

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ANESTESIA EPIDURAL EN CESAREA EN EL HOSPITAL  
GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE GUATEMALA"

T E S I S

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

POR

JOSE ANTONIO JUAREZ HERNANDEZ

En el Acto de Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

# CONTENIDO

## 1.- INTRODUCCION

1.1.- Historia de la Operación  
Cesárea.

1.2.- Historia y Técnica de la  
Anestesia Epidural

## 2.- OBJETIVO

## 3.- MATERIAL Y METODOS

## 4.- RESULTADOS

a) Año 1976

b) Año 1977

c) Año 1978

## 5.- RESUMEN DE RESULTADOS

## 6.- CONCLUSIONES

## 7.- RECOMENDACIONES

## 8.- Bibliografía.

INTRODUCCIÓN:

La operación Cesárea ocupa en la actualidad un lugar no discutible en el manejo obstétrico. Como se ha comprobado la operación Cesárea, afortunadamente es uno de los procedimientos obstétricos que más cambios ha experimentado en los últimos años y con esto se ha podido eliminar de la Obstetricia las aplicaciones altas de Forceps y otros recursos de aplicación vaginal que condicionan altas tasas de morbi-mortalidad fetal.

Este trabajo se ha desarrollado en la siguiente forma:

La primera parte sobre la operación Cesárea y la Anestesia Epidural, que contempla su historia, esbozada en líneas generales desde los albores de la medicina hasta nuestros días, continuando con los resultados de la investigación de este trabajo.

### HISTORIA de la Operación Cesárea:

Respecto a la historia de la operación Cesárea, los diversos autores se muestran de acuerdo en aceptar, que desde la más remota antigüedad se practicaba la extracción de los niños por vía abdominal; en aquellos casos en que la madre se encontraba moribunda o recién fallecida. Ya la mitología griega habla del nacimiento de Esculapio, Dios de la Medicina, de esta manera, y en el Folklore de las razas Europeas y de la antigua civilización Egipcia se menciona esta operación.

### Etimológicamente:

Es probable que el término de Operación Cesárea, provenga del Latín Parteus Caesareus, de Caedere, Cortar. La versión de que Julio César haya nacido de esta manera, dando su nombre a la operación, no es comprobable históricamente, ya que en Roma la extracción de niños por incisión abdominal, únicamente se practicaba en mujeres moribundas o muertas y la madre de Julio César aún vivía en tiempo de la guerra de las Galias, según de-

La Lex Regia de Numa Pompilio (762 a 765 A.C.) ordena ba hacer esta operación a toda mujer que muriera en los últimos períodos de la gestación, con la esperanza de salvar al niño. Esta Lex Regia durante el reinado de los emperadores, se convirtió en Lex Caesarea, conservándose desde entonces el apelativo de Cesárea por esta operación.

Eastman: divide la historia de la operación Cesárea en cinco períodos.

EL PRIMER PERIODO: que abarca, desde los tiempos más remotos hasta principios del siglo XVI. Se caracteriza este período porque en él la operación Cesárea se ejecutaba cuando la mujer había muerto con la esperanza de salvar al niño.

Buda, los antiguos Judíos y el Talmud (400 años A.C.) -- prescriben la extracción del feto antes de sepultar a la gestante muerta.

Es poco probable que en este período se haya practicado en una mujer viva, aunque en criterio de algunos autores, algunos pasajes del Talmud pueden ser interpretados de esta forma. Se atribuye al Obispo de Mérida en España, el haber practicado la operación Cesárea en el siglo XIII, y el hecho de que Felkin señale haber visto una operación Cesárea hecha por los aborígenes de la tribu de Uganda, plantea la posibilidad de que la operación haya sido ejecutada en la mujer viva, en algunas comunidades, aún en tiempos muy remotos.

EL SEGUNDO PERIODO: Lo sitúa desde el año 1500 -- hasta 1875, durante el cual las operaciones eran ejecutadas con motivo de gestaciones extrauterinas avanzadas.

Bein: da cuenta de una que se efectuó en el año de 1540. Estiegne en 1539 practicó la operación Cesárea en una mujer moribunda y salvó al feto.

La idea de extirpar el útero al practicar la operación Cesárea fue de JOSEPH CAVALLINI, en Florencia, en el año de -- 1768, fundándose en la experimentación en animales se convenció que esta operación no solo era posible sino también ventajosa para la madre. Propuso usarla en la mujer embarazada.

Osiander: En 1805 ideó, ejecutó y recomendó la operación Cesárea baja o Cervical casi de igual manera que se ejecuta -- hoy día. Joerg, tuvo la misma idea en 1806.

En el año de 1809 el Dr. G.P. Michaelis, señaló las posibilidades de HISTERECTOMIA CESAREA, después de extraer el producto, también afirmó que se había hecho inadvertidamente en -- más de una ocasión, pero no fue sino después de varios experimentos con animales que en 1869, cuando Storer efectuó la primera HISTERECTOMIA CESAREA, informada en los Estados Unidos de América.

Eastman, no obstante señala que la primera intervención de Cesárea auténtica haya sido hecha por Trautmann de Witternber.

EL TERCER PERIODO: De acuerdo con Eastman, comenzó en el año de 1876, cuando Porro aconsejó amputar el cuerpo del útero y suturar el muñón cervical en el ángulo inferior de la herida abdominal para reducir el peligro de hemorragia e infección.

Ciertos autores sostienen que el mérito de esta operación -- pertenece a Storer de Boston, quien en el año 1861 amputó el -- útero miomatoso de una mujer embarazada que murió. Sin embargo, como al parecer Storer no advirtió la importancia de su descubrimiento, es indudable que corresponde a Porro el mérito de haberlo propuesto.

En 1890, Harris logró recopilar 284 operaciones de la bi -- bliografía. Después de perfeccionarse la técnica de la opera --

ción supravaginal del útero miomatoso se aplicaron métodos semejantes a la operación de Porro, y el muñón cervical se cubría con un repliegue peritoneal y se dejaba en la cavidad abdominal. Algunas veces se extirpaba todo el órgano, principalmente cuando el cuello estaba carcionomatoso.

Mediante esta operación de Porro, eran frecuentes las lesiones de la vejiga y uréteres. El procedimiento era difícil, exigía tiempo y a menudo se habría inadvertidamente la cavidad peritoneal. Sin embargo se advirtió que si se suturaban los cortes accidentalmente hechos en la cavidad peritoneal, el curso de los pacientes era mejor que al efectuar la operación Cesárea Clásica.

Dado que muchos pacientes fallecieron a causa de Peritonitis se idearon métodos para efectuar la operación Cesárea extraperitoneal.

Con justa apreciación, la operación de Porro ha sido considerada, dentro de la historia de la obstetricia, como la "Piedra Miliar", en la evolución de la operación Cesárea.

EL CUARTO PERIODO: Principió en 1892, cuando Sönger revolucionó la operación Cesárea, al insistir en la necesidad de suturar la incisión uterina y al describir una técnica precisa de sutura se conocieron mejor las condiciones para ejecutarla, fueron cada vez mejor los resultados obtenidos y la operación radical de Porro se efectuó frecuentemente menos.

EL QUINTO PERIODO: Comenzó en 1907, cuando Franck de Polonia desconcertó con los resultados de la operación Cesárea Clásica conservadora, sobre todo en mujeres que habían estado expuestas a infección antes de la operación, describió una nueva técnica quirúrgica, la cual consistía en efectuar una incisión transversa en la pared abdominal

anterior, varios centímetros por arriba de la sínfisis, en despegar el peritoneo de la cara posterior de la vejiga, y de la cara anterior del segmento uterino inferior, cuando se descubría adecuadamente, se hacía una incisión transversal en el segmento inferior del útero, se extraía al feto con Forceps, se efectuaba la extracción de la placenta y se cerraba la herida.

Con este método, la operación es extraperitoneal y según su inventor, podría realizarse sin peligro cuando estuviese contraindicada la operación Cesárea Clásica.

En general puede decirse que, los diversos métodos de HISTEROTOMIA EXTRAPERITONEAL, han caído en descrédito y han sido reemplazados por la llamada operación Cesárea Cervical baja. Esta última técnica, con leves modificaciones, fue difundida en los Estados Unidos por Beck, De Lee y otros Tocólogos, dándosele preferencia en los casos infectados y potencialmente infectados.

La operación Cesárea Cervical baja y Transperitoneal con cierre extraperitoneal de la incisión uterina, que es la base de las intervenciones más difundidas y frecuentemente efectuadas en la actualidad, fue introducida por KRONING en 1912. La operación Cervical baja de Kröning, ha resultado de utilidad máxima, porque disminuye las adherencias del intestino a la incisión uterina, produce mejor cicatrización y es más difícil que experimente rotura en gestaciones o partos ulteriores.

En síntesis podemos decir que la operación Cesárea abdominal es una de las operaciones más antiguas de la obstetricia. La evolución sufrida por esta operación ha sido muy accidentada y su ejecución muy arriesgada, pudiendo establecerse apenas en la segunda mitad del siglo XIX, como consecuencia de varios progresos, tales como: la asepsia quirúrgica, anestésica, bancos de sangre, y el descubrimiento de an-

tibióticos. Tales progresos están ligados a los nombres de -- SEMMEWEISS, LISTER, PASTEUR, KEHRER Y SONGER.

La historia contemporánea de la Cesárea Abdominal pertenece a los años corridos del siglo que vivimos y a ella están ligados los nombres de figuras de mayor relieve en Obstetricia mundial incorporada definitivamente a la cirugía obstétrica.

En Centro América la primera operación Cesárea fue practicada en 1871 por el Dr. Eligio Baca, pero no fue sino hasta treinta y cuatro años más tarde en 1905 que el Doctor Juan J. Ortega ejecutó la primera Cesárea Corporea en el Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala.

Transcurrieron 14 años antes de que se practicara la segunda intervención Cesárea en nuestro país. Esta segunda Cesárea Corporea la practicó el Dr. Lizardo Estrada en el año de 1919 en la desaparecida maternidad JOAQUINA. Introduciendo en 1942, el Dr. Ricardo Alvarez Orantes la técnica de Waters para la Cesárea Extraperitoneal.

De los servicios asistenciales actuales, ya como parte del régimen de seguridad social, vigente en el país, la primera operación Cesárea fue practicada en el Centro Materno Infantil el día 2 de Junio de 1953.

En el Hospital Roosevelt del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la primera operación Cesárea se practicó el 16 de Diciembre de 1955, por el Dr. Arturo Zeceña, en tanto que en el Hospital General, en el que se ejecutó la primera operación Cesárea en Guatemala, la sección de Obstetricia fue organizada e inaugurada el día 1o. de Agosto de 1968. Siendo dos días después que el Dr. Luis Augusto Carriello Reeves practicó la primera operación Cesárea ya como parte de este servicio médico hospitalario organizado.

### Definición de Anestesia Epidural:

La anestesia epidural espinal es aquella producida por la introducción de una solución anestésica dentro del espacio epidural, la cual actúa directamente sobre los nervios dentro del espacio y aún mucho más allá de donde la duramadre se fusiona con el perineuro o pasando el material anestésico a través de la dura que actúa como una membrana parcialmente permeable. Provee anestesia y relajación satisfactoria sin comprometer la respiración y puede mantenerse durante un tiempo extraordinariamente largo, el bloqueo comprende desde los últimos segmentos cervicales al plexo coccigeo.

### Historia de la Anestesia Epidural:

La historia de la anestesia epidural puede considerarse internacional, pues científicos e investigadores Europeos, norte y sudamericanos han contribuido a su perfección y difusión.

Es justo referir su historia pagando así un merecido tributo a sus creadores y a quienes contribuyeron con su esfuerzo hasta llevarla al estado actual, es de lamentar que la poca bibliografía encontrada al respecto nos haga omitir involuntariamente nombres de médicos que contribuyeron en alguna etapa al perfeccionamiento de la técnica.

Está aceptado que Corning fue quien originó la anestesia epidural en 1885 al inyectar soluciones de clorhidrato de Cocaína entre las apófisis espinosas de las vértebras dorsales inferiores en perros.

Sin embargo no está aceptada a la fecha de que halla llegado con sus soluciones al espacio epidural.

Los Franceses Sicard y Cathelin en 1901 aparecen como los

primeros en producir anestesia en seres humanos mediante la inyección de solución de Cocaína a través del hiato Sacro. Debido a la gran Toxicidad de la Cocaína único anestésico local inyectable que se empleaba entonces, no pudieron obtener un efecto anestésico suficiente para practicar una operación.

Sicard fue pues el explorador, de la vía caudal y cinco años más tarde, en forma separada, con Forestein quien encontró la vía interespinosa.

En 1920 Fidel Pages (España) señaló la posibilidad de practicar la punción en el espacio peridural sin lesionar las duramadres, usando la vía interespinosa para llegar al espacio peridural. Hizo una publicación describiendo sus resultados satisfactorios en Cirugía abdominal pero aparentemente no se le prestó atención a sus trabajos. Pese a estos halagados resultados, no fue sino hasta 1931 cuando Dogliotti, Cirujano Italiano basándose en esta idea, practicó investigaciones anatómicas y elaboró una técnica de punción tan práctica para la aplicación de la anestesia peridural por vía interespinosa que se popularizó ampliamente, estableciendo así la base de lo que llamó "Anestesia Peridural Segmentaria".

La evolución posterior a este tipo de anestesia se caracterizó por el perfeccionamiento de la técnica y los esfuerzos encaminados a limitar la zona anestesiada de las proporciones convenientes para cada operación y disminuir el número de fracasos. Posteriormente han surgido numerosas modificaciones y mejor mencionaremos las más significativas.

En 1941 Hingson y Southworth introdujeron el bloque caudal continuo, Curbello adoptó la técnica del cateter de Tuohy al bloque peridural.

Después de este período es de creer que la populariza-

ción de la anestesia peridural más que a mejoras en la técnica sea debido a que varias firmas farmacéuticas han desarrollado anestésicos más activos, más rápidos, menos tóxicos y por consiguiente más seguros.

La anestesia epidural es llamada también peridural, extradural o interdural, se intentó designar así a todos los métodos en los que se practica una anestesia regional en el espacio comprendido entre las duramadres y el bloqueo de los nervios-raquídeos.

### TECNICA ANESTESICA EPIDURAL:

El espacio epidural es una región rodeada de tejido laxo que presenta poca resistencia a la propagación de cambios de la presión hidrostática que ocurren en la región subaracnoidea; rodea a la duramadre y ambos compartimientos están encerrados dentro de un tejido altamente resistente a la transmisión de estos cambios (hueso), y por consiguiente para localizar el espacio epidural; los métodos se basan en la identificación del paso de una aguja, de los tejidos de alta resistencia a los de baja resistencia.

### Posición y puntos de Referencia:

El paciente se coloca de preferencia en decúbito lateral derecho o izquierdo, lo más cerca posible del borde de la mesa de operaciones, con los muslos y piernas fuertemente flexionados sobre el abdomen y la cabeza sobre el tórax, para tratar de abrir lo más que se pueda los espacios intervertebrales y facilitar así la introducción de la aguja al espacio epidural; el paciente en ligera posición de Trendelenburg para disminuir la presión del líquido Cefalorraquídeo en el sitio de la punción. Se recomienda cinco grados.

### Sitio de Punción:

La elección del sitio de punción es importante para que se usen cantidades pequeñas de anestésico y que el área del bloqueo esté limitado al campo operatorio con un máximo de relajación y analgesia, por consiguiente punciones entre C 7 y T 3, son recomendables para operaciones altas -- (Torácicas), entre T 4 y T 10, para operaciones abdominales -- altas; T 10 y L 5 y S 1, para operaciones abdominales bajas e intervenciones de los miembros inferiores y regiones perianales.

Las punciones de las regiones torácicas, bajas y de las regiones lumbares son fáciles y seguras debido a la inclinación favorable de las apófisis espinosas y al grosor de los ligamentos interespinosos; por otra parte, el volumen del espacio epidural es mucho mayor en estas regiones y si es necesario elevar más alto el bloqueo, lo único que se aumenta es el volumen de la solución analgésica inyectada aunque debe hacerse con cuidado, ya que pueden alcanzarse dosis tóxicas en cuyo caso será preferible escoger un sitio de punción que corresponda mejor al área operatoria, además los bloqueos localizados comprometen menos los nervios simpáticos y causarán menos hipotensión que los bloqueos extensos.

La presión del líquido Cefalorraquídeo distendiendo la duramadre eleva el volumen del espacio subaracnoideo disminuyendo así, el espacio epidural; por consiguiente el paciente debe estar en tal posición que el sitio de punción se encuentre por arriba más bien que por debajo del volumen mayor del líquido Cefalorraquídeo para que la tensión de la duramadre sea menor y aumente el espacio epidural, sin embargo la inclinación cefálica no debe exagerarse, pues al puncionar accidentalmente la duramadre no se obtendrá líquido Cefalorraquídeo por lo bajo de la presión y conducirá a errar sobre la localización exacta de la aguja, produ-

ciendo inadvertidamente un bloqueo masivo Sub-aracnoideo con sus complicaciones.

### Procedimiento:

El anestesista debe seguir las técnicas de asepsia de sala de operaciones. Se efectúa una cuidadosa antisepsia de la región, se coloca un campo estéril en el ángulo que forma el paciente y la mesa de sala de operaciones y un campo hendido sobre la región escogida para la punción, recomendado que la endidura-exponga por lo menos tres espacios. Se identifican las apófisis espinosas y el espacio interespinoso y con aguja No. 23 se infiltra una pápula de piel y de tejido celular subcutáneo sobre el espacio correspondiente de 1.5 centímetros de diámetro.

Se inspecciona la aguja de TUOHY, su permeabilidad y un buen ajuste del mandril. Se toma la aguja entre los dedos pulgar, índice y medio y se introduce en el ligamento interespinoso con el bisel paralelo a las fibras del mismo y a una profundidad de 1.5 centímetros, cuando se ha introducido correctamente la aguja tiene que dar una sensación de fijesa peculiar permaneciendo perpendicular al eje transversal del paciente y perfectamente paralela al plano horizontal. Se rota luego la aguja 90 grados para que el bisel quede hacia la cabeza o hacia la región caudal del paciente, se le dá luego la inclinación que corresponde al espacio interespinoso en que se está trabajando, se retira el mandril y se adapta una jeringa de 10 cc., que contiene 4 cc., de solución salina, solución analgésica o agua tridestilada y 2 c.c., de aire (se prefiere la solución salina o la analgésica dado que produce menos molestias al causar la distensión brusca del espacio epidural.

Se toma la aguja entre el pulgar y el índice, en la unión del pabellón con el eje y la mano en posición supina apoyando al dorso de la misma sobre el paciente, la otra mano sostiene la jeringa ejerciendo constantemente presión sobre el émbolo; el-

avance de la aguja y del émbolo están ahora sujetos a la acción de las fuerzas completamente independientes pero perfectamente coordinadas. El agarre de la aguja debe ser firme y seguro evitando movimientos temblorosos, el avance debe ser controlado y lento, accionado por la mano que sostiene la aguja mientras que la otra está ejerciendo presión intermitente sobre el émbolo de la jeringa; al principio del avance no se aprecia ningún cambio de presión y únicamente hay resistencia uniforme a la introducción del líquido pero de pronto toda resistencia cede y el émbolo de la jeringa salta hacia adelante inyectando la solución con suma facilidad como si estuviera en un espacio vacío, en ese momento debe detenerse la introducción de la aguja pues se encuentra en el espacio epidural, se retira la jeringa con un movimiento rotatorio y se efectúan las pruebas correspondientes.

La pérdida de resistencia varía de uno a otro paciente y durante la introducción de la aguja puede suceder que:

- A) La resistencia a la inyección es uniforme y sostenida a través de todo el espacio y únicamente cede al encontrar el espacio epidural.
- B) La resistencia del espacio interespinoso es moderado, se hace mayor al alcanzar el ligamento amarillo y cede al entrar al espacio epidural.
- C) En pacientes delgados y musculosos después de una resistencia inicial marcada la inyección se hace mucho más fácil debido a un adelgazamiento de los tejidos ligamentarios de la vecindad o músculos hipetrofiados; esta disminución de la resistencia es solo relativa y muy diferente a la sensación de vacío que dá al entrar en el espacio epidural. Si la inyección se hace en la región muscular, el líquido bajo la presión tenderá a gotear de vuelta al desconectar la jeringa y nuevamente aparecerá la resistencia al llegar al li-

gamento amarillo para desaparecer súbitamente al entrar en el espacio epidural. La falsa pérdida de resistencia no es frecuentemente encontrada, pero puede dar lugar a confusión principalmente cuando se usan agujas delgadas; agujas gruesas tamaño 16 ó 17 trocar son más adecuadas para apreciar las variaciones de resistencia e identificar el espacio epidural con más confianza, siendo este método el más usado en el Hospital General para encontrar el espacio epidural.

Se encuentran otros métodos como los siguientes:

- a) La Técnica de Gutiérrez
- b) La Técnica de Odom
- c) El Indicador de Mc. Intosh.-

#### DOSIS Y COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA EPIDURAL:

El bloqueo lumbar epidural es un método anestésico muy atractivo y de uso creciente, siendo la dosis requerida en total, pequeña y su absorción lenta.

Por tanto para reducir aún más estos riesgos, no deben usarse dosis excesivas, siendo la más usada en el Departamento de Anestesia del Hospital General "San Juan de Dios", la dosis de 14 a 16 cc., de Lidocaína al 2%, es decir de 280 mgs, a 320 mgs., el uso de epinefrina para prolongar su acción local y retrasar su acción sistemática acompaña a la Lidocaína en concentración al 1 por 200,000 mgs.

La técnica es la de Sicard, y se usa una jeringa de 10 cc., inyectando el anestésico a una velocidad de 8 a 10 segundos.

Con respecto a las complicaciones generales, de la anestesia Epidural, mencionaremos las más importantes:

- 1.- Hipotensión, la cual depende de cuatro factores.
  - a) Sobredosis
  - b) Estado de Hidratación del Paciente (volemia)
  - c) Tono vasomotor
  - d) Medicación anterior al uso de la anestesia
- 2.- Depresión Respiratoria, que es consecuente a:
  - a) Compromiso motor de los músculos respiratorios
  - b) Sensibilidad individual
  - c) Anafilaxis
- 3.- Convulsiones
- 4.- Perforación de la duramadre
- 5.- Punción del plexo peridural y administración del anestésico directo a la circulación sanguínea.

Objetivo General:

"ANALIZAR LA EFICACIA DE LA ANESTESIA EPIDURAL, EN LA OPERACION CESAREA, EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE GUATEMALA".

Objetivos Específicos:

- 1.- Analizar la eficacia de la anestesia epidural en la operación Cesárea, usando como parámetro único el APGAR de los Recién Nacidos.
- 2.- Analizar la frecuencia de la anestesia Epidural en la operación Cesárea.

MATERIAL Y METODOS:

- 1.- Se revisaron retrospectivamente 976 fichas clínicas de las pacientes que durante el período del primero de Enero de 1976 al treinta de Junio de 1978, consultaron a la sala de Maternidad del Hospital General "San Juan de Dios" y se les efectuó Cesárea, con diferentes tipos de Anestesia.
- 2.- Se revisaron los libros de nacimientos de la sala de Maternidad del Hospital General "San Juan de Dios".
- 3.- Se revisaron los libros de registro de Operación Cesárea de la sala de Maternidad del Hospital General "San Juan de Dios".
- 4.- Se revisó el archivo del Hospital General "San Juan de Dios".
- 5.- Se revisaron las fichas de los Recién Nacidos en los archivos del mismo Hospital.
- 6.- Se omitió del trabajo FETOS NACIDOS MUERTOS -- (mortinatos).

RESULTADOS:

De la revisión retrospectiva se obtuvo los siguientes datos:

De 7,932 nacimientos atendidos en el servicio de Maternidad, 976 nacimientos fueron por Cesárea, lo que nos proporciona un 12.30% siendo éste un porcentaje global, del período del 1o. de Enero de 1976 al 30 de Junio de 1978, por lo que hemos decidido separarlo por años para una clasificación mejor.

A continuación principiamos por el año 1976 con las diferentes características de los pacientes a quienes se les efectuó Operación Cesárea.

AÑO 1976 DE ENERO A DICIEMBRE

Nacimientos atendidos en el Hospital General "San Juan de Dios" durante el período del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1976.

NACIMIENTOS	No.	%
Partos Vaginales	2,231	87.15
Cesáreas	329	12.85
T o t a l	2,560	100.00

Comentario:

Con respecto a los partos vaginales se encuentran incluidos los nacimientos Eutócicos y Distócicos. Llama la

atención que de las 329 Cesáreas, 133 fueron Primigestas, lo que nos proporciona un porcentaje de 40.43, mientras que multiparas fueron 196, lo que nos da un porcentaje de 59.57.

Otro dato interesante es que todas las Cesáreas fueron Segmentarias Transperitoneales.

Semanas de Gestación de las Pacientes a quienes se les practicó Cesárea en el Hospital General en el Período de Enero a Diciembre de 1976.

Intervalo de Semanas de Gestación	No.	%
De 31 a 35 Semanas	5	1.52
De 36 a 40 Semanas	286	86.93
De 41 a 45 Semanas	38	11.55
T o t a l	329	100.00

Comentario:

Es de hacer notar que dentro del cuadro anterior la calificación del tiempo del embarazo fue hecho por altura uterina y/o última regla, ello sirvió de base para determinar en qué fase del embarazo se encontraban las pacientes a la fecha en que se les efectuó la Operación Cesárea.-

Las semanas de Gestación oscilaron entre 32 semanas y 45.

Grupos Etarios de las pacientes a quienes se les Efectuó Cesárea en el Hospital General durante el Año de 1976.

Edades de las Pacientes	No.	%
De 10 a 20 años	105	31.91
De 21 a 30 años	164	49.85
De 31 a 40 años	50	15.20
De 41 a 50 años	3	0.91
Sin Información	7	2.13
T o t a l	<u>329</u>	<u>100.00</u>

Comentario:

La edad osciló entre 14 años y 48. Donde se lee sin información corresponde al período del Terremoto.

Indicaciones para efectuar Cesárea en las Pacientes del Hospital General en el año de 1976.

Indicaciones de Cesárea	No.	%
Cesárea Anterior	126	25.10
Estrechés Pélvica	100	19.92
Sufrimiento Fetal	56	11.16
Falta de Progresión	49	9.76
Enclavamiento en Posterior	30	5.98
Desproporción Cefalo-Pélvica	23	4.58
Presentación Pélvica	19	3.78
Situación Transversa	13	2.59
Placenta Previa	9	1.79
Otras Indicaciones	77	15.34
T o t a l	<u>502</u>	<u>100.00</u>

Comentario:

En el Cuadro anterior se observa que son un total de 502 - Indicaciones de Cesáreas y que en este año, solo se efectuaron 329 Cesáreas, esto se debe a que en algunas pacientes se presentaron más de una indicación para efectuarle la Cesárea.

Donde se lee otras indicaciones, se encuentran: Eclamsia - Prolapso del Cordon, Inminente Ruptura Uterina, Circular al Cuello, etc.-

Clasificación de Anestias efectuadas en el Hospital General en el año 1976.

Anestias	No.	%
Epidurales	238	71.90
Generales	81	25.08
Mixtas	10	3.02
T o t a l	329	100.00

Comentario:

En el cuadro anterior observamos el incremento de la anestesia Epidural, con lo que podemos tomarla como la -- Anestesia de mayor aceptación en el Hospital General "San Juan de Dios" para el procedimiento de la Operación Cesárea.--

En el cuadro se lee Anestesia Mixta, que comprende -- las Anestias Epidurales fallidas y que se complementan -- con Anestesia General, nosotros las hemos llamado así para facilitar este estudio.

Tabla de Apareamiento de Anestesia Epidural y General y las Indicaciones de Cesárea en el año 1976.--

Anestesia Epidural.--

Indicaciones	No.	%
Cesárea Anterior	126	52.94
Estrechés Pélvica	39	16.39
Falta de Progresión	22	9.24
Sufrimiento Fetal	15	6.30
Desproporción Cefalo-Pélvica	9	3.78
Situación Transversa	7	2.94
Presentación Pélvica	5	2.10
D.P.P.N.I.	3	1.26
Enclavamiento en Posterior	2	0.84
Otras Indicaciones	10	4.21
T o t a l	238	100.00

Anestesia General:

Indicaciones--	No.	%
Sufrimiento Fetal	40	49.38
Cesárea Anterior	13	16.04
Estrechés Pélvica	5	6.17
Placenta Previa	5	6.17
Falta de Progresión	4	4.94
Situación Transversa	4	4.94
Eclampsia	2	2.47
Enclavamiento en Posterior	2	2.47
D.P.P.N.I.	1	1.23
Otras Indicaciones	5	6.19
T o t a l	81	100.00

Comentario:

Para una aclaración al lector, estas tablas se hicieron con la principal indicación, con la que se efectuó la Cesárea y es de hacer notar que la principal indicación en Anestesia General es sufrimiento Fetal.

Tabla de Anestesia Epidural y General del año 1976 con APGAR al Minuto y a los cinco Minutos

Anestesia Epidural.

APGAR	Al Mi- nuto	%	Cinco Minutos	%
0 - 3	8	3.36	0	0
4 - 6	65	27.31	4	1.68
7 - 10	165	69.33	234	98.32
Total	238	100.00	238	100.00

Anestesia General.

APGAR	Al Mi- nuto	%	Cinco Minutos	%
0 - 3	10	12.05	1	1.21
4 - 6	30	36.14	6	7.23
7 - 10	43	51.81	76	91.56
Total	83	100.00	83	100.00

Comentario:

En el cuadro de Anestesia General, se han agregado dos neónatos por gemelaridad.

Peso de Recién Nacidos en Cesárea en el Hospital General en el año 1976.

Intervalo de Peso en los neonatos	No.	%
De 2 a 4 libras	3	0.94
De 4.1 a 6 libras	78	24.30
De 6.1 a 8 libras	211	65.73
De 8.1 a 10 libras	26	8.09
Sin datos	3	0.94
T o t a l	321	100.00

Comentario:

El peso de los Neonatos osciló entre 2.6 libras y 9.12 libras, - el porcentaje es con respecto al total de nacimientos por Cesárea - solo de Anestesia General y Epidural. 321 por haberse efectuado - dos Cesáreas por Gemelaridad. Con respecto al sexo de los Neona - tos fueron 171 del sexo masculino que nos proporciona el 53.27% y 150 corresponden al sexo femenino que nos dan el 46.73%.

AÑO DE 1977:

En el año de 1977, se tabularon los siguientes datos que nos - proporcionan los cuadros que a continuación se exponen, princi - piando desde el primero de Enero y finalizando el Treinta y uno de Diciembre.

Nacimientos atendidos en el Hospital General en el año 1977.-

Pacientes	No.	%
Partos Vaginales	2,478	85.04
Cesáreas	436	14.96
T o t a l	2,914	100.00

Comentario:

Con respecto a los partes vaginales se encuentran incluidos los nacimientos Eutócicos y Distócicos. De las pacientes-Cesareadas 168 fueron pacientes Primigestas que nos proporciona un porcentaje de 38.53% y 268 pacientes que fueron multiparas que nos da un porcentaje de 61.47. Con respecto a la Histerotomía 424 fueron Cesáreas Segmentarias Transperitoneales que nos proporciona un porcentaje de 97.24, mientras que las Cesáreas Corporeas fueron 6, lo que nos da el 1.38%, y las Cesáreas Histerectomías fueron 6, lo que nos da un 1.38%.

Grupo Etario de las Pacientes a quienes se practicó Cesárea en el Hospital General en el año 1977.-

Edades de las Pacientes	No.	%
De 10 a 20 años	151	34.63
De 21 a 30 años	218	50.00
De 31 a 40 años	64	14.68
De 41 a 50 años	1	0.23
Sin Información	2	0.46
T o t a l	436	100.00

Comentario:

Las edades de las pacientes oscilaron entre catorce años la más joven y 43 años la más anciana.

Semanas de Gestación de las Pacientes a quienes se les practicó Cesárea en el Hospital General en el año de 1977.-

Semanas de Gestación	No.	%
De 26 a 30 semanas	7	1.61
De 31 a 35 semanas	15	3.44
De 36 a 40 semanas	360	82.57
De 41 a 45 semanas	48	11.00
Sin Información	6	1.38
T o t a l	436	100.00

Comentario:

Es de hacer notar que dentro del cuadro anterior, la calificación del tiempo de embarazo fue hecha por altura uterina y/o última regla, ello sirvió de base para determinar en qué fase del embarazo se encontraban las pacientes a la fecha en que se les efectuó la Cesárea.

Las semanas de gestación oscilaron entre 32 y 45. Las siete pacientes que se observan en la casilla de 26 semanas a 30, fueron intervenidas por enfermedades maternas; tales como D.P.P.N.I. y Placenta previa, etc.

Indicaciones para efectuar Cesárea en las Pacientes del Hospital General en el año de 1977.-

Indicaciones de Cesárea	No.	%
Cesárea Anterior	140	20.96
Estrechés Pélvica	121	18.11
Sufrimiento Fetal	110	16.47
Falta de Progresión	68	10.18
Presentación Pélvica	42	6.29
Desproporción Cefalo-Pélvica	36	5.38
Enclavamiento en Posterior	25	3.74
Situación Transversa	16	2.40
Placenta Previa	13	1.95
Otras Indicaciones	97	14.52
T o t a l	668	100.00

Comentario:

En el cuadro anterior se observa que son un total de 668 indicaciones de Cesárea, y que en 1977 solo se efectuaron - 436 Cesáreas, y al igual que en el año anterior, ésto se debió a que algunas pacientes presentaron más de una indicación - para efectuarle la Cesárea. Donde se lee otras indicaciones, se encuentran: Eclampsia, D.P.P.N.I., etc.

Tabla de Apareamiento de Anestesia Epidural y General y las - Indicaciones de Cesárea en el año de 1977.-

Anestesia Epidural

Indicaciones	No.	%
Cesárea Anterior	108	40.30
Estrechés Pélvica	42	15.67
Sufrimiento Fetal	28	10.45
Falta de Progresión	26	9.70
Desproporción Céfalo-Pélvica	18	6.72
Presentación Pélvica	13	4.85
Situación Transversa	6	2.24
Ammioititis	4	1.49
Enclavamiento en Posterior	4	1.49
Otras Indicaciones	19	7.09
T o t a l	268	100.00

Anestesia General

Indicaciones	No.	%
Sufrimiento Fetal	76	55.07
Cesárea Anterior	14	10.14
Estrechés Pélvica	12	8.69
Placenta Previa	8	5.80
Situación Transversa	8	5.80
Prolapso del Cordón	3	2.17
Falta de Progresión	1	0.73
Enclavamiento en Posterior	1	0.73
Eclampsia	1	0.73
Otras Indicaciones	14	10.14
T o t a l	138	100.00

Comentario:

Para una aclaración al lector, estas tablas se hicieron con la principal indicación, con la que se efectuó la Cesárea y es de hacer notar que la principal indicación en Anestesia General vuelve a ser Sufrimiento Fetal.

Clasificación de Anestias efectuadas en el Hospital General en el año 1977

Anestias	No.	%
Epidurales	268	61.47
Generales	138	31.65
Mixtas	29	6.65
Raquideas	1	0.23
<b>T o t a l</b>	<b>436</b>	<b>100.00</b>

Comentario:

En el cuadro anterior volvemos a observar que la anestesia Epidural vuelve a ser la de mayor prioridad con respecto a los demás tipos de anestesia utilizados.

Tabla de Anestesia Epidural y General del año 1977 con APGAR al Minuto y a los Cinco Minutos.

Anestesia Epidural

APGAR	Al Mi- nuto	%	Cinco Minutos	%
0 - 3	18	6.64	4	1.48
4 - 6	67	24.72	7	2.58
7 - 10	186	68.64	260	95.94
<b>T o t a l</b>	<b>271</b>	<b>100.00</b>	<b>271</b>	<b>100.00</b>

Anestesia General.

APGAR	Al Mi- nuto	%	Cinco Minutos	%
0 - 3	18	13.05	3	2.18
4 - 6	55	39.85	7	5.07
7 - 10	65	47.10	128	92.75
<b>T o t a l</b>	<b>138</b>	<b>100.00</b>	<b>138</b>	<b>100.00</b>

Comentario:

Hay que tomar en cuenta que este año hubo 3 Cesáreas por gemelaridad con Anestesia Epidural.

Cuadro de Peso de Recién Nacidos en Cesárea en el Hospital General en el año 1977.

<u>Intervalo de Peso en los Neonatos</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
De 2 a 4 libras	12	2.93
De 4.1 a 6 libras	92	22.49
De 6.1 a 8 libras	262	64.06
De 8.1 a 10 libras	27	6.60
Sin Información	16	3.92
<b>T o t a l</b>	<b>409</b>	<b>100.00</b>

Comentario:

El peso de los Recién Nacidos oscila entre 2.8 y 10 libras. El porcentaje con respecto al total de nacimiento por Cesárea con Anestesia General y Epidural que son 409, dado que en este período hubo tres Cesáreas por gemelaridad.

Con respecto al sexo de los Neonatos, 237 fueron masculinos que nos proporciona un 57.95%, mientras que 172 fueron de sexo femenino que nos proporcionan el 42.05%. - Es de hacer notar que en el cuadro anterior se encuentran solo los neonatos de Anestesia General y Epidural.

AÑO DE 1978:

En el año de 1978, se tabularon los siguientes datos que nos proporcionan los cuadros que a continuación se exponen y que a la vez se comentan, principiando desde el primero de Enero y finalizando el treinta de Junio.-

Nacimientos atendidos en el Hospital General en el Año de 1978.

<u>Nacimientos</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Partos Vaginales	2,247	91.42
Cesáreas	211	8.58
<b>T o t a l</b>	<b>2,458</b>	<b>100.00</b>

Comentario:

En los partos vaginales se incluyen los partos Eutócicos y -- Distócicos. De las Cesáreas efectuadas, 206 fueron Segmentarias Transperitoneales, que nos proporcionan el 97.63%, 4 fueron Cesáreas Corpóreas que nos dan el 1.90% y solamente hubo una Cesárea Histerectomía que nos proporciona el 0.47%.

Grupo Etario a quienes se les efectuó Cesárea en el Hospital General en el año 1978.

Edad de las Pacientes	No.	%
De 10 a 20 años	80	37.91
De 21 a 30 años	98	46.45
De 31 a 40 años	30	14.22
De 41 a 50 años	3	1.42
<b>T o t a l</b>	<b>211</b>	<b>100.00</b>

Comentario:

La edad de las pacientes osciló entre 13 años que fue la más joven y 44 años la de más edad, de las 211 pacientes, 71 fueron pacientes primigestas, lo que nos proporciona un porcentaje de 33.65%, mientras que multíparas fueron 140 que nos da el 66.35%.

Semanas de Gestación de las Pacientes a quienes se les practicó Cesárea en el Hospital General en el año de 1978.-

Semanas de Gestación	No.	%
De 26 a 30 Semanas	4	1.90
De 31 a 35 Semanas	13	6.16
De 36 a 40 Semanas	170	80.57
De 41 a 45 Semanas	24	11.37
<b>T o t a l</b>	<b>211</b>	<b>100.00</b>

Comentario:

En el cuadro anterior el parámetro del tiempo de embarazo fue determinado por altura uterina y/o última regla, ello nos puso de manifiesto en qué fase de la gestación se encontraba la paciente, cuando se le practicó la Operación Cesárea.

La edad de semanas de Gestación osciló entre 28 semanas y 43 semanas. Siendo el mayor porcentaje en embarazos a término.

Indicaciones de Cesárea	No.	%
Cesárea Anterior	80	25.48
Estrechés Pélvica	39	12.42
Desproporción Céfalo-Pélvica	37	11.78
Sufrimiento Fetal	36	11.46
Falta de Progresión	34	10.83
Presentación Pélvica	19	6.05
Situación Transversa	11	3.50
Eclampsia	9	2.87
Circular al cuello	7	2.23
Otras Indicaciones	42	13.38
<b>T o t a l</b>	<b>314</b>	<b>100.00</b>

Comentario:

En el cuadro anterior se interpreta que las 211 pacientes cesareadas en el período de 1978, presentaron varias indicaciones de Cesárea, a la vez donde se lee otras indicaciones, se encuentran incluidas D.P.P.N.I., enclavamiento en Posterior, Prolapso del Cordón, etc.

Tabla de apareamiento de Anestesia Epidural y General y las Indicaciones de Cesárea en el año 1978.-

Anestesia Epidural

Indicaciones	No.	%
Cesárea Anterior	58	46.40
Desproporción Cefalo-Pélvica	22	17.60
Sufrimiento Fetal	10	8.00
Estrechés Pélvica	10	8.00
Falta de Progresión	6	4.80
Situación Transversa	5	4.00
Presentación Pélvica	5	4.00
Eclampsia	1	0.80
Ammioitís	1	0.80
Otras Indicaciones	7	5.60
<b>T o t a l</b>	<b>125</b>	<b>100.00</b>

Anestesia General

Indicaciones	No.	%
Sufrimiento Fetal	26	36.11
Cesárea Anterior	12	16.67
Desproporción Cefalo-Pélvica	7	9.72
Falta de Progresión	6	8.33
Presentación Pélvica	4	5.55
Eclampsia	3	4.17
Estrechés Pélvica	2	2.78
D.P.P.N.I.	2	2.78
Situación Transversa	2	2.78
Otras Indicaciones	8	11.11
<b>T o t a l</b>	<b>72</b>	<b>100.00</b>

Comentario:

Para una aclaración al lector, estas tablas se hicieron con la principal indicación, con la que se efectuó la Cesárea y es de hacer notar que la principal indicación en Anestesia General vuelve a ser Sufrimiento Fetal.-

Clasificación de Anestias efectuadas en el Hospital General en el año 1978.-

Anestias	No.	%
Epidurales	125	59.24
Generales	72	34.13
Mixtas	11	5.21
Raquídeas	3	1.42
<b>T o t a l</b>	<b>211</b>	<b>100.00</b>

Comentario:

Podemos apreciar que la anestesia Epidural, continúa a la cabeza con respecto a los diferentes tipos de anestesia, correspondiéndole esta vez más de la mitad del total de anestias.-

Tabla de Anestesia Epidural y General del año 1978 con APGAR al Minuto y a los Cinco Minutos.

Anestesia Epidural

APGAR	Al Mi- nuto	%	Cinco Minutos	%
0 - 3	2	1.59	1	0.79
4 - 6	34	26.98	2	1.58
7 - 10	90	71.43	123	97.61
Total	126	100.00	126	100.00

Anestesia General

APGAR	Al Mi- nuto	%	Cinco Minutos	%
0 - 3	12	16.43	1	1.37
4 - 6	20	27.39	11	15.07
7 - 10	41	56.16	61	83.56
Total	73	100.00	73	100.00

Comentario:

Como se observa en el cuadro anterior de Anestesia Epidural en este año se le agregó un gemelo al total de Neonatos.

En Anestesia General también se agregó 1 gemelo.-

Cuadro de Peso de Recién Nacidos en Cesárea en el Hospital General en el año 1978.-

Peso en Intervalos de los Neonatos	No.	%
De 1 a 4 libras	8	4.02
De 4.1 a 6 libras	42	21.11
De 6.1 a 8 libras	115	57.79
De 8.1 a 10 libras	32	16.08
Sin Información	2	1.00
Total	199	100.00

Comentario:

El peso de los Neonatos oscila entre 1.8 libras y 9.4 libras, el porcentaje es con respecto al total de Nacimientos por Cesárea con Anestesia General y Epidural que son 199, dos más que las Cesáreas efectuadas con general y epidural, por haberse realizado dos por gemelaridad.

Con respecto al sexo de los Neonatos, fueron 106 del sexo masculino que nos proporciona un porcentaje de 53.77, mientras que de sexo femenino fueron 93 que nos da el 46.73 %.-

Para dar mayor facilidad al lector de esta tesis, hemos querido reunir en un sólo cuadro el número total de Cesáreas, Nacimientos, Anestесias, Indicaciones de Cesárea y Agpar de los Recién Nacidos, de los treinta meses de estudio, mismos que comprenden desde el primero de Enero de 1976 al treinta de Junio de 1978.-

Nacimientos en los 30 meses de Estudio en el Hospital General San Juan de Dios.-

Nacimientos	No.	%
Partos Vaginales	6,956	87.70
Cesáreas	976	12.30
<b>T o t a l</b>	<b>7,932</b>	<b>100.00</b>

Comentario:

En el cuadro anterior se observa que el porcentaje de Cesáreas efectuadas en el período de estudio es igual con respecto a la literatura revisada.-

Tipos de Anestesia efectuados en el Hospital General durante los 30 meses de estudio.

Anestiasias	No.	%
Epidurales	631	64.65
Generales	291	29.82
Mixtas	50	5.12
Raquideas	4	0.41
<b>T o t a l</b>	<b>976</b>	<b>100.00</b>

Comentario:

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, la Anestesia de más aceptación para Cesárea, fue la Epidural.

Semanas de Gestación de las Pacientes a quienes se les practicó Cesárea en el Hospital General en los 30 meses de estudio.

Semanas de Gestación	No.	%
De 26 a 30 semanas	11	1.13
De 31 a 35 semanas	33	3.39
De 36 a 40 semanas	816	83.60
De 41 a 45 semanas	110	11.27
Sin Información	6	0.61
<b>T o t a l</b>	<b>976</b>	<b>100.00</b>

Como se observa en el cuadro anterior, el mayor número de pacientes cesareadas estuvieron comprendidos en el período -- gestacional a término.

Grupos Etarios a quienes se les efectuó Cesárea en el Hospital General en los 30 meses de estudio.

Edad de las Pacientes	No.	%
De 10 a 20 años	336	34.12
De 21 a 30 años	480	50.00
De 31 a 40 años	144	14.25
De 41 a 50 años	7	0.71
Sin Información	9	0.92
<b>T o t a l</b>	<b>976</b>	<b>100.00</b>

La frecuencia mayor de pacientes cesareadas comprende en el grupo Etario de 21 a 30 años.-

Como lo hemos dicho en nuestro objetivo específico, uno de los parámetros para evaluar la eficacia de la Anestesia -- Epidural en la operación Cesárea, es comparar el APGAR de los Recién Nacidos en los que se efectuó la operación con -- Anestesia Epidural contra los que se efectuó la operación con anestesia General, estando convencidos plenamente que existen una serie de variantes que podrían influir en la disminución del APGAR, del Recién Nacido, así como el puntaje dado por cada examinador, por lo cual se revisó papeleta por papeleta de los Recién Nacidos severa y moderadamente deprimidos, tratando de buscar algunas interferencias de la Anestesia Epidural sobre el Neonato. No pudiendo detectar ningún caso presumible de que la anestesia Epidural influyera sobre el Recién Nacido, y encontrando como causas de depresión, entidades obstétricas no relacionadas con la anestesia como por ejemplo: Insuficiencia Placentaria, Sufrimiento Fetal Agudo, etc.

En cuanto a la anestesia General, no se puede ser tan categórico, ya que el pasaje de anestésicos sistémicos por la barrera placentaria es de todos conocida, aunque las causas de depresión del Recién Nacido encontradas, también fueron obstétricas. No pudiendo determinar del todo la poca o nada influencia de la anestesia General.

Queremos dejar constancia que en una futura publicación trataremos de demostrar la influencia de las indicaciones obstétricas en Cesárea contra los dos tipos de anestesia -- utilizados, en la disminución del APGAR al nacimiento.

Se clasificó a los Recién Nacidos en tres grupos de APGAR:

APGAR DE 0 - 3 .....	Severamente Deprimidos
APGAR DE 4 - 6 .....	Moderadamente Deprimidos
APGAR DE 7 - 10.....	Vigorosos.

APGAR de los Recién Nacidos en el Hospital General durante los 30 meses de estudio.-

Apgar al Minuto	A N E S T E S I A S			
	Epidural		General	
	No.	%	No.	%
De 0 - 3	28	4.41	40	13.61
De 4 - 6	166	26.14	105	35.61
De 7 - 10	441	69.45	149	50.68
T o t a l	635	100.00	294	100.00

Apgar a los 5 Minutos	A N E S T E S I A S			
	Epidural		General	
	No.	%	No.	%
De 0 - 3	5	0.79	5	1.70
De 4 - 6	13	2.05	24	8.16
De 7 - 10	617	97.16	265	90.14
T o t a l	635	100.00	294	100.00

Comentario:

En el cuadro anterior se encuentran reunidos todos los Recién Nacidos vivos en el Período de los treinta meses de estudio que --

son 922, a los cuales se les agregó 7 gemelos que hubo durante los 30 años lo cual nos proporciona un total de 929 Recién Nacidos.-

TABLA DE APAREAMIENTO DE ANESTESIA EPIDURAL Y GENERAL Y LAS INDICACIONES DE CESAREA EN LOS 30 MESES DE ESTUDIO.-

Anestesia Epidural:

Indicaciones	No.	%
Cesárea Anterior	292	46.28
Estrechéz Pélvica	91	14.42
Falta de Progresión	54	8.56
Sufrimiento Fetal	53	8.40
Desproporción Cefalo Pélvica	47	7.45
Presentación Pélvica	22	3.49
Situación Transversa	17	2.69
Enclavamiento en Posterior	6	0.95
Anmioitis	5	0.79
Otras Indicaciones	44	6.97
T o t a l	631	100.00

Anestesia General:

Indicaciones	No.	%
Sufrimiento Fetal	142	48.80
Cesárea Anterior	38	13.06
Estrechéz Pélvica	22	7.56
Situación Transversa	14	4.81
Placenta Previa	13	4.47
Falta de Progresión	11	3.78
Eclampsia	6	2.06
D.P.P.N.I.	3	1.03
Enclavamiento en Posterior	3	1.03
Otras Indicaciones	39	13.40
T o t a l	291	100.00

Comentario:

Esta tabla de apareamiento fue hecha con la principal indicación con la que se decidió efectuar la Cesárea, es de hacer notar que la principal indicación en anestesia General fue Sufrimiento Fetal, ya que para esta indicación de Cesárea en la actualidad es la Anestesia General, la más utilizada en el Hospital de estudio.-

Cuadro de Peso de Recién Nacidos en Cesárea en el Hospital General en los 30 meses de estudio.

Peso en Intervalos de los Neonatos	No.	%
De 1 a 4 libras	23	2.48
De 4.1 a 6 libras	212	22.82
De 6.1 a 8 libras	588	63.29
De 8.1 a 10 libras	85	9.15
Sin datos	21	2.26
T o t a l	929	100.00

En el cuadro anterior llama la atención que los Recién Nacidos suman 929, y es debido a que solo se tomaron en cuenta los de Anestesia Epidural y General, más los gemelos.-

RESUMEN:

- 1.- De los 7,932 nacimientos, se efectuaron 976 Cesáreas las cuales nos proporciona un porcentaje de 12.30 de incidencia.
- 2.- De las 976 Cesáreas efectuadas (Epidural y General), 604 pacientes fueron multíparas que nos proporciona un 61.89 % y 372 pacientes fueron primigestas que nos proporciona un 38.11%
- 3.- La Anestesia General fue usada en 291 pacientes que nos proporciona un 29.82%
- 4.- Las pacientes Cesareadas de más incidencia estuvieron comprendidas en el grupo etario de 21 a 30 años, con un 50% .
- 5.- La mayor incidencia de Recién Nacidos estuvo comprendida entre 6.1 libras y 8 libras con un 63.29%.

### CONCLUSIONES:

- 1.- En la frecuencia de utilización de Anestesia en Cesárea - hay predominio de Anestesia Epidural.
- 2.- En los Recién Nacidos producto de Cesárea y Anestesia - Epidural con APGAR bajo, éste fue afectado por causas - Obstétricas.
- 3.- La Anestesia General ocupa el segundo lugar en frecuencia de utilización en la Operación Cesárea y su indicación principal es sufrimiento fetal o criterio anestesiológico.
- 4.- No se encontró ningún caso de mortalidad Materna.

### RECOMENDACIONES:

- 1.- Incrementar más el uso de la Anestesia Epidural, diagnosticando tempranamente el sufrimiento fetal.
- 2.- En la evaluación del APGAR deben de tomar parte el Pediatra, el Anestesiólogo y el Obstetra y ponerse de acuerdo.
- 3.- Concientizar a las pacientes que deben de tener su control prenatal para un tratamiento programado.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- García Montenegro, Gustavo Adolfo: Revisión y Experiencia de Bloqueo Epidural en Parto Normal. Tesis Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1977 pp 9-25
- 2.- Ríos Luarca, Jorge Eduardo: Historia de la Anestesia en Guatemala. Tesis: Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad Ciencias Médicas 1970. pp. 25-35
- 3.- Morales De la Vega, Héctor Rolando: Operación Cesárea en el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala. Estudio de 106 casos. Tesis: Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, 1970. pp. 20-60.
- 4.- Schwarcz, Ricardo: Obstetricia Argentina, Ediciones El Ateneo, Tercera Edición, 1973. pp. 850-865.
- 5.- Rojas Guerrero, Anestesia Epidural Espinal: Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1962. pp. 20-40
- 6.- Testut L. Tratado de Anatomía Humana, Barcelona España, Ediciones Salvat, Tomo No. III pp. 198-356.

Br. José María Rodríguez

*Excmo.*

Asesor /

*César Augusto Morataya*

Revisor

Dr. César Augusto Morataya

Director de Fase III  
Director Alfredo Nuila

*[Signature]*

Secretario General

Vo.Bo.

*[Signature]*

Decano