

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



ANALISIS DEL MANEJO DE LA PACIENTE CON CESAREA ANTERIOR EFECTUADA EN LOS HOSPITALES DEPARTAMENTALES DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA".
REVISION DE CASOS EFECTUADOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT, DURANTE LOS AÑOS COMPRENDIDOS DEL 1o. DE ENERO DE 1967 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1976).

HILMAR RENE MOLINA CASTELLANOS

PLAN DE TRABAJO

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. ANTECEDENTES
4. DEFINICION DE CESAREA
5. HISTORIA DE LA CESAREA
6. TIPOS DE CESAREA
7. INDICACIONES DE CESAREA
8. CONTRA-INDICACIONES DE CESAREA
9. ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA CESAREA
10. PRONOSTICO MATERNO
11. PRONOSTICO FETAL
12. CESAREA EN LA MUJER AGONIZANTE O MUERTA
13. PORVENIR OBSTETRICO DE LA PACIENTE CESARIZADA
14. MATERIAL Y METODOS
15. RESULTADOS DE LA REVISION
16. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

INTRODUCCION

El presente trabajo versa sobre un estudio y análisis acerca del manejo de pacientes con historia de cesárea anterior, practicada en Hospitales Departamentales de la República de Guatemala.

Por lo tanto, este estudio pretende ser una contribución importante para el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala; puesto que nos revela cuál es el tipo de cesárea que más frecuentemente se realiza en el área rural y la cantidad de pacientes que han sido cesarizadas con motivos justificados.

OBJETIVOS

1. Evaluar la frecuencia de pacientes con cesárea anterior departamental que ingresan al Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.
2. Determinar qué tipo de cesárea predominan en el área rural.
3. Determinar qué conducta siguen los médicos del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt con este tipo de paciente.
4. Evaluar si el manejo de este tipo de paciente es adecuado.
5. Satisfacer un interés personal en la rama de la Ginecología-Obstetricia.

ANTECEDENTES

El análisis del manejo de la paciente con cesárea efectuada en los Hospitales Departamentales de la República de Guatemala es el primero que se realiza en el ámbito nacional.

CESAREA

Se le llama cesárea a la extracción del feto por una vía diferente al canal genital, lo cual impone la abertura del abdomen y la incisión del útero (operación cesárea abdominal). Para llegar al útero, es necesario atravesar la cavidad peritoneal (cesárea transperitoneal) o rechazar el peritoneo sin penetrar en él (cesárea extraperitoneal). Extraído el feto y suturado el útero se concluye suturando la incisión abdominal.

HISTORIA:

Esta operación se conoce desde los tiempos míticos. Se practicó, desde la más remota antigüedad, después de muerta la madre y se le dió el nombre de cesárea que proviene de la palabra latina COESAR que significa incidir; pero su uso médico comienza con TRAUTMANN en 1610.

Antes de existir la asepsia y la antisepsia, la cesárea tenía un pronóstico mortal; pero una vez introducidas estas técnicas, SANGER, aumentó su seguridad y aconsejó la sutura del útero.

Al principio de este siglo, se practicaba por la incisión del cuerpo uterino únicamente (cesárea clásica), pero este tipo de cesárea era muy peligrosa para las pacientes con infección activa o potencial ya que morían de peritonitis postoperatoria.

En 1909 LATZKO, con el objeto de evadir la cavidad peritoneal describió la cesárea extraperitoneal, exponiendo el segmento inferior, al rechazar el peritoneo y la vejiga hacia un lado.

SELLHEIM, con el mismo objeto, aconsejaba la vía supravascular para levantar el peritoneo sin abrirlo.

KRONIG, en 1912, optó por hacer la intervención segmentaria transperitoneal; incidiendo transversalmente el peritoneo visceral, rechazaba el colgajo inferior y con él la vejiga hacia abajo, pudiendo abrir la porción inferior del útero en sentido vertical.

Hasta hace pocas décadas, en los casos impuros no se practicaba la cesárea extraperitoneal en forma real o mediante artificios, la cesárea debía ir seguida de una histerectomía. Hoy la mejor conducción de las distocias y la aplicación de los antibióticos han perdido el uso casi exclusivo de la cesárea segmentaria transperitoneal.

TIPOS DE CESAREA

CESAREA CORPOREA (clásica):

Al hablar de cesárea corporea en esta época, parecería - a primera vista extemporáneo; puesto que se piensa que por - las desventajas que tiene esta técnica, en comparación con la segmentaria, debería de abandonarse. Sin embargo, la llamada operación clásica tiene todavía, al presente, indicaciones que si bien escasas son precisas, por lo que es necesario cono - cerlas, así como sus peligros y complicaciones Materno-feta - les.

Después del establecimiento rutinario de las técnicas ba - jas, la cesárea clásica se dejó en el olvido y hasta se conside - ró que el cirujano que la practicaba no era competente y que esta cirugía era un menoscabo en su prestigio. Sin embargo, - la operación tiene su razón de ser dentro de la cirugía obsté - trica actual.

La técnica de esta operación es fácil y rápida. El trau - matismo sobre la madre es poco; y nulo sobre el feto.

Debe recordarse que los defectos cicatriciales predispo - nen a la ruptura uterina en el siguiente embarazo, en un gra - do mayor que cuando se efectúa la sección en el segmento - - uterino.

La justificación de esta operación se basa en la valoriza - ción de su utilidad en relación con el riesgo quirúrgico y las - consecuencias posteriores.

En general se puede decir, que es una intervención que - no debe de ser olvidada; que tiene indicaciones precisas, pero que sólo es conveniente efectuarla cuando no es posible reali - zar la técnica segmentaria.

Las indicaciones principales: Cáncer Cervical e imposibilidad de abordar el segmento uterino, concuerda con lo señalado por - diferentes autores; en contraste con otras indicaciones como: pla - centa previa, desprendimiento de placenta normoincorta y cesá - rea anterior corporal, cuya justificación no es aceptada general - mente. La indicación de situación transversa es dudosa, ya que - generalmente el segmento está muy extendido y es posible efec - tuar la extracción por la incisión segmentaria ampliando cuando sea necesaria.

La necesidad de una evacuación uterina muy rápida, como en la cesárea post-mortem, es otra indicación poco frecuente de la - cesárea clásica.

La imposibilidad de abordar el segmento uterino puede estar - condicionada a:

- a) Vejiga alta y fija (en cesárea iterativa)
- b) Adherencias firmes en segmento
- c) Tumores istmicos
- d) Varicosidades a nivel del segmento.

CESAREA SEGMENTARIA:

La cesárea segmentaria es la operación más practicada en el - presente porque ofrece mayores seguridades inmediatas y tardías. Podemos puntualizar en ella las siguientes ventajas:

- a) Con una laparatomía más pequeña, se aborda el útero en un - punto declive de la cavidad peritoneal donde la serosa es más resistente; y donde no se tropieza con el epiplón ni el intesti - no; disminuyendo así, el manipuleo intestinal y por lo tanto - hay menor incidencia del shock neurogénico o de ilio adiná - mico post-operatorio.

- b) En esta región, el peritoneo puede ser despegado y permite después una peritonización, con menor probabilidad de adherencias posteriores.
- c) La menor vascularización del segmento da menos hemorragia.
- d) Después de la extracción del feto y la placenta es más fácil de suturar y, en vista de que se realiza en el segmento inactivo del útero, cicatriza mejor.
- e) El asiento fijo y bajo de la herida proporciona, en caso de infección, un mejor bloqueo y defensa.
- f) Se tiene menos probabilidades de incidir el útero en el sitio de incisión placentaria.

INDICACIONES DE CESAREA

1. MATERNAS:

1. La desproporción cefalopélvica: constituía casi la única indicación de la vieja obstetricia. Actualmente nos encontramos que las pelvis afectadas son muy pocas y en las pelvis viables es imposible asegurar si el parto se llevará a cabo por vía natural o bien por vía contranatural. Ya que el diagnóstico clínico y radiológico de desproporción media o relativa no autoriza a practicar la intervención, se deberá dar una prueba de trabajo de parto para determinar si la cabeza del feto se orienta bien y desciende excepto en las presentaciones podálicas. En algunas ocasiones, se puede usar perfusiones intravenosas con ocitocina para dar esta prueba. Con esta forma de actuar, sólo un 35% de cesáreas corresponden a un obstáculo de origen óseo (7).

2. Toxemias Gravídicas: Si la paciente no mejora después de un período de tratamiento médico para la pre-eclampsia, y si los medios para desencadenar el trabajo de parto fracasan debe practicarse una cesárea con el objeto de evacuar al feto y evitar complicaciones graves materno-fetales.

En la ecampsia, lo más lógico es la evacuación inmediata del útero; pero, desgraciadamente las pacientes eclámpicas resisten mal al shock operatorio y la mortalidad en estas pacientes es del 10 al 20% (7). Cuanto más crisis convulsivas halla sufrido la paciente peor será el pronóstico.

Como cada caso de eclampsia tiene una fisionomía y evolución particular, la conducta quirúrgica no puede ser sistemática. Cuando decimos que se debe evacuar el útero inmediatamente, no significa que se debe hacer cesárea sino que se -

debe administrar una perfusión intravenosa con oxitocina; salvo en aquellos casos en que exista otra indicación obstétrica agregada.

3. Distocias Dinámicas: La cesárea estará indicada en una distocia funcional siempre que:

3.1 Exista un verdadero trabajo de parto; es decir, que no se interpreten como anomalías de la contracción los fenómenos dolorosos del pre-parto.

3.2 Fracase un correcto tratamiento medicamentoso.

3.3 Puedan juzgarse, por experiencia, las ventajas y riesgos de una solución vaginal.

4. Patología Materna Intercurrente:

4.1 Hipertensión Arterial Agravada: Si la presión asciende, pese al tratamiento médico, la embarazada está expuesta a terribles complicaciones tales como: hemiplejías, hemorragias retinianas y retro-placentarias; siendo además, pésimo el pronóstico para el niño. Si no hay trabajo de parto y no se logra éste con una inducción, se practicará una cesárea.

4.2 Diabetes: Interrumpir el embarazo por cesárea en el período preterminal, sobre todo si hay macrosomía fetal, toxemia sobre agregada o si se ha controlado en forma deficiente la diabetes.

4.3 Nefropatías: Deberá practicarse la cesárea cuando la insuficiencia renal alcanza límites peligrosos y no es médicamente controlable.

5. Patología Ginecológica Asociada: (Distocia de partes blandas).

5.1 Malformaciones Congénitas: Hacen imposible o peligroso el parto vaginal.

5.2 Tumores: Carcinoma del cérvix; o algún quiste ovárico o fibroma que actúe como tumor previo.

5.3 Después de Cirugía Plástica Vaginal: Corrección de fistulas, prolapsos uterinos, etc.

6. Ovulares:

6.1 Placenta Previa: Los elementos que aquí sirven de pauta para indicar la cesárea son: La falta de control y gran magnitud de la hemorragia, el feto vivo en las proximidades del término, la distocia completa, la resistencia del cuello, las variedades oclusivas y la primiparidad.

No hay que olvidar que las variedades no oclusivas y la multiparidad son favorables y muy comunes (85%) (7) y que en ellas el método de Puzos logra con frecuencia una terminación fácil y exitosa.

6.2 Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normoíncerta:

Será tratado con cesárea cuando el feto esté vivo y viable; o aquellos en que, aún con feto muerto, el parto no se realiza dentro de las 6 horas y la paciente tiende a agravarse, la intervención operatoria debe acompañarse de transfusiones sanguíneas.

6.3 Procidencias del Cordón: Con feto vivo y dilatación incompleta es un motivo fundado de cesárea; superior a las tentativas de reducción.

7. FETALES:

7.1 Sufrimiento Fetal: Es frecuente notar que esta indicación se hace con ligereza. Los únicos datos clínicos -- que deben tomarse como base son: la aritmia y la bradicardia. La taquicardia por sí sola no plantea la extracción inmediata; sino que exige una mayor vigilancia.

7.2 Presentaciones Anormales: Las de hombro, las de frente o cara, y las podálicas acompañadas de dificultad en la dilatación o de problema pélvico.

7.3 Anomalías Fetales: Monstruos siameses.

8. Otras Indicaciones:

8.1 Cesárea Previa: Para algunos obstetras es indicación de que se ha de repetir la operación; pero para otros no lo es.

Por supuesto si persiste la indicación que motivó la primera cesárea; como la estrechez pélvica, todos los fetos de tamaño normal deben ser extraídos por vía abdominal.

Al decidir la ejecución de la cesárea electiva hay que asegurarse de que el feto sea maduro para sobrevivir, el momento oportuno para realizar la cesárea electiva es esperar que comiencen los dolores de parto o bien si se produce la ruptura espontánea de las membranas ovulares.

8.2 Tragedias Obstétricas: En algunas pacientes que padecen aborto habitual, en pacientes con muerte fetales intra-parto inexplicables, o en aquellas cuyos fetos anteriores murieron después de llegar al período de viabilidad, se

puede ejecutar la operación cesárea inmediatamente antes de la fecha en que con anterioridad murieron los fetos.

8.3 Inminencia de ruptura uterina:

8.4 Embarazo Prolongado: Cuando no se puede obtener respuesta al inducir el trabajo de parto.

CONTRAINDICACIONES DE LA OPERACION CESAREA

- 1) Muerte del feto: Siempre que existe indicación materna:-- (Desproporción feto-pélvica, algunos casos de desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa central-total).
- 2) Eclampsia: Salvo en caso de no responder a la inducción.
- 3) Anomalías fetales: La hidrocefalia, por ejemplo, ya que existen medidas de reducción, (craneocentesis).
- 4) En las Hemorragias graves: Mientras no mejore el estado general de la paciente, ya que la intervención aumentaría el riesgo de la mortalidad por el shock anestésico y quirúrgico.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA CESAREA

Los accidentes y complicaciones de la cesarea se dividen en:

1. Inmediatas:

- 1.1 Traumatismo Vesical: Se debe suturar en dos planos; dejando sonda vesical por diez días.
- 1.2 Hemorragia: Que puede originarse en la superficie de la sección del segmento, por atonía uterina a nivel de una rasgadura de los ángulos de la incisión, que puede acompañarse de lesión de la arteria uterina.

El tipo de anestésico influye sobre la intensidad de la hemorragia.

- 1.3 La delgadez del segmento: Expone a que se hiera al niño durante la incisión.
- 1.4 Traumatismo del feto en su extracción: (muy raros).
- 1.5 Por último tenemos un accidente de técnica que se debe evitar, y es la sutura del labio superior de la histerotomía con la pared posterior del útero (muy raros).

2. Mediatas:

- 2.1 La más importante es la peritonitis, que puede originarse por contaminación durante el acto operatorio o por propagación desde la cavidad uterina infectada en el post-operatorio.

- 2.2 Endometritis post-operatoria: Que altera el proceso de cicatrización del útero.

- 2.3 Infección de herida operatoria.

3. Tardías:

- 3.1 Son frecuentes las diastasis de los rectos.

- 3.2 Las eventraciones consecuentes a la mala cicatrización de la pared a causa de infección o hematoma.

PRONOSTICO MATERNO

Antes de 1939 la mortalidad materna alcanzaba un 50% (3-7).

El perfeccionamiento de las técnicas operatorias; el uso de antibióticos; mejores técnicas de anestesia; el uso corriente de plasma y sangre; mejores cuidados de la conducción del parto y manejo post-operatorio, han disminuido la mortalidad a un 0.4% en la actualidad (3-7).

CAUSAS DE MUERTE MATERNA:

Las más frecuentes son: la toxemia, la anestesia, la peritonitis, el shock y la anemia aguda post-hemorrágica.

MORBILIDAD MATERNA:

La morbilidad para la cesárea clásica es de 7% para los casos puros; 14% si se opera con membranas rotas y 40% si se practicaron ensayos previos de extracción fetal vaginal (7).

Para la cesárea segmentaria la morbilidad es de 15% (7) y deriva del acto operatorio e infección.

La acentuada morbilidad que existe en las pacientes cesarizadas puede ser explicada porque la mayoría de los casos se operan de emergencia sin una adecuada investigación y preparación pre-operatoria; y en la mayoría de veces, en malas condiciones generales: por hemorragias, trabajo prolongado, infección amniótica, anemia, hipoproteinemia, etc. (7).

PRONOSTICO FETAL:

El pronóstico fetal se ve afectado por:

1. Por la premadurez: En las cesáreas hechas por toxemia, placenta previa, incompatibilidad sanguínea, o por error de cálculo. La mortalidad oscila entre el 8 y 20% (7).
2. Por la anoxia:
 - 2.1 Por circunstancias que preceden a la operación: hipertensión arterial, placenta previa, cardiopatía, trabajo de parto prolongado, empleo de medicamentos, etc.
 - 2.2 Por el tipo de anestesia empleada.
3. Por anemia: En la incompatibilidad sanguínea y en la placenta previa.
4. Por hemorragias meníngeas: Sobre todo en los prematuros y en los casos de sufrimiento fetal intraparto.

OPERACION CESAREA EN LA MUJER AGONIZANTE O MUERTA

El feto puede vivir hasta 20 minutos; pero el intervalo usual ha sido de 2 a 10 minutos después de la muerte de la madre (1-3). El tiempo que dura la vida del feto depende de lo súbito de la muerte de la madre; vive más tiempo si la gestante muere de apoplejía, de un accidente, de hemorragia o de alguna enfermedad fulminante; mientras que si la madre tiene una agonía larga como las enfermedades de tuberculosis o cardiopatías, la muerte fetal es más rápida pues sus reservas de oxígeno están disminuidas por el cuadro crónico materno.

Desde tiempos muy antiguos, se hicieron esfuerzos por salvar al feto mediante la operación cesárea después de la muerte de la embarazada; pero eran tan malos los resultados, que por lo general se reprobaba el procedimiento.

En tiempos recientes, se ha ejecutado la operación con resultados más alentadores. Si la gestación es mayor de las 28 semanas no se debe perder ni un instante en efectuar la cesárea después de extinguirse la vida de la madre. Ni siquiera la ley hace obligatorio obtener el consentimiento del esposo o el de la familia; aunque por su propia protección, el médico debe obtenerlo con anticipación siempre que sea posible.

PORVENIR OBSTETRICO DE LA PACIENTE CESARIZADA

La cesárea deja en el útero una cicatriz la cual puede ser de excelente condición; sin embargo, aún en estos casos tiene riesgos de ruptura durante el embarazo (cesárea clásica) o bien durante el trabajo de parto (corporea y segmentaria).

El estudio radiológico (histerografía) debe efectuarse 5 meses después de realizada la operación cesárea. Las cicatrices defectuosas se muestran con imágenes saculares o en forma de muescas (7).

Frente a una paciente que ha tenido una cesárea anterior hay que analizar la causa y las circunstancias que rodearon la operación anterior. Saber qué tipo de cesárea le practicaron, si el personal fue calificado o si el post-operatorio fue complicado es de suma importancia para determinar la conducta.

En los casos en que la cesárea anterior fue accidental; es decir, por una distocia temporal y siempre que no exista contra indicación, se le puede dejar evolucionar parto por vía na-

tural, ya que éste devuelve a la mujer la confianza en sí misma. - (En nuestro medio el criterio que una cesárea impone otra no es un axioma).

MATERIAL Y METODOS

HUMANO

1. Personal del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, en su asesoría y en su revisión. (Dr. Rodolfo González Laylle y Dr. José Luis Chacón Montiel).
2. Personal del Departamento de Registros Clínicos y del Departamento de Estadística del Hospital Roosevelt.

MATERIAL

1. Libros de Operaciones de Labor y Partos y del Servicio Séptico del Hospital Roosevelt.
2. Historias Clínicas con diagnóstico de cesárea anterior departamental.
3. Boleta de investigación que fue creada para el efecto y que contiene los siguientes parámetros:
 - a. Origen de la paciente
 - b. Grupo Etnico de la paciente
 - c. Edad de la paciente
 - d. Hospital departamental donde se le efectuó la cesárea anterior.
 - e. Paridad de la paciente
 - f. Hijos vivos y muertos de la paciente
 - g. Si tuvo control prenatal
 - h. Si ingresa con trabajo de parto
 - i. Motivo de la cesárea anterior y motivo actual

- j. Tipo de cesárea anterior y actual
- k. Complicaciones durante la cesárea anterior y en la actual en el post y pre operatorio

METODO

Para investigar todo lo anterior, se revisaron los libros de operaciones de Labor y Partos y de Séptico de las fechas - - comprendidas entre el 1o. de enero de 1967 al 31 de diciembre de 1976. (10 años)

De la revisión efectuada se obtuvieron 68 casos clínicos con el diagnóstico de cesárea anterior departamental y sólo se pudo analizar 39 historias clínicas. El resto tenía número de registro equivocado y otras sólo se encontraban con un sólo apellido de la paciente, lo cual dificulta buscar el registro que corresponde según lo explicado por el Director de Registros Clínicos del Hospital Roosevelt.

EDAD DE LAS PACIENTES

| EDAD | No. DE PACIENTES | % |
|------------------|------------------|----------------|
| 15 - 20 | 2 | 5.13 |
| 21 - 25 | 11 | 28.21 |
| 26 - 30 | 12 | 30.77 |
| 31 - 35 | 6 | 15.38 |
| 36 - 40 | 5 | 12.82 |
| 41 - 45 | 2 | 5.13 |
| 46 y MAS | 1 | 2.56 |
| T O T A L | 39 | 100.00% |

El presente cuadro nos muestra los grupos de edad que prevalecieron en este trabajo.

El mayor porcentaje de población (58.98%) correspondió a las pacientes comprendidas en la 3a. década.

PARIDAD DE LA PACIENTE

| | No. DE PACIENTES | % |
|---------------------|------------------|----------------|
| NULIPARA | 0 | 0 |
| PRIMIPARA | 0 | 0 |
| PEQUEÑA MULTIPARA * | 30 | 76.92% |
| GRAN MULTIPARA ** | 9 | 23.08% |
| T O T A L | 39 | 100.00% |

* De 2-5 partos.

** Más de 6 partos.

El total de la población fueron pacientes multiparas siendo más frecuentes las pacientes que tenían de 2 a 5 partos.

GRUPO ETNICO DE LAS PACIENTES

| GRUPO ETNICO | No. DE PACIENTES | % |
|------------------|------------------|----------------|
| LADINO | 36 | 92.30 |
| INDIGENA | 3 | 7.70 |
| T O T A L | 39 | 100.00% |

Podemos observar que el 92.30% de pacientes es de origen ladino.

Debe tomarse en cuenta que, es una forma arbitraria la empleada por el Servicio de Admisión del Hospital para la asignación del Ladino o Indígena y por lo tanto no se puede obtener conclusión alguna.

HOSPITALES DEPARTAMENTALES DONDE SE EFECTUO LA -
CESAREA ANTERIOR

| HOSPITAL DEPARTAMENTAL | CST. | C.C. |
|------------------------|------------|--------------------|
| COBAN | 6 (15.38)* | 5(12.82)* 1(2.56)* |
| ESCUINTLA | 5 (12.82) | 5(12.82) |
| ANTIGUA | 4 (10.26) | 2(5.13) 2(5.13) |
| ZACAPA | 3 (7.70) | 1(2.56) 2(5.13) |

| HOSPITAL DEPARTAMENTAL | CST. | C.C. |
|------------------------|-------------------|----------------------------|
| IZABAL | 3 (7.70) | 2(5.13) 1 (2.56) |
| AMATITLAN | 3 (7.70) | 1(2.56)-2 (5.13) |
| SAN BENITO, PETEN | 2 (5.13) | 1(2.56) 1 (2.56) |
| RETALHULEU | 2 (5.13) | 1(2.56) 1 (2.56) |
| QUICHE | 2 (5.13) | 1(2.56) 1 (2.56) |
| JUTIAPA | 2 (5.13) | 2(5.13) |
| MAZATENANGO | 1 (2.56) | 1(2.56) |
| CHIQUMULA | 1 (2.56) | 1(2.56) |
| SOLOLA | 1 (2.56) | 1(2.56) |
| JALAPA | 1 (2.56) | 1(2.56) |
| TOTONICAPAN | 1 (2.56) | 1(2.56) |
| SAN MARCOS | 1 (2.56) | 1(2.56) |
| TIQUISATE | 1 (2.56) | 1(2.56) |
| T O T A L | 39(100.00) | 28(71.75) 11(28.19) |

* El número entre paréntesis es %.

No se puede sacar ninguna conclusión en vista de que únicamente tenemos los casos que se atendieron en el Hospital Roosevelt y no la población total cesarizada en cada Hospital como para determinar la incidencia del tipo de cesárea efectuada en cada uno de ellos.

CONTROL PRENATAL

| LUGAR DONDE SE EFECTUO EL CONTROL PRENATAL | No. DE PACIENTES | % |
|--------------------------------------------|------------------|---------|
| HOSPITAL ROOSEVELT | 16 | 41.03 |
| CENTRO DE SALUD DE LA CAPITAL | 1 | 2.56 |
| CENTRO DE SALUD DEPARTAMENTAL | 3 | 7.70 |
| MEDICO PARTICULAR | 6 | 15.38 |
| Total | 26 | 66.67% |
| SIN CONTROL PRENATAL | 13 | 33.33% |
| TOTAL GENERAL | 39 | 100.00% |

En este cuadro observamos que el 66.67% tuvo control prenatal. 41% de pacientes estuvieron controladas en el Hospital Roosevelt y el resto en otros Centros Asistenciales (Centro de Salud, Hospital Departamental, etc.) o con Médico particular.

33.33% no tuvieron dicho control; esto se puede deber a que dichas pacientes no tienen interés en hacerse un control antes de su parto ya sea por circunstancias sociales y económicas o por falta de un plan educacional por parte del Médico en su parto anterior.

RESOLUCION DE LOS CASOS

Se tiene como norma en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt que toda paciente que ingresa con diagnóstico de cesárea anterior realizada en un Hospital Departamental debe cesarizarse, ya que se desconocen los motivos de la cesárea anterior, el tipo de cesárea efectuada, el tipo de post-operatorio que tuvo y aún falta de datos de algún accidente durante la operación (rasgaduras, etc.).

PACIENTES QUE INGRESARON CON Y SIN TRABAJO DE PARTO

| INGRESAN CON TRABAJO DE PARTO | CON CONTROL PRE-NATAL | SIN CONTROL PRE-NATAL |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 26 (66.67) * | 14 (53.85) * | 12 (46.15) * |
| INGRESAN SIN TRABAJO DE PARTO | | |
| 13 (33.33) * | 12 (92.30) * | 1 (7.70) * |
| T O T A L : | | |
| 39 (100) * | 26 | 13 |

* El número entre paréntesis es %.

Es elevado el riesgo que corren las pacientes que ingresan con trabajo de parto pues se desconoce el tipo de cesárea efectuada. Es lamentable que más del 50% de pacientes con control pre-natal ingresaron entre ellas; cuando 100% de las que tuvieron control pre-natal debió ser ingresada con anticipación para realizar electivamente dicha operación.

TIPO DE CESAREA EFECTUADA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

| TIPO DE CESAREA | No. DE PACIENTES | % |
|---------------------|------------------|---------|
| CESAREA SEGMENTARIA | | |
| TRANSPERITONEAL | 36 | 92.30 |
| CESAREA CORPOREA | 3 | 7.70 |
| T O T A L | 39 | 100.00% |

A la mayoría se les efectuó cesárea segmentaria transperitoneal, y las 3 cesáreas corpóreas que se realizaron fueron por encontrar el hallazgo de segmento en mal estado general efectuándoseles Pomeroy.

TIPO DE CESAREA ANTERIOR

| TIPO DE CESAREA | No. DE PACIENTES | % |
|-------------------------------|------------------|----------------|
| CESAREA SEGMENTARIA | | |
| TRANSPERITONEAL | 28 | 71.79 |
| CESAREA CORPOREA (Clásica) | 11 | 28.21 |
| T O T A L | 39 | 100.00% |

El cuadro anterior se hace en base a los hallazgos -- operatorios hechos en la cesárea actual.

Nos damos cuenta que la cesárea segmentaria transperitoneal es la que prevalece en el presente trabajo con el 71.79%.

La cesárea corporea se encontró únicamente a 11 pacientes o sea el 28.21%. Hasta el momento se ignora el motivo de dicho procedimiento, ya que no se cuenta con historia clínica ni récord operatorio anterior.

Es muy importante hacer notar que, aproximadamente una de cada 3 pacientes ingresan con cesárea corporea es decir que una paciente que ingrese con cesárea departamental tiene más o menos 30% de probabilidades de tener cesárea corporea.

PESO DE LOS RECIEN NACIDOS EN LA CESAREA ACTUAL

| PESO EN LIBRAS | No. | CESAREA EMERGENCIA | CESAREA ELECTIVA |
|---------------------------|-------------------|--------------------|------------------|
| Menores de 5 ⁸ | 6(15.38)* | 4(10.26)* | 2(5.13)* |
| 5 ⁹ - 8 | 31(79.49) | 23(58.97) | 8(20.51) |
| Mayores de 8 ¹ | 2(5.13) | 2(5.13) | |
| T O T A L | 39(100.00) | 29(74.36) | 10(25.64) |

Rango entre: 4 lbs. a 8.12 lbs.

* El número entre paréntesis es %.

El Recién Nacido de menor peso obtenido en cesárea de emergencia fue de 4 libras y el de la cesárea electiva fue de 5.3 libras.

Es curioso que no se hayan tenido un mayor número de recién nacidos prematuros o de bajo peso en cesáreas electivas pues no es rutina efectuar examen de maduración pulmonar previo a la cesárea. Los recién nacidos prematuros o de bajo peso en cesárea de emergencia se justifican porque la conducta de la paciente en cesárea anterior departamental y trabajo de parto no es otra que la cesárea.

COMPLICACIONES:

No se encontraron complicaciones que hallan sido - referidas por las pacientes en la cesárea efectuada en el Hospital Departamentl ni se encontraron complicaciones quirúrgicas o post-operatorias de la efectuada en el Hospital Roosevelt.

CONCLUSIONES

- 1) Sólo se pudo revisar 39 casos de un total de 68 pacientes - encontradas ya que 29 tenían equivocado el registro clínico o tenía anotado el nombre incompleto de las pacientes - en el libro de operaciones, lo cual imposibilitó buscar en - el archivo correspondiente.
- 2) El 100% de pacientes eran multíparas.
- 3) El 59% eran pacientes entre 21 y 30 años.
- 4) Un 66% tuvo control pre-natal; pero sólo la mitad de ellas tuvo cesárea electiva ya que la otra mitad ingresó de emergencia con trabajo de parto.
- 5) El 100% de casos fue resuelto con cesárea siendo el 92% - cesárea segmentaria.
- 6) 1 de cada 3 pacientes tenía cesárea corporea.
- 7) No se encontraron complicaciones quirúrgicas ni anestésicas ni puerperales.
- 8) El 33.33% (13 pacientes) fue esterilizado y 10 por multiparidad (más de 5 partos) y 3 por encontrarse el segmento en malas condiciones para un futuro embarazo.

RECOMENDACIONES

- 1) Que todo el personal Médico del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt anote en el libro de operaciones - el número del registro clínico de la paciente y el nombre -- completo de ésta, para que dichos datos puedan servir al -- efectuar estudios estadísticos.
- 2) Solicitar información a los Hospitales Departamentales a través del Servicio Social acerca de la indicación de la cesárea, tipo de cesárea y complicaciones para determinar la -- conducta de resolución del parto; siempre que la paciente -- acuda a control pre-natal a este Hospital Roosevelt.
- 3) Si no se tuviera información, ingresar a la paciente para cesárea electiva evitando que ingrese en trabajo de parto.
- 4) Que el Personal Médico que realice una cesárea en los Hospitales Departamentales realice un plan educacional en la -- paciente sobre su futuro obstétrico y necesidad de control -- pre-natal.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Greenhill, J.P. Principios y práctica de obstetricia. de Delee. 2a. ed. México. Unión Tipográfica, - Editorial Hispano Americana. 1955. p.p. 1210-1261. 1538 p. ilus.
- 2) Beck, Alfred C. Obstetrical practice. By Alfred C. Beck and Alexander H. Rosenthal. Baltimore The Williams R Wilkins. 1955. p.p. 921-951. 1066 p. ilus.
- 3) Hellman, Louis M. Williams obstetricia. Barcelona, Salvat Editores. 1973 p.p. 1007-1030. 1076 p. ilus.
- 4) Davis, Carl Henry. (ed) Gynecology and obstetrics. Hagerstown, Maryland, W.F. Prior. 1950 Vol. 2 Capítulo 4. p.p. 1-60.
- 5) Maragues Bernat, Jaime. Clínica obstétrica 8a.ed. Buenos Aires, Editorial El Ateneo. 1960 p.p. 599-630. 715 p. ilus.
- 6) REVISTA de Ginecología y obstetricia de México. México D.F. Mayo 1970 Vol. 27 (163). Año XXV. p.p.527-538.
- 7) Schwarcz, Ricardo. Obstetricia. Por Ricardo Schwarcz, Silvestre Sala y Carlos Duverges Buenos Aires, Editorial El Ateneo. 1973 p.p. 848-865. 944 p.

G. Molina
GILMER BENES MOLINA CASTELLANOS.

Rodolfo Gonzalez Layle
Asesor.
Dr. Rodolfo Gonzalez Layle

José Luis Chacón Montiel
Revisor.
Dr. José Luis Chacón Montiel

Julio de Leon Mendez
Director de Espe III.
Dr. Julio de Leon Mendez.

Mariano A. Guerrero Rojas
Secretario General
Dr. Mariano A. Guerrero Rojas.

Vo. Bo.

Carlos A. Soto Gomez
Decano
Dr. Carlos A. Soto Gomez.