

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"INDICACIONES MAS FRECUENTES DE OPERACION CESAREA,
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE JUTIAPA.
REVISION DE DOS AÑOS 1976-1977"

TESIS

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

Por

FRANCISCO ARTURO FIGUEROA ARRIOLA

En el Acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

- I) INTRODUCCION
- II) DEFINICION
- III) HISTORIA
- IV) INDICACIONES
- V) TECNICAS QUIRURGICAS
- VI) ANESTESIA
- VII) PRE Y POST-OPERATORIO
- VIII) PRONOSTICO Y COMPLICACIONES
- IX) MATERIAL Y METODOS
- X) OBJETIVOS
- XI) PRESENTACION DE CASOS REVISADOS
- XII) CONCLUSIONES
- III) *RECOMENDACIONES*
-) BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La operación cesárea ocupa en la actualidad, un lugar no discutible en el manejo de pacientes obstétricas, asociada a los adelantos en anestesia, antibióticos, métodos diagnósticos, hematológicos, etc., ha disminuído considerablemente la morbilidad de la unidad materno fetal.

Uno de los momentos más críticos del embarazo, lo constituye la finalización del mismo, ya que pueden haber ciertas causas, que hagan decidir al obstetra, que ese embarazo culmine con la operación cesárea; esta es una de las razones por las cuales dentro de los hospitales, en los departamentos de gineco-obstetricia se ven cada día, varios casos resueltos bajo esta entidad.

Así, el presente trabajo pretende hacer una revisión del tema "operación cesárea", en el Hospital Nacional de Jutiapa, en un período de dos años (1976-1977).

DEFINICION

La cesárea puede definirse como el parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero. Lo esencial de la intervención consiste en la incisión del útero (Histerotomía); por lo tanto no se refiere a la extracción del feto de la cavidad abdominal en casos de ruptura uterina, o de embarazo extrauterino.

HISTORIA

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas ya que desde tiempos muy remotos se hace mención a la misma, así, se dice que Julio César nació de esta manera, en el año 100 a.d. Cristo, dato poco probable debido a que la madre de este sobrevivió muchos años al nacimiento, y aún en el siglo XVII esta intervención era casi siempre fatal.

La lex regia de Numa Pompilio que fue dada en el siglo VIII antes de Cristo, ordenaba que se practicara la cesárea, a mujeres fallecidas en las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño y dar más hombres al Estado, esta ley fue luego convertida en la llamada "Lex caesárea".

Eastman divide la historia de la cesárea en cinco períodos. El primero va de los tiempos más remotos a principios del siglo VI, aquí la operación era practicada únicamente cuando la madre había muerto. Según crónicas se atribuye al Obispo Pablo de Mérida, en España el haber practicado la cesárea en el siglo XIII.

El segundo período va de 1500 a 1875, ya que se atribuye al castrador Jacob Nufes haber efectuado la operación en su mujer en el año de 1500, hecho poco probable ya que según los escritos la esposa de Jacob sobrevivió, y pudo tener dos niños más por partos normales. La cesárea fue recomendada efectuarla in vivo en 1581 por el autor Francois Rousset. En el año 1668 el obstetra francés Francois Mauriceau publicó un trabajo en el cual se hacía ver que la intervención fue realizada in vivo solo en casos raros y desesperados. Obiander en 1805 ideó, ejecutó y recomendó la operación cesárea baja o cervical, casi de igual manera que como se hace hoy día. En 1869 Storer efectuó la primera cesárea-histerectomía informada en los Estados Unidos.

El tercer período se inicia en el año 1876 cuando Porro aconsejó no solo practicar la incisión uterina sino también rese-
car gran parte del órgano. Esta operación es hecha en Francia
por Geniot, Fochier y Championere, quienes recomendaban las
ventajas de una rigurosa antisepsia.

En el año de 1882 comienza la verdadera historia de la ce-
sárea (cuarto período) cuando Max Sanger ayudante de Credé en
la clínica Leipzig, introdujo la sutura de la pared uterina, con hi-
lo de plata y puso al descubierto que la gran mortalidad por la
operación, en épocas pasadas era debida a hemorragias de la inci-
sión uterina.

El quinto período comienza cuando Franck describió una
nueva técnica quirúrgica que consistía en hacer una incisión trans-
versa en la pared abdominal anterior, varios centímetros arriba
de la sínfisis del pubis, en despegar el peritoneo de la cara poste-
rior de la vejiga, y de la cara anterior del segmento uterino infe-
rior, cuando se descubría se hacía una incisión transversal en el
útero en su segmento inferior, se extraía el feto con forceps, ex-
tracción manual de la placenta y sutura de la herida; con esta
técnica la operación es llamada cesárea extra peritoneal.

En el año de 1912 Kronig defendió que la ventaja princi-
pal de la técnica extra peritoneal estribaba no solo en evitar la
cavidad abdominal, sino en abrir el segmento inferior del útero,
y para conseguir esto este autor practicaba una incisión a través
del saco supravescical del peritoneo de un ligamento redondo a
otro, separaba el peritoneo y la vejiga del segmento inferior pa-
ra luego abrir el útero con una incisión media vertical extrayen-
do el feto con forceps, después suturaba la herida uterina y la en-
terraba bajo el peritoneo vesical, esta técnica con algunas modi-
ficaciones fue introducido en los EE.UU. por Beck. En el año
de 1926 Kerr modificó la tecnica, haciendo que la incisión uteri-

na fuera transversal, esta técnica es la más empleada en la actua-
lidad.

En Centro América la primera operación cesárea fue efec-
tuada en 1871 por el Dr. Eligio Baca, y treinta y cuatro años des-
pués en 1905 el Dr. Juan José Ortega, efectuó la primera cesá-
rea corpórea en el Hospital General San Juan de Dios, con éxi-
to total. Luego en 1919 el Dr. Lizardo Estrada realizó la segun-
da cesárea corpórea en Guatemala. En el Seguro Social Guate-
malteco la primera cesárea fue efectuada en 1953.

En síntesis la cesárea como podemos apreciar, es una de las
operaciones más antiguas y debido a que en los últimos setenta y
cinco años se han superado las dos complicaciones más temidas,
como lo son la infección y la hemorragia, por medio de antibió-
ticos, bancos y transfusiones de sangre, ha venido a ser en la ac-
tualidad, uno de los procedimientos quirúrgicos más inocuos.

INDICACIONES

A veces es necesario realizar una cesárea, por una serie de indicaciones asociadas, ninguna de las cuales justificaría la intervención, si se considerara aisladamente. De modo que cuando se dan varias "indicaciones parciales" puede haber mayor peligro del parto vía vaginal, y así las sumas de estas "indicaciones parciales" crean una indicación por el conjunto de ellas, por lo que no resulta apropiado formular indicaciones fijas.

INDICACIONES MATERNAS

- 1) Toxemia fulminante (pre-eclampsia progresiva o eclampsia que recurre después de control temporal)
- 2) Tumores pélvicos que obstruyen el canal del parto, o debilitan la pared uterina.
- 3) Ruptura uterina.
- 4) Muerte materna con feto vivo.
- 5) Problemas de partes blandas.
 - a) C.A de cérvix.
 - b) Anomalías congénitas
- 6) Operación cesárea previa, cuando persiste la indicación que motivó la primera cesárea, por ejemplo estrechez pélvica o bien cuando la operación fue de tipo corpóreo.
- 7) Inercia uterina, o trabajo de parto irregular o prolongado, no obstante la estimulación.

- 8) Pelvis asimétricas.
- 9) Estrechez pélvica, mayormente si está asociada a eclampsia, embarazo gemelar o tuberculosis de huesos pelvianos.
- 10) Aquellos casos en los cuales esté en peligro la vida de la madre por ejemplo problemas cardíacos maternos.
- 11) Enfermedades óseas pélvicas (raquitismo, osteomalacia, - fracturas con desplazamiento, tumores óseos)
- 12) Anormalidad de una extremidad inferior (equinovarus unilateral o parálisis de un miembro inferior, que provoca desigualdad en la transmisión de la fuerza a los lados de la pelvis.

INDICACIONES FETALES

- 1) Sufrimiento fetal (agudo y crónico)
- 2) Presentaciones anormales
 - a) de hombro.
 - b) de frente.
 - c) de cara.
- 3) Primigestas con presentación podálica en casos de estrechez pélvica o pelvis límite.
- 4) Situación transversa
- 5) Situación oblicua inmodificable.
- 6) Embarazo gemelar, cuando el primer feto está en posición

transversa, o cuando hay engatillamiento.

- 7) Isoinmunización. Representa un intento para prevenir una posible muerte fetal, lesiones por ictericia grave, máxime cuando hay historias previas de un feto con eritroblastosis, o títulos altos de anticuerpos en el embarazo actual, cuando hay pruebas de enfermedad fetal según análisis del líquido amniótico. La mayoría de autores aconsejan la cesárea a la 38 semana de gestación en estos casos.
- 8) Casos como: primigesta añosa con complicaciones. Antecedentes de numerosos embarazos previos, con ausencia de hijos vivos y embarazo post-maduro.
- 9) Diabetes mellitus: actualmente en el 25-50% de los casos con diabetes, ya que el parto precoz ayuda a reducir los índices de mortalidad intraparto y post-natal. Se aconseja practicar la cesárea a la 38 semana de gestación.

INDICACIONES POR ANEXOS FETALES

- 1) Desprendimiento prematuro de placenta.
- 2) Placenta previa.
 - a) Total.
 - b) Parcial, con hemorragia profusa que somete a riesgo la vida materna.
- 3) Anomalías uterinas:
 - a) útero doble. Cuando uno funciona como tumor previo
 - b) tumores uterinos. (Leiomiomas) que intervienen con la

contracción, o bien con el canal del parto.

- 4) Distocia del cuello (falta de dilatación)
- 5) Inminencia de ruptura uterina.
- 6) Anomalías de contracción que no responden a tratamiento.
- 7) Prolapso del cordón con sufrimiento fetal franco, cuando sobreviene al inicio del trabajo de parto, especialmente en primigrávidas y con dilatación parcial del cuello uterino.
- 8) Fístulas recto-vaginales reparadas.
- 9) Fístulas vésico-vaginales reparadas.

TECNICA QUIRURGICA

En la época actual ya no es necesario describir las variadas técnicas utilizadas en otro tiempo. Las cesáreas extraperitoneales ya no son justificadas, en estos tiempos la técnica más utilizada es la cesárea segmentaria transperitoneal, técnica que a continuación describimos:

Primero se prepara a la paciente, la cual es colocada en posición decúbito-dorsal, se hace asepsia, es colocada la sonda vesical y se procede a la colocación de campos operatorios.

INCISION DE LA PARED

La incisión de la pared abdominal puede ser mediana infraumbilical, o bien transversal o de Pfannestiel la cual se practica en el surco suprasinfisiario con trayectoria transversal arqueada; esto depende del Cirujano, ya que la incisión mediana tiene la ventaja de realizarse más rápidamente, sangra menos, por lo que la hemostasis no requiere un cuidado tan riguroso permitiendo ahorrar complicaciones como hematomas, y a la vez ofrece un campo operatorio mayor y fácilmente ampliable, como inconveniente tiene que la cicatriz es menos estética, circunstancia que puede tener valor al operar mujeres jóvenes. Así la elección de la incisión debe de hacerse de acuerdo al juicio del Cirujano. Luego se incide en el tejido celular subcutáneo, se ligan vasos sangrantes, se abre la vaina de los rectos anteriores y se separan los mismos, llegando hasta el peritoneo parietal, y por ende a la cavidad abdominal, procediendo a colocar el rodillo en esta, a fin de que las asas intestinales se replieguen y den un mejor y más amplio campo operatorio.

INCISION DEL PERITONEO UTERINO Y DESPRENDIMIENTO - VESICAL

La insición del peritoneo se hace por encima de la vejiga, habiendo reconocido el fondo del saco vesicouterino, se incide transversalmente, casi en la longitud de los ligamentos redondos, una vez hecho esto se separa por disección roma el peritoneo y la parte superoposterior de la vejiga urinaria, y la pared uterina, quedando dos colgajos correspondientes al peritoneo vesical y uterino respectivamente.

SECCION DEL SEGMENTO INFERIOR UTERINO

- 1) Incisión longitudinal (Krunig-opitz). Mediante un separador acodado se aparta y protege bien la vejiga, el Cirujano incide con el bisturí haciendo un ojal longitudinal arriba, en la línea media del segmento y luego con una tijera de ojal recta sigue cortando hacia abajo hasta tener una incisión razonable.
- 2) Incisión transversal (Kerr). Se practica una abertura arciforme de concavidad superior, levantando con pinzas de Allis un pliegue del segmento inferior, en la línea media y a unos cuatro centímetros por arriba de la vejiga, se hace un ojal con bisturí, introduciendo por este la tijera roma, con la cual se hace una sección transversal curva de más o menos doce centímetros. Muchas veces se puede hacer disección roma con los dedos. Se ha de procurar que los extremos de la insición queden orientados hacia arriba y a unos tres centímetros de las arterias uterinas. Se aspira la sangre y el líquido amniótico.

En la mayoría de los casos en esta la insición más aconsejable pues requiere separar mucho menos la vejiga, es más fácil

la extracción de la cabeza fetal, y es más probable que la extracción quede en su totalidad en el segmento inferior.

EXTRACCION FETAL

Se eliminan momentáneamente los separadores y la valva. Para extraer al niño en presentación cefálica y con una insición transversa se introduce una mano entre la cabeza y la sínfisis y se rota la cabeza ligeramente hacia atrás. Una tracción simple hacia arriba basta para desprender la cabeza por extensión, este procedimiento es facilitado por presión fúndica del ayudante, si la cabeza está muy profunda en el canal del parto, puede resultar muy ventajoso que un ayudante, provisto de un guante estéril la desplace hacia arriba empujándola a través de la vagina. En las presentaciones podálicas y en la situación transversa se hace la extracción por las nalgas, valiéndose de los pies, extrayendo la cabeza de último con una maniobra parecida a la de Mauriceau.

ALUMBRAMIENTO

Nacido el niño se extrae la placenta y las membranas manualmente, haciendo después una buena limpieza de la cavidad uterina. Después de la extracción de la placenta se usa oxitocina (5 U.I) o derivados del cornezuelo de centeno como ergonovina (0.2 a 0.4 mg.) por vía intravenosa o bien directamente en el útero. Se pinzan luego ambos labios en su parte media y los dos ángulos de la herida, con pinzas de Allis o bien de anillos.

SUTURA DE LA HERIDA:

SE vuelven a colocar los separadores y la valva para tener un mejor campo operatorio; el segmento es suturado en dos planos, el primero con puntos pasados continuos que toma todo el es-

pesor de los labios de la herida menos la mucosa uterina, el segundo plano es de puntos también pasados y continuos pero invaginantes de la sutura anterior, estos planos se hacen con catgut crómico 0 ó 1, también algunos Cirujanos prefieren usar hilo "Dexon" a base de ácido poliglicólico, luego se cierra el peritoneo vesicouterino con sutura continua de catgut simple 0.

CIERRA DE LA PARED ABDOMINAL

Se procede a extraer el rodillo que está en la cavidad abdominal, se quitan las valvas y separadores, se verifica si no hay alguna hemorragia o anomalía, también se revisa la parte posterior del útero.

La pared abdominal es suturada con la técnica habitual por planos, comenzando con el peritoneo parietal, con catgut simple 0, y puntos continuos; luego se sutura la fascia de los músculos rectos con hilo de algodón número 40 o bien 60 usando puntos separados, esta sutura debe de ser fuerte pues una mala técnica podría dar lugar a eventraciones post-operatorias, algunos prefieren usar en esta sutura catgut crómico siempre con puntos separados. En nuestros hospitales lo usual es usar hilo de algodón, con lo cual se han observado buenos resultados; el tejido celular subcutáneo es aproximado con puntos de algodón número 60 o 120, la piel es saturada con seda o bien hilo de algodón número 120.- Si la insición es transversal se pueden hacer puntos sub-cuticulares para poder dar más estética a la cicatriz de la piel, o bien puntos de McMillan. Luego se dejan apósitos mantenidos con cinta adhesiva los cuales cubrirán la herida operatoria, se hace expresión del útero para extraer coágulos intrauterinos por vía vaginal, se retira la sonda vesical colocada al inicio o bien se puede dejar las siguientes ocho a doce horas post-operatorias.

OPERACION CESAREA CLASICA

En la operación cesárea clásica o de Sanget se procede a efectuar una insición mediana infraumbilical (previa asepsia y antisepsia) insición que interesa piel, tejido celular subcutáneo, fascia anterior de los rectos y peritoneo parietal, se secciona el cuerpo uterino en la línea media, el feto suele extraerse por los pies, después se procede a la extracción manual de la placenta, la herida uterina se cierra con catgut crómico 0 en tres planos, utilizando algunos Cirujanos sutura continua y otros puntos separados. Luego se hace el cierre clásico por planos de la pared abdominal.

Esta técnica puede usarse cuando el tiempo es factor importante para la vida materno-fetal, también conviene cuando la indicación de la cesárea es por placenta previa anterior, porque evita seccionar el útero en el sitio de implantación placentaria también se puede usar cuando el feto está en posición transversa y cuando se hace cesárea-histerectomía por C.A de Cervix.

La cesárea clásica ofrece como desventajas mayor peligro de hemorragias, mayores molestias post-operatorias, la incidencia de peritonitis es más alta, las bridas post-operatorias que pueden causar obstrucción intestinal suceden más frecuentemente, y el peligro de ruptura uterina en gestaciones posteriores es mayor.

ANESTESIA

Para brindar anestesia a una paciente que va a ser sometida a operación cesárea, lo que primero debe hacerse es una valoración previa del anestesiólogo y el obstetra.

La mayoría de autores coinciden que para dar una anestesia general en la cesárea los fármacos de elección son el ciclopropano, el óxido nitroso y el oxígeno. El ciclopropano es un anestésico que no atraviesa la barrera placentaria, por lo tanto no puede producir ningún daño fetal, además es un estabilizador de los signos vitales, pues hace segregar catecolaminas, el óxido nitroso y el oxígeno son usados en una combinación de 50%, - el óxido nitroso es un analgésico que tampoco deprime la función fetal.

La experiencia del autor en el Hospital General "San Juan de Dios" en su práctica de externado en el Departamento de Obstetricia demuestra que casi un 100% de las cesáreas realizadas, son hechas con anestesia epidural, sin haber observado complicaciones con esta técnica; por otro lado en el Hospital Nacional - de Jutiapa la cesárea es realizada con anestesia raquídea, usando procaina al 10%, un total de 2 centímetros cúbicos lo cual es igual a 200 mgs. del fármaco, es mezclada con adrenalina al 1:1000, agregando un décimo de la ampolla, esto se hace con el fin de mantener estables los signos vitales, evitar la hipotensión y dar más tiempo de anestesia; la duración de la anestesia varía de 45 minutos a una hora.

Así en algunos centros la técnica de anestesia espinal es empleada del 50-98%, en tanto que en otros la anestesia general es la más usada, esto depende pues de la experiencia del anestesiólogo y del cirujano en conjunto.

PRE Y POST OPERATORIO

PRE OPERATORIO: los sedantes tipo morfina, meperidina, es preferible no utilizarlas como pre-anestésicos, pues provocan depresión respiratoria fetal.

Se administra atropina 0.5 mgs. intramuscular media hora antes de la operación, con el objeto de reducir las secreciones del tracto respiratorio.

De ser posible tener vacío el estómago de la paciente, suspendiendo la ingestión oral doce horas antes de la operación.

Se deben tener exámenes como: hemoglobina, hematocrito, orina, grupo sanguíneo y RH. Al entrar a la sala de operaciones la paciente debe de ir con alguna vena canalizada.

POST OPERATORIO: si la operación se realizó con anestesia raquídea. Se debe dejar a la paciente sin almohada y en reposo - por lo menos 6 horas, Para reducir al mínimo la cefalea post-anestesia.

El dolor post operatorio se combate con analgésicos. Si son necesarios los líquidos intravenosos, se debe de llevar un control de ingesta y excreta. Si hubo mucha pérdida sanguínea en el acto operatorio se deben de usar transfusiones.

El primer día post operatorio debe movilizarse a la paciente, o bien sentarla en la cama. La alimentación el primer día, si no hay contraindicación, debe de ser líquida, el segundo día pasar a dieta blanda y luego a libre. La herida operatoria se descubre a las 24 horas, y todos los días debe de ser evaluada practicando una rigurosa asepsia, con soluciones de dakin, hibitane,

zephiran o bien agua oxigenada, luego se vuelve a cubrir con gasas estériles.

Respecto al uso profiláctico de antibióticos en la cesárea - hay artículos que respaldan este procedimiento, pero creo que los antibióticos deben de usarse solamente cuando ya esté instalada la infección.

COMPLICACIONES Y PRONOSTICO

COMPLICACIONES: Las complicaciones más frecuentes son:

- 1) Infección de la pared abdominal con dehiscencia de la herida operatoria, pudiendo llegar ésta hasta la cavidad abdominal con eventración del contenido de la misma.
- 2) Hemorragia de la mucosa de la vejiga, que se manifiesta por hematuria, atonia vesical, o bien si hubo ruptura vesical y mala reparación de ésta, puede formarse una fístula vesico-cutánea o vesico-uterina.
- 3) Dehiscencia de la sutura uterina, endometritis post cesárea y hemorragias debidas a restos placentarios que quedaron en la cavidad uterina.
- 4) Ileo paralítico por manipuleo de las asas intestinales o bien torción de las mismas, que daría un cuadro de obstrucción intestinal.
- 5) Infección urinaria debido a la colocación de la sonda vesical.
- 6) Sección de una o de ambas arterias uterinas.
- 7) Sección de uno o de ambos uréteres.

PRONOSTICO: Actualmente la cesárea presenta uno de los mejores pronósticos dentro de la cirugía obstétrica, siempre que sea practicada por cirujanos competentes. Las series más grandes informan una mortalidad de 0.2%, así Davis manifiesta que la mortalidad en 1,962 cesáreas practicadas en el Chicago Lyinig-in

Hospital fue de 0.1%.

El pronóstico es bueno pero puede variar, debido a las indicaciones que motivaron la cesárea, como por ejemplo: Eclampsia, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta aumentarían la morbilidad materno-fetal; también influirían factores como la técnica quirúrgica efectuada, la ruptura o integridad de las membranas asociada al número de tactos, estado de la madre y la madurez fetal.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL HUMANO:

- 1) Dr. Hugo Silva Paniagua.
- 2) Dr. Arturo Wong Galdámez.
- 3) Personal del archivo del Hospital Nacional de Jutiapa.
- 4) Personal de la sala de operaciones del Hospital Nacional de Jutiapa.
- 5) Personal de la sala de labor y partos del Hospital Nacional de Jutiapa.

MATERIAL ESTADISTICO:

- 1) Todas las papeletas de las pacientes sometidas a operación cesárea durante los años de 1976-1977.
- 2) Libro de la sala de operaciones.
- 3) Libro de la sala de labor y partos.
- 4) Material bibliográfico.
- 5) Hojas de tabulación, para investigar los objetivos propuestos.
- 6) Hojas, papel, lápiz etc.
- 7) Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos.

METODO:

El método que se siguió fue la revisión de papeletas, extrayendo de estas todos los datos a investigar. Es decir el método utilizado fue el estadístico, siguiendo los pasos del método científico.

OBJETIVOS

GENERALES:

El objetivo general que persigue esta investigación es dar a conocer las principales indicaciones de operación cesárea en el Hospital Nacional de Jutiapa, haciendo una revisión de cada una de las papeletas, de las pacientes sometidas a esta intervención quirúrgica, en un período de dos años, 1976-1977.

ESPECIFICOS:

1. Conocer el número total de cesáreas, efectuadas en un período de dos años, 1976, 1977 en el Hospital Nacional de Jutiapa.
2. Conocer el índice de partos cesáreas en el hospital Nacional de Jutiapa.
3. Investigar el grado de alfabetización de las pacientes sometidas a esta operación.
4. Saber la ocupación más frecuente de las pacientes del estudio.
5. Conocer los antecedentes obstétricos de las pacientes investigadas.
6. Saber las complicaciones que sufrieron las pacientes sometidas a operación cesárea en los años 1976, 1977.
7. Tener un número promedio de días estancia, de las pacientes investigadas.
8. Conocer el sexo y peso promedio de los niños nacidos por operación cesárea.
9. Conocer que tipo de anestesia fue la más usada en estas operaciones.
10. Investigar el índice de mortalidad materno-fetal ocurrido en el período investigado.

PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación se dan a conocer todos los parámetros extraídos de los registros clínicos, de las pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Nacional de Jutiapa, durante los años 1976-1977.

PORCENTAJE DE CESAREAS EN RELACION A PARTOS		
No. Total de Partos	No. Total de Cesáreas	Porcentaje
3761	112	2.97%

EDAD

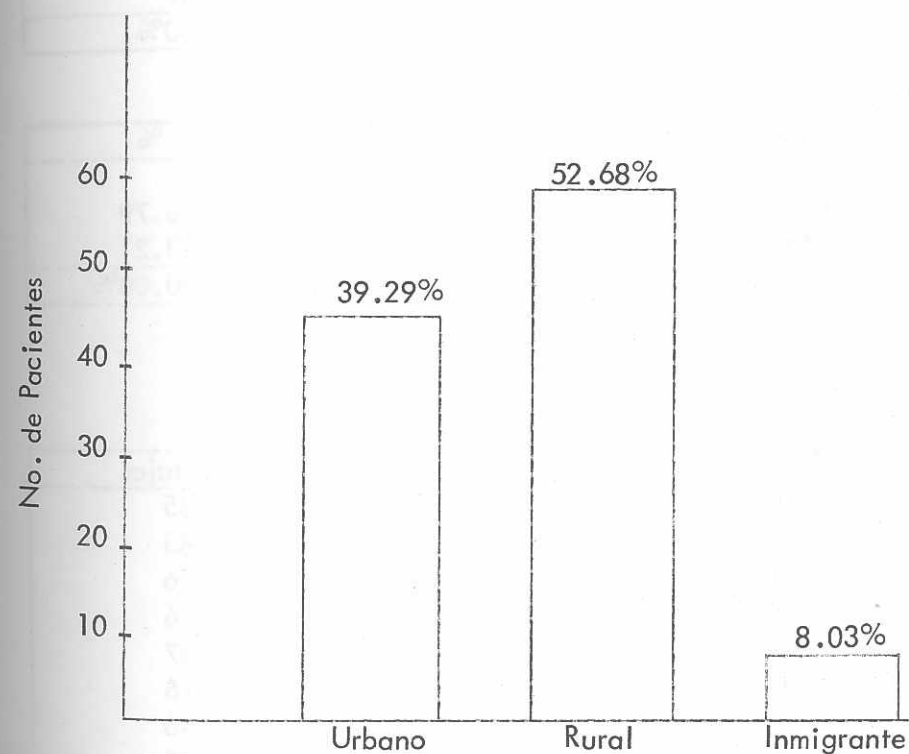
Grupos Etáreos	Número de Casos	Porcentaje
15 - 19	25	22.33
20 - 24	31	27.67
25 - 29	25	22.33
30 - 34	14	12.50
35 - 39	10	8.92
40 - 44	7	6.25
Total	112	100.00%

Observaciones:

El promedio de edad de las pacientes sometidas a cesárea en el período de estudio fue de 26 años.

PROCEDENCIA

Procedencia	No. Casos	%
Urbano	44	39.29
Rural	59	52.68
Inmigrante	9	8.03
Total	112	100.00



Observaciones:

Como inmigrantes se comprende a todas las pacientes que proceden de regiones fuera del área de Jutiapa.

OCUPACION Y GRADO DE ALFABETIZACION

Ocupación	No. Casos	Porcentaje
Of. Domésticos	103	91.96
Maestras	7	6.26
Oficinista	1	0.89
Enfermera	1	0.89
Total 112		100.00%

Grado de Alfabetización	No. Casos	%
Analfabetas	86	76.79
Alfabetas	26	23.21
Total	112	100.00%

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

GESTAS:

No. Gestas	No. Pacientes	Porcentajes
1	48	42.85
2	23	20.83
3	8	7.16
4	5	4.46
5	3	2.67
6	8	7.16
7	5	4.46
8	1	0.89
9	4	3.57
10 y más	7	6.25
Total 112		100.00%

Observaciones:

El cuadro anterior expone el número de pacientes estudiadas, en relación a las gestas que han tenido. En este fue incluida la gesta que terminó en cesárea.

PARAS:

No. Paras	No. Pacientes	Porcentajes
0	57	59.89
1	16	14.28
2	7	6.26
3	4	3.57
4	6	5.37
5	8	7.14
6	2	1.78
7	6	5.37
8	3	2.67
9	0	0
10 y más	3	2.67
Total 112		100.00%

Observación:

El cuadro anterior, no incluye el parto realizado por cesárea en el período de estudio.

ABORTOS:

No. Abortos	No. Pacientes	Porcentajes
0	92	82.14
1	14	12.50
2	3	2.68
3	2	1.79
4	1	0.89
Total 112		100.00%

CESAREAS PREVIAS:

No. Cesáreas	No. Pacientes	Porcentajes
0	106	94.64
1	5	4.47
2	0	0.00
3	0	0.00
4	1	0.89
Total 112		100.00%

Observaciones:

Es de hacer notar el caso de la paciente que presentaba 4 cesáreas previas, por placenta previa, y a la cual se le practicó ligadura de trompas.

INDICACIONES DE LAS CESAREAS EFECTUADAS EN EL PERIODO INVESTIGADO

En una buena cantidad de los registros clínicos investigados aparecen dos o más razones para efectuar la cesárea; por lo cual para el presente listado se tomó únicamente la indicación principal.

Indicación Principal	No. Casos	Porcentaje
1) Estrechez Pélvica	23	20.55
2) Desproporción céfalo-pélvica	22	19.65
3) Feto en transversa	16	14.28
4) Sufrimiento fetal agudo	15	13.39
5) Placenta previa	14	12.51
6) Primigesta en podálica	7	6.26
7) Cesárea anterior	6	5.35
8) Pre-eclampsia	2	1.78
9) Feto en posterior	2	1.78
10) Eclampsia	1	0.89
11) Feto post-maduro y fallo de inducción.	1	0.89
12) Presentación de Hombro	1	0.89
13) Procedencia de cordón	1	0.89
14) Doble circular al cuello	1	0.89
Total 112		100.00%

COMPLICACIONES:

Comp. Intra-Operatorias	No. Casos	Porcentajes
Shock Hipovolemico	2	1.78
Rasgadura segmento Ut.	2	1.78
Hipotensión	1	0.89
Sin complicaciones	107	95.55
Total	112	100.00%

Observaciones:

El caso de Hipotensión fue atribuido a la anestesia raquídea.

Comp. Post-Operatorias	No. Casos	Porcentajes
Infección Urinaria	5	4.47
Endometris Post-cesárea	4	3.58
Infección herida operatoria	3	2.68
Gastroenterocolitis	1	0.89
Anemia	1	0.89
Obstrucción intestinal	1	0.89
Sin complicaciones	97	86.60
Total	112	100.00%

Observaciones:

Los casos de infección urinaria fueron atribuidos al uso de sonda vesical, mientras que el caso de obstrucción intestinal se atribuyó a manipuleo de asas intestinales.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION:

Días	No. Pacientes	Porcentajes
1-8	93	83.03
8-12	11	9.84
13-17	5	4.46
18 y más	3	2.67
Total	112	100.00%

Observaciones:

El promedio de días estancia de las pacientes investigadas fue de: 8.50

OPERACIONES REALIZADAS CONJUNTAMENTE CON LA CESAREA

Operación	No. Casos	Porcentajes
Ligadura de trompas	5	4.47
Apendicectomía profiláctica	2	1.78
Sin Operación asociada	105	93.75
Total	112	100.00%

Observaciones:

Las pacientes sometidas a ligadura de trompas, todas eran - multiparas de más de 5 paras.

DATOS DEL PRODUCTO

Sexo	No. Casos	Porcentajes
Masculino	66	58.93
Femenino	46	41.07
Total	112	100.00%

El peso promedio de los niños nacidos por cesárea en el período investigado fue de 7.21 libras.

La mortalidad materna fue reportada en un caso o sea 0.89 %.

La mortalidad fetal fue reportada en 3 casos lo que hace un 2.67%.

La anestesia usada en el 100% de las operaciones fue el bloqueo raquídeo.

CONCLUSIONES:

1. La principal indicación de operación cesárea en el Hospital Nacional de Jutiapa fue la estrechez pélvica.
2. El número total de cesáreas realizadas en el período de estudio fue de 112, dando un índice de partos-cesáreas de 2.97%.
3. La procedencia de la pacientes sometidas a cesáreas es en su mayoría rural. (52.68%)
4. El 91.96% del total de pacientes se dedican a oficios domésticos.
5. El grado de alfabetización de las pacientes del estudio reporta un 76.79% de analfabetismo.
6. El grupo etáreo que con más frecuencia es sometido a esta intervención quirúrgica, es el comprendido entre los 20 y 24 años (27.67%).
7. Dentro de los antecedentes obstétricos del grupo estudiado la mayoría (42.85%) fueron primigestas.
8. Del total de pacientes investigadas el 59.89% eran nulíparas.
9. La mayoría de pacientes (82.14%) no habían presentado ningún aborto.
10. El 94.64% del total de grupo, no habían sido sometidas nunca a la operación cesárea.

11. De las complicaciones sufridas en las pacientes, la más frecuente fue la infección urinaria (4.47%)
12. El promedio de estancia de las pacientes estudiadas, fue de 8.50 días.
13. El 58.93% de los productos de cesárea fueron de sexo masculino, y el 41.07% del sexo femenino.
14. El peso promedio de niños nacidos por cesárea fue de 7.21 libras.
15. La mortalidad materna por cesárea fue de 0.89%.
16. La mortalidad de los productos de las cesáreas efectuadas - fue de 2.67%.
17. La anestesia usada en el 100% de los casos fue la raquídea.

RECOMENDACIONES

1. Que se trate de instalar un banco de sangre, el cual sea funcional, y pueda hacerse uso de él a cualquier hora del día.
2. Que las pacientes entren a la sala de operaciones con los exámenes mínimos de laboratorio, como por ejemplo: Hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y RH.
3. Que se trate de llevar un mejor control prenatal, a nivel de puestos y centros de salud, pues la mayoría de pacientes llegan al hospital con trabajo de parto activo y con pocos o ningún control prenatal.
4. Que se lleve una mejor anotación en los registros clínicos, acerca de indicaciones, anestesia, evolución y tratamiento de las pacientes, con el fin de facilitar estudios posteriores sobre el tema.

BIBLIOGRAFIA

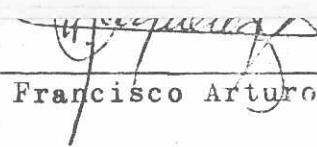
- 1) Alarcón Ernesto.
La operación cesárea en el Hospital Roosevelt. 1958.
Tesis de graduación.
- 2) Díaz, Fernando
Operación cesárea Abdominal. 1927
Tesis de Graduación.
- 3) González, Armando
La operación cesárea en el Centro Materno Infantil de Guatemala 1955. Tesis de graduación.
- 4) Operación cesárea y Eclampsia
Canillas U.
Ginecología y Obstetricia, México 36 (215)
p.p. (75-88) Sep. 1974.
- 5) Antibióticos profilácticos en Cesárea
B. R. Medical Journal
2: 675-6. Junio 1973.
- 6) Sufrimiento Fetal y Operación Cesárea
López Cabal
Ginecología-Obstetricia, México 30: 77-93
Julio 1971.
- 7) Cesarean Section And Genital Herpes
(Letter) Chang T.W.
Journal Medical
296 (10) Marzo 1977.

- 8) Operación Cesárea en pacientes con infección amniótica.
Ruiz Velazco
Ginecología-Obstetricia. México
30: 77-93 Julio 1971.
- 9) La operación cesárea
Ruiz Velazco, Víctor
Ginecol-obstetricia. México.
162-183, 1971
- 10) Frequency and Currents indications of Cesarean Section -
Study 4,000 cases.
Ginecol-obstetricia Mex.
Vol 25 p.p. 267-82 marzo 1969.
- 11) Adrian. Jdin.
Analgesia y Anestesia en Histerectomía Cesárea
Clínicas obstétricas y Ginecológicas
Sep. 1969 pp. 590-617
- 12) Gren Hill J. P.
Principios y práctica de obstetricia de Delee
2o. ed. Mex. Uthea pp. 1955-1958
- 13) Hingson, Robert
Complicaciones Médicas, Quirúrgicas y Ginecológicas en
el embarazo.
2a. Edición México. Edit. Interamericano.
- 14) Archivos Clínicos de Registros Médicos del Hospital Nacional de Jutiapa.
- 15) Benson, Ralph.
Manual de Ginecología y Obstetricia

2a. edición, México. Editorial Manual Moderno. 1969

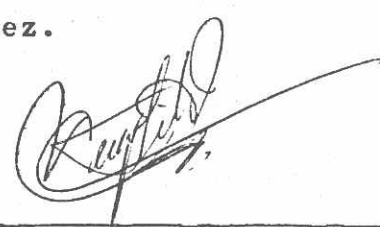
- 16) British Surgical Practice
Sir Ernest Roc Carling and J. Paterson Ross
Vol 3. p.p. 1-10
London Butterworth and co.

- 17) Williams.
Tratado de Obstetricia.
1era. edición. 1973.
Edit Salvat. pp. 1007 - 1019.

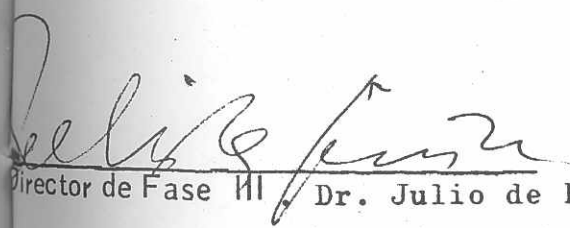

Br. Francisco Arturo Figueroa Arriola

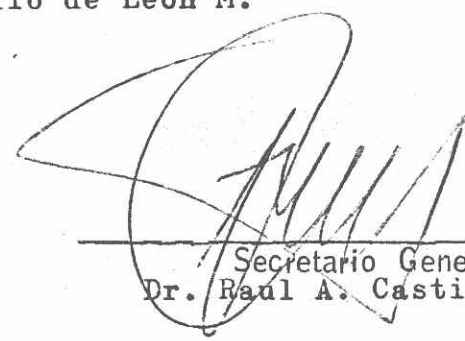

Asesor. DR. Arturo Wong Galdamez.

Dr. Arturo Wong Galdamez
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 719


Revisor. Dr. Hugo S

Dr. HUGO SILVA FANTIACHIA
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 1944


Director de Fase III Dr. Julio de Leon M.


Secretario General
Dr. Raul A. Castillo

Vo.Bo.


Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo.