

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CESAREA PRIMARIA EN MULTIPARA
REVISION DE 5 AÑOS HOSPITAL GENERAL
SAN JUAN DE DIOS

OLGA LETICIA URRUTIA ALDANA

Guatemala, Noviembre de 1978

PLAN DE TESIS

	Página
1.- INTRODUCCION	1
2.- OBJETIVOS	
3.- PRINCIPIOS GENERALES	2
a) HISTORIA GENERAL	
b) HISTORIA DE LA CESAREA EN GUA- TEMALA	
4.- DEFINICION DE CESAREA, TIPOS Y SUS INDICACIONES	5
5.- MATERIAL Y METODOS	6
6.- RESULTADOS	7
7.- CASUISTICA	19
8.- CONCLUSIONES	22
9.- RECOMENDACIONES	24
10.- BIBLIOGRAFIA	25

OBJETIVOS

Conocer la incidencia de la operación Cesárea Primaria en Multipara.

Conocer la causa primordial de Cesárea primaria en multipara, y cuales son los factores predisponentes.

Conocer los hallazgos trans operatorios más importantes.

Conocer el tipo de anestesia más utilizado.

Conocer la técnica quirúrgica más utilizada para la cesárea.

Determinar cuál es el porcentaje de pacientes con control prenatal e indicar su importancia.

Conocer las complicaciones post-operatorias más frecuentes.

Conocer antecedentes bibliográficos sobre el tema.

PRINCIPIOS GENERALES

TIMOLOGIA Y SINONIMIA: La palabra cesárea significa el nacimiento a través de la pared abdominal viene del verbo latino CAERE, que significa cortar, y a los fetos extraídos en esta forma se les llama CAESARES. Algunos autores indican que la operación Cesárea tuvo su origen en CESAR, porque creen que JULIO CESAR nació por operación Cesárea, sin embargo el hecho de que la madre de Cayo Julio César, La bella Aurelia, vivía todavía durante la campaña de Galia y una operación cesárea en mujer viva en aquel tiempo era inconcebible, esto nos aclara de que la suposición de que César naciera por operación Cesárea es falsa y, por lo tanto la acepción de que el nombre de la operación se deba a que César nació mediante ella, contrariamente a lo que se sostuvo por muchos años, también es errónea. (1)

La denominación de "OPERACION CESAREA" es atribuida a Plinio el viejo, en el libro 7 de su historia natural, quien inspiró a Francois Rousset, para que en 1581 denominara a esta operación como Cesárea en su monografía acerca de la intervención quirúrgica. (1)

Esta expresión de Sección Cesárea que también es utilizada por JACQUES GUILLEMAU en 1598, y por el jesuita THEOPHILUS RAYNAUDUS en 1637, constituye un pleonismo ya que secare significa cortar, al igual que Caedere. Sin embargo, esta doble denominación ha persistido hasta la fecha y ha tomado carta de naturalización por el uso común de ella, no sólo en nuestro idioma, sino en casi todos, siendo en español operación Cesárea. (2).

POCA PREHISTORIA Y CIVILIZACIONES ANTIGUAS:

Según varios historiadores y especialmente el historiador EDUARD HOFESCHLAGER, el nacimiento de un niño por operación Cesárea se practicaba en la India y en China.

aba que el fruto de una embarazada debía sacarse de ella al fallecer, porque si no podría traer maleficios sobre los vivos.

Así se relata que en el papiro egipcio de Kahum que data aproximadamente del año 2160 AC, se encuentran referencias con relación a la operación cesárea y se expresa que dicha intervención quirúrgica la practicaban mujeres cirujanos. Por otra parte, no hay datos fidedignos de que la operación cesarea haya sido efectuada en China y Japón. (2)

Lo mismo sucede en la primitiva Arabia y Persia, sin embargo, aunque la Biblia no menciona la operación cesarea, en Palestina, los Hebreos casi seguramente la practicaron no solo en la mujer muerta y en los animales, sino también en la mujer viva.

En la obra antigua Mischnagoth (140 años AC.) se dice explícitamente "En caso de gemelos nacidos por sección del abdomen, ni el primer niño, ni el segundo, tiene derecho a la primogenia ra..." así mismo, en una publicación llamada Nidda se tiene la referencia". Es necesario que la mujer cumpla el precepto de los días de purificación, después de serle extraído el niño por las paredes del abdomen." Y en el Talmud que es más posterior, se ordena la operación cesarea post-mortem incluso en día sábado. (1)

e 1500 a 1876

La división artificial de la evolución cesarea entre estas fechas, se debe a que corresponde, probablemente, a la primera, el primer éxito de la operación cesarea en mujer viva, y a la segunda la ya famosa operación de PORRO. (1)

Antes de relatar aquella, es necesario recordar que la operación cesarea post-mortem, estaba en auge por esas fechas y que abundantes las referencias y representaciones de la misma de que muchas veces no se conocen las fechas en las que fueron lo

Ahora bien, en relación a la primera cesarea con éxito a una mujer viva, tenemos que según Gaspar Bauhim, en el año 1500 el carnicero Jacob Nufer, de la ciudad de SIGERSHAUSEN, en el cantón de Turgovia, al este de Suiza, de un fajo le abrió el vientre a su esposa, ya desahuciada por 13 comadronas y barberos y extrajo un niño vivo que después vivió 17 años. Posteriormente Marcell Donati afirmó que la primera intervención encontrada en los registros médicos fué practicada por el cirujano italiano CHISTOPHORUS BAINUES o MAINI en 1540. (2)

HISTORIA DE LA CESAREA EN GUATEMALA

El Dr. Eligio Boca, cirujano guatemalteco en diciembre de 1871 hace la primera cesarea en Centroamérica.

En 1905 el doctor Juan J. Ortega efectuó la primera cesarea corpórea en el hospital General de Guatemala. El 12 de mayo de 1919 el doctor Lizardo Estrada interviene la segunda cesarea, y es reportado por el entonces interno del servicio Br. Guillermo Sanchez (Revista de la Juventud Médica 1920). (3) (4)

DEFINICION DE CESAREA Y TIPOS

La operación cesarea es el acto de extraer del útero el feto, a través de una incisión en la pared abdominal (Cesarea Abdominal). Este término no se aplica a la extracción del feto después de la ruptura del útero. (5)

CESAREA CLASICA CORPOREA

DEFINICION: Cesarea corporea es aquella que se efectúa en la cara anterior del útero en la línea media, siguiendo el eje longitudinal, y se termina la extremidad inferior de la incisión inmediatamente por en cima de la reflexión del colgajo peritoneal vesicouterino y después se prolonga la incisión hasta alcanzar una longitud de unos 10 cm. (1)

INDICACIONES DE CESAREA CORPORAL:

- 1.- CONVENIENCIA DE UNA INCISION EN EL CUERPO.
 - a) Cáncer Cervicouterino invasor
 - b) Cesarea corporal previa
 - c) Situación Transversa.
 - d) Segmento insuficiente.
- 2.- IMPOSIBILIDAD DE ABORDAR EL SEGMENTO UTERINO:
 - a) Vejiga alta y fija, en la cesarea iterativa.
 - b) Adherencias firmes en el segmento.
 - c) Tumores ístmicos.
- 3.- NECESIDAD DE UNA EVACUACION UTERINA RAPIDA:
 - a) Operación Cesarea pre y post Mortem.
 - b) Choque.

MATERIAL Y METODOS

Se utilizó el método de investigación retrospectiva de los archivos del hospital general San Juan de Dios, en los cuales se revisaron 204 historias clínicas, tomando como parámetros: Edad de la paciente, indicación de la cesarea. Hallazgos operatorios, complicaciones post-operatorias, tipo de anestesia usada, sexo y peso del recién nacido y si habían llevado o no control prenatal éstas pacientes.

Además se utilizó el libro de operaciones del servicio de labor y partos para determinar el número de operaciones cesareas y el número de cesareas en multíparas.

Se realizó investigación bibliográfica que demostró que sobre el tema hay poco escrito.

CESAREA PRIMARIA EN MULTIPARA REVISION DE
5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL S.J. DE DIOS

INDICACION:	NUMERO	PORCENTAJE
1. Sufrimiento fetal agudo	42	20.59
2. Situación transversa	36	17.65
3. Placenta previa	24	11.77
4. Desproporción céfalo-pélvica	23	11.28
5. Estrechez pélvica	14	6.86
6. Presentación podálica	13	6.37
7. Prolapso de cordón umbilical	12	5.88
8. Ruptura prematura de membranas más amnioitís	11	5.39
9. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera	8	3.92
10. Carcinoma de cuello	7	3.43
11. Transversa abandonada	3	1.47
12. Distocia de cuello	3	1.47
13. Presentación de cara	2	0.98
14. Toxemia gravídica severa	1	0.49
15. Fractura multifragmentaria de pubis	1	0.49
16. Cesarea post-Morten	1	0.49
17. Carcinoma de mama	1	0.49
18. Inminencia de ruptura uterina	1	0.49
19. Diabetes mellitus grado C	1	0.49
	204	100.00

CESAREA PRIMARIA EN MULTIPARA REVISION DE
5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL S.J. DE DIOS

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION SEGUN LAS EDADES DE LAS PACIENTES:

GRUPOS ETARIOS	NUMERO	PORCENTAJE
18 - 21	14	6.86
22 - 25	34	16.67
26 - 29	43	21.08
30 - 33	47	23.04
34 - 37	33	16.18
38 - 41	24	11.76
42 - 45	9	4.41
	204	100.00

El grupo etario que predominó estuvo comprendido entre 30-33 años con un porcentaje de 23.04%. La paciente multipara de menos edad que fué sometida a operación cesarea tenía 18 años, había tenido 2 partos por vía vaginal.

La de mayor edad tenía 45 años y había tenido 15 partos por vía vaginal.

CESAREA PRIMARIA EN MULTIPARA REVISION DE
5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL S.J. DE DIOS

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION SEGUN EL PESO DEL RECIEN NACIDO:

PESO	NUMERO	PORCENTAJE
hasta 2 libras	2	0.98
- 5 libras	56	27.45
- 8 libras	137	67.65
- y más libras	8	3.92
	204	100.00

El peso de la mayor cantidad de recién nacidos estuvo comprendido entre 6 y 8 libras, en un número de 135 con un porcentaje de 67.65%. Los recién nacidos con pesos de hasta 2 libras, eran producto de placenta previa y fueron óbitos fetales.

CESAREA PRIMARIA EN MULTIPARA REVISION DE
5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL S.J. DE DIOS

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION SEGUN EL SEXO DEL RECIEN NACIDO:

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
Masculino	115	56.37
Femenino	89	43.63
	204	100.00

El sexo del recién nacido que más predominó fué el masculino en número de 115 lo que hizo un porcentaje de 56.37%

CESAREA PRIMARIA EN MULTIPARA REVISION DE
5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL S.J. DE DIOS

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION SEGUN EL NUMERO DE EMBARAZOS
ANTERIORES

No. DE GESTAS ANTERIORES	NUMERO	PORCENTAJE
2 - 3 hijos	100	49.02
4 - 5 hijos	54	26.47
6 - 7 hijos	25	12.26
8 - y más	25	12.25
	204	100.00

El mayor número de pacientes multiparas con cesarea primaria había tenido 2 - 3 partos por vía vaginal, lo que hace un porcentaje de 49.02%. Se considera por una parte que esto es debido a que los niños anteriores, fueron de menor peso que el producto de este embarazo y por otra a que existieron causas uterinas y placentarias que obligaron a efectuar la cesarea.

CESAREA PRIMARIA EN MULTIPARA REVISION DE
5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL S.J. DE DIOS

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION SEGUN LAS CONDICIONES DEL NIÑO AL NACER

CONDICION	NUMERO	PORCENTAJE
Vivos	199	97.55
Obitos	5	2.45
	204	100.00

De las operaciones efectuadas 199 niños nacieron vivos, lo que hizo un porcentaje de 97.55%, 5 fueron óbitos, lo que hizo un porcentaje de 2.45%. 3 de ellos producto de transversa abandonada y 2 por placenta previa. 2 de los niños fallecieron en las primeras 72 horas por prematuridad y el resto sobrevivió. Lo que indica que el procedimiento con la debida asistencia fue inocuo y permitió resolver el problema de nacimiento.

CESAREA PRIMARIA EN MULTIPARA REVISION DE
5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL S.J. DE DIOS

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION SEGUN EL CONTROL PRENATAL:

CONTROL PRENATAL	NUMERO	PORCENTAJE
NO	127	62.25
SI	77	37.75
	204	100.00

El mayor número de pacientes multiparas sometidas a cesarea prima
ria, no había tenido control prenatal. Siendo un total de 127 pacient
es, con un porcentaje de 62.25%.

CESAREA PRIMARIA EN MULTIPARA REVISION DE
5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL S.J. DE DIOS

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION SEGUN LA ANESTESIA USADA

ANESTESIA	NUMERO	PORCENTAJE
Epidural	112	54.90
General	91	44.61
No se usó	1	0.49
	204	100.00

El tipo de anestesia que más se uso fué epidural en un total de 112 pacientes lo que hace un porcentaje de 54.90%, solo en una paciente no fué usada ningún tipo de anestesia ya que fué efectuada post-mortem.

CESAREA PRIMARIA EN MULTIPARA REVISION DE
5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL S.J. DE DIOS

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION SEGUN EL TIPO DE CESAREA

CESAREA	NUMERO	PORCENTAJE
segmentaria transperitoneal	183	89.71
córpórea	21	10.29
	204	100.00

La técnica operatoria más usada para la operación cesarea fué la segmentaria transperitoneal en 183 pacientes, lo que hace un porcentaje de 89.71%. Fueron efectuadas 21 cesarea córpórea a pacientes con problemas neoplásicos, así como en situaciones transversas quienes se les iba a efectuar ligaduras de trompas.

De las 204 pacientes solamente a 23 les fué efectuado ligaduras de trompas (Técnica pomeroy) por solicitud de la paciente.

CESAREA PRIMARIA EN MULTIPARA REVISION DE
5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL S.J. DE DIOS

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION SEGUN LAS COMPLICACIONES
TRANSOPERATORIAS:

COMPLICACION	NUMERO	PORCENTAJE
HIPOTENSION	26	63.41
ASGADURA DEL SEGMENTO	15	36.59
	41	100.00

La complicación más frecuente durante el acto operatorio fué la hipotensión, en número de 26 lo que hace un porcentaje de 63.41% se encontró en pacientes cuya indicación de cesarea, había sido por placenta previa, y desprendimiento prematuro de placenta. En estas pacientes hubo necesidad de efectuarles transfusión sanguínea.

CESAREA PRIMARIA EN MULTIPARA REVISION DE
5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL S.J. DE DIOS

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION SEGUN LAS COMPLICACIONES
POST - OPERATORIAS

COMPLICACION	NUMERO	PORCENTAJE
Infecciones del Endometrio	22	73.33
Infecciones de herida operatoria	8	26.67
	30	100.00

La complicación más frecuente en el post-operatorio fué la endometritis en número de 22 pacientes, lo que hace un porcentaje de 73.33% y fué encontradas en aquellas pacientes cuya indicación de cesarea había sido por amnioititis en pacientes con ruptura prematura de membranas y trabajo de parto prolongado.

ROSARIO PONCE TOC:

Paciente de 22 años de edad, unida, originaria y residente en esta capital, multípara, sin control prenatal que consultó por salida del líquido por vagina de 7 horas de evolución.

Tiene antecedente de 4 partos anteriores por vía vaginal, atendidos en diferentes centros hospitalarios, aparentemente sin complicaciones.

A su ingreso se efectuó exámen ginecológico encontrando salida franca de líquido amniótico manchado con sangre, al tacto cuello formado, cervix de consistencia friable, que sangra fácilmente, al espéculo se observa masa fungosa que toma un tercio superior de vagina, se toma biopsia y se envía anatomía patológica para diagnóstico por congelación.

Media hora más tarde se recibe informe de anatomía patológica que reporta: Carcinoma de Células escamosas pobremente diferenciado invasivo, por lo que se decide resolver el parto por vía alta.

Se efectuó Cesarea tipo corpórea, más ligadura de trompas con la técnica Pomeroy, se obtuvo producto en buen estado.

Durante el acto operatorio se encontró ganglios de la cadena ilíaca aumentados de tamaño, paciente presentó hipotensión por lo que fué necesario transfundirla.

Puerperio fué sin complicaciones, paciente fué referida al INCAN para su tratamiento.

RTA OTILIA LOPEZ DE GARCIA:

Paciente de 31 años de edad, unida, originaria y residente en esta capital, multípara que consultó por dolores de parto, y dó suprapúbico de 4 horas de evolución.

Tiene el antecedente de 11 partos anteriores por vía vaginal, atendidos por comadrona en su casa, sin control prenatal.

Al exámen se encontró paciente intranquila, con un abdomen doloroso a la palpación, al tacto cuello con dilatación completa, membranas rotas, se encontró feto en situación transversa con frecuencia cardíaca fetal de 112 por minuto, por lo que se decide operación cesarea.

Durante el acto quirúrgico se encontró ruptura uterina por lo que le fué efectuado Histerectomía total más Salpingooforectomía bilateral. Producto fué extraído en muy mal estado general, fallecido 10 minutos más tarde.

Durante el acto operatorio, paciente se mantuvo hipotensiva por lo que fué necesario transfundirla.

Paciente en el post operatorio presentó infección del endometrio.

MERCEDES DUBON ROCA:

Paciente de 34 años de edad, unida originaria de "Las Palmas" Esquipulas, residente en esta capital, que consultó por "salida de líquido blanco" por vagina de 24 horas de evolución. Refiriendo que un día antes a su ingreso había iniciado súbitamente con salida de líquido de color blanco, sin mal olor, usando un número de 10 kotex por día, sin presentar dolores de parto.

Tiene el antecedente de 3 partos anteriores por vía vaginal, atendidos en centro hospitalario, todos partos eutócicos simples aparentemente sin complicaciones. Sin control prenatal.

A su ingreso se efectuó exámen con espéculo, encontrando salida franca de líquido amniótico, cuello posterior con 1 centímetro de dilatación.

Comprobándose que se trataba de ruptura prematura de membranas se deja inducción de trabajo de parto con oxitócicos. 1 hora 45 minutos más tarde, inicia contracciones uterinas de buena intensidad, llegando a 4 centímetros de dilatación, presentando media hora más tarde polisístolia (6 contracciones en 10 minutos) y secundariamente oscilaciones de la frecuencia cardíaca fetal de 180 por minuto, descendiendo luego a 80 por minuto. En este momento se decide colocar soluciones con Alupent para inhibir el trabajo de parto, y se coloca anestesia epidural; sin embargo foco fetal se mantuvo por abajo de 100 por minuto sin recuperarse por lo que se decidió resolver el parto por vía alta con la indicación de Sufrimiento Fetal Agudo.

Durante el acto operatorio se produjo rasgadura del segmento en sentido longitudinal hacia el cervix, la cual fué suturada sin problemas, fué necesario transfundir a la paciente porque presentó hipotensión, Puerperio fué normal.

- 11.- Solo una madre murió por problema de eclampsia el Diagnóstico anatómico patológico fué: A.C.V. hemorrágico masivo.
- 12.- Fueron efectuadas 3 cesareas hysterectomías en un solo tiempo por:
a) Ruptura uterina Secundaria o Transversa abandonada.
b) Ruptura del Segmento iatrogénica.
c) Ca. in situ.
- 13.- Al mejorar las condiciones alimenticias de las pacientes sus hijos aumentan de peso lo cual las predispone a cesareas en embarazos posteriores.
- 14.- Un parto por vía vaginal no indica que todos los embarazos serán resueltos igual.

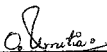
RECOMENDACIONES

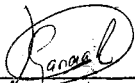
- 1.- **CONTROL PRENATAL:** Mejorar el índice de asistencia lo cual se logrará a través de implementar programas adecuados, que estimulen a la paciente a asistir a su control.
- 2.- **ARCHIVO:** Es francamente imposible poder obtener el 100% de los datos por la mala distribución de la papelería en el archivo del hospital, por lo que sería ideal mejorar el control de la papelería.
- 3.- Los libros de control de operaciones y partos no se encuentran bien llevados, siendo evidente los múltiples errores en Las anotaciones de los diagnósticos, por lo que se debería mejorar las anotaciones en los mismos.
- 4.- **RECORD OPERATORIO:** Sería conveniente que las autoridades de la Facultad de Medicina específicamente de la Fase III pusieran énfasis en la necesidad de efectuar inmediatamente después de cualquier procedimiento quirúrgico el record operatorio que es de mucha importancia no solo cuando se efectúan estudios retrospectivos sino cuando se hace necesario intervenir quirúrgicamente a la paciente posteriormente.

BIBLIOGRAFIA

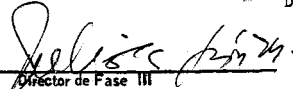
- 1.- LA OPERACION CESAREA
VICTOR RUIZ VELASCO
PRENSA MEDICA MEXICANA Pág. 1-6 Cap. 1o.
- 2.- MEDICAL REFLECTIONS IN OBSTETRICS AND
GYNECOLOGY
TWO MEMOIRS ON THE CESAREAN OPERATION
BY M. BAUDELOQUE Pág. 506 508.
- 3.- TESIS Dr. ARMANDO GONZALES QUEZADA 1955.
Pág. 28
LA OPERACION CESAREA EN EL CENTRO MATER-
NO INFANTIL DE GUATEMALA.
- 4.- TESIS Dr. HECTOR ROLANDO MORALES DE LA VE
GA 1970 Pág. 72
LA OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL GENE-
RAL.
- 5.- TERAPEUTICA OBSTETRICA. TRATADO DE OBS-
TETRICIA TOMO 2
Dr. ELISEO B. ROSENVASSER.
BUENOS AIRES 1962 Pág. 190 - 199.
- 6.- OBSTETRICIA DE WILLIAMS 1a. EDICION 1973
MEXICO.
OPERACION CESAREA CAPITULO 42 pág. 1007,
1008, 1012, 1017.
- 7.- GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA TOMO 2
POR: Dr. O. KASER, V. FRIEDBERG, K. G. OBER,
K. THOMSEN, J. ZANDER. Págs: 964 - 973.
EDITORES SALVAT 1974 BARCELONA (ESPAÑA).

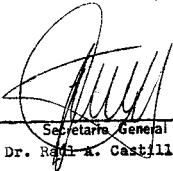
- 8.- THE MEDICAL CLINICS OF NORTH AMERICA, VOLU-
ME 61 NUMBER 1 PREGNANCY Págs. 50 - 56.
JOHN E. TYSON, M.D. GUEST EDITOR
W.B. SAUNDERS COMPANY Philadelphia - London -
Toronto.


Br. Olga Leticia Urrutia Aldana


Dr. Luis Felipe García Ruano


Revisor
Dr. Isaias Ponciano Gómez


Director de Fase III
Dr. Julio de León M.


Secretaria General
Dr. Rami A. Castillo R.

Vo.Bo.


Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo.