

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**TESIS**  
**PRONOSTICO MATERNOFETAL**  
**POST EXTRACCION VIA**  
**CONTRANATURAL**

**POR**

**RODERICO GUILLERMO AGUJA ZUÑIGA**

Guatemala, Julio de 1976.

## PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. JUSTIFICACION
- IV. HIPOTESIS
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. RESULTADOS Y DISCUSION
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. RECOMENDACIONES
- IX. BIBLIOGRAFIA

La operación cesárea ocupa en la obstetricia moderna un lugar importante ( 1 ), cuyo aumento ha estado rela-cionado con el avance técnico y científico propio de nuestra época, dando lugar a discusiones el número de cesáreas que pueden practicarse sin que se incrementen los índices de morbimortalidad maternofetal.

Se deberá tomar en cuenta también que en toda mu-jer sometida previamente a una operación cesárea, y en quién la causa de la misma no persista de uno o mas niños posteriores, el nacimiento por vías naturales es frecuentemente posible y siempre deseable; según la tendencia de algunos autores y otros que se manifiestan en que debe practi-carse en forma rutinaria una nueva cesárea.

Constituye una rutina universalmente aceptada que toda paciente que ha sufrido dos cesáreas deberá ser operada en todos sus embarazos posteriores ( 2 ), de ahí la trascendencia de una valoración exhaustiva antes de definir para siempre el futuro obstétrico de una paciente determinada.

## OBJETIVOS

- A. Evaluación de las condiciones que motivaron la operación cesárea en pacientes atendidos en dos hospitales de la capital.
- B. Evaluar las condiciones que se realizaron dichas intervenciones.
- C. Evaluación de la asistencia y cuidado neonatal.
- D. Señalar, si las hubiere, las deficiencias en el manejo de la madre, el feto y el neonato y proponer soluciones a ellas.
- E. Determinar la valoración y manejo de los problemas médicos asociados en las pacientes intervenidas.
- F. Determinar la valoración del estado fetal antes de la intervención, independientemente si fue o no la causa que motivó la misma.
- G. Motivar la investigación del problema materno-infantil ( perinatal ) en nuestro medio, convencido de que constituye un aspecto importante en la salud pública nacional.

## JUSTIFICACION

Considero justificado efectuar el presente estudio, en vista de no existir, en nuestro medio, conocimiento sobre la morbi-mortalidad Materno-Infantil en relación con la operación cesárea, ya que constituye una de las bases para la instauración de unidades de cuidado perinatal que son factibles e indispensables para prodigar una mejor asistencia Materno-Infantil.

## HIPOTESIS

La operación cesárea es una intervención que, en la mayoría de los casos, tiende a minimizar el riesgo fetal. En condiciones ideales debiera ser mínimo también al riesgo materno, dados los avances actuales en el campo de la técnica quirúrgica y anestésica, así como en los conocimientos sobre el manejo post-operatorio; sin embargo, debemos aceptar que en muchas ocasiones, la operación cesárea constituye un procedimiento de urgencia, especialmente cuando el medio intrauterino es adverso al feto por causas diversas.

# MATERIAL Y METODOS

Se escogieron dos Hospitales de asistencia obstétrica de la Capital de Guatemala que se denominaron Hospital "A" y Hospital "B", habiendo revisado en cada uno de ellos en expedientes médicos de las últimas pacientes a quienes efectuó operación cesárea, en el año de 1975.;

Se indagaron estos expedientes para obtener la información que consideré importante, a fin de responder a los objetivos de este trabajo, y que aparece contenida en un cuestionario previamente elaborado (ver apéndice).

Sexo	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12
Mujeres	0	1	2	3	4	5
Hombres	0	0	0	0	0	0
Total	0	1	2	3	4	5

INSTITUTO VETERINARIO Y ZOOTECNICO DE GUATEMALA  
 CENTRO DE INVESTIGACIONES ZOOTECNICAS Y VETERINARIAS  
 GUATEMALA, GUATEMALA

HOSPITAL "A"

CUADRO No. 1

Cesáreas Previas  
Paridad 0. Paridad 1-5

Edad	Paridad					Total	Una		Dos	
	0	1-5	6-9	10-15	16-20		Una	Dos	Una	Dos
16-20 años	32	2				34	9	2		1
21-25 años	29	9				38	9		4	
26-30 años	10	4				14	2	1	2	
31-35 años	3	2	3			8		1		1
36-40 años	1	3				4		1	1	
41-45 años	0	2				2				
<b>Total:</b>	<b>75</b>	<b>22</b>	<b>3</b>			<b>100</b>				

La edad de las madres osciló entre 16 y 44 años con promedio de 30 años. La paridad representó un factor importante ya que se comprobó que una gran mayoría de esta población son madres a muy temprana edad.

No hubo antecedentes de cesáreas en 68 casos y en 32 si existió ese dato; habiendo entre estos un caso con 4 cesáreas anteriores.

Edad	Paridad					Total	Una		Dos	
	0	1-5	6-9	10-15	16-20		Una	Dos	Una	Dos
16-20 años	32	2				34	9	2		1
21-25 años	29	9				38	9		4	
26-30 años	10	4				14	2	1	2	
31-35 años	3	2	3			8		1		1
36-40 años	1	3				4		1	1	
41-45 años	0	2				2				
<b>Total:</b>	<b>75</b>	<b>22</b>	<b>3</b>			<b>100</b>				

Edad	Paridad 0					Paridad 1-5		Total	Dos o más		
	0	1-5	6-9	Una	Dos	Una	Dos		o más	Una	Dos
16-20 años	23	2		2	1		25	2	1		
21-25 años	31	10		6	6		41	6	6	2	
26-30 años	17	6	1	3	3		24	3	3	2	
31-35 años	2	3		1	0		5	1	0	1	
36-40 años	1	3	1		1		5		1	2	
41-45 años	0	0					0				
Total:	74	24	2	24	2		100				

La edad de las madres osciló entre 16 y 40 años con promedio de 30 años. La paridad en este cuadro nos demuestra que la mayoría de la población de este grupo son madres en una edad comprendida de 21 a 25 años.

No hubo antecedentes de cesárea en 70 casos y en 30 si existió ese dato; siendo de dos el mayor número de cesáreas; y encontrándose mayor incidencia de cesáreas repetidas en este grupo con respecto al grupo anterior.

Hospital "A"

CUADRO No. 3

	No. de Pacientes	%
Con Control Prenatal	51	51
Sin control Prenatal	49	49
Clasificadas en Clínica Prenatal como alto riesgo.	19	38.47

La mitad de las pacientes de este grupo tuvo control prenatal y de ellas un 38.47% fue clasificada como alto riesgo. Dos de las pacientes tuvieron su control prenatal con médico particular.

De las 19 pacientes clasificadas como alto riesgo 17

tenían cesáreas anteriores; una tenía RH, Negativo; y otra por presentación podálica en primigesta,

Hospital "B"

CUADRO No. 4

	No. de Pacientes	%
Con control prenatal	100	100
Sin control prenatal	0	0
Clasificadas en Clínicas prenatal como alto riesgo.	38	38

La totalidad de las pacientes de este grupo tuvo control prenatal y de ellas un 38% se clasificó como alto riesgo por las razones siguientes: Dos por estrechez pélvica; Una por primigesta en podálica, Una por aborto habitual; el resto de pacientes tenían cesáreas anteriores.

HOSPITAL "A"

CUADRO No. 5

Morbi-mortalidad Materna	Número	%
Endometritis Post-cesárea	11	57.89
Infección Urinaria	3	15.79
Fiebre no determinada	2	10.53
Infección de herida operatoria	1	5.26
Anemia Ferropriva	1	5.26
Schok Séptico	1	5.26
TOTAL:	19	100.00

En este cuadro se presenta la morbilidad observada: en pacientes post operadas; llamando la atención que la endometritis es la de más alta incidencia.

La paciente que presentó el cuadro de shock séptico falleció al 5º día de ser intervenida. Con este tipo de morbilidad se observó un promedio de días cama como sigue: tres días cama mínimo de estancia Hospitalaria; con un máximo de 17 días, con un promedio de 10 días.

Clasificación	Número	Promedio de días cama
Shock séptico	1	5
Infección de herida operatoria	1	3
Infección urinaria	2	17
Dehiscencia parcial de herida operatoria	1	10
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>10</b>

HOSPITAL "B"

CUADRO No. 6

Morbi-mortalidad Materna	Número	%
Endometritis Post-cesárea	7	43.75
Infección de herida operatoria	6	37.50
Infección Urinaria	2	12.50
Dehiscencia parcial de herida operatoria	1	6.25
<b>TOTAL:</b>	<b>16</b>	<b>100.00</b>

La morbilidad en las pacientes del Hospital "B" observamos que la endometritis es la complicación operatoria prevalente.

El promedio de días cama fue el siguiente: tres días como mínimo de estancia hospitalaria, con un máximo de 15 días con un promedio de 9 días.

Hospital "A" CUADRO No. 7  
COMPLICACIONES TRANS-OPERATORIAS

	No.	%
Dificultad para extraer cabeza fetal	6 40	40
Prolongación de herida uterina	5 33.33	33.33
Sangrado mayor de lo normal	4 26.67	26.67
Total:	15 100.00	100.00

Hospital "B" CUADRO No. 8  
COMPLICACIONES TRANS-OPERATORIAS

	No.	%
Prolongación de herida uterina	2	66.67
Sangrado mayor de lo normal	1	33.33
Total	3	100.00

Las prolongaciones de heridas uterinas que se presentaron fue hacia un lado del segmento, sin haber comprometido ninguna otra estructura anatómica.

No habiéndose presentado ninguna muerte materno-fetal durante el acto operatorio.

Hospital "A" CUADRO No. 9  
ENDOMETRITIS EN RELACION A SI EXISTIO O NO ANTECEDENTE DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

	No.	%
Endometritis	11	100
Con antecedentes de R. P. M.	3	27.27
Sin antecedentes de R. P. M.	8	72.73

Hospital "B" CUADRO No. 10  
ENDOMETRITIS EN RELACION A SI EXISTIO O NO ANTECEDENTE DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

	No.	%
Endometritis	7	100
Con antecedentes de R. P. M.	1	14.29
Con antecedentes de R. P. M.	6	85.71

Con la idea de determinar si existía alguna correlación entre endometritis y antecedentes de ruptura de membranas, se presentan las gráficas anteriores en los cuales al parecer el antecedente de ruptura prematura de membranas no es el factor principal como causa de endometritis. Como en todo estudio retrospectivo no es posible encontrar todos los datos y hechos que puedan explicar un fenómeno, pero queda la posibilidad de que el mayor número de endometritis encontradas estén relacionadas con causas intrahospitalarias ( tactos vaginales repetidos, falta de antisepsia adecuada, mala técnica quirúrgica, etc. )

Las causas determinantes de las cesareas al revisar los expedientes, encontramos como indicaciones principales las siguientes:

CUADRO No. 11

HOSPITAL "A"

Sufrimiento fetal	20
Desproporción céfalo Pélvica	19
Cesárea anterior	16
Estrechéz Pélvica	13
Enclavamiento en Posterior	10
Situación Transversal	5

Cont. Cuadro No. 11. Hospital "A"	
Presentación pelviana	4
Falta de progresión	4
Inminencia de ruptura uterina	4
Placenta Previa	2
Trabajo de parto prolongado	1
Amnioititis	1
Procúbito de cordón	1
Total:	100

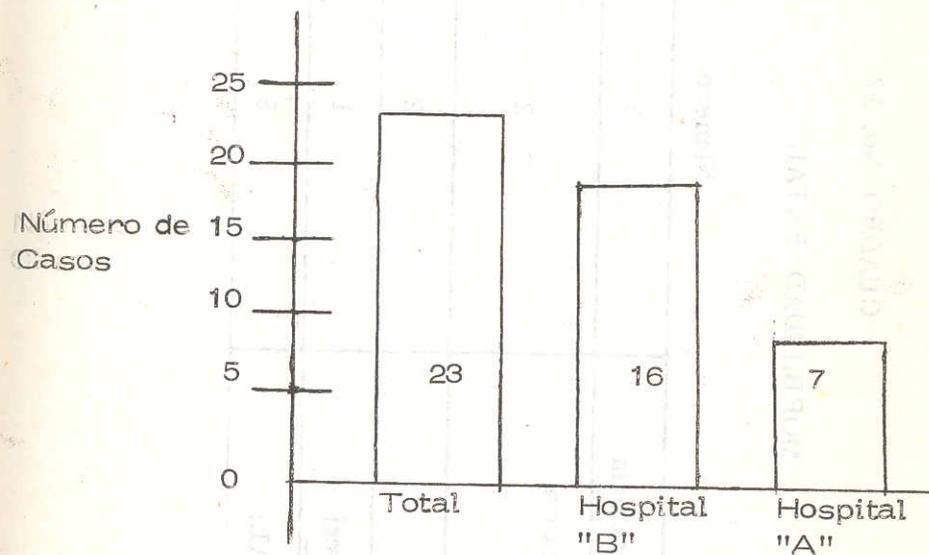
CUADRO No. 12

HOSPITAL "B"

Cesárea anterior	27
Estrechéz Pélvica	21
Desproporción céfalo Pélvica	15

Cont. Cuadro No. 12. Hospital "B"	
Sufrimiento fetal	13
Situación transversa	5
Presentación Pelviana	4
Falta de progresión	4
Ruptura prematura de membranas	4
Placenta previa	3
Enclavamiento en posterior	2
Inminencia de Ruptura Uterina	1
Ca in situ	1
<b>Total:</b>	<b>100</b>

OPERACIONES ESTERILIZANTES ENCONTRADAS  
EN LA MUESTRA  
GRAFICA No. 1



De las operaciones esterilizantes tipo pomerooy 16 se efectuaron en el Hospital "B" y 7 en el Hospital "A"; habiendo presentado alguna de estas pacientes en el post-operatorio las siguientes complicaciones: dos infección de herida operatoria; una endometritis.

MORBILIDAD FETAL		CUADRO No. 13	
MORBILIDAD FETAL		Número	%
Insuficiencia Respiratoria		3	37.50
Ictericia Fisiológica del Recién Nacido		2	25.00
Caput Succedaneum		2	25.00
Hemorragia Cerebral		1	12.50
<b>TOTAL:</b>		<b>8</b>	

De los niños nacidos por cesárea en este Hospital se encontró que dos presentaban anomalías congénitas: labio leporino y mielomeningocele. El SDRI fue la morbilidad de mayor incidencia y dos de los tres niños que presentaron este síndrome eran además prematuros y fallecieron; también falleció el niño con mielomeningocele y otro que presentaba hemorragia cerebral, que fuera extraído por cesárea por presentar sufrimiento fetal agudo.

Hospital "B"

CUADRO No. 14

## MORBILIDAD FETAL

	No.	%
Ictericia Fisiológica del Recién Nacido.	9	100
<b>Total:</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

La única patología que se encontró en los niños de este grupo fue ictericia fisiológica ya que no se demostró que fuera por incompatibilidad de grupo o factor RH.

HOSPITAL "A" CUADRO No. 15

Peso en gramos de los R. N.	Semanas de Gestación		
	36-37	38-39	40 o más
1501-2000	2	2	
2001-2500	2	3	2
2501-3000	6	9	18
3001-3500	4	13	23
3501-4000		5	6
4001-0 más			5
Total:	14	32	54

En este grupo se observó que el peso de los Recién Nacidos osciló entre 1900 gramos que era el de menor, peso a 4,100 gramos que era el de mayor peso.

En 11 casos el peso fue inferior a 2500 gramos.

HOSPITAL "B"

CUADRO No. 16

Peso en gramos de los R. N.	Semanas de Gestación		
	36-37	38-39	40 ó más
1501-2000	0	0	0
2001-2500	4	3	2
2501-3000	9	16	17
3001-3500	1	11	21
3501-4000		5	10
4001 ó más			1
Total:	14	35	51

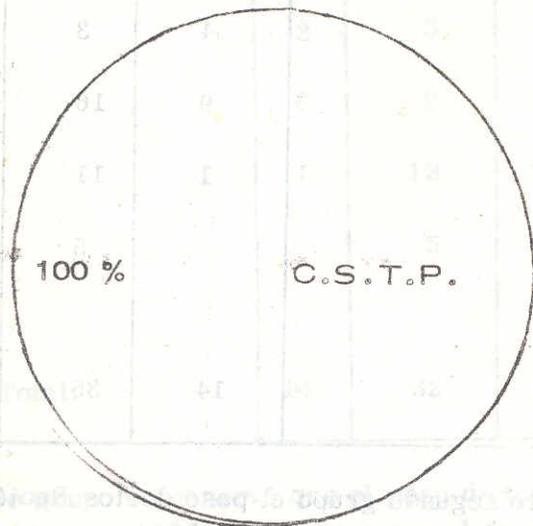
En este segundo grupo el peso de los Recién Nacidos osciló entre 2,100 gramos que era el menor peso, a 4,100 gramos que fue el de mayor peso.

En 9 casos el peso fue inferior a 2,500 gramos.

TIPOS DE INCISION UTERINA

GRAFICA No. 2

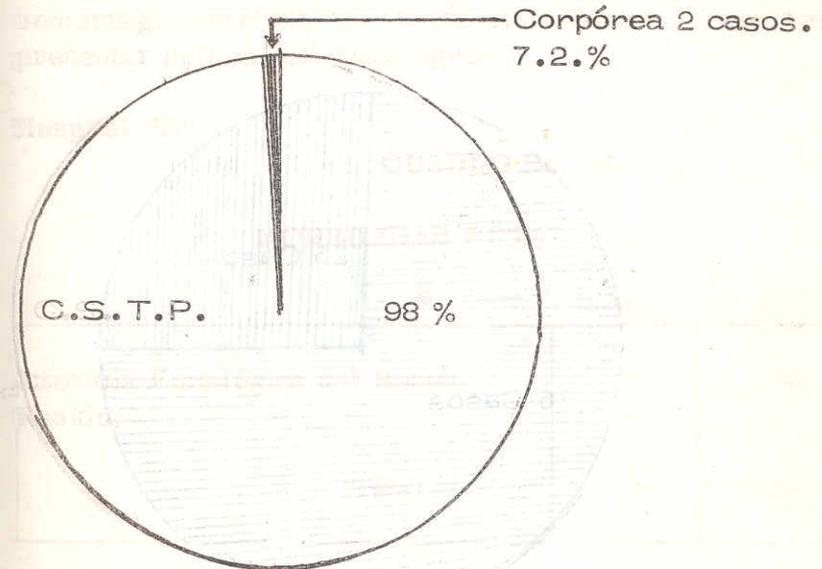
HOSPITAL "A"



A todos los casos de este grupo se les intervino con cesárea segmentaria trans-peritoneal.

GRAFICA No. 3

HOSPITAL "B"

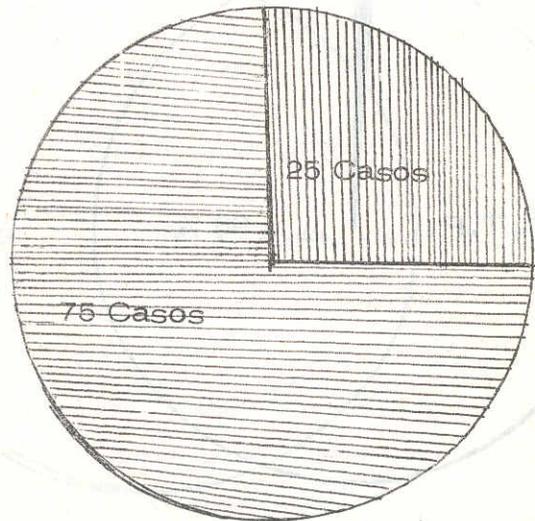


A 98 pacientes de este Hospital se les efectuó cesárea segmentaria trans-peritoneal y a dos cesárea corpórea; una por situación transversa y la otra por Ca. in situ epidermoide a la cual se le practicó también histerectomía.

TIPO DE ANESTESIA

HOSPITAL "A"

GRAFICA No. 4



Anestesia general



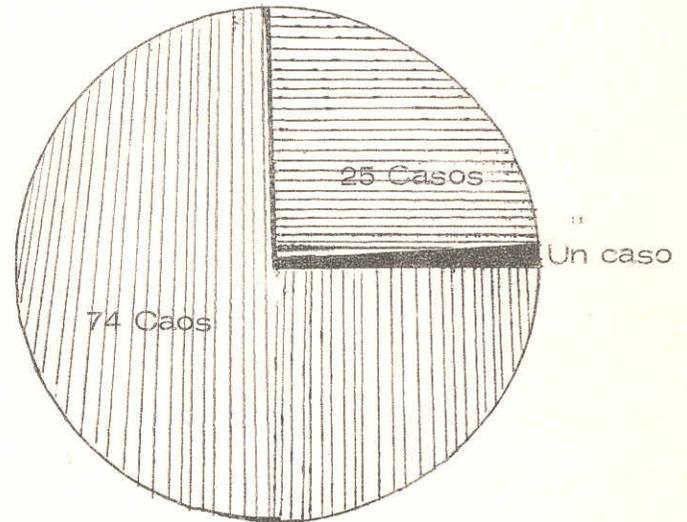
Anestesia epidural



TIPO DE ANESTESIA

HOSPITAL "B"

GRAFICA No. 5



Anestesia general



Anestesia raquídea



Anestesia epidural



APENDICE

1. Hospital \_\_\_\_\_ 2) No. Expediente \_\_\_\_\_
3. Edad de la paciente \_\_\_\_\_
4. Paridad: G \_\_\_ P \_\_\_ AB \_\_\_ C \_\_\_
5. Control Pre-natal Si \_\_\_ No. \_\_\_
6. Clasificada en clínica pre-natal como alto riesgo  
Si \_\_\_ No \_\_\_
7. Antecedentes:
  - a) Patológicos:
  - b) Operaciones:
  - c) Traumatismo:
8. Complicaciones durante el embarazo
9. Duración del Embarazo
10. Diagnóstico Pre-Operatorio
11. Diagnóstico Pos-Operatorio
12. Complicaciones trans-operatorias

13. Tipo de anestesia
14. Tipo de incisión operatoria
15. APGAR del R.N. \_\_\_\_\_, Peso \_\_\_\_\_, Sexo \_\_\_\_\_
16. Morbi-Mortalidad Materna
17. Morbi-Mortalidad Fetal

## CONCLUSIONES

1. Las indicaciones de la cesárea en la actualidad son muchas, pudiendo ser motivadas por problemas maternos o para salvaguardar la vida del producto.
2. El 8.58% de fetos vivos presentó complicaciones relacionadas directamente con la operación cesárea o con las causas que las motivó.
3. La edad promedio de las cesáreas fue de 30 años; siendo el grupo más numeroso el comprendido entre 21 y 25 años.
4. Un 10% de los Recién Nacidos fueron prematuros.
5. La morbilidad materna de la muestra fue de 17.50%.
6. La mortalidad materna de la muestra fué de 0.5%.
7. La morbilidad neonatal de la muestra fue de 8.5%.
8. La mortalidad neonatal de la muestra fue de 2. %
9. La mortalidad In Utero fue de 0. %.
10. Un 1% de los Recién Nacidos presentó anomalías congénitas.
11. El pronóstico fetal en los dos grupos fue bueno.

- CONCLUSIONES
12. El tipo de incisión uterina seguida en mayor número de veces fue la de Kerr.
  13. Las principales indicaciones de operación cesárea en nuestro estudio fueron:
    - I. Hospital "A": sufrimiento fetal; desproporción céfalo pélvica; cesárea anterior.
    - II. Hospital "B": Cesárea anterior; estrechez pélvica; desproporción céfalo pélvica.
  14. El mayor número de anestésicos en el Hospital "A" fué epidural y en el Hospital "B" general.
  15. En ninguno de los dos Hospitales investigados se encontró complicaciones secundarias directamente a la anestesia.
  16. La cirugía más frecuente concomitante fue esterilización quirúrgica con la técnica de Pomeroy.
  17. Un 22% de las cesáreas efectuadas fueron electivas.
  18. De las cesáreas electivas se obtuvieron un 9.09 de - Recién nacidos prematuros.
  19. Un 75.5% de las pacientes de la muestra tuvo control prenatal.

## RECOMENDACIONES

1. En toda cesárea electiva se efectúe amniocentesis para diagnóstico de madurez fetal.
2. Se recomienda dar una mayor orientación a las madres sobre la importancia del control prenatal.
3. Promover investigaciones para encontrar la causa de fiebre post-operatoria de etiología no determinada.
4. En casos de cirugía concomitante (Pomeroy) es conveniente anotar la autorización de la paciente y/o compañero.

## BIBLIOGRAFIA

1. MARCUSHAMER, KARSCHMER, S. y MONROY, A.  
Morbilidad materno-fetal en cesárea iterativa. Análisis de 1,000 casos.  
Ginec. Obst. Mex., XXIII: 613-626 mayo, 1968
2. RODRIGUEZ ARGUELLES, J., ESPINOSA de los REYES, V. SALDAÑA, G. R.  
Factores determinantes de la mortalidad perinatal en la operación cesárea.  
Ginec. Obst. Mex., 23:667, mayo, 1968.
3. RODRIGUEZ de la FUENTE, F.: Consideraciones - hemodinámicas en el manejo analgésico y anestésico de la paciente embarazada en trabajo de parto con Dx. de toxemia.  
Ginec. Obst. Mex., 26:1, 1969.
4. FRAGOSO LIZALDE, David. Comentario al trabajo "Morbimortalidad Materno-fetal en cesáreas iterativa".  
Ginec. Obst. Mex., XXIII:627-630, mayo 1968.

5. DIAZ DEL CASTILLO. "Pediatria Perinatal": Cuidados del niño nacido por cesárea: Editorial: Interamericana, S.A. Primera Edición; México D.F. pp. 3176329.

6. RODRIGUEZ ARGUELLES, J., SALDAÑA, G.R., y VASQUEZ, L.E. Morbilidad materno-fetal en la segunda cesárea. Ginec. Obst. Mex., 441-446, octubre, 1972.

7. Clínicas de Perinatología. "Medicina Perinatal" Mortalidad perinatal: perspectivas y tendencias actuales. Editorial: Interamericana, S.A. Primera Edición: México D.F. pp. 3.17

8. Clínicas de Perinatología. "Asistencia del Embarazo de Riesgo Alto". Factores prenatales y perinatales en la etiología y el resultado del síndrome de peso bajo al nacer. Editorial: Interamericana, S.A. Primera Edición, México D.F. pp. 197-212.

9. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. "Adelantos Clínicos Recientes" Aspectos estadísticos de la mortalidad perinatal, Editorial: Interamericana, S.A. Primera Edición, México D.F. pp. 295-310.

10. CLEMENTS J.A., et. al. Assessment of the risk of the respiratory distress syndrome by a rapid test for surfactant in amniotic fluid. New England J. Med. 286:1077, 1972. Obstetrical, Gynecological Survey, 27:716-17, 1972,

11. W PSCHYREMBEL Obstetricia Practica "Peligros en Cesárea Anterior" Edición 11ª Editorial Labor S.A. pp. 20.

12. Olson E.B., et. al. The use of amniotic fluid bubble stability, L/S ratio, and creatinine concentration in the assessment of fetal maturity Am. J. Obstet. Gynecol. 101: 755-760, July, 1975.

13. Jaime Moragues Bernat. Clínica Obstétrica "El porvenir obstétrico de las cesáreas" Edición 4o. Editorial: "El Ateneo" pp 768.

14. Williams., et. al. Obstetricia "Cesareas" Edición: 1o. Editorial: Salvat, S.A. México D.F. pp 1007-1031; 1973.

Edición: 1o. Editorial: Salvat, S.A. México D.F. pp 1007-1031; 1973.

Assessment of the risk of the respiratory distress syndrome by a rapid test for surfactant in amniotic fluid. New England J. Med. 288:1077, 1973. Obstetrical Gynecology 1973, 27:110-117, 1973.

Obstetric Practice "Peligros en Cesáreas Anteriores", Edición 1a. Editorial Labor S.A. pp. 20.

The use of amniotic fluid pH and amniotic fluid ratio, and fetal concentration in the assessment of fetal maturity. Am. J. Obstet. Gynecol., 101: 750-756, July, 1975.

Clínica Ginecológica "El porvenir obstétrico de las cesáreas", Edición 4a. Editorial "El Atenas", pp 768.

Br. Roderico Guillermo Aguja Zúñiga

Dr. Carlos Enrique Zea  
Asesor

Dr. Rodolfo Robles  
Revisor

Dr. Julio de León  
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero  
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto  
Decano