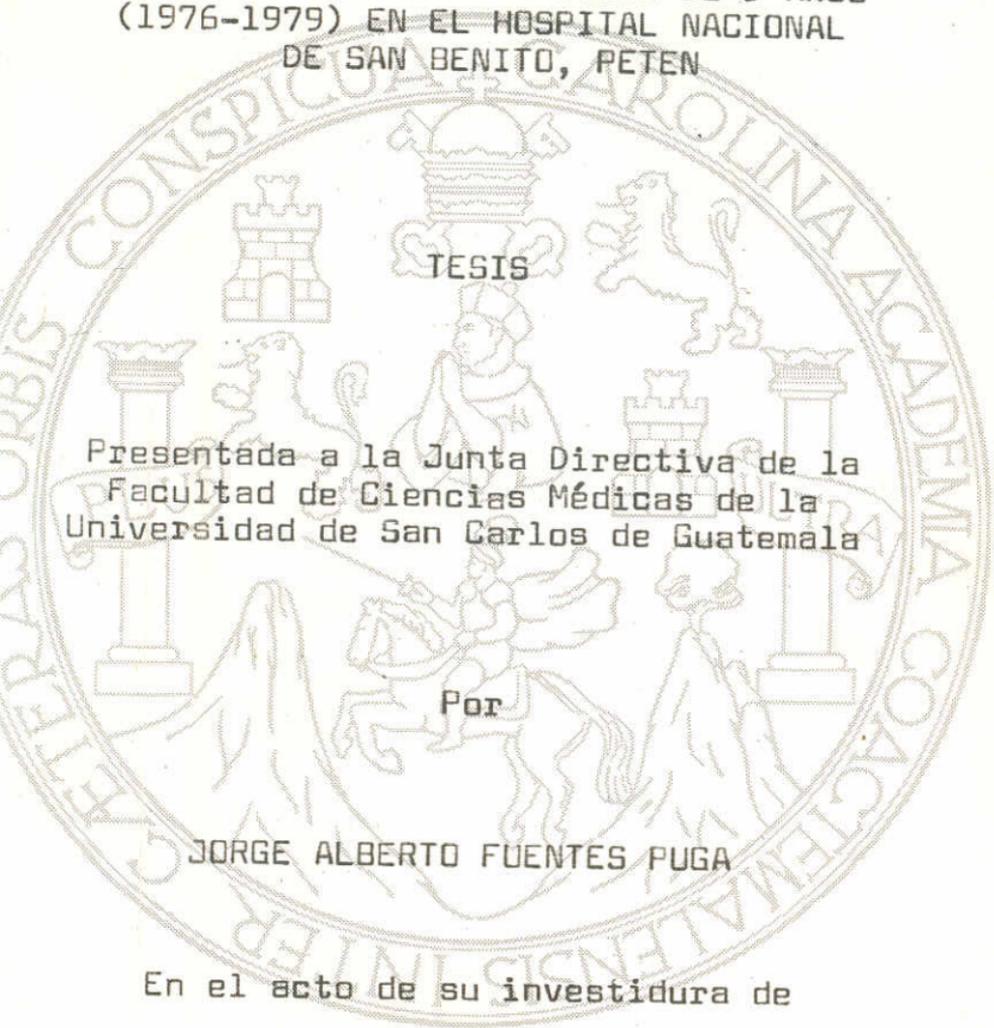


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

OPERACION CESAREA. REVISION DE 3 AÑOS
(1976-1979) EN EL HOSPITAL NACIONAL
DE SAN BENITO, PETEN

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a seated man in a crown, surrounded by various heraldic symbols including a castle, a lion, and a shield. The text 'UNIVERSITAS CAROLINA AC ACADEMIA COACTEMALENSIS' is inscribed around the perimeter of the seal.

TESIS

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

Por

JORGE ALBERTO FUENTES PUGA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. ANTECEDENTES
3. HIPOTESIS
4. OBJETIVOS
5. MATERIAL Y METODO
6. DEFINICION DE TERMINOS
7. HISTORIA
8. INDICACIONES
9. TECNICA QUIRURGICA
10. ANESTESIA
11. PRE Y POST-OPERATORIO
12. PRONOSTICO Y COMPLICACIONES
13. PRESENTACION DE RESULTADOS
14. DISCUSION
15. CONCLUSIONES
16. RECOMENDACIONES
17. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La Cesárea de emergencia puede constituir un recurso salvador para la madre y el niño. Técnicamente el nacimiento operatorio del niño es conveniente lograrlo dentro de un lapso de 5 a 10 minutos. Desde luego que esto no siempre es posible, aunque obtenerlo pueda ser vital; en tales circunstancias, el acto quirúrgico debe ser una mezcla exitosa de velocidad y seguridad.

El presente trabajo pretende hacer un estudio acerca de la edad, paridad, indicaciones y complicaciones de las pacientes sometidas a ésta operación; tipos de anestesia utilizada, promedio de días estancia, y peso de los productos obtenidos de las mismas en el Hospital Nacional de San Benito, Petén, durante el período comprendido de Febrero de 1976 a Febrero de 1979.

Asímismo persigue investigar si la o las razones por las que se sometieron a las pacientes a éste acto quirúrgico son justificadas o no, según la literatura actual sobre éste tema. Para ello durante el análisis de este estudio se hará la comparación con los resultados de otros trabajos similares.

ANTECEDENTE

La cesárea es uno de los caminos escogidos para la resolución de muchos problemas obstétricos, y ocupa en la actualidad un lugar no discutible en el manejo de pacientes obstétricas.

Asociada a los adelantos y perfeccionamiento de la técnicas quirúrgicas, antibioticoterapia, modernos anestésicos y técnicas de asepsia, las altas tasas de Mortalidad Materno-Fetales que en épocas pasadas se derivaban de la práctica de la Operación Cesárea, han sido reducidas al mínimo (3).

Este es el primer trabajo que se efectúa sobre éste tema y en éste campo, en el Departamento del Petén y por ende en el Hospital Nacional de San Benito.

HIPOTESIS

1. La indicación más frecuente de cesárea en el Hospital Nacional de San Benito, Petén, es desproporción céfalo-pélvica.
2. Los métodos y técnicas empleadas en el Hospital Nacional de San Benito para efectuar cesáreas no son adecuados.

OBJETIVOS

GENERAL:

Investigar la principal causa por la que se somete a operación cesárea a las pacientes en el Hospital Nacional de San Benito, Petén.

ESPECIFICOS:

1. Conocer la indicación más frecuente de cesárea en el Hospital mencionado.
2. Conocer el grupo etáreo sometido con más frecuencia a esta operación.
3. Conocer el número total de cesáreas efectuadas en el Hospital en el período estudiado.
4. Conocer el número total de partos atendidos en dicho período.
5. Conocer el índice parto/cesárea.
6. Conocer la paridad de cada paciente sometida al estudio.
7. Tener un promedio de días-estancia en el Hospital post-cesárea.
8. Conocer el tipo de anestesia usado con más frecuencia
9. Conocer el peso(promedio) de los productos obtenidos.
10. Saber el índice de mortalidad materna.
11. Saber el índice de mortalidad fetal.

MATERIAL Y METODO

MATERIAL:

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se contará con el siguiente material:

a) Humano:

1. Dr. José Estrada C. (Asesor)
2. Dr. Rolando Torres (Revisor)
3. Personal del Departamento de Estadística del Hospital Nacional de San Benito Petén.
4. Personal de Sala de Operaciones del mismo Hospital.
5. Personal de Sala de Labor y Partos.

b) No humano:

1. Fichas del archivo del Hospital Nacional de San Benito, Petén.
2. Papeletas de cada una de las pacientes a estudiar.
3. Fichas de recolección de datos.
4. Libro de sala de operaciones.
5. Libro de sala de partos.
6. Papel y lápiz.
7. Tiempo: 3 meses.

METODO:

Para la elaboración del presente trabajo se hará una revisión de cada una de las papeletas de las pacientes sometidas a estudio, y se aplicará a los datos los pasos del método científico.

DEFINICION DE TERMINOS

1. CESAREA: Parto de un feto a través de incisiones 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 extra-uterino. (7)
2. NIÑO NACIDO VIVO: Expulsión completa o la extracción del producto de la concepción de la madre, sin consideración de la edad del embarazo, que después de esa separación respira o muestra cualquiera otra evidencia de vida, como latidos del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimientos definidos de los músculos voluntarios, haya sido o no cortado el cordón umbilical y la placenta esté adherida. (4)
3. NIÑO DE TERMINO: Niño que nace entre las 38 y 42 semanas completas de gestación. (4)
4. NIÑO POST-MADURO: Niño nacido con un período gestacional de más de 42 semanas de gestación completadas. (4)
5. PERIODO GESTACIONAL: Número completo de semanas de embarazo, calculado desde el primer día de la última regla hasta la fecha del parto. Desde que la concepción ocurre aproximadamente 2 semanas después del primer día del último período menstrual, un momento raramente conocido, la definición incluye esas dos semanas. (4)
6. NEONATO DE EXCESIVO VOLUMEN: Recién nacido que pesa más de 4,500 gramos. (4)
7. MUERTE FETAL: Muerte del producto de la concepción antes de su expulsión completa (mortinato)

sin consideración de la duración del embarazo.
(4)

8. GRAVIDA: Número de veces que la paciente ha estado embarazada. (4)
9. PARIDAD: Número de hijos vivos o muertos que ha tenido la mujer excluyendo los abortos. (4)

HISTORIA

La operación cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas de las que se tiene conocimiento. A pesar de esto no es sabido a ciencia cierta cuándo fue realizada por primera vez. Algunos historiadores se atreven a hacer referencias de personajes que nacieron por ésta vía; así vemos que Plinio indica que Escipión el Africano (vencedor de Aníbal), Marcio y Julio César nacieron así. Respecto a Julio César, Plinio añade que fue por esta circunstancia de donde surgió el sobrenombre de cesárea, razón por la cual los romanos daban el nombre de Cesones a los individuos venidos al mundo por esta operación. (1)

Se tienen citas de que la primera cesárea efectuada en una mujer viva fue realizada en el año de 1,500 por Jacob Nuffer, de origen alemán, quien operó a su esposa después de haber sido desahuciada; este dato también es de ponerlo en duda, ya que las mismas citas refieren que no sólo logró que su mujer sobreviviera (lo cual de por sí era un milagro), sino que, además, la mujer pudo dar a luz dos niños más por partos normales, en un tiempo en que se desconocía la sutura de la herida uterina producida por la cesárea. (1,2)

Fué hasta mediados del siglo XVII en que aparecen trabajos clásicos del obstetra Francois Mauriceau, haciendo referencias, que la intervención era realizada in vivo sólo en casos raros y desesperados con pronóstico por lo general mortal.

La mortalidad materna permaneció alta (100%) hasta el año 1,876, en que ésta operación es realizada en Francia con gran éxito por Geniot, Fochier y Championere; éstos dos últimos advirtieron con razón que el éxito de la nueva operación es debida a la práctica de una buena asepsia, ya que hasta esta

fecha habían tomado tales medidas siendo por ende la primera en realizarse con esta precaución. (1)

Fué en el año de 1,882, cuando Max Sänger, ayudante de Credé, introdujo una nueva técnica de sutura del útero: (3) Se secciona el músculo uterino verticalmente encima del anillo de Bandl, allí donde el peritoneo se adhiere más íntimamente a la pared uterina, aplicando después de la extracción del feto y la placenta, una doble sutura del útero; la primera con hilos de plata, pero sin interesar la mucosa uterina, la segunda sero-serosa, previa resección de los labios de la herida para asegurar un mejor afrontamiento; esta segunda sutura era practicada con hilo de seda. Con el empleo de ésta técnica se obtuvieron muy buenos resultados, pero poco después fué simplificada por su mismo autor. (1)

Las técnicas fueron mejorando con el tiempo, disminuyendo en esta forma la mortalidad materna. La primera intervención extraperitoneal fué descrita por Frank en 1,907; la ventaja principal de esta técnica estribó no tanto en evitar por completo la cavidad peritoneal, sino mas bien en abrir el útero a través de su delgado segmento inferior y en cubrir después la incisión con peritoneo. Una modificación de particular importancia fué introducida por Kerr en el año de 1,926; Kerr prefería que la incisión uterina fuera transversal en lugar de longitudinal, siendo ésta la técnica que más se usa en la actualidad.

En Centro América el primero en realizar la Operación Cesárea fue el Dr. Elogio Baca, Cirujano guatemalteco, en el mes de Diciembre de 1,871. Fue hasta el mes de Septiembre de 1,905 que el Dr. Juan José Ortega, en el Hospital General San Juan de Dios, realizó nuevamente esta operación obteniendo un éxito completo. En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social la primera cesárea se efectuó en 1,953. (2)

Este procedimiento que en épocas pasadas era de pronóstico fatal, pasa en la actualidad a ser uno de los más inocuos, gracias a la innovación de nuevas técnicas quirúrgicas, así como al empleo oportuno de antibióticos modernos y transfusiones sanguíneas, evitando de esta forma dos de las complicaciones más frecuentes, como son las infecciones post-operatorias y las hemorragias profusas llegando a producir shock o anemias severas.

INDICACIONES

Las indicaciones para la operación cesárea se clasifican como de orden fetal y materno; además hay situaciones circunstanciales o no recurrentes (por ejemplo ruptura uterina); o absolutas o recurrentes (estrechez pélvica acentada). (4)

1. INDICACIONES FETALES:

- a. A menudo está indicada por sufrimiento fetal, estando la hipoxia en relación con una compresión de cordón, desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia placentaria, etcétera.
- b. Diabetes: la cesárea temprana, ha reducido la alta incidencia de decesos fetales intra parto y post-parto.
- c. Isoinmunización: aquí la operación puede evitar el daño irreparable al niño por el icterus gravis o el hidrops fetalis en la madre Rh sensibilizada, cuando la inducción no ha tenido éxito.
- d. Prolapso de cordón en la etapa precoz del parto, especialmente en primíparas.
- e. Alto valor social del niño, por ejemplo, primigrávida añosa con complicaciones, muerte fetal reiterada, etcétera.
- f. Herpes vulvar o vaginal grave complicando el parto. (9)

2. INDICACIONES MATERNAS:

- a. Desproporción fetopélvica (la indicación --

más común de cesárea).

- b. Debilidad de la pared uterina por cicatriz después de una miomectomía, o por cesárea previa, o por haber ocurrido una dehiscencia anterior en el sitio de una cicatriz preexistente, parcial o completa.
- c. La placenta previa que cubre más del 30% del orificio interno del cuello.
- d. Abruptio Placentae con hemorragia grave.
- e. Inercia uterina primaria, o anarquía de la dinámica, a pesar de la estimulación.
- f. Ruptura uterina: verdadera emergencia abdominal.
- g. Obstrucción pelviana por tumores.
- h. Presentación anormal (transversa, hombros, cara en posterior).
- i. Eclampsia fulminante (10)
- j. Complicaciones maternas como fístula vesicovaginal, carcinoma invasor de cuello, etcétera.

TECNICA QUIRURGICA

En la época actual la técnica usada es la cesárea segmentaria transperitoneal, siendo hasta la fecha la más inocua; la cesárea extraperitoneal en la actualidad no tiene justificación, y la cesárea cor-pórea o clásica se reserva para casos muy especiales. A continuación describimos la técnica más usada (segmentaria transperitoneal), que es la que se practica en el Hospital Nacional de San Benito, Petén.

La preparación de la paciente exige recurrir a algunos sedantes (evitando morfina y barbitúricos); se afeita el monte de venus, y luego hay que evacuar la vejiga con una sonda intravesical, evitando así un posible traumatismo durante el acto operatorio. (3).

Incisión de la Pared:

Las incisiones que se pueden practicar son de dos tipos: la mediana infra-umbilical, y la Transversal o de Pfannestiel.

MEDIANA INFRA-UMBILICAL

Luego de realizar asepsia rigurosa, se efectúa una incisión abdominal de 12 a 15 cms. de longitud, interesando piel y celular subcutáneo; esta incisión se extiende inmediatamente debajo del ombligo hasta por encima del pubis. Se ligan únicamente los vasos más importantes a fin de no perder tiempo y liberar al feto del efecto de la anestesia lo antes posible. Se hace un ojal en la aponeurosis de los músculos rectos anteriores, colocando pinzas de Kelly en los bordes y se procede a abrir con tijeras de disección; para abrir el peritoneo se realiza un ojal con bisturí en el punto superior de la incisión, luego con tijeras se abre en forma vertical, teniendo cuidado de no lesionar la vejiga.

INCISION TRANSVERSAL O DE
PFANNESTIEL

La incisión se practica en el surco suprasinfisario siguiendo una trayectoria arqueada. La hemostasia debe realizarse cuidadosamente ya que se seccionan muchos vasos. La abertura de la aponeurosis se hará también transversalmente, después de la cual se separará de los músculos rectos y piramidales disecando en forma roma hacia arriba y hacia abajo; en cambio, la línea alba, que se hallará en el centro del campo operatorio, se seccionará con tijeras en dirección al ombligo y al pubis. La apertura del peritoneo se realiza en la misma forma que para la incisión longitudinal.

Una vez en la cavidad abdominal, (con cualquiera de las dos incisiones), se colocan en los bordes compresas de gasa, y para una mejor exposición del campo operatorio se colocan un separador de Balfour y una valva suprapúbica. Se introduce un rodillo o compresas aisladoras evitando así contaminar los órganos abdominales con líquido amniótico, sangre, meconio, etcétera.

Procedemos a incidir el peritoneo uterino y desprender la vejiga, para lo cual reconocemos el fondo de saco vesico-uterino, y hacemos un ojal un centímetro más arriba y por él seccionamos transversalmente unos 12 cms. Luego efectuamos disección roma del mismo; en el colgajo inferior se aplica la valva suprapúbica protegiendo así la vejiga urinaria.

Se secciona el músculo uterino a nivel del segmento inferior con incisión transversal (Munro Kerr); se efectúa un ojal con bisturí unos 4 cms. por encima de la vejiga, se introducen ambos dedos índices y se separan las fibras por devulsión; se retira la

valva y el ayudante con aspirador eléctrico aspira líquido amniótico, meconio, sangre, etcétera.

Antes de proceder a la extracción del feto, se retiran los separadores evitando así la obstrucción. Para extraer al niño se introduce la mano entre el pubis y la cabeza, se lleva el occipital hacia adelante y se extrae la cabeza por deflexión. En las presentaciones podálicas y en la situación transversa se hace la extracción por las nalgas, valiéndose de los pies, extrayendo la cabeza última por una maniobra parecida a la de Mauriceau. Se inyecta en este momento oxitocina (5 U.I.) o derivados del cornezuelo del centeno, disminuyendo de esta manera la hemorragia y acelerando el alumbramiento.

El alumbramiento se realiza traccionando el cordón y presionando el fondo del útero; de fracasar esta maniobra, se efectúa el alumbramiento manual. Hay que cerciorarse que tanto los cotiledones como las membranas salgan completas.

Se colocan pinzas de anillos a los bordes de la herida, y se vuelven a colocar los separadores para tener mejor campo. El segmento se sutura en dos planos con catgut crómico Cero o Uno. El primero con sutura continua y comprende el espesor de ambos labios musculares de la herida con excepción de la mucosa. El segundo también músculo-muscular invaginante del primero con sutura continua.

El cierre del peritoneo uterino se realiza con catgut Cero simple; se retiran las compresas y el rodillo, y se cierra el peritoneo parietal también con catgut Cero simple (puntos continuos); la fascia de los músculos rectos anteriores se cierra con algodón 10 (puntos separados) luego celular subcutáneo con catgut simple y por último piel con algodón o seda.

Terminada la operación, se exprime el útero a

través de la pared abdominal, para extraer los coágulos que pueda contener. (3)

ANESTESIA

La anestesia usada con más frecuencia en el Hospital Nacional de San Benito, para cesáreas, es la epidural, cuya técnica de aplicación es la siguiente:

En la mesa de Sala de Operaciones, con la paciente en decúbito lateral izquierdo, con la cabeza flexionada hacia adelante y las rodillas flexionadas hacia el abdomen, previa asepsia y antisepsia, se coloca un campo hendido y se localizan los espacios intervertebrales a nivel de las crestas ilíacas trazando una línea imaginaria entre ambas. Se introduce la aguja en el espacio correspondiente sobre la línea imaginaria, a la que se conecta una jeringa con 3-4 c.c. de aire, y se procede a localizar el espacio epidural lo cual se comprueba al penetrar el aire de la jeringa, sin ofrecer resistencia en éste.

Se inyecta a través de la aguja una combinación de Xilocaína al 2%, una parte de ésta con apinefrina al 1:1000. (Las proporciones de anestésico con y sin epinefrina varían según el criterio de cada cirujano). Inmediatamente después se introduce un catéter que llegue hasta el espacio epidural, se retira la aguja y se fija el catéter con el fin de poder inyectar más anestésico si el caso lo amerita.

Los porcentajes de los anestésicos utilizados en el Hospital durante el período estudiado se ilustran en el cuadro #2.

PRE Y POST-OPERATORIO

En el hospital Nacional de San Benito, la mayoría de cesáreas son realizadas de emergencia, ya que las pacientes no llevan un control prenatal, y en otros casos son referidas ya con trabajo de parto de los distintos puestos de salud del Departamento o por comadronas. Esto implica que las pacientes son sometidas a la intervención quirúrgica sin un pre-operatorio adecuado, que incluiría determinación de hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y Rh, orina, etcétera. Únicamente se prepara a la paciente con 0.5 mg. de Atropina I.M. antes de pasarla a sala de operaciones.

Post-Operatorio:

Se describe a continuación la rutina post-operatoria de cesárea que se utiliza en el Hospital de San Benito:

a) Actividad:

Durante las primeras 24 horas que siguen a la operación la paciente permanece en reposo absoluto, para luego movilizarla progresivamente durante los días siguientes.

b) Dieta:

Se ordena nada por boca por 6 horas, que son las que siguen a la operación, luego dieta de líquidos claros, la cual se cambia por blanda y libre según evolución de la paciente.

c) Signos vitales:

Se controlan cada media hora por dos horas, luego cada hora por otras dos horas, luego cada 2 horas por cuatro horas más,

si son normales se controlan de rutina.

d) Se vigila:

Que la paciente orine antes de que pasen 8 horas después de la operación; por la hemorragia vaginal, por fiebre y por hipotensión o dolor.

e) Medicamentos:

Se ordena Ergotrato para tratar de disminuir la hemorragia y A.S.A. por el dolor, ambas 1 tableta por boca 3 veces al día.

En los casos especiales en los cuales surgen complicaciones, éstas se tratan según su naturaleza y criterio del médico.

PRONOSTICO Y COMPLICACIONES

PRONOSTICO:

El pronóstico de una intervención quirúrgica -- del tipo de la cesárea, en el Hospital Nacional de San Benito es bueno, ya que en el actual estudio la mortalidad materna encontrada fué de 0%.

COMPLICACIONES:

Las complicaciones que se encontraron en las pacientes estudiadas sometidas a cesárea son las que se aprecian en el cuadro #3, con sus respectivos -- porcentajes.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Se ofrecen a continuación los cuadros con los rubros de: edad, paridad, sexo, peso, estancia y promedio días-estancia, índice parto/cesárea, obtenidos de la tabulación de datos de las fichas de cada paciente. Los resultados y porcentajes de las indicaciones, anestesia utilizada y complicaciones fueron expuestos bajo sus respectivos títulos en otra parte de esta tesis.

PLACENTA PREVIA
CESAREA ANTERIOR
PROLAPSO DE CORDON
ECLAMPSIA
OVITO FETAL
POST-MADUREZ
... D. P. F.
PRE-ECLAMPSIA
TOTAL

CUADRO Nº 1

INDICACIONES	Nº CASOS	PORCENTAJE
* D. C. P	24	30.00
DISTOCIA DE PRESENTACION	17	21.25
** S. F. A.	13	16.25
PLACENTA PREVIA	10	12.50
CESAREA ANTERIOR	6	7.50
PROLAPSO DE CORDON	2	2.50
ECLAMPSIA	2	2.50
OVITO FETAL	2	2.50
POST-MADUREZ	2	2.50
*** D. P. P.	1	1.25
PRE-ECLAMPSIA	1	1.25
T O T A L	80	100%

* Desproporción Céfalo-Pélvica

** Sufrimiento Fetal Agudo

*** Desprendimiento Prematuro de Placenta

(11)

CUADRO Nº 2

ANESTESIA USADA	Nº CASOS	PORCENTAJE
EPIDURAL	74	92.50
GENERAL	5	6.25
ETER	1	1.25
T O T A L	80	100%

OBSERVACIONES:

La anestesia que fue dada con eter se debió a -
que en el Hospital, en ese momento, no había ningún -
otro tipo de anestésico. Acerca de las anestésias ge -
nerales no se puede dar razón de las mismas, por no -
estar razonadas en las fichas clínicas investigadas.
(11)

CUADRO Nº 3

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

COMPLICACIONES	Nº CASOS	PORCENTAJE
SIN COMPLICACION	54	67.50
INF. HERIDA OPERATORIA	13	16.25
INFECCION URINARIA	11	13.75
ENDOMETRITIS POST-OPE- RATORIA	2	2.50
NEUMONIA	2	2.50
T O T A L	80	100%

OBSERVACION:

De las complicaciones mencionadas no fueron aislados los gérmenes causantes debido a falta de medios, pero cedieron a la antibioticoterapia aplicada a cada caso. (11)

CUADRO Nº 4
EDAD POR GRUPOS ETAREOS

EDAD EN AÑOS	Nº CASOS	PORCENTAJE
15 - 19	14	17.50
20 - 24	30	37.50
25 - 29	21	26.25
30 - 34	8	10.00
35 - 39	3	3.75
40 - 44	4	5.00
T O T A L	80	100%

CUADRO Nº 5

GESTAS	Nº CASOS	PORCENTAJE
PRIMIGESTAS	27	33.75
SECUNDIGESTAS	24	30.00
MULTIPARAS	29	36.25
T O T A L	80	100%

OBSERVACION:

Del total de pacientes secundigestas y multiparas (53) un 22.50%, igual a 18 casos presentaron cesárea previa. (11)

CUADRO Nº 6

PESO LBS.	Nº CASOS	PORCENTAJE
3 - 4	2	2.50
4 - 5	1	1.25
5 - 6	3	3.75
6 - 7	12	15.00
7 - 8	17	21.25
8 - 9	6	7.50
9 - 10	0	0.0
10 y +	1	1.25
Ignorado	39	48.75
T O T A L	80	100.00

OBSERVACION:

Los 39 casos que aparecen como ignorados se debe a que en las fichas clínicas no se encontró dicho dato. (11)

CUADRO Nº 7

ESTANCIA - DIAS	Nº CASOS	PORCENTAJE
3	17	21.25
4	13	16.25
5	9	11.25
6	10	12.50
7	5	6.25
8	7	8.75
10	7	8.75
12	3	3.75
15	2	2.50
17	2	2.50
23	1	1.25
25	1	1.25
26	2	2.50
41	1	1.25
T O T A L	80	100.00

Promedio Dias-Estancia: 14.42 (11).

CUADRO Nº 8

TOTAL PARTOS	2,240
TOTAL CESAREAS	98
INDICE PARTO/CESAREA:	4.37

OBSERVACION:

El número total de cesáreas es de 98, pero se trabajó en base a 80 por haber sido sólo éstas las papeletas encontradas en el archivo. (11)

DISCUSION

Como podrá verse en las conclusiones, se obtuvo como indicación más frecuente de cesárea la Desproporción Céfalo-Pélvica con un 30% del total de casos, lo cual se aproxima a estudios de Estados Unidos en los cuales se reporta 35% de cesáreas por esta indicación (3). Estudios Mexicanos reportan hasta un 47.40% (8).

También se encontró un índice Parto/Cesárea de 4.37%, el cual es aceptable ya que el estudiado no es un Hospital-Escuela y tomando en cuenta que datos extranjeros dan cifras de 4.2 y 5.7% (8); aunque se citan en Inglaterra, Gales y Holanda datos de 2.7 y 1.25% respectivamente (7). En Hospitales-Escuela éstos porcentajes aumentan a 9.7% (7), y en México se reportan cifras de 5.01% (8).

En cuanto a la anestesia se puede decir que la más frecuentemente usada fué la Epidural sin ninguna complicación, ya que actualmente hay más complicaciones por anestesia que por la intervención misma (7).

Como complicaciones post-operatorias se encontró un alto porcentaje de Infecciones de Herida Operatoria y Urinarias (16.25 y 13.75% respectivamente) si se hace comparación con las dictadas por Tay Sáenz que reporta 11.0 y 1.33% (8). Lo anterior puede deberse a malas técnicas de asepsia usadas tanto a la hora de efectuar la operación como al evacuar la vejiga con sonda vesical.

Se encontró asimismo que la edad de las pacientes sometidas a la intervención más frecuentemente fué la comprendida entre los 20-24 años (37.50%), concidiendo con otros estudios que citan también edades entre 21-25 años (8).

Hecho interesante lo constituyó el hallazgo de que la mayor parte de cesáreas se efectuaron en mul
típaras (36.35%), mientras que otros autores citan
como más afectadas a las primigestas, con porcenta-
jes hasta de 57.99% (8). Este hecho puede deberse
a que un 22.50% de las pacientes investigadas pre-
sentaron cesárea previa, porcentaje bastante alto
ya que otras fuentes citan como aceptable efectuar
segundas cesáreas hasta un porcentaje no mayor de
12% (5).

Respecto a la mortalidad materna no se encon-
tró ningún caso de defunción por cesárea durante el
período estudiado; esto puede deberse a que el núme
ro de operaciones efectuadas es muy reducido (98 en
total), pero constituye, a mi modo de pensar, un --
éxito en la práctica, tomando en cuenta la situa-
ción tan precaria en que se encuentra el Hospital,
por ser un medio rural, falta de equipo, medicamen-
tos, etcétera.

Otros autores reportan cifras de mortalidad ma-
terna de 0.4 y 0.2% en grandes series estudiadas.
(3,7).

CONCLUSIONES

1. La indicación más frecuente de cesárea en el --
Hospital Nacional de San Benito, durante el --
tiempo estudiado fué Desproporción Céfalo-Pélvi-
ca, con un 30% de casos; seguida de Distocia de
Presentación con 21.25% y Sufrimiento Fetal Agu-
do con 16.25%.
2. El número total de cesáreas efectuadas durante
los 3 años fué de 98.
3. El número total de partos correspondientes al -
mismo período fué de 2,240.
4. El índice Parto/Cesárea en el Hospital de San -
Benito es de 4.37.
5. La anestesia usada con más frecuencia fué la --
Epidural, con un 92.50% del total, siguiendo la
General con 6.25% y un caso de Eter que hace --
1.25%.
6. Entre las complicaciones post-cesárea, las más
frecuentes fueron: Infección de herida Operato-
ria con 16.25% de los casos, luego Infección --
Urinaria con 13.75% y Endometritis con 2.50%.
7. El 67.50% de las pacientes sometidas a opera-
ción no presentó ningún tipo de complicación --
post-operatoria.
8. El grupo etario más frecuentemente sometido a -
Cesárea es el comprendido entre 20-24 años con
37.50%. Le sigue el grupo entre 25-29 años con
26.25%.
9. Las multíparas ocuparon el primer lugar entre -

el total de pacientes con 36.35%, seguidas de -
pacientes primigestas con 33.75%.

10. Un 22.50% del total de pacientes presentaban Ce
sárea previa.
11. El 61.25% de los productos obtenidos fué de --
sexo masculino, y el 36.25% de sexo femenino. -
Un 2.50% no fué encontrado en las papeletas.
12. Respecto al peso de los productos, un 48.75% no
pudo ser encontrado en las fichas clínicas.
21.25% de los casos corresponde a un peso entre
7-8 libras, y un 15.00% a un peso entre 6-7 li-
bras.
13. El promedio de días-estancia post-cesárea en el
Hospital fue de 14.42 días.
14. La mortalidad materna durante el período inves-
tigado fue de 0%.

RECOMENDACIONES

1. Recomendamos a los Médicos y Personal de Enfermería -
encargados, anotar el peso y sexo de los productos ob-
tenidos, ya que en muchos casos no se encontraron en
las papeletas.
2. Asimismo se recomienda razonar en las papeletas el --
por qué de anestesiases generales, ya que no aparece, fa-
cilitando así los estudios posteriores que se quieran
realizar.
3. Efectuar cultivos en los casos de pacientes con infec-
ciones, y basándose en estos resultados dar un trata-
miento adecuado.
4. En los casos en que sea necesario el uso de antibióti-
cos profilácticos, anotar la o las razones por lo que
son ordenados, puesto que en algunos casos no se en-
contró justificación.
5. Poner más énfasis en los procedimientos de asepsia y
en el vaciamiento de la vejiga, para reducir el ries-
go de infección en las pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Oliva Aguilar, Victor Samuel. Revisión de -- Casos Excepcionales sometidos a Operación Cesárea. 1975.
Tesis de Graduación.
FF. de CC. MM. USAC
2. Alarcón, Ernesto. La operación cesárea en el Hospital Roosevelt. 1958.
Tesis de Graduación.
FF. de CC. MM. USAC
3. Schawarz, Ricardo. Obstetricia.
3a. Edición, Buenos Aires.
El Ateneo, 1970. pp 864-868.
4. Babson-Benson. Tratamiento del Embarazo de - Alto Riesgo y Cuidado Intensivo del Recién Na- cido.
2a. Edición, Buenos Aires.
Editorial Médica Panamericana, S. A. 1973.
5. McGarry, J. A. The management of Patients Previously Delivered by Cesarean Section. J. Obstet Gynaec. Brit. Comm. 76:137, 1969.
6. Chase, H. C. Perinatal and Infant Mortality in the United States and Six West European Countries.
Amer. J. Public. Health. 57:1735, 1967.
7. Williams, Obstetricia.
4a. Edición, México.
Ed. Salvat, 1977.
8. Tay Sáenz de M. A., Ginecología y Obstetricia - de México.
Vol. 40. 1976.
9. Cesarean Section and Genital Herpes (letter).
Chang T. W.
New England Journal Medical.
March 1977.
10. Canillas V. Cesárea y Eclampsia.
Ginecología y Obstetricia México.
36 (215) pp. 175-88. Sept. 1974.
11. Archivos Clínicos del Hospital Nacional de San Benito, Petén.

[Handwritten signature]

Br. Jorge Alberto Fuentes Pura.

[Handwritten signature]
Estrada C.

[Handwritten signature]
Luz 100 110

Estrada C.

[Handwritten signature]

Revisor
Dr. Rolando Torres.

[Handwritten signature]

León M.

[Handwritten signature]

Secretario General
Dr. Paul Castillo Rodas.

[Handwritten signature]

Decano
Dr. Rolando Castillo M.