

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL MODULAR
DE CHIQUIMULA. Estudio de 63 Casos**

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por:

CARLOS HUMBERTO JORDAN PORTILLO

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO

I PARTE

- 1) Introducción y Justificaciones
- 2) Hipótesis
- 3) Objetivos
- 4) Material y Métodos

II PARTE

- 1) Historia
- 2) Etiología y Definición
- 3) Indicações y Contraindicaciones
- 4) Incidencia
- 5) Técnicas Operatorias
- 6) Pronóstico
- 7) Condiciones del Niño al Nacer

III PARTE

- 1) Presentación de Resultados
- 2) Interpretación de Resultados
- 3) Bibliografía
- 4) Anexo

I PARTE

INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

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 interes 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 Modular de Chiquimula". (Revisión de los casos efectuados durante el año de 1977), 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, incidencias, técnica operatoria y pronóstico, y, finalmente presentar e interpretar los resultados obtenidos en mi investigación.

HIPOTESIS

"LA INCIDENCIA DE OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA ES ALTA"

OBJETIVOS

1. Conocer la incidencia de Operación Cesárea en el Hospital Modular de Chiquimula en el año 1977.
2. Conocer qué tipo de cesárea se usa corrientemente en éste hospital.
3. Detectar cuáles son las complicaciones más frecuentes de operación cesárea en nuestro medio.
4. Conocer cuáles son las causas que inducen a efectuar este tipo de intervención quirúrgica en este hospital.
5. Conocer el tipo de anestesia usado con más frecuencia en el Hospital Modular de Chiquimula.
6. Aumentar mis conocimientos en lo que respecta a operación cesárea.
7. Hacer las conclusiones necesarias.
8. Dar las recomendaciones del caso.

MATERIAL Y METODOS

METODO:

Para la realización del presente trabajo se empleo el método científico retrospectivo, revisando 63 historias clínicas de pacientes que se les efectuó operación cesárea durante el año de 1977 en el Hospital Modular de Chiquimula, en el que se analizaron los siguientes datos: Edad, Causa por la cual se le efectuó Operación Cesárea, Número de hijos, Area de donde prevenian: Urbana o Rural, Estado civil, Tipo de anestesia usada, Ocupación, Tipo de cesárea efectuada, Complicaciones post-operatorias, Días de hospitalización, si las pacientes habían tenido operación cesárea con anterioridad, Control pre-natal previo a intervención quirúrgica, Número de pacientes que se les tomó Pelvimetría, Número de historias clínicas que tenían sus respectivos record Operatorio, Peso de el recién nacido, Estado de el recién nacido.

MATERIALES:

Humanos:

- 1) Asesor: Dr. Luis Eduardo Elgueta
- 2) Revisor: Dr. Marco Vinicio Donis
- 3) Director del Hospital Modular de Chiquimula:
Dr. Rodolfo Sandoval
- 4) Personal de el Archivo del Hospital Modular
de Chiquimula.
- 5) Personal de el Archivo del Centro de Salud
de Chiquimula.

Físicos:

- 1) Libro de Estadística de Sala de Operaciones
del Hospital de Chiquimula
- 2) Archivo de el Hospital Modular y de el
Centro de Salud de Chiquimula

- 3) Historias Clínicas de pacientes que se les efectuó Operación Cesárea durante el año 1977
- 4) Ficha de Recolección de datos (Instrumento No. 1)

II PARTE

HISTORIA

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 Francois 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.

Acercas 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.

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 irremediamente 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 Caesarea en tiempo de los emperadores y la intervención propiamente dicha se conoció con el nombre de Caisearea.
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. Otras 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 requieren 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) Primípara añosa 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 cesareas.

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. | Miscelánea | 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 si 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.

INDICENCIA

También en lo que se refiere a este punto se ha 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 Chace la incidencia en Estados Unidos oscila entre 4.2o/o y 5.7o/o, en Inglaterra, Gales y Holanda 2.7 y 1.25o/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 Sãnger, llamada también Conservativa
2. La Transperitoneal, Cesárea baja de Latzo.
3. Cesárea seguida de Histerectomía de Porro.

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 provocaria hemorragias intensas y lesiones en la vejiga urinaria 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 evacua 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 cms. 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 administrara 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. Después se procede a cerrar la herida uterina de tal forma que los labios de la misma se ajusten entre si, 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 menos 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 Tren delenburg 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 roma 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 y longitudinal. Se hace la incisión inicial con bisturí complementándose con tijeras de punta roma en caso de incisión transversal se puede practicar disección roma 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 esta 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 anillo 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 catgutacrómico número 0 ó 1. En segundo plano se cierran estructuras más superficies 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 transversa 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 insición transversal debe ser semilunar con la concavidad hacia arriba y procurando que sus extremos queden 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.

PRONOSTICO

La mortalidad materna por cesárea es de 0.20/o 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, se ha de decir primero, que el medicamento empleado para la premedicación es la atropina, siendo esta 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 también en anestesia por inhalación o raquídea. Debera 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 de 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 magnificas 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 otras 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, quizá sea el método de elección basado en la experiencia del personal anestesiólogo.

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

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, esto 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.

III PARTE RESULTADOS

El cuadro número uno corresponde a la distribución por edades de pacientes a quienes se les efectuó operación cesárea, encontrándose que la mayoría de pacientes oscilaban entre 15 y 20 años (31.74o/o) y 21 y 26 años (31.74o/o).

CUADRO No. 1
DISTRIBUCION POR EDADES

Edad	No. de Pacientes	o/o
15 a 20 años	20	31.74
21 a 26 años	20	31.74
27 a 32 años	14	22.22
33 a 38 años	7	11.11
39 a 44 años	2	3.17
TOTAL	63	100

El cuadro número dos corresponde al número de hijos de las pacientes que fueron operadas, encontrándose que la mayoría eran pacientes primigestas 31 casos (49.20o/o)

CUADRO No. 2
NUMERO DE HIJOS

Número de Hijos	No. de Pacientes	o/o
0	31	49.20
1 a 3	20	31.74
4 a 6	8	12.69
7 a 9	4	6.34
TOTAL	63	100

El siguiente cuadro señala la procedencia de las pacientes, al

hacer referencia al área urbana es propiamente la ciudad de Chiquimula, el área rural, se refiere a municipios y aldeas. También puede observarse un pequeño porcentaje (6.34o/o) procedentes de la república de Honduras.

CUADRO No. 3

Area	No. de Pacientes	o/o
Urbana	19	30.15
Rural	40	63.49
República de Honduras	4	6.34
TOTAL	63	100

En este cuadro se puede apreciar que el estado civil de las pacientes en su mayoría son unidas 52.38o/o, el segundo lugar lo ocupan las casadas con un 36.50o/o.

CUADRO No. 4

Estado Civil	No. de Pacientes	o/o
Casadas	23	36.50
Unidas	33	52.38
Solteras	7	11.11

En el cuadro número cinco se puede apreciar que la ocupación más frecuente de las pacientes operadas corresponde a oficios domésticos 92.06o/o.

**CUADRO No. 5
OCUPACION**

Ocupación	No. de Pacientes	o/o
OFICIOS DOMESTICOS	58	92.06
Maestras de Educación Primaria	5	7.93
TOTAL	63	100

El cuadro número seis se refiere a las pacientes que fueron controladas en el Centro de Salud durante el curso de su embarazo, encontrando que el 6.34o/o tienen control pre-natal.

**CUADRO No. 6
CONTROL PRE-NATAL**

Control Pre-Natal	No. de Pacientes	o/o
Si	4	6.34
No	59	93.65
TOTAL	63	100

En el cuadro número siete se puede apreciar que al 50.79o/o de pacientes se les tomó pelvimetría mientras que el 49.20o/o no se le tomó.

A los pacientes que se les tomó Pelvimetría no aparecen los diámetros en las historias clínicas.

**CUADRO No. 7
PELVIMETRIA**

Pelvimetría	No. de Pacientes	o/o
Si	32	50.79
No	31	49.20
TOTAL	63	100

El siguiente cuadro se refiere a la Hemoglobina y Hematocrito que presentaban las pacientes, previo a intervención quirúrgica.

**CUADRO No. 8
HEMOGLOBINA HEMATOCRITO**

Hemoglobina	No. de Pacientes	o/o
de 8 a 10 g/100 ml.	13	20.63
de 11 a 13 g/100 ml.	30	47.70
de 14 en adelante	20	31.74
Hematocrito		
	No. de Pacientes	o/o
de 24 a 30o/o	13	20.63
de 31 a 36o/o	30	47.70
de 37 a 42o/o	20	31.74
TOTAL	63	100

El cuadro número nueve se refiere a que si las membranas embrionarias estaban rotas o enteras al momento de la intervención quirúrgica. Lamentablemente este dato solo se encontraba en el examen físico de ingreso, pero en la evolución no hacía constar si se habían roto, por lo tanto queda sin valides.

CUADRO No. 9

Estado de las Membranas	No. de Pacientes	o/o
Rotas	se desconoce	---
Enteras	se desconoce	---

En el siguiente cuadro se puede observar que el 15.87o/o de las pacientes operadas tenían cesárea anterior y la causa de ello fue generalmente estrechez pélvica o desproporción cefalopélvica.

**CUADRO No. 10
CESAREA ANTERIOR**

Cesárea anterior	No. de Pacientes	o/o
Si	10	15.87
No	53	84.12
TOTAL	63	100

En el cuadro número once se investigó si las historias clínicas tenían sus respectivos record operatorios encontrándose que el 73.01o/o sí tenían record.

**CUADRO No. 11
RECORD OPERATORIO**

Record Operatorio	No. de Pacientes	o/o
Si	46	73.01
No	17	26.98
TOTAL	63	100

El cuadro número doce contiene las causas por las cuales se les efectuó operación cesárea, encontrándose, que las más frecuentes fueron: Desproporción cefalo Pélvica + estrechez pélvica 28 casos (44.43o/o).

**CUADRO No. 12
CAUSAS DE CESAREA**

Causa de Cesárea	No. de Pacientes	o/o
Desproporción Cefalo Pélvica	28	44.43
Situación Transversa	9	13.27
Sufrimiento Fetal	7	11.11
Distocia de cuello	4	6.34
Desprendimiento prematuro de Placenta	4	6.34
Parto Distócico	3	4.76
Placenta Previa	3	4.76
Primigesta en Podalica	3	4.76
Brevedad del Cordón		
+ Embarazo Post Maduro	1	1.58
TOTAL	63	100

El cuadro número trece se refiere al tipo de anestesia usada encontrando que la anestesia más usada fué la Raquídea, con un

60.31o/o, le sigue la epidural con un 28.57o/o.

**CUADRO No. 13
ANESTESIA USADA**

Anestesia Usada	No. de Pacientes	o/o
Raquídea	38	60.31
Epidural	18	28.57
General	7	11.11
TOTAL	63	100

El cuadro número catorce señala el tipo de cesárea que se efectuó a las pacientes, encontrándose que el 100o/o fue Cesárea Segmentaria transperitoneal, en un caso se hizo Histerectomía por ruptura uterina.

**CUADRO No. 14
TIPO DE CESAREA EFECTUADA**

Tipo de Cesárea efectuada	No. de Pacientes	o/o
Césarea Segmentaria Transperitoneal	63	100

El cuadro número quince se refiere a los días de hospitalización de las pacientes operadas, encontrándose que la mayoría de pacientes tuvieron de uno a siete días 50.79o/o

CUADRO No. 15

Días de Hospitalización	No. de Pacientes	o/o
1 a 7 días	32	50.79
8 a 14 días	17	26.98
15 a 22 días	11	17.46
22 en adelante	3	4.76

El siguiente cuadro se refiere a complicaciones presentadas después de la intervención quirúrgica, las más frecuentes son:

Infección de Herida Operatoria 20.63o/o, Infección Urinaria 7.93o/o, Dehiscencia de herida operatoria 6.34o/o.

**CUADRO No. 16
COMPLICACIONES**

Complicaciones	No. de Pacientes	o/o
Infección de Herida Operatoria	13	20.63
Infección Urinaria	5	7.93
Dehiscencia de Herida Operatoria	4	6.34
Sin complicaciones	41	65.07
TOTAL	63	100

El siguiente cuadro señala las condiciones del niño al nacer la clasificación de APGAR se hizo al minuto ya que solo este parámetro aparece en las papeletas.

**CUADRO No. 17
ESTADO DEL NIÑO AL NACER**

APGAR	al minuto	o/o
1 a 5	3	4.76
6 a 10	30	47.70
Ovitos Fetales	4	6.34
Se desconoce	26	41.26
TOTAL	63	100

MORTALIDAD MATERNA

De los 63 casos revisados se registro una mortalidad materna, que corresponde al 1.58o/o. La complicación de este paciente fue Bronconeumonía.

MORTALIDAD FETAL

No se registró ninguna mortalidad fetal

PESO DEL RECIEN NACIDO

Es un parámetro que se quiso investigar, pero 100o/o de historias clínicas que no tenían peso del recién nacido.

INTERPRETACION DE RESULTADOS

El estudio realizado en el Hospital Modular de Chiquimula encontramos que se registra un total de 1,184 partos en el año de 1977 y que un porcentaje de 5.32o/o corresponden al número de cesáreas que equivalen a 63 en el mismo año, este resultado es similar al estudio efectuado por el Dr. Morales de la Vega (7) que fue de un 5.11o/o y por lo tanto la operación cesárea en el Hospital Modular de Chiquimula es un procedimiento quirúrgico estandarizado a nuestro medio. Observamos también que el 31.74o/o de cesáreas efectuadas correspondían a edades juveniles de 15 a 20 años (cuadro No. 1) y que el 49.20o/o eran primigestas (cuadro No. 2), que es un factor predisponente para que acrecente el número de cesáreas.

Nos llama la atención que el mayor número de pacientes provenían del área rural en un 63.49o/o y un 36.34o/o del área urbana, (cuadro No. 3). Un número muy elevado de las pacientes eran unidas: 52.38o/o y luego casadas: 36.50o/o (cuadro No. 4). La ocupación más frecuente en los casos analizados fue oficios domésticos con 92.6o/o (cuadro No. 5). Se puede explicar el porqué de lo bajo en el control prenatal que muestra el 6.34o/o, que se debe a la condición educacional del paciente lo cual es característica de nuestro medio. Respecto a la pelvimetría (cuadro No. 7), se puede observar que al 50.79o/o de pacientes se les efectuó dicho estudio, pero no aparecían las medidas en las historias clínicas, es importante hacer mención que este estudio no es obligado en toda paciente que se le va a efectuar cesárea. Observamos que en relación al hematocrito y la hemoglobina en un porcentaje mayor se encontraba en los pacientes de diez a doce gramos de hemoglobina y de 30 a 36o/o de hematocrito (cuadro No. 8), dato que pudimos interpretar en nuestro medio como normal y que refleja el estado nutricional del paciente y que influirá en las complicaciones de la operación.

Un dato muy importante que no aparece en las historias clínicas es el estado de las membranas si estaban rotas o intactas a la hora de la operación, que también influya en las complicaciones post-operatorias (cuadro No. 9).

Un dato muy importante es el record operatorio el cual debería de adjuntarse a toda historia clínica ya que es importante para obtener datos más minuciosos con respecto a la operación; el 26.98o/o de las historias clínicas no tenían record operatorio (cuadro No. 11).

Observamos la causa más frecuente por lo que se efectuó la operación cesárea al paciente encontrando que el porcentaje más elevado corresponde a la de proporción céfalo-pélvica más estrechez pélvica, aunque en realidad como se indicó en lo correspondiente a pelvimetría no hay datos y medidas exactas para tener un informe aceptable; siendo el 44.43o/o de las indicaciones de cesárea (cuadro No. 12). Nos damos cuenta que el empleo de distintos tipos de anestesia y vemos que un porcentaje muy elevado de cesáreas se efectuaron con anestesia raquídea con un porcentaje de 60.31o/o, en relación a la epidural con 28.57o/o y la anestesia general de 11.11o/o, el uso de distintos tipos de anestesia se debe a la experiencia del equipo de anestesistas con que cuente el hospital (cuadro No. 13).

Vemos que el tipo de operación cesárea efectuada fue en un 100o/o cesárea segmentaria transperitoneal (cuadro No. 14) y comparando con el Hospital Nacional de Occidente que fue de 81o/o (6).

Observamos con relación a los días de hospitalización, que la mayoría de pacientes, un 50.79o/o tuvieron de 1 a 7 días de hospitalización, que es lo normal, el promedio de los días de hospitalización por complicaciones fue de 15 días (cuadro No. 15).

Las complicaciones que según los libros de obstetricia nos

relatan no tienen un valor de importancia en nuestro medio y observamos en el estudio realizado que la infección de herida operatoria fue la más frecuente con un 20.63o/o, infección urinaria 7.93o/o; dehiscencia de herida operatoria 6.34o/o, lo cual hacen un porcentaje alto de complicaciones debiéndose al manipuleo del equipo de operaciones al colocar la sonda vesical, el tiempo prolongado de tener sonda así como mala técnica de asepsia y antisepsia (cuadro No. 16).

En relación al estado del niño al nacer observamos que solo 37 historias clínicas presentaban este dato y únicamente al minuto de vida, teniendo un porcentaje mayor los niños con un APGAR de 6 a 10 con 47.70o/o y desconociendo a los otros (cuadro No. 18).

CONCLUSIONES

- 1) La incidencia de operación cesárea en el Hospital Modular de Chiquimula es un procedimiento quirúrgico estandarizado a nuestro medio; por lo tanto se rechaza la hipótesis.
- 2) La cesárea segmentaria transperitoneal se efectuó en un 100o/o en el Hospital Modular de Chiquimula.
- 3) La complicación más frecuente fue: infección de herida operatoria con 20.63o/o, porcentaje que es elevado.
- 4) Las indicaciones de cesárea más frecuentes fueron: desproporción céfalo-pélvica y estrechez pélvica con un 44.43o/o; pero deja dudas al no poner en las historias clínicas las medidas de pelvimetría.
- 5) El tipo de anestesia más usado fue la raquídea con un 60.31o/o.
- 6) La incidencia de cesáreas en el año 1977 la constituyó el 5.32o/o.
- 7) En su mayoría las pacientes a las que se les practicó la operación cesárea provenían del área rural y se dedicaban a oficios domésticos.
- 8) Un 50.79o/o tuvieron de 1 a 7 días de hospitalización, cuando fue normal, el promedio de los días de hospitalización por complicaciones fue de 15 días.
- 9) Solo un 6.34o/o de las pacientes operadas tenían control prenatal en el Centro de Salud.
- 10) El recién nacido en nuestros hospitales departamentales es

ignorado ya que se carecen de datos sobre él, en la historia clínica.

- 11) La mortalidad materna fue del 1.54o/o
- 12) No se registró mortalidad fetal.

RECOMENDACIONES

- 1) Que el libro de estadística operatoria sea supervisado por médicos, ya que al buscar la respectiva Historia Clínica, se encontraban diagnósticos equivocados.
- 2) Poner el número de registro clínico en el libro de estadística operatoria para que la localización de las papeletas se haga fácilmente.
- 3) Que toda historia clínica tenga su respectivo record operatorio.
- 4) Que en el record operatorio se incluya el peso del recién nacido.
- 5) Establecer una mejor relación, entre médicos de los centros de salud y médicos hospitalarios para llevar a cabo una mejor evolución de la paciente, desde el control pre-natal hasta el momento del parto o cesárea.
- 6) Velar porque el recién nacido se examine y se le haga historia clínica así como se evalúe al nacer, al minuto y los cinco minutos de haber nacido.
- 7) Que los métodos diagnósticos auxiliares tales como: el caso de las pelvimetrías, sus medidas se anoten en las historias clínicas.
- 8) En cuanto al examen general de la paciente es importante anotar el tiempo de evolución de la ruptura de membranas embrionarias, ya que la ruptura o no de las mismas podría disminuir las complicaciones en cuanto a infecciones.

- 9) Se sugiere revisar las técnicas de asepsia ya que las complicaciones de infección de herida operatoria es alta.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Joseph J. Rovinsky, Alan Guttmacher. "Complicaciones Médicas, Quirúrgicas y Ginecológicas en el Embarazo". Segunda edición. Editorial Interamericana, S. A. México D.F. 1967 pp 24-28.
- 2) Nelson, Waldo E., Vaughan, Víctor y McKay, R. "Tratado de Pediatría", Sexta edición, Tomo I, Salvat Editores. Barcelona. pp 355.
- 3) Williams, Obstetricia. Salvat Editores, México, 1973. pp 393-98. 1007-30.
- 4) Dr. Héctor Puente González, 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. pp 93-101.
- 5) Tesis presentada por la Dra. Elizabeth Ortiz Dominguez "Operación Cesárea en el Hospital General de Occidente" (Revisión de 123 casos año 1975)
- 6) Jaime Moragues Bernat. "Clínica Obstetrica", tercera edición Editorial El Ateneo. pp 835-864.
- 7) Tesis presentada por el Dr. Héctor Rolando Morales de la Vega. "Operación Cesárea en el Hospital San Juan de Dios" (Estudio de 106 casos año 1970).
- 8) Scwarkcs, Ricardo. "Obstetricia", Tercera edición. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1973. pp 849-865.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
(INSTRUMENTO No. 1)

Edad _____ años

Causa de Cesárea:

Procedencia: U. R.

No. de hijos:

Estado Civil:

Tipo de Anestesia Usada:

Ocupación:

Tipo de Cesárea:

Complicaciones:

Días de Hospitalización:

Condiciones del niño al nacer:

Mortalidad Materna:

Cesárea Anterior: SI NO

Pelvimetría: SI NO

Record Operatorio: SI NO

Peso del recién nacido:

Hemoglobina _____, Hematocrito

Carlos Humberto Jordán P.

Br: Carlos Humberto Jordán P.

Dr. Luis Eduardo Elgueta

Asesor

Dr. Luis Eduardo Elgueta

Dr. Luis E. Elgueta
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 2537

Dr. Marco Vinicio Donis

REVISOR
Dr. Marco Vinicio Donis

Dr. Julio De León M.

Director de Fase III

Dr. Julio De León M.

Dr. Raul A. Castillo

Secretario General

Dr. Raul A. Castillo

Vo.Bo.

Dr. Rolando Castillo Montalvo

Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo