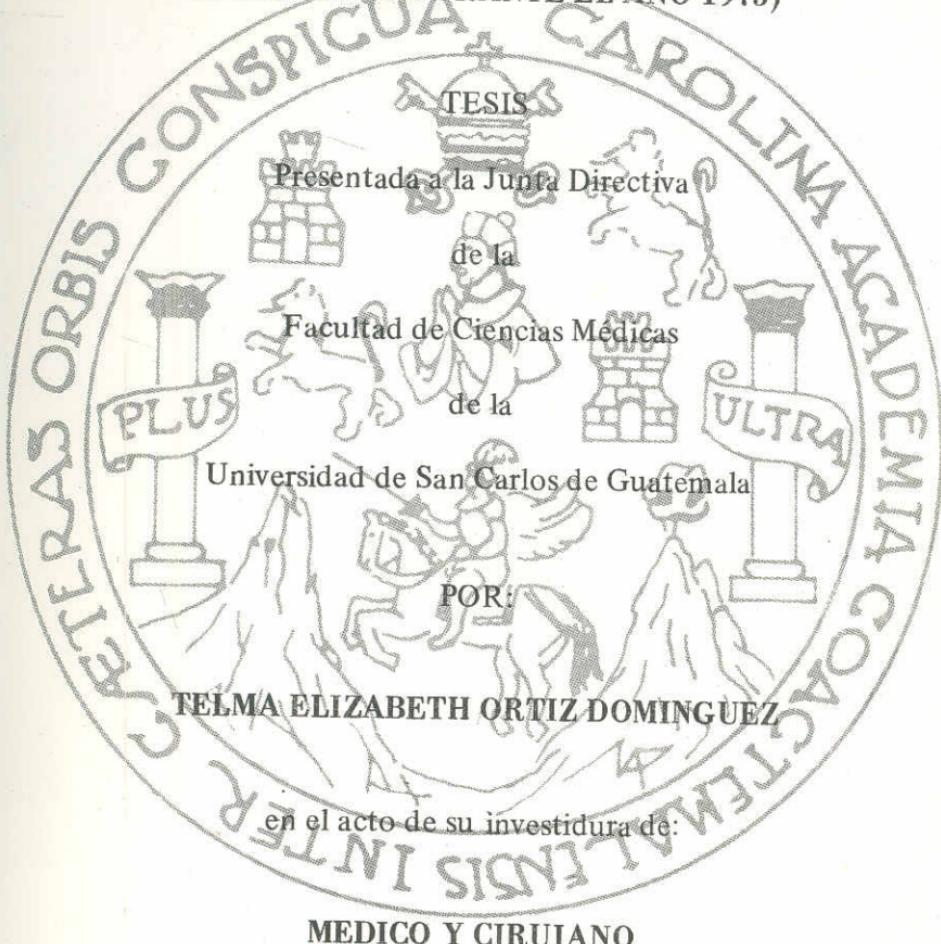


“OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE” (REVISION DE 123 CASOS EFECTUADOS DURANTE EL AÑO 1975)

TELMA ELIZABETH ORTIZ DOMINGUEZ

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

“OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL GENERAL
DE OCCIDENTE” (REVISION DE 123 CASOS
EFFECTUADOS DURANTE EL AÑO 1975)



CONTENIDO

1. INTRODUCCION
2. I PARTE
 - a) Historia de la Cesárea.
 - b) Etiología y definición.
 - c) Indicaciones y Contradicciones.
 - d) Incidencia.
 - e) Técnicas Operatorias.
 - f) Pronóstico.
3. II PARTE
 - a) Revisión de 123 casos de Cesárea efectuada en el Hospital General de Occidente durante el año 1975.
 - b) Conclusiones.
4. Recomendaciones.
5. Bibliografía.

INTRODUCCION

En el transcurso de la práctica como estudiante de medicina, y, a través del estudio de las diferentes ramas que comprende el vasto campo de las ciencias médicas, comienza una de las principales preocupaciones para el futuro médico en general, tal, es la de su aplicación práctica en los distintos problemas médicos que plantea la vida diaria, por ello considero que es de mucho interés y utilidad para todo médico conocer lo referente a la "Cesárea" y sus diversas técnicas operatorias; ya que en el conocimiento de su frecuencia en nuestro medio, del momento preciso para efectuarla, y las consecuencias que se derivan, de no hacerse así, radica el interés de su aplicación. Es por eso que he elegido como punto de tesis: la Cesárea, titulando mi trabajo "Operación Cesárea en el Hospital General de Occidente" (Revisión de 123 casos efectuados durante el año 1975), con el fin además de conocer las causas, complicaciones, edades más frecuentes, la Técnica Operatoria y la incidencia de la misma.

No es mi propósito profundizar en este tema, ni hacer de él un estudio exhaustivo, sino que más bien me guía la idea de lograr un mejor entendimiento del mismo, siendo mi intención presentar a grandes rasgos sus lineamientos generales y examinar con atención algunos aspectos de él, tales como: su Historia, Definición, Indicaciones, Incidencia, Técnica Operatoria y Pronóstico, y, finalmente presentar los resultados obtenidos en mi investigación.

HISTORIA:

Según cuenta la historia, la Cesárea anteriormente, es decir en sus inicios se practicaba únicamente en madres muertas. Sin embargo es de hacer notar que el parto por vía abdominal en la antigüedad no es mencionado por Hipócrates, Galeno, Celso, Sorano u otro escritor médico de ese tiempo. Existen algunas referencias al parto abdominal que fueron recopiladas durante los siglos V y VI después de Cristo y que aparecen en el Talmud, pero éstas, carecen de fundamento en términos de uso clínico.

Es hasta 1591 que se tiene conocimiento de la primera Cesárea practicada a una mujer viva, es atribuida al castrador alemán Jacob Nufes, de quien se dice llevó a cabo dicha intervención en 1500 en su mujer, llamando la atención que ésta sobrevivió teniendo más tarde dos partos normales a pesar de que en esta época se desconocía aún la sutura de la herida uterina producida por la Cesárea.

En 1581 habían aparecido las primeras publicaciones acerca de 14 casos de cesárea practicadas in vivo, sin embargo éstas no se consideran fidedignas pues únicamente se basan en relatos que sus amigos hacían al escritor François Rousselt.

En el año 1668 se publican por primera vez referencias autorizadas sobre la puesta en práctica de la intervención in vivo, ello gracias al trabajo del gran obstetra François Mauriceau. Dichas referencias demuestran que en esta época la Cesárea in vivo únicamente se practicaba en casos desesperados ya que por lo general era mortal, continuando la mortalidad materna por cesárea hasta principios del siglo XX.

Acerca de ello se pueden citar casos como los ocurridos en Gran Bretaña e Irlanda en 1865 donde la tasa de Mortalidad por Cesárea alcanzó el 850/o, en París durante los 90 años anteriores a 1876 no se realizó ni un sólo caso de cesárea con éxito.

El punto culminante en la evolución de la cesárea se produjo en 1882 cuando Max Sänger ayudante en la clínica universitaria de Leipzig introdujo la sutura de la pared uterina, la cual no se practicaba por la creencia de que era superflua y peligrosa. Con la introducción de la sutura uterina disminuyó la mortalidad en la intervención por hemorragia, dando paso a su vez, a que se idearan diversas técnicas quirúrgicas para superar dicho obstáculo; de éstas la primera puesta en práctica fue la técnica de Porro ya usada en tiempo de Sänger y que combinaba la cesárea con Histerectomía Subtotal con marsupialización del muñón cervical. Luego en 1907 fue descrita la primera intervención extraperitoneal por Frank, y se ha empleado hasta hace pocos años con varias modificaciones.

Según Kröning una de las ventajas de la técnica extraperitoneal consistía no sólo en evitar la cavidad peritoneal, sino más bien en abrir el útero a través de su segmento inferior y cubrir después la incisión con peritoneo, para ello dicho autor efectuaba una incisión a través del saco supravesical del peritoneo de un ligamento redondo a otro y separaba el peritoneo y vejiga urinaria del segmento uterino inferior y del cuello, luego abría el segmento inferior a través de una incisión media vertical y extraía el niño con Fórceps, después suturaba la herida uterina y se enterraba debajo del peritoneo vesical.

El paso siguiente en la evolución de la técnica moderna de la cesárea consistía en intervenciones más sencillas ideadas para disminuir la infección.

En 1926 Kerr introdujo una nueva modificación, pues, prefería que la incisión uterina fuera transversal y no longitudinal. En la actualidad la técnica de cesárea más empleada es la de Kerr.

Durante mucho tiempo los dos principales peligros de la cesárea fueron la infección y la hemorragia, consiguiéndose disminuirlas gracias a las mejoras en las técnicas quirúrgicas y asepsia, y con la introducción de antibióticos se logró que la

muerte por Peritonitis y otras infecciones sean una rareza. Con los bancos de sangre, y las transfusiones se han eliminado las muertes por Hemorragia. Es a consecuencia de estos avances que la cesárea que, en otro tiempo fue mortífera, en la actualidad es una de las operaciones más inocuas.

ETIOLOGIA Y DEFINICION:

El origen del término cesárea se considera obscuro, por lo que para definirlo se han considerado varias explicaciones que se describen a continuación:

1. Hay quienes sostienen que la operación cesárea recibió este nombre como un recuerdo de la forma en que llegó al mundo el célebre Romano Julio César. Hay quienes no están de acuerdo con dicha explicación y aducen que en épocas tan remotas (100 años A.C.) una cesárea debía llevar casi irremediablemente a la muerte a la parturienta, sin embargo la madre de Julio César vivió muchos años más después del nacimiento de éste.
2. Otros consideran que el nombre de la operación deriva de una ley romana que se cree fue promulgada por Numa Pompilio, la cual tratando de salvar al niño ordenaba que se practicara la intervención quirúrgica en mujeres fallecidas durante las últimas semanas del embarazo. Según esta explicación la ley llamada Lex Regia al principio, vino a llamarse Lex Caesarea en tiempo de los emperadores y la intervención propiamente dicha se conoció con el nombre de Caesarea.
3. Se cree que la palabra Cesárea pudo en algún momento de la Edad Media derivarse del verbo latino Caedere que significa cortar, y de allí deriva su nombre.

Respecto a la definición puede considerarse la Cesárea de varias maneras. Para algunos es el parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y útero. Otros sin embargo consideran la Cesárea como una Laparatomía con extracción de un niño por medio de una abertura en el abdomen.

INDICACIONES DE CESAREA:

Las indicaciones de Cesárea han sido tema de discusión, según las diversas circunstancias que requieran dicha intervención. Algunos consideran que la indicación más frecuente para realizar una cesárea es la Distocia, y, entre los casos de distocia se cuentan los siguientes:

- a) Desproporción Céfalo Pélvica
- b) Estrechez Pélvica
- c) Tumor en Canal del Parto
- d) Placenta Previa Total Central
- e) Situación Transversa
- f) Cáncer del Cuello Uterino
- g) Primiparaañosa con feto en Podálica
- h) Inminencia de Ruptura Uterina
- i) Presentación Podálica con cesárea anterior
- j) Falta de dilatación del cuello
- k) Fístula vesico vaginal o recto vaginal

Para otros como por ejemplo los de Estados Unidos la indicación principal y a veces única para realizar la cesárea la constituye la presencia de una cicatriz por cesárea anterior y se fundan en que la cicatriz corre riesgo de romperse durante el parto, por esta causa efectúan la mitad de cesáreas. La otra mitad la realizan como consecuencia de una serie de indicaciones entre las que figuran las que se mencionan a continuación, y, que fueron recopiladas gracias a un estudio que comprende 9,680 casos de cesárea realizadas en 10 clínicas de la Obstetrical Statistical Cooperative de 1965 a 1968:

1.	Disfunción Uterina	6.3o/o
2.	Presentación Anómala	11.2o/o
3.	Feto Grande	10.1o/o
4.	Distocia	51.4o/o
5.	Pelvis Estrecha	23.8o/o
6.	Cesárea Anterior	3.1o/o
7.	Placenta Previa	6.9o/o
8.	Desprendimiento Prematuro de Placenta	4.9o/o

9.	Hemorragia	11.8o/o
10.	Toxemia	3.3o/o
11.	Eclampsia y Preeclampsia	2.0o/o
12.	Hipertensión Crónica	1.3o/o
13.	Enfermedad Intercurrente	4.5o/o
14.	Primigrávida añosa	1.7o/o
15.	Infección Intraperitoneal	1.9o/o
16.	Rotura prematura de membranas	2.3o/o
17.	Sufrimiento Fetal	8.7o/o
18.	Incompatibilidad Rh	1.0o/o
19.	Misclánea	6.7o/o

Ahora bien, en algunos casos se hace necesario practicar una cesárea por una serie de indicaciones asociadas, de las cuales ninguna por sí sola justificaría la intervención.

CONTRAINDICACIONES:

No se conoce virtualmente en la práctica de la Obstetricia Moderna ninguna contraindicación para efectuar la cesárea, siempre que se elija la intervención adecuada. Sin embargo la cesárea se indica menos frecuentemente en casos en que el feto esté muerto o sea muy pequeño para sobrevivir, pero a la vez existen algunas excepciones en estos casos por ejemplo: a. Que la pelvis sea tan estrecha que impida el parto por vía vaginal. b. El desprendimiento prematuro de placenta con cuello duro, largo y sin dilatar. c. Placenta Previa. En lo que respecta a la indicación de cesárea solo por parte del feto, en la actualidad aún se discute su validez, ya que antiguamente esto no se consideraba fundamental para efectuar la intervención. Sin embargo en la práctica actual aumenta la tendencia de recurrir a la cesárea en casos de sufrimiento fetal.

INCIDENCIA:

También en lo que se refiere a este punto se han operado varios cambios, puesto que antiguamente se consideraba la eficacia de un servicio de obstetricia por el número de cesáreas

realizadas, considerándose mejor el que tuviera menos. Actualmente la cesárea se efectúa siempre que las circunstancias lo ameriten sin importar el número que se realice.

Además la incidencia es variable dependiendo de las clínicas, médicos tratantes, tipo de pacientes y países donde se realice. Así según Chase la incidencia en Estados Unidos oscila entre 4.2 y 5.7 o/o, en Inglaterra, Gales y Holanda 2.7 y 1.25 o/o respectivamente.

TECNICAS OPERATORIAS:

Antes de referirme a este aspecto he de mencionar que, se encuentran reconocidos tres tipos de cesárea y son:

1. Cesárea Clásica de Sänger, llamada también Conservativa.
2. La Transperitoneal, Cesárea baja de Latzo.
3. Cesárea seguida de Histerectomía de Porró.

Ahora bien, las medidas pre y post operatorias para cualquier tipo de cesárea son esencialmente las mismas que para cualquier intervención abdominal, con excepción de la premedicación, pues aquí únicamente se emplea atropina. La sonda vesical se retira el primer día de la operación, la paciente es ambulatoria y se le da de alta una semana después de la intervención.

CESAREA CLASICA:

A pesar de que este tipo ha sido ampliamente superado por la cesárea segmentaria, aún existen ciertas indicaciones valederas para efectuarla, entre éstas se pueden mencionar las siguientes:

1. La existencia de adherencias debidas a cesárea anterior, las que dificultan el acceso al segmento inferior; o bien puede existir una adherencia estrecha entre útero y vejiga urinaria lo que provocaría hemorragias intensas y lesiones en la vejiga si se realizara en forma segmentaria.

2. En los casos de feto en situación transversa, cuya extracción se dificulta a través de una incisión transversa, a menos que el feto sea pequeño.

3. Algunos consideran que la cesárea clásica es preferible en casos de placenta previa anterior.

TECNICA OPERATORIA:

Al igual que en la cesárea segmentaria, se evacúa la vejiga con una sonda intravesical, luego con la paciente en posición supina se efectúa una incisión abdominal media de más o menos 12 a 15 centímetros de longitud, si el útero se encontrara rotado es preciso colocarlo en su posición normal, con el fin de que la incisión vertical coincida con la línea media. Para mantener el campo operatorio seco, es menester colocar toallas alrededor de la incisión uterina y si es posible aspirar el líquido amniótico a través de un orificio que se efectúa en la bolsa de las aguas. Luego, se abre el útero en su cara anterior en la línea media, terminando la incisión por encima del colgajo peritoneal vesicouterino, la incisión se prolonga hasta alcanzar una longitud de 10 centímetros, se rompen las membranas y se introducen una o ambas manos a través de la incisión uterina y se efectúa la extracción fetal, ya sea haciendo presa en uno o ambos pies del niño, se colocan dos pinzas de presión al cordón, se corta éste entre ellas, y, se pasa el niño a uno de los ayudantes. Si la placenta se encuentra por debajo de la incisión hay que separarla tanto como sea posible, o seccionarla rápidamente, para así evitar hemorragia materna intensa. Además se administrará 0.2 mg de Ergotamina para asegurar la rápida contracción uterina.

Una vez terminada la extracción puede exteriorizarse el útero para su inspección, luego se pueden examinar los anexos. Si aún quedaran restos de placenta y membranas unidas al útero, deben extraerse en forma rápida y por completo. Despues se procede a cerrar la herida uterina de tal forma que los labios de la misma se ajusten entre sí, y, en esta forma controlar la hemorragia, esto se realiza por medio de sutura continua y con Catgut crómico No.0 ó No.1 que une la mitad interna del espesor

de los labios de la herida, después se aplica otra sutura continua con Catgut crómico que comprenda la mitad externa; por último una sutura que abarque el peritoneo y el Miometrio Superficial. Finalmente se procede a limpiar la cavidad abdominal y cerrar la herida por planos.

CESAREA TRANSPERITONEAL:

Por varias razones que a continuación se exponen esta es la intervención de elección:

- A) Disminuye el peligro de Infección Post-operatoria.
- B) Disminuye el peligro de Obstrucción Intestinal.
- C) La incisión se efectúa en una zona de menor actividad uterina.
- D) Se acompaña de menos hemorragia y es más fácil de cerrar que la incisión clásica.
- E) Es menor la probabilidad de que pueda romperse la cicatriz con un embarazo posterior.

TECNICA OPERATORIA:

Luego de evacuada la vejiga a través de una sonda intravesical, se coloca a la paciente en posición supina o en Trendelenburg ligero.

Luego de la debida asepsia y colocación de campos estériles, se procede a efectuar una incisión abdominal de más o menos 12 a 15 centímetros de longitud que va por encima del pubis hasta debajo del ombligo. Con separadores apropiados se desplazan hacia afuera los bordes de la incisión abdominal, exponiendo así la parte inferior del útero, con pinzas de disección se coge el peritoneo laxo por debajo de su inserción a la pared anterior del útero, luego se efectúa una incisión transversal, separando por disección romana el peritoneo y la parte posterior de la vejiga urinaria de la pared uterina, formando así dos colgajos, uno correspondiente al peritoneo uterino y otro más extenso formado por el peritoneo y la superficie posterior de la vejiga. La incisión uterina puede hacerse transversal o longitudinal. Se hace

la incisión inicial con bisturí complementándose con tijeras de punta romana, en caso de incisión transversal se puede practicar disección romana con los dedos. Luego para la extracción de la cabeza fetal, si la incisión es transversal no se plantea mayor problema, se introduce una mano entre la cabeza y la sínfisis, se rota la cabeza hacia atrás o si no una tracción simple hacia arriba basta para desprender la cabeza por extensión. Si la cabeza está muy profunda en el canal del parto, debe disponerse de un ayudante provisto de un guante estéril para que sea él quien la desplace hacia arriba empujando a través de la vagina.

Seguidamente de la extracción fetal se extrae y desprende la placenta, luego se pinzan los bordes de la incisión del miometrio con pinza de anillos las que han de hacer presa firme en los tejidos sin lesionarlos. Se comienza a cerrar por un extremo de la incisión con sutura continua. El material de sutura empleado es catgut acrómico número 0 ó 1. En segundo plano se cierran estructuras más superficiales del miometrio; luego de cerrado el segmento inferior se atrae el colgajo vesical el cual se sutura al colgajo del peritoneo visceral a través de sutura continua, por lo general con catgut crómico 00. Finalmente se sutura por planos.

La incisión transversal tiene varias ventajas por lo que se prefiere a la longitudinal, entre dichas ventajas se cuentan: se requiere separar menos la vejiga, se hace más fácil la extracción de la cabeza fetal, y, es probable que la incisión en su totalidad quede en el segmento inferior.

El peligro principal de la incisión transversa lo constituye la propagación de ésta hacia las arterias, por lo que la incisión transversal debe ser semilunar con la concavidad hacia arriba y procurando que sus extremos apunten hacia arriba y a 3 centímetros de las arterias uterinas.

En caso de lesionarse la arteria uterina es posible ligar el vaso con prontitud, evitando la hemorragia sin necesidad de practicar Histerectomía.

CESAREA SEGUIDA DE HISTERECTOMIA:

Luego de extraído el feto, ya sea mediante cesárea segmentaria o clásica, puede efectuarse la histerectomía, sea en forma supravaginal o total con conservación de los anexos. Se cierra la incisión uterina con sutura continua o puntos interrumpidos para prevenir una hemorragia excesiva. Luego se extrae el útero fuera de la cavidad abdominal y se seccionan los ligamentos redondos en cada lado entre pinzas y ligaduras. Se efectúa una incisión en la hoja anterior del ligamento ancho, a cada lado de manera que ambas crucen la línea media encima de la vejiga urinaria formando un colgajo de peritoneo vesicouterino.

Se pinzan doblemente las trompas de Falopio, ligamentos uteroováricos y vasos ováricos, además practicando doble ligadura. Luego se secciona la hoja posterior del ligamento ancho. Despues se diseña la vejiga y su colgajo peritoneal del segmento uterino. Se disecan las arterias uterinas, pinzándolas doblemente, se secciona y efectúa doble ligadura en la proximidad inmediata al útero.

Para practicar una histerectomía subtotal sólo es necesario amputar el cuerpo del útero a este nivel. Ahora bien, si la histerectomía es total se aconseja incidir la fascia pubocervical inmediatamente después de la ligadura de las arterias uterinas; dicha incisión se hace pasando alrededor del cuello. Luego se separa hacia abajo el peritoneo que cubre la cara posterior del cuello uterino, en este momento conviene seccionar los ligamentos uterosacros entre pinzas y ligaduras.

Despues con pinzas de Kocher se coge el tejido conectivo de cada lado, se secciona y se liga. Al realizar la histerectomía total despues de practicada la cesárea, estando el cuello uterino parcial o totalmente borrado, a veces se dificulta delimitar e identificar los límites inferiores del mismo; lo que ayuda a identificar la unión cervicovaginal, y, a extirpar el cuello uterino en su totalidad es la introducción de un dedo en la vagina a través de la incisión uterina. Si a pesar de este recurso no se identifica la unión cervicovaginal puede abrirse el cuello por la cara anterior y

prolongar la incisión uterina hacia abajo, así, es posible ver el límite superior de la vagina y extirpar por completo el hocico de tenca, luego de hacer esto puede seccionarse la vagina.

La herida vaginal se cierra con puntos alternos de catgut, con especial cuidado al efectuar la hemostasia de los ángulos.

Después se suturan los muñones más internos de los ligamentos cardinales a los ángulos de la vagina, y se incorporan los extremos de los ligamentos úterosacros al manguito vaginal por sutura continua de catgut. Se reconstruyen los defectos peritoneales pélvicos y se sutura al peritoneo posterior situado detrás del fondo de saco vaginal, el colgajo correspondiente a la vejiga urinaria.

Finalmente se cierra la incisión del abdomen por planos.

PRONOSTICO:

La mortalidad materna por cesárea es de 0.20/0 ó menos. Existen varias clínicas en donde han efectuado más de mil cesáreas sin ninguna muerte. Hay un estudio publicado por Gordon de 242 casos de muertes después de cesárea de las cuales 48 eran debidas a la anestesia, por lo que, algunos consideran que la anestesia en varias ocasiones puede ser más peligrosa que la intervención propiamente dicha.

Ahora bien, al hablar acerca de la anestesia para la cesárea, he de decir primero, que el medicamento empleado para la premedicación es la atropina, siendo ésta innecesaria cuando se emplea anestesia local o de conducción. Existen varias vías de Anestesia, entre las que cuenta: a) por vía intravenosa, b) por inhalación, c) raquídea, d) caudal, e) local.

a) Anestesia Intravenosa: para esto se utiliza la inyección intravenosa de Pentothal Sódico, constituyendo un método sencillo y rápido para inducción y mantenimiento de la anestesia. Puede usarse solo o tambien en anestesia por inhalación o raquídea. Deberá vigilarse la presión sanguínea y respiración para

evitar depresión respiratoria o hipotensión. Otra de las ventajas que lo hacen muy popular es la prontitud en el restablecimiento sin vómitos. Sin embargo una cantidad suficiente para mantener la anestesia en la madre puede causar una intensa depresión en el recién nacido.

b) Anestesia por Inhalación: al usarse este tipo de anestesia hay que asegurarse que la paciente esté en ayunas y no padezca una infección respiratoria. Es método inocuo y eficaz, la anestesia corriente es con oxígeno y éter, debe ser aplicado por un anestesista experimentado que mantenga la oxigenación adecuada durante el tiempo que exige.

De manera habitual debe usarse la intubación endotraqueal para disminuir el riesgo de aspiración.

c) Anestesia Regional: existen distintas clases de anestesia de conducción, entre las cuales están: la caudal, epidural, raquídea continua y local (pudenda y perineal), considerándose magníficas y quizá mejores que la anestesia por inhalación; las tres primeras tienen la ventaja de brindar anestesia adecuada desde el punto de vista de la función pulmonar. Pero si la paciente se encuentra aprehensiva e intranquila no brinda dominio adecuado por lo que necesita el empleo de otros fármacos como barbitúricos.

d) Anestesia Local: uno de los métodos que entraña menos peligro de anestesia es el bloqueo perineal y del nervio pudendo; se utiliza en pacientes graves con trastorno o infección respiratoria importante, y, en quienes la anestesia caudal o raquídea no se puede practicar por motivos anatómicos o de otra índole.

Según estudios que se han realizado, se sabe que en algunas clínicas utilizan en mayor porcentaje anestesia raquídea, en otras donde los médicos se jactan de extraer el niño por vía abdominal en 2 a 10 minutos, prefieren la anestesia general, es por eso que, quizás sea el método de elección, basado en la experiencia del personal anestesiólogo.

Cabe mencionar que la innocuidad de cualquier anestésico, depende de la experiencia del equipo de anestesistas con el método particular y no del método mismo.

II PARTE

INTRODUCCION

Con el objeto de conocer la incidencia de "Cesárea" en el Hospital General de Occidente durante el año 1975, se realizó el presente trabajo de investigación.

Investigáronse además, otros aspectos, tales como: procedencia de las pacientes, su estado civil, edad, número de hijos, ocupación, causa de cesárea, cesárea anterior, tipo de cesárea efectuada, anestesia usada, complicaciones presentadas y días de hospitalización.

La presente investigación obedece a las diferentes circunstancias que a mi parecer hacen de la cesárea una entidad interesante.

MATERIAL Y METODOS:

Este estudio contiene la revisión de los 123 casos de cesárea registrados en el Hospital General de Occidente durante el año de 1975.

Se estudió cada caso por medio de su historia clínica, para así obtener los datos deseados, consultándose además, la historia correspondiente a cada uno de los niños nacidos por cesárea, a fin de conocer su estado de salud al nacer, corroborando así si valió la pena, o no, llevar a cabo dicha intervención; para llevar a cabo lo antes mencionado se consultó exclusivamente el departamento de Registros Médicos del Hospital General de Occidente, contando con la ayuda del personal que allí labora.

RESULTADOS:

El cuadro número uno, señala el número de pacientes que provienen del área Urbana y Rural, observándose que el mayor porcentaje 65 pertenecen al primer rubro, y, el 35% restante al segundo.

Al hacer referencia al área urbana es propiamente a la ciudad de Quetzaltenango, y, área rural a los municipios del mismo con sus correspondientes aldeas.

CUADRO No.1

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES

AREA	NO. DE PACIENTES	o/o
URBANA	80	65
RURAL	43	35
T O T A L	123	100

El cuadro número dos corresponde al estado civil de cada una de las pacientes investigadas, encontrándose que la mayoría de ellas eran casadas (56o/o) y, la minoría solteras (11o/o).

CUADRO No.2

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	NO. DE PACIENTES	o/o
SOLTERAS	13	11
CASADAS	69	56
UNIDAS	41	33
T O T A L	123	100

DISTRIBUCION POR EDADES:

En el cuadro número tres, puede observarse la distribución por edades de las pacientes a quienes se les efectuara cesárea, encontrándose que la mayoría de pacientes (35o/o) oscilaban entre los 21 y 26 años, siguiendo las de 15 a 20 años (30o/o) y, observándose 1 entre los 45 y 50 años.

CUADRO No.3
DISTRIBUCION POR EDADES

EDAD	NO. DE PACIENTES	o/o
15 – 20 años	37	30
21 – 26 años	43	35
27 – 32 años	21	17
33 – 38 años	12	10
39 – 44 años	9	7
45 – 50 años	1	1
T O T A L	123	100

NUMERO DE HIJOS:

Otro aspecto que consideré de importancia para investigar en este caso fue el referente al número de hijos, encontrándose que la mayoría tenían de 0 a 3 hijos (76o/o), (es de hacer notar que al poner 0 hijos me refiero a las primigestas). La minoría (2o/o) tenían de 12 a 15 hijos.

CUADRO No.4

NUMERO DE HIJOS

NUMERO DE HIJOS	NO. DE PACIENTES	o/o
0 – 3	94	76
4 – 7	15	12
8 – 11	7	6
12 – 15	2	2
Se desconoce	5	4
T O T A L	123	100

OCUPACION:

En el siguiente cuadro pueden apreciarse las distintas ocupaciones que se encontraron en la investigación, observándose que la mayoría de las pacientes se dedicaban a Oficios Domésticos, y, el resto a distintas labores como: Modista, Secretaria, Maestras, Auxiliares de Enfermería, etc.

CUADRO No.5

OCUPACION

OCUPACION	No. DE PACIENTES	o/o
OFICIOS DOMESTICOS	110	89
PERITO CONTADOR	1	1
MODISTA	1	1
FISIOTERAPISTA	1	1
SECRETARIAS	2	2
AUXILIARES DE ENFERMERIA	2	2
ABASTECEDORA	1	1
ENFERMERA GRADUADA	1	1
MAESTRAS EDUC. PRIMARIA URB.	3	2
MAESTRA EDUC. PRIMARIA RURAL	1	1
T O T A L	123	100

CAUSAS DE CESAREA:

El presente cuadro contiene las diversas causas por las que se efectuó las intervención en las pacientes investigadas, encontrándose que las más frecuentes fueron: Pelvis Estrecha (30o/o), Desproporción Cefalo Pélvica (23o/o), Situación Transversa más Procidencia de Miembro Superior (11o/o). Entre otras Placenta Previa (7o/o), Primigesta en Podálica (4o/o), Sufrimiento Fetal (4o/o).

CUADRO No.6

CAUSAS DE CESAREA

CAUSAS DE CESAREA	No. DE PACIENTES	o/o
PELVIS ESTRECHA	38	30
DESPROPORCION CEFALO PELVICA	29	23
SITUACION TRANSVERSA, PROCIDENCIA DE MIEMBRO SUPERIOR	14	11
PROCIDENCIA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO	4	3
PLACENTA PREVIA	9	7
PRIMIGESTA EN PODALICA	5	4
DISTOCIA DE CUELLO	3	3
CESAREA ANTERIOR	5	4
ESTRECHEZ VAGINAL	1	1
HIPOTONIA UTERINA	1	1
PRESENTACION VICIOSA	2	2
PELVIS LIMITE	2	2
SUFRIMIENTO FETAL	5	4
PROLAPSO DE CORDON	1	1
PELVIS PLATIPELOIDE	1	1
PODALICA, PROCUBITO CORDON	2	2
SE DESCONOCE	1	1
T O T A L	123	100

CESAREA ANTERIOR:

Otro aspecto que contempla este trabajo, es el referente a la cesárea anterior, observándose en el cuadro correspondiente que el 26o/o tenían cesárea anterior y la causa de ello generalmente fue Estrechez Pélvica y/o Desproporción Cefalo Pélvica.

CUADRO No.7
CESAREA ANTERIOR

CESAREA ANTERIOR	No. DE PACIENTES	o/o
SI	32	26
NO	87	72
SE DESCONOCE	2	2
T O T A L	123	100

TIPO DE CESAREA EFECTUADA:

En este cuadro se señala el tipo de cesárea más efectuado corrientemente, encontrándose que fué el de Cesárea Segmentaria (81), y Corporea (17o/o), además en el 2o/o se efectuó cesárea Segmento corporea. Es de hacer mención que en 20 casos se efectuó además Pomeroy, y, en cinco casos Histerectomía, (de ellos 1 por Placenta Acreta, 1 por Segmento Infundibuliforme y Fibromas, 1 por Ruptura Uterina, 1 por ruptura de Arteria Uterina y, 1 por Dehiscencia de Herida Uterina.

CUADRO No.8
TIPO DE CESAREA EFECTUADA

TIPO DE CESAREA EFECTUADA	No. DE PACIENTES	o/o
CESAREA SEGMENTARIA	100	81
CESAREA CORPOREA	21	17
CESAREA SEGMENTO CORPOREA	2	2
T O T A L	123	100

ANESTESIA USADA:

En el siguiente cuadro que se refiere al tipo de anestesia usada, puede observarse que en el 92o/o se usó anestesia general y en el 8o/o restante epidural.

CUADRO No.9
ANESTESIA USADA

ANESTESIA USADA	No. DE PACIENTES	o/o
GENERAL	113	92
EPIDURAL	10	8
T O T A L	123	100

COMPLICACIONES PRESENTADAS:

Las complicaciones presentadas después de la intervención, fueron pocas, de ellas las más frecuentes son: Infección Urinaria (6o/o), Dehiscencia de Herida (6o/o) e Infección de Herida Operatoria (3o/o).

CUADRO No.10
COMPLICACIONES PRESENTADAS

COMPLICACIONES PRESENTADAS	No. DE PACIENTES	o/o
INFECCION URINARIA	7	6
DEHISCENCIA DE HERIDA OPERATORIA	7	6
INFECCION DE HERIDA OPERATORIA	4	3
RASGADURA DEL SEGMENTO	1	1
NINGUNA	104	84
T O T A L	123	100

DIAS DE HOSPITALIZACION:

En lo que a este aspecto respecta, la mayoría de las pacientes (78o/o) tuvieron una estancia hospitalaria entre el límite de lo corriente, o sea de 1 – 10 días, un 15o/o se cuenta entre los 11 a 20 días, además hubo una paciente que estuvo más de 61 días.

CUADRO No.11
DIAS DE HOSPITALIZACION

DIAS DE HOSPITALIZACION	No. DE PACIENTES	o/o
1 — 10 días	96	78
11 — 20 días	19	15
21 — 30 días	4	3
31 — 40 días	2	2
41 — 50 días	1	1
51 — 60 días	0	0
61 — 70 días	1	1
T O T A L	123	100

CONDICIONES DEL NIÑO AL NACER:

Para determinar este parámetro, se ha hecho uso del método de APGAR, ya que por medio de él puede hacerse una evaluación del estado del niño. La puntuación de que consta este método constituye un índice que se considera más exacto de la probabilidad de muerte o secuelas neurológicas que los niños puedan presentar más tarde, ésto si dicha evaluación se efectúa 5 minutos después del parto, en lugar de 1 minuto después. Debe efectuarse al minuto de nacer como índice de asfixia y necesidad de respiración controlada.

Además este método sirve como guía para el pronóstico y consideraciones acerca de la vigilancia o cuidados especiales a determinar.

El siguiente cuadro señala las condiciones de los niños nacidos por cesárea en la presente revisión; es de hacer notar que se desconoce este dato en varios de ellos, debido a que no aparece en las papeletas. Además hubo de clasificarse de dos maneras, pues, unos lo evalúan al nacer el niño y a los 5 minutos, otros al

minuto, y a los 5 minutos después de nacido. Se hizo la clasificación tomando como parámetros de 1 a 5, y, 6 a 10 puesto que hubo niños que nacieron en malas condiciones, alcanzando 1 y 2 de APGAR al nacer o al minuto. Puede observarse que la mayoría (57o/o), nacieron en mejores condiciones, ya que su índice de Apgar está entre 6 y 10 y, el 23o/o restante tienen Apgar entre 1 y 5. Se cuenta con un 5o/o de mortalidad por Obito Fetal, pero se efectuó la cesárea porque en unos casos era Placenta Previa, y, en otros Situación Transversa.

CUADRO No.12
CONDICIONES DEL NIÑO AL NACER

APGAR	Al Nacer	o/o	Al minuto	o/o	A los 5 minutos	o/o
1 — 5	7	5	22	18	4 — 10	76
6 — 10	18	14	50	43	— —	— —
SE DESCONOCE			20	16	41	33
OBITOS FETALES FUERON 6 QUE CORRESPONDEN AL 5o/o						5

PELVIMETRIA:

En lo que a este aspecto se refiere, puede decirse que el estudio radiológico de una paciente, previo a la intervención, no es obligado, sino que en ciertos casos puede determinarse la viabilidad de la pelvis materna por simple estimación clínica de la misma. Es por eso que en el presente estudio se encuentra cierto porcentaje en quienes no se practicó pelvimetría.

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

En lo que a este aspecto se refiere, la mayoría de pacientes tenían como Diagnóstico de Ingreso Embarazo Simple y la duración del mismo, por ejemplo: Embarazo Simple de 39

Semanas por Altura Úterina, o Embarazo a término, acompañado de Trabajo de parto Activo, además los diagnósticos que eran evidentes como: Placenta Previa, Procúbito de Cordón, Situación Transversa, Procidencia de Miembro Superior, Obito Fetal, y, los que se sospechaban como Estrechez Pélvica, Desproporción Céfalo Pélvica, o Pelvis Plana, etc.

MORTALIDAD MATERNA:

En los 123 casos revisados no se encontró ni una sola muerte por esta causa.

CONCLUSIONES

1. La "Cesárea", es una de las intervenciones quirúrgicas que se realiza con relativa frecuencia en nuestro medio.
2. La Cesárea Segmentaria, ha superado amplia y correctamente a la Cesárea Corporea, ello se comprueba puesto que la primera es la de elección en la mayoría de los casos.
3. Gracias al uso de los antibióticos, y las modificaciones que a través del tiempo se han realizado a las distintas técnicas operatorias, ha disminuido la mortalidad materna.
4. Usualmente los días que tarda hospitalizada la paciente son 8 pero se observa que algunas de ellas pueden tardar más como se señala en uno de los cuadros anteriores, ello es debido a las complicaciones que presentaron en el postoperatorio.
5. El empleo de distintos tipos de anestesia, para la cesárea dependen de la experiencia del equipo de anestesistas por determinado método, es por ello que en el Hospital General de Occidente se utiliza mayormente anestesia general, la Epidural se usa cuando se cuenta con el personal especializado para ello.
6. Las indicaciones de Cesárea más frecuentemente fueron: la Estrechez Pélvica y la Desproporción Céfalo Pélvica.
7. En su mayoría las pacientes provenían del área urbana y se dedicaban a oficios domésticos.
8. La incidencia de Cesáreas durante el año 1975 la constituyó el 80%.

9. Para cubrir toda emergencia obstétrica, es necesario contar con la presencia de personal médico y paramédico entrenado, servicio constante de banco de sangre, laboratorio, Rayos X y anestesiología.
10. Algunos aspectos que se investigaron no se encuentran del todo completos, pero ello fue debido a que no aparecían en las papeletas correspondientes.

RECOMENDACIONES

1. Procurar la existencia de material que incluya la experiencia que sobre Cesárea, tengan en otros hospitales de la república, a fin de contar con suficiente información para casos análogos.
2. Solicitar la colaboración tanto de médicos como de estudiantes encargados de llenar la papelería correspondiente al departamento de Obstetricia, para que ésta se llene correctamente, a fin de contar con una información completa de los datos que se requieren en una investigación de este tipo.

BIBLIOGRAFIA

1. Williams, Obstetricia, Primera Edición, Salvat Editores, S.A. México D.F. 1973. P.P. 393-98. 1,007 – 1,030.
2. Joseph J. Rovinsky, Alan Guttmacher. "Complicaciones Médicas, Quirúrgicas y Ginecológicas en el Embarazo". Segunda Edición. Editorial Interamericana S.A. México D.F. 1967. P.P. 24-28.
3. Reed and Cooley, Obstetrics, Editorial Mosby. P.P. 375-78.
4. Nelson Vaughan McKay, tratado de Pediatría, Sexta Edición. Tomo I, Salvat Editores, S.A. España. P.P. 355.
5. Dr. Héctor Puente Gonzalez, Dr. Guillermo de la Garza Quintanilla, Dr. Sergio Vélez Garnica, Dr. Miguel Javier Bautista Ancira, "Gineco Obstetricia", Volumen 37, Año XXX, Número 220, México, Febrero 1975. P.P. 93-101.
6. Tesis presentada por el Dr. Morales de la Vega Héctor Rolando "Operación Cesárea en el Hospital General San Juan de Dios" de Guatemala. (Revisión de 106 casos). Año 1970.

Br. Telma Elizabeth Ortiz Dominguez

Maria E.

Dr. Marco Antonio Chávez
Asesor

H. Ochoa

Dr. Heberto de Leon O.

Revisor.

**Dr. HEBERTO ROCÍO DE LEÓN OCHOA
MEDICO Y CIRUJANO**

Dr. Julio de Leon.
Director de Fase III.

Dr. Mariano Guerrero R.
Secretario General.

V. B.

Dr. Carlos Armando Soto
Decano