UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INCIDENCIA E INDICACION DE CESAREAS REALIZADAS
EN PACIENTES OBSTETRICAS EN EL HOSPITAL DE COBAN.

(Revisión de 141 casos de cesáreas realizadas
durante el año de 1978)

TESIS

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

Por:

CESAR AUGUSTO DIAZ MOLINA

En el Acto de su Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

- 1.- *Introducción*
- 2.- *Antecedentes*
- 3.- *Aspectos generales*
 - *Historia de la operación cesárea*
 - *Indicaciones de la operación cesárea*
 - *Técnicas quirúrgicas*
- 4.- *Hipótesis*
- 5.- *Objetivos*
- 6.- *Justificación*
- 7.- *Material y métodos*
- 8.- *Resultados (análisis)*
- 9.- *Conclusiones*
- 10.- *Recomendaciones*
- 11.- *Bibliografía.*

1. INTRODUCCION

El presente trabajo es una revisión retrospectiva de 141 casos de cesáreas realizadas en pacientes obstétricas del hospital regional de Cobán, Alta Verapaz, contando con la anuencia del director de dicho centro, doctor Raúl Ponce.

La motivación que nos lleva a realizar este tipo de trabajo es tener en el futuro, datos estadísticos que nos den idea de la incidencia de las operaciones cesáreas y sobretodo de las indicaciones más comunes que se pueden o se podrían dar en las pacientes obstétricas en las cuales hay que finalizar el embarazo por vía abdominal. Es bien sabido que el nacimiento de un niño es un acto sagrado y de respeto, y en las manos de los que laboran en obstetricia está el hacerlo sagrado y de respeto.

En la investigación se toman varios parámetros con el propósito de dar una información más detallada de su contenido, lo cual espero que sea útil, tanto para el personal médico y paramédico de nuestra región como para el mismo personal que labora en toda la república. Que sea un instrumento orientador sobre las posibles causas que nos puedan llevar a finalizar un embarazo por medio de una operación cesárea.

2. ANTECEDENTES

Estudios sobre la operación cesárea en nuestro país, podríamos decir que existen dichos estudios desde la segunda década de el actual siglo ya que el doctor Fernando Díaz versó su tesis de graduación en 1927 sobre la cesárea abdominal. Posteriormente han habido varios estudios sobre el particular pero casi todos realizados en la capital y no es hasta el presente año en que se realizó un estudio sobre la cesárea en el departamento de Jutiapa, que por lo investigado es el primer estudio realizado a nivel departamental.

3. ASPECTOS GENERALES

1.— HISTORIA DE LA OPERACION CESAREA

La operación cesárea se conoce desde tiempos remotos, y se le da el nombre de CESAREA porque en la antigüedad se exigía efectuar la operación post mortem a la madre para extraer al niño. Según algunos autores proviene de las palabras latinas LEX CAESAREA, las cuales significan la exigencia de realizar la operación post mortem a la madre para la extracción del niño, y según otros autores proviene de la palabra también latina COESAR que significa también incidir, lo cual se hacía a la madre después de muerta para extraer al niño.

La intervención quirúrgica ya como uso médico la empezó a usar Trautmann en 1610.

En tiempos anteriores al advenimiento de la asepsia y antisepsia la intervención era de pronóstico mortal.

Sanger fué el que aconsejó la sutura del útero por primera vez, aumentando así el chance de vida para la paciente.

Al principio del actual siglo todas las cesáreas se hacían incidiendo el cuerpo uterino con lo cual se tenía potencialmente una infección y por lo cual la mayoría se moría de peritonitis post operatoria.

Latzho, en 1909, con el objeto de eludir la cavidad peritoneal, incidía el útero en su segmento inferior haciendo a un lado el peritoneo y la vejiga. Sallheim, con el mismo propósito de eludir la cavidad peritoneal aconsejaba levantar el peritoneo vía supravescical.

El 1912, Krönig optó por hacer la incisión segmentaria transperitoneal. Incidiendo transversalmente el peritoneo visceral, separando los colgajos superior e inferior y con el inferior la vejiga, incidiendo posteriormente el útero en sentido vertical en su región o parte inferior.

Posteriormente Kerr realizó lo mismo que Krönig, pero con la diferencia que la incisión uterina la realizó en sentido transversal a nivel de segmento.

2.— INDICACIONES DE LA OPERACION CESAREA

Las indicaciones de la operación cesárea no pueden ser absolutas, excepto en los casos poco frecuentes en que hay gran estrechez pélvica o tumor pélvico que impida el trabajo de parto. Las indicaciones relativas son variadas y el discernimiento necesario para elegir la cesárea depende de las circunstancias clínicas observadas en cada paciente. Una lista de las indicaciones más frecuentes para practicar operación cesárea incluye:

- estrechez pélvica
- tumores pélvicos
- presentaciones fetales anormales
- inercia uterina
- placenta previa
- desprendimiento prematuro de placenta
- preeclampsia grave
- operación cesárea previa
- anoxia fetal
- diabetes materna
- sensibilidad Rh
- reparación vaginal o sutura operatoria del cuello uterino.

ESTRECHEZ PELVICA:

Cuando el diámetro anteroposterior del estrecho pélvico superior mide 8 cms. o menos el feto a término no puede nacer por la vía natural. Este diámetro pequeño es indicación absoluta para la operación cesárea.

Si el diámetro conjugado obstétrico está entre 8 y 10 cms. hay poca probabilidad de parto vaginal del feto de tamaño normal, y para

el ensayo de parto no deben permitirse más de 6 a 10 horas en el primer período. Debe practicarse rotura de membranas antes de decidir clínicamente que hay desproporción cefalopélvica, cabe que la cabeza no encaje adecuadamente a causa de la bolsa de las aguas. Por otra parte conviene conservar el amnios lo más posible durante el ensayo de parto para impedir sepsis. Por este mismo motivo, las membranas sólo deben romperse artificialmente cuando se ha efectuado exploración vaginal aséptica, para decidir las ventajas relativas de la extracción por operación cesárea y la vaginal.

En 80 o/o de las pacientes en quienes el diámetro conjugado obstétrico está entre 10 y 11 cms., el parto será adecuado por la vía vaginal. En las restantes se necesitará operación cesárea. Es imposible predecir qué pacientes que tienen diámetro conjugado diagonal entre 10 y 11 cms. dará a luz por vía vaginal y cuáles necesitarán operación cesárea. Por este motivo, puede necesitarse ensayo de parto durante 10 a 12 para tomar la decisión apropiada en caso dado. Para decidir adecuadamente acerca de la posibilidad de parto por vía de la operación cesárea en una paciente es indispensable efectuar estudio radiográfico de la pelvis, estimar tamaño, posición, postura y presentación del feto, y valorar las contracciones uterinas.

Estrechez en la mesopelvis puede ser indicación para operación cesárea. El diámetro interespinoso normal mide 10.5 cms.; si hay disminución de 1 cm., o más, puede haber distocia importante en el plano medio, a menos que el diámetro sagital posterior de la mesopelvis compense la disminución del diámetro interespinoso. Cuando la suma del diámetro interespinoso del plano medio y el diámetro sagital posterior de la mesopelvis es menor de 13.5 cms. debe sospecharse desproporción cefalopélvica grave en el plano medio y tal vez se necesita operación cesárea, sin embargo, no siempre ocurre así; ello depende de el volumen del feto, amoldamiento de la cabeza fetal, contracciones uterinas y posición del vértice.

TUMORES PELVICOS:

Un fibroma voluminoso en el segmento inferior o en el cuello

del útero puede causar obstrucción y exigir nacimiento por medio de operación cesárea. Lo mismo sucede cuando existe un tumor macizo o quístico del ovario que dificulte el ovario.

PRESENTACIONES FETALES ANORMALES:

Las presentaciones anormales como la de hombros irreductibles, las de frente o cara, no sólo cuando se enclavan, sino también cuando se detienen en un nivel alto de la pelvis, se constituye en indicación de cesárea, así como las presentaciones altas de nalgas acompañadas de dificultad en la dilatación o malas partes blandas, sobretodo si se trata de primiparidad añosa. Existen otras causas por las que se practica el nacimiento abdominal en interés del feto, como son, su muerte habitual o en las primíparas añosas con situación transversa y en la macrosomía fetal.

PLACENTA PREVIA:

La operación cesárea se emplea a menudo para tratar la placenta previa. Es el método de elección en la placenta previa completa y se aconseja para pacientes de placenta previa parcial en quienes el cuello uterino es largo y está cerrado, o cuando la placenta cubre parte importante del orificio interno. La operación cesárea impide los desgarros del segmento uterino inferior a causa del parto por vía vaginal y aumenta la supervivencia fetal.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA:

La anoxia intrauterina concomitantes con desprendimiento prematuro de la placenta es indicación para operación cesárea. Este método también es el adecuado en el desprendimiento prematuro de la placenta que no mejora con el tratamiento conservador, y cuando el nacimiento no es inminente. La operación cesárea puede ser útil para disminuir la hemorragia materna y prevenir la hipofibrinogenemia.

PREECLAMPSIA:

La operación cesárea es un método peligroso para extraer al feto en caso de eclampsia, sin embargo, tiene utilidad limitada para terminar el embarazo en algunas pacientes de eclampsia grave. Si los síntomas

progresan rápidamente a pesar del tratamiento y cabe suponer que comenzarán las convulsiones antes que pueda ocurrir parto por vía vaginal, la operación cesárea en ocasiones es método magnífico para terminar la gestación.

OPERACION CESAREA PREVIA:

Es indicación relativa para la operación cesárea, la cicatriz uterina resultante de otra cesárea o de cualquiera otra operación en el útero. Si la operación o la miomectomía se complicaron con infección, no debe confiarse en la herida uterina y deberá practicarse cesárea antes que comience el trabajo de parto. Siempre que durante el embarazo se descubra por palpación abdominal cicatriz adelgazada en el útero, no debe permitirse a la paciente el parto por vía vaginal, sino cinco o siete días antes del término se practicará la cesárea.

ANOXIA FETAL INTRAUTERINA:

En algunos casos de anoxia fetal de prolapso de cordón umbilical, cuando la complicación no puede tratarse adecuadamente por métodos vaginales, está indicado la cesárea para beneficio del niño. Ello se aplica en particular cuando hay prolapso del cordón umbilical en presentación de vértice antes de la dilatación del cuello uterino.

DIABETES MATERNA:

En la mayor parte de los casos de diabetes que complica a la gestación debe hacerse la extracción veintiún días antes de la fecha de parto, aproximadamente; ello tiene el propósito de evitar la muerte intrauterina durante las tres últimas semanas de gestación. La operación cesárea suele ser el método óptimo para la extracción en la diabética en quien no puede practicarse un procedimiento médico para provocar el parto en fecha temprana. A menudo el volumen excesivo del feto complica o impide el nacimiento por vía vaginal.

SENSIBILIDAD Rh:

La paciente cuyo hijo presenta ataque grave por eritroblastosis fetal puede ser candidata para operación cesárea. Se ha aconsejado el nacimiento temprano del niño cuando ha nacido o han nacido otros

hijos con eritroblastosis fetal grave.

REPARACION VAGINAL O SUTURA QUIRURGICA DEL CUELLO UTERINO:

Si la paciente se ha sometido a reparación vaginal para prolapso uterino, cistocele o incontinencia urinaria de esfuerzo y se embaraza conviene la operación cesárea al término de la gestación. Este procedimiento impide que recurran los problemas de relajación de los tejidos pélvicos por el traumatismo del trabajo de parto y parto.

CONTRAINDICACIONES.

Generalmente no debe de practicarse cesárea si el feto está muerto. Sin embargo son frecuentes las excepciones. Por ejemplo: en caso de placenta previa total será necesario vaciar el útero por el abdomen para evitar una hemorragia materna grave. Del mismo modo, en algunos casos graves de desprendimiento de placenta, la cesárea es necesaria cuando la vida de la madre se ve amenazada por hemorragia y coagulopatía. Desproporción insuperable, presentación anormal no atendida, monstruos dobles y obstrucción por tumores.

TIPOS DE OPERACION CESAREA:

Hay cuatro métodos de alumbramiento abdominal:

- 1.- CESAREA CLASICA: para la cual se hace una incisión vertical en el segmento uterino superior.
- 2.- OPERACION DE SEGMENTO INFERIOR O CERVICAL INFERIOR: en la cual se practica una incisión transperitoneal transversal o vertical en el segmento uterino inferior.
- 3.- OPERACION EXTRAPERITONEAL: en la cual se llega al segmento uterino inferior por extraperitoneo.

- 4.- CESAREA CON HISTERECTOMIA combinación de cesárea (generalmente clásica típica), seguida de histerectomía (preferentemente total).

3.- TECNICAS QUIRURGICAS

INCISION DE KERR EN SEGMENTO INFERIOR:

Se cateteriza la vejiga y se prepara el abdomen como campo estéril. Bajo anestesia adecuada teniendo a la pacientes en posición de Trendelenburg, se hace una incisión suprapúbica media de corte en músculo transversal o de Pfannestiel. Se abre el abdomen tratando de no dañar la vejiga; el segmento uterino se descubre con separadores, el peritoneo suelto entre la vejiga y el útero se corta cerca de su unión al útero, transversalmente y en forma semilunar, con la cavidad hacia arriba, aproximadamente cinco cms. a cada lado de la línea media. Después que se ha cortado peritoneo, se despega suavemente con un dedo hacia el pubis, socavando la vejiga. Se inserta un separador ancho (como la valva anterior del separador de Balfour), para rechazar la vejiga por debajo de la sínfisis del pubis y descubrir el segmento uterino inferior.

Con un bisturí bien afilado se corta el útero de forma elíptica transversal, marcando el miometrio a lo largo de toda la incisión que se intenta, y entrando en el útero sólo en la línea media. Generalmente las membranas se rompen al llegar a este punto y será necesario la aspiración de líquido amniótico para despejar el campo y facilitar la visión. Luego con la tijera de vendaje se corta la pared uterina, primero hacia la derecha, luego hacia la izquierda, encurvando la incisión hacia arriba en la punta de manera que quede paralela a los lados del útero, así, en caso de que deba prolongarse, no cortará los vasos uterinos. La incisión deberá ser suficientemente grande para permitir la salida de la cabeza fetal. En lugar de usar tijera, la abertura en el segmento uterino inferior se puede hacer con los dedos, el índice de cada mano, que se introducen en la abertura de la línea y se separan a lo largo de la línea de incisión previamente marcada. Se debe evitar cortar o desgarrar las arterias uterinas.

Después que se ha hecho la incisión, se introduce una mano entre la sínfisis del pubis y la cabeza fetal, con la palma de la mano hacia la cabeza. Se quitan todos los separadores abdominales mientras se gira el occipucio hacia la herida. Se presiona la cabeza suavemente hacia arriba, al mismo tiempo el ayudante ejerce presión en el fondo uterino. Como resultado de esta combinación, la cabeza saldrá por extensión. Rara vez será necesario utilizar instrumentos, como vectis o fórceps de Simpson pequeño, o ejercer presión transvaginal desde abajo para desalojar una cabeza que esté fuertemente encajada en la pelvis. Cuando ha salido la cabeza por lo general es tarea sencilla sacar lentamente los hombros, uno a la vez, como se sacan los hombros por vagina.

El cordón se pinza por dos lugares y se secciona, el ayudante reanima al producto según lo necesite. Mientras tanto la placenta se disecciona manualmente y se libera en sus uniones al útero. Se administra lentamente oxitocina o Ergotrate por vía venosa para lograr una contracción uterina fuerte, y auxiliar en la hemostasis. La superficie endometrial se examina cuidadosamente y se limpia de cualquier residuo de membranas. Se explora el agujero interno del cuello con un dedo para asegurarse de que hay un drenaje loquial posoperatorio adecuado.

La herida se cierra en dos planos de sutura continua o puntos interrumpidos con catgut crómico número cero, esmerándose en asegurar la aposición del miometrio y la hemostasia, especialmente en los ángulos de la incisión uterina. Parece no importar que el endometrio se incluya o no en la primera capa de puntos, aunque algunos creen importante suturar el miometrio de tal modo que se excluya el endometrio.

Se efectúa la peritonización juntando los bordes del corte peritoneal con una sutura continua fina de catgut. Algunos superponen el borde inferior a la superficie peritoneal superior, pero esta técnica no tiene ninguna ventaja específica. Antes de proceder a cerrar la pared abdominal por capas deberán examinarse trompas y ovarios, y se explorará la cavidad peritoneal concienzudamente, suprimiendo sangre

y residuos acumulados.

INCISION DE KRONIG EN SEGMENTO INFERIOR:

La técnica de Krönig sólo difiere de la de Kerr en cuanto a la incisión uterina se refiere. Los preparativos y la incisión abdominal son iguales. Se procede al repliegue peritoneal como en el caso de la de Kerr pero el peritoneo superior necesita mucho más disección para tener la seguridad de que el peritoneo cubra más tarde la incisión uterina longitudinal. La incisión uterina se hace verticalmente en el segmento inferior y se extiende con tijera de vendaje hacia la vejiga, mientras se protege la vejiga por medio de separador y con visualización, y hacia arriba hasta la parte inferior del segmento uterino superior por debajo del peritoneo. Si la paciente ha estado con trabajo de parto avanzado por algún tiempo, se puede esperar que el segmento uterino inferior se haya estirado, de manera que algunas veces es posible hacer completa, en este segmento, la incisión de Krönig.

Las manipulaciones posteriores para sacar al feto y placenta se efectúan de manera ordinaria. Para cerrar, se necesitan dos o más capas de sutura continua o interrumpida con catgut crómico número cero, asegurando la hemostasia. Los bordes peritoneales se juntan con una sutura continua con catgut crómico dos ceros. Se debe tener cuidado de no empujar la vejiga demasiado arriba contra la pared abdominal, puesto que esto causaría grandes dificultades durante una operación cesárea posterior sin que fuera necesario.

OPERACION CESAREA CLASICA:

Generalmente se necesita una incisión en la pared abdominal en la línea media suprapúbica. Se examina el útero para detectar sinistrotorción, o luego seguir hacia la línea media. Se hace una incisión longitudinal de aproximadamente 11 cms. a través del espesor de la pared uterina hacia el saco amniótico, teniéndose cuidado de no cortar el feto. El líquido amniótico se derrama y se aspira.

Como la placenta con frecuencia está encajada en la superficie anterior de la cavidad uterina es común encontrarla cuando se abre el

útero durante la cesárea clásica. Es mejor disecar rápidamente a lo largo del plano de despegamiento hasta el borde de la placenta, donde se puncionan las membranas y se entra en el saco amniótico. No es preferible cortar a través de la placenta, aunque se hace a menudo, porque es posible que se presente una grave hemorragia fetal. En cualquier caso el procedimiento se debe realizar rápidamente para reducir al máximo la hipoxia fetal.

Cuando se ha penetrado en la cavidad amniótica, se introduce una mano para localizar, identificar y asir uno de los pies, o de preferencia ambos. Se realiza una extracción suave de las nalgas para sacar al feto a través de la herida uterina. El cordón se secciona entre dos pinzas; se extrae la placenta, se administra el agente uterotónico; se limpia el revestimiento endometrial, y el agujero interno se explora de la misma manera que en la de Kerr.

La herida se cierra por lo menos con tres capas de sutura continua o interrumpida de catgut cero crómico, cuidando de juntar el miometrio y cerrar todo el espacio muerto.

Debe asegurarse la hemostasia antes de peritonizar. Se efectúa la exploración abdominal y la limpieza de peritoneo antes de cerrar la herida abdominal.

4. HIPOTESIS

- 1.— Del total de mujeres embarazadas con trabajo de parto que consultan al hospital, al 10 o/o se les resuelve el embarazo por medio de una cesárea.
- 2.— El mayor número de cesáreas tienen como indicación estrechez pélvica.
- 3.— El grupo de mujeres catalogadas dentro del estrato racial indígena, es el que tiene mayor incidencia de cesáreas.
- 4.— En las mujeres primigestas la indicación de cesárea que sobresale es la presentación podálica.

5 OBJETIVOS

- 1.- *Conocer la incidencia de cesáreas en el hospital de Cobán.*
- 2.- *Conocer las causas o indicaciones de cesáreas realizadas en pacientes obstétricas en el hospital de Cobán.*
- 3.- *Conocer el nivel sociocultural de las pacientes en las cuales hay que finalizar el embarazo por medio de una cesárea.*
- 4.- *Conocer el grupo etario mayormente afectado.*
- 5.- *Determinar que otros factores —fuera de las indicaciones— contribuyen a la realización de una cesárea.*
- 6.- *Realizar una investigación que abarca interés particular.*

6. JUSTIFICACION

El presente trabajo se llevó a cabo con el propósito de realizar una investigación sobre las principales causas que se tienen para finalizar un embarazo por medio de una cesárea y sobre la incidencia de la misma operación en pacientes obstétricas que consultan espontáneamente al hospital, o son referidas de otros centros o puestos de salud, sobretodo con trabajo de parto, se dice lo anterior ya que hay ocasiones en que pacientes son referidas por problemas detectados durante el trabajo de parto y en otras en quienes se efectúa la cesárea con carácter selectivo.

Una de las motivaciones que tuve para realizar esta investigación sé, que durante mi práctica hospitalaria como estudiante, sobretodo en hospitales departamentales, pude darme cuenta de que se realizan operaciones cesárea que, haciendo un cálculo personal, sobrepasan la incidencia considerada como normal.

7. MATERIAL Y METODOS

1.- MATERIAL

- a- libro de registro del departamento de labor y partos
- b- registros clínicos
- c- departamento de estadística departamental
- d- bibliografía

2.- METODO

Análisis retrospectivo de los registros clínicos de las pacientes en las cuales se realizó la operación cesárea durante el año de 1978, tomando del mes de enero al mes de diciembre del mismo año.

Se realizó consultando el libro de registro clínico de el departamento de labor y partos del hospital, del cual se obtuvo el registro clínico y el nombre respectivo de cada paciente en las que se realizó cesárea a partir del primero de enero al treintiuno de diciembre del año en mención. Posteriormente, ya con esta información, se procedió a revisar uno por uno de los registros clínicos de las pacientes mencionadas, que fueron proporcionados por el departamento de estadística de dicho centro hospitalario, de donde se obtuvieron los datos que interesaron para la investigación.

8. ANALISIS DE RESULTADOS

En cualquier investigación que se efectúe se toman variables de acuerdo al carácter de dicha investigación. En la presente investigación se toman las siguientes variables:

DIAGNOSTICO CLINICO O PRESUNTIVO

Fué considerado porque sobre este parámetro se realiza el estudio.

NUMERO DE EMBARAZOS:

Porque es de importancia, a nuestro parecer, conocer en qué pacientes —multigestas o primigestas—, se realiza el mayor porcentaje o incidencia la operación cesárea.

EDAD:

Es de mucha importancia saber en qué grupo existe mayor incidencia de la realización de la cesárea.

RAZA, ORIGEN Y RESIDENCIA:

Estas variables pueden incluirse en un solo grupo, aunque se sabe por datos estadísticos, ver posteriormente, que la mayoría de pacientes que consultan al hospital son de raza indígena y que en nuestro medio se tiene el mismo nivel sociocultural y por ende los mismos problemas, dentro de los cuales se incluye la desnutrición, se toman para saber en qué región predominan dichos problemas.

OCCUPACION:

Se toma para tener una idea de si, la ocupación en nuestro medio puede contribuir a que se tenga en las mujeres un parto distócico.

Todos los datos que a continuación se presentan en los cuadros, fueron obtenidos de los registros clínicos sin ninguna alteración.

Durante el año de 1978 se atendieron en el hospital a 1,276

(1.6 o/o) mujeres de edad reproductiva. De este total de pacientes obstétricas atendidas, 174 (13.6 o/o) tuvieron un parto distócico y de los cuales 141 (11.05 o/o) fueron resueltos por vía de cesárea.

CUADRO NUMERO 1

DIAGNOSTICO CLINICO O PRESUNTIVO PARA LA CESAREA

Diagnóstico	No.	o/o
Situación transversa	35	24.81
Estrechez pélvica	28	19.85
Presentación podálica	23	16.31
Desproporción cefalopélvica	10	7.09
Sufrimiento fetal agudo	10	7.09
Cesárea anterior	5	3.54
Paro en expulsión	3	2.12
Inminencia de ruptura uterina	3	2.12
Paro en posterior	3	2.12
Otras	21	14.89
	141	99.94

La indicación que se tuvo en mayor porcentaje fué situación transversa con el 24.81 o/o del total de cesáreas efectuadas. Dentro de esta indicación se incluye transversa abandonada, por ser solamente una variedad de la anterior, la cual se presentó en 16 de las 35 pacientes, y representa el 45.7 o/o de su totalidad. Por lo cual considero deba efectuarse una investigación lo suficientemente seria como para encontrar el por qué de la alta incidencia de transversa abandonada.

Creo valga hacer la aclaración de que las pacientes que presentaron transversa abandonada y consultaron al hospital, cinco llegaron de la población de San Pedro Carchá (el 26.3 o/o) y de la región del Polochic llegaron siete con porcentaje de 36.8 o/o.

De todas las indicaciones que se dan en el cuadro anterior, estuvieron complicadas con sufrimiento fetal secundario: estrechez pélvica en 14.28 o/o de su totalidad; presentación podálica en 9.09 o/o; situación transversa en 11.76 o/o; desproporción cefalopélvica en 30.76 o/o; paro en expulsión en 33.33 o/o; enclavamiento en posterior en 33.33 o/o.

En el renglón de otras se incluye: trabajo de parto prolongado, embarazo gemelar en el que el segundo gemelo se encontraba en situación transversa, cirugía uterina anterior en una paciente primigesta añosa, eclampsia acompañada de sufrimiento fetal, herida de bala en abdomen en paciente con 35 semanas de gestación, desproporción fetopélvica por hidropesía fetal, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotación uterina, inercia uterina, ruptura uterina, procidencia de cordón, agotamiento materno, incompatibilidad Rh, distocia de cuello, prolapso de cordón, prolapso de miembro superior, útero didelfo.

Existen varios casos en que la paciente presentó dos indicaciones con el peso suficiente como para efectuar la cesárea, éstos son: situación transversa y prolapso de cordón; estrechez pélvica y situación transversa; inercia uterina y agotamiento materno; situación transversa

y placenta previa, se consideró como causa preponderante la primera indicación.

CUADRO NUMERO 2

INDICACION DE CESAREA EN PACIENTES PRIMIGESTAS

Indicación	No.	o/o
Presentación podálica	18	32.14
Estrechez Pélvica	12	21.42
Desproporción cefalopélvica	7	12.50
Situación transversa	6	10.70
Sufrimiento fetal agudo	5	8.92
Otras	8	14.28
	56	99.96

En las pacientes primigestas se tiene como indicación número uno la presentación podálica con el 32.14 o/o del total; esta indicación últimamente se ha tomado como una indicación con el peso suficiente para efectuar la cesárea en pacientes primigestas para evitar mayores riesgos al niño.

Dentro de la situación transversa se incluye la transversa abandonada que representa el 50 o/o de su totalidad.

En el renglón que ocupa el parámetro otras, se incluye: Cirugía uterina anterior, herida de bala en abdomen, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, inercia uterina.

CUADRO NUMERO 3

INDICACION DE CESAREA PACIENTES MULTIGESTAS

Indicación	No.	o/o
Situación transversa	26	33.32
Estrechez pélvica	16	20.51
Cesárea anterior	5	6.41
Presentación podálica	4	5.12
Desproporción cefalopélvica	3	3.84
Inminencia de ruptura uterina	3	3.84
Sufrimiento fetal	3	3.84
Otras	18	23.07
	78	99.95

En las pacientes multigestas se tiene como indicación número uno la situación transversa con el 33.32 o/o que también aquí se incluye la transversa abandonada que representa el 50 o/o de la totalidad.

Llama la atención la alta incidencia de la indicación estrechez pélvica en las pacientes multigestas, al respecto podemos decir que 14 de 16 pacientes tenían ya varios partos resueltos por cesárea.

También llama la atención que hay varias pacientes multigestas en las cuales se resolvió el embarazo por medio de cesárea teniendo como indicación presentación en podálica, pero existieron razones especiales para realizarlas como son: en dos de las pacientes se efectuó la cesárea porque el feto estaba ya en sufrimiento, en otra paciente porque presentaba cesárea anterior y en la última se trataba de una paciente secundigesta pero considerada como nulípara porque su gesta anterior se resolvió a los ocho meses y el producto presentó un peso de dos libras.

CUADRO NUMERO 4

INDICACION DE CESAREA EN PACIENTES EN LAS CUALES NO SE DETERMINO LA PARIDAD

Indicación	No	o/o
Situación transversa	3	42.84
Sufrimiento fetal agudo	2	28.57
Estrechez pélvica	1	14.28
Inercia uterina	1	14.28
	7	99.97

En las pacientes incluídas en el cuadro anterior, se incluyen bajo este título porque no se pudo obtener la paridad por no estar dicho dato en los registros clínicos.

La indicación situación transversa en el 100 o/o corresponde a transversa abandonada.

CUADRO NUMERO 5

EDAD DE LAS PACIENTES

Edad	No.	o/o
11 a 15 años	3	2.1
16 a 20 años	34	24.1
21 a 25 años	60	42.5
26 a 30 años	21	14.8
31 a 35 años	13	9.2
36 a 40 años	8	5.6
41 a 45 años	2	1.4
	141	99.9

En la edad de las pacientes cesarizadas tomada en grupos etarios no podemos dar cuenta que en el grupo comprendido entre los 21 y 25 años se realizó la mayoría de las cesáreas (42.5 o/o), seguido del grupo comprendido entre los 16 y 20 años con el 24.1 o/o. Por lo anterior podemos deducir que en el grupo comprendido entre los 16 y 25 años es en quienes se realiza la cesárea en mayor porcentaje.

Vale hacer la observación de que la paciente de menor edad fué de catorce años y la de mayor edad de cuarenticuatro años.

En el grupo etario comprendido entre los 21 y 25 años que es en quienes se realizó en mayor porcentaje la cesárea, citaremos las tres más frecuentes indicaciones: situación transversa con el 25 o/o, estrechez pélvica con el 20 o/o, presentación podálica con el 15 o/o. Ahora bien, en el grupo comprendido de los 36 años en adelante, se tuvieron las siguientes indicaciones: situación transversa y sufrimiento fetal con el 20 o/o y trabajo de parto prolongado, eclampsia, paro en posterior, desproporción cefalopélvica y presentación podálica con el 10 o/o cada una.

CUADRO NUMERO 6

AGRUPACION DE PACIENTES SEGUN PARIDAD

Paridad	No.	o/o
Multigestas	78	55.31
Gran múltipara	32	
Pequeña múltipara	46	
Primigestas	56	39.71
No se determinó	7	4.96
	141	99.98

La mayoría de las cesáreas realizadas en el hospital, fueron hechas en pacientes multigestas en el 55.31 o/o, es menester hacer notar que de estas pacientes 27 ya tenían cesárea anterior por diversas causas. Sobre todo estrechez pélvica.

Considera como paciente gran múltipara aquella que ha tenido más de tres partos y pequeña múltipara aquella que ha tenido hasta tres partos.

En el 4.96 o/o de las pacientes no se pudo determinar la paridad por carecer el registro clínico de dicho dato.

CUADRO NUMERO 7

RAZA DE LAS PACIENTES

Raza	No.	o/o
Indígena	100	70.92
Ladina	41	29.07
	141	99.99

CUADRO NUMERO 8

ORIGEN DE LAS PACIENTES

Origen	No.	o/o
Cobán	48	34.04
San Pedro Carchá	25	17.73
San Cristóbal Verapaz	8	5.67
Senahú	7	4.96
Tucurú	7	4.96
Tactic	7	4.96
San Juan Chamelco	4	2.84
Santa Cruz Verapaz	3	2.12
Panzós	3	2.12
Tamahú	1	0.70
Lanquín	1	0.70
Otro departamento	27	19.14
	141	99.94

CUADRO NUMERO 9

RESIDENCIA DE LAS PACIENTES

Residencia	No.	o/o
Cobán	63	44.68
San Pedro Carchá	23	16.31
Tucurú	9	6.38
Tactic	9	6.38
San Cristóbal Verapaz	8	5.67
Senahú	4	2.84
San Juan Chamelco	4	2.84
Panzós	4	2.84
Santa Cruz Verapaz	3	2.12
Tamahú	1	0.70
Cahabón	1	0.70
Chisec	1	0.70
Otro departamento	11	7.80
	141	99.96

Los tres cuadros anteriores los analizaremos en conjunto, por tener bastante en común, nos podemos dar cuenta que la mayoría de pacientes consultantes son de raza indígena —los parámetros tomados para decidir la raza son el vestuario y sobretodo el o los apellidos—; lo cual es obvio ya que como se demostrará con datos estadísticos posteriormente la inmensa mayoría de la población femenina es de raza indígena.

Con respecto al origen y residencia de las pacientes cesarizadas, la mayoría viene de las poblaciones más densas —como se puede ver en los cuadros respectivos— como son la cabecera departamental y el municipio de San Pedro Carchá.

CUADRO NUMERO 10

OCUPACION DE LAS PACIENTES

Ocupación	No.	o/o
Oficios domésticos	128	90.78
Profesoras	6	4.95
Contadoras	2	1.41
Secretarias	2	1.41
Enfermeras auxiliares	2	1.41
Estudiantes	1	0.70
	141	99.96

Se tomó como ocupación principal el trabajo que desempeñan la mayor parte de su tiempo. Y como nos podemos dar cuenta en la gran mayoría de pacientes tienen como ocupación principal oficios domésticos.

En el departamento de Alta Verapaz se tiene una población de 280,524 habitantes (según censo poblacional de 1973). De la población total, 142,333 habitantes son de sexo femenino (el 50.7 o/o). De los habitantes de sexo femenino el 91 o/o es de raza indígena; se encuentran en edad reproductiva 78,880 mujeres que representan el 55.4 o/o.

A continuación se dan una serie de datos a manera de información, los cuales consideramos importantes:

Mujeres en edad reproductiva en A.V.	78,880	100.0 o/o
Consultaron al hospital	1,276	1.6 o/o
Nacimientos en A. V.	18,828	100.0 o/o
Nacimientos en el hospital	1,276	6.7 o/o
Nacimientos por cesárea	141	0.7 o/o
Muerte neonatal en el hospital en niños nacidos normalmente	54	4.2 o/o
Muerte neonatal en niños nacidos por medio de cesárea	6	4.2 o/o

Con los datos estadísticos anteriores nos podemos dar cuenta que en el departamento de Alta Verapaz existe una muy mínima afluencia de pacientes obstétricas, en el momento del trabajo de parto, al hospital para su atención.

A pesar de que nos estamos familiarizando rápidamente a consultar al médico y por consiguiente a consultar al hospital cuando tenemos un problema de salud, lo que sucede también con las pacientes obstétricas, que ya visitan con mayor regularidad al médico para su control prenatal y al hospital para la atención del parto todavía existe una muy raquítica afluencia de las mujeres con trabajo de parto al hospital para la atención del mismo. Es menester hacer notar que en nuestro medio las comadronas tradicionales juegan un papel importantísimo dentro de la población, porque por ejemplo: existen mujeres que cuando sospechan que están embarazadas prefieren consultar a la comadrona tradicional y no al médico. Lo que viene a influir negativamente con respecto a la afluencia de pacientes obstétricas al hospital. Aunque también hay que tomar en cuenta otros factores como la distancia del lugar de procedencia de las pacientes al hospital, las pésimas vías de acceso, falta de medios de transporte, el nivel económico de la paciente, etc. Por todos los factores que pueden considerarse como negativos mencionados anteriormente, creo, se tenga demasiada muerte perinatal, y podemos tomar como ejemplo los casos de transversa abandonada que se ven influidos grandemente por los factores mencionados.

Creo que la manera de positivizar estos factores o por lo menos parte de ellos es aprovechar a las comadronas que, como se dijo anteriormente juegan papel importante dentro de su comunidad. Se positiviza

zaría la acción de las comadronas enseñándoles cómo llevar un control prenatal adecuado y cómo detectar anomalías fetomaternas que podrían dar problemas durante el parto, haciendo a la vez conciencia en ellas de que cuando se detecte una anormalidad obstétrica, sea referida la paciente al hospital o de ser posible llevadas por las mismas comadronas al hospital para su mejor evaluación y tratamiento.

9. CONCLUSIONES

- 1.- *Del total de nacimientos ocurridos en el hospital, el 11.05 o/o se efectuaron por medio de cesárea.*
- 2.- *La situación transversa es la de mayor incidencia en términos generales.*
- 3.- *En las pacientes primigestas, la indicación presentación podálica es la que tiene la más alta incidencia.*
- 4.- *En el grupo de mujeres multigestas fué en quienes se efectuó mayormente la cesárea.*
- 5.- *En las pacientes multigestas, la más alta incidencia la tiene la situación transversa.*
- 6.- *El mayor porcentaje de cesárea se efectuó en pacientes con edad comprendida entre los 16 y 25 años.*
- 7.- *En el grupo racial indígena es en quienes se efectuó la mayor parte de cesáreas.*
- 8.- *La mayoría de pacientes cesarizadas es originaria y residente de Cobán, cabecera departamental.*
- 9.- *En su mayoría, los pacientes tienen como ocupación principal oficios domésticos.*
- 10.- *Del total de nacimientos ocurridos en el departamento de Alta Verapaz el 6.7 o/o ocurre en el hospital.*

11.- Los registros clínicos de pacientes obstétricas, adolecen de muchos datos que son importantes.

12.- El récord operatorio de pacientes cesarizadas es deficiente.

13.- En algunos registros clínicos, en ocasiones, existen varios diagnósticos que no concuerdan entre sí.

10. RECOMENDACIONES

- 1.-
- 1.- Intensificar, por medio de las autoridades de Salud Pública, el programa materno infantil y con ésto lograr una mayor afluencia de pacientes en estado de gravidez a los puestos y centros de salud y consecuentemente al hospital.
- 2.- Promover orientación periódica sobre el examen o control prenatal de la paciente embarazada, a personas calificadas dentro de la comunidad, en este caso a las comadronas tradicionales.
- 3.- Adiestrar personas capacitadas en cada comunidad, sobretodo a mujeres, para que por medio de ellas se brinde una orientación adecuada sobre el embarazo y parto a mujeres en estado de gravidez dentro de la comunidad.
- 4.- Estandarizar un orden de registro clínico para pacientes obstétricas y así poder llevar un mejor control de ellas.
- 5.- Insistir al personal médico y paramédico sobre la complementación de datos como historia, examen físico, evolución, diagnósticos, tratamientos, etc.
- 6.- Efectuar una investigación posterior, más profunda, sobre el POR QUE de las causas más comunes que nos llevan a terminar un embarazo por medio de cesárea.

11. BIBLIOGRAFIA

- 1.- *OBSTETRICIA*, J. P. Greenhill, Emanuel A. Friedman primera edición en español.
- 2.- *OBSTETRICIA DE BECK*, E. Stewart Taylor, octava edición.
- 3.- *OBSTETRICIA*, Schwarxz, Sala, Duveges, tercera edición.
- 4.- Alarcón, Ernesto. *La operación cesárea en el hospital Roosevelt*. 1958. Tesis de graduación.
- 5.- González, Armando. *La operación cesárea en el centro Materno infantil de Guatemala*. 1955. tesis de graduación.
- 6.- Guzmán Gaitán, Carlos Humberto. *Operación cesárea en el hospital Roosevelt*. 1966. tesis de graduación.
- 7.- Morales de la Vega, Héctor Rolando. *Operación cesárea en el hospital General*. 1970.
- 8.- Figueroa Arriola, Francisco Arturo. *Indicaciones más frecuentes de operación cesárea en el hospital nacional de Jutiapa*. 1979.
- 9.- *Registros clínicos del hospital regional de Cobán*.
- 10.- *VIII Censo de población y III de habitación, serie II, tomo I* marzo de 1973.

[Handwritten signature]

Dr. César Augusto Díaz Colín

[Handwritten signature]
Asesor

Juan José Gutiérrez Pinzón

Dr. Eugenio B. Leal R. U.

[Handwritten signature]
Director de la Facultad III

Dr. Julio de León M.

[Handwritten signature]

Secretario general

Dr. Raúl A. Castillo R.

u.Bo.

[Handwritten signature]

Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo