UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA OPERACION CESAREA

(Indicaciones, Complicaciones y Tratamientos, revisión de un año en el Hospital Nacional de Retalhuleu)

TESIS

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

Por

ERICK MAURICIO GALICIA DE LEON

En el Acto de Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Mayo de 1979

PLAN DE TESIS

Introducción

Antecedentes

Objetivos

Material y Métodos

Consideraciones Generales

Técnica Quirúrgica

Indicaciones de Cesárea

Presentación y comentario de resultados

Conclusiones

Recomendaciones

Bibliografía

INTRODUCCION

La Perinatología se encuentra actualmente enfrascada en lucha intensa por disminuir las cifras de morbimortalidad fetal y del recién nacido, cifras que desgraciadamente casi no han variado en las últimas décadas. La cesárea parece haber sido uno de los caminos escogidos para la solución de muchos problemas obstétricos, disminuyendo de esta manera la morbimortalidad en el grupo materno infantil en forma considerable.

La funesta reputación de la cesárea en otras épocas nos parece hoy infundada con el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, aunado el uso de antibióticos adecuados, anestésicos modernos y una buena técnica de asepsia. Con todo lo anterior la cesárea es hoy por hoy la alternativa adecuada para la resolución de entidades que otrora eran causa de altos índices de mortalidad tanto materna como infantil.

No queremos decir con esto que es la cesárea el camino indicado para la resolución de todo problema obstétrico, por el contrario tratamos de estudiar y analizar cuales son las indicaciones más frecuentes para la realización de la operación cesárea; este estudio toma como base las intervenciones realizadas en el Hospital Nacional de Retalhuleu durante un año (1ero. de febrero de 1978--31 de enero de 1979).

ANTECEDENTES

1.- Aragón Quiñónez, Hector
"Cesárea extra peritoneal supravecical"
Año 1,951.

2.- Ibarra R., José R.
"Consideraciones sobre la presentación de hombros"
Año 1,957
Editorial San Antonio; 42 páginas.

3.- Santizo G., Roberto
"Consideraciones sobre la presentación podálica en primigestas"
Año 1,958

4.- Alarcón E., Ernesto
"La operación cesárea en el Hospital Roosevelt"
Año 1,958

5.- Morales, Julio A.
"Consideraciones sobre situación transversa; revisión de 200 casos tratados en el Hospital Roosevelt"
Año 1,960

6.- Ordóñez Cruz, Jorge
"Nulípara en situación transversa"
Año 1,953

Hasta el momento no se ha reportado ningún estudio, en el departamento de Retalhuleu sobre las indicaciones de la operación cesárea, sus complicaciones y tratamientos.

OBJETIVOS

1.- Establecer cuales son las indicaciones más frecuentes de cesárea, tomando como fuentes de estudio el Hospital Nacional de Retalhuleu.

2.- Determinar que grupo etareo es el que con más frecuencia es sometido a la operación cesárea.

3.- Qué paridad presentaban las pacientes previo a la intervención quirúrgica.

4.- Qué porcentaje de gesta son resueltas por cesárea en relación a partos por vía natural, en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

5.- Cúáles son las complicaciones más frecuentemente reportadas, en las pacientes sometidas a cesárea, ya sea durante el acto quirúrgico o en su post-operatorio.

6.- Analizar el tipo de tratamiento aplicado a las complicaciones presentadas por la operación cesárea.

MATERIAL Y METODOS

1.- Material

1.- Humano

a.- Para la realización del presente trabajo, contamos con la acesoría del Doctor Juan José Velarde y la supervisión del Doctor Waldemar Alvarado Bonilla.

b.- Pacientes sometidas a operación cesárea en el Hospital Nacional de Retalhuleu, durante el año comprendido del primero de febrero 1,978 al 31 de enero de 1979.

c.- Personal de enfermer=ia de las salas de labor y partos, sala de Post-parto y salas de operaciones de dicho Hospital.

d.- Personal de Archivo facilitando la localización de los registros clínicos que comprenden el presente estudio.

2.- Físico

a.- edificio del Hospital Nacional de Retalhuleu.

b.- Registros clínicos conteniendo los datos requeridos en la presente investigación.

c.- Otro tipo de material.

II.- Método Aplicado:

Para llevar a cabo los objetivos planteados, revisamos c dadosamente los registros clínicos de las pacientes sometidas a c peración cesárea durante los meses comprendidos del primero c febrero del setenta y ocho al treinta y uno de enero del setenta nueve; haciendo énfasis en las indicaciones de las cesáreas, l hallazgos de las mismas y la relación de estos con el diagnósti pre-operatorio, las complicaciones del acto quirúrgico y su tr tamiento.

Tomando en cuenta que nosotros participamos en varias c estas cesáreas, durante la práctica de E.P.S. Hospitalario, c sideramos poder complementar ciertos datos de importancia que no se encuentran en algunas papeletas.

CONSIDERACIONES GENERALES

Definición:

Por cesárea se comprende la entrega de un niño con vida, por medio de una incisión realizada en la pared anterior del abdomen y como base primordial incidir también el útero (histerotomía), ya que el término cesárea no es aplicable a la operación efectuada para extraer de la cavidad abdominal un niño, como término de embarazo ectópico.

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 cuando fué realizada por primera vez esta operación, aunque algunos historiadores se atreven a hacer referencias de personajes que nacieron por esta vía; así vemos que Plinio indica que Escipion el Africano (el vencedor de Aníbal), Marcio y Julio César nacieron así. Respecto a Julio César, Plinio añade que fué por esta circunstancia de donde surgió el sobrenombre (cesárea), razón también por la cual los romanos daban el nombre de cesones a los individuos venidos al mundo por esta operación.

Lo anterior es un error obvio, ya que hasta el siglo XVII el pronóstico de esta operación fué fatal, efectuandose la misma únicamente cuando la madre había muerto, y es sabido que la madre de Julio César sobrevivió después del nacimiento por muchos años.

Se tienen citas de que la primera cesárea efectuada en una

mujer viva fué 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 si era un milagro), sino que, además, la mujer pudo dar a luz a dos niños más después de la operación por partos normales, en un tiempo en que se desconocía la sutura de la herida uterina producida por la cesárea.

Es hasta mediados del siglo XVII en que aparecen trabajos clásicos del obstetra francés 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 de 1876, en que esta operación es realizada en Francia con gran éxito por Geniot, Fochier y Championere; estos dos últimos cirujanos advierten con razón que el éxito de la nueva operación es debida a la práctica de una buena asepcia, ya que hasta esta fecha habían tomado tales medidas, siendo por ende la primera en realizarse con esta precaución.

Fué en el año de 1882, cuando Max Sänger, ayudante de Credé introdujo una nueva técnica de sutura del útero: Se secciona el músculo uterino verticalmente encima del anillo de Bandl, allí donde el peritoneo se adhiere mas íntimamente a la pared uterina, aplicando después de la extracción del feto y de la placenta una doble sutura del útero, la primera con hilos de plata, pero sin interezar 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 esta técnica se obtuvieron muy buenos resultados pero poco después fué simplificada por su mismo autor.

Las técnicas fueron mejorando con el tiempo, disminuyendo en esta forma la mortalidad materna, la primera intervención extraperitoneal fué descrita por Frank en 1907, la ventaja principal de esta técnica estribaba 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 esta la técnica de cesárea mas usada en la actualidad.

En Centro América el primero en realizar la operación cesárea fué el Dr. Eligio Baca, cirujano guatemalteco en el mes de diciembre de 1871; fué hasta el mes de septiembre de 1905 que el Dr. Juan José Ortega, en el Hospital General San Juan de Dios, realizó nuevamente esta operación obteniendo un éxito completo.

Este procedimiento que en épocas pasadas era de pronóstico fatal pasa en la actualidad a ser uno de los más inócuos, 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, tal es el caso de las infecciones post-operatorias y las hemorragias profusas llegando a producir shock o anemias severas.

TECNICA QUIRURGICA

En la época actual la técnica usada es la cesárea segmentaria transperitoneal, siendo hasta la fecha la más inócua; la cesárea extraperitoneal en la actualidad no tiene justificación y la cesárea corporea o clásica se reserva para casos muy especiales, a continuación describimos la técnica más común (segmentaria transperitoneal).

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

Incisión de la pared:

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

a) Mediana Infra umbilical:

Luego de realizar asepcia rigurosa, se efectúa una incisión abdominal de 12 a 15 centímetros de longitud, interesando piel y celular sub-cutáneo, 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, en los bordes se colocan pinzas de kelly y se procede a abrir con tijeras de disección; para la apertura del 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.

b) Incisión transversal o de Pfannestiel:

La incisión se practica en el surco suprasinfisario siguiendo una trayectoria arqueada. La hemostasia debe realizarse cuidadosamente por cuanto 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 siguiendo la misma técnica 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; para una mejor exposición del campo operatorio se coloca separador de Balfour y una valva suprapúbica; se introduce un rodillo o compresas aisladoras evitando así contaminación de los órganos abdominales con líquido amniótico, sangre, meconio, etc.

Procedemos a incidir el peritoneo uterino y desprender la vejiga, para lo cual reconocemos el fondo de saco vesico-uterino y hacemos un ojal 1 centímetro más arriba y por él seccionamos transversalmente aproximadamente 12 centímetros. 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 centímetros 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, etc.

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 de centeno (ergobasina o ergonovina 0.2 a 0.4 mg.), directamente en el músculo uterino, disminuyendo de esta manera la hemorragia y acelerando el alumbramiento.

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

Se colocan pinzas de anillos a los bordes de la herida, el ayudante continúa usando el aspirador.

Se vuelven a colocar los separadores y la valva para tener mejor campo. El segmento se sutura en dos planos con catgut crómico 0 ó 1. El primero con sutura continua y comprende el espesor de ambos labios musculares de la herida, con excepción de la mucosa. El segundo también musculomuscular invaginante del primero con sutura continua.

El cierre del peritoneo uterino se realiza con catgut 0 simple; se retiran las compresas y el rodillo y se cierra el peritoneo perietal también con catgut 0 simple (puntos continuos); la faciade 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 coagulos que pueda contener.

INDICACIONES DE CESAREA

Las indicaciones de cesárea se clasifican en: absolutas o relativas; electivas o de urgencia.

Las cesáreas absolutas son aquellas cuya indicación no puede ponerse en discusión, siendo esta la única forma de resolver el embarazo, tal es el caso de la estrechez pélvica infranqueable por un niño a término, y los tumores previos que obstruyen el canal del parto incluyendo el cáncer de cuello; las otras indicaciones son relativas.

Las cesáreas electivas son aquellas en que la indicación se puede preveer con anticipación y por tal motivo la operación puede planearse como cualquier otra intervención.

A continuación enumeramos las indicaciones más frecuentes según literatura:

1- Desproporción cefalo pélvica

2- Sufrimiento fetal agudo

3- Distocias de presentación y situación

4- Toxemias fulminantes (pre-eclampsia progresiva o eclampsia)

5- Primigesta en podálica

6- Embarazo gemelar, cuando:

a) primer feto en transversa

b) primer feto en podálica

7- Prolapso o procúbito de cordón

8- Ruptura uterina

9- Problema de partes blandas

a) anomalías congénitas

b) Cáncer de cervix

10- Tumores pélvicos que obstruyen el canal del parto

11- Desprendimiento prematuro de placenta

12- Placenta previa

13- Anomalías uterinas:

a) útero doble: cuando uno funciona como tumor previo

b) tumores uterinos (leiomiomas)

14- Cisto-recto celes reparados

15- Aborto abitual por incompetencia de cuello, cuando este está corregido.

16- Problemas de pelvis:

a) pelvis asimétrica

b) raquitismo

17- Madre muerta con feto vivo

18- Ruptura prematura de membranas

19- Trabajo de parto prolongado con agotamiento materno.

PRESENTACION Y COMENTARIO DE RESULTADOS

Durante el período de estudio, se atendieron en el Hospital Nacional de Retalhuleu un total de 1,936 mujeres cuyo motivo de consulta era trabajo de parto; de este total de casos se realizaron 77 cesáreas, correspondiendole un 3.98%; este porcentaje es relativamente bajo, ya que según Chase la incidencia de cesárea en los Estados Unidos varía entre 4.2-5.7% y según el Dr. Alfredo Tay Sáenz la incidencia en México es de 5.01 - 6.77%.

Del total de las pacientes sometidas a operación cesárea se obtuvieron datos de 57 pacientes de las cuales corresponden los resultados que presentamos.

E D A D:;

15-20 años	22 pacientes	38.60%
21-25 años	19 pacientes	33.33%
26-30 años	6 pacientes	10.53%
31-35 años	5 pacientes	8.77%
36-40 años	5 pacientes	8.77%

El mayor número de pacientes (38.60%) corresponden a las edades de 15-20 años, estos datos fueron comparados con estadísticas de otros hospitales, vemos así que en el I.M.S.S. la mayoría de pacientes sometidas a cesárea están comprendidas entre 21-25 años.

GESTACIONES:

En el cuadro siguiente, se puede apreciar, que el mayor número de intervenciones se practicó en pacientes primigrávidas

(43.87%), lo cual es comparable con la literatura revisada en donde reportan hasta un 57.3%.

No. de gestas	pacientes	porcentaje
1	25	43.87%
2	14	24.56%
3	7	12.29%
4	5	8.77%
5	1	1.75%
6	1	1.75%
7	1	1.75%
8	2	3.51%
12	1	1.75%

De el total de casos presentados reportaban cesárea anterior, por diversas indicaciones un total de 7 pacientes.

SIGNOS VITALES DE INGRESO:

El 100% de las pacientes ingresaron afebriles y con frecuencia cardíaca normal, con respecto a la presión arterial, ingresaron 4 pacientes hipertensas, variando la presión sistólica entre 160-130 mm de Hg. y la diastólica fué de 100 mm. de Hg. en los 4 casos; 2 pacientes ingresaron hipotensas (100/60 mm. de Hg.).

Con signos normales	51 casos	89.47%
Hipertensas	4 casos	7.02%
Hipotensas	2 casos	3.51%

PRESENTACION FETAL:

Cefálica	45 casos	78.95%
Transversa	7 casos	12.28%
Pélvica	5 casos	8.77%

Comparando el cuadro anterior con otras estadísticas vemos que en el I.M.S.S., publicaciones de noviembre de 1,976, reportaron un 85.23% para la presentación cefálica.

FRECUENCIA CARDIACA FETAL:

Al ingreso, la frecuencia cardíaca fetal varió entre los siguientes valores:

120-129 latidos por minuto	7	12.28%
130-139 " " "	10	17.54%
140-149 " " "	35	61.41%
150-159 " " "	1	1.75%
160-más " " "	2	3.51%
Sin foco de ingreso	2	3.51%

Con el cuadro anterior vemos que el 92.98% de los niños ingresaban aparentemente sin problemas.

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

Trabajo de parto activo y embarazo a término	21	36.85%
Embarazo a término y ruptura prematura de membranas	6	10.56%
Trabajo de parto activo y feto en transversa	5	8.77%
Placenta previa y sufrimiento fetal agudo	4	7.03%
Trabajo de parto activo y cesárea anterior por estrechez pélvica	3	5.27%
Trabajo de parto activo y estrechez pélvica	3	5.27%
Feto en transversa con prolapso de miembro superior	2	3.51%
Trabajo de parto activo y feto en podálica	2	3.51%
Embarazo a término y hemorragia de etiología?	2	3.51%
Trabajo de parto activo y Eclampsia	1	1.75%
Trabajo de parto activo y prolapso de cordón	1	1.75%
Embarazo a término y Abruptio placentae	1	1.75%
Prolapso uterino y ruptura prematura de membranas	1	1.75%
Retención de cabeza última; hidrocéfalo	1	1.75%
Trabajo de parto activo; cesárea anterior por podálica	1	1.75%
Placenta previa; feto en transversa	1	1.75%
Sin diagnóstico de ingreso	1	1.75%
Trabajo de parto activo; feto valioso en podálica; sufrimiento fetal	1	1.75%

En el listado anterior, notamos que en el mayor porcentaje de casos (36.85%), las pacientes ingresaban con diagnóstico de embarazo normal, esperando por lo tanto un parto eutósico, y fué hasta en la evolución del trabajo de parto que se encontraron anomalías en estas pacientes, indicando la operación cesárea.

En el caso de la última paciente del listado, se le calificó como embarazo de alto riesgo y feto valioso, por sus antecedentes, ya que la paciente presentaba 5 gestas con la actual; en la primera gesta la presentación era podálica y el niño falleció intra parto por retensión de cabeza última (según refería la madre se le efectuó histerotomía en esta oportunidad); la segunda, tercera y cuarta gestas concluyeron en aborto, siendo la presentación de los fetos siempre en podálica y entre el 5to. y 6to. mes según referencias; al ser esta la quinta gesta, con un embarazo a término, la presentación podálica y presentando variaciones de foco, se optó por la operación cesárea.

TRABAJO DE PARTO:

Normal	20 casos	35.09%
Irregular	28 "	49.12%
Malo	1 "	1.75%
Sin Control	8 "	14.04%

Las irregularidades a que se hace mención, consistían en factores tales como: falta de progresión, trabajo de parto prolongado con agotamiento materno y otros; la razón por la cual se presentan 8 casos sin control de trabajo de parto, es porque las pacientes ingresaban directamente de emergencia a sala de operaciones, sin pasar por la sala de labor y partos.

VARIACIONES DE FOCO:

Con variaciones de foco	25	43.86%
Sin variaciones de foco	29	50.88%
Sin foco	3	5.26%

En algunos casos de este 43.86% que presentaron variaciones de foco se pensó en sufrimiento fetal; en los 3 casos que se reportan sin foco el niño falleció ante-parto, 2 de los cuales ingresaron muertos y el otro falleció en el hospital.

INDICACIONES DE CESAREA:

Sufrimiento fetal agudo	17	29.82%
Estrechez pélvica	14	24.56%
Situación transversa	8	14.04%
Placenta previa	5	8.77%
Ammioitis	4	7.04%
Primigesta en podálica	3	5.26%
Abruptio placentae	2	3.51%
Cáncer de cervix con ruptura prematura de membranas	1	1.75%
Ruptura prematura de membranas y falta de progresión	1	1.75%
Prolapso de cordón	1	1.75%
Sufrimiento fetal agudo; feto en podálica (caso especial).	1	1.75%

Comparando los datos obtenidos con estadísticas de literatura consultada, notamos que coinciden las tres primeras indicaciones, variando únicamente las dos primeras en su orden, ya que en las clínicas obstétricas (nov. 76 - dic. 74 - feb. 72), indican:

1-	desproporción cefalo-pélvica	47.40%
2-	sufrimiento fetal agudo	24.84%
3-	Distocia de presentación y situación	10.81%

Notamos que las indicaciones más frecuentes de cesárea de nuestra investigación, se ajustan al listado de indicaciones que dimos en un principio, según literatura. La única excepción lo constituye el caso de Ammioitis que en nuestro estudio arroja un 7.04% de las indicaciones, y según el Dr. Ruiz Velasco en estos casos no se debe efectuar cesárea, se efectuó un estudio en el I.M.S.S. de las pacientes sometidas a cesárea con amnioitis, no taron un fallecimiento materno por septicemia, así también una mortalidad perinatal del 11.7%.

La morbilidad materna, en estos casos, fué de 52.8%, predominando claro está, las de origen infeccioso, cuya localización en endometrio, pared abdominal y en órganos pélvicos (pelviperitonitis), fue la más frecuente. La morbilidad fetal se elevó a 31.3%, destacando la bronconeumonía y la diarrea de tipo infeccioso.

De todo lo anterior ellos concluyen: que en caso de una infección amniótica debe de evitarse al máximo la operación cesárea y sólo hacerla en casos en que no quede otro remedio, de llevarse a cabo esta debe ser segmentaria y con técnica de aislamiento. Recomiendan, en general en estas situaciones hay que actuar (dependiendo la edad de la paciente y el número de gestas) más frecuentemente en razón de cesárea-histerectomía y de histerectomía en bloque cuando hay feto muerto.

TIPO DE CESAREA:

Segmentaria	46 casos	80.70%
Clásica	11 casos	19.30%

En el Hospital Nacional de Retalhuleu, así como en todos los hospitales del país y del exterior, la cesárea más empleada es tipo Kerr, dejando la cesárea clásica para casos especiales.

HALLAZGOS:

Niño bañado en meconio	11	19.30%
Feto muerto	6	10.53%
Placenta implantada en márgenes de orificio interno	5	8.77%
Meconio y líquido fétidos	4	7.02%
Hemorragia obscura intra abdominal e intra uterina	3	5.26%
Doble circular al cuello	2	3.51%
Vagina tabicada	1	1.75%
No describen hallazgos	25	43.86%

En el mayor número de casos (43.86%), no se hace descripción de los hallazgos operatorios, no pudiéndose relacionar con la indicación de la cesárea; en tanto que se observa, en los otros casos, relación adecuada entre hallazgos y diagnóstico preoperatorio; notando así abundante meconio, líquido fétido en pacientes cuya indicación fué sufrimiento fetal; placenta implantada en márgenes de orificio interno, cuando la indicación fué placenta previa; hemorragia obscura intra-uterina e intra abdominal, cuando la indicación fué abruptio placentae; doble cir-

cular al cuello en falta de progresión y sufrimiento fetal.

COMPLICACIONES:

Infección de herida operatoria	14	24.57%
Endometritis	9	15.79%
Infección Urinaria	1	1.75%
Fístula Vesico-Vaginal	1	1.75%
Rasgadura de útero	1	1.75%
Paro cardio respiratorio post-anestesia	1	1.75%
Sin Complicaciones	30	52.64%

Vemos que la morbilidad post-operatoria en nuestro medio es considerablemente alta, ya que apenas el 52.64% no presentan problemas post-operatorios; así también notamos que siguen siendo las infecciones (de cualquier índole), las que ocupan el primer lugar de las complicaciones de la operación cesárea.

TRATAMIENTOS:

Penicilina-cloranfenicol	10	pacientes
Penicilina	8	"
Ampicilina	6	"
Penicilina-Kanamicina-Clindamicina	3	"
Penicilina-Kanamicina	3	"
Penicilina-Clindamicina	2	"
Clindamicina	2	"
Penicilina-Estreptomicina	1	"
Referida a INCAN	1	"
Sin tratamiento	21	"

Notamos que el tratamiento mayormente empleado es la combinación de penicilina y cloranfenicol, siguiéndole el uso exclusivo de penicilina y luego ampicilina; notamos también que en 9 pacientes que no presentaban complicaciones se instauró el uso profiláctico de antibióticos, en algunos de estos casos la combinación penicilina-cloranfenicol y en otros penicilina-kanamicina; a este respecto la literatura consultada, indica que en ginecología y obstetricia existe controvercia para su empleo, pero que algunos autores si los recomiendan en determinados casos, tal es el caso de la ruptura prematura de membranas (más de 8 horas sin iniciar trabajo de parto) y el trabajo de parto prolongado con más de 5 exploraciones vaginales.

DIAS DE HOSPITALIZACION

4 días	1	paciente	13 días	2	pacientes
7 días	11	"	14 "	1	"
8 "	10	"	15 "	3	"
9 "	8	"	16 "	3	"
10 "	4	"	17 "	1	"
11 "	4	"	18 "	1	"
12 "	7	"	30 "	1	"

Promedio 10.7 días

El promedio de hospitalización es de 11 días, aunque este no es un dato realmente aplicable a las pacientes en su post-operatorio de cesárea ya que el tiempo de hospitalización muchas veces se prolonga por morbilidad fetal, no propiamente morbilidad materna.

Con respecto a la mortalidad materna no se reportó ningún caso, correspondiéndole un 0.0%; en tanto que la mortalidad pe-

rinatal fué de 6 casos, correspondiéndole un 10.53% la cual creemos que es considerablemente alta.

Las condiciones de egreso maternas fueron buenas en todos los casos, refiriéndose luego a control post-natal, el cual en la mayoría de ellas no se lleva a cabo.

CONCLUSIONES

1- Se realizaron 77 cesáreas de un total de 1,936 mujeres consultantes por trabajo de parto, correspondiendo un 3.98% a la operación cesárea, porcentaje que es relativamente bajo comparado con estadísticas extranjeras, 4.2-5.7% para Estados Unidos, 5.01-6.77% para México.

2- A las pacientes cuya edad oscilaba entre 15-20 años, corresponde el mayor número de cesáreas (38.60%).

3- Al igual que en la literatura consultada, son las pacientes primigestas (43.87%), las que con mayor frecuencia son sometidas a operación cesárea.

4- La presentación cefálica es la más frecuente (78.95%), la cual es similar a estadísticas de otros hospitales (I.M.S.S.) quienes reportan hasta 85.3% para esta presentación.

5- En el mayor número de casos (36.85%), las pacientes ingresaban con diagnóstico de embarazo normal, esperando un parto eutósico.

6- La indicación más frecuente de cesárea fué Sufrimiento Fetal Agudo (29.82%), siguiendo en frecuencia Estrechez Pélvica (24.56%); creemos que en numerosas ocasiones se hace diagnóstico prematuro de Sufrimiento Fetal Agudo.

7- La operación cesárea más empleada es la tipo Kerr (80.70%) dejando la cesárea clásica para casos muy especiales; la técnica extraperitoneal no es empleada en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

8- La relación entre hallazgos de cesárea y diagnóstico pre-operatorio es adecuado en el 56.14% de los casos; no se pudo establecer si existía correcta relación entre el diagnóstico pre-operatorio y los hallazgos de la cesárea en un 43.86% de los casos, ya que no se hace descripción de los mismos.

9- Las infecciones siguen ocupando el primer lugar en las complicaciones de cirugía obstétrica, siendo las de herida operatoria las más frecuentes (24.57%), siguiéndole en frecuencia las endometritis (15.79%).

10- El tratamiento aplicado con más frecuencia, es la combinación de penicilina y cloranfenicol, siendo aplicados por vía intra venosa al principio y al mejorar la paciente se cambia a intra muscular y oral respectivamente.

11- El tiempo promedio de hospitalización es de 11 días; la mortalidad materna es de 0 casos y la mortalidad perinatal de 6 casos (10.53%, porcentaje considerablemente alto); el 100% de las pacientes egresaron en buen estado general.

RECOMENDACIONES

1- Crear un mejor sistema de archivo, a fin de poder tener mejor acceso al mismo y localizar sin dificultad los registros clínicos solicitados así mismo evitar el extravío de estos registros.

2- Llevar un mejor control del trabajo de parto, haciendo anotaciones acerca de la frecuencia e intensidad de las contracciones, si existe o no variaciones en la frecuencia cardíaca fetal, así como la dilatación uterina y la altitud de la presentación fetal, y compararlos con parámetros establecidos en literatura para que en un momento dado poder determinar cualquier distocia.

3- En notas de evolución, anotar la indicación de la cesárea, describiendo en el pre-operatorio el estado general, examen físico y resultados de laboratorio que se le practiquen a la paciente.

4- A los internos, les recomendamos revisar cuidadosamente el record operatorio llenado por el externo, a fin de que se haga una descripción detallada de la operación y se anoten los hallazgos de la misma, para luego hacer una relación de estos con el diagnóstico pre-operatorio.

5- Hacer mayor uso de el laboratorio, tomando cultivos en caso de infecciones, para poder llevar un tratamiento dirigido y específico dependiendo de los resultados.

BIBLIOGRAFIA

1.- Archivos Clínicos de registros médicos
Hospital Nacional de Retalhuleu.

2.- Alarcón E., Ernesto (tesis)
"La operación cesárea en el Hospital Roosevelt"
año: 1958.

3.- Oliva Aguilar, Víctor Samuel (tesis)
"Revisión de casos excepcionales sometidos a operación cesárea"
(presentación de una casuística de 10 casos)
año: 1975.

4.- Ordóñez Cruz, Jorge (Tesis)
"Nulípara en situación transversa"
año: 1963.

5.- Benson, Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia
2da. edición, México, Ed. Manual Moderno. 1969.
pág. 551-555.

6.- Canilla, Vicente. "Cesárea y Eclampsia"
Ginecología y Obstetricia; vol. 36, núm. 215.
México, septiembre 1974.
pg. 175-183.

7.- Ruiz Velasco, Víctor. "Cesárea en la adolecente"
Ginecología y Obstetricia, vol. 36, núm. 218.
México, diciembre 1974.
pg. 365-373.

8.- Ruiz Velasco, Víctor "Cesárea en pacientes con infección amniótica"
Ginecología y Obstetricia, vol. 31, núm. 184.
México, febrero 1972
pg. 232-237.

9.- Sáenz de Minera, Alfredo. "Operación Cesárea"
Ginecología y Obstetricia, vol. 40, núm 241.
México, noviembre 1976
pg. 311-319.

10.- Schwarcz, Ricardo. Obstetricia
3ra. edición, Buenos Aires
El Ateneo, 1970
pg. 864-868.

11.- Villalobos Roman, Manuel.
"Empleo Profiláctico de antibióticos en la operación cesárea"
Ginecología y Obstetricia, vol. 41, núm. 247
México, mayo 1977
pg. 391-397.

12.- Williams. Obstetricia
1ra. edición, México,
ed. Salvat 1973
pg. 1007-1019.

Br. Erick Mauricio Galicia de León

Asesor
Dr. Juan José Velarde

Revisor
Dr. Waldemar Alvarado Bonilla

Director de Fase III
Dr. Julio de León Mendez

Secretario General
Dr. Raúl Castillo

Vo.Bo.

Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo