

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**INDICACIONES DE OPERACION CESAREA, EN
HOSPITALES DEPARTAMENTALES EN EL AÑO 1977**

WILLIAM DAMIAN MENDEZ CARDONA

GUATEMALA, ABRIL DE 1978

PLAN DE TESIS

- I.- INTRODUCCION
- II.- OBJETIVOS
- III.- MATERIAL Y METODO
- IV.- HISTORIA Y REVISION BIBLIOGRAFICA
- V.- RESULTADOS
- VI.- ABREVIATURAS UTILIZADAS Y SU SIGNIFICADO
- VII.- GRAFICAS
- VIII.- ANALISIS DE RESULTADOS
- IX.- CONCLUSIONES
- X.- RECOMENDACIONES
- XI.- BIBLIOGRAFIA

I.- INTRODUCCION

El presente trabajo de Tesis, se llevó a cabo tomando en cuenta a 3 hospitales del interior de la república; en los cuales la afluencia de personas es abundante, y se realiza de todo tipo de cirugía; fué motivado por el número tan grande de indicaciones que actualmente existen para realizar una operación cesarea.

El presente estudio se llevó a cabo en los hospitales de Quetzaltenango, Jalapa y Coatepeque, y de quienes estoy muy agradecido, por la valiosa colaboración que me brindaron para la realización de éste estudio.

Tomando en cuenta el número tan grande de indicaciones que existen para realizar un procedimiento quirúrgico de esta naturaleza (operación cesarea), se decidió realizar este estudio, en el cual se analizan las indicaciones que existen para efectuar este procedimiento, así como también las indicaciones que con mas frecuencia se toman en cuenta en los hospitales departamentales antes mencionados para efectuar esta operación durante el año 1977. Así también este estudio toma en cuenta otros aspectos, tal es el caso de investigar la anestesia mas corrientemente utilizada para efectuar dicha intervención en los hospitales departamentales en que se llevó a cabo este estudio. También es motivo importante de esta investigación el hecho de determinar las edades en que este procedimiento se efectúa en mayor escala y la paridad de la paciente embarazada, constituyendo así los cuatro parámetros que se entraran a estudiar a continuación.

II.- OBJETIVOS

- 1.- Determinar cual es la indicación más frecuente para efectuar una operación cesarea, en la práctica hospitalaria departamental guatemalteca, tomando como muestra tres hospitales departamentales.
- 2.- Determinar la edad en que más frecuentemente se realiza operación cesarea a nivel departamental.
- 3.- Determinar el tipo de anestesia más comunmente utilizado en los hospitales departamentales al realizar esta operación.
- 4.- Determinar en que tipo de pacientes, multíparas o primíparas es más frecuente la operación cesarea.
- 5.- Conocer las indicaciones en general que se utilizan en los hospitales departamentales para efectuar esta intervención quirúrgica.

III.- MATERIAL Y METODO

RECURSOS MATERIALES:

- A) Para realizar el presente trabajo se contó con los Hospitales de Coatepeque, Quetzaltenango, y Jalapa.
- B) Libros de registro de sala de operaciones de los diferentes hospitales mencionados anteriormente del año 1977.
- C) Archivo de los tres hospitales.
- D) Historia Clínica de 300 pacientes (100 para cada hospital).
- E) Biblioteca de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

METODOLOGIA:

- 1.- Se hace revisión bibliográfica sobre el tema Operación Cesarea.
- 2.- Se revisan los libros de sala de operaciones de los tres diferentes hospitales mencionados en el año 1977.
- 3.- Se revisan las historias clínicas de las pacientes operadas (100 por cada hospital).
- 4.- Se someten a análisis para estudio 300 casos registrados.
- 5.- Se toman en cuenta los siguientes parámetros para elaborar el presente trabajo:
 - 5.1 Edad.
 - 5.2 Indicación de Cesarea.
 - 5.3 Paridad de la paciente.
 - 5.4 Tipo de anestesia utilizado.

IV.- HISTORIA

Desde hace muchos años, la operación cesarea ha sido una de las armas con que contamos para evitar problemas o complicaciones, tanto para la madre embarazada como para el niño; antiguamente era muy alta la incidencia de muertes maternas y del producto de la concepción, por no saber como solucionar ciertos problemas que se presentaban a la hora del parto, pero al iniciarse la práctica de la operación cesarea, esta incidencia de muerte ha decendido notablemente al grado de ser rara la defunción materna secundaria a un embarazo a término.

Esta operación se practica desde hace muchos años, en un principio después de muerta la madre (post-mortem); se le dió el nombre de cesarea de la palabra latina coesar, que significa incidir; su uso médico se inició con Trautman en el año de 1610.

Al principio esta operación era de pronóstico mortal, por varios factores, entre los que se mencionan: falta de sutura del útero, falta de antisepsia, y falta de antibioticoterapia. Sãnger aconsejó la sutura uterina, dando mas seguridad al procedimiento.

Al inicio de este siglo se acostumbraba la insición del cuerpo uterino (cesarea clásica), pero la operación continuaba siendo mortal. En 1909 Latzko tratando de eludir la cavidad peritoneal describió la cesarea extraperitoneal, rechazando peritoneo y vejiga hacia un lado. Kröning en 1912 decidió realizar la cesarea segmentaria transperitoneal, la cual es la que actualmente se utiliza.

OPERACION CESAREA

Se le da el nombre de operación cesarea, al procedimiento quirúrgico por medio del cual es extraído el producto de la gestación, a través del abdomen de la madre (Operación Cesarea Abdominal), incidiendo además el útero.

Hay que hacer mención que para llegar al feto es necesario atravesar la cavidad peritoneal (Cesarea transperitoneal) o rechazar el peritoneo sin penetrar en él (Cesarea extraperitoneal).

INDICACIONES

Antiguamente realizar esta operación era sumamente peligroso, por lo que la indicación única que existía era la obstrucción del canal de parto (por estrechez pélvica, tumor previo o atresia de las partes blandas), pero con el descubrimiento de antibióticos y otros avances científicos, las indicaciones se fueron extendiendo al extremo que en la actualidad, se realizan estas operaciones a diario.

También hay que hacer notar que en tiempos antiguos únicamente se realizaba esta operación en casos puros, es decir con bolsa integra, partos de corta evolución sin tactos y en ausencia de signos locales y generales de infección, así como también en casos sospechosos (con bolsa rota, sin tactos o con tactos asépticos, poco tiempo de evolución de trabajo de parto y sin signos de infección; pero nunca se realizaba en casos sépticos.

Actualmente para realizar la operación cesarea, se necesita tener una indicación precisa, a fin de no exponer a la madre a un riesgo quirúrgico innecesario.

Las indicaciones pueden ser: ABSOLUTAS y RELATIVAS.

- Absolutas:** a) Estrechés pélvica para un niño a término;
b) Tumores previos (inclusive cáncer de cuello);
c) Atresia de partes blandas.

Las demás indicaciones son relativas.

La indicación puede diagnosticarse con anticipación y por este motivo realizar la intervención (Cesarea electiva); en otras oportunidades la indicación surge durante el trabajo de parto y por este motivo la intervención (Cesarea de urgencia).

ANALISIS DE INDICACIONES DE CESAREA

1.- PELVIS ESTRECHAS:

La desproporción cefalo pélvica (DCP), era antiguamente una de las únicas indicaciones para realizar la intervención quirúrgica, pero actualmente la pelvis estrecha pura es menos frecuente, existe en mayor cantidad la pelvis límite, en la cual es obligatorio dar prueba de trabajo de parto.

2.- PLACENTA PREVIA:

Es la indicación que también es bastante frecuente, en este caso es pertinente intervenir a la paciente lo más cercano posible al término del embarazo, lo cual se logra teniéndola hospitalizada, realizando controles seriados de hemoglobina y hematocritos, y transfundiéndola cuando sea necesario; hay que hacer notar que las variedades de placenta previa no oclusiva y la multiparidad son favorables para que con maniobras como Puzos (Rotura amplia de membranas) logren llevar a feliz término el trabajo de parto por vía natural.

En esta indicación hay elementos que sirven de juicio para

intervenir o no a la paciente, siendo estos:

- a) Falta de control y abundante hemorragia;
- b) Feto vivo y próximo a llegar a término;
- c) Distocia compleja;
- d) Resistencia de cuello;
- e) Variedades oclusivas;
- f) Primaiparidad.

3. CESAREA ANTERIOR:

Esta indicación es relativa, ya que el hecho de tener una cesarea no implica la necesidad de practicar una segunda, a menos que la indicación de la primera haya sido absoluta; si por el contrario la indicación fué accidental es preferible dejar evolucionar el trabajo de parto por vía natural e intervenir siempre y cuando haya otra indicación.

4.- DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERTA:

Deberá tratarse quirúrgicamente en casos en los que el feto esté vivo y viable o aquella en que el feto esté muerto y el parto no se realiza en las 6 primeras horas y la paciente tienda a agravarse.

5.- TOXEMIA GRAVIDICA:

PREECLAMPSIA: En este caso debe intervenir a la paciente siempre y cuando no responda a un corto tratamiento médico de ensayo y que fracasen los medios para desencadenar el parto; así como también en aquella paciente con feto vivo y que a pesar de tener tratamiento tenga crisis convulsivas.

ECLAMPSIA CONVULSIVA: Parecería lógico que la conducta a tomar fuera suprimir la causa etiológica de la toxemia evacuando lo más pronto posible el útero, pero también

debemos pensar que la paciente eclámptica resiste mal el shock operatorio y la mortalidad en estos casos es elevada, por lo que se debe operar siempre y cuando haya otra indicación obstétrica para resolver el parto por vía abdominal; o en aquellos casos en los que la paciente esté controlada de el coma y la crisis convulsiva y si el niño aún está vivo, para evitar una eclampsia recurrente que por lo general es más grave.

6.- DISTOCIAS DINAMICAS:

En esta indicación se debe practicar cesarea siempre y cuando:

- a) Exista un verdadero trabajo de parto;
- b) Que fracase un correcto tratamiento medicamentoso de la distocia;
- c) Que puedan juzgarse con experiencia las ventajas y riesgos de una solución vaginal.

La inercia uterina y las distocias hipertónicas deben ser operadas siempre y cuando no respondan a un tratamiento médico adecuado.

7.- PATOLOGIA MATERNA INTERCURRENTE

a) **HIPERTENSION ARTERIAL AGRAVADA:** Toda paciente embarazada en la que preexista una hipertensión arterial y ésta se eleve pese al tratamiento médico está expuesta a graves complicaciones (Hemiplejías, hemorragias retinianas y retroplacentarias etc.), además es de mal pronóstico para el niño. Si el cuello no está maduro y parece difícil lograr la expulsión del niño por vía baja con una inducción, deberá practicarse intervención quirúrgica (cesarea).

b) **DIABETES:** En este caso está indicada la operación

cesarea en el período preterminal, sobre todo si hay macrosomía fetal, toxemia sobreagregada o si la diabetes ha sido mal controlada.

c) **NEFROPATIAS:** En estos casos la cesarea es ocasional, siempre que la insuficiencia renal sea peligrosa y no sea medicamente controlable.

d) **OTRAS CAUSAS:** Puede estar indicada la cesarea en apendicitis aguda y algunas cardiopatías que no ceden a tratamiento médico y haya peligro de muerte materna con feto vivo.

8.- PATOLOGIA GINECOLOGICA ASOCIADA (Distocia de partes blandas):

Aquí se incluyen malformaciones congénitas que hacen imposible o peligroso el parto por vía baja, entre los que podemos contar carcinoma cervical, procesos cicatrizales secundarios a fijaciones de la matriz o a curaciones de fístulas etc.

9.- SUFRIMIENTO FETAL:

Esta indicación surge en el trabajo de parto, los datos clínicos que se deben tomar en cuenta son la arritmia y la bradicardia, ya que la taquicardia por si sola no requiere una extracción inmediata, únicamente es necesario un mayor control; cuando se trata de un sufrimiento fetal simple sin otra distocia agregada basta con administrar analépticos y oxígeno y esperar el parto por vía baja, no así si es un sufrimiento fetal intenso (SFI), con otra distocia agregada que requiere intervención inmediata.

10.- PROCIDENCIA DE CORDON:

Es indicación de cesarea cuando el feto está vivo y no hay dilatación completa.

11.- PRESENTACIONES ANORMALES:

Las presentaciones anormales como la de hombro irreductible, las de frente o cara no solo cuando se enclaban sino también cuando se detienen en un nivel alto de la pelvis constituye indicación de cesarea. También se hace mención que la presentación de nalgas en pacientes primíparas es indicación de cesarea.

12.- INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA (IRU):

Por lo general esta indicación aparece durante el trabajo de parto y casi siempre va seguida de otra distocia (sufrimiento fetal intenso, lo cual es indicación de cesarea, para evitar mayores complicaciones a la madre y al niño.

CONTRAINDICACIONES DE CESAREA

Siempre y cuando el caso clínico no reúna ciertas condiciones, la indicación de esta operación resulta inadecuada, como por ejemplo con feto muerto, salvo casos en los que vaya acompañada de placenta previa o D.P.P.N.I. (Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta) en la cual va por medio la vida de la madre.

Así también eclampsias y hemorragias graves, mientras no mejore el estado de la madre ya que la intervención le ocasionaría un shock anestésico y quirúrgico.

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DE OPERACION CESAREA

Respecto a las complicaciones más frecuentes de operación cesarea, podemos hacer mención que se pueden producir durante la operación (complicaciones inmediatas), o después de un tiempo de practicada la misma (complicaciones mediatas y tardías).

Dentro de las complicaciones inmediatas se encuentran la herida de la vejiga, la cual hay que repararla, suturándola en dos planos y dejando sonda vesical permanente durante 10 días; otra complicación quizá la más importante es la hemorragia, la cual se puede producir en el sitio de sección del segmento o en el sitio de inserción placentaria; esta complicación puede agravarse por el tipo de anestesia utilizada, y el tratamiento consistente en: si la hemorragia es en la herida del segmento, apresurar la evacuación y sutura uterina; pero si es en el sitio de inserción placentaria como ocurre en la atonía uterina, se combate con masajes y oxitócicos. También debemos hacer mención de la hemorragia que se produce al prolongarse la herida uterina transversal, seccionando así la arteria uterina, la cual se repara ligando ambos cabos de la arteria, tanto el distal como el proximal y suturando la herida en toda su extensión. Otra complicación que es muy rara, pero que puede darse, es la ligadura de uno o de ambos uréteres, complicación que debe remediarse desligando el ureter ligado.

COMPLICACIONES MEDIATAS: Entre estas complicaciones la más importante es la peritonitis, la cual puede ocurrir por contaminación primaria, durante el acto operatorio (infección por el operador, instrumental utilizado que no se encuentra estéril, o líquidos uterinos), o por propagación secundaria desde la cavidad uterina contaminada.

En las cesareas segmentarias son frecuentes las infecciones venosas que originan flebitis y embolias.

Como complicaciones tardías pueden observarse adherencias uteroparietales del intestino o epiplón, fistulas uteroparietales, bridas o adherencias que pueden ocasionar una oclusión intestinal mecánica tardía. También pueden encontrarse diastásis de los rectos y eventraciones consecutivas a mala cicatrización de la pared, a causa de absesos o hematomas.

V.- RESULTADOS

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE JALAPA NUMERO DE CASOS DEL AÑO 1977

INDICACION	No. de casos	Porcentaje
1.- Situación Transversa	25	25o/o
2.- Desproporción Cefalo Pélvica	25	25o/o
3.- Cesarea Anterior	15	15o/o
4.- I. R. U.	10	10o/o
5.- S. F. I.	5	5o/o
6.- DCP + SFI	5	5o/o
7.- Placenta Previa	4	4o/o
8.- T. de P. P. + SFI	3	3o/o
9.- Distocia de cuello	2	2o/o
10.- IRU + SFI	2	2o/o
11.- Primigesta en podálica	1	1o/o
12.- Eclampsia	1	1o/o
13.- DCP + Primigesta añosa	1	1o/o
14.- Distocia de cuello + SFI	1	1o/o
TOTAL	100	100o/o

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE JALAPA

E D A D

AÑOS	No. casos	Porcentaje
De 0 a 15 años	6	6o/o
De 16 a 25 años	51	51o/o
De 26 a 35 años	29	29o/o
Más de 36 años	14	14o/o
TOTAL	100	100o/o

A N E S T E S I A

Anestesia	No. casos	Porcentaje
Raquidea	100	100o/o
General	00	00o/o
TOTAL	100	100o/o

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE JALAPA

PARIDAD SEGUN LAS INDICACIONES ENCONTRADAS

INDICACION	PRIMIGESTA	PORCENTAJE	MULTIPARA	PORCENTAJE
1.-	16	16o/o	9	9o/o
2.-	22	22o/o	3	3o/o
3.-	0	0o/o	15	15o/o
4.-	8	8o/o	2	2o/o
5.-	4	4o/o	1	1o/o
6.-	3	3o/o	2	2o/o
7.-	3	3o/o	1	1o/o
8.-	2	2o/o	1	1o/o
9.-	0	0o/o	2	2o/o
10.-	2	2o/o	0	0o/o
11.-	1	1o/o	0	0o/o
12.-	1	1o/o	0	0o/o
13.-	1	1o/o	0	0o/o
14.-	0	0o/o	1	1o/o
TOTAL	63	63o/o	37	37o/o

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE QUETZALTENANGO
NUMERO DE CASOS DEL AÑO 1977

INDICACION	No. de Casos	PORCENTAJE
1.- D. C. P.	28	28o/o
2.- Situación Transversa	12	12o/o
3.- Cesarea Anterior	11	11o/o
4.- S. Transversa + Prolapso de M. S.	6	6o/o
5.- Primigesta en podálica	5	5o/o
6.- Transversa abandonada	4	4o/o
7.- Placenta previa	4	4o/o
8.- S F I + I R U	4	4o/o
9.- S F I	3	3o/o
10.- S F I + D P C	3	3o/o
11.- S F I + Eclampsia	2	2o/o
12.- Pelvis límite + Distocia de cuello	2	2o/o
13.- Eclampsia	1	1o/o
14.- Preeclampsia	1	1o/o
15.- Pólipo Cervical	1	1o/o
16.- S F I + Preeclampsia	1	1o/o
17.- Pelvis Plana	1	1o/o
18.- Presentación de Cara	1	1o/o
19.- Pelvis Plana + DCP	1	1o/o
20.- Pelvis Plana + S. Transversa	1	1o/o
21.- Pelvis Estrecha + Preeclampsia	1	1o/o
22.- S F I + Embarazo Gemelar	1	1o/o
23.- Disfunción Uterina	1	1o/o
24.- SFI + Pélvis Límite	1	1o/o
25.- Embarazo prolongado + inersia uterina + Podálica	1	1o/o
26.- Preeclampsia + RPM + Podálica	1	1o/o
27.- Distocia de cuello + SFI	1	1o/o
28.- Situación Transversa + SFI	1	1o/o
TOTAL	100	100o/o

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE QUETZALTENANGO

E D A D		
AÑOS	No. de casos	Porcentaje
De 0 a 15 años	1	1o/o
De 16 a 25 años	56	56o/o
De 26 a 35 años	36	36o/o
Más de 36 años	7	7o/o
TOTAL	100	100o/o

A N E S T E S I A		
ANESTESIA	No. de casos	Porcentaje
Raquidea	1	1o/o
General	99	99o/o
T O T A L	100	100o/o

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE QUETZALTENANGO
PARIDAD SEGUN LAS INDICACIONES ENCONTRADAS

INDICACION	PRIMIGESTA	PORCENTAJE	MULTIPARAS	PORCENTAJE
1	20	20o/o	8	8o/o
2.-	8	8o/o	4	4o/o
3.-	0	0o/o	11	11o/o
4.-	4	4o/o	2	2o/o
5.-	5	5o/o	0	0o/o
6.-	2	2o/o	2	2o/o
7.-	3	3o/o	1	1o/o
8.-	3	3o/o	1	1o/o
9.-	2	2o/o	1	1o/o
10.-	3	3o/o	0	0o/o
11.-	1	1o/o	1	1o/o
12.-	2	2o/o	0	0o/o
13.-	1	1o/o	0	0o/o
14.-	1	1o/o	0	0o/o
15.-	0	0o/o	1	1o/o
16.-	1	1o/o	0	0o/o
17.-	1	1o/o	0	0o/o
18.-	0	0o/o	1	1o/o
19.-	1	1o/o	0	0o/o
20.-	1	1o/o	0	0o/o
21.-	1	1o/o	0	0o/o
22.-	0	0o/o	1	1o/o
23.-	0	0o/o	1	1o/o
24.-	1	1o/o	0	0o/o
25.-	0	0o/o	1	1o/o
26.-	1	1o/o	0	0o/o
27.-	0	0o/o	1	1o/o
28.-	0	0o/o	1	1o/o
TOTAL	62	62o/o	38	38o/o

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE COATEPEQUE
NUMERO DE CASOS DEL AÑO 1977

INDICACION	No. de Casos	Porcentaje
1.- Situación Transversa	20	20o/o
2.- S F I	12	12o/o
3.- Cesarea Anterior	10	10o/o
4.- Placenta Previa	8	8o/o
5.- D C P	7	7o/o
6.- Cesarea anterior + Estrechés Pelvica	5	5o/o
7 - Primigesta en podálica	4	4o/o
8.- Procidencia de cordón	3	3o/o
9.- SFI + T. de P. prolongado	3	3o/o
10.- S. Transversa + Procidencia de M. S.	3	3o/o
11.- Ruptura uterina	3	3o/o
12.- I R U	2	2o/o
13.- Gestosis EPH	2	2o/o
14.- D C P + S F I	2	2o/o
15.- Trabajo de parto prolongado	1	1o/o
16.- S F I + Agotamiento Materno	2	2o/o
17.- Distocia de cuello	1	1o/o
18.- Cesarea anterior + I R U	1	1o/o
19.- S F I + Placenta creta	1	1o/o
20.- Distocia de cuello + T. de P. P.	1	1o/o
21.- Placenta previa + Emb. Gemelar	1	1o/o
22.- S. Transversa + Placenta Previa	1	1o/o
23.- Estrechés Pélvica + IRU	1	1o/o
24.- T. de P. P. + IRU + Presentación de cara	1	1o/o
25.- Preeclampsia + distocia de cuello + S F I	1	1o/o
26.- Presentación de hombro + S F I + Agotamiento materno	1	1o/o
27.- Cesarea anterior + Ruptura Uterina + Feto en cavidad abdominal	1	1o/o
28.- Distocia de cuello + IRU + T. de P.P.	1	1o/o
29. Distocia de cuello + SFI + T. de P.P.	1	1o/o
TOTAL	100	100o/o

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE COATEPEQUE

EDAD

AÑOS	No. de Casos	PORCENTAJE
De 0 a 15 años	0	0o/o
De 16 a 25 años	52	52o/o
De 26 a 35 años	33	33o/o
Más de 36 años	15	15o/o
TOTAL	100	100o/o

ANESTESIA

ANESTESIA	No. de Casos	PORCENTAJE
Raquidea	97	97o/o
General	3	3o/o
TOTAL	100	100o/o

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE COATEPEQUE PARIDAD SEGUN LAS INDICACIONES ENCONTRADAS

INDICACION	PRIMIGESTA	PORCENTAJE	MULTIPARAS	PORCENTAJE
1.-	12	12o/o	8	8o/o
2.-	8	8o/o	4	4o/o
3.-	0	0o/o	10	10o/o
4.-	6	6o/o	2	2o/o
5.-	7	7o/o	0	0o/o
6.-	0	0o/o	5	5o/o
7.-	4	4o/o	0	0o/o
8.-	2	2o/o	1	1o/o
9.-	2	2o/o	1	1o/o
10.-	2	2o/o	1	1o/o
11.-	2	2o/o	1	1o/o
12.-	1	1o/o	1	1o/o
13.-	2	2o/o	0	0o/o
14.-	2	2o/o	0	0o/o
15.-	0	0o/o	1	1o/o
16.-	0	0o/o	1	1o/o
17.-	0	0o/o	1	1o/o
18.-	1	1o/o	1	1o/o
19.-	0	0o/o	1	1o/o
20.-	0	0o/o	1	1o/o
21.-	1	1o/o	0	0o/o
22.-	1	1o/o	0	0o/o
23.-	1	1o/o	0	0o/o
24.-	0	0	1	1o/o
25.-	1	1o/o	0	0o/o
26.-	0	0o/o	1	1o/o
27.-	0	0o/o	1	1o/o
28.-	0	0o/o	1	1o/o
29.-	0	0o/o	1	1o/o
TOTAL	55	55o/o	45	45o/o

**RESUMEN Y PORCENTAJES DE RESULTADOS
INCLUYENDO LOS DATOS DE LOS TRES HOSPITALES
ANALIZADOS**

INDICACION	No. de casos	PORCENTAJE
1.- Desproporción Cefalo Pélvica	60	20.00o/o
2.- Situación Transversa	57	19.00o/o
3.- Cesarea anterior	36	12.00o/o
4.- Sufrimiento Fetal Intenso	20	6.66o/o
5.- Placenta previa	16	5.33o/o
6.- Inminencia de Ruptura Uterina	12	4.00o/o
7.- Primigesta en Podálica	10	3.33o/o
8.- Desproporción Cefalo Pelvica + S F I	10	3.33o/o
9.- S. Transversa + Prolapso de M. S.	9	3.00o/o
10.- Sufrimiento Fetal Intenso + I R U	6	2.00o/o
11.- Trabajo de Parto Prolongado + S F I	6	2.00o/o
12.- Gestosis E P H	5	1.66o/o
13.- Cesarea Anterior + Estrechés Pélvica	5	1.66o/o
14.- Transversa Abandonada	4	1.33o/o
15.- Ruptura Uterina	3	1.00o/o
16.- Distocia de Cuello	3	1.00o/o
17.- Procidencia de Cordón	3	1.00o/o
18.- Sufrimiento Fetal Intenso + Eclampsia	2	0.66o/o
19.- Pelvis Límite + Distocia de cuello	2	0.66o/o
20.- S F I + Agotamiento Materno	2	0.66o/o
21.- Distocia de cuello + S F I	2	0.66o/o
22.- S F I + Situación Transversa	1	0.33o/o
23.- Trabajo de Parto Prolongado	1	0.33o/o
24.- Pólipo Cervical	1	0.33o/o
25.- S F I + Preeclampsia	1	0.33o/o
26.- Pelvis Plana	1	0.33o/o
27.- Presentación de Cara	1	0.33o/o
28.- Pelvis Plana + D C P	1	0.33o/o
29.- Pelvis Plana + S. Transversa	1	0.33o/o
30.- Pelvis Estrecha + Preeclampsia	1	0.33o/o

INDICACION	No. de casos	PORCENTAJE
31.- S F I + Embarazo Gemelar	1	0.33o/o
32.- Preeclamsia + R P M + Podálica	1	0.33o/o
33.- D C P + Primigesta Añosa	1	0.33o/o
34.- Disfunción Uterina	1	0.33o/o
35.- S F I + Pélvis Límite	1	0.33o/o
36.- Emb. Prolongado + Inersia Uterina + Po- dállica	1	0.33o/o
37.- Cesarea Anterior + I R U	1	0.33o/o
38.- S F I + Placenta Creta	1	0.33o/o
39.- Distocia de Cuello + T. de P. Prolongado	1	0.33o/o
40.- Placenta Previa + Embarazo Gemelar	1	0.33o/o
41.- S. Transversa + Placenta Previa C. T.	1	0.33o/o
42.- Estrechés Pélvica + I R U	1	0.33o/o
43.- T. de P. Prolongado + IRU + P. de Cara	1	0.33o/o
44.- Preeclampsia + Distocia de cuello + SFI	1	0.33o/o
45.- P. de Hombro + SFI + Agotamiento ma- terno	1	0.33o/o
46.- Cesarea Ant. + Ruptura Uterina + Feto en cavidad abdominal	1	0.33o/o
47.- Distocia de cuello + IRU + T. de P.P.	1	0.33o/o
48.- Distocia de cuello + SFI + T. de P.P.	1	0.33o/o
TOTAL	300	100o/o

**RESUMEN Y PORCENTAJES DE RESULTADOS
INCLUYENDO LOS DATOS DE LOS TRES HOSPITALES
ANALIZADOS**

E D A D

AÑOS	No. Casos	PORCENTAJE
De 0 a 15 años	7	2.33o/o
De 16 a 25 años	159	53.00o/o
De 26 a 35 años	98	32.66o/o
Más de 36 años	36	12.00o/o
TOTAL	300	99.99o/o

A N E S T E S I A

ANESTESIA	No. Casos	PORCENTAJE
Anestesia Raquidea	198	66o/o
Anestesia General	102	34o/o
TOTAL	300	100o/o

P A R I D A D

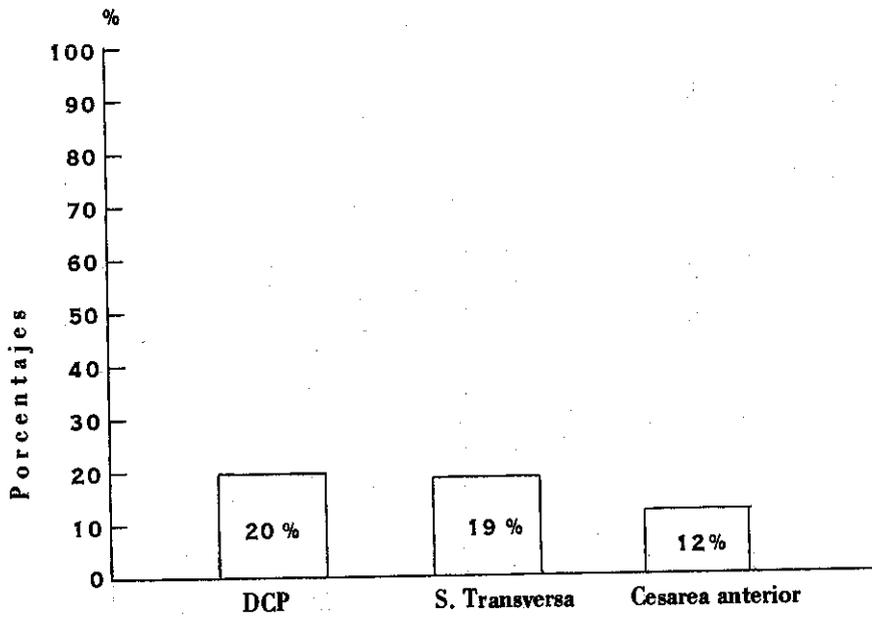
	No. Casos	PORCENTAJE
Primípara	180	60o/o
Múltipara	120	40o/o
TOTAL	300	100o/o

VI.- ABREVIATURAS UTILIZADAS Y SU SIGNIFICADO

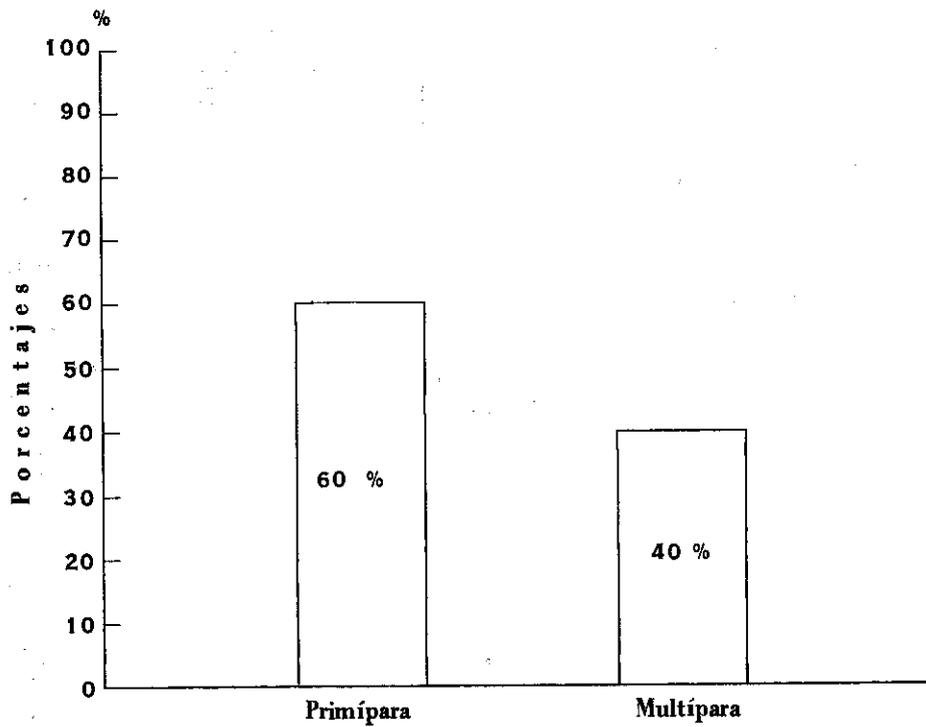
- 1.- D C P: Desproporción Cefalo Pélvica.
- 2.- C S T: Cesarea Segmentaria Transperitoneal.
- 3.- I R U: Inminencia de Ruptura Uterina.
- 4.- S F I: Sufrimiento Fetal Intenso.
- 5.- T. de P. P.: Trabajo de parto prolongado.
- 6.- R P M: Ruptura prematura de membranas.
- 7.- Gestosis E P H: Gestosis Edema, Proteinuria, Hipertensión (Eclampsia-Preeclampsia).
- 8.- S. Transversa: Situación Transversa.
- 9.- P. de Cara: Presentación de cara.
- 10.- Prolapso de M. S.: Prolapso de miembro superior.
- 11.- Emb. Prolongado: Embarazo Prolongado
- 12.- Estrechés P. Estrechés Pélvica.
- 13.- Emb. Gemelar: Embarazo Gemelar
- 14.- P.: Primípara
- 15.- M.: Múltipara.

INDICACIONES MAS FRECUENTES DE CESAREAS, HOSPITALES
COATEPEQUE, JALAPA, QUETZALTENANGO

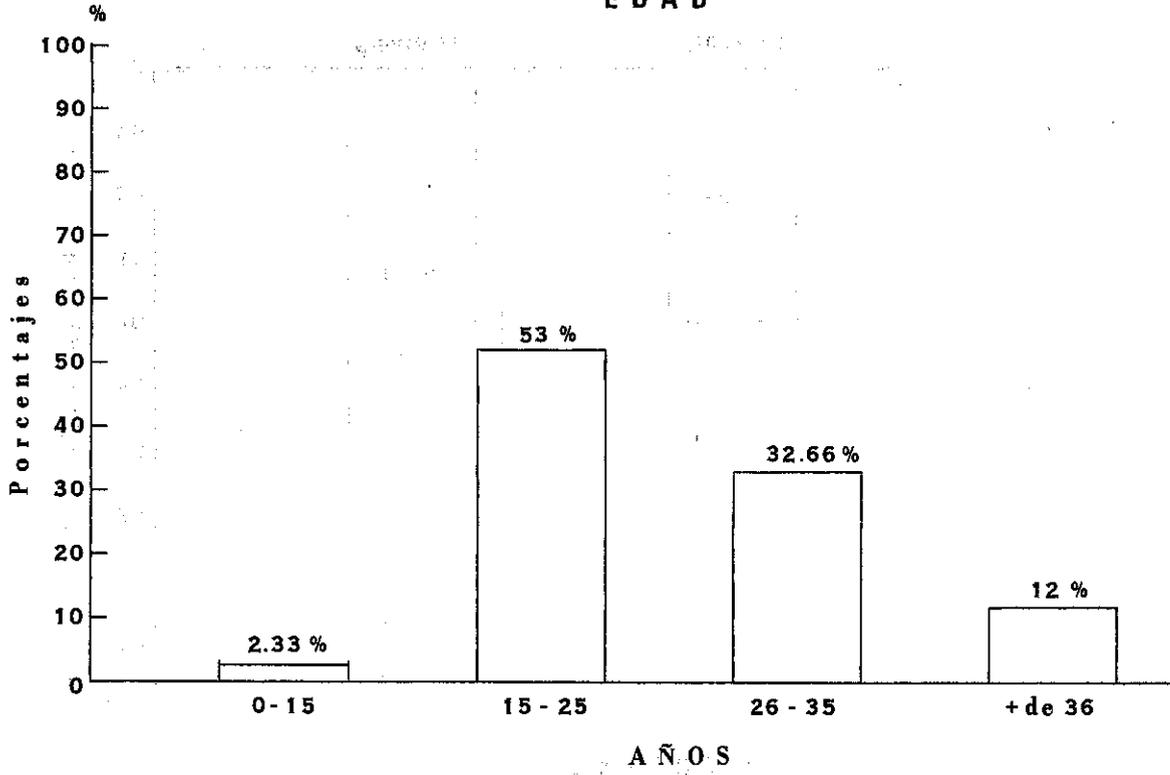
1977



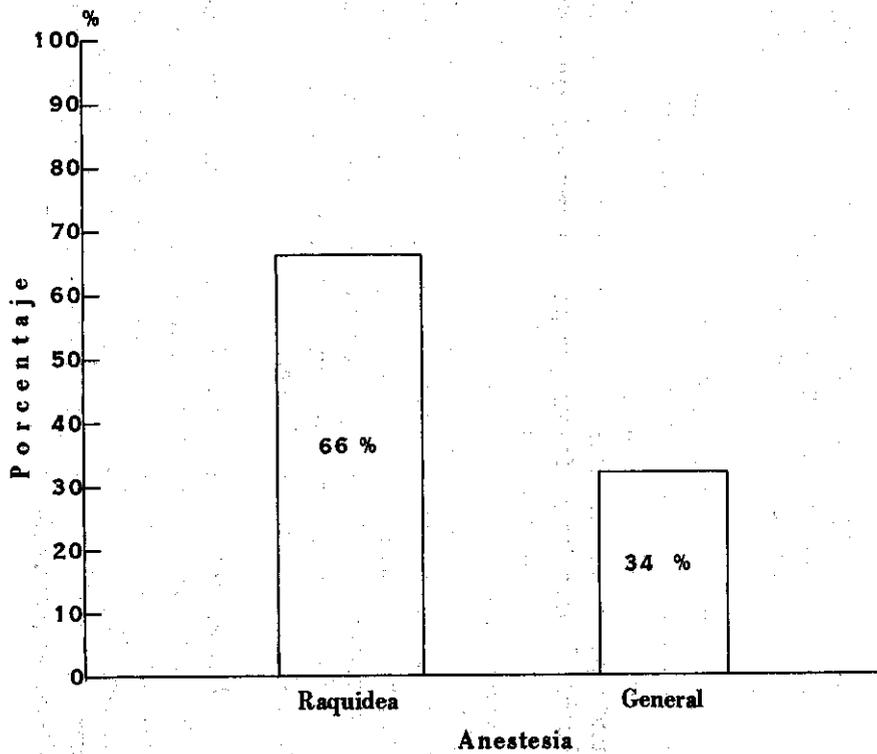
PARIDAD



E D A D



ANESTESIA



VIII.- ANALISIS DE RESULTADOS

Como podemos darnos cuenta en comparación con las indicaciones que tiempo atrás existían, para realizar una operación cesarea, en la actualidad, existe un sin número de indicaciones que permiten realizar dicho procedimiento quirúrgico.

Así podemos observar que las indicaciones que prevalecen para efectuar éste procedimiento quirúrgico en los hospitales departamentales analizados son:

- | | | |
|----|------------------------------|-------|
| a) | DESPROPORCION CEFALO PELVICA | 20o/o |
| b) | SITUACION TRANSVERSA | 19o/o |
| c) | CESAREA ANTERIOR | 12o/o |

También podemos darnos cuenta que las pacientes que están más expuestas a una intervención quirúrgica de esta naturaleza son las primíparas en un 60o/o; relegando a las múltiparas a un segundo plano con un 40o/o. Estos resultados vienen a comprobar el hecho de que las pacientes que por primera vez van a dar a luz, están sujetas a presentar más problemas a la hora del parto, debido en primer lugar a que no se sabe con seguridad si la pelvis es amplia para el producto de gestación y como vimos anteriormente una de las causas más frecuentes para efectuar una cesarea es la Desproporción Cefalo Pélvica; cosa que ocurre en menor frecuencia con la paciente múltipara, ya que ella en anteriores oportunidades ha tenido partos y las indicaciones para realizar cesarea en estas pacientes son por lo general relativas.

Las edades en que se realiza la operación cesarea según éste estudio son las comprendidas entre los 16 y 25 años con un porcentaje de 53o/o. No cabe duda que estas edades son las más afectadas, debido a que es el tiempo ideal, para que la mujer procrea y es la edad en que la mayoría de mujeres realizan sus aspiraciones maternas.

Así también se puede observar que la anestesia que más se utiliza en los hospitales analizados es la Raquidea en un 66o/o. Este tipo de anestesia es utilizada en gran escala debido a su efectividad, su bajo costo y su limitado número de complicaciones, hay que hacer notar que de los casos estudiados, ninguno presentó complicación alguna secundaria a este tipo de anestesia.

De los tres hospitales escogidos para este estudio, podemos señalar que en los hospitales de Jalapa y Quetzaltenango, las tres principales indicaciones para realizar una operación cesarea fueron: Desproporción Cefalo Pélvica, situación transversa y cesarea anterior, no así el hospital de Coatepeque en el cual las tres primeras indicaciones fueron: situación transversa, sufrimiento fetal intenso y cesarea anterior, relegando la desproporción cefalo pélvica a un quinto lugar, situación que no influyó para que ésta indicación fuera la más frecuente para realizar este tipo de cirugía.

Otro de los parametros objetos de este estudio es el que se refiere a paridad, en el cual en los tres hospitales las pacientes primíparas fueron en su mayoría a quienes se les practicó operación cesarea con los porcentajes siguientes: Hospital de Jalapa 53o/o; Hospital de Quetzaltenango 62o/o; y hospital de Coatepeque 55o/o, porcentaje sobre los cien casos analizados de cada hospital, con estos porcentajes se puede concluir que es común para los tres hospitales la mayor incidencia de este procedimiento quirúrgico en las pacientes primíparas.

Siguiendo con el analisis de los datos obtenidos en cada hospital, encontramos que en el parámetro referente a edad, también fué en los tres hospitales las edades de 16 a 25 años, las que obtuvieron el mayor porcentaje, siendo de la siguiente manera: Hospital de Jalapa 51o/o, Hospital de Quetzaltenango 56o/o, y Hospital de Coatepeque 52o/o, siempre sobre el cien por ciento de casos analizados de cada hospital.

El último de los parametros a estudiar lo constituye el

referente al tipo de anestesia utilizado para efectuar este procedimiento quirúrgico, y nos encontramos en que el único hospital que utiliza en su mayoría la anestesia general es el de Quetzaltenango en un 99o/o de los cien casos analizados; así también podemos observar que el hospital de Jalapa utilizó en un 100o/o la anestesia raquídea; siendo el Hospital de Coatepeque el que empleó los dos tipos de anestesia con más frecuencia, dándole prioridad a la raquídea en un 97o/o y utilizando la anestesia general en un 3o/o. Por estos porcentajes nos podemos dar cuenta que a nivel departamental se le da más uso a la anestesia raquídea en un 66o/o de el cien por ciento total (300 casos).

IX.- CONCLUSIONES

- 1.- La indicación más frecuente para realizar la operación Cesarea en los hospitales analizados, es la Desproporción Cefalopelvica, en un 20o/o.
- 2.- Las edades en que más se realiza la operación Cesarea son las comprendidas entre los 16 y los 25 años en un 53o/o, tomando en cuenta también que es la edad en que la mujer se encuentra en la edad ideal para procrear.
- 3.- Las pacientes primíparas son las que están más expuestas a una operación Cesarea en un 60o/o.
- 4.- La anestesia que más se utiliza para este procedimiento quirúrgico es la Raquídea en un 66o/o.
- 5.- De los hospitales departamentales analizados, el hospital de Quetzaltenango, es el único que emplea en un 99o/o para dicha intervención quirúrgica la anestecia General.
- 6.- El hospital de Jalapa utiliza en el 100o/o de los casos la anestesia Raquídea para efectuar éste procedimiento quirúrgico.

X.- RECOMENDACIONES

- 1.- Que toda paciente que se encuentre en trabajo de parto sea bien evaluada, a fin de evitar al mínimo exponerla a un riesgo quirúrgico innecesario.
- 2.- Que el trabajo de parto de la paciente embarazada, sea bien controlado para así evitar complicaciones posteriores.
- 3.- Que se les dé prueba de trabajo de parto a las pacientes que tengan una cesarea anterior, si la indicación de ésta no fué absoluta, y si el post-operatorio no tubo ninguna complicación.
- 4.- Que se realizen campañas educativas, promoviendo la gran importancia que tiene el control prenatal.
- 5.- Que se realizen estudios radiológicos (pelvimetrias) en pacientes primigestas que se sospeche Desproporción Cefalo Pélvica.

XI.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- *Algunas consideraciones sobre placenta previa Tesis presentada por el Dr. J. Eduardo Fuentes Spross, Junio de 1955.*
- 2.- *Algunas consideraciones sobre presentación Podálica en nuestro medio hospitalario, Tesis presentada por el Dr. José Antonio Chávez Salazar, Febrero de 1956.*
- 3.- *Embriotomía mínima, Tesis presentada por el Dr. Herbert Warren Orbaugh Midence, Julio de 1952.*
- 4.- *La operación Cesarea en el Centro Materno Infantil de Guatemala, Tesis presentada por el Dr. Armando González Quezada, Abril de 1955.*
- 5.- *Novak "Tratado de Ginecología", Editorial Interamericana México, octava Edición 1971.*
- 6.- *Operación Cesarea en el Hospital Roosevelt, revisión de 131 casos, Tesis presentada por el Dr. Carlos Humberto Guzmán Gaitan, Marzo de 1966.*
- 7.- *Schwarcz, "Obstetricia", Editorial el Ateneo, Buenos Aires, Tercera Edición, 1973.*
- 8.- *Williams "Obstetricia" Salvat Editores S. A. Barcelona, primera edición, 1973.*

~~William Darian Méndez Cardona~~
Br. William Darian Méndez Cardona

~~Roque A. Méndez Cardona~~
Asesor Dr. Roque A. Méndez Cardona

~~Jorge Palma Moya~~
Revisor Dr. Jorge Palma Moya

~~Director de Fase III~~
Director de Fase III
Luis León M

~~Raúl A. Castillo Rodas~~
Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo Rodas

Vo.Bo.

~~Rolando Castillo Mntalvo~~
Decano
Dr. Rolando Castillo Mntalvo