1976	1977	1978	1979
	7	6	6	5	5

CUADRO No. 7  
OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL I.H.S.S. 1975 - 1979  
PORCENTAJE DE CESARARS EN RELACION AL NUMERO DE PARTOS POR AÑO

	Total Cesáreas	A Ñ O S									
		1975		1976		1977		1978		1979	
	469	90	77	102	133	67	Partos	%	Partos	%	Partos
		3,415	2	3,517	3	4,008	3	4,029	4	2,015	3