

## CESAREA

### ANALISIS DE 1084 CASOS

DR. ROMANO DELCORE\*  
DR. VINICIO PÉREZ\*

Nada nos ha parecido mejor, al iniciar este trabajo, que citar, textualmente, las palabras del gran maestro de la Obstetricia en los Estados Unidos, Dr. Nicholson J. Eastman; palabras que sirven de comentario a un artículo titulado: "To do or not to do a cesarean section". (9) Dice el Dr. Eastman: (7) "Mirando atrás sobre 35 años de práctica obstétrica, no recuerdo haberme arrepentido nunca de haber hecho una cesárea. Al contrario, recuerdo demasiado vivamente un grupo de casos en los cuales sí me arrepiento de no haberla hecho. También recuerdo, a mi pesar, muchos otros casos en los que la cesárea se hizo demasiado tarde".

Nos parece también acertado lo escrito por Harris y Nessim: (9) "Es esencial que el embarazo termine dando un niño vivo y sano y que el número de los mentalmente retrasados, espásticos, etc. sea reducido y de ser posible eliminado", y "la meta sería la eliminación eventual de todo parto traumático". Refiriéndose a esta última cita, señala Eastman: "Aun leemos artículos sobre métodos para convertir una presentación de cara en cefálica, (a esto agregamos nosotros, versiones, grandes extracciones, operaciones sobre el cuello, etc.) métodos recomendables en 1890-1900".

Leídos estos artículos y comentarios, despertóse en nosotros una duda: ¿qué suerte habrá corrido en nuestro medio esta operación cesárea y qué resultados habrá dado? Decidimos averiguarlo y es el presente estudio el resultado de esa laboriosa y a veces fatigante investigación.

#### MATERIAL DE ESTUDIO

De 1954 a 1959 inclusive, se efectuaron en el Servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios, 39787 partos. En ese mismo período de seis años se hicieron, en el mismo Servicio, 1084 cesáreas. El estudio y análisis exhaustivo de estos 1084 casos es el objeto del presente trabajo.

#### INCIDENCIA

Entre los años 1932 - 1951 y estudiando las estadísticas de 19 hospitales escuela, Posner y col. (15) encuentran un 4,23% de cesáreas. El Cuadro No. 1 nos muestra la incidencia encontrada por diferentes autores y la nuestra.

---

\* Servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios.

CUADRO No. 1

*Incidencia obtenida por otros comparada con la nuestra*

AUTOR	%
Cody (2)	1,03
Haskins et al (10)	2,3
Posner et al (15)	3,5
Schaefer y Carpenter (16)	3,8
Kistner (12)	4,9
Mintz (14)	5,88
Colvin (3)	6,2
Schneider (17)	0,9 a 10,8
Delcore y Pérez	2,73

La incidencia máxima en nuestro Hospital ha sido 4,26% y ha caído a 1,68%, en tanto que los partos han subido de 5138 en 1954 a 7318 en 1959, con una máxima de 7623 en 1958. (Cuadro No. 2).

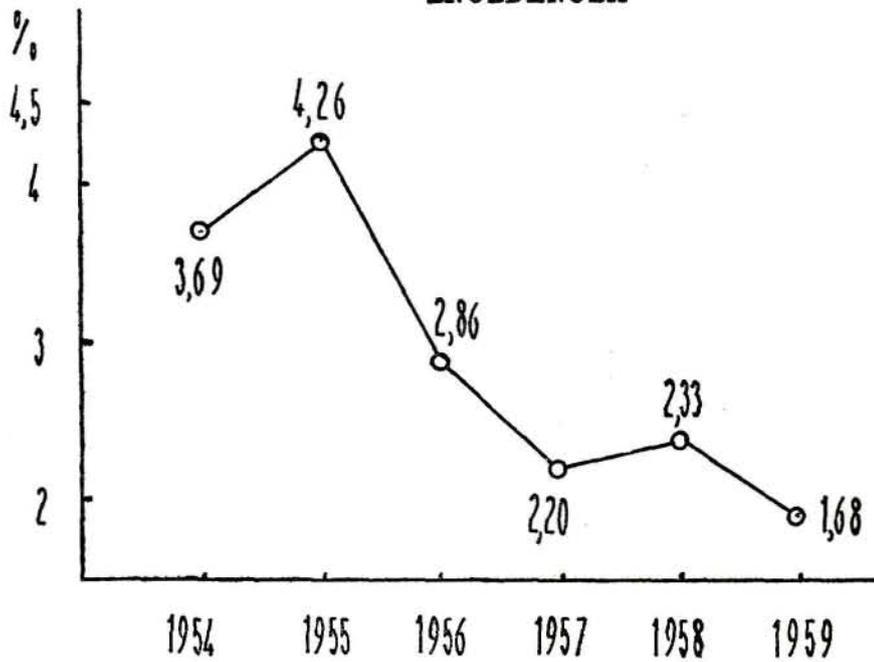
CUADRO No. 2

*Partos y Cesáreas*

AÑO	PARTOS	CESAREAS
1954	5138	190
1955	5505	235
1956	6810	195
1957	7393	163
1958	7623	178
1959	7318	123
TOTAL	39787	1084

Nuestra incidencia promedio es, pues, de 2,73%. (Cuadro No. 3).

**CUADRO N° 3**  
**INCIDENCIA**



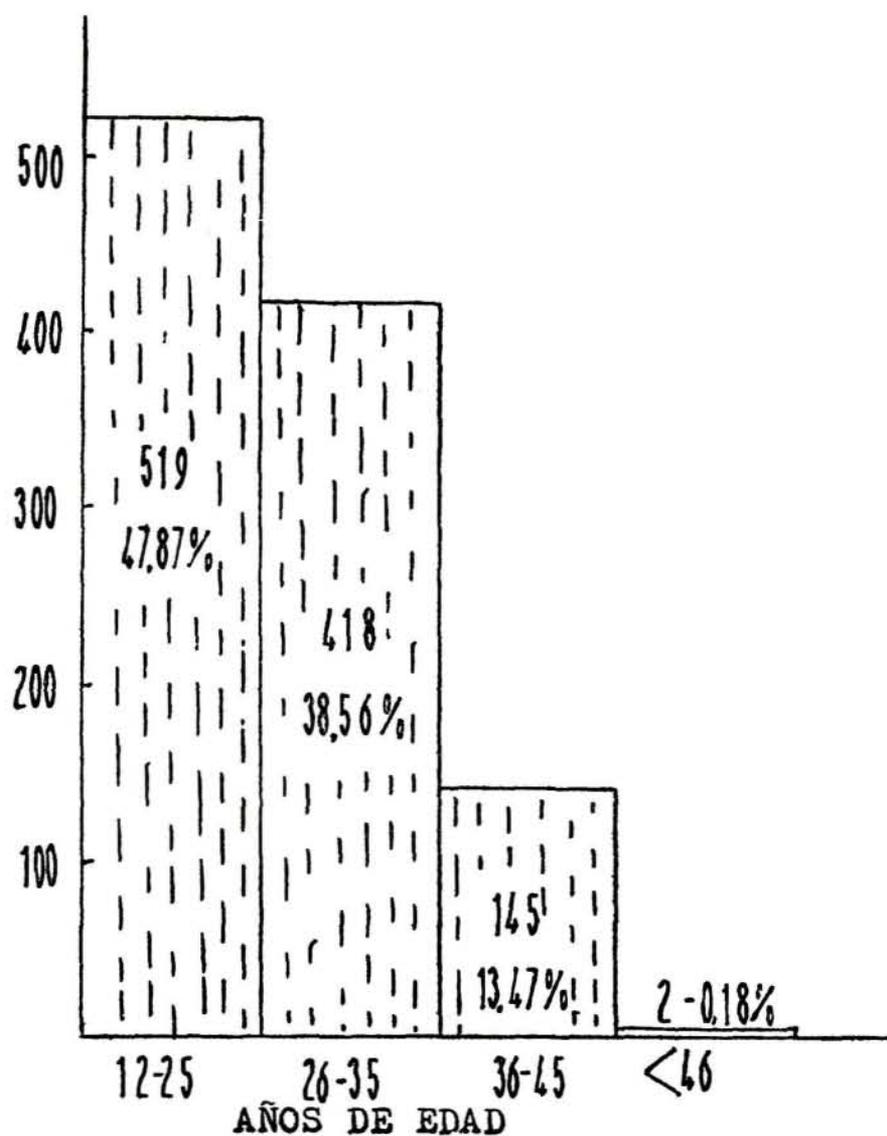
Ahora bien, Cron, citado por Posner y col. (15) considera que el porcentaje irreducible de cesáreas es del 5 al 5,5%; Haskins y col. (10) de una manera ecléctica, dicen: "La incidencia ideal de cesáreas debe ser aquella que permita regresar sanos y salvos a sus casas al mayor número posible de madres y niños". ¿Estamos logrando ésto? Consideraciones al respecto son hechas en el capítulo de Comentario..

## EDAD Y PARIDAD

Kistner (12) señala que la cesárea se hace en pacientes que promedian 24 años de edad. El Cuadro No. 4 da las edades encontradas en nuestro medio. Casi la mitad, el 47,87% son pacientes hasta 25 años; la menor tenía 12 años y la mayor 47 años.

## CUADRO N° 4

## EDAD

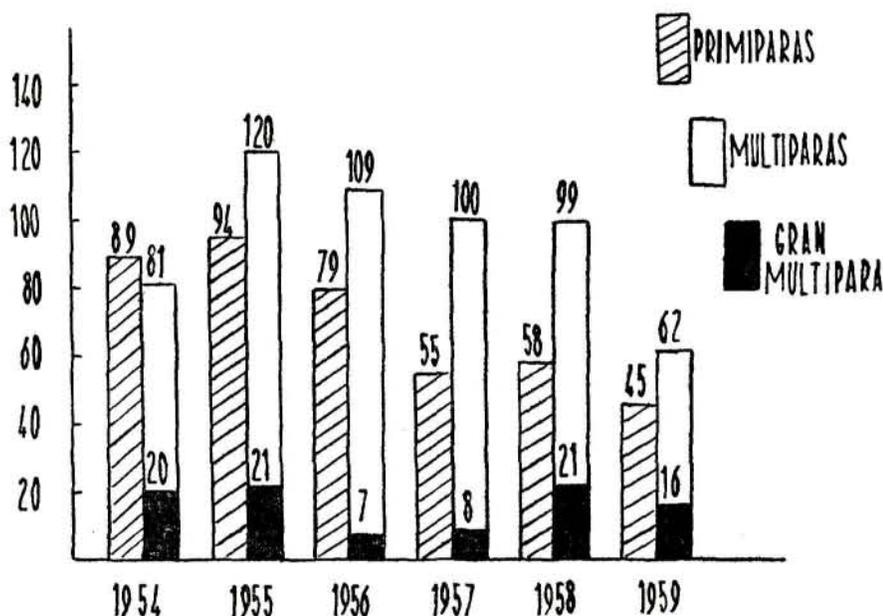


AÑOS DE EDAD

En el Cuadro No. 5 vemos la paridad de nuestras cesareadas. Observamos un 38,74% de primigestas; el 52,65% en multiparas y un 8,57% en grandes multiparas.

CUADRO N° 5

PARIDAD



INDICACIONES

Este es, sin duda alguna, el punto más discutido al hablar de cesáreas; probablemente no hay en cirugía una operación que se preste más a diferencias de opinión respecto a cuándo y en qué casos efectuarla. Es, tal vez, la única intervención no mutilante que necesita, en muchos centros hospitalarios, la consulta de dos o más especialistas antes de llevarse a cabo. Creemos, con otros autores, (4-16) que la interconsulta está bien, siempre y cuando no vaya a traducirse en perjuicio directo sobre los pacientes (madre y niño) al limitar más de lo prudente esta operación; además, tal vez sería bueno, pensamos, la interconsulta en otras intervenciones: ¿es que no se hacen más apendicectomías de las indicadas?; acaso, ¿no se sacrifican úteros innecesariamente casi a diario?; los quistes de ovario, ¿no son, en gran parte, fantasía del médico examinador?; por último, las ligamentopexias y suspensiones uterinas son casi siempre innecesarias y sin embargo las vemos todos los días en las listas de pacientes por operar.

Señala Colvin 3) que las causas que han hecho aumentar la incidencia de la cesárea son: aumento de hospitalizaciones, los antibióticos, bancos de sangre, mejor técnica operatoria, influencia de los centros de enseñanza, la pelvimetría, pronóstico fetal y la remuneración y la comodidad del médico. En nuestro medio, como ya vimos, la incidencia ha bajado; los puntos señalados por Colvin son bastante aceptables, si excluimos el último que, si bien puede tener cierto tinte de verdad, no creemos que influya al estudiar grandes números.

Según Cody, (2) las indicaciones más frecuentes son: distocia, cesárea anterior hemorragia y toxemia. Haskins y col. (10) dan: desproporción, cesárea anterior y placenta previa. Para Posner y col. (15) el orden es; cesárea anterior, desproporción, hemorragia y malas presentaciones.

Creemos, como lo hacen diferentes autores (14) que comparar datos estadísticos sobre la indicación de una cesárea no es de valor, ya que los criterios obstétricos varían de un centro hospitalario a otro. Sin embargo, lo hacemos así en el Cuadro No. 6 por ser este el primer trabajo sobre un gran número de cesáreas que se hace en nuestro país, y tal vez por esto sea interesante.

#### CUADRO No. 6

*Las tres principales indicaciones de cesárea; resultados de otros autores comparados con los nuestros*

Autor	Cesárea anterior	Desproporción céfalo-pélvica	Hemorragia
Rosensohn et al 1922-42 (15)	18,22%	51,82%	19,43%
Williams y Hellen 1946-49 (15)	30,01%	28,30%	17,40%
Kistner 1940-49 (12)	22,71%	51,00%	12,35%
Cody 1941-50 (2)	32,03%	32,03%	15,58%
Diddle et al (6)	28,0 %	17,6%	11,1 %
Posner et al 1943-51 (15)	27,30%	22,30%	14,91%
Delcore y Pérez 1954-59	34,68%	41,51%	13,46%

El Cuadro No. 7 nos da la totalidad de las indicaciones encontradas por nosotros; algunos casos tenían más de una indicación; se han tomado, para tabularlas, todas las indicaciones apuntadas en la hoja operatoria.

Como se puede observar, en tan gran número de cesáreas, no encontramos ninguna post-mortem. (1-11).

CUADRO No. 7

*Indicaciones*

INDICACION		NUMERO	%
Desproporción	Desproporción	161—14,85%	
	Estrechez	289—26,66%	450 41,51
	Cesárea anterior		376 34,68
Hemorragia	Placenta previa	130—11,99%	
	Desp. prematuro de placenta	16— 1,47%	146 13,46
Malas Presentaciones	Podálico	64— 5,9 %	
	Transverso	22— 2,0 %	
	Facial	21— 1,9 %	120 11,07
	Oxip. Post.	13— 1,2 %	
	Sufrimiento fetal	81	7,47
	Primigesta añosa	28	2,58
	Distocia de cervix	25	2,30
	Rh negativo	23	2,12
	Parto abandonado	18	1,66
	Tumores	14	1,28
	Cirugía vaginal previa	13	1,19
	Inercia uterina	12	1,10
	Gemelos	11	1,01
	Toxemias	10	0,92
	Prolapso de cordón	9	0,83
	Gran múltipara	7	0,64
	Mala historia obstétrica	5	0,46
	Hipertonía uterina	5	0,46
	Várices gigantes	5	0,46
	Cardíacas	5	0,46
	Feto preferencial	5	0,46
	Tuberculosis	4	0,36
	Hipermadurez	2	0,18
	Forceps fallido	2	0,18
	Hidrocefalia	1	0,09
	Polihidramnios	1	0,09

## RESULTADOS FETALES INMEDIATOS

De los niños, 101 fueron prematuros (9,31%) en tanto que 979 pesaron al nacer más de 2500 gramos (90,31); en un pequeño número de niños no fue imposible localizar, en la cartulina, el peso al nacer.

Nacieron muertos 40 niños, lo que representa una mortalidad fetal no corregida de 3,69%. (Cuadro No. 8).

## CUADRO No. 8

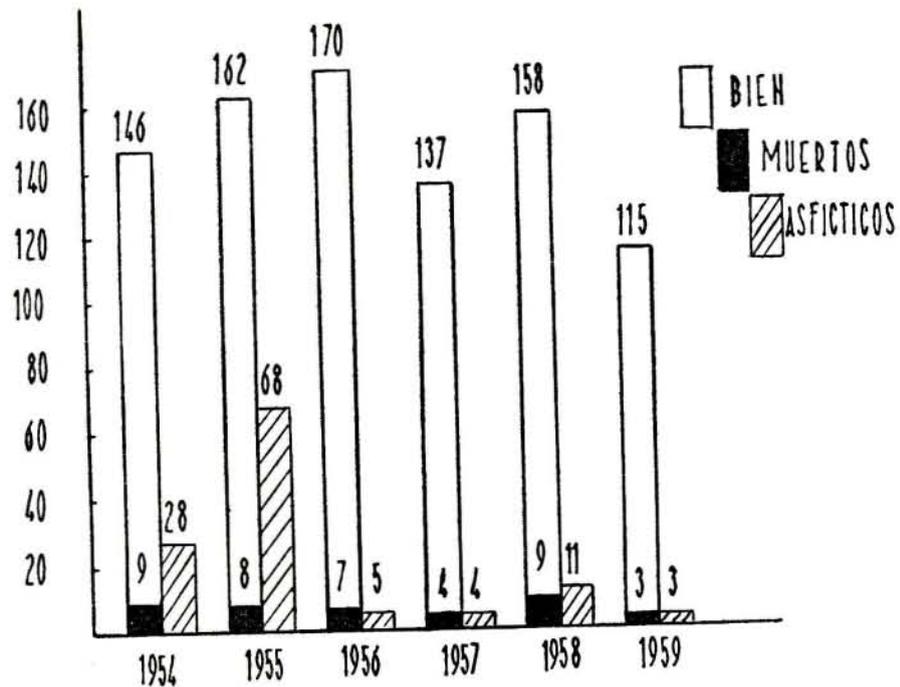
*Mortalidad fetal no corregida comparada*

AUTOR	%
Schneider (17)	3 a 15,6%
Posner et al (15)	6,92%
Colvin (3)	7 a 8%
Delcore y Pérez	3,69%

Reportados como en buenas condiciones al nacer y que respiraron espontáneamente encontramos 888 niños (81,91%); necesitaron maniobras de resucitación 119 (10,98%); en el resto, no se encontraron datos al respecto; Cuadro No. 9.

## CUADRO N° 9

## ESTADO DEL NIÑO AL NACER

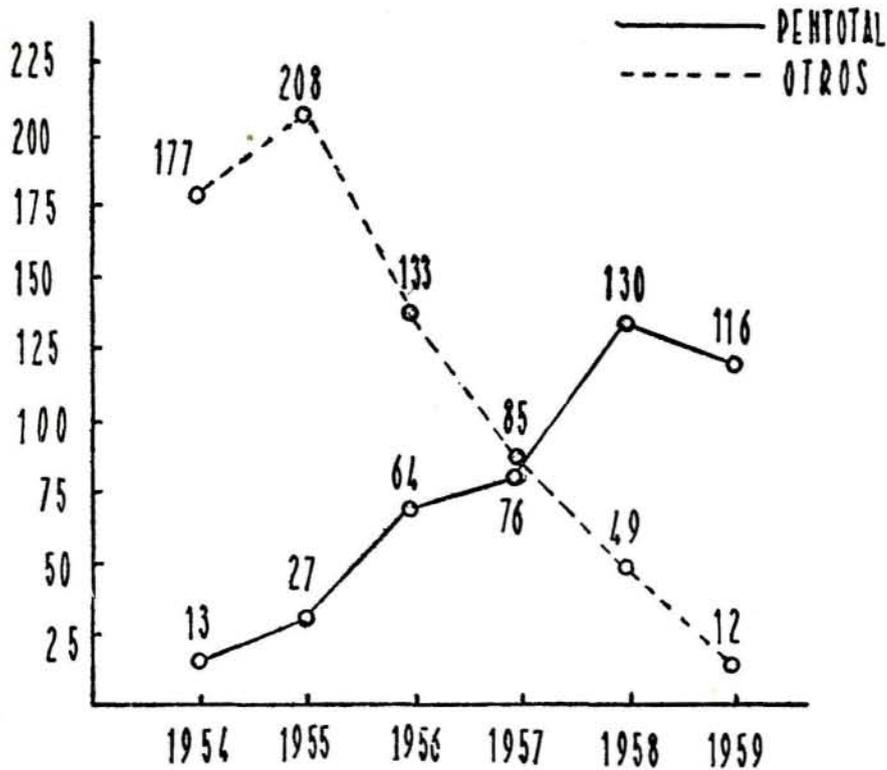


ANESTESIA

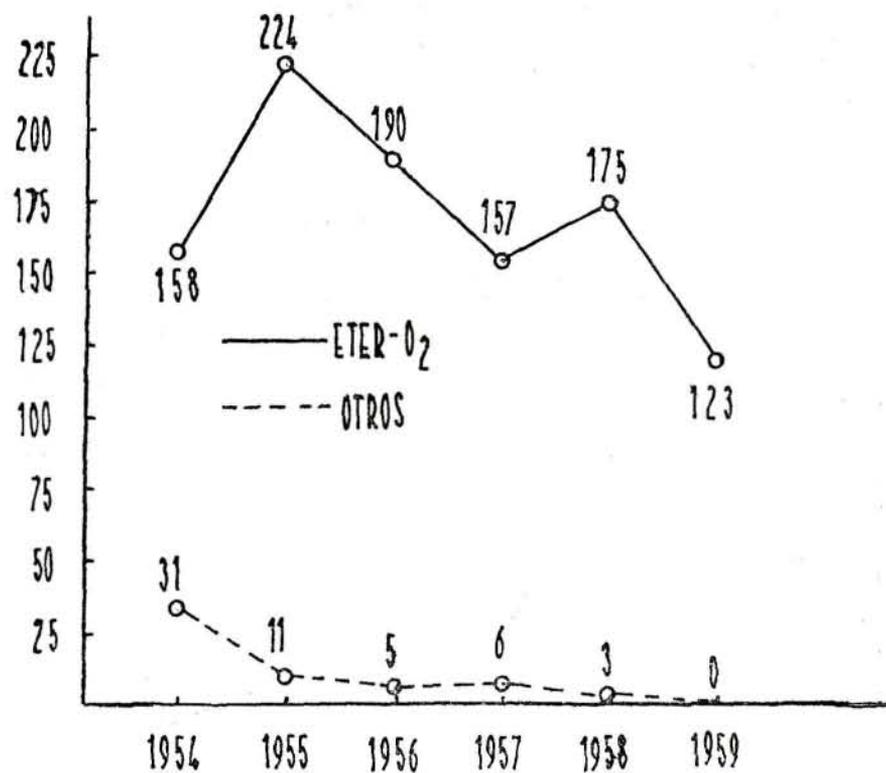
En opinión general, la anestesia ideal, para cesárea, hasta la fecha, sería la infiltración local, plano por plano, con un agente anestésico satisfactorio; luego y tal vez la más usada en los Estados Unidos, es la raquídea; hasta en un 76,2% de los casos. (15)

Ahora bien, y como claramente se observa en los cuadros Nos. 10 y 11, en nuestro Servicio se ha generalizado el uso del pentotal para la inducción anestésica y el éter-oxígeno para continuarla.

CUADRO N° 10  
ANESTESICO DE INDUCCION



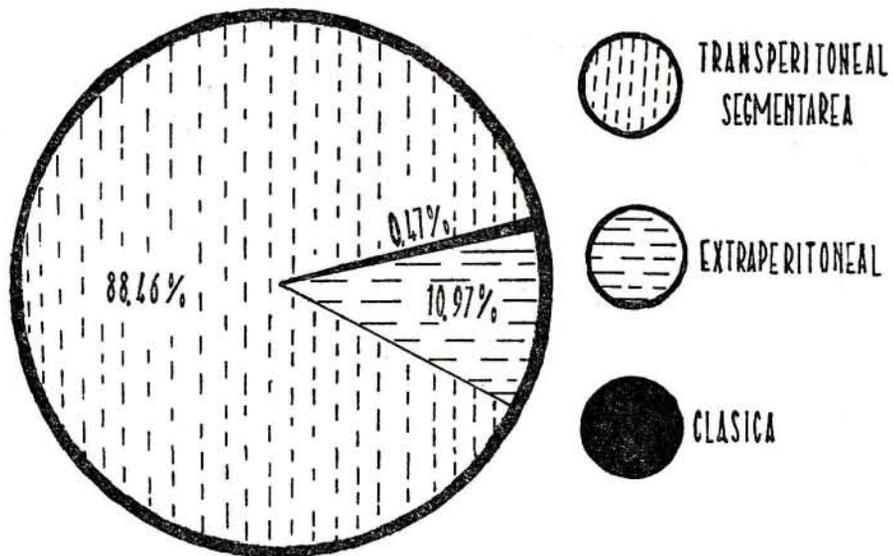
CUADRO N° 11  
ANESTESIA DE CONTINUACION



#### TECNICA OPERATORIA

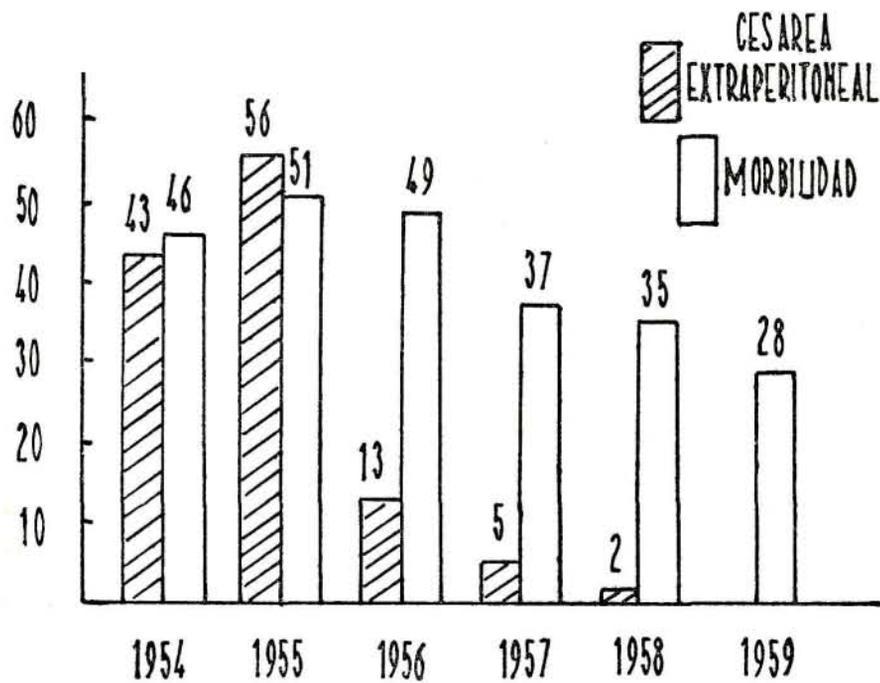
En general, se ha notado una generalización de la técnica transperitoneal segmentaria, desplazándose cada vez más las técnicas extraperitoneales y clásica. El uso de antibióticos y la mejor conducción de los partos han casi eliminado la necesidad de la cesárea extraperitoneal. Sin embargo, algunos autores (8) afirman que la cesárea por la vía extraperitoneal es la ideal después de las 30 horas de labor; hemos visto en nuestra revisión una notable baja en el número de las extraperitoneales (Cuadro No. 12) sin que por eso haya aumentado en manera alguna la morbilidad postoperatoria; por el contrario, ésta ha bajado. (Cuadro No. 13).

TECNICA OPERATORIA



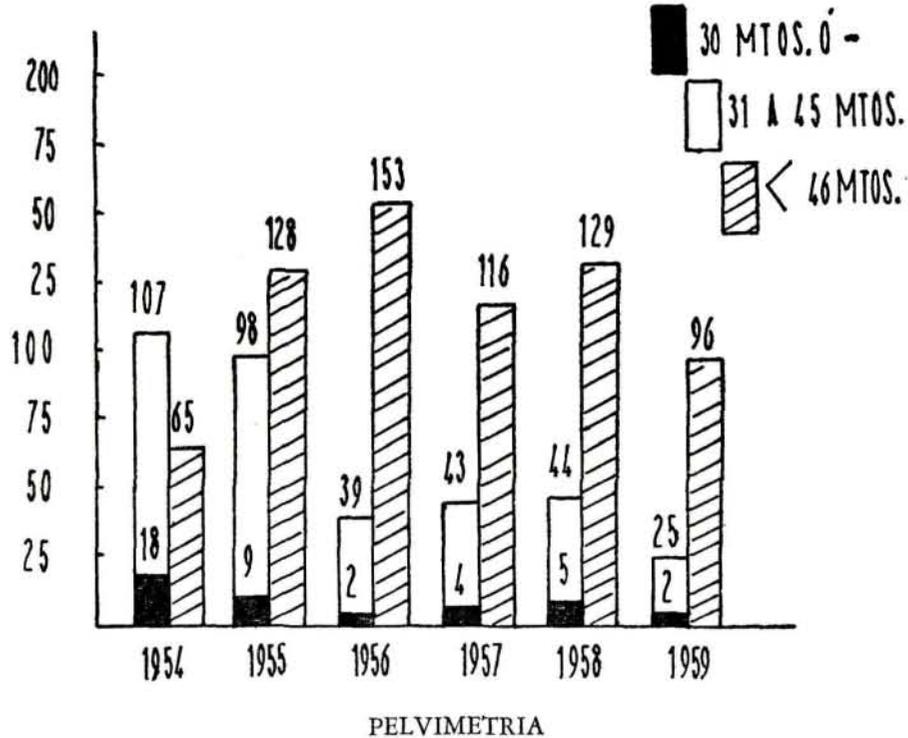
CUADRO N° 13

TECNICA OPERATORIA Y MORBILIDAD



## CUADRO N° 14

## TIEMPO OPERATORIO



## PELVIMETRÍA

Se hizo pelvimetría en 277 casos (25,55%); no se encontraron variaciones importantes en el curso de los 6 años comprendidos en este estudio al respecto.

## CIRUGIA CONCOMITANTE

Se practicó otra intervención quirúrgica, además de la cesárea, en 300 casos (27,67%).

Es lógico que en tan gran número de cesáreas encontremos una buena cantidad de esterilizaciones; muchas fueron cesáreas de repetición; otras, cesáreas en grandes multíparas, etc. Recordemos de nuevo a Eastman (6) cuando dice: "y debo decir que las quintas y sextas cesáreas que he hecho, así como una séptima, me han convencido de que cuatro cesáreas son suficientes". Todos sabemos que, en nuestro medio, la causa más frecuente de ruptura uterina es la cesárea anterior, como ya fue señalado por uno de nosotros (5); ésto, a nuestro juicio, justifica médicamente la esterilización después de una tercera cesárea o cuando más, una cuarta.

La cesárea-histerectomía como medio de esterilización, no ha ganado terreno entre nosotros. (13)

El Cuadro No. 15 da la cirugía concomitante.

CUADRO No. 15

*Cirugía concomitante*

PROCEDIMIENTO	No. DE CASOS	%
Esterilización	210	19,36
Apendicectomía	60	5,53
Histerectomía	13	1,19
Extirpación quiste ovárico	8	0,73
Hernioplastía	4	0,36
Miomectomía	4	0,36
Sutura de vejiga	1	0,09

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS  
Y MORTALIDAD MATERNA

En 820 casos, (75.73%) no hubo ninguna complicación. Encontramos morbilidad probablemente debida en gran número de estos casos, a la presencia de atelectacia pulmonar (2 grados centígrados de fiebre por 2 días consecutivos exceptuando el primer día post-operatorio) en 246 casos (22,50%), bastante más baja que el 49,2% reportado en 1954 por otro autor. (15).

Complicaciones post-operatorias encontradas: infección de la herida, 7 casos; psicosis post-operatoria en 1 caso; tromboflebitis en un caso e ictericia hemolítica en un caso.

En total, encontramos 7 muertes maternas, siendo las causas de muerte la siguiente: dos casos, placenta previa; dos casos, desprendimiento prematuro de placenta; dos casos, shock hemorrágico y en un caso, neumonía por aspiración. Está claro que en 6 de estos casos, la causa de muerte no fue la operación, sino la indicación precisa de la cesárea (placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta). Cuadro No. 16.

CUADRO No. 16

*Mortalidad materna comparada*

AUTOR	%
Schneider (17)	0 a 9,7
Posner et al (15)	0,59
Cody (2)	0,87
Colvin (3)	1,0
Delcore y Pérez	0,64

## ANTIBIOTICOS

En el 96,21% de los casos se usó penicilina y estreptomina profilácticamente. (Cuadro No. 17).

CUADRO No. 17

*Antibióticos empleados post-operatoriamente*

ANTIBIOTICO	No. DE CASOS	%
Penicilina y Estreptomina	1043	96,21
Terramicina	115	10,60
Aureomicina	11	1,01
Cloromicetina	9	0,83
Penicilina	9	0,83

## SANGRE

En el Cuadro No. 18 se ve el número total de casos en los que se empleó sangre trans o post-operatoriamente.

CUADRO No. 18

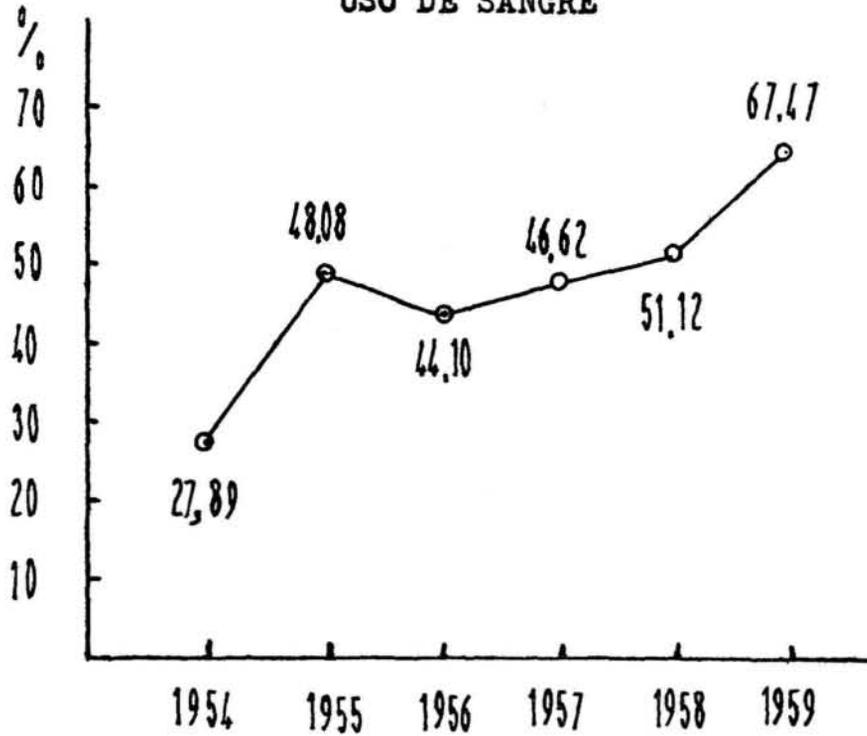
*Empleo de sangre*

Cantidad de sangre en c.c.	No. de casos	%
300 a 600	447	41,23
601 a 900	33	3,04
Más de 901	22	2,03
<b>TOTAL</b>	<b>502</b>	<b>46,30</b>

El Cuadro No. 19 nos muestra la tendencia a usar sangre con más frecuencia en este tipo de cirugía.

**CUADRO N° 19**

**USO DE SANGRE**



**DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIA**

El 87,36% permanecieron en el hospital de 5 a 10 días después de la operación. La costumbre obligada en nuestro Servicio, por la escasez de camas, es mantener a las primíparas de 48 a 72 horas post-partum; las multíparas, cuando más, 24 horas. La cesárea, pues, alarga considerablemente la estancia hospitalaria. Cuadro No. 20.

**CUADRO No. 20**

*Estancia hospitalaria post-operatoria*

DIAS	No. DE CASOS	%
Menos de 4	55	5,07
De 5 a 10	947	87,36
Más de 11	72	6,64

## COMENTARIO

De Costa (4) dice: "... hoy, la cesárea es menos peligrosa que las manipulaciones vaginales que ha sustituido". Sin llegar al extremo de creer que la vía vaginal es únicamente para partos fáciles, sí estamos convencidos de que una cesárea bien indicada y en su momento oportuno, salvará más fetos y traumatizará menos madres que maniobras, algunas de ellas ya realmente arcaicas, tales como versión interna, rotación y extracción difíciles con forceps, gran extracción podálica.

La incidencia nuestra de 2,73% es bastante más baja que la mínima irreducible señalada por Cron (15) de 5 a 5,5%. En nuestra opinión, una cesárea de más es preferible, sin lugar a dudas, a un niño de menos. Después de varios años de trabajo en el Servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios, creemos que la incidencia obtenida es bastante forzada; para ser más explícitos, nos ha parecido que un número crecido de fetos se ha sacrificado, al seguir, en muchos casos y de una manera obstinada, la vía vaginal; presentaciones podálicas, faciales y transversas, se han solucionado como se hacía hace 30 o más años; lo mismo se podría decir de la conducta seguida en placenta marginal y desproporción céfalo-pélvica.

El obstinarse en un forceps medio, así como el especular en pacientes cesareadas, ha costado y seguirá costando valiosas vidas maternas e infantiles. Los tiempos y las ideas cambian; la Obstetricia no es una excepción. El dictum "primun non nocere" sigue y debe seguir siendo uno de los más respetados y menos olvidados en nuestra especialidad.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se presentan y analizan 1084 casos de cesárea practicadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios en los últimos 6 años.
2. La incidencia es de 2,73%.
3. El 47,87% fueron practicadas en mujeres entre los 12 y los 25 años de edad; el 57,67% en multíparas.
4. Indicaciones más frecuentes: a) Desproporción; b) Cesárea anterior; c) Hemorragia; d) Malas presentaciones y e) Sufrimiento fetal.
5. Mortalidad fetal no corregida: 3,69%.
6. Mortalidad materna: 0,64%. Morbilidad materna: 22,50%.
7. Anestésico de inducción más usado: pentotal (39,29%). Para continuar la anestesia, éter-oxígeno (94,74%).
8. El 88,46% fueron cesáreas segmentáreas transperitoneales.
9. En el 63,38% el tiempo operatorio fue de más de 46 minutos.
10. En el 96,21% de los casos se empleó penicilina y estreptomycin profi-lácticamente.
11. En un 46,30% se usó sangre trans o post-operatoriamente.
12. Creemos que esta incidencia de 2,73% es forzada y que un número mayor de cesáreas está plenamente indicado y más que justificado en nuestro medio.

## SUMMARY &amp; CONCLUSIONS

1. We have presented an analysis of 1,084 Cesarean sections performed at the Obstetrics Service of San Juan de Dios Hospital over the past 6 years.
2. We found an over all incidence of 2.73% of Cesarean sections.
3. 47.87% of these were performed in women between 12 and 25; the balance in multiparous.
4. Most frequent indications were: a) disproportion; b) Previous cesarean section; c) hemorrhage; d) difficult presentations and e) fetal distress.
5. Uncorrected fetal mortality was 3.69%.
6. Maternal mortality was 0.64%. Maternal morbidity was 22.50%.
7. Most commonly used anesthetic agent for induction was sodium pentothal (39.29%) with ether-oxygen mixture used to continue anesthesia in 94.74% of cases.
8. 88.46% operations were transperitoneal Cesarean sections.
9. In 63.38% of the procedures the operating time was greater than 46 minutes.
10. Penicillin & Streptomycin were employed prophylactically in 96.21% of the cases.
11. Blood was used at operation or postoperatively in 46.30% of the cases.
12. We believe that the low (2.73%) incidence of Cesarean sections in our Hospital has been purposely brought about and that a greater number of sections is amply justified and indicated in our midst.

## BIBLIOGRAFIA

1. CLOUD, I. G.  
Cesarean section on the dead and the moribund. *Obst. & Gynec.* 16:27-30. 1960.
2. CODY, MELVILLE L.  
A study of cesarean section at Jefferson Davis Hospital.  
*Am. J. of Obst. & Gynec.* 62:415-419, 1951.
3. COLVIN, E. D.  
Expansion vs. restriction of cesarean section. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 64:473-487, 1952.
4. DE COSTA, EDWIN J.  
Foreword, in *Clinical Obst. & Gynec.* Pag. 437-441. Dic. 1959.
5. DELCORE, ROMANO.  
Ruptura uterina; análisis de 24 casos. *Acta Médica Cost.* 3:29-38. 1960.
6. DIDDLE, A. W.; JENKINS, H. H.; DAVIS, M.; O'CONNOR, R. A.  
Analysis of fetal mortality in cesarean section.  
*Am. J. of Obst. & Gynec.* 63:967-977. 1952.
7. EASTMAN, NICHOLSON J.  
Comentario en *Obst. & Gynec. Survey.* 14:358-359. 1959.

8. GILBERT, C. R. A.; VALDARES, JOSÉ; KALTREIDER, FRANK; DOUGLAS, LOUIS.  
Extraperitoneal cesarean section vs. laparotomectomy in the era of modern antibiotic therapy. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 66:79-87. 1953.
9. HARRIS, JOSEPH M.; NESSIM, JOSEPH A.  
To do or not to do a cesarean section. *J.A.M.A.* 169:570. 1959.
10. HASKINS, A. L.; WISSNER, S. E.; ALLEN, WILLARD.  
Cesarean section at St. Louis Maternity Hosp. from 1948-1952. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 70:71-83. 1955.
11. HENDRICK, JAMES W.  
Postmortem cesarean section with infant survival; case report. *Obst. & Gynec.* 15:207-208. 1960.
12. KISTNER, ROBERT W.  
An analysis of ten years of cesarean section at the Cincinnati General Hosp. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 61:109-120. 1951.
13. MONTAGNE, CHARLES F.  
Cesarean hysterectomy; its value as a sterilization procedure. *Obst. & Gynec.* 14:28-36. 1959.
14. MINTZ, NATHAN.  
Cesarean section for fetal distress. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 79:224-236. 1960.
15. POSNER, A. CHARLES; COLM, SIDNEY; POSNER, NORMAN S.  
Cesarean section; progressive trends. A review of 852 cases. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 67:64-75. 1954.
16. SCHAEFER, GEORGE; CARPENTER, FREDERICK.  
Changing indications for cesarean section. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 65:935-943. 1953.
17. SCHNIDER, BERNARD.  
A review of cesarean section statistics in a community and in the United States. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 68:1082-1090. 1954.