

SAMUEL KARCHMER K.*
ELEAZAR VARGAS LÓPEZ**
MACARIO ARAO MATZUDA**
EZEQUIEL RAMÍREZ SOTO***

OPERACION
CESAREA.
ANALISIS DE
1000 CASOS

LA OPERACIÓN cesárea ha sido uno de los procedimientos obstétricos que más cambios han experimentado en los últimos años, como consecuencia del advenimiento y mejoramiento de los recursos terapéuticos modernos.

El análisis de la literatura mundial demuestra que su estudio sigue siendo de actualidad, requiriendo constantes evaluaciones de todos los aspectos que en su ejecución intervienen, con el objeto de mejorar los índices de morbi-mortalidad materno fetal. Sus diferentes aspectos y atributos son fuertemente discutidos y aún no se llega en la actualidad a acuerdos universales acerca de su función en la terapéutica obstétrica moderna. La vía abdominal en la obstetricia, por las grandes seguridades que actualmente depara, ha ido en auxilio del vaginalismo de otras épocas rescatando vidas que antes se perdían. Se ha eliminado el fórceps alto y restringido el fórceps medio, se han suprimido los balones hidrostáticos y otros recursos mecánicos de aplicación vaginal, se evitan los traumatismos debidos a partos prolongados por las vías naturales, se salvan más madres y productos en complicaciones como la toxemia, la placenta previa, la diabetes, etc., todo ello debido, cuando menos en parte a la operación cesárea, cuyo campo de indicaciones se ha ampliado considerablemente. Las distocias por presentaciones cefálicas anormales y por presentación de hombro tributarias antes casi exclusivamente del fórceps y la versión interna, han cedido ahora gran parte de su material a la cirugía abdominal y conservan restringidas indicaciones para la vía vaginal, sólo para cuando el riesgo materno-fetal

* Jefe de los Servicios de Ginecología y Obstetricia. H. G. O. 1 del IMSS.

** Médico Gineco-Obstetra.

*** Jefe de los Servicios de Ginecología y Obstetricia. H. G. O. 1 del IMSS.

que ésta depara se considere menor que el que ofrece la operación cesárea.

No obstante que numerosos trabajos confirman el aumento progresivo con que se efectúa la operación cesárea en los diferentes centros obstétricos, en parte por la mejor seguridad que ofrece y, por el aumento de sus indicaciones, si bien con esta intervención se han solucionado problemas que en otras épocas iban acompañados de una alta mortalidad fetal, no se justifica el que se recurra a esta operación sin entrar a considerar siquiera el parto por vía vaginal. Es sabido que el porcentaje de operación cesárea constituye un espejo que muestra la calidad en el ejercicio obstétrico de una institución, sin embargo para reducir el número de cesáreas, sin influir en los índices de morbi-mortalidad fetal, se requiere tener paciencia y haber adquirido la experiencia y la habilidad que sólo una práctica obstétrica larga permiten obtener. El escaso conocimiento del mecanismo del parto, sus complicaciones y la falta de costumbre en las operaciones obstétricas vaginales incitan a muchos médicos a recurrir de entrada a la operación cesárea.

Las consideraciones antes expuestas justifican el que se practiquen análisis periódicos de la operación cesárea y sus indicaciones, en la literatura mundial así como dentro del ejercicio obstétrico de una institución, razones suficientes que motivaron el presente análisis.

MATERIAL

Se estudiaron mediante un protocolo previamente establecido 1,000 operaciones cesáreas no seleccionadas, efectuadas en el Hospital de Gineco-Obstetricia N^o 1 del IMSS. Durante el tiempo en que se elaboró el presente trabajo, la incidencia de la operación cesárea en el Hospital varió entre 4.5 y 5.5%. La revisión de la literatura mundial^{6, 58, 27, 28}, demuestra que no existen en la actualidad elementos suficientes de juicio que señalen cuál sería la frecuencia con que debe practicarse la operación cesárea. Sin embargo, podemos admitir al igual que numerosos autores^{37, 21, 6, 58, 27, 28}, que la frecuencia de dicha operación no debe exceder en términos generales del 5%, todo esto por supuesto sin influir en los índices de morbi-mortalidad fetal.

Todas las operaciones fueron practicadas por personal calificado, y por el cuerpo médico residente, bajo la más estricta supervisión.

ANÁLISIS Y COMENTARIO

EDAD Y PARIDAD

En el 58.4% (584 casos) la operación cesárea fue practicada en pacientes cuya edad fluctuaba entre los 20 y 30 años, época sin duda alguna, en que se observa la mayor paridad en nuestro medio, hechos que están de acuerdo con lo reportado por otros investigadores. El mayor número de operaciones, 58.6% se efectuaron en pacientes nulíparas y el 8.4% en pacientes con más de 7 partos, lo que indica que la mayor parte de las complicaciones del trabajo de parto se presentan en enfermas nulíparas.

CUADRO 1

Edad de la paciente

Edad	Casos	Por ciento
15 a 20 años	97	9.7
21 a 30 años	584	58.4
31 a 40 años	283	28.3
Más de 40 años	36	3.6

CUADRO 2

Número de embarazos

Gesta	Nº casos	Por ciento
I	275	27.5
II	161	16.1
III	157	15.7
IV	92	9.2
V	61	6.1
VI	51	5.1
VII	52	5.2
Más de VII	141	14.1

(Continúa cuadro 2)

Número de partos

Para	Nº casos	Por ciento
0	586	58.6
I	75	7.5
II	66	6.6
III	53	5.3
IV	49	4.9
V	41	4.1
VI	40	4.0
Más de VI	84	8.4

La gran multiparidad se ha invocado como factor importante en la génesis de diversas distocias, sin embargo en nuestro lote estudiado la operación se practicó en 84 pacientes que tenían dentro de sus antecedentes obstétricos 7 o más partos, en cambio 203 de ellas o sea el 20.3% eran multigestas de 7 o más embarazos. Tenemos la impresión que en este tipo de pacientes la frecuencia de la operación cesárea es mayor por la coexistencia frecuente de factores agregados como la macrosomía fetal, placenta previa, padecimientos médicos asociados, ruptura prematura de membranas con situaciones viciosas, etc.

Edad del embarazo: Como se aprecia en el cuadro número 3, la operación cesárea se practicó en el 90.1% en embarazos cuya edad fluctuaba entre 36 y 40 semanas.

CUADRO 3

Edad del embarazo

Edad en semanas	Nº casos	Por ciento
22 a 30	26	2.6
31 a 35	45	4.5
36 a 40	901	90.1
Más de 40	28	2.8

Lo anterior confirma una vez más, que la operación (cesárea) no tiene el mismo beneficio sobre el producto cuando se trata de fetos prematuros, ya que la incidencia de membrana hialina y problemas respiratorios del feto es mayor. En nuestros casos estudiados, el 7.1% eran

embarazos de 20 a 35 semanas, en la mayoría de estos casos se asociaron complicaciones que por sí solas fueron indicación primaria de la operación, como la placenta previa, prolapsos de cordón, desprendimiento de placenta normoinsera, toxemia gravídica, etc.

INDICACIONES

NÚMERO DE PARTOS

Las dificultades existentes para uniformar las indicaciones de la cesárea derivan en gran parte a la diversidad de criterios utilizados en las clasificaciones por los diferentes autores; además en numerosos casos del presente trabajo, tenían indicaciones mixtas, por lo cual tratamos de uniformar nuestro criterio utilizando la indicación predominante, sin embargo pensamos que esta última razón contribuye a la alta disparidad de criterios e indicaciones encontradas en la literatura mundial^{58, 27, 28, 21, 37, 6.}

CUADRO 4

Indicaciones

Indicación	Nº casos	Por ciento
Desproporción céfalo pélvica	406	40.6
Cesárea Iterativa	227	22.7
Placenta previa	84	8.4
D. P. P. N.	26	2.6
Presentaciones anormales situación transversa, pélvica	100	10.0
Toxemia gravídica	15	1.5
Indicaciones fetales: suf. fetal, prolapso de cor- dón, etc.	136	13.6
Patología intercurrente, diabetes, cáncer, etc.	6	0.6

CESÁREA ANTERIOR

Sin duda alguna esta indicación contribuye en la actualidad una de las razones más frecuentes para repetir la operación. El viejo adagio de que "Una cesárea, siempre cesárea", debe ser abandonado prácticamente en su totalidad. Numerosas estadísticas modernas y amplias^{13, 16, 54, 37, 44, 31, 32}, han demostrado con suficiente seguridad que no existen bases científicas para que a una mujer que haya sido cesareada con anterioridad, se le prive el derecho de demostrar su capacidad de tener un parto por las vías naturales, sobre todo si ya ha tenido partos vaginales antes o después de la primera intervención.

En nuestro lote se practicó cesárea iterativa en el 22.7% (227 casos) de los cuales el 12.1% correspondía a pacientes con una cesárea previa, el 9.9% con 2 cesáreas, y el 6.9% con 3 o más cesáreas anteriores

De las 180 pacientes con cesárea anterior, 121 de ellas tuvieron partos vaginales después de una prueba de trabajo de parto, cuando reunían los siguientes requisitos, expuestos en un trabajo anterior por uno de nosotros²⁹ en colaboración con *Castelazo y Reyes Ceja*⁵⁴, a saber 1º, que la indicación de la cesárea anterior haya sido segmentaria; 2º, que se hayan practicado a lo más 2 cesáreas anteriores y éstas siempre en condiciones óptimas; 3º, que la primera cesárea haya sido practicada por personal competente; 4º, ausencia de antecedentes infecciosos durante el postoperatorio, y 5º, que el embarazo actual sea normal y que el trabajo de parto actual evolucione en forma fisiológica.

CUADRO 5

Cesáreas anteriores

Número de cesáreas	Nº casos	Por ciento
I	180	18.0
II	99	9.9
III	17	1.7
IV	17	1.7
V	4	0.4
VI	1	0.1

De las 121 pacientes a las cuales se les permitió una prueba de trabajo de parto, se encontraron 2 dehiscencias de la cicatriz anterior, lo que representa el 0.2% y que está de acuerdo en términos generales con lo reportado por otros autores^{25, 21, 31, 28}. Los análisis practicados por *Brenner y Dillon*⁴⁹ en 105 casos de 3 o más cesáreas, por *McNally y Fitzpatrick*⁵⁰ en 130 casos de 4 o más cesáreas, así como los de *Castelazo Ayala*, permiten reafirmar el hecho de que la esterilización rutinaria después de un número arbitrario de cesáreas constituye una práctica injustificada, debiéndose individualizar cada caso en particular en relación a la integridad y solidez del segmento inferior.

DESproporción CÉFALO-PÉLVICA

En el presente trabajo esta indicación fue la predominante (40.6%-, cifra que comparada con otras estadísticas parece ser un poco mayor^{14, 37, 34, 42, 47, 27, 28}. Estamos en desacuerdo totalmente en efectuar la operación cesárea con el diagnóstico de desproporción cefalo-pélvica en pacientes sin trabajo de parto, basándose únicamente en datos clínicos y radiológicos, ya que al someter a una prueba adecuada de trabajo de parto, a unas pacientes pudimos observar que el 75% aproximadamente tuvieron un parto vaginal.

Se practicaron 155 pelvicefalometrías, lo que representa el 15.5% en donde pudimos observar claramente en más de la mitad de los casos, en que el índice de *McConnell* estaba dentro de límites normales y sin embargo se practicó operación cesárea, por desproporciones relativas: actitud anormal de la presentación, falta de descanso, etc.

Lo anteriormente expuesto confirma una vez más que el mejor pelvímetro lo constituye la cabeza fetal durante el trabajo de parto, siendo el estudio radiológico una guía pronóstica a menos de que la desproporción sea absoluta y con márgenes amplios, podremos indicar una operación cesárea sin prueba de trabajo de parto.

PLACENTA PREVIA

La posibilidad de un nacimiento vaginal o la necesidad de una operación cesárea dependieron básicamente del grado y tipo de placenta previa existente, y en algunos casos la decisión final debe posponerse hasta la valoración durante el trabajo de parto. Cuando la observación

de la evolución de la paciente y los datos clínicos y radiológicos hagan suponer la existencia de una placenta previa central o parcial, deberá practicarse operación cesárea, y de ser posible deberá recurrirse a esta intervención antes que alarmados, evitando de ser posible decidir la operación en condiciones precarias desde el punto de vista materno-fetal.

En nuestro lote esta indicación estuvo presente en el 8.4% (84 casos), cifra sensiblemente igual a la reportada por otros autores^{32, 27, 28}. De éstos, el 2.1% correspondió a placentas marginales en que el tratamiento médico llevado a cabo así como los procedimientos quirúrgicos por vía vaginal no permitieron obtener un parto por vías naturales; en el 6.3% se trataba de placentas previas centrales.

*Semmens*⁵², y *Foot*, y *Fraser*⁵¹, reportan que la ocurrencia de la situación transversa en los problemas de placenta previa es mucho mayor que la encontrada espontáneamente que en el resto de mujeres embarazadas; en forma semejante se ha reportado que la presentación podálica es 3 veces más frecuente, siendo otra complicación importante asociada, la presencia de una cicatriz uterina anterior que puede coincidir o no con la zona de implantación placentaria como lo han demostrado *Bryant*⁵³ y *Reyes Ceja*⁵⁴ en nuestro medio. De lo anterior podemos deducir que en algunas ocasiones la necesidad de una intervención quirúrgica en los casos de placenta previa depende de la asociación con otro tipo de complicaciones obstétricas, no obstante, debemos precisar con exactitud cada uno de los factores presentes en la paciente, para definir cuál de ellos constituye la indicación primaria de la intervención y cuál desempeña un papel secundario, razonamientos que fueron seguidos al analizar nuestros casos.

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA

Esta indicación ocurrió en el 2.6% de nuestros casos. Consideramos que la operación cesárea sólo debe practicarse en los siguientes casos: 1 Hemorragia copiosa que haga permanecer o conduzca a la enferma al estado de shock grave, pese al correcto tratamiento del mismo e independientemente de que el producto esté vivo o muerto; 2, signos de hipoxia fetal severa resistente a la correcta oxigenación y adecuada reposición de sangre, con condiciones obstétricas que impidan la resolución inmediata por vía vaginal. Uniformando nuestros criterios en es-

tos principios pudimos disminuir los porcentajes de operación cesárea en el D. P. P. N. en nuestro servicio obstétrico como se ha logrado en otros sitios⁵⁵.

PRESENTACIONES ANORMALES

La experiencia ha demostrado que el éxito en el manejo de estas anomalías de presentación en el curso del parto, estriban en el sumo respeto de las condiciones requeridas para realizarlas. En nuestros casos se indicó la operación cesárea con situación transversa en el 5.9%; es nuestra convicción⁵⁹ que la supervivencia de la versión interna en el repertorio quirúrgico de la obstetricia moderna, está sustentada en el hecho de que las condiciones obstétricas clásicamente mencionadas estén presentes, condenando de manera definitiva el alarde vanidoso y teatral, de emprender la versión cuando una o varias de las condiciones no se satisfacen tomando con ello riesgos innecesarios. Somos conscientes de que la operación cesárea ha ido substituyendo de manera definitiva la práctica de esta operación en base a los índices elevados de morbi-mortalidad fetal.

Diversos autores como *Trolle*¹⁹, *Write*¹², etc., preconizan el uso más liberal de la operación cesárea en las presentaciones pélvicas, sobre todo cuando se trata de pacientes primigestas; ideas compartidas por numerosos investigadores^{30, 12, 14, 19, 58}. No obstante, creemos que cada caso debe individualizarse y basarse sobre todo en la experiencia del tocólogo, dejando para la operación cesárea aquellos casos en que existe duda o certeza de desproporción céfalo-pélvica, gran multiparidad, macrosomía fetal, etc., o bien en primigestas añosas, cuyo parto muestra distocias asociadas poco controlables. En nuestros casos esta indicación estuvo presente en el 4.1%, cifra menor que la reportada por otras instituciones, requiriendo sin duda alguna a nuestro juicio futuras evaluaciones en función del riesgo materno-fetal.

TOXEMIA GRAVÍDICA

La indicación estuvo presente en el 1.5% de nuestros casos; al ver esta cifra podemos concluir que el tratamiento médico intenso permite mejorar a la paciente en la mayor parte de las veces, y en caso contrario, el uso de soluciones de ocitocina ofrecen resultados superiores des-

de el punto de vista materno-fetal en comparación con la operación cesárea, dejando esto como recurso valiosísimo en los casos de toxemia que se muestran rebeldes al tratamiento médico intenso.

Aún así existe desacuerdo entre numerosos investigadores^{8, 57, 2}, en relación al papel que guarda la operación cesárea en la toxemia gravídica, ya que a principios del siglo, éste era el tratamiento de elección, con una mortalidad materna entre 20 y 35%. En 1951, *Faison*⁵⁶ reportó el 25% de muertes maternas después de operación cesárea en enfermas con eclampsia; *Dieckmann*⁵⁷ reportó una mortalidad fetal del 8.4% en enfermas toxémicas intervenidas quirúrgicamente. Basados en estos hechos estadísticos, se justifica el que sea más aceptable el tratamiento conservador en estas pacientes, lo que sin duda alguna influyó en nuestro análisis, dejando la operación cesárea para los casos en que deba salvarse el feto o aparezcan complicaciones agregadas, y en los cuales se hayan agotado los elementos médicos, y a pesar de ello las manifestaciones se agraven.

INDICACIONES FETALES

Al analizar nuestros expedientes observamos esta indicación en el 13.6%, cifra indudablemente alta; tenemos la seguridad que en un buen número de casos no fue la indicación primaria sino secundaria a una distocia mecánica, parto prolongado, etc. En el 5.8% el sufrimiento fetal fue la indicación primaria, basada ésta en datos clínicos de certeza como la arritmia y la bradicardia del corazón fetal, creemos al igual que otros autores^{27, 3, 40, 42, 43, 18}, que la taquicardia y el meconio no deben ser considerados superficialmente para que indiquen la interrupción inmediata del embarazo, sino simplemente la necesidad más acuciosa de una vigilancia del trabajo de parto y del foco fetal.

El prolapso del cordón constituyó el 4.1% de las indicaciones, debemos hacer notar que a nuestro hospital ingresan, desgraciadamente, una cantidad importante de pacientes que han sido manejadas por procedimientos empíricos y con ausencia de atención prenatal. Si el feto está vivo, constituye una indicación de operación cesárea inmediata, siempre y cuando las condiciones cervicales y uterinas no permitan la extracción rápida y segura del feto.

En el 1.7% la indicación primaria fue la infección amniótica, estamos seguros, que el manejo adecuado del trabajo de parto, así como

de complicaciones del embarazo como la ruptura prematura de membranas, deben reducir al mínimo esta indicación en la obstetricia actual, hecho que está de acuerdo con numerosas estadísticas publicadas^{56, 52, 58, 27, 28, 60}.

En interés del feto se practicaron en el 1.7% operaciones cesáreas en pacientes primigestas añosas, considerando particularmente valiosa su sobrevivencia desde el punto de vista social y familiar, debemos recordar no obstante, que en la gran mayoría de estos casos, la valoración meditada del trabajo de parto y de las relaciones céfalo-pélvicas permiten un parto vaginal sin alterar los índices de morbi-mortalidad fetal. La post madurez constituyó el 0.3% de nuestras indicaciones, cifra semejante en la mayoría de las estadísticas consultadas.

Creemos que este problema es poco frecuente en la práctica obstétrica, debiéndose establecer su diagnóstico mediante procedimientos clínicos y radiológicos precisos, siendo la inducción del trabajo de parto la que en su mayoría resuelve los casos.

PATOLOGÍA INTERCURRENTE

Son evidentes las excelencias de interrumpir el embarazo alrededor de la 37ª semana en los casos de diabetes^{25, 17, 48}, el manejo conjunto del internista y el obstetra en estos casos constituye un requisito indispensable. La operación cesárea debe estar indicada en los casos en que se presenten malos antecedentes obstétricos, así como padecimientos sobre agregados: toxemia, macrosomía fetal, desproporción céfalo-pélvica, etc., y sobre todo si no existen condiciones cervicales adecuadas que no permitan la indicación del trabajo de parto; las muertes fetales reportadas por otros autores ocurridas durante el parto vaginal, obedecen en un gran número de casos, como lo hace notar *Pedersen*^{17, 48}, a complicaciones obstétricas sin que la operación cesárea constituya de manera definitiva la solución del problema. Desgraciadamente, como lo asienta en su trabajo *Castelazo Ayala*²⁷, la falta de atención prenatal adecuada, en un gran número de nuestras pacientes, hace pasar desapercibido el diagnóstico y la madre, y sobre todo el feto reciben las indeseables consecuencias durante y después del parto. Esta indicación ocurrió en el 0.4% de nuestros casos. En 2 de nuestros casos la indicación la constituyó la coexistencia de cardiopatías, como lo hace notar *Adams*⁷ en sus estudios hemodinámicos durante la opera-

ción cesárea, al igual que la tuberculosis, no constituyen por sí sola indicación de cesárea, debiendo ser relegada ésta únicamente en aquellos casos en que coexistan factores obstétricos desfavorables, a saber, cesárea iterativa, desproporción céfalo-pélvica, etc.

TIPO DE OPERACIÓN

Prácticamente todas las operaciones efectuadas fueron segmentarias, correspondiendo el 96.6% a la técnica de Kerr, el 2.8% a la cesárea tipo Beck, practicándose únicamente en el 0.6% la técnica clásica corporal; cifras que hablan por sí solas del criterio de nuestra institución.

CUADRO 6

Tipo de cesáreas

Nº de cesáreas	Nº casos	Por ciento
Kerr	966	96.6
Beck	28	2.8
Corporal	6	0.6

Numerosas estadísticas^{12, 14, 10, 38, 34, 41, 44, 54, 58, 9}, apoyan nuestras cifras arriba expuestas y en la actualidad el valor de la incisión segmentaria constituye un hecho innegable, mejorando el pronóstico obstétrico de la paciente cesareada, permitiendo partos vaginales sucesivos en condiciones de seguridad óptima. Las técnicas de cesárea extraperitoneal han sido abandonadas prácticamente en nuestro hospital.

La cesárea histerectomía fue practicada en el 0.8% de nuestros casos, con una mortalidad materna de 0.12% (1 caso), en todos los casos se trataba de pacientes multíparas, bajo las siguientes indicaciones: Placenta acreta (2 casos), ruptura uterina (3 casos), atonía uterina (2 casos) útero de *Couvellaire* (1 caso). Estas cifras demuestran una tendencia francamente conservadora, sin embargo el uso más liberal de este procedimiento quirúrgico y siempre bajo un cuidadoso análisis con individualización de cada caso en particular, puede reducir los índices de morbi-mortalidad materna en forma definitiva^{35, 5}.

ANESTESIA

Durante los últimos 50 años los procedimientos anestésicos para la operación cesárea han variado notablemente, al igual que los usados por el parto por vías naturales. Considerando que en algunas ocasiones, la operación cesárea constituye una emergencia quirúrgica, sobre todo cuando se trata de salvar tanto la vida materna como fetal, se desprende la importancia que tiene este procedimiento, dentro del éxito que se pretende, su manejo inadecuado puede aumentar de manera ostensible la morbi-mortalidad materno-fetal.

Dentro de nuestro lote estudiado, se usaron anestésicos por inhalación (mezcla de ciclopropano y oxígeno) en el 36.6%; la raquianestesia fue usada en el 20.3%, en los últimos meses, los bloqueos epidurales han sido utilizados cada vez con más frecuencia, con resultados muy satisfactorios; en el presente estudio se usaron en el 42.6%, usándose la local, únicamente en el 0.5%.

CUADRO 7

Tipo de anestesia

Anestesia	Nº casos	Por ciento
General	366	36.6
Bloqueo	426	42.6
Raquia	203	20.3
Local	5	0.5

La elección de determinado procedimiento anestésico debe estar su-peditada a cada caso en particular, valorando todos los factores que intervienen en el procedimiento quirúrgico; *Hingson* y *Hellman* consideran que si la valoración del caso ha sido correcta, el procedimiento anestésico, cualquiera que se use, no influye en las cifras de mortalidad perinatal, ya sea de que se trate de un feto a término o prematuro. Estos autores consideran que es más importante el entrenamiento del anestesiólogo que el procedimiento en cuestión.

Debemos hacer notar que la anestesia local en nuestra institución no se usa con la frecuencia que debiera, creemos que es un procedimiento prácticamente inocuo, y que podría usarse con más frecuencia

por sus excelencias universalmente reconocidas; las razones invocadas para no utilizarla de rutina son la resistencia de la paciente para someterse a ella y la prolongación del tiempo operatorio. Los bloqueos peridurales ofrecen el máximo de garantía dentro de la anestesia raquídea, razón por la cual se ha incrementado su uso en el hospital, siendo en la actualidad, el procedimiento de elección en la mayoría de los casos³⁶.

Morbi-mortalidad materna: La mortalidad materna, relacionada con la operación cesárea ha sido reducida al mínimo, como se demuestra en numerosas investigaciones^{42, 43, 58, 26}, gracias a los avances de la medicina, en muchos casos la muerte materna no puede imputarse solamente a la intervención quirúrgica, sino que en muchos casos se agregan padecimientos concomitantes como la toxemia, cardiopatías, etc.

En nuestro análisis fallecieron 4 pacientes, lo que representa el 0.4%; las causas vinculadas a la operación cesárea que originaron la muerte, fueron: toxemia gravídica, 2 casos; accidente anestésico, 1 caso; hemorragia 1 caso. De esto podemos apreciar de manera indudable que existe manera de reducir estos índices prácticamente a cero, como lo han hecho notar diversos autores^{27, 28, 47, 40, 11}, por medio de una atención prenatal adecuada, vigilancia estricta del trabajo de parto, valoración adecuada de los riesgos maternos, etc.

Como se aprecia en el cuadro siguiente, el 2.5% de los casos estudiados cursó con algún tipo de complicación postoperatoria, en gene-

CUADRO 8

Morbilidad materna.

Complicación	Nº casos	Por ciento
Infección de la herida quirúrgica	11	1.1
Eventración postoperatoria	1	0.1
Ileo paralítico	4	0.4
Endometritis	3	0.3
Pelvipерitonitis	1	0.1
Tromboflebitis	1	0.1
Edema agudo de pulmón	2	0.2
Bronconeumonía	2	0.2

ral creemos que nuestra cifra no es alta, si tenemos en cuenta el hecho de que se manejan numerosas pacientes sin atención prenatal, con diversas complicaciones en el momento de su ingreso al hospital que desarrolla una labor de enseñanza intensiva.

Morbi-mortalidad fetal: Como se puede apreciar en el cuadro 9 en el 84.4% de los casos se obtuvieron productos cuyo peso varió entre 2,500 gr. y 4,000 gr. en el 10.5% el peso fue inferior a 2,500 gr.

CUADRO 9

Peso del producto

Peso en gramos	Nº casos	Por ciento
1,000 a 2,000	28	2.8
2,001 a 2,500	77	7.7
2,501 a 3,000	267	26.7
3,001 a 4,000	577	57.7
4,001 a 5,000	46	4.6
Más de 5,000	5	0.5

La mortalidad fetal en nuestro estudio fue del 3.6% de los cuales 10 murieron anteparto; las causas más frecuentes de muerte perinatal fueron la prematuridad, infección, toxemia gravídica, anoxia fetal y malformaciones congénitas; probablemente la que destaca por su importancia mostrando por numerosas investigaciones^{47, 42, 43, 12, 8, 27, 28}, que la mortalidad del prematuro es mayor si nace por cesárea que por vía vaginal.

De las cifras anteriormente expuestas podemos hacer notar que la cesárea no constituye la solución a todos los problemas obstétricos ni mucho menos garantiza la obtención de un feto vivo y normal. En numerosas ocasiones, la indicación que motivó la operación es suficientemente importante, que por sí sola aumenta los índices de mortalidad fetal; sin embargo, aún en los casos no complicados, la cesárea iterativa constituye una causa frecuente de prematuridad, esto se atribuye de una manera general a la falta de experiencia clínica para evaluar el peso y talla fetal, practicando la cesárea prematuramente.

Podemos concluir que las cifras de mortalidad perinatal están influenciadas de manera categórica por la indicación que motivó la inter-

vención más que por el procedimiento en sí, el aumento de las indicaciones en la obstetricia moderna tienden a aumentar estas cifras, es por esto que el estudio y análisis frecuente de estos problemas, así como el riesgo para futuros embarazos deben tomar parte en el juicio clínico cuando se decide practicar una cesárea.

REFERENCIAS

1. Wilcox, C. F., Hunt A. B., Owen Ch.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 77: 772, (1959).
2. Winkelstein L. B., Levinson O.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 78: 420, (1959).
3. Mintz N.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 79: 224, (1960).
4. Siegler A. y Rokatnic S.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 80: 551, (1960).
5. Charles Alford, Meller A. C., Simpson J. W.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 82: 664, (1961).
6. Mulla N., Bates J.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 82: 669, (1961).
7. Adams J.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 82: 673, (1961).
8. Vargas A., Feelds Ch.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 82: 687, (1961).
9. Fajer J.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 82: 693, (1961).
10. Ellis J., De Vita M.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 82: 695, (1961).
11. Ritter J. W.: *J. A. M. A.*, 175: 715, 1961. *Obst. & Gynec. Surv.* 16 (1): 356, (1961).
12. Write R. C.: *Obst. & Gynec.* 14: 758, 1959. *Obst. & Gynec. Surv.* 15 (1): 224, (1960).
13. Schwartz R. M.: *Obst. & Gynec.* 14: 773, 1959. *Obst. & Gynec. Surv.* 15: (1): 229, (1960).
14. Podewitz P.: *Obst. & Gynec.* 14: 764, 1959. *Obst. & Gynec. Surv.* 15: (1): 227, (1960).
15. Malpas M.: *Brit. J. Clin. Pract.* 14: 879, 1960. *Obst. & Gynec. Surv.* 16: (1): 193, (1961).
16. Booth R. T.: *Brit. J. Clin. Pract.* 1: 663, 1960. *Obst. & Gynec. Surv.* 16: (1): 83, (1961).
17. Pedersen J.: *Acta Obst. Scand.* 38: 631, (1951).
18. Mintz N.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 79: 22, 1960. *Obst. & Gyn. Surv.* 15: (1): 359, (1960).
19. Trolle D.: *Danisch. Med. Bull.*, 7: 117, 1960. *Obst. & Gyn. Surv.* 16: (1): 81, (1961).
20. Votta R. A. y Brunc R. O.: *Obst. Ginec. Lat. Amer.* 19: 114, (1961).
21. Lavarde M. L. *Obst. Gin. Lat. Amer.* 18: 17, (1960).
22. Savianky E.: *Obst. Ginec. Lat. Amer.* 18: 571, (1960).
23. Baldi E. M. y Monterde H.: *Obst. Ginec. Lat. Amer.* 17: 562, (1960).
24. Brassat J. Klein M. Gauthier R.: *Gynec. et Obstét.* 58: 366, (1959).
25. Lepage F. Noel B. Lemarre et Schramm B.: *Gynec. et Obstét.* 58: 506, (1959).

26. Castelazo Ayala L.: *Gin. Obst. Méx.* XV: 466, (1960).
27. Castelazo Ayala L.: *Ginec. y Obst. Méx* XVI: 303, (1960).
28. Rábago J.: *Ginec. Obst. de Méx.* Mayo-Junio, 279, (1959).
29. Castelazo Ayala L., Reyes Ceja L. y Karchmer S.: *Gin. y Obst. Méx.* XVI: 2, (1961).
30. Close Hessektube H.: *Clinic. Obst. & Gynec.* 2: (4): 1023, (1959).
31. Kaltreider D. F. y Krone W. F.: *Clisic Obst. & Gyn.* 2: (4): 1020, (1959).
32. Bryant R. D.: *Clinic. Obst. & Gyn.* 2: (4): 1010, (1959).
33. Lattuada H. P.: *Clinic. Obst. & Gynec.* 2: (4): 1043, (1959).
34. Riva H. L.: *Clinic. Obst. & Gynec.* 2: (4): 954, (1959).
35. Ries S. A.: *Clinic. Obst. & Gynec.* 2: (4): 977, (1959).
36. Greenhill J. P.: *Clinic. Obst. & Gynec.* 2: (4): 999, (1959).
37. Hughes E. C.: *Clinic. Obst. & Gynec.* 2: (2): 400, (1959).
38. Waters E. G.: *Clinic. Obst. & Gynec.* 2: (4): 985, (1959).
39. Lister M. M., Lister M. M., Keith D. J. *Obst. & Gynec. Brit. Emp.* 67: 578, (1960).
40. Claye E.: *J. Obst. Gynec. Brit. Emp.* 68: 527, (1961).
41. Poidesin L. O. S.: *J. Obst. & Gyn. Brit. Com.* 68: 1025, (1961).
42. Pedowitz P., and Schwartz R.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 14: 764, (1959).
43. Schwartz R., Pedowitz P. and Goldberg M.: *Obst. & Gyn.* 15: 773, (1959).
44. Weed J. C.: *Obst. & Gynec.* 14: 870, (1959).
45. Hendrick J. W.: *Obst. & Gynec.* 15: 207, (1960).
46. Cloud I. G.: *Obst. & Gynec.* 16: 27, (1960).
47. Klein J.: *Obst. & Gynec.* 16: 527, (1960).
48. Pedersen J., Osler M., Brandstrup E.: *Acta Obst. et Gyn. Scand.* XXXVIII: 631, (1959).
49. Brenner J. X. y Dillon S. R.: *Obst. & Gyn.* 6: 38, (1955).
50. Mc Nally H. B. y Fitzpatrick V. P.: *J. A. M. A.* 160: 1005, (1956).
51. Foote W. R. y Fraser W. D.: *Am. J. Obst. & Gyn.* 80: 10, (1960).
52. Semmens S. P.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 77: 63, (1959).
53. Bryant R. D.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 81: 480, (1961).
54. Reyes Ceja J.: *Gin. y Obst. de Méx.* XVIII: 731, (1962).
55. Ramírez Soto E. y Karchmer S.: *Ginec. y Obst. de Méx.* 18: 349, (1962).
56. Faison J. B. —*J. A. M. A.*— 146: 1393, (1951).
57. Diecnman W. J.: *Surg. Gyn. & Obst.* 90: 443, (1950).
58. Lamkee J. M., Donaldson B. L. and R. de Alvarez R.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 83: 619, (1962).
59. Karchmer S.: *Ginec. y Obst Méx.* Vol. XVI. 21. (1961).
60. Karchmer S.: *Ruptura Prematura de Membranas.* IV Congr. Mexicano de Ginec. y Obst. Junio 1963: Memorias en prensa.