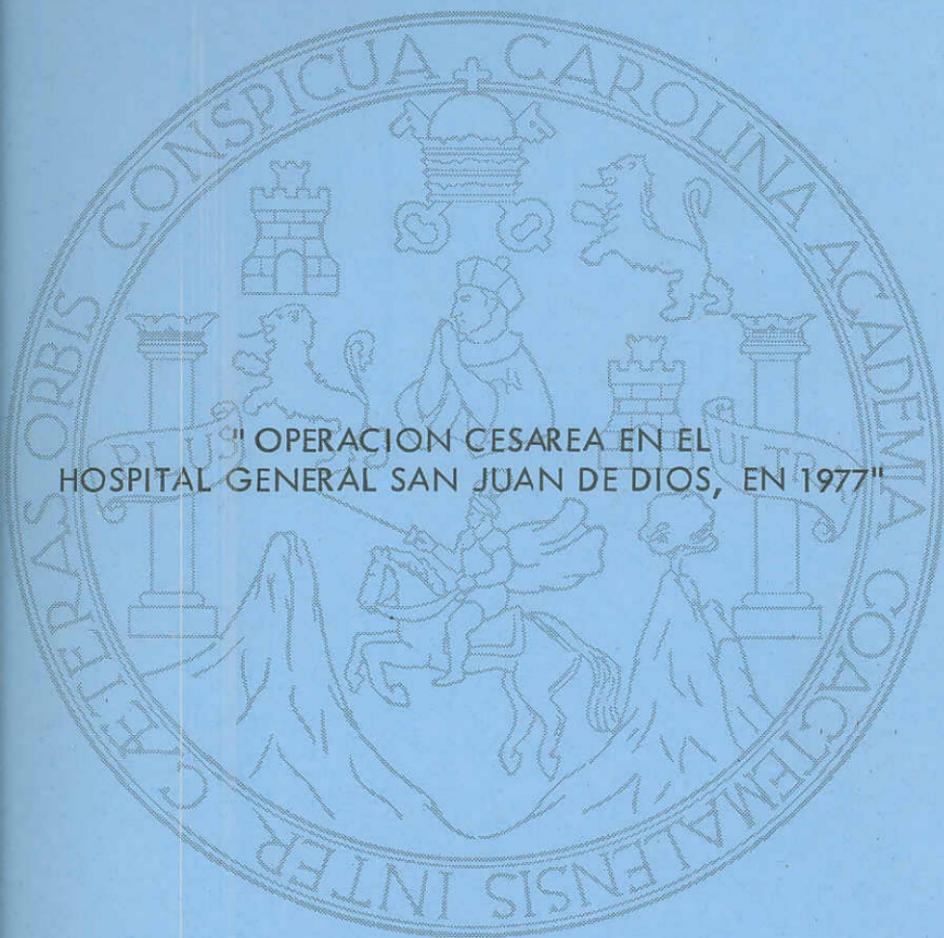


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"OPERACION CESAREA EN EL  
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, EN 1977"

MARIO ROBERTO GIRON RAMIREZ

## PLAN DE TESIS

I- INTRODUCCION

I- JUSTIFICACION

I- HIPOTESIS

V- OBJETIVOS

V- ANTECEDENTES:

- a) Historia.
- b) En Guatemala.
- c) Revisión de Literatura.

I- MATERIAL Y METODOS

I- ANALISIS Y RESULTADOS:

- a) La Madre.
- b) El Recién Nacido.

I- CONCLUSIONES

X- RECOMENDACIONES

X- BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

En los últimos tiempos se ha venido incrementando la demanda de atención médica del parto, lo que trae como consecuencia lógica que la Mortalidad Materno-Fetal venga en descenso, y esto debido a que la Mujer guatemalteca ha venido abandonando la costumbre de ser atendida empíricamente por personas inexpertas.

En la presente investigación nos ocuparemos de hacer un Análisis de la Operación Cesárea en el Hospital General "San Juan de Dios" durante el período comprendido del Primero de Enero al 31 de Diciembre de 1977. En el Departamento de Obstetricia de dicho Hospital durante el período mencionado se atendieron 2960 partos, de los cuales 414 fueron Operaciones Cesáreas, representando esta cantidad el 14% de las pacientes atendidas.

Es pues, nuestro interés hacer un análisis de lo que ha ocurrido a este respecto (De la Cesárea) en el Departamento de Obstetricia del Hospital General durante el año 1977, para así tener datos actualizados que nos puedan servir para comprobar si es cierta o no nuestra afirmación hecha en párrafos anteriores, y sacar nuestras conclusiones.

Quede constancia que en nuestra investigación se analizarán 207 casos de Operación Cesárea en general, lo que representa el 50% de los casos sucedidos en 1977.

## JUSTIFICACION

La realización del presente trabajo se justifica debido a que si bien es cierto existen estudios sobre el mismo tema en años anteriores, el último data de 1970 y estudia 106 casos (10), por lo que creo necesario tener datos fidedignos y actualizados respecto a dicho procedimiento quirúrgico, sus ventajas y desventajas, indicación en general y las condiciones que rodearon tanto a la paciente como al cirujano que efectuó en cada caso el procedimiento de la Operación Cesárea.

## HIPOTESIS

En el Departamento de Obstetricia del Hospital General "San Juan de Dios" en el año de 1977, la Mortalidad por Operación Cesárea fue del 6% para la Madre y del 15% para el Recién Nacido.

## OBJETIVOS

- 1- Tener un análisis actualizado tanto cualitativo como cuantitativo de lo que es la Operación Cesárea en nuestro medio.
- 2- Determinar cual es el porcentaje de las Pacientes estudiadas, que recibieron control Prenatal, y que porcentaje no lo recibieron.
- 3- Determinar cual es el grupo etáreo materno más afectado por operación cesárea.
- 4- Determinar cual es la Paridad de este grupo de estudio.
- 5- Determinar que otros medios se utilizaron para provocar el Parto por vía natural, antes de efectuar la Cesárea a la paciente, v.g. conducción, inducción, etc.
- 6- Determinar cual es el porcentaje de las pacientes a quienes se les efectuó Pelvimetría y a que porcentaje no se les efectuó.
- 7- Determinar cual es la Indicación más frecuente en nuestro medio para efectuar la Operación Cesárea.
- 8- Determinar cual es el Tipo de Operación Cesárea más usado actualmente.
- 9- Determinar cual es el Método de Anestesia más frecuentemente usado para efectuar la Operación Cesárea.

- 10- Determinar el promedio de peso y el Sexo de los Recién Nacidos.
- 11- Determinar el Estado de Salud del Recién Nacido inmediatamente después de la Operación.
- 12- Determinar la Morbilidad Materno-Fetal del procedimiento.
- 13- Determinar la Mortalidad Materno-Fetal del procedimiento.

## ANTECEDENTES

### A- Historia:

Desde la antigüedad hay anotaciones acerca de lo que fue el origen de la Operación Cesárea, según la historia, para obtener un ser viviente. Así podemos encontrar que en la Mitología griega, se cuenta con que Esculapio (luego padre de la Medicina) nació de una Operación Cesárea (4).

Ahora ¿De donde viene el nombre Cesárea? Según cuenta la leyenda el primer César (Cayo Julio César) heredó su nombre por el Utero escindido de su Madre ("A caeso Matres Utero"), aunque a ésta misma la historia aún la menciona presente cuando ocurrieron las Guerras de las Galias (1), y aunque la muerte durante la Operación Cesárea en la antigüedad era un hecho, ya no se puede borrar dicho término de origen imperial, del léxico Médico.

Luego aparece la "Lex Regia" que se le atribuye a Numa Pompilio (Emperador Romano) que prohibía el enterramiento de toda mujer grávida sin antes extraer el feto que podría tener vida. (6)

Por el siglo XVIII la Cesárea cae en descrédito debido a la casi totalidad de muertes materno-fetal, y Juan Francisco Socomber funda una escuela Anticesareana tratando de evitar dicha mortalidad, pero aun así persisten tocólogos que la siguen defendiendo y las críticas de Socomber no progresan gran cosa. (10)

En 1876 Eduardo Porro introduce la técnica de mutilación y sutura del muñón Uterino después de extraer al feto, pero el problema de la época lo constituye la infección de la herida operatoria; hasta que el advenimiento de la Asepsia y Antisepsia y nuevas técnicas de suturar los tejidos transforma la Operación Cesárea en un método de realizar lo irrealizable por vía natural, cosa que mejora más con el descubrimiento y aplicación de los antibióticos. (4)

Hasta en nuestros tiempos en que se ha transformado, con la mejora de técnicas y el progreso, en un método de extracción fetal de poca mortalidad.

### B- En Guatemala:

Sobre el procedimiento quirúrgico Cesárea, se han efectuado ocho trabajos.

En 1955 se reportó que la operación cesárea es inocua cuando está bien indicada y en buenas condiciones (6).

En la investigación realizada en 1958 se reportó que en 3 años la incidencia de Cesárea fue de una por cada 53.58% partos y que la técnica más usada en ese entonces era la Transperitoneal con el 90% (1).

En la investigación realizada en el año de 1966 se encontró que la indicación más frecuente para efectuar Cesárea fue la Desproporción Cefalopélvica y la complicación más frecuente en el postoperatorio fue la Endometritis y la infección de la Herida Operatoria (7).

En el último trabajo realizado en el Hospital General y

que data de 1970 encontramos que el promedio de edad de la paciente cesarizada fue de 25 años y que la incidencia de CST fue del 5.11%, así como se encontró que la Morbilidad Post Parto fue del 27%. (10)

## C- Revisión de Literatura:

### 1- DEFINICION:

La operación cesárea consiste en extraer un feto de la cavidad uterina por vía abdominal o vaginal incidiendo el Utero Materno, de manera que el feto salga de una manera artificial practicada de exprofeso (11)

### 2- INDICACIONES DE LA CESAREA: (11)

#### 2.1- ABSOLUTAS:

- a- Desproporción Cefalo-Pélvica.
  - 1) Verdadera o Estrechez Pélvica.
  - 2) Relativa o Pelvis Normal con feto grande.
- b- Placenta Previa Central total.
- c- Primigesta añosa con feto valioso.
- d- Cicatrices vaginales o anomalías que obstruyan la salida del feto; Tumor Previo.
- e- Procidencia de Cordón o Miembro, con feto vivo y dilatación incompleta.

- f- Inminencia de Ruptura Uterina con presentación no encajada y sufrimiento fetal.
- g- Muerte materna con feto vivo a término o cerca de él.
- h- Cesárea anterior con persistencia de la primera indicación o puerperio complicado franco.
- i- Sufrimiento fetal agudo con falta de encajamiento.

#### 2.2- RELATIVAS:

- a- Eclampsia sin respuesta al tratamiento médico, con niño viable y cuello sin dilatación completa.
- b- Nulípara con presentación podálica.
- c- Presentación transversa, sobre todo en Primigesta.
- d- Miomectomía anterior.
- e- Distocia de Contracción o falta de progreso del trabajo de Parto.
- f- Coincidencia de Embarazo con Fibromas grandes.
- g- Embarazos posteriores a reparación con éxito, de fístulas vesico o recto-vaginales.
- h- Malformaciones uterinas.
- i- Cuando un anillo de contracción no puede vencerse con medicamentos o anestesia.

- j- Nulípara añosa.
- k- Malformación ósea congénita, sobre todo pélvica.
- l- Trabajo de parto prolongado con agotamiento materno.
- m- En algunos y/o raros caso de cardiopatía materna, enfermedad sistémica o toxemia.

Como se podrá apreciar hay un sinnúmero de complicaciones obstétricas que son indicaciones tanto absolutas o relativas, de practicar la operación cesárea a una madre, lo que hace difícil de precisar el momento de efectuarla, pero que llegado el momento y asociado a la combinación de incidencias que suceden durante el trabajo de parto, justifican sobradamente la operación. (13)

### 3- CLASIFICACION DE LA CESAREA:

#### I- Transperitoneales:

- a) Segmento Corporea.
- b) Segmentaria.
- c) Corpórea Clásica.
- d) De Porro (Cesárea Histerectomía).

#### II- Extraperitoneales:

- a) Pura.
- b) Con artificio.

#### III- Vaginal (En desuso).

#### IV- Operación de Pórtes (En desuso)

#### V - Post-morten.

Del grupo de técnicas de Cesárea descritas anteriormente, es de hacer mención que la técnica o técnicas más usadas a través del tiempo, son las Transperitoneales, ocupando la mayor incidencia la Segmentaria, siguiendo luego la Segmento Corporea, Corporea Clásica y Post-morten, estas últimas usadas en casos de real urgencia quirúrgica o complicación durante el acto operativo. (13)

## MATERIAL Y METODOS

### A- Material:

1- Los 207 registros clínicos de las pacientes cesarizadas en 1977, en el Depto. de Obstetricia del Hospital General.

### A.1- Recursos:

1.1- Humanos: El autor del presente trabajo, así como el asesor y revisor del mismo.

1.2- Físicos: Lugar que ocupa el Archivo de registros clínicos del Hospital General.

1.3- Materiales: -Libro de registro de operaciones del Departamento de Obstetricia del Hospital General.

- Lista de Números de Registros médicos de las pacientes a quienes se les efectuó cesárea durante el período de 1977.

- Ficha estandarizada para la obtención de datos a analizar y que nos servirán para nuestro estudio.

### B- Métodos:

1- Se elaboró una carta enviada al jefe del Departamento de Estadística del Hospital General, donde se le so-

licitó la autorización para tener acceso a la revisión del libro de registro de operaciones del Depto. de Obstetricia, de donde se obtuvieron los registros clínicos de las pacientes que ocuparon nuestra investigación.

2- Para la elección de los casos a revisar se efectuó Muestreo al Azar, tomando uno de cada dos registros Clínicos anotados como operación cesárea en el libro de registro de operaciones.

3- Para la realización de la investigación se revisaron cada uno de los 207 Registros Clínicos de la muestra.

4- Al revisar cada uno de los registros clínicos se tomaron en cuenta los siguientes parámetros:

a- El Control Prenatal.

b- Agrupación de Tres grupos etáreos maternos los cuales fueron: De 15 a 25 años; De 26 a 35 años y de 36 a 45 años.

c- La paridad de las Pacientes.

d- Las indicaciones de la Cesárea y si esta fue única o múltiple.

e- El estudio radiológico (Pelvimetría).

f- Métodos de anestesia más usados para la operación cesárea.

g- Promedio de peso y sexo de los Recién Nacidos.

h- Estado de Salud del Recién Nacido inmediatamente después de la Operación, según el APGAR anotado.

i- Morbilidad y Mortalidad Materno-Fetal.

## ANALISIS Y RESULTADOS

### LA MADRE:

#### CONTROL PRENATAL

A continuación presentamos el cuadro en el que se consig-  
nan las pacientes a quienes se les efectuó Control prenatal y que  
fueron cesarizadas en el Hospital General, no importando el lu-  
gar donde se efectuó este, ya que este como Institución Pública  
no obliga a sus pacientes a controlarse en dicho centro asisten-  
cial.

CUADRO No. 1: Control Prenatal.

	No.	%
Con Control Prenatal:		
-En el Hospital General	93	44.92
-En Centro de Salud	9	4.34
-Con médico Particular	2	0.96
Sub-Total	104	50.22
Sin Control Prenatal:	103	49.75
Total	207	100.00

Como se podrá notar la cantidad de pacientes que recibie-  
ron control prenatal es bastante semejante a las que no lo reci-  
bieron.

Ahora bien, nótese el porcentaje de las que recibieron en

el mismo hospital General es bastante satisfactorio en comparación del recibido en otro lugar sea cual fuere este el medio.

En 1970, en la investigación realizada en el Hospital General, el porcentaje alcanzado de las Pacientes que SI recibieron Control Prenatal fue de 64.15% y de las que NO lo recibieron fue del 33.96% (10), lo que nos demuestra, haciendo la comparación, que últimamente la demanda de atención prenatal en el Hospital General ha disminuído, quizá siendo la razón de este fenómeno las actuales condiciones en que se encuentra el Hospital (Localización, Falta de lugar adecuado, etc.). Aunque es un fenómeno observado también en otros centros hospitalarios estatales, como el Hospital Roosevelt donde sólo el 22% de las pacientes atendidas en la Maternidad, tuvieron Control Prenatal.

#### EDAD DE LAS PACIENTES

En este cuadro encontraremos que la mayoría de las pacientes cesarizadas en el Hospital General están comprendidas entre los 15 a 25 años (71.49%) o sea pacientes jóvenes en franca edad reproductiva.

En nuestra investigación encontramos que la paciente de menos edad que fue cesarizada era de 15 años (6 casos), y que la de más edad fue una paciente de 43 años.

CUADRO No. 2: Edad de las Pacientes

EDAD	No.	%
De 15 a 25 años	148	71.49
De 26 a 35 años	46	22.22
De 36 a 45 años	13	6.28
TOTAL	207	100.00

En la investigación efectuada en 1958 en el Hospital Roosevelt, se reporta que a la mayoría de pacientes a quienes se les efectuó cesárea en dicho centro hospitalario, estuvieron comprendidas entre menores de 20 años a 30 años (70.38%). (1) En 1970 en la investigación realizada en el Hospital General, se nos demuestra que a la edad en que más se resuelven por Cesárea los partos, es de 15 a 30 años, con el 76.41% (10).

Estos datos nos demuestran pues, que nuestros datos obtenidos no son la excepción, y que siempre dicho grupo etáreo ha sido el más afectado.

#### GESTACIONES, PARTOS Y ABORTOS DE LAS PACIENTES CESARIZADAS.

##### GESTAS.

En este cuadro tenemos que la mayoría de pacientes cesarizadas son las primigestas (entiéndase con PRIMER embarazo), siguiendo en orden decreciente de porcentaje según ha tenido de dos embarazos en adelante.

Las madres que menos resuelven su parto por vía de la Cesárea, según nuestro estudio, son las que han tenido más de cinco embarazos.

CUADRO No. 3: Gestaciones

Gestas	No.	%
Primigestas	99	47.82
Secundigestas	44	21.25
Trigestas	28	13.52
Cuadrigestas	17	8.21
Más de 5 Gestaciones	19	9.17
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>100.00</b>

Si comparamos los datos anteriores con el cuadro No. 2, es evidente que el mayor número de pacientes a quienes se les efectúa Cesárea son jóvenes y Primigestas.

### PARTOS

Antes de analizar este parámetro y para evitar confusiones con el cuadro No. 3, es de hacer notar que las pacientes con Cero (0) Partos no necesariamente son primigestas, ya que habiendo tenido un embarazo anterior pudieron haber sufrido un aborto, por lo que son secundigestas, y así sucede con las pacientes consignadas con uno, dos, etc. partos. En este cuadro no se incluye, por supuesto, la cesárea que nos ocupa en nuestra investigación.

CUADRO No. 4: Partos.

Partos	No.	%
Cero Partos	113	54.58
Un Parto	39	18.84
Dos Partos	29	14.00
Tres Partos	11	5.31
Cuatro Partos	8	3.86
Más de Cuatro Partos	7	3.38
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>100.00</b>

Como se puede ver en este cuadro, la mayor incidencia de Cesáreas es en pacientes que nunca han tenido un parto, siguiéndole las que han sufrido un parto y así sucesivamente se va haciendo menor la incidencia mientras aumenta el número de partos sufridos por las madres afectadas de Cesárea.

En el estudio realizado en 1958 en el Hospital Roosevelt, también se encontró la misma relación entre paridad e incidencia de Cesárea en el grupo de pacientes estudiadas, ya que encontróse el 67.69% de pacientes nulíparas cesarizadas. (1).

### ABORTOS.

En este cuadro podemos apreciar que la incidencia de Abortos es del 18.36% en las pacientes investigadas, tomando en cuenta que del total de las mismas el 81.64% nunca han sufrido un aborto.

CUADRO No. 5: Abortos.

Abortos	No.	%
Cero Abortos	169	81.64
Un Aborto	32	15.45
Dos Abortos	2	0.96
Tres Abortos	4	1.93
Cuatro Abortos	0	0.00
Más de Cuatro Abortos	0	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>100.00</b>

Es de hacer notar que en este parámetro obtenemos siempre un dato muy objetivo, ya que es algo que la madre informa siempre, y ésta sobre el aborto, por diversas circunstancias, oculta la realidad.

**PROCEDIMIENTOS USADOS ANTES DE QUE SE EFECTUARA LA CESAREA**

En este cuadro analizamos todos los procedimientos que se usaron para obtener el feto por vía natural (Vaginal), cuando la madre presentó problemas durante el Trabajo de Parto, y que no habiendo sido posible obtenerlo así, se procedió a efectuar la Cesárea para beneficio tanto materno como fetal.

CUADRO No. 6: Procedimientos Pre-Cesárea.

Procedimientos	No.	%
Conducciones	34	16.42
Inducciones	4	1.93
Prueba de Trabajo de Parto	0	0.00
Sin Procedimientos	169	81.64
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>100.00</b>

ESTUDIO RADIOLOGICO.

En este cuadro como se podrá notar, el porcentaje mayor corresponde a pacientes que no se les efectuó Pelvimetría, aunque la diferencia es mínima.

CUADRO No. 7: Pelvimetría.

Pelvimetría	No.	%
SI	101	48.79
NO	106	51.20
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>100.00</b>

Ahora bien, este dato es aceptable, por cuanto si revisamos más adelante el cuadro No. 8, encontraremos que las indicaciones más frecuentes para efectuar las Cesáreas, en nuestro estudio, no necesitan de estudio radiológico para diagnosticarse, mientras que en Desproporción Cefalo-pélvica y Pelvis Estrecha, en orden de frecuencia, puede ser de ayuda para comprobar el diagnóstico clínico previo, el estudio radiológico.

#### INDICACION QUE HUBO PARA EFECTUAR LA CESAREA

En el cuadro siguiente encontraremos que la indicación más frecuente en nuestro medio en el grupo de madres estudiadas fue el de Desproporción Cefalo-pélvica (28.98%), siguiéndole en orden de importancia Cesárea Anterior (24.15%), Sufrimiento Fetal Agudo (23.67%) y Estrechez Pélvica (19.32%).

CUADRO No. 8: Indicación más frecuente.

Indicación	No.	%
Desproporción Cefalo-Pélvica	60	28.98
Cesárea(s) Anterior(es)	50	24.15
Sufrimiento Fetal Agudo	49	23.67
Estrechez Pélvica	40	19.32
Primigesta en Podálica	15	7.24
Enclavamiento en Posterior	13	6.28
Situación Transversa	10	4.83
Inminencia de Ruptura Uterina	6	2.89
Placenta Previa	5	2.41
Ruptura Prematura de Membranas	4	1.93
Trabajo de Parto Prolongado	4	1.93
Proscidencia y Prolapso de Cordón	4	1.93
Embarazo Gemelar	2	0.96
Desprendimiento Prematuro de Placenta normalmente Inserta	2	0.96
Amnioititis	2	0.96
Primigesta añosa	2	0.96
Desproporción Feto-pélvica	2	0.96
Diabetes Mellitus	1	0.48
Preeclampsia	1	0.48
Agotamiento Materno	1	0.48
Inducción Fallida	1	0.48
Colpoperineorrafia y ligamentopexia anterior	1	0.48

Nótese bien que hay indicaciones que tuvieron que haber ido acompañadas de otra y que se exponen solas, y por esto mismo el número de las mismas sobrepasa el total de los casos inves-

tigados. Entonces, hubo casos en que la indicación fue única y casos en que la indicación fue Múltiple para cesarizar, lo que queda demostrado en el siguiente cuadro.

#### NUMERO DE INDICACIONES QUE HUBO PARA CESARIZAR A CADA PACIENTE.

En este cuadro vemos que la mayoría de pacientes sólo tuvo una indicación para cesarizarla (56.52%), y que no hubo pacientes que tuvieron más de tres indicaciones.

CUADRO No. 9: No. de Indicaciones que hubo para cesarizar.

INDICACIONES	No.	%
Una Indicación	117	56.52
Dos Indicaciones	83	40.09
Tres Indicaciones	7	3.38
Más de Tres Indicaciones	0	0.00
TOTAL	207	100.00

En la investigación realizada en 1958 en el Hospital Roosevelt se encontró que la mayoría de pacientes tuvo indicación única para ser cesarizada (74.62%) (1), mientras que en la investigación realizada en 1970 en el Hospital General se encontró que la mayoría de pacientes estudiadas tuvo indicación múltiple con el 66.04% (10). Como ya se mencionó nosotros encontramos que la mayoría de pacientes tuvo indicación única para ser cesarizada, aunque con menos diferencia con respecto a indi-

cación múltiple que la de los datos encontrados anteriormente.

Estos datos obtenidos nos dan margen para que en el futuro sobre este aspecto se pueda hacer un mejor análisis, para determinar en realidad cual es lo predominante, y poder salir de la discrepancia actual.

#### TIPO DE CESAREA.

En este cuadro podemos apreciar, que lo dicho anteriormente con respecto a la clasificación de las cesáreas, está bien afirmado.

CUADRO No. 10: Tipo de Cesárea Efectuada.

Tipo	No.	%
Segmentaria Transperitoneal	203	98.06
Corporea	4	1.93
TOTAL	207	100.00

El 98.06% fueron Segmentarias Transperitoneales y el 1.93% fueron Corporeas. Estas cuatro Cesáreas Corporeas se efectuaron por las siguientes razones:

- Una por Placenta de inserción baja.
- Una por Situación Transversa con Prolapso de Miembro superior.
- Una por Situación Transversa.
- Una por Dos Cesáreas Anteriores con Situación Transversa.

## OPERACION ESTERILIZANTE (POMEROY)

Pomeroy es la técnica más frecuentemente usada para esterilización en el mismo tiempo operatorio de la Cesárea. Esta se efectúa ya sea a solicitud de la madre, o ya sea por diversas circunstancias que el cirujano durante el acto operatorio considera que así lo amerita hacer.

CUADRO No. 11: Pomeroy.

Pomeroy	No.	%
Con Pomeroy:		
Por Tres C. S. T. Anteriores	2	0.96
Por Dos C. S. T. Anteriores	4	1.93
Por Cesárea Corporea	3	1.44
Por Multípara Añosa	4	1.93
SUB-TOTAL	13	6.28
Sin Pomeroy	194	93.71
TOTAL	207	100.00

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, aún siendo el porcentaje bajísimo, las circunstancias que obligaron al cirujano a efectuar esta operación están plenamente justificadas.

## ANESTESIA.

Siendo la anestesia un procedimiento muy delicado durante el acto operatorio, máxime el que ocupa nuestro estudio, ya que, hay que sopesar beneficios y contraindicaciones de dos seres (Madre-Feto), debe ser manejado con sumo cuidado y por personas expertas de acuerdo con el cirujano obstetra.

CUADRO No. 12: Anestesia.

Tipo	No.	%
Epidural	137	66.18
General	70	33.81
TOTAL	207	100.00

Como podemos apreciar, el mayor número de anestésicas aplicadas a la madre, fueron Bloqueos Epidurales, lo que redundó en beneficio del feto que se va a obtener, puesto que este va a nacer menos deprimido que cuando se usan los anestésicos generales. Y esto va también en beneficio de la madre, ya que el bloqueo epidural en términos generales, ya sea asociado o no a otras causas morbosas (Sistémicas, cardiovasculares, etc.), le causa menos complicaciones que los anestésicos generales.

## MORBILIDAD MATERNA.

Pasaremos a tratar y analizar seguidamente, las complicaciones tanto en el momento Intraoperatorio, como en el Postoperatorio, y hospitalización.

CUADRO No. 13: Complicaciones Intraoperatorias.

Complicación	No.	%
Rasgadura Cérvico-Vaginal	4	1.93
Histerectomía	1	0.48
Sin Complicaciones	202	97.58
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>100.00</b>

Como se aprecia en el cuadro anterior, es bastante baja la incidencia de complicaciones intraoperatorias en los tiempos actuales, y esto creó que se deba a los avances sobre técnica quirúrgica en la operación Cesárea, así como la habilidad del cirujano para aplicarlas.

He de mencionar aquí, que se obtuvo como hallazgos operatorios un Utero Bicorne y una paciente con Leiomiomas Uterinos en el fondo del mismo, que como tales, no causaron ninguna complicación.

CUADRO No. 14: Complicaciones Postoperatorias.

Complicación	No.	%
Endometritis Post-Cesárea	13	6.28
Infección de Herida Operatoria	10	4.83
Pelvipерitonitis	3	1.44
Infección Urinaria	2	0.96
Septicemia	1	0.48
Bronconeumonía	1	0.48
Abceso Tubo-Ovárico Izquierdo	1	0.48
Vaginitis a E. Coli	1	0.48
Preeclampsia	1	0.48
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>16.42</b>
Sin Complicaciones	173	83.57
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>100.00</b>

En este cuadro podemos demostrar que la mayoría de complicaciones post-operatorias y durante la hospitalización, son las infecciosas. Ahora bien, todas estas entidades (A excepción de la Vaginitis a E. Coli) fueron diagnosticadas clínicamente, y a que en ninguna se aisló el o los gérmenes causantes. Esto sucede a pesar de que en nuestro estudio encontramos que el 100% de las pacientes recibieron la combinación de Penicilina Cristalina y Cloranfenicol como tratamiento profiláctico. Aunque también hay que tomar en cuenta y sopesar la conveniencia o no de este tratamiento profiláctico al tomar en cuenta las condiciones pre-carias en que se encuentra actualmente el Hospital General.

El promedio mínimo de hospitalización en estas pacientes (Con Complicación) fue de 5 días y el máximo de 25 días.

### MORTALIDAD MATERNA.

Del grupo de madres afectadas por nuestro estudio, ninguna falleció, ya que las que sufrieron complicaciones, todas después del tratamiento respectivo egresaron en buenas condiciones.

Esto nos da pues una mortalidad del 0.00%, lo que es sumamente satisfactorio.

### EL RECIEN NACIDO.

Siendo uno de los principales objetivos de la Operación Cesárea el obtener un Recién Nacido vivo, pasaremos pues, a presentar las condiciones que rodearon al mismo durante el acto tan operatorio como postoperatorio inmediato.

### NATALIDAD.

De las 207 Cesáreas analizadas en nuestro estudio se obtuvieron 209 Recién Nacidos, y esto a causa de que hubo dos embarazos, resueltos por esta vía, que fueron gemelares.

### SEXO.

En este aspecto tomaremos este dato como puramente estadístico, ya que, en sí, la operación no influye para el logro del mismo.

CUADRO No. 15: Sexo de los Recién Nacidos.

Sexo	No.	%
Masculino	123	59.42
Femenino	86	41.54
TOTAL	209	100.96

### PESO.

Tomando en cuenta que en nuestro medio se considera como Recién Nacido prematuro a todo aquel que pesa menos de 4.8 libras y como normal a todo aquel que pesa de 6 Libras en adelante (Sin tomar en cuenta a aquellos que pesaron más de 10 Libras por enfermedad materna u otra causa), encontramos en nuestra investigación que la mayoría de ellos obtuvo como promedio lo aceptable en nuestro medio.

CUADRO No. 16: Peso de los Recién Nacidos.

Peso	No.	%
De 2 a 4.15 Libras	12	5.79
De 5 a 6.15 Libras	113	54.58
De 7 a 8.15 Libras	81	39.13
De 9 a 10.15 Libras	3	1.44
TOTAL	209	100.96

Individualmente, el Recién Nacido que menor peso presentó al nacer fue de 2.9 Libras (falleció), y el que mayor peso presentó fue de 10.8 Libras (Sin aparente causa materna).

### MORBILIDAD.

Tomando en cuenta que nuestra investigación es un análisis de la operación Cesárea, debemos aclarar pues, que tomamos como morbilidad del Recién Nacido hasta después del Postoperatorio inmediato, basados en el TEST DE APGAR, que es el que sirve para evaluar en nuestro medio, la condición del Recién Nacido al nacer.

Por lo tanto, no entramos a analizar aquí otras condiciones morbidas que pudieron ocurrirle a los recién nacidos estando a cargo del Departamento de Pediatría.

El Test de APGAR consiste en hacer una evaluación clínica del Recién Nacido al Minuto y a los 5 Minutos después de su nacimiento y se hace tomando en cuenta los siguientes parámetros, dándole un puntaje de 0 a 2 a cada uno, así:

CUADRO No. 17: Test de Apgar (8)

Condición	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausente	Debajo de 100	Más de 100
Esfuerzo Respiratorio	Ausente	Irregular	Llanto Fuerte
Tono Muscular	Flácido	Leve flexión de extremidades	Activo
Irritabilidad Refleja	Falta de Respuesta	Llanto débil	Llanto fuerte
Color	Cianótico	Rosado y acrocianosis	Totalmente rosado

Entonces como podemos apreciar en el siguiente cuadro, la mayoría de los Recién Nacidos obtenidos en las Cesáreas, objeto de nuestra investigación, nacieron entre límites normales, lo que nos demuestra la alta efectividad de la operación Cesárea en nuestro medio.

CUADRO No. 18: Apgar obtenido al Minuto por los Recién Nacidos.

	No.	
De 0 a 4 Muy Deprimido	23	11.11
De 5 a 7 Deprimido levemente a Normal	105	50.72
De 8 a 10 Normal a Excelente	81	39.13
TOTAL	209	100.96

#### MORTALIDAD.

De los 209 nacimientos ocurridos, 199 egresaron vivos del Hospital correspondiendo este número al 96.13%. Fallecieron 8 recién nacidos, lo que corresponde al 3.86%.

güentes:

CUADRO No. 19: Recién Nacidos Fallecidos. Sus Circunstancias.

Indicación de la Cesárea	Peso al Nacer	APGAR al Nacer	Causa de Muerte	Tiempo después de Nacer
Placenta de Inserción Baja y amnioitis	2.12 Lbs	1 al min. 2 a 5 min.	Bajo Peso Sepsis	2 Días
Placenta Previa total Sangrante	2.9 Lbs	2 al min. 2 a 5 min.	Anoxia Perinatal	30 Min.
Placenta Previa total Sangrante	2.12 Lbs	7 al min. 7 a 5 min.	Bajo Peso	20 Hrs.
Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta	7.0 Lbs	2 al min. 0 a 5 min.	Anoxia Perinatal	5 Min.
Situación Transversa	4.6 Lbs	3 al min. 8 a 5 min.	Bajo Peso Sepsis	5 días
Estrechez Pélvica con embarazo Gemelar	3.8 Lbs	6 al min. 6 a 5 min.	2o. Gemelo Bajo Peso	6 Hrs.
Sufrimiento fetal agudo y Enclavamiento - en posterior	6.14 Lbs	2 al min. 4 a 5 min.	Anoxia Perinatal	12 Hrs.
Cesárea anterior infectada	5.1 Lbs	8 al min. 8 a 5 min.	Prematurez y M. H.	8 Hrs.

Ahora bien en términos generales vemos que la mortalidad (3.96%) obtenida en nuestra investigación es baja, comparándola con la de hace 20 años obtenida en el Hospital Roosevelt, la cual ascendió a 9.88% (1). Estos datos, aún más, nos demuestran que en nuestro medio la mortalidad fetal o del Recién Nacido por operación Cesárea ha bajado con el transcurrir del tiempo.

## CONCLUSIONES

- 1- Las madres en estado de Gestación en Guatemala, acuden poco en demanda de Control Prenatal a los Hospitales que lo brindan.
- 2- La demanda de Control Prenatal en el Hospital General "San Juan de Dios", ha descendido en los últimos ocho años del 64.15% al 44.92% o sea ha disminuído en un - 19.23%.
- 3- El grupo Etáreo materno que más se le efectuó Operación - Cesárea, en nuestro medio, es el comprendido entre los 15 a 25 años de edad, con el 71.49%.
- 4- La paciente de menos edad que fue cesarizada fue de 15 años y la de más edad de 43 años.
- 5- La mayoría de Madres que son Cesarizadas en nuestro medio, son las Nulíparas, con el 47.82%.
- 6- La incidencia de Abortos en el Grupo estudiado fue del 18.36%.
- 7- Los procedimientos que se usaron para obtener al feto por vía natural, antes de efectuar la Cesárea, fueron inefectivos, cuando se aplicaron.
- 8- El estudio Radiológico (Pelvimetría) guarda una relación - aceptable entre las pacientes a quienes se les efectuó y a quienes no se les efectuó, antes de ser cesarizadas.

- 9- Las indicaciones más frecuentes en nuestro medio para realizar la Operación Cesárea, son la Desproporción Céfalo-pélvica con el 28.98% y Cesárea(s) anterior(es) con el 24.15%.
- 10- La mayoría de madres que fueron cesarizadas tuvieron una sola Indicación para dicha Operación, con el 56.52%.
- 11- La técnica de Cesárea más frecuentemente usada en nuestro medio, es la Segmentaria Transperitoneal con el 98.06%, siendo la única variedad usada, la Cesárea Corporea con el 1.93%.
- 12- La técnica de Pomeroy (Esterilizante) con el 6.28%, cada vez que se usó, estuvo plenamente justificada.
- 13- Actualmente el método de Anestesia más usado es el Bloqueo Epidural, con el 66.18%, siendo el otro Método la Anestesia General, con el 33.81%.
- 14- El Bloqueo Epidural, como método de anestesia, redundo en beneficio tanto materno como fetal, ya que no se encontró morbilidad materna asociada al mismo, y los recién nacidos obtenidos, la mayoría, nacieron con un APGAR aceptable.
- 15- La incidencia de complicaciones durante el acto operatorio es mínimo, con el 2.41%, lo que nos demuestra la efectividad de la Cesárea Segmentaria Transperitoneal.
- 16- Las complicaciones postoperatorias más frecuentes son las infecciosas, con el 16.42%, aunque diagnosticadas sólo clínicamente.

- 17- El 100% de las pacientes investigadas, recibieron tratamiento con antibióticos profilácticamente.
- 18- El peso de los Recién nacidos, de acuerdo a nuestro medio, es satisfactorio.
- 19- La mayoría de los Recién nacidos, nacieron en buenas condiciones, según el APGAR encontrado, con el 89.85%.
- 20- El 3.86% de mortalidad Neo-natal encontrado, es bajo en relación al de hace 20 años que era del 9.88%.
- 21- La mortalidad materna del grupo estudiado fue del 0.00%.

## RECOMENDACIONES

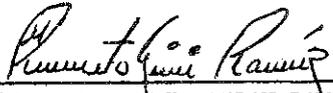
- 1- Debe coordinarse en mejor forma la atención Prenatal, y a que si las futuras madres no acuden por éste a los hospitales, lo hagan en Centros de Salud asignados para el efecto, pero que llegado el momento del parto proporcionen una información adecuada y exacta de lo que sucedió durante dicho control Prenatal.
- 2- Debe dotarse al Departamento de Obstetricia del Hospital General "San Juan de Dios", tanto de instalaciones como de equipo adecuado para poder incrementar nuevamente la atención de Control Prenatal de sus futuras pacientes.
- 3- Deben crearse Centro de Información sobre Educación Familiar, para orientar mejor a la futura madre guatemalteca, de modo que tenga una mejor orientación sobre la edad adecuada para convertirse en madre, y así evitar que lo hagan muy jóvenes y de este modo evitar en mayor cantidad la Distocia Osea.
- 4- Debe seguirse incrementando el uso del Bloqueo Epidural como método de Anestesia, ya que este es beneficioso tanto a la Madre como al Recién Nacido.
- 5- Es necesario instruir (así como de dotar del equipo necesario) al Médico en formación de la necesidad de efectuar cultivos en los procesos infecciosos en el Postoperatorio de Cesárea, para así identificar el germen causal y poder proporcionar el tratamiento adecuado, según el caso.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- ALARCON ESTEVEZ, Ernesto.  
"La Operación Cesárea en el Hospital Roosevelt".  
Tesis presentada ante la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas, previo a optar el Título de Médico y Cirujano. 1958.
- 2- AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY.  
"Cesarean Section in Presents Days Obstetrics in Charlotte Hospital, North Carolina". November 1976.
- 3- BENSON, Ralph.  
Manual de Ginecología y Obstetricia. Editorial El Manual Moderno S.A. 1966. 722 p.
- 4- DIAZ, Fernando.  
"Operación Cesárea Abdominal"  
Tesis presentada ante la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas, previo a optar el Título de Médico y Cirujano. 1927.
- 5- DE LEE, Joseph.  
Principios y Práctica de Obstetricia. 7a. Edición Philadelphia. B. Saunders Co. 1938.

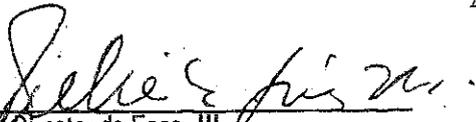
- 6- GONZALEZ, Armando.  
"La Operación Cesárea en el Materno Infantil de Guatemala".  
Tesis presentada ante la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas, previo a optar el Título de Médico y Cirujano. 1955.
- 7- GUZMAN, Carlos.  
"Operación Cesárea en el Hospital Roosevelt, Revisión de 131 Casos".  
Tesis presentada ante la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas, previo a optar el Título de Médico y Cirujano. 1966.
- 8- HELLMAN, Louis y PRITCHARD, Jack.  
Obstetricia de Williams. 14a. Edición. Lito Ediciones Olimpia. México D.F. 1973. 1076 p.
- 9- KRENZ, M.  
"The Repeated Cesaream Section".  
Fortschr. Junio 1977.
- 10- MORALES DE LA VEGA, Héctor.  
"Operación Cesárea en el Hospital General. Estudio de 106 Casos".  
Tesis presentada ante la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas, previo a optar el Título de Médico y Cirujano, 1970.

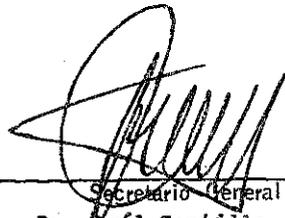
- 11- MORAGUES BERNAT, Jaime.  
Clínica Obstétrica. 8a. Edición. Editorial El Ateneo, México D.F. 1960. 715 p.
- 12- PERSIANINOV, L.S.  
"Extraperitoneal Cesaream Section".  
Akush Ginekal (Mosk). Vol. II. Mayo 1977.
- 13- ROSENVASSER, Eliseo B.  
Terapéutica Obstétrica. 2o. Tomo. Talleres Gráficos Didot. Buenos Aires. 1962. 569 p.
- 14- SUHLER, A.  
"Urological Accidents due to Cesaream Section, Apropos of Four diferent Cases".  
Acta Obstetrics Gynecology Scand. Vol IV. July 1976.
- 15- SZCZEPANSKY.  
"Cesaream Section Performed at the Department of Obstetrics of the Medical Academy in Gdansk (15 years Study)".  
Ginekal Dal. Vol. I. Mayo 1977.

  
Dr. MARIO ROBERTO GIRON RAMIREZ.

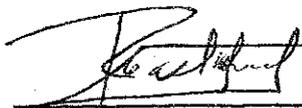
  
Asesor  
Dr. Carlos F. Soto V.

  
Revisor  
Dra. Veronica Chapeton.

  
Director de Fase III  
Dr. Julio de León.

  
Secretario General  
Dr. Nail Castillo.

Vo.Bo.

  
Decano  
Dr. Rolando Castillo Montalvo.