

Residencia Sanitaria S. S.
«Capitán Cortés»
JAEN

Servicio de Tocoginecología
Jefe del Servicio:
Dr. Pío Aguirre Rodríguez

COMENTARIOS DE LA ESTADÍSTICA DEL SERVICIO, DURANTE EL AÑO 1974

Por los doctores:

Fermin Fontecha Minguez (Jefe de Sección)
José Castellano Jurado (Médico adjunto)

*A don Eduardo García Triviño
con admiración y respeto*

Presentamos, en este trabajo, la labor del Servicio de Tocoginecología, correspondiente al año 1974.

Este resumen estadístico, que refleja el quehacer del año, pone de manifiesto, la realización diaria del equipo que integra el Servicio.

El sintetizar esa labor en cifras, sirve para comparar en términos absolutos y matemáticos, los índices y cifras relacionándolas con las de los años anteriores, pero aparte de la frialdad de los guarismos, sirve principalmente, para plasmar y meditar nuestra actuación y comparar ésta con los resultados obtenidos.

Si bien es verdad que es la estadística del Servicio de Tocoginecología, esta labor que a continuación exponemos es el resultado de la coordinación y el esfuerzo de todos los Servicios que integran la Residencia «Capitán Cortés», de Jaén.

Antes de seguir adelante, queremos poner de manifiesto los medios con que contamos:

En cuanto a personal, desde octubre de 1974, el Servicio está compuesto por un jefe de Servicio, tres jefes de Sección, cuatro médicos adjuntos, una matrona supervisora y nueve matronas.

Por lo que respecta a camas, contamos con 64 y para consulta externa, tenemos habilitados dos consultorios. Con estos medios antedichos, nos vemos precisados a dar un fuerte dinamismo al internamiento, no habiendo esto supuesto incidencia ni complicaciones, como se verá al comentar el capítulo correspondiente.

Durante el año 1974, hemos atendido en consulta externa a 8.569 pacientes, teniendo una media mensual de 714. Esta cifra va en aumento, ya que la suma de las pacientes atendidas durante los años 1971 y 1972, fue de 11.769 y las pacientes atendidas en 1973 fueron 7.801, habiendo una diferencia de 768 respecto al año anterior.

Las pacientes ingresadas en el Servicio han sido 4.600, de ellas 4.420 eran obstétricas y 180 ginecológicas.

Hemos atendido, pues, a 13.169 pacientes, sumadas las de la consulta externa y las ingresadas, no contando las pacientes exploradas e informadas a los distintos Servicios que nos las enviaban, para su estudio en colaboración.

Como se observa, el gran volumen de asistencia de nuestro Servicio es obstétrico, aspirando a controlar y asistir a más pacientes ginecológicas, cuando se ubique y funcione sistemáticamente el Centro de Diagnóstico Precoz de Cáncer, como Sección dentro de nuestro Servicio.

El número de partos asistidos durante el año, ha sido de 3.824, con un aumento de 266 sobre el año 1973, que fue de 3.558. El promedio de partos diario ha sido de 10'47.

De dichos partos, 3.783 fueron sencillos y 41 partos gemelares, dando éstos un porcentaje del 1'07 %.

El número de recién nacidos fue de 3.865; de ellos, 1.902 fueron varones, dando un 49'73 %, y 1.962 hembras, representando un 50'27 %, han nacido, pues, este año en nuestro medio más hembras que varones.

Respecto a las madres, 1.397 eran primíparas, representando un 36'53 del total y 67 eran Rh (-) representando éstas un 17'57 %.

Se dieron de alta provisional, por no estar de parto, 144 pacientes, habiendo permanecido en el Servicio, después de su ingreso, como mínimo 12 horas, las de fuera de la capital.

Durante el año, hemos registrado una mortalidad fetal global de 76 casos, lo que representa un 19'87 ‰, y una cifra de mortalidad depurada, es decir, intraclínica de 35 casos, dando un índice de 9'12 ‰.

Las cifras del año pasado fueron sensiblemente similares. De mortalidad global se registraron 67 casos, dando un 18'7 ‰ y una mortalidad depurada de 8'7 ‰.

En lo que respecta a mortalidad materna, en nuestro Servicio no hemos tenido que lamentar ninguna muerte. Una gestante fue ingresada en esta Residencia, en la Unidad de Cuidados Intensivos, procedente de un Servicio Maternal de fuera de la localidad, con el diagnóstico de Eclampsia, en estado comatoso, falleciendo la paciente en dichas circunstancias a las 48 horas de su ingreso en dicho departamento.

Por causa ginecológica, tenemos un caso mortal, que más adelante comentaremos.

El número de recién nacidos prematuros, teniendo como base el peso, es decir, de menos de 2.500 gramos, fue de 146, por 142 casos habidos en 1973.

Por lo que respecta a las presentaciones, teniendo de los 3.865 recién nacidos, 3.707 tenían una presentación cefálica, 139 eran podálicas dando un 3'63 % y 19 eran transversas, predominando éstas en gestaciones gemelares.

Igualmente y en cifras globales, diremos que hemos conseguido 24 partos vaginales en casos de cesárea anterior, poniendo este dato, aunque sea cifra absoluta, la sistemática del Servicio, en cuanto a la asistencia e indicaciones de la vía alta, como se verá más elocuentemente en las tablas siguientes relativas a la terminación del parto.

Las cifras globales que hemos comentado se reflejan en las tablas I y II.

TABLA I

Pacientes atendidas en consulta externa	8.569
Pacientes obstétricas ingresadas	4.420
Pacientes ginecológicas ingresadas	180
Total pacientes atendidas	13.169

TABLA II

Número total de partos	3.824
Número total de partos sencillos	3.783
Número total de partos gemelares	41 - 1'07 %
Número de primiparas	1.397 - 36'53 %
Número de varones	1.902 - 49'73 %
Número de hembras	1.963 - 50'27 %
Mortalidad fetal global	76 - 19'87 ‰
Mortalidad fetal depurada	35 - 9'12 ‰
Mortalidad materna	0
Madres Rh (-)	672 - 17'57 %
No-parto. Alta provisional	144
cefálicas	3.707
Presentaciones podálicas	139 - 3'63 %
transversas	19
Número de recién nacidos prematuros	146
Partos vaginales en cesárea anterior	24

Entrando en el capítulo de la interrupción del embarazo, hemos contabilizado 391 abortos, de ellos 346 incompletos y 45 completos. A este respecto nuestra conducta es intervencionista, en el sentido de que legamos a toda mujer que venga con un aborto en vías de expulsión, incompleto o recién expulsado. Con esta pequeña intervención, tenemos la seguridad de la total evacuación del útero, se acorta la vigilancia y se reduce el período de internamiento.

Los casos de amenaza de aborto, que requirieron internamiento fueron 59, sometiéndose a tratamiento médico y control inmunológico y ecográfico. Los abortos diferidos representan una cifra estimable: 79 casos. Casi todos los casos llegan a la consulta externa con historia de metrorragias y con tratamientos hormonales efectuados indiscriminadamente, sin control de la vitalidad fetal, siendo la causa iatrogénica la responsable de este cuadro, la mayoría de las veces.

Nuestra conducta, una vez diagnosticado un huevo como aborto retenido, y ello implica dos exploraciones clínicas, inmunológicas y ecográficas, en el intervalo de 4 semanas, es intervencionista. Se le dosifica el fibrinógeno a la gestante, practicándosele una histerografía con contraste yodado, encaminado a efectuar el despegamiento del huevo y su ulterior expulsión.

Este método, inocuo y que nos da un gran tanto por ciento de expulsiones ovulares, las más completas, fue motivo de una comunicación de nuestro Servicio en la Reunión de la Sociedad Ginecológica de Andalucía y Extremadura, celebrada en Granada en diciembre de 1974.

El número de gestaciones molares, ha sido de 4. En un caso se le practicó una histerografía con contraste yodado, añadiendo después Mectrohexate una vez efectuada la comprobación radiológica. En los cuatro casos se efectuó legrado uterino.

De gestaciones ectópicas, hemos registrado nueve casos.

Por lo que respecta a las complicaciones maternas, durante la gestación, son las infecciones de las vías urinarias, los cuadros más frecuentes que tenemos, con 13 casos de pielitis, seguidas de las endocrinopatías, representadas por la prediabetes con 12 casos, las diabetes con 8 casos; las neurovegetosis del primer trimestre, con 11 casos de hiperemesis y las toxemias con 9 casos.

Las complicaciones obstétricas en la gestación, están representadas por la rotura prematura de bolsa en un gran número: 312 casos. Aunque la definición de este cuadro varía de unos autores a otros, nosotros calificamos de rotura prematura a la acaecida antes de las 24 horas de comenzar el parto; definición que está de acuerdo con la morbilidad infecciosa que presentan los recién nacidos.

Ante el cuadro de rotura prematura de bolsa, tenemos al igual que la mayoría, muy en cuenta la frontera de las 37 semanas, que supone una buena vitalidad fetal.

Antes de esa fecha, procuramos mantener la gestación, con reposo y administración de betamiméticos, así como antibióticos profilácticamente o específicos según el control bacteriológico de la hidrorrea.

Después de las 37 semanas efectuamos inducción del parto, con goteo occitócico. Según los casos y siempre sin indicación de urgencia, se pueden efectuar hasta tres inducciones, optando por la vía alta, caso de no dar resultado la inducción farmacológica.

Diremos de pasada, que el número de placentas previas que hemos tenido ha sido de 19, por 12 en el año anterior.

En el capítulo de isoimmunización Rh, hemos tenido 8 casos de 672 matrimonios con incompatibilidad Rh, dando un 0'20 %. La sistemática del control de las gestantes Rh (-), es el conocimiento del genotipo al esposo, el control del test de Coombs indirecto desde la 28 semana, la amniocentesis y espectrofotometría del líquido amniótico más la amnioscopia. Igualmente el estudio ecográfico, aporta una gama de datos, en cuanto a las dimensiones del diámetro biparietal y, por lo tanto, madurez fetal, cantidad de líquido amniótico, grosor placentario, actitud fetal, etc.

En la Tabla III se expone todo lo anteriormente comentado.

TABLA III

Complicaciones ovulares:	
Abortos con legrado	346
Abortos completos	45
Amenazas de aborto	59
Missed con legrado	45
Missed completos	15
Missed alta provisional	19
Mola	4
Gestaciones ectópicas	9
Complicaciones maternas:	
Pielitis gravídicas	13
Hiperemesis gravídicas	11
Prediabetes	12
Preeclampsia	9
Diabetes	8
Cardiopatía	2
Status asmático	1
Bartolinitis aguda	1
Cólico renal	1
Lúes	1
Complicaciones obstétricas:	
Rotura prematura de bolsa	312
Placenta previa	19
Isoimmunización	8
Amniocentesis	6
Apoplejia uteroplacentaria	2

En el capítulo de la asistencia al parto, y por lo que respecta a las complicaciones aparecidas en sus períodos, han sido las más importantes y numerosas las complicaciones del período del alumbramiento.

Así, hemos tenido 55 casos de extracción manual de placenta. Efectuamos siempre alumbramiento dirigido, con administración de Methergin

al salir lentamente el hombro anterior, siendo esta extracción lenta un gran coadyuvante en la rápida y poco cruenta salida de la placenta.

También en este período de alumbramiento, se efectuaron 10 revisiones de cavidad, en otros tantos casos de retención de restos placentarios.

En orden de frecuencia, tenemos después, las complicaciones del período de expulsión, con 26 casos de distocia de hombros, como es lógico, en fetos macrosomas, casos desagradables de tratar y que llevan algunos aparejados secuelas de estiramientos del plexo, rotura de clavícula, etc.

El prolapso de cordón, se dio en 12 ocasiones, la mayoría en multiparas con presentaciones viciosas.

La atonía postparto, estuvo representada por 6 casos, porcentaje muy escaso y muy influenciado por la sistemática de alumbramiento que empleamos. Igualmente y nutriendo las complicaciones del tercer período del parto, hemos tenido cuatro casos de acretismo placentario, entidad no frecuente que vamos a comentar brevemente, ya que será motivo de una próxima publicación de nuestro Servicio.

Dos de los cuatro casos, se han presentado en placentas previas, circunstancia lógica, que una placenta de inserción ectópica con sustrato de poca nutrición trate de anclarse más profundamente. Otro caso apareció tras efectuar una cesárea en un parto distócico y apreciar el acretismo en la extracción manual. El cuarto caso, apareció tras un parto normal, en el que hubo una retención placentaria. Tras un Credé, sin éxito, se trató de hacer una extracción manual, encontrándose la placenta acreta, en un útero que presentaba una inversión de segundo grado.

Los cuatro casos se resolvieron mediante histerectomía.

En cuanto a los desgarros del canal del parto, tenemos 20 casos de desgarros completos de periné, el 98 % de ellos en primíparas, con motivo de prolongarse las episiotomías practicadas; 5 casos de desgarros de vagina, hasta el fornix y 5 casos de desgarro de cuello uterino, teniendo su predilección por el lado izquierdo, como siempre se ha descrito.

Relativo a los datos anteriormente expuestos presentamos la Tabla IV.

Vamos seguidamente a analizar nuestra conducta en cuanto a la terminación del parto.

Antes de seguir adelante, tenemos que manifestar, que en nuestro medio llamamos parto espontáneo, al que se ha efectuado bajo la vigilancia médica, por vía vaginal, en paritorio, aunque haya sido inducido o estimulado o se haya reparado el periné por desgarro o como tratamiento de una episiotomía previa.

TABLA IV

Extracción manual de placenta	55 casos
Distocias de hombros	26 »
Prolapsos de cordón	12 »
Revisión de cavidad	10 »
Atonía postparto	6 »
Acretismo placentario	4 »
Desgarro completo de periné	20 »
Desgarro de vagina	6 »
Desgarro de cuello uterino	5 »

Hecha esta consideración conceptual, diremos que del número total de partos tenidos en el año, 3.824 han sido espontáneos: 3.052, es decir, un 79'8 % y 772 partos operatorios, que representan un 20'2 %.

El número mayor de intervenciones, lo representan las vacuoextracciones, dando 375 casos, la mayoría asociadas a un parto analgésico, representando un 9'79 %

Le sigue la estimulación del parto, en cuanto a número con 309 casos, dando un 8'08 % y la inducción del parto, con 304 casos representan un 7'94 %. La inducción la efectuamos con 3 U. de Syntocinón diluidas en 500 c.c. de suero glucosado. La estimulación la efectuamos preferentemente, con dexaminocitocina por vía oral, evitando los partos prolongados, dilataciones estancadas muy obligados por las camas de que disponemos.

Partos analgésicos, hemos efectuado en 231 ocasiones, indicados como prueba de parto, tratamiento de partos prolongados, dilataciones estancadas, etc., representando un 6'04 %.

Los partos terminados por cesárea han supuesto 185 casos, lo que arroja un 4'83 %. Curiosamente fueron también 185 las cesáreas practicadas, en el año 1973, dando para los partos habidos en dicho año un 5'2 %, hemos, pues, rebajado esta cifra del arsenal tocúrgico.

Hemos tenido 874 casos de episiotomías y perineorrafias, cifra numéricamente alta, pero teniendo en cuenta, el número de primíparas, que ha sido de 1.397, vemos que buena parte de ellas, aún sumadas las perineorrafias, que fueron 346 y no siempre en primíparas, han tenido el periné íntegro. No sistematizamos, pues, la episiotomía en primípara.

En las presentaciones podálicas que han sido 139 casos, dando un 3'69 % de las presentaciones, hemos efectuado 118 ayudas manuales, habiéndose resuelto los 21 casos restantes por vía alta, en casos de primíparas añosas, estenosis pélvica, etc.

Las demás intervenciones, son muy escasas numéricamente, así hemos efectuado 11 versiones, casi todas en gemelos, 6 grandes extracciones, por lo general, en las mismas circunstancias, 4 fórceps, estos en

prematuros, para aliviar el expulsivo y obviar el posible cefalohematoma, una sinfisiotomía y una basiotripsia.

Igualmente se ha efectuado 7 histerectomías postparto: cuatro por acretismo placentario, una por apoplejía uteroplacentaria, una en una tercera cesárea con desgarró de las dos comisuras e interesando a las dos uterinas y una en una cesárea en un útero con un gran mioma.

Estos datos de terminación del parto, están reflejados en la Tabla V.

TABLA V

Número de partos espontáneos	3.052
Número de ayudas manuales	118
Vacuextracciones	375 - 9'79 %
Partos analgésicos	231 - 6'04 %
Gran extracción	6
Versión	11
Cesáreas	185 - 4'83 %
Partos inducidos	304 - 7'94 %
Partos estimulados	309 - 8'08 %
Episiotomía y perineorrafia	874
Perineorrafia	346
Fórceps	4
Sinfisiotomía	1
Basiotripsia	1
Histerectomía postparto	7

Por lo que respecta al puerperio, las complicaciones que hemos tenido, han sido las siguientes por orden de frecuencia: 6 casos de legrado puerperal inmediato (dentro de las 48 horas del parto), en casos de retención de cotiledones placentarios. De éstos, 4 fueron en partos domiciliarios.

Endometritis postparto, sólo hemos observado en tres ocasiones, cifra muy baja, teniendo en cuenta las frecuentes roturas prematuras de bolsa que tratamos y que no dudamos que el tratamiento profiláctico, el que evita la mayor morbilidad infecciosa en estos casos.

Hemos tenido un caso de tromboflebitis, en una puérpera portadora de varices, cuadro que cedió muy bien al tratamiento.

De eclampsia postparto, hemos tenido 3 casos, uno postcesárea.

También en el capítulo de complicaciones, puerperales, tenemos un caso de hemorragia puerperal que cedió con tratamiento médico y un caso de fístula ureterovaginal postcesárea.

La Tabla VI, recoge los datos relativos al puerperio.

TABLA VI

Legrado puerperal	6
Endometritis postparto	3
Eclampsia puerperal	3
Tromboflebitis	1
Hemorragia puerperal	1
Fístula ureterovaginal (postcesárea)	1

El capítulo de las indicaciones de las cesáreas, puede desglosarse así: por orden de frecuencia, son las desproporciones feto-pélvicas las que van en primer lugar, con 51 casos, con diversas presentaciones.

El diagnóstico de desproporción, lo hacemos con ayuda de la pelvimetría radiológica, según la técnica de Thoms. Últimamente asociamos a este estudio, el ecográfico, del que ya vamos teniendo cierta experiencia. No obstante, en muchos de estos casos de desproporción, hemos practicado prueba de parto, antes de efectuar la vía alta.

El sufrimiento fetal, intraparto, es la segunda indicación en orden de frecuencia 43 casos de sufrimiento, han sido tributarios de cesárea.

La cardiotocografía externa, la utilizamos en los fetos de riesgo elevado para la vigilancia del parto o la inducción del mismo. Últimamente obviados algunos inconvenientes técnicos, practicamos la cardiotocografía interna, para el mismo fin y pretendemos sistematizar en dichos casos el estudio del pH fetal intraparto, dependiendo para la obtención de los datos bioquímicos, de la Unidad de Cuidados Intensivos.

La inserción ectópica de la placenta, en su variedad de placenta previa central, nos ha motivado 19 casos de cesárea, en dos casos con placenta acreta.

En 10 casos hemos cesareado por antecedentes de dos cesáreas anteriores aunque hemos obtenido partos vaginales en casos similares.

Otro motivo de cesárea lo ha representado el prolapso de cordón, 10 casos y las presentaciones viciosas, 7 casos de transversa en primípara.

Igualmente hemos cesareado 7 casos de nalgas en primípara, con pelvis límite.

Hemos de apuntar, que, además de efectuar estudios de los diámetros pélvicos, en estos casos, hacemos una cefalometría fetal, por ecografía, para estar a cubierto de las desagradables distocias de cabeza última.

TABLA VII

Desproporción fetopélvica, encefálica	37 casos
Sufrimiento fetal, en cefálica	31 »
Placenta previa central	19 »
Por dos cesáreas anteriores	10 »
Cesárea anterior y desproporción	9 »
Prolapso de cordón	9 »

Cesárea anterior y sufrimiento fetal	8	»
Transversa en primípara	7	»
Gestación prolongada	7	»
Nalgas en primípara	7	»
Nalgas y desproporción	5	»
Frente en primípara	3	»
Abruptio placentae	3	»
Nalgas y sufrimiento fetal	4	»
Fiebre intraparto y sufrimiento fetal	3	»
Cesárea anterior	2	»
Utero arcuato bicolli	2	»
Esterilidad primaria	2	»
Cesárea anterior y presentación podálica	2	»
Isoinmunización Rh	2	»
Diabetes y fracaso de inducción	2	»
Infertilidad y transversa	1	»
Nalgas y prolapso de cordón	1	»
Infertilidad	1	»
Nalgas e interés fetal	1	»
Transversa en diabética	1	»
Amenaza de rotura uterina	1	»
Parto prolongado	1	»
Nalgas en diabética	1	»
Por tres cesáreas anteriores	1	»
Cesárea anterior y transversa	1	»
Por feto hidrocefalo	1	»

La gestación prolongada, estudiada citológica y ecográficamente, además de con amnioscopia en los casos de cuello favorable, sin que de resultado la inducción aún repetida, ha sido motivo de cesárea en 7 casos.

Otras indicaciones de cesárea, han sido: esterilidad primaria en primíparas añosas 2 casos; diabetes y fracaso de inducción, otros dos casos isoimmunización Rh, dos casos, etc.

En la Tabla VII, han sido expuestos todos los casos en que se ha practicado cesárea con su indicación.

Pasemos inmediatamente al capítulo del recién nacido.

Tenemos que manifestar, que desde la puesta en marcha del Servicio Jerarquizado de Tocoginecología de la Residencia Sanitaria «Capitán Cortés», de Jaén, estamos realizando y publicando las estadísticas de nuestro Servicio. Ahora bien, no dudamos, de que son incompletas, en el capítulo que vamos a comentar.

No podemos dar una idea real, de la patología del recién nacido.

Las madres de partos espontáneos, son dadas de alta a los dos días, quedando retenidas las madres de niños prematuros o los portadores de patología a su nacimiento, tratándose en los Servicios de Microsomáticos, Hematología, etc.

Igualmente los datos que damos, son por calificación desde el punto de vista «obstétrico». Por ello esperamos que una labor conjunta con el Servicio de Pediatría, en cuanto a la faceta estadística, nos completará los próximos trabajos de estadística, que aspiramos a mejorar cada vez.

De los 3.865 recién nacidos, y clasificándolos por los pesos, hemos tenido los siguientes de mayor frecuencia ya agrupados: 1.471 tenían de 3.000 a 3.499 grs. siguiéndoles los de entre 3.500 y 3.999 grs. que sumaron 1.242, siendo estos dos grupos los dos tercios del total. Limitando estos pesos por debajo están 475 recién nacidos, que han pesado entre 2.500 y 2.999 grs. y 429 que han pesado entre 4.000 y 4.499 grs.

De prematuros, o sea, con menos de 2.500 grs., hemos tenido 146, como ya expusimos en los datos globales de la Tabla I.

La Tabla VIII, recoge el peso y número de los recién nacidos.

En cuanto a mortalidad y teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, tenemos los siguientes datos: mortalidad fetal, 76 casos en cifras globales. En dicha cifra, se incluyen los fetos muertos extra o intraparto, extraclínica e intraclínica. La mortalidad fetal depurada, es decir, los fetos muertos intraclínica, han supuesto 35 casos.

En cifras estadísticas de mortalidad fetal global, tenemos un 19'87 ‰ y de mortalidad fetal depurada «precoz» un 9'12 ‰.

De los 35 casos de fetos macerados, uno de ellos era prematuro y otro era un hidrops por isoinmunización Rh.

De los 35 casos de mortalidad depurada, 17 fallecieron en el transcurso del parto, 7 corresponden a grandes prematuros; dos a fetos de madre diabética; dos de apoplejía uteroplacentaria y los demás de diversa etiología, que se reflejan en la tabla IX.

TABLA VIII

Menos de 1.000 grs.	1
De 1.000 a 1.499	18
De 1.500 a 1.999	31
De 2.000 a 2.499	96
De 2.500 a 2.999	475
De 3.000 a 3.499	1.471
De 3.500 a 3.999	1.242
De 4.000 a 4.499	429
De 4.500 a 4.999	83
De 5.000 a 5.499	17
De 5.500 a 5.999	2

TABLA IX

Muertos y macerados a término	33
Muertos intraparto	17
Grandes prematuros	7
Acráneos	4
De madre diabética	2
Muertos anteclínica	2
Prematuro muerto y macerado	1
Hidrops muerto macerado	1
Por isinmunización Rh	1
Por distocia de hombros	1

Por cesárea en placenta previa	1
Por apoplejía uteroplacentaria	2
Acondroplásico	1
Cesárea en útero didelfo	1
Espina bífida	1
Distress respiratorio	1

Hemos tenido 17 recién nacidos con malformaciones, dando un 0'44 %. Las malformaciones más frecuentes, han sido las de las extremidades, con 5 casos, le siguen los acráneos con 4 casos, uno de ellos asociado a labio leporino, la espina bífida con dos casos, hidrocefalos con dos casos, etc.

Todos ellos se relacionan en la Tabla X.

TABLA X

Acráneos	3 casos
Espina bífida	2 »
Hidrocefalo	2 »
Polidactilia	2 »
Acráneo y labio leporino	1 »
Acondroplásico	1 »
Labio Leporino	1 »
Hipospadias	1 »
Hidrops, por isoinmunización Rh	1 »
Focomelia del miembro superior derecho	1 »
Pie equino varo	1 »
Pies zambos	1 »

Para ultimar el capítulo de Obstetricia, vamos a comentar las necesidades de sangre que hemos tenido en todos los casos antes dichos.

Teniendo siempre presente lo cuenta de nuestra especialidad, nos llama la atención al revisar, los casos de transfusión, que hemos solicitado al Servicio de Hematología, para tratar cuadros de anemia hemorrágica, que han sido muy escasos.

El Servicio de Hematología, nos ha suministrado durante el año 1974 exactamente 28 litros y cuarto, de un total de quinientos treinta y un litro y medio que ha consumido la Residencia, vemos, pues, la ínfima proporción de nuestras necesidades.

TABLA XI

Por aborto hemorrágico	4 casos
Por placenta previa	2 »
Por acretismo placentario	2 »
Por mola	1 »
Por apoplejía uteroplacentaria	1 »
Por retención placentaria	1 »
Por atonía postparto	1 »

¿Está influida esta economía, por algún factor? ¡Por supuesto! No cabe la menor duda que la consulta prenatal, además de relacionar a la paciente con el tocólogo y centro asistencial, sirve para que dichas pacientes orientadas al fácil ingreso, lo efectúen de buen grado, ante la menor muestra de sangre desterrándose el parto domiciliario, eso de una parte, y de otra, el intervencionismo en los abortos, la continua vigilancia y estudio en clínica de toda, metrorragia en la gestación y la sistemática del alumbramiento dirigido, han dado lugar a que sean menos, los dramáticos casos que se nos presentan en nuestro quehacer diario.

La Tabla XI, resume las indicaciones de las transfusiones practicadas con carácter de urgencia.

Otras transfusiones no urgentes se han prescrito, como tratamiento de anemias puerperales, con parto operatorio o espontáneo.

Seguidamente, comentaremos los procesos ginecológicos tratados durante el año 1974.

Las pacientes ginecológicas que hemos tenido en consulta externa suponen un 17 % del total.

Se han ingresado para someterse a tratamiento quirúrgico 153 pacientes, habiéndose efectuado un período de internamiento para diversos tratamientos médicos en 27 casos.

Por lo que respecta a las intervenciones, hemos practicado 83 intervenciones abdominales, 69 vaginales y una en mama.

De las 83 abdominales, en 62 casos, se han efectuado histerectomías con sus variedades de técnica, correspondiendo un caso a un Wertheim-Meigs y 31 casos, los más numerosos, a histerectomía total con doble anexectomía.

Aparte de la cirugía sobre útero, se han efectuado coforectomías en 7 casos, y anexectomías en 4 casos.

Por lo que respecta a las indicaciones, son las neoformaciones benignas, representadas por los miomas, las más abundantes, sobre la cirugía uterina, habiendo sido la causa de 36 histerectomías, es decir, el 50 % de las practicadas.

En el capítulo oncológico, tenemos un carcinoma de cuello de grado II operado mediante la técnica de Wertheim-Meigs, que falleció terminado el acto operatorio, sin que podamos achacarlo a ningún fallo quirúrgico, ya que la intervención discurrió sin ninguna anomalía.

Tenemos un caso de carcinoma «in situ» de cuello tratado con histerectomía total simple. E igualmente refiriéndonos al útero, tenemos 5 casos de carcinomas de endometrio.

El tener más carcinomas de endometrio que de cuello, aparte de que aquéllos están aumentando, se debe a que nos envían pacientes diagnos-

tidas, procedentes de diversos especialistas, teniendo siempre un material muy seleccionado.

Por otra parte, por no tener todavía sistematizado el «screening», no tenemos diagnósticos de carcinoma de cuello en fase incipiente.

También tenemos un caso de carcinoma de ovario, diagnosticado por la citología del líquido ascítico y un sarcoma del ligamento ancho, del lado izquierdo, diagnosticado en el acto operatorio.

Detallamos en la Tabla XII, las intervenciones abdominales realizadas.

TABLA XII

Histerectomía ampliada Wertheim-Meigs 1, por Ca, colli II

		13, por mioma. 5, por ca. de endometrio. 3, por cervicitis crónica. 3, por tumor anexial. 2, por metropatía hemorrágica. 2, por hiperplasia de endometrio. 2, por miomatosis uterina. 1, por pelvipatía de Gauss.
Histerectomía total Anexec. Doble ...	31	
Histerectomía total Anexec. Unica:	2	1, por mioma uterino. 1, por hiperplasia endometrio.
Histerectomía total simple	10	4, por mioma. 2, por miomatosis uterina. 1, por cervicitis crónica. 1, por hiperplasia endometrio. 1, por ca. «in situ» de cuello. 1, por metrorragia senil.
Histerectomía Subtotal y Anex. Doble	12	8, por mioma. 1, ca. de ovario. 1, por ca. de mama. 1, por quiste de ovario. 1, por anexitis crónica.
Histerectomía Subtotal y Anex. Unica	1	1, por mioma uterino.
Histerectomía Subtotal Simple	5	4, por mioma uterino. 1, por miomatosis.
Intervención de Strassmann		1, por útero bicorne.
Anexectomías	4	2, por endometriosis ovárica. 1, por quiste de ovario. 1, por anexitis.
Ooforectomías	7	3, por quiste de ovario. 2, quistes de ovario y gestación. 1, dermoide. 1, quiste de ovario torsionado.
Miomectomías	2	1, por miomatosis. 1, en mioma uterino.

Laparorrafías	3, en hernias laparotómicas.
Laparoscopias	1
Extirpación Tumor ligamento Ancho	1, sarcoma.
Apendicectomías	1, en apendicitis puerperal.

Así pues, el total de intervenciones abdominales ha sido: 83.

Por vía vaginal, hemos realizado 69 intervenciones. En más de la mitad, de los casos, corresponden a pequeñas intervenciones, como son 29 legrados-biopsias, 6 polipectomías, 5 drenajes de bartolinitis, etc.

Aparte de las metrorragias, son las distopias del aparato genitourinario, las causas de dichas intervenciones, así se han efectuado 7 histerectomías vaginales por prolapso uterino, 2 intervenciones de Manchester, colporrafías anterior y posterior en 4 casos y 3 plastias vesicales en incontinencia de orina.

La Tabla XIII, refleja todas las intervenciones vaginales efectuadas.

TABLA XIII

Histerectomía vaginal	7, por prolapso uterin
Intervención de Manchester	2
Vulvocleisis de Le Fort	2 (1, posthister. vag.)
Plastia de Emmet	1
Colporrafías anterior y posterior	4
Extirpación de mioma parido	1
Extirpación de Quiste Conducto de Gartner	1
Colpotomía del Douglas	1
Perineoplastia	1 (fístula de periné)
Legrados-biopsia	29
Sutura de la vulva	3, en traumatismos
Extirpación quiste de labio mayor	1
Polipectomía-biopsia	6
Incisión y drenaje de Bartolinitis	5
Extirpación de tabique vaginal	1
Total de intervenciones vaginales	69

Por último, hemos efectuado una extirpación de un fibroma de mama, órgano que en nuestro medio está reservado a los cirujanos generales y se ha indicado la práctica de radioterapia en una paciente, con recidiva de carcinoma de cuello.

Por lo que respecta al consumo de sangre y para terminar el capítulo de la Ginecología, diremos que lo mismo que en Obstetricia, la hemos economizado. Hemos solicitado transfusiones, en sólo dos casos ginecológicos, uno por metropatía puberal y otro por carcinoma de endometrio no habiendo necesitado sangre en ninguna de las intervenciones quirúrgicas practicadas.

Todas las piezas procedentes de intervenciones ginecológicas, así como los restos abortivos y las placentas con indicaciones clínicas, son enviadas al Servicio de Anatomía Patológica, para su estudio e informe.