

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



REVISION DE CESAREAS EFECTUADAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE 1977
(127 CASOS)

EDWIN JOSE RICARDO COLON PINTO

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. DATOS HISTORICOS
- III. OPERACION CESAREA: DEFINICION, INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- IV. OBJETIVOS
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. PRESENTACION DE RESULTADOS Y ANALISIS
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. RECOMENDACIONES
- IX. ANEXO
- X. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Me decidí a desarrollar el presente trabajo de tesis, o sea "REVISION DE CESAREAS EFECTUADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE 1977", (127 casos) ya que consideré que era un tema interesante y porque nunca antes se había hecho en este hospital, y además por ser la operación quirúrgica en la que tiene el interno, mayor oportunidad de ayudar durante los turnos de emergencia, que es por donde ingresan la mayoría de estos casos.

Como es sabido, la operación cesárea ha venido a resolver un sinnúmero de problemas obstétricos que representaban la mayoría de veces la muerte materna o fetal.

Pero también ha habido la tendencia a preferirla como una solución fácil, por no usar otra que lleva más tiempo y paciencia, como es la obstetricia vaginal.

Se trata con cesárea toda clase de desprendimientos normo-placentarios, placentas previas, eclampsias, presentaciones de algas, cesáreas anteriores, etc., sin ponerse a pensar que para resolverlas hay que sopesar las circunstancias clínicas, que engendran problemas de distinta magnitud y pronóstico, que por su variedad también exigen variadas soluciones.

En todo lo anterior influye la presión familiar, el temor de perder el prestigio y otros factores extramédicos.

Debe tenerse en cuenta que la morbilidad materno-fetal de esta operación es varias veces superior al parto vaginal, pero sin tomar en cuenta otros problemas como rupturas uterinas,

"Hay una incidencia cuatro veces mayor de esta operación en los pacientes privados que en aquellos de atención hospitalaria. En cambio la frecuencia desciende en los servicios bien organizados, en los que con motivo de la supervisión la indicación es juiciosa, precisa y correcta.

II. DATOS HISTORICOS

Es una operación practicada desde la más remota antigüedad y se llevaba a cabo al morir la madre; viene de la palabra latina "coesar" y que quiere decir incidir; su uso médico empezó en el año de 1610.

Antes de que se reconocieran los usos de la asepsia y antisepsia esta operación era mortal; en casos infectados debíase de dejar un drenaje (Operación Cesárea con Avenamiento), a exteriorizar el útero (Cesárea con exteriorización Temporal del Utero) o a extirpar la matriz (Operación de Porro o Histerectomía común). Fue Sanger quien aumentó su seguridad, recomendando la sutura del útero. En la actualidad con el uso de los antibióticos, sólo la histerectomía conserva aún ciertas indicaciones.

Al principiar este siglo todas las cesáreas eran efectuadas por incisión del cuerpo del útero (Cesárea Clásica), pero seguía siendo peligrosa para las pacientes con infección actual o potencial, ya que morían de peritonitis postoperatoria.

En 1909, Latzke, para no entrar a la cavidad peritoneal, describió la cesárea extraperitoneal: "exponía el segmento inferior, rechazando el peritoneo y la vejiga hacia un lado".

Sellheim recomendaba la vía supravesical, con el objeto de levantar el peritoneo sin abrirlo.

Pero fue Kroning, en 1912, quien efectuó 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.

Actualmente se utiliza, casi exclusivamente, la CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL (C.S.T.P.).

III. OPERACION CESAREA

(Copiado literalmente del libro "OBSTETRICIA", por Schwarcz-Sala Duverges; Editorial "El Ateneo", Tercera Edición, Reimpresión, 1973).

Definición: "es la extracción de él o los niños por fuera del canal genital, lo que impone la abertura del vientre y la incisión del útero (Operación Cesárea Abdominal). Para llegar al feto es necesario atravesar la cavidad peritoneal (cesárea transperitoneal), o rechazar el peritoneo sin penetrar en él (Cesárea Extra-peritoneal). Extraído el huevo y suturada la matriz, se termina cerrando la brecha abdominal".

Existe una tendencia que lleva al empleo creciente de esta operación. En su elección preferente intervienen varios factores:

- a) La disminución de sus riesgos (antibióticos, bancos de sangre, etc.).
- b) La opinión de que asegura más la vida fetal.
- c) La más frecuente investigación prenatal de circunstancias clínicas que pueden resolverse con ella.
- d) La escasa habilidad de muchos obstetras en los procedimientos vaginales que exige un más largo y lento aprendizaje.
- e) La ausencia de supervisión de médicos experimentados.

Se debe reprobar el abuso de la cesárea y condenar la falta de escrúpulos, que hacen privar en su elección factores extra-médicos que disfrazados con una aureola científica van en perjuicio de la madre y de su futura descendencia.

Indicaciones: los peligros que entrañaba, hasta las primeras décadas de este siglo, el uso de la operación cesárea limitaban mu

cho sus indicaciones, hasta el punto de que primitivamente sólo la obstrucción del canal del parto (por estrechez pélvica, tumor previo o atresia de las partes blandas) la autorizaba; pero una vez que mejoraron sus resultados, las indicaciones se extendieron a ciertos casos de placenta previa, de situaciones transversas, de toxemias y de procidencias del cordón. Progresivamente el parto abdominal trató de solucionar otros problemas, y la cesárea eliminó muchas situaciones difíciles de la obstetricia en las que la prosecución de la preñez o el parto significaban una amenaza de muerte para el feto o la madre, eliminando del arsenal obstétrico procedimientos y maniobras brutales o arriesgadas. Tal extensión de las indicaciones fue posible gracias a los avances de la medicina, en especial con el descubrimiento de los antibióticos. Con anterioridad a ellos, la cesárea sólo podía realizarse en los casos puros (bolsa íntegra, partos de corta evolución, sin tactos y en ausencia de signos locales y generales de infección) o en casos sospechosos (bolsa rota, sin tactos o con tactos asépticos, pocas horas de trabajo y ausencia de signos generales o locales de infección), pero nunca en casos infectados (con bolsa rota, fiebre de 38°, tactos sospechosos o maniobras obstétricas), estando contraindicada en absoluto en casos sépticos (huevo abierto, taquicardia, fiebre, escalofríos, líquido amniótico fétido y estado general malo).

Las indicaciones pueden ser absolutas o relativas. Son indicaciones absolutas (es decir, fuera de toda discusión) las estrecheces pelvianas infranqueables para un niño a término y los tumores previos, inclusive el cáncer del cuello, etc. Las otras indicaciones son relativas, vale decir, que pueden entrar en parangón con procedimientos que logran el parto por las vías naturales.

La indicación puede preverse con anticipación, y con tal motivo la intervención realizarse sin premura, como cualquier operación (cesárea electiva); otras veces la indicación surge por accidente en el embarazo o por una distocia insalvable del parto

en forma súbita (cesárea de urgencia o cesárea imprevista).

Las indicaciones pueden ser maternas, ovulares y fetales, aunque con frecuencia puede ser mixta.

- a) Pelvis Estrechadas: la desproporción pelvicocefálica absoluta constituía casi la única indicación de la vieja obstetricia. - Con el conocimiento de los procesos que afectan a la pelvis y su tratamiento moderno las pelvis muy afectadas se han vuelto raras. A lo sumo con frecuentes las pelvis viables, en las que es imposible asegurar con anticipación si el parto se hará o no, por lo que deberá hacerse la prueba del encajamiento, ya que el diagnóstico clínico y radiológico de desproporción media o relativa no autoriza a practicar la intervención sin recurrir al trabajo de prueba, excepto en la presentación podálica. Unas horas de buenas contracciones espontáneas, con la ayuda si es preciso de una prudente perfusión intravenosa de ocitocina, permiten juzgar si la cabeza se orienta bien y desciende. Con esta forma de actuar, solo un 35% de cesáreas corresponden a un obstáculo de origen óseo.
- b) Placenta Previa: le sigue en frecuencia. En lo posible hay que operar lo más cercano al término, ya que si bien los antibióticos han modificado el pronóstico materno, el fetal es siempre reservado, especialmente por la prematuridad. Por tal razón, nada de apresuramiento con la paciente hospitalizada, aunque la hemorragia se repita, y practicar controles hematológicos y transfusiones, buscando retardar la operación.

No olvidar que las variedades no oclusivas y la multiparidad son favorables y muy comunes (85% de los casos) y que en ellas el método de Puzos u otros logran con frecuencia una terminación fácil y exitosa.

Los elementos que en la placenta previa sirven de pauta para indicar la cesárea son: la falta de control y gran magni-

tud de la hemorragia, el feto vivo en las proximidades del término, la distocia compleja, la resistencia del cuello, las variedades oclusivas y la primiparidad.

- c) Cesáreas Anteriores: las cesáreas por indicación de otra cesárea anterior (cesáreas iterativas) no deben practicarse en forma sistemática. La operación cesárea, siendo contranatural, inferioriza a la mujer tanto desde el punto de vista psíquico como anatómico. Deja en el útero una cicatriz nosiempre de buena calidad, susceptible de romperse en una gestación posterior, y conduce en muchos casos a la esterilidad secundaria voluntaria. Después de una cesárea hay duda sobre el margen de seguridad de la resistencia de la cicatriz, tanto en el embarazo como en el parto futuro. Eso ha llevado a un lema: "Una vez cesárea, siempre cesárea". Nos mostramos contrarios a la operación cesárea sistemática a continuación de una cesárea anterior, a menos de que haya sido por una indicación absoluta. En efecto, la cesárea segmentaria proporciona una mayor seguridad, ya que en comparación del 4% de roturas uterinas de la cesárea clásica sólo se observa un 0.28% en las segmentarias.

Frente a una gestante ya operada de cesárea es necesario su vigilancia y analizar la causa y las circunstancias que rodearon a la operación anterior. Si la indicación se repite, si histerotomía fue corporal, si la operación anterior fue hecha por personal no calificado, si el postoperatorio fue accidentado y febril, deberá hacerse una cesárea iterativa.

En los casos en que la indicación de la cesárea fue accidental (por una distocia temporaria) y que no medien circunstancias desfavorables, es mejor dejar el parto evolucionar por vías naturales, debiendo excluirse o evitarse en los partos ulteriores el fórceps alto, la gran extracción podálica y la muy peligrosa versión por maniobras internas.

El parto por vías naturales devuelve a la mujer la confianza en sí misma y elimina su decisión de hacerse practicar abortos o adoptar procedimientos anticoncepcionales, medidas que limitan la prole y que lejos de unir a la familia contribuyen a su disolución.

En suma, el criterio que una cesárea impone otra no es un axioma.

- d) Desprendimientos Prematuros de la Placenta Normoinserta: serán tratados con la cesárea los casos con feto vivo y viable, o aquellos en que, aun con feto muerto, el parto no se realiza dentro de las seis horas o en los que la paciente tiende a agravarse, acompañando la intervención con una abundante transfusión.

- e) Toxemia Gravídica:

1. Preeclampsia: si la paciente no mejora después de un corto tratamiento médico de ensayo y si los medios para desencadenar el parto fracasan, debe practicarse una cesárea con el objeto de salvar al niño y evitar complicaciones a la madre. Se acepta que cuando la tensión arterial es superior a 17 y 11, cuando la proteinuria sobrepasa los 5 g y el aumento del peso es de más de 100g diarios, hay que interrumpir el embarazo. Tal conducta también rige cuando aparecen trastornos visuales, anuria, hematicaturia, ictericia, aceleración del pulso, edema pulmonar o hemoconcentración manifiesta. La determinación del estriol urinario puede darnos la pauta de la vitalidad fetal.

2. Eclampsia Convulsiva: la evacuación rápida del útero parecería ser la terapéutica etiológica más lógica, pero desgraciadamente las eclámpticas resisten mal el shock operatorio, y la mortalidad de la cesárea en estas circunstan-

cias es del 10 al 20%. Cuanto más crisis convulsivas haya sufrido, más frágil es la enferma. Los casos más graves, resistentes al tratamiento médico, entrañan riesgos operatorios muy grandes.

Como cada caso de eclampsia tiene una fisonomía y evolución particular, la conducta no puede ser sistemática; además, si bien está reconocido que el tratamiento causal consiste en la evacuación del útero, esto no significa que debemos hacer siempre cesárea, ya que podrá lograrse con la amniotomía más una perfusión, recurso fácil y exitoso en las multíparas. La cesárea deberá practicarse sin dilación en toda mujer con un feto vivo que, a pesar del tratamiento de su preeclampsia, tiene la primera crisis, y en toda ecláptica en que exista por añadidura otra indicación obstétrica de parto por vía abdominal. En cambio rechazamos la cesárea en toda mujer no tratada que después de muchas crisis convulsivas ingresa en coma; en tal caso es mejor instituir un tratamiento médico, y una vez controlados las crisis y el coma, si aún el niño vive, operarla para evitar la eclampsia recurrente, que suele ser grave.

f) Distocias Dinámicas: la operación cesárea estará indicada en una distocia funcional siempre:

1. Que exista un verdadero trabajo de parto, es decir, que no se interpreten como anomalías de la contracción los fenómenos dolorosos del parto.
2. Que fracase un correcto tratamiento medicamentoso de la distocia.
3. Que puedan juzgarse con experiencia las ventajas y riesgos de una solución vaginal (en especial cuando tengan que practicarse incisiones del cuello).

La inercia uterina y las distocias hipertónicas deberán ser operadas sólo cuando no las corrija el tratamiento médico adecuado. Hoy, las anomalías de la contracción irreversibles, como las de la dilatación en ausencia de lesiones anatómicas, son cada vez menos frecuentemente indicación de cesárea. El tratamiento médico ha descendido la frecuencia del 15% al 20% a un 9%.

g) Patología Materna Intercurrente:

1. Hipertensión Agravada: las embarazadas con hipertensión preexistente, si la presión asciende pese al tratamiento médico, están expuestas a temibles complicaciones (hemiplejías, hemorragias retinianas y retroplacentarias, etc.), siendo además pésimo el pronóstico para el niño. Si el cuello no está maduro y parece difícil lograr la expulsión por vía baja con una inducción, se practicará una cesárea después de investigar por la clínica y el laboratorio la vitalidad fetal.
2. Diabetes: es excelente la conducta de interrumpir el embarazo por cesárea en el período preterminal, sobre todo si hay macrosomía fetal, toxemia sobreagregada o se ha controlado en forma deficiente la diabetes.
3. Nefropatías: deberá practicarse la cesárea en forma ocasional cuando la insuficiencia renal alcanza límites peligrosos y no es médicamente controlable.

También podrá estar indicada en la apendicitis aguda, en algunas cardiopatías descompensadas que no ceden al tratamiento y en la muerte inminente de la madre con feto vivo.

h) Patología Ginecológica Asociada (Distocia de Partes Blandas): Aquí se incluyen las malformaciones congénitas que hacen imposible o peligroso el parto vaginal, los tumores, en-

tre ellos el carcinoma cervical, que exige completar la operación con una histerectomía ampliada, y los procesos cicatrizales secundarios a fijaciones de la matriz o a curaciones de fistulas, etcétera.

- i) Sufrimiento Fetal: es frecuente notar que esta indicación se hace con ligereza. Los únicos datos clínicos que deben tomarse como base son la arritmia y la bradicardia. La taquicardia por sí sola no plantea la extracción inmediata, sino que sólo exige una mayor vigilancia. Cuando se trata de un sufrimiento fetal simple, es decir, sin otra causa de distocia, con una presentación de vértice, el tratamiento debe lograr el parto vaginal, y consistirá en la aceleración del mismo, en la administración de analépticos y oxígeno. En efecto, el tratamiento expectante o la sola aceleración del parto (excluyendo la versión interna y la gran extracción pelviana) dan menos mortalidad fetal y mejores resultados maternos. En cambio, la operación cesárea es seguida de un postoperatorio más accidentado y representa un cierto riesgo para la madre.
- j) Procidencias del Cordón: las procidencias del cordón con feto vivo y dilatación incompleta son un motivo fundado de cesárea, superior a las tentativas de reducción.
- k) Presentaciones Anormales: las presentaciones anormales, tal como la de hombro irreductible, las de frente a cara, no sólo cuando se enclavan sino también cuando se detienen a un nivel alto de la pelvis, se constituyen en indicación de cesárea, así como las presentaciones altas de nalgas acompañadas de dificultad en la dilatación o malas partes blandas, sobre todo si se trata de primiparidad añosa. No debe abusarse de la cesárea para mejorar los resultados del parto en pelviana, ya que el número de muertes fetales no es desprecia-

ble en esta operación y la mortalidad materna tampoco es nula, de modo que los riesgos maternos bastarían para no compensar la mejoría del pronóstico fetal. Existen otras causas por las que se practica el parto abdominal en interés del feto, como son su muerte habitual o en las primíparas añosas con situación transversa y en la macrosomía fetal. Poco fruto se saca de esta conducta en la eritroblastosis.

Contraindicaciones: si el caso clínico no reúne ciertas condiciones, la indicación de esta operación no resulta adecuada. Tal ocurre cuando el feto está muerto, salvo en ciertos casos de desprendimiento normoplacentario y en las placentas previas oclusivas, en beneficio de la vida de la madre; en las monstruosidades fetales cuyo valor negativo impone un respeto preponderante de la integridad materna, y en las eclampsias y hemorragias graves, mientras no mejore el estado general, ya que la intervención correría el riesgo de empeorar el estado materno con el shock anestésico y quirúrgico.

Hasta hace pocos años también estaba prohibido practicarla después de fallas del fórceps o de la versión y en los casos de infección amniótica; el uso adecuado de los antibióticos ha permitido ampliar las indicaciones hasta ese campo antes vedado.

IV. OBJETIVOS

1. Se hará una revisión de las historias clínicas de todas las pacientes, operadas de cesárea con el fin de comprobar si han sido llenadas en debida forma y si contienen los datos bási-cos que debe de llevar una historia clínica de esta naturaleza.
2. Se investigarán los siguientes parámetros:

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------------|
| a) edad | p) clase de cesárea |
| b) raza | q) anestesia |
| c) estado civil | r) estado del niño al nacer |
| d) ocupación | s) estado de la madre al salir de op. |
| e) residencia | t) temperatura pre y postop. |
| f) servicio al que ingresó | u) días de estancia - postop. |
| g) embarazos (actual y anteriores) | v) otros Dx. |
| h) cesárea/s anterior/es | w) indicación de esterilización quirúrgica. |
| i) tiempo de embarazo | |
| j) membranas (rotas o enteras) | |
| k) presentación | |
| l) indicación de cesárea | |
| m) Rx | |
| n) Hb, Grupo y Rh | |
| o) transfusiones pre y postop. | |

Seguidamente después de tabulados estos datos, se sacarán los porcentajes correspondientes y se analizarán. Con esto podremos ob-tener bases para efectuar conclusiones y dar recomendaciones.

3. Esperamos contribuir, aunque sea en poco, para que el hos-pital cuente con estadísticas para futuras oportunidades.

V. MATERIAL Y METODOS

1. Se utilizarán las papeletas del Departamento de Estadística del Hospital Regional de Zacapa, de las pacientes que fueron operadas durante el año de 1977.
2. En hoja especial, hecha para este fin, se recolectarán los datos.
3. Seguidamente se tabularán.
4. Por último se sacarán porcentajes.

VI. PRESENTACION DE RESULTADOS Y ANALISIS

El total de partos del primero de enero al treinta y uno de diciembre de 1977, fue de 2,139 (100%) de los cuales 151 fueron cesáreas, o sea un 7%.

La literatura obstétrica menciona que la incidencia de esta operación oscila entre un 5 y 6% y que "toda estadística que sobrepasa estas cifras demuestra una indicación abusiva".

Para el desarrollo de la presente tesis se tomaron datos de 127 historias clínicas y es sobre lo que se trabajó, debido a que por reparaciones en el hospital y por consiguiente en el Archivo, fueron traspapeladas las restantes historias, al trasladarse el mismo a otro local; dichas reparaciones se hicieron por los daños causados por el terremoto.

A continuación se presentarán los parámetros más importantes de cada historia clínica:

CUADRO No.1 -- EDAD

De 14 a 15 años	2 pacientes	1.58%
De 16 a 20 años	28 pacientes	22.07%
De 21 a 25 años	37 pacientes	29.15%
De 26 a 30 años	41 pacientes	32.34%
De 31 a 35 años	10 pacientes	7.83%
De 36 a 40 años	7 pacientes	5.45%
De 41 a 43 años	2 pacientes	1.58%
	127 pacientes	100.00%

CUADRO No.2 -- RAZA

Ladina	109 pacientes	85.82%
Desconocida	18 pacientes	14.18%
	127 pacientes	100.00%

CUADRO No.3 -- ESTADO CIVIL

Unidas	49 pacientes	38.58%
Casadas	40 pacientes	31.50%
Desconocido	33 pacientes	25.98%
Solteras	4 pacientes	3.15%
Viudas	1 pacientes	0.79%
	127 pacientes	100.00%

CUADRO No.4 -- OCUPACION

Oficios Domésticos	117 pacientes	92.12%
Desconocida	5 pacientes	3.94%
Maestra	4 pacientes	3.15%
Oficinista	1 paciente	0.79%
	127 pacientes	100.00%

CUADRO No. 5 -- RESIDENCIA

Zacapa	50 pacientes	39.50%
Teculután	14 pacientes	11.06%
Río Hondo	13 pacientes	10.25%
Los Amates	7 pacientes	5.50%
El Júcaro	6 pacientes	4.70%
Gualán	6 pacientes	4.70%
San Agustín Acasaguastlán	5 pacientes	3.95%
Estanzuela	4 pacientes	3.16%
El Progreso	3 pacientes	2.35%
Chiquimula	3 pacientes	2.35%
Cabañas	3 pacientes	2.35%
La Unión	3 pacientes	2.35%
El Rancho	2 pacientes	1.55%
Morales	2 pacientes	1.55%
Uzumatlán	2 pacientes	1.55%
Esquipulas	2 pacientes	1.55%
Huité	1 paciente	0.79%
San Diego	1 paciente	0.79%
	127 pacientes	100.00%

CUADRO No. 6 -- SERVICIO

Maternidad	86 pacientes	67.72%
Casa de Salud	41 pacientes	32.28%
	127 pacientes	100.00%

CUADRO No. 7 -- EMBARAZOS

1 embarazo	43 pacientes	33.90%
2 embarazos	26 pacientes	20.50%
3 embarazos	24 pacientes	18.90%
4 embarazos	7 pacientes	5.50%
5 embarazos	3 pacientes	2.35%
6 embarazos	5 pacientes	3.95%
7 embarazos	4 pacientes	3.15%
8 embarazos	3 pacientes	2.35%
9 embarazos	2 pacientes	1.55%
11 embarazos	2 pacientes	1.55%
Desconocido	8 pacientes	6.30%
	127 pacientes	100.00%

CUADRO No. 8 -- CESAREAS ANTERIORES

De las 127 pacientes, 35 tenían cesáreas anteriores y 8 papeletas no tenían el dato:

1 cesárea anterior	24 pacientes	68.57%
2 cesáreas anteriores	10 pacientes	28.57%
3 cesáreas anteriores	1 paciente	2.86%
	35 pacientes	100.00%

CUADRO No. 9 -- TIEMPO DE EMBARAZO

31 semanas	1 paciente	0.79%
35 semanas	1 paciente	0.79%
37 semanas	3 pacientes	2.35%
38 semanas	8 pacientes	6.30%
39 semanas	24 pacientes	18.90%
40 semanas	50 pacientes	39.50%
41 semanas	12 pacientes	9.40%
42 semanas	3 pacientes	2.30%
43 semanas	4 pacientes	3.16%
Desconocido	21 pacientes	16.51%
	127 pacientes	100.00%

CUADRO No. 10 -- MEMBRANAS

Enteras	73 pacientes	57.50%
Desconocido	37 pacientes	29.15%
Rotas	17 pacientes	13.35%
	127 pacientes	100.00%

De los 17 pacientes con membranas rotas:

- 1 paciente presentó temperatura preoperatoria
- 13 pacientes presentaron temperatura postoperatoria
- 2 pacientes no presentaron temperatura pre o postoperatoria
- 1 paciente no se sabe si presentó temperatura

CUADRO No. 11 -- PRESENTACION

Cefálica	65 pacientes	50.70%
Podálica	18 pacientes	14.10%
Transversa	4 pacientes	3.20%
Desconocida	41 pacientes	32.00%
	128 pacientes	100.00%

El total de presentaciones da 128 en lugar de 127, esto es debido a que al ingreso se diagnosticó un embarazo gemelar.

CUADRO No. 12 -- INDICACION DE CESAREA

D.C.P.	29 pacientes	22.91%
Podálica	17 pacientes	13.40%
Cesárea Anterior	10 pacientes	7.90%
Placenta Previa	8 pacientes	6.30%
D.C.P. + Cesárea Anterior	8 pacientes	6.30%
Asinclitismo	6 pacientes	4.70%
Transversa	6 pacientes	4.70%
Dos Cesáreas Anteriores	6 pacientes	4.70%
Desconocida	6 pacientes	4.70%
Embarazo Gemelar	4 pacientes	3.14%
Podálica + Cesárea Anterior	3 pacientes	2.30%
Distocia de Cuello	2 pacientes	1.58%
Desprendimiento Prematuro de Placenta + Cesárea Anterior	2 pacientes	1.58%
Trabajo de Parto Prematuro	2 pacientes	1.58%
D.C.P. + Dos Cesáreas Anteriores	2 pacientes	1.58%
Eclámpsia	1 paciente	0.79%
Procidencia de Cordón	1 paciente	0.79%
Procidencia de Miembro Inferior	1 paciente	0.79%
Procidencia de Miembro Superior	1 paciente	0.79%
Transversa + Cesárea Anterior	1 paciente	0.79%
Embarazo Gemelar + Cesárea Anterior	1 paciente	0.79%
Eclámpsia + Cesárea Anterior	1 paciente	0.79%
Ruptura Prematura de Membrana + Dos Cesáreas Anteriores	1 paciente	0.79%
Ruptura Prematura de Membranas	1 paciente	0.79%
Tres Cesáreas Anteriores	1 paciente	0.79%
Feto Valioso	1 paciente	0.79%
Presentación Mentón Deflexionada	1 paciente	0.79%
Hidrocéfalia	1 paciente	0.79%
Paro en Transversa	1 paciente	0.79%
Desprendimiento Prematuro de Placenta	1 paciente	0.79%
Primigesta Añosa	1 paciente	0.79%
	127 pacientes	100.00%

De las indicaciones de cesárea, las que se pudieran poner en du da son:

- Los cuatro embarazos gemelares
- Los dos trabajos de parto prematuro
- La ruptura prematura de membranas

En las "10 cesáreas anteriores", es posible que se hubiera podido evitar efectuar la cesárea, evaluando mejor a la paciente y averiguando la causa del porqué se efectuó la anterior, para evaluar un parto vaginal.

CUADRO No. 13 -- Rx

Se tomaron Rx	59 pacientes	46.28%
No se tomaron Rx	68 pacientes	53.72%
	127 pacientes	100.00%

CUADRO No. 14 -- HEMOGLOBINA GRUPO Y RH

87 pacientes ingresaron a sala de operaciones con hematología, o sea un 68.73% y sus valores de Hb fueron los siguientes:

4.5g	1 paciente	0.79%
6g	1 paciente	0.79%
6.5g	3 pacientes	2.37%
7g	4 pacientes	3.16%
7.5g	1 paciente	0.79%
8g	7 pacientes	5.53%
8.5g	4 pacientes	3.16%
9g	14 pacientes	11.06%
9.5g	15 pacientes	11.85%
10g	21 pacientes	16.59%
10.5g	7 pacientes	5.53%
11g	6 pacientes	4.74%
11.5g	1 paciente	0.79%
12g	2 pacientes	1.58%
	87 pacientes	68.73%

El resto de pacientes (40) o sea el 31.27% ingresó a sala de operaciones sin el examen.

A 85 pacientes o sea el 67.15% se les efectuó el examen de grupo y Rh:

Grupo 0+	40 pacientes	31.60%
Grupo 0-	1 paciente	0.79%
Grupo A+	27 pacientes	21.33%
Grupo A-	3 pacientes	2.37%
Grupo B+	13 pacientes	10.27%
Grupo AB+	1 paciente	0.79%
	85 pacientes	67.15%

Al restante 32.85% o sean 42 pacientes, no se les efectuó este examen.

CUADRO No. 15 -- TRANSFUSIONES

a) Preoperatorias:

Hemoglobina:	Grupo y Rh	Cantidad
6.5g	0+	500cc
6.5g	A+	500cc
8.0g	A+	?
8.5g	0+	2500cc
9.0g	B+	500cc
10.0g	B+	500cc
?	?	500cc

b) Postoperatorias:

Hemoglobina:	Grupo y Rh	Cantidad
7.5g	0+	500cc
?	?	500cc
?	B+	500cc
?	?	1000cc
?	A+	500cc
3.0g	A+	500cc
4.5g	A+	500cc
?	0+	1000cc

Se puede observar que hay pacientes que no tenían Hb, otros que no tenían Grupo y Rh o ambos, la única explicación que se encuentra es que se haya extraviado, ya que la transfusión se efectuó.

CUADRO No. 16 -- CLASE DE CESAREA

C.S.T.P.	127 pacientes	100.00%
----------	---------------	---------

CUADRO No. 17 -- ANESTESIA

Raquidea	124 pacientes	97.96%
Pentotal	3 pacientes	2.04%
	127 pacientes	100.00%

CUADRO No. 18 -- ESTADO DEL NIÑO AL NACER

Bueno	118	89.39%
Delicado	4	3.03%
Malo	1	0.76%
Muerto	9	6.82%
	132	100.00%

El total de nacimientos fue de 132, ya que hubieron 5 partos gemelares.

CUADRO No. 19 -- ESTADO DE LA MADRE AL SALIR DE OPERACION

Bueno	122 pacientes	96.06%
Delicado	1 paciente	3.15%
Malo	4 pacientes	0.79%
	127 pacientes	100.00%

CUADRO No. 20 -- TEMPERATURA

<u>Preoperatoria:</u>		
38 grados	2 pacientes	1.57%
39 grados	4 pacientes	3.15%
<u>Postoperatoria:</u>		
38 grados	36 pacientes	28.35%
39 grados	43 pacientes	33.86%
40 grados	11 pacientes	8.66%
+ 40 grados	1 paciente	0.79%
<u>Sin Temperatura:</u>		
<u>Pre o Postoperatoria</u>		
37.5 grados	30 pacientes	23.62%
TOTAL	127 pacientes	100.00%

CUADRO No. 21 -- DIAS DE ESTANCIA POSTOPERACION

1 a 7 días	77 pacientes	60.73%
8 a 14 días	39 pacientes	30.73%
15 a 21 días	7 pacientes	5.45%
22 a 28 días	3 pacientes	2.30%
63 días	1 paciente	0.79%
	127 pacientes	100.00%

CUADRO No. 22 -- OTROS DIAGNOSTICOS

a) Esterilización Quirúrgica	36 pacientes	28.39%
b) Infección Herida Operatoria	4 pacientes	3.10%
c) Esterilización Quirúrgica + Apendicectomía Profiláctica	2 pacientes	1.50%
d) Apendicectomía Profiláctica	2 pacientes	1.50%
e) Anemia	1 paciente	0.79%
f) Endometritis	1 paciente	0.79%
g) Extirpación Leiomioma	1 paciente	0.79%
h) Dehiscencia Herida Operatoria	1 paciente	0.79%
i) Sin Otros Diagnósticos	79 pacientes	62.35%
	127 pacientes	100.00%

<u>EDAD</u>	<u>GESTAS</u>	<u>INDICACION</u>
21	2	Cesárea Anterior
21	3	Dos Cesáreas Anteriores
22	3	Eclámpsia + Cesárea Anterior
22	3	Dos Cesáreas Anteriores
22	3	Dos Cesáreas Anteriores
23	6	Multiparidad
23	3	Dos Cesáreas Anteriores
24	3	Distocia de Cuello
24	?	?
25	3	?
26	3	Dos Cesáreas Anteriores
26	4	Cesárea Anterior
26	3	Dos Cesáreas Anteriores
27	4	Tres Cesáreas Anteriores
27	5	Multiparidad
27	6	Multiparidad
27	6	Multiparidad
28	6	Multiparidad
28	5	Multiparidad
29	7	Multiparidad
29	?	?
29	4	Multiparidad
30	7	Multiparidad
30	3	Cesárea Anterior
30	?	?
30	3	Cesárea Anterior
30	8	Multiparidad
31	7	Multiparidad
31	3	Dos Cesáreas Anteriores
31	9	Multiparidad
32	2	?
32	3	Cesárea Anterior
33	?	?
36	3	Dos Cesáreas Anteriores
36	9	Multiparidad
37	8	Multiparidad
41	2	Cesárea Anterior
43	11	Multiparidad

En total se efectuaron 38 esterilizaciones quirúrgicas, lo que equivale al 30%.

VII. CONCLUSIONES

1. Se estudiaron 127 casos resueltos por la operación cesárea en el Hospital Regional de Zacapa durante 1977.
2. La mayoría de pacientes cesareadas estaban comprendidas entre los 26 y 30 años, o sea un 32.34%
3. La paciente de menor edad cesareada tenía 14 años y la de mayor edad de 43 años.
4. El 85.82% de pacientes eran de raza ladina.
5. El 38.58% de pacientes eran unidas y el 31.50% eran casdas; solamente un 3.15 eran solteras y un 0.79% viudas.
6. El 92.12% de pacientes se dedicaban a oficios domésticos.
7. Los tres municipios que tuvieron más pacientes cesareadas fueron: Zacapa con un 39.50%; Teculután con 11.06% y Río Hondo con 10.25%.
8. El 32.28% de pacientes fueron hospitalizadas en Casa de Salud y el 67.72% en Servicio General.
9. El 33.90% de pacientes eran primíparas y el resto múltiparas.
10. El 27.65% tenían una, dos o tres cesáreas anteriores.
11. El 67.80% de pacientes tenían embarazos de 39 a 41 semanas.

12. El 13.35% presentaban membranas rotas y de éstas el 11.06% tenían fiebre.
13. El 50.70% de presentaciones fueron cefálicas.
14. Las 5 indicaciones principales de cesárea fueron: D.C.P. con 22.91%; Podálica con 13.43%; Cesárea Anterior con 7.90%; Placenta Previa con 6.32% y D.C.P. + Cesárea Anterior con 6.32%.
15. Se les tomaron Rx al 46.28% de pacientes.
16. Solamente el 68.73% tenían su examen de Hb preoperatorio.
17. Solo el 67.15% tenían examen de grupo y Rh preoperatorio.
18. El tipo sanguíneo más frecuente fue el "0" Rh +.
19. Se efectuaron 7 transfusiones preoperatorias y 7 postoperatorias.
20. El 100% de cesáreas fueron C.S.T.P.
21. El 97.96% de anestésicos fue de tipo raquídeo.
22. La mortalidad sobre 132 nacimientos fue de 6.82%, más baja que lo que señala la literatura, que menciona que está entre el 8 y el 20%.
23. La incidencia de partos gemelares fue de 3.95%.
24. La mortalidad materna fue de 0%.

25. El 4.72% de pacientes presentaron fiebre preoperatoria.
26. El 71.66% de pacientes presentaron fiebre postoperatoria.
27. El 60.73% de pacientes estuvieron hospitalizadas de 3 a 7 días.
28. Se efectuaron 4 apendicectomías profilácticas: dos de ellas acompañadas de esterilización quirúrgica.
29. Se efectuaron 38 esterilizaciones quirúrgicas o sea un 30% y las indicaciones fueron:

Cesáreas Anteriores	42.10%
Multiparidad	39.50%
Distocia de Cuello	2.60%
Del restante 15.80% se desconoce la indicación.	
30. La paciente más joven esterilizada tenía 21 años y la mayor tenía 43 años.
31. Hay que hacer notar que los grupos y Rh menos frecuentes fueron:

O-	1 paciente
AB+	1 paciente
A-	3 pacientes

VIII. RECOMENDACIONES

1. La primera y más importante recomendación, es que las Historias Clínicas sean llenadas en debida forma, y aunque los pacientes sean privadas, que se llene la hoja de "Admisión, Trabajo y Parto", no importando que se piense efectuar cesárea electiva; todo esto con el fin de tener datos para futuras estadísticas.
2. Que todos los datos de la hoja de ingreso del departamento de Estadística sean llenados correcta y completamente.
3. Que durante el control prenatal se anoten complicaciones durante el mismo y que si hubo alguna, se haga constar en la hoja de ingreso o por lo menos que se investigue a las pacientes a su llegada a emergencia.
4. Que todo ingreso lleve la indicación de cesárea, si de antemano se ha pensado efectuarla y si no poner la indicación en la primera oportunidad.
5. Que se evalúe correctamente el uso de Rx, con el fin de complementar el diagnóstico o de evitar gastos inútiles al hospital.
6. Que toda paciente que vaya a ser operada lleve su hemotología, grupo y Rh preoperatorio, con el fin de estar preparados al surgir cualquier complicación.
7. Que se evalúen las transfusiones, para que no se aplique sin motivo y para que a la paciente que la necesite se aplique; que se pidan por lo menos dos donadores a toda paciente que se piense operar, no importando que el grupo sanguíneo no corresponda a la misma, esto para que el Banco de Sangre cuente con reserva suficiente.
8. Que en la hoja record de operación se consignen las complicaciones durante la misma.
9. Que en la historia clínica se anoten complicaciones y estado del niño, lo mismo que al egreso.
10. Que se consigne en las historias clínicas las complicaciones maternas, postoperatorias, si las hubo.
11. No someter a ningún otro trauma quirúrgico a la paciente cesareada, si este es innecesario; porque como sabemos, está contraindicado.
12. Que cada vez que se ingrese a un paciente privado, se haga el mismo directamente a Casa de Salud-Labor y Partos y no a Maternidad-Labor y Partos, como sucede a veces. Con esto el hospital pierde ingresos por concepto de estancia, Rx, laboratorios, etc., ya que el paciente es trasladado a Casa de Salud después de ser operado, permaneciendo antes en servicio general.
13. Que se evalúe correctamente el uso de la esterilización quirúrgica al efectuar cesárea, ya que el porcentaje obtenido en el año de 1977 es muy alto. Creo que debería ser tratada con mejor criterio y planificada más juiciosamente.
14. Romper el mito de que "Cesárea Anterior es igual a Cesárea", ya que muchas pacientes han tenido cesárea/s anterior/es pero no por indicación absoluta, lo que indica que bien evaluadas pueden tener su parto vaginal.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Alarcón E., Ernesto- LA CESAREA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA Tesis - 1958.
2. Díaz, Fernando J.- OPERACION CESAREA ABDOMINAL Tesis - 1927.
3. González Q., Armando- LA OPERACION CESAREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DE GUATEMALA Tesis 1955.
4. Guzmán Gaitán, Carlos Humberto- OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT, REVISION DE 131 CASOS - Tesis - 1966.
5. Morales de la Vega, Héctor Rolando- OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE GUATEMALA, ESTUDIO DE 106 CASOS - 1970.
6. Aguirre, G.- "CESAREAN SECTION (PERSONAL EXPERIENCE)" Ginecología y Obstetricia de México-Febrero 68.
7. Esperanza de los Reyes, V.- "ANALISIS OF ANATOMOPATHOLOGICAL LESIONS IN CHILDREN DELIVERED BY CESAREAN SECTION" PRESENTATION OF 108 CASES Ginecología y Obstetricia de México-Septiembre-Octubre 66.
8. Jasch, Rud- TRATADO DE OBSTETRICIA, 2a. Edición Barcelona, Editorial Labor-1954.
9. Mollinedo, José Arnoldo- CESAREA POST-MORTEM Tesis - 1960.
10. Benson, Ralph C.- MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDICO - Editorial El Manual Moderno S.A. - 1966.
11. Schwarcz-Sala-Duverges-OBSTETRICIA- Editorial "EL ATENEO", Tercera Edición, Reimpresión 1973.

Edwin
Br. Edwin José Ricardo Colón Pinto.-

Raul
Asesor
Dr. José Paéz López.-

Augusto
Revisor
Dr. Augusto René Hernández Reyes.-

Juliande León
Director de Fase III
Dr. Juliande León M.-

Raul A. Castillo
Secretario General
Dr. Raul A. Castillo R.-

Vo.Bo.

Rolando
Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo.-