

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL
REVISION DE 200 CASOS DE OPERACION CESAREA EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE JALAPA " NICOLASA CRUZ "

TESIS

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

POR

MIGUEL ARTURO TO QUIÑONEZ

En el acto de Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO

1.- INTRODUCCION

2.- MATERIAL Y METODO

3.- DEFINICION E HISTORIA

4.- INDICACIONES

5.- CONTRAINDICACIONES

6.- TECNICA

7.- ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

8.- ANESTESIA

9.- PRESENTACION DE RESULTADOS

10.- CONCLUSIONES

11.- RECOMENDACIONES

INTRODUCCION

Desde tiempos inmemoriales la operación cesárea se convirtió en uno de los procedimientos que alcanzó niveles alarmantes de mortalidad. Pero con el correr de los años ha dejado de ser una hazaña para convertirse en lo que es actualmente, además de una medida salvadora para gran cantidad de problemas obstétricos, un procedimiento de gran facilidad para su realización, pero que no por ésto, deja de ser inocua y peligrosa.

Por todos es sabido que por nuestro propio subdesarrollo, los hospitales, en especial los departamentales, padecen de innumerables necesidades y carecen de los medios adecuados para desempeñar más satisfactoriamente sus funciones y propósitos.

Por éstas y varias razones más, entre ellas el hecho de haber realizado el EPS hospitalario en él, fue que de común acuerdo con el asesor de este trabajo, decidimos hacer una revisión de las operaciones cesáreas realizadas en el Hospital Nacional de Jalapa "Nicolasa Cruz", en un período de cinco años.

Se decidió hacer el trabajo sobre este tema, pues como en todo centro hospitalario, la operación cesárea es una de las intervenciones de uso más frecuente y que por lo tanto, inciden de una manera muy notoria en la morbi-mortalidad de cualquier centro asistencial.

De ninguna manera pretendemos nuevas técnicas ni variantes a las ya establecidas, por lo que únicamente nos ocuparemos de la más empleada, o sea la Segmentaria Transperitoneal con la técnica de Munro Kerr como se podrá observar en el transcurso del presente trabajo.

Pretendemos eso sí, dar a conocer datos que permitan presentar una idea de las causas, los resultados obtenidos en las intervenciones y complicaciones que se presentaron durante el postoperatorio así como datos de las personas intervenidas. También queremos presentar resultados que motiven nuevos estudios sobre el tema, así como, que den lugar a discusiones sobre la forma de corregir o superar errores o problemas que se presentaron, además se puede utilizar el presente estudio como comparación con otros estudios de hospitales departamentales y así tener una mejor idea de la morbi-mortalidad de las operaciones cesáreas realizadas en nuestro país.

Quiero dejar constancia de mi agradecimiento a la valiosa colaboración prestada por el personal de Archivo y Estadística del Hospital Nacional de Jalapa, así como a su Director, a mi Asesor y Revisor y al personal de Secretaría de la Jefatura de Área de Jalapa, para la realización de este trabajo.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

- 1.- Libros de registros de la Sala de Operaciones referentes a las cesáreas efectuadas en el período comprendido entre los años de 1974 a 1978.
- 2.- Libros de ingresos y reingresos de la sección de Estadística con el objeto de buscar los números de registros clínicos de las pacientes operadas.
- 3.- Fichas clínicas de la sección de archivo.
- 4.- Revisión de libros de texto y de trabajos de tesis relacionadas con el tema.

METODOS

Para realizar el presente trabajo se utilizó el método de revisar retrospectivamente las historias clínicas proporcionadas por la sección de archivo, extrayendo 40 historias por año desde 1974 hasta 1978 para completar 200 casos, objeto de este estudio, en el término de cinco años.

Del libro de registro de la Sala de Operaciones se obtuvo los siguientes datos:

- a.- Fecha de operación
- b.- Nombre de la paciente operada con el objeto de buscarla luego en los libros de ingreso o reingreso, y

c.- El tipo de anestesia empleada.

De los registros clínicos se tomaron los datos siguientes:

- 1.- Edad
- 2.- Número de gestaciones, partos y abortos
- 3.- Mortalidad perinatal y materna
- 4.- Indicación de la cesárea
- 5.- Complicaciones en el post-operatorio inmediato
- 6.- Uso de antibióticos tanto profilácticos como indicados
- 7.- Días de estancia hospitalario, que comprende de la fecha de operación hasta el día de su egreso.

HISTORIA

Existen muchas versiones sobre el origen de nominativo de la operación cesárea, a la cual también se le conoce como (Sectio Coesarea) partus coesarius, histerectomakia, (Rousset). Laparohisterotomía abdominal y Gastro-histerotomía.

La palabra "Cesarea" procede del Latín 'Coedere' que significa "Cortar" y según Plinio César quiere decir "nacido mediante corte" aduciendo que el primero de los Césares Romanos fué extraído así del vientre de la madre que acababa de expirar y sin embargo, la madre de aquel vivió muchos años después.

Para otros, cesárea obtendría su nombre de la misma operación, los romanos daban el sobre nombre de Césares (Coesar) a los individuos nacidos mediante esta operación.

Sin embargo la operación cesárea se había practicado mucho antes según se hace alusión en la historia de los pueblos más antiguos siempre practicada después de la muerte de la mujer.

Así por ejemplo, Baco fué extraído del vientre de su madre por Mercurio y Apolo incidió el vientre Coronis, que estaba en la hoguera, para extraer a Esculapio: el padre de la medicina.

También Virgilio hace nacer a el héroe de la Eneida por incisión del vientre de la madre.

Según Plinio aquellos cuyo nacimiento cuesta la vida de la madre, aparecen bajo mejores augurios, así cita por ejemplo al tribuno Mario, Julio Cesar, Escipión el Africano, Etc.

En el año 700 A.C. uno de los primeros reyes de Roma Numa Pompilio promulga la ley llamada Lex Regia en el que prohíbe inhumar a una mujer encinta sin haber extraído el feto o fruto por la vía abdominal. Sin embargo, para esa misma época, Falkin vió a los indígenas africanos hacer una cesárea "in vivo" previa embriagada a la mujer con jugo de banano fermentado el cual también lo usaban como antiséptico.

La iglesia católica acogió esta ley y además obligó a los clérigos a realizarla para salvar tanto materialmente al niño como también espiritualmente administrándole las aguas del bautismo.

Esta ley permaneció mucho tiempo en vigor en toda Europa especialmente en Alemania reconociéndose entre otros nacidos bajo esta ley a San Ramón, a San Lamberto, a Gregorio XIV.

Fué en 1,400 cuando según Nicolás de Falconis se reportó la primera cesárea in vivo, sin embargo también Lacombe en 1,491 dice que Enrique VIII fué el primero en nacer de operación cesárea en mujer viva, pero Jacquemin no lo reconoce así aunque sí reconoce que en 1,491 fué el año de la primera cesárea in vivo.

En 1,500 Jaques Nufer de Siquistrausen (Turgovia) dice que C. Bauchin abrió el vientre de su mujer que estaba deshauciada.

En 1,581 se publicó el tratado de Rousset sobre las ventajas de la operación cesárea in vivo. En 1,588 es traducida al latín por C. Bauchin, siendo la edición mas esparcida sin embargo es vehemente combatido por Ambrosio Peré, Guilleméau, Veal ideal Pease, y Mauriceou.

El siglo XVII fué generalmente incrédulo, sin embargo en 1,610 se hace la primera cesárea auténtica por Trautman de Wittenber, a mediados del siglo XVIII, se produce una reacción a favor de la cesárea y es practicada algunas veces con éxito gracias a los esfuerzos de Ambaur (1,704) Delomate (1,770) Delevrye (1,777) Lauvergot (1,788), sin embargo, aunque se discuten diferentes técnicas, incisiones de pared abdominal uterina ninguno se preocupa de la sutura uterina. Tales son los resultados de la operación que Harris dijo que la operación cesárea era más venturosa cuando la paciente misma se la hacía, o cuando el abdomen era desgarrado por un toro.

Fué hasta el curso del siglo XIX que se vió la necesidad de la sutura uterina así Wiel (1,835) Godeflory, Malgaine, Scauzoni y Hoose (1,856) practicaba la sutura uterina, la cual abandonaban en la cavidad abdominal utilizando hilo de seda, de plata, de hierro siendo utilizados seguidamente por Staldy, Cozin Harris y Fochin.

En 1,867 Listocquoy practica operación cesárea y sutura luego el labio uterino a la cavidad abdominal.

En 1,876 Porro sorprende al practicar no solo la abertura del útero sino también la resección de gran parte del órgano. En Francia la misma operación de Porro fué hecha por Geniot, Fochet y Champions advirtiendo estos dos últimos que el éxito de la operación no es debida al manual operatorio, sino que a las ventajas de una rigurosa antisepsia.

Sanger en 1,882 rehabilita la cesárea clásica y propone un modo de sutura del útero más perfeccionado: él hacia una doble sutura uterina, la primera con hilo de plata sin intersar la mucosa, y la segunda serosa, previa resección de los labios de la herida, con hilos de seda logrando un mejor afrontamiento.

En 1,895 Durhssen ideó la cesárea vaginal y con el fin de salvar la cavidad peritoneal del contenido uterino séptico, aparecieron las nuevas técnicas de Sellhein, Kusten, Doderlein, Latzko, etc. de cesárea extra peritoneal.

Fué Paul Barr en 1,899 el que publicó una estadística de 10 operaciones cesáreas conservadoras realizadas en 3 años.

En 1,907 Frank ante las dificultades de practicar la técnica anterior, se inclinó a la cesárea suprasinfisiaria extraperitoneal suturando peritoneo visceral al parietal antes de la apertura del útero.

La incisión uterina en la cesárea se hacía casi exclusivamente a nivel del cuerpo del útero. Sin embargo en 1,881 Kéher por necesidad hizo la primera incisión en el segmento, aunque en los años siguientes esta técnica fué abandonada. Nuevamente la histerotomía baja fué apareciendo con nuevas técnicas introducidas por Stlotz, Franck, Doderlen, etc.

Fué en los años de 1,921-1,926 cuando Munro Kerr y Hendry llaman la atención de que la incisión a nivel del segmento interesa la parte contráctil del útero, cuando se hace hacia arriba y cuando se hace hacia abajo puede lesionar la vejiga. De esta manera se estableció definitivamente la incisión transversal a nivel del segmento uterino con las variantes siguientes: curva de concavidad hacia arriba, curva de concavidad hacia abajo y horizontal.

En nuestro país, la cesárea tuvo su origen cuando en el mes de Diciembre de 1,871 el doctor Eligio Baca, Guatemalteco, efectuó la primera operación cesárea de Guatemala y Centro América cuando aún no se tenía idea de la antisepsia y en contra de la opinión de los más refutados médicos del país.

Luego se tiene conocimiento que no fué sino hasta el mes de Septiembre de 1,905 cuando en el Hospital General el doctor Juan J. Ortega acompañado del doctor Julio Valdez Blanco realizaron otra operación cesárea con éxito tanto para la madre como para el niño.

Luego en Mayo de 1,919 se practicó otra operación en el asilo de Maternidad por el doctor Lisandro Estrada G. En 1942 en el Hospital General el doctor Arturo Zeceña empezó a introducir modificaciones a la operación cesárea segmentaria Transperitoneal, hasta formar un procedimiento propio que luego de año y medio de práctica y con resultados plenamente satisfactorios, empezó a usarse con la técnica completa la cual es publicada en 1,944 por el doctor Mario Ortiz Pasarelli en su trabajo de tesis.

INDICACIONES

El perfeccionamiento de las técnicas han ampliado el uso de la indicación cesárea, pero se puede pecar por exceso o por defecto.

Ante la ampliación deliberada y desmesurada de las indicaciones de la operación cesárea corresponde conocer bien las indicaciones de la operación cesárea, respetarlas, atenerse a ellas con todo vigor y si es posible, tratar de reducir su número.

Las indicaciones de C.S.T. siguiendo un criterio etiológico son:

A) DISTOCIAS POR VICIACION PELVIANA:

- 1.- Pelvis no viables (absoluta, precoz, deliberada)
- 2.- Pelvis viables (ante el fracaso de la prueba de parto indicación tardía).
- 3.- Tumores óseos pelvianos y grandes callos deformes oclusivos (absoluta y deliberada).

B) DISTOCIAS DE LAS PARTES BLANDAS:

- 1.- Tumores previos (deliberada o de necesidad).
- 2.- Malformaciones uterinas (deliberada o de necesidad).
- 3.- Distocias tumorales del cuello uterino (deliberadas o de necesidad).
- 4.- Distocias cicatrizales de la vagina (deliberado o de necesidad).
- 5.- Distocias, vulvares por cáncer, edema o ulceraciones (deliberada o de necesidad).
- 6.- Roturas uterinas inminentes o confirmadas (urgente o de necesidad).
- 7.- Fístulas recto vaginales altas (deliberada).

- 8.- Fístulas vaginales corregidos quirúrgicamente con anterioridad (deliberada).
- 9.- Primiparidad tardía (deliberada o de necesidad).
- 10.- Distocias de la conducción irreductibles por medios físicos (de necesidad).

C) DISTOCIAS FETO-OVULARES:

- 1.- Sufrimiento fetal, (urgente necesidad).
- 2.- Gigantismo fetal (de necesidad).
- 3.- Hipermadurez fetal (de necesidad ante el fracaso de los métodos de provocación del parto).
- 4.- Muerte reiterada o habitual del feto, durante el embarazo o el parto (deliberada-preventiva).
- 5.- Presentaciones atípicas (de necesidad).
- 6.- Prociencia del cordón (urgente).
- 7.- Placenta previa oclusiva (absoluta).
- 8.- Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (de necesidad).

D) ENFERMEDADES MATERNAS QUE COMPLICAN EL EMBARAZO Y EL PARTO:

- 1.- Apendicitis aguda.
- 2.- Cardiopatías descompensadas.
- 3.- Glomerulonefritis.
- 4.- Pre-eclampsia y Eclampsia.
- 5.- Ictericia grave.
- 6.- Diabetes.
- 7.- Incompatibilidades sanguíneas (factor Rh, Sistema A-B-O).

E) INDICACIONES EXCEPCIONALES:

- 1.- Riñón ectópico previo.
- 2.- Diafragma vaginal completo o perforado o inextensible.
- 3.- Seudohermafroditismo.
- 4.- Prolapso genital o desgarros corregidos quirúrgicamente con anterioridad.

- 5.- Mujer Moribunda o recién fallecida, con feto vivo.

Se entiende por:

- a) Indicación deliberada:
La que se plantea en el embarazo y se satisface al iniciarse el parto.
- b) Indicación precóz:
La que ocurre durante el período de borramiento y dilatación.
- c) Indicación tardía:
La planteada después de la "prueba del trabajo de parto".
- d) Indicación de necesidad:
La surgida en cualquier momento por imperio de las condiciones, que no permiten selección operatoria.

" CONTRAINDICACIONES "

Virtualmente en la práctica de la obstetricia moderna no existe ninguna contraindicación para realizar la cesárea, siempre que se elija la intervención adecuada; sin embargo, si el caso clínico no reúne ciertas condiciones la operación cesárea no es precisamente la indicada.

Esto puede ocurrir cuando:

- A) El feto está muerto o es demasiado pequeño para sobrevivir. Son excepciones a estas generalizaciones los casos de desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta y en las placentas previas oclusivas, para beneficio de la madre.
- B) En las monstruosidades fetales cuyo valor negativo supone un respeto preponderante a la integridad de la madre, y
- C) En la eclampsias y hemorragias graves mientras no mejore el estado general, ya que en la intervención correría el riesgo de empeorar el estado materno con el shock anestésico y quirúrgico.

TECNICA OPERATORIA

La histerotomía puede realizarse ya sea en el cuerpo uterino (cesárea corpórea) o en el segmento inferior (cesárea-segmentaria).

La cesárea corpórea también llamada cesárea clásica, pese a su facilidad ha sido abandonada porque es una operación que no satisface y que por ello debe reservarse sólo para casos excepcionales.

La cesárea segmentaria es la más efectuada actualmente por las seguridades que ofrece. Así podemos mencionar las siguientes ventajas:

- 1.- Disminuye el peligro de infección operatoria.
- 2.- Disminuye el peligro de obstrucción intestinal.
- 3.- La incisión uterina recae en la zona de menos actividad uterina.
- 4.- Va acompañada de menor hemorragia y es más fácil de cerrar.
- 5.- La probabilidad de que la cicatriz se rompa en un embarazo posterior es menor que con la incisión clásica.

En esta revisión solo nos ocuparemos de la técnica de la cesárea segmentaria, que es como sigue:

- a) Una vez evacuada la vejiga con sonda intra-vesical se coloca la paciente en posición supina o en carta TREN DELEMBURG ligero. Se puede hacer dos tipos de inci

siones abdominales: A) vertical y B) horizontal o de Pfannestiel, (actualmente ésta se encuentra en desuso).

La incisión abdominal vertical se extiende desde encima del pubis hasta inmediatamente debajo del ombligo en una longitud que abarca de 12 a 15 centímetros. Se desplazan hacia afuera los bordes abdominales con separadores apropiados, quedando así expuesta la porción inferior del útero. Hay que hacer notar que solamente se ligan los vasos importantes con el objeto de extraer lo más rápido posible al feto y así, sustraerlo a efectos de la anestesia.

b) La incisión del peritoneo vesical se hace por encima de la vejiga reconociendo el fondo de saco vesico-uterino, se hace un ojal de uno o dos centímetros y por él se lo secciona transversalmente unos doce centímetros o sea más o menos la longitud que existe entre los ligamentos anchos. Una vez hecho esto, se separan por disección roma el peritoneo y la parte superior posterior de la vejiga urinaria, de la pared uterina. De esta manera se forman dos colgajos, uno superior corto correspondiente al peritoneo uterino y otro inferior más extenso formado por el peritoneo y la superficie posterior de la vejiga urinaria.

c) La incisión uterina se puede hacer en sentido longitudinal (técnica de Kronig) y en sentido transversal (técnica de Munro Kerr). La técnica de Kerr se efectúa haciéndose una curva de concavidad superior en la línea media y a unos 4 cms. de la vejiga, iniciándola por un pequeño ojal hecho con bisturí evitando herir al feto, luego con una pinza de Kocher se perforan las membranas, introduciendo en seguida tijera de

punta roma y cortando hacia ambos lados se hace una incisión de unos 12 cms. La brecha se puede ampliar sin cortar introduciendo por el ojal ambos índices, separándolas por divulsión de acuerdo con el tamaño de la presentación. Esto se efectúa con el fin de evitar la sección de las arterias uterinas.

d) Para extraer al niño se recurren a distintas maniobras manuales:

En la presentación cefálica, unos van en busca de la boca del feto y la llevan hacia adelante para exteriorizar el mentón, con el objeto que la mano introducida como palanca por detrás trate de extraerla por flexión; otros sin embargo, hacen la maniobra de llevar el occipital hacia adelante y enuclean la cabeza por deflexión. Si la cabeza está muy profunda en el canal del parto un ayudante con un guante estéril puede desplazarla hacia arriba, empujando a través de la vagina. En los casos de placenta previa para llegar al feto es necesario pasar a través de los cotiledones o rechazarlos. En las presentaciones podálicas y en las situaciones transversas se hace la extracción por las nalgas, valiéndose de los pies, extrayendo la cabeza última por una maniobra parecida a la de Mauriceau.

El alumbramiento se realiza por tracciones del cordón y presiones del fondo uterino. En casos excepcionales se hace el alumbramiento manual cuidando que tanto los cotiledones como las membranas salgan completas.

e) El cierre del útero se hace pinzando los bordes del miometrio con pinzas de anillos haciendo presa firme pero sin producir lesiones. Se comienza a cerrar por un extremo con catgut utilizando sutura continua. La segunda sutura también muscular

muscular, igual que la primera, invaginante y continúa o bien en forma de X utilizando también catgut. El último paso consiste en rehacer el peritoneo vesical mediante la atracción hacia arriba del colgajo vesical al colgajo superior del peritoneo visceral mediante una sutura continua con catgut cromizado.

- f) El cierre del abdomen se hace por planos de acuerdo con las técnicas por todos conocidas.
- g) En el postoperatorio inmediato se utilizan analgésicos y según Schwarz se administran antibióticos en forma profiláctica. Se alimenta precozmente a la paciente primero con líquidos luego con sólidos. El levantamiento se efectúa durante las primeras 48-72 horas, de la operación. La evacuación intestinal se consigue con laxantes o enemas al segundo o tercer día. Las suturas cutáneas son retiradas al sexto o séptimo día.

" ACCIDENTES O COMPLICACIONES "

Pueden producirse durante la operación (inmediatos) o después de haberse producido la misma.

Entre las complicaciones inmediatas se pueden citar: la herida de la vejiga, las hemorragias y las heridas del feto al incidir el útero.

Complicaciones mediatas: la más importante es la peritonitis que puede ocurrir por contaminación primaria (en la operación), o por contaminación secundaria desde la cavidad uterina contaminada.

Complicaciones Tardías: entre ellas se encuentran: adherencias útero-parietales del intestino o del epiplón, fístulas útero-parietales, bridas o adherencias que pueden causar una oclusión intestinal mecánica tardía. También las diastasis de los rectos y las eventraciones consecutivas a la mala cicatrización de la pared a causa de abscesos o hematomas.

" ANESTESIA "

El tipo de anestesia que se emplea en las operaciones ce
sáreas, básicamente son dos:

1a.- GENERAL: la menos usada por considerarse más peligro
sa. Se debe reducir el lapso entre la inducción de la
anestesia y la extracción del feto (14 minutos es lo re-
comendable) y además se evitará la anestesia profunda.
La técnica más recomendada es la que emplea una do-
sis de inducción de Tiopental de 300 mg. seguida de in-
halaciones de óxido Nitroso al 70% con oxígeno, y u-
na infusión continua en goteo de Succinilcolina.

2a.- RAQUIDEA (ESPINAL): Es la más usada por su facilidad
y si no fuera por los niveles a veces elevados del blo-
queo nervioso y los frecuentes descensos precipitados de
la presión arterial materna, sería la ideal en todas las
operaciones cesareas. Debe de tenerse en cuenta ade-
más el Shock postural que puede intensificar la hipoten-
sión arterial. Nunca se ha de dejar que la hipotensión
causada por la anestesia espinal progrese en intensidad
o duración siendo necesario controlarla desde el princi-
pio mediante hipotensores intravenosos.

La difusión de los medicamentos anéstesicos en el líqui-
do Cefalo-rraquídeo está relacionada con el volumen y
peso específico del diluyente, el método de la inyec-
ción y la dosis.

La técnica para dosis única es la siguiente:

a) Paciente en decúbito lateral con la mesa ajustada pa
ra que la columna quede paralela al suelo, manteni
do a la paciente en flexión completa sostenida por un
ayudante, obteniendo así una disminución de la cur

vatura vertebral lumbar.

b) Se prepara la parte inferior con cloruro de Benzalconio (Zephiran) y se cubre con campos estériles.

c) A continuación se efectúa una punción intratecal en la línea media con una aguja espinal No.26 con el bisel dirigido hacia abajo.

Se administra una solución de 7 mgs. de Tetracaína (Pontocaína) en una solución que contiene un 10% de glucosa, en un flujo continuo y con presión constante, cuando falte una contracción uterina.

d) La aguja espinal se retira y la paciente se coloca inmediatamente en posición supina. Como hay fijación del anestésico dentro de 20 minutos, no se aconseja un Trendelenburg intenso antes de ese tiempo. Durante el período de fijación se efectuarán registros de la presión arterial y pulso a intervalos frecuentes con preferencia cada dos minutos.

Hay que tener un agente vasopresor siempre a mano en forma de Clorhidrato de Fenilefrina al 0.001% (Neosinefrine) o sea al uno por mil para combatir la hipotensión.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Tabla No. 1

EDADES	1974	1975	1976	1977	1978	Total	%
14-20a.	13	11	5	16	9	54	27.00
21-25a.	9	15	15	12	13	64	32.00
26-30a.	9	5	8	6	10	38	19.00
31-35a.	2	3	8	5	4	22	11.00
36-40a.	6	4	2	1	4	17	8.50
41-45a.	6	1	2	0	0	5	2.50
Total	40	40	40	40	40	200	100.00

Según se puede observar en la tabla anterior, que la mayor incidencia en operaciones cesareas se encuentra en las edades comprendidas entre los 21 y los 25 años, el cual representa el 32% de los casos estudiados. Sin embargo en nuestro país, el porcentaje de personas menores de edad y con veinte años o menos es francamente alto, lo que representa un 27%. Esto demuestra que la mayor producción en cuanto a procreación o sea las edades de mayor fertilidad se encuentran comprendidas entre los 14 y los 25 años, lo que refleja el gran porcentaje de operaciones cesarea.-

Tabla No. 2
E. Civil

	1974	1975	1976	1977	1978	Total	%
Casada	25	23	29	26	28	131	65.50
Soltera	11	13	7	11	7	49	24.50
Unida	3	4	4	2	5	18	9.00
Viuda	1	0	0	1	0	2	1.00
Total	40	40	40	40	40	200	100.00

Es fácilmente comprensible que el mayor número de pacientes intervenidas sean casadas porque es el estado civil que rige el matrimonio. Sin embargo, es de hacer notar que el número de solteras es elevado pues muchas de las estudiadas presentaban gestaciones de 3, 5 o más y sin embargo en el sobre clínico se encontraban registradas como tales, siendo por su paridad, unidas y no solteras.

Tabla No. 3

PARIDAD	1974	1975	1976	1977	1978	Total	%
Primiges.	17	18	21	15	14	85	42.50
Secundig.	4	11	6	10	4	35	17.50
Tres Ges.	7	2	3	2	1	15	7.50
Múltiparas	8	9	8	11	13	49	24.50
No dato	6664	0	2	2	8	16	8.00
Total	40	40	40	40	40	200	100.00

Podemos observar que el mayor porcentaje de cesareas fue encontrado en las primigestas, lo cual explicará el alto porcentaje de Desproporción Céfalo-pélvica que se encontrará en la tabla de indicaciones. Es de hacer notar también que el número alto de múltiparas es debido a que en ellas se encuentran aquellas que fueron operadas por problemas de placenta previa, transversas abandonadas y procidencias.

Tabla No. 4

No. Cesárea	1974	1975	1976	1977	1978	Total	%
Primera	34	31	37	25	26	153	76.50
Segunda	2	9	1	12	3	27	13.50
Tercera	3	0	2	3	1	9	4.50
No hay dato	1	0	0	0	10	11	5.50
Total	40	40	40	40	40	200	100.00

También en esta tabla se puede comprobar que en la gran mayoría de pacientes operadas, se encontró que era la primera vez que le hacían una cesarea lo que viene a corroborar la tabla anterior y a la que le sigue, - en el número seis -.

Tabla No. 5

Anestesia	1974	1975	1976	1977	1978	Total	%
Raquídea	39	40	36	40	40	195	97.50
General	1	0	4	0	0	5	2.50
Total	40	40	40	40	40	200	100.00

Definitivamente podemos referirnos correctamente al decir que lo que dice la parte teórica se viene a comprobar al leer la tabla anterior. En este tema, es de mención el caso de una paciente que fue operada con anestesia Raquídea, habiendo sufrido una hipotensión severa con Hipoxia Cerebral también severa la cual le dejó problemas para la movilización y para el habla, siendo el único caso reportado de problemas de anestesia, siendo reportado también en la tabla referente al post-operatorio.

Tabla No. 6

Indicaciones	1974	1975	1976	1977	1978	Total	%
Obito Fetal	2	0	0	1	3	3	3.00
Suf.Fetal	1	3	2	4	7	17	8.50
Proc.Mano	2	3	6	1	0	12	6.00
Preeclampsia	5	0	1	0	1	7	3.50
Sit.Transver.	4	3	2	2	6	17	8.50
P.Previa	2	3	4	2	2	13	6.50
Es.Pélvica	2	6	0	3	0	11	5.50
Desc.Cé-Pélv.	11	12	10	13	5	51	25.50
DPPNI	1	0	0	0	0	1	0.50
Pr.Podálica	3	1	1	4	2	11	5.50
Inercia Uter.	0	2	2	0	0	4	2.00
Trans.Abanda.	2	0	3	1	1	7	3.50
Ruptura Uter.	0	0	0	0	1	1	0.50
Agot.Materno	0	0	0	1	1	2	1.00
R.P.M.	0	0	0	3	0	3	1.50
Ca.Cervix	0	0	0	0	1	1	0.50
Emb.Gemelar	0	0	0	1	3	4	2.00
Pres.Cara	0	1	0	0	1	2	1.00
Prim.Añosa	0	0	2	0	0	2	1.00
Proc.Cordón	0	0	1	0	0	1	0.50
No hay dato	5	6	6	4	6	27	13.50
Total	40	40	40	40	40	200	100.00

Esta es la tabla que más importancia tiene en el estudio. Como se puede notar el mayor porcentaje es el de Desproporción Céfalo-pélvica con un 25.50% lo que constituye la cuarta parte del total de los casos estudiados. Se hace notar en este punto que en algunos casos se tomó como diagnóstico principal aún cuando en algunos se decía que se operaba por una o dos cesareas anteriores y secundariamente constaba DCP, habiéndose

tomado por considerarse que era la indicación principal.

También esta tabla demuestra que en un 13.50% de las papeletas consultadas no contenían la indicación de la cesarea. Es más, en otro gran número de papeletas no se encontraba indicación, pero a través de la historia clínica se adivinaba o se podía encontrar en el diagnóstico de egreso. Sin embargo, en las anteriores no se contaba con ningún dato de orientación.

En cuanto a las Procedencias de Mano y de Cordón, -- Transversas abandonadas y Obito Fetal posiblemente podrían juntarse en un solo diagnóstico. Pero no se tomó así por considerar el diagnóstico que motivó la intervención.

En algunas otras papeletas se podían encontrar dos o tres diagnósticos. Por lo que de común acuerdo con el supervisor se decidió tomar el principal. Así, por ejemplo, en alguna papeleta decía: Placenta previa, Sufrimiento Fetal; Pre-eclampsia, Presentación de cara, Sufrimiento Fetal, Etc.-

Tabla No. 7

		1974	1975	1976	1977	1978	Total	%
Mortalid. SI		11	7	14	5	10	47	23.50
Perinatal NO		29	33	26	35	30	153	76.50
Total		40	40	40	40	40	200	100.00
Mortalid. SI		1	0	2	0	0	3	1.50
Materna NO		39	40	38	40	40	197	98.50
Total		40	40	40	40	40	200	100.00

En esta tabla decidimos juntar las dos mortalidades con el fin de dar una mejor idea del resultado de las operaciones efectuadas.

Podemos observar que la mortalidad perinatal es extremadamente elevada. Podría explicarse esto por haber tomado la mortalidad sin distinguir si nació muerto o por el contrario murió al nacer. En realidad era muy difícil hacer una distinción de este tipo pues en las papeletas no consta un dato de esta naturaleza.

En cuanto a la mortalidad materna se puede decir que se encuentra en los límites que dice la literatura mundial encontrándose que una de las pacientes murió de una Insuficiencia Cardíaca Congestiva, otra de un Shock Hipovolémico y la última de una Toxemia Gravídica, según consta en la ficha.

Tabla No. 8:

Post. Operat.	1974	1975	1976	1977	1978	Total	%
Normal	30	36	29	28	23	146	73.00
Inf. Her. Op.	5	3	8	11	14	41	20.50
Endometritis	3	1	1	0	2	7	3.50
I. C. C.	1	0	0	0	0	1	0.50
Shock Hipovol.	0	0	1	0	0	1	0.50
Infec. Urinaria	1	0	0	0	0	1	0.50
Tox. Gravídica	0	0	1	0	0	1	0.50
Peritonitis	0	0	0	1	0	1	0.50
Hipoxia Cer.	0	0	0	0	1	1	0.50
Total	40	40	40	40	40	200	100.00

En realidad viendo la tabla anterior podemos concluir que los resultados obtenidos son satisfactorios teniendo un 73% de postoperatorios normales. Sin embargo el 20.50% de infección de las heridas operatorias se puede considerar también alto lo que hace pensar en que se descuida un poco la antisepsia en el momento de la operación. Quiero hacer notar que solo hubo una complicación derivada de la anestesia, cual es la paciente que presentó Hipoxia Cerebral Severo, tal como se men-

ciona en la Tabla Número Cinco.

Tabla No. 9

Antibióticos	1974	1975	1976	1977	1978	Total	%
No usados	1	2	4	3	1	10	5.00
Profilácticos	29	34	25	25	22	136	68.00
Indicados	10	4	11	12	17	54	27.00
Total	40	40	40	40	40	200	200.00

Podemos observar que en el 68% de las pacientes se usó antibióticos profilácticos tal como lo recomienda Schwarcz en su libro de texto y como se menciona en este trabajo. Sólo en el 5% no se usaron lo que demuestra un postoperatorio más que satisfactorio. Y en el resto pues, su uso fue indicado por problemas de infección de herida, Endometritis, etc. como lo demuestra la tabla anterior.

Tabla No. 10:

Antibióticos Indicados	1974	1975	1976	1977	1978	Total	Prof.	%
P. Cristalina	5	1	1	1	2	10	0	5.00
P. Procaína	8	4	11	12	17	52	134	93.00
Cloranfenicol	6	1	4	11	12	34	0	17.00
Kanamicina	0	0	0	0	4	4	0	2.00
Estreptomicina	1	0	1	0	1	3	0	1.50
Tetraciclina	3	2	1	1	1	8	2	5.00
Sulfas	2	0	2	0	3	7	0	3.50
Gentamicina	1	0	0	0	0	1	0	0.50

Total

Como se puede observar en la tabla anterior, hay una columna extra. Esta columna corresponde a las personas en las que se usaron antibióticos profilácticos con el fin de tener las 200 personas estudiadas en este trabajo. Se puede observar también que en dos personas no se usó P. Procaína como profiláctico, habiendo sido usado en su lugar Tetraciclina. En una de esas personas consta que fué por alergia, sin embargo, en la otra no consta el motivo. La combinación más usada fué, según podemos ver, P. Cristalina al inicio, luego P. Procaína más Cloranfenicol.

No se encuentra en ninguna papeleta Ampicilina que es de los antibióticos bastante usados. También se desprecia el uso de gentamicina que da muy buenos resultados en combinación con otros medicamentos.

Tabla No. 11:

Hospitalización	1974	1975	1976	1977	1978	Total	%
1 a 4 días	0	0	2	0	0	2	1.00
5 a 6 días	5	4	4	8	6	27	13.50
7 a 8 días	25	31	27	24	20	127	63.50
9 a 10 días	2	2	3	5	7	19	9.50
11 a 12 días	3	1	0	3	0	7	3.50
13 a 14 días	2	0	0	0	0	2	1.00
15 a 16 días	1	0	0	0	1	2	1.00
17 a 18 días	1	0	3	0	0	4	2.00
19 días o más	1	2	1	0	6	10	5.00
Total	40	40	40	40	40	200	100.00

Poco se puede agregar a esta tabla pues es fácil observar que los días de hospitalización varían entre siete y ocho, lo cual se explica al tener conocimiento que en el Hospital de Jalapa se da el egreso a las pacientes operadas al quitar los puntos de la herida, lo cual se realiza a los siete días, siempre que el paciente no haya tenido ninguna complicación.

CONCLUSIONES

- 1.- Podemos concluir efectivamente que las operaciones cesareas son más frecuentes en los años comprendidos entre los 21 y los 25 años, siendo este el período en el cual la mujer alcanza un grado de madurez tal, que ya se encuentra en una época propicia para el matrimonio. Es to podría aplicar además, que el mayor porcentaje de pacientes sean casadas. No podemos dejar olvidado que en nuestro país la paternidad irresponsable tiene un índice muy elevado, lo cual explica que un número elevado de operadas hayan sido solteras y de una edad comprendida entre los 14 y los 20 años de edad.

También se puede incluir en esta situación el número elevado de primigestas operadas.

- 2.- En cuanto al empleo de anestesia, se puede afirmar sin discusión es la Anestesia Raquídea la cual prácticamente ha dado una seguridad de 100%, tomando en cuenta que de las 195 personas en las que se usó, sólo una de ellas presentó problemas derivados de su empleo. Esto viene a confirmar lo apuntado en el capítulo de teoría pudiendo tomarse como uno de los resultados más satisfactorios de este trabajo.

- 3.- En cuanto a las indicaciones de operación cesárea, podemos decir que de acuerdo a lo expresado en los incisos teóricos que: las distocias feto-ovulares fueron las causas que motivaron el mayor número de cesareas con un 44% de los casos, seguida por los casos de Distocias

por viciación pélvica con un 31%, luego las Distocias de las partes blandas con un 5% y por último, por enfermedades maternas con un 3.50%. A propósito hemos dejado un 3% que corresponde a Obito Fetal, el cual como se sabe, no es una indicación de cesarea. También mencionaremos que un 13.50% de los casos no tienen la indicación por el cual se efectuó la operación cesarea.

4.- La mortalidad materna se encuentra dentro de los límites que refieren la literatura mundial. Sin embargo no se puede decir lo mismo de la mortalidad perinatal, ya que un 23.50% de los casos es un porcentaje muy elevado, para cualquier centro asistencial, constituyendo otro de los resultados interesantes de este trabajo.

5.- El postoperatorio, uso de antibióticos y los días de hospitalización van íntimamente unidos. El porcentaje de días de hospitalización fué mayor en los 7 u 8 días de estancia lo que corresponde a un postoperatorio normal con uso de antibióticos profilácticos. Así también, las pacientes de mayor estancia corresponden a aquellas con alguna complicación y en las que el uso de antibióticos fué indicado por el mismo problema.

RECOMENDACIONES

1.- La operación cesarea sigue siendo un procedimiento sencillo y de buenos resultados, siempre que esté verdaderamente indicado, por lo que recomendamos su uso pero aplicado estrictamente a los casos que ameriten tal intervención ya que en muchos casos se puso en peligro la vida de la madre por fetos muertos.

2.- Hacer una recomendación al Hospital Nacional de Jalapa que se le dé una mayor atención a la ficha clínica colocando en ella la indicación completa del procedimiento, no solo en casos como los que se trataron en este trabajo, sino que en toda intervención que se realice, por lo que propongo introducir renglones en los que se tenga que escribir el diagnóstico preoperatorio y el postoperatorio, así como aparte de ello, la indicación del motivo de la intervención.

3.- Hacer un llamado al Señor Director para que por su medio se ponga un mayor énfasis en cuanto a condiciones de asepsia y antisepsia, tanto en la Sala de Operaciones como en la operación misma, ya que en realidad, en el Hospital Nacional de Jalapa, no se cumplen estrictamente este tipo de normas, que inciden en un mayor porcentaje de infección de heridas operatorias.

4.- Recomendar de una manera muy especial, a los estudiantes de la Facultad de Medicina que lleguen al Hospital a realizar sus practicas de internado, que hagan todo lo que esté de su parte, para prestarles una mayor atención a las pacientes que llegan a solicitar servicios con

el objeto de disminuir de una manera enérgica y constante, la alta mortalidad perinatal que se tiene, a la vez, de influir en los Médicos Jefes, para tomar una acción decidida con el objeto de disminuirla más aún.

BIBLIOGRAFIA

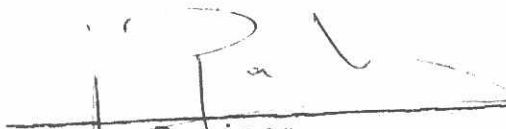
- 1.- Schwarcz, Ricardo., OBSTETRICIA, Editorial El Ateneo 3a. Edición, 3a. Reimpresión, 1975.
- 2.- Williams, OBSTETRICIA, Salvat Editores S. A., 1a. Edición, 4a. Reimpresión, 1976.
- 3.- De Moragues, Jaime, CLINICA OBSTETRICA, Editorial El Ateneo, 8a. Edición, 1960.
- 4.- Dexeus Trias de Bes, José María, OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, 1a. Edición, 1965.
- 5.- Díaz, Fernando J., OPERACION CESAREA ABDOMINAL, Trabajo de Tesis, USAC, 1927.
- 6.- Ortíz P., Mario CESAREA BAJA MODIFICACIONES A SU TECNICA, Trabajo de Tesis, USAC, 1944.
- 7.- Aragón Quiñónez, Héctor., CESAREA EXTRAPERITONEAL SUPRAVESICAL, Trabajo de Tesis USAC, 1951.
- 8.- Acevedo Salinas, Harnoldo José, CESAREA EN UN HOSPITAL DEPARTAMENTAL, Trabajo de Tesis, USAC, 1977.
- 9.- Girón Ramírez, Mario Gilberto, OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL GENERAL EN 1977, Trabajo de Tesis, USAC, 1978.

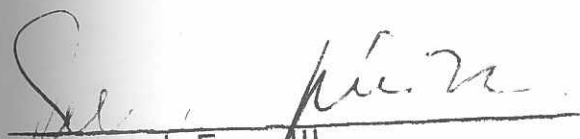
- 10.- Méndez Cardona, William Leonel, INDICACIONES DE OPERACION CESAREA EN HOSPITALES DEPARTAMENTALES, Trabajo de Tesis, USAC, 1978.
- 11.- Jordán Portillo, Carlos Humberto, OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA, Trabajo de Tesis, USAC, 1978.
- 12.- Cahueque Acosta, Mario Adolfo, OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE RETALHULEU, Trabajo de Tesis, USAC, 1978.

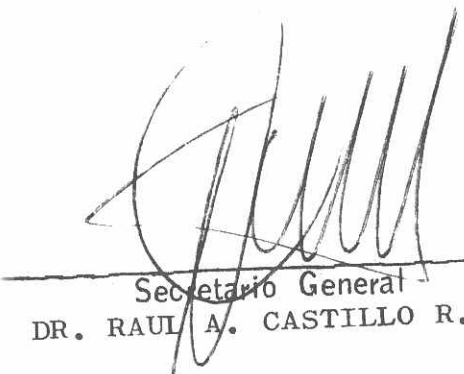

Br. MIGUEL ARTURO TO QUINONEZ



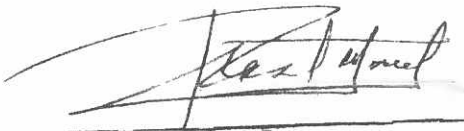
Asesor DR. MARIO E. GODOY M.


Revisor
DR. JORGE PALMA MOYA


Director de Fase III
DR. JULIO E. DE LEON


Secretario General
DR. RAUL A. CASTILLO R.

Vo.Bo.


Decano
DR. ROLANDO CASTILLO