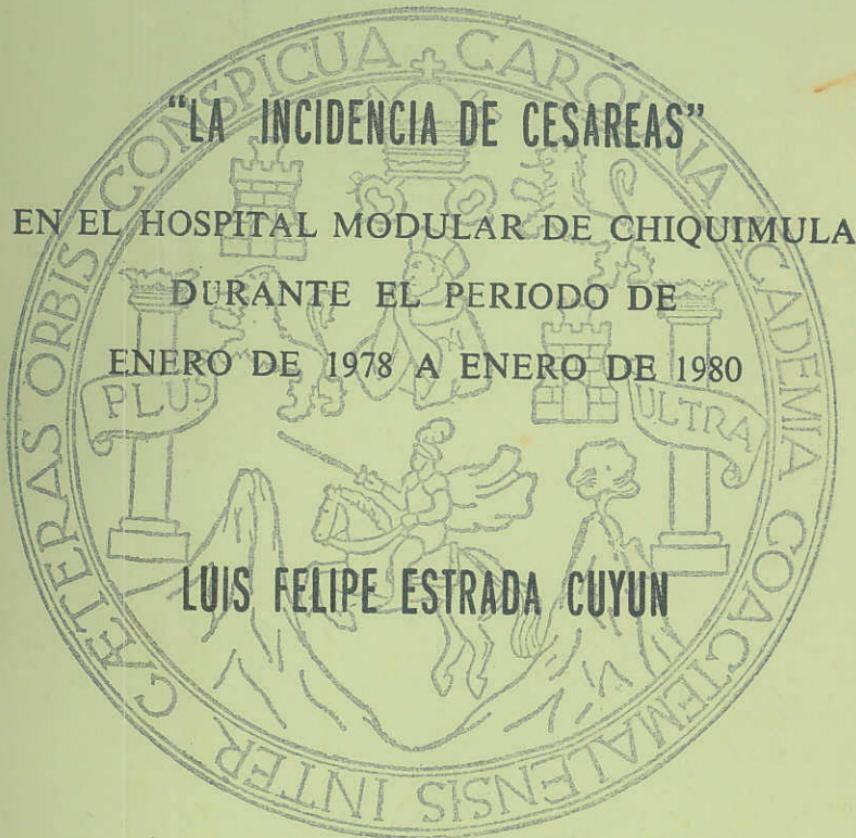


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



GUATEMALA, JUNIO DE 1980

## CONTENIDO

### I PARTE

1. Introducción
2. Hipótesis
3. Objetivos
4. Material y Métodos

### II PARTE

1. Historia:
  - a) General
  - b) Guatemala
2. Indicaciones
3. Clasificación de Cesáreas
4. Técnica Operatoria
5. Ventajas de la operación y Complicaciones
6. Anestesias utilizadas
7. Pronóstico Materno

### III PARTE

1. Presentación e interpretación de resultados
2. La Madre
3. El Niño
4. Comentario
5. Conclusiones
6. Recomendaciones
7. Bibliografía

## I PARTE

### INTRODUCCION

El presente trabajo retrospectivo pretende estudiar las causas de operación Cesárea y analizarlas en toda su magnitud. Comprenden 154 cesáreas realizadas en el Departamento de Maternidad del Hospital Modular de Chiquimula, durante un periodo de dos años (1/1/78 al 1/1/80).

Estos casos fueron analizados y revisadas las historias clínicas que se encuentran en el Archivo del mencionado hospital. Se estudia detenidamente cada historia clínica haciéndose énfasis en la distribución por edades, grupo étnico, tipo de operación realizada y complicaciones post-parto que se presentaron; además se realiza un análisis de Morbi-mortalidad Materna y fetal para llegar a las conclusiones y dar las debidas recomendaciones.

Considero que es muy importante que el estudiante conozca las ventajas y desventajas de las cesáreas, como también analice cada caso en particular y sus posibles complicaciones.

Por último es necesario hacer énfasis en las características de cada caso, revisar las conductas tomadas y sobre todo resaltar la importancia de las causas predisponentes que por simples o frecuentes, no se les presta la atención debida. Se recabaron los datos del Hospital Roosevelt referentes al número total de partos atendidos y de cesáreas realizadas, los cuales indico a continuación: Partos totales atendidos en dos años (1978-1979) 29,619; cesáreas efectuadas: 1,586 lo que dá una incidencia de cesáreas de 5.35%. Los datos del Hospital General no los tienen computados, por lo que no se agregaron a éste estudio.

## HIPOTESIS

La incidencia de operación cesárea que se realiza en el Hospital Modular de Chiquimula es baja en relación al Hospital Roosevelt de la Capital

## OBJETIVOS

### A. GENERALES:

1. Conocer las indicaciones que diferentes autores dan para efectuar la operación Cesárea.
2. Conocer la incidencia con que dicho procedimiento se efectúa.
3. Conocer cual o cuales son las contraindicaciones y complicaciones más frecuentes referentes a la técnica quirúrgica.
4. Poder dar conclusiones y recomendaciones propias, basándonos en datos reales obtenidos en nuestra área de trabajo.

### B. ESPECIFICOS:

1. Conocer la frecuencia con que se realizó la operación Cesárea en el Departamento de Maternidad del Hospital Modular de Chiquimula durante el período comprendido del 1 de Enero de 1978 al 1 de Enero de 1980.

2. Conocer cuales fueron las indicaciones mas frecuentes para realizar dicho procedimiento y cual fué el grupo etario materno más afectado según el estudio.
3. Determinar si las indicaciones que se tomaron para efectuar dicho procedimiento están dentro de las indicaciones recomendadas por los diversos autores y Literatura Mundial.
4. Determinar las complicaciones más frecuentes en el post-operatorio de las pacientes estudiadas.
5. Poder evaluar el estado del feto en el momento de su nacimiento.
6. Conocer el tipo de anestesia usado con más frecuencia en el Hospital Modular de Chiquimula, en las pacientes cesarizadas.

## MATERIAL Y METODOS

El objeto de estudio será: "La incidencia de operaciones cesáreas en el Hospital Modular de Chiquimula, durante un período de dos años.

RECURSOS: Para la realización del presente trabajo se utilizarán los siguientes tipos de recursos:

### 1. RECURSOS HUMANOS:

- a. Asesor
- b. Revisor
- c. Encargado del Archivo y Estadística del Hospital de Chiquimula.

### 2. RECURSOS MATERIALES:

- a. Libros de Ingreso del Servicio de Maternidad
- b. Libros de Nacimientos
- c. Libros de Operaciones
- d. Libros de Egresos de Maternidad
- e. Historias clínicas de las pacientes
- f. Tabla de recopilación de datos
- g. Utiles de escritorio.

METODO:

- a. Científico.
- b. Estadístico.
- c. Analítico, Retrospectivo.
- d. Investigación.

## II PARTE

### 1. HISTORIA

La operación cesárea, es una de las operaciones más antiguas de la obstetricia, ya que la mitología nos enseña que Apolo incidió el vientre de la infiel Coronis, ya en la hoguera y así nació el padre de la medicina, Esculapio. 1

Etimológicamente, es probable que el término de operación cesárea, provenga del latín "Partus Caesareus de Caedere", cortar. La versión de que Julio César haya nacido de ésta 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 muertas y la madre de Julio César aún vivía en tiempos de la guerra de las Galias, según demuestran las cartas que él escribió. 2

- 
- 1) Jaime Moragues Bernat, CLINICA OBSTETRICA. pp. 835-836.
  - 2) Greenhill J. P. PRINCIPIOS Y PRACTICAS DE OBSTETRICIA DE DELEE. pp. 1528-1530.

La evolución sufrida por la cesárea abdominal, ha sido muy accidentada y su ejecución muy arriesgada, pudiendo estabilizarse apenas en la segunda mitad del Siglo XIX, como consecuencia de dos progresos extraordinarios:

- 1) La asepsia quirúrgica y obstétrica.
- 2) El perfeccionamiento de la técnica para suturar el útero. Tales progresos están ligados a los nombres de Semmelweis, Lister, etc. 3

Posteriormente la introducción de la incisión sobre el segmento inferior, en reemplazo de la incisión uterina corporal, significó un nuevo progreso, e inició una nueva era para la operación. A este adelanto están vinculados los nombres de Stoltz, Franck, etc. Dührssen, de Berlín ideó en 1895 la operación que lleva su nombre, o sea, la cesárea vaginal y extraperitoneal y Franck, en 1907 se inclinó hacia la cesárea suprasinfisaria extraperitoneal por artificio de técnica, suturando el peritoneo visceral uterino

---

3) Tesis Dr. Carlos H. Guzmán, OPERACION CESAREA HOSPITAL ROOSEVELT. 1966.

al peritoneo parietal, como tiempo previo a la incisión segmentaria transversal. 4

El deseo de salvar la cavidad peritoneal del contacto con el contenido uterino, fué el anhelo que entre 1904 y 1911, guió a Latzko, Sellheim, Kustner y Doderlein, creadores de técnicas operatorias que buscaban evacuar el útero sin abrir el peritoneo. Sin embargo éstas técnicas no consiguieron resolver satisfactoriamente el difícil problema del parto quirúrgico en casos de útero infectado.

Pásase desde 1932, a la época y etapa de las cesáreas intraperitoneales que toman carácter de extraperitoneales por artificios de técnica. Aquí deben considerarse los nombres de Michen, Puga, etc. Desde 1939, en Estados Unidos de América, se observa un resurgimiento de las técnicas extraperitoneales. Waters, Norton, describen sus técnicas propias y las practican con entusiasmo. Waters en 1947 en el III Congreso Americano de Obstetricia y Ginecología, pre-

---

4) Jaime Moragues Bernat, CLINICA OBSTETRICA.  
pp. 837-843.

sentó cuatrocientos casos operados con su técnica. 5

## HISTORIA EN GUATEMALA

En Diciembre de 1871 el Doctor Eligio Baca, Cirujano guatemalteco, practicó la primera cesárea en Centro América. En 1905, el Doctor Juan Ortega ejecutó la primera cesárea corpórea en el Hospital General de Guatemala.

En 1919 en la Maternidad Joaquina, se practicó la segunda cesárea corpórea por el Doctor Lizardo Estrada y la reportó el entonces interno de dicho Centro Doctor Guillermo Sánchez.

En 1942 el Doctor Ricardo Alvarez Orantes introdujo la técnica de Waters para la cesárea extraperitoneal. La Primera operación cesárea efectuada en el Hospital Roosevelt fué el 16 de Diciembre de 1955 por el Doctor Arturo Zeceña. 6

- 
- 5) Jaime Moragues Bernat, "CLINICA OBSTETRICA".  
pp. 860-864.
  - 6) Tesis Dr. Ernesto Alarcón Estévez. OPERACION CESÁREA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT. 1958.

## 2 INDICACIONES DE CESAREA

A continuación se presentan las indicaciones clasificadas según su etiología. 1) - 2)

### A. ABSOLUTAS POR CAUSA MATERNA:

1. Canal blando:
  - a) Anomalía del Cuello (Cancer del cuello).
  - b) Anomalías vulvovaginales (Atresia)
2. Tumores previos irreductibles.
3. Estrechez pelviana absoluta.
4. Inminencia de Ruptura Uterina.
5. Coartación de la aorta.

### B. INDICACIONES ABSOLUTAS POR CAUSAS OVULARES:

1. Placenta previa eclusiva central total.
2. Apoplejía interuteroplacentaria (Couvelaire)
3. Presentaciones viciosas en Primigestas (Hombre).

- 
- 1) Dr. Eliseo B. Rosenyasser. TERAPEUTICA OBSTETRICA pp. 190-191.
  - 2) Scwarkes, Ricardo. "OBSTETRICIA". pp. 849-856.

## C. INDICACIONES RELATIVAS POR CAUSAS MATERNAIS:

1. Canal blando (Tumores, atresia).
2. Canal oseo (Estrechez relativa de la pelvis).
3. Distecia de contracción.
4. Enfermedades maternas: Diabetes,  
Desprendimiento prematuro de placenta.

## D. INDICACIONES RELATIVAS POR CAUSAS FETALES:

1. Sufrimiento fetal.
2. Excesivo volumen fetal.
3. Presentaciones viciosas.
4. Procidencias irreductibles.

## E. INDICACIONES RELATIVAS POR CAUSAS OVULARES:

1. Placenta previa no exclusiva sangrante.
2. Procidencias o precubitos del cordón.

### 3. CLASIFICACION DE LAS CESAREAS:

#### 1. TRANSPERITONEALES: 3) 4)

- a) Corporea
- b) Segmentaria
- c) Segmento Corporea
- d) Cesárea Histerectomía (de Porro).

#### 2. EXTRAPERITONEALES:

- a) Puras
  - b) Con artificio
- 3) MUTILADORAS (ya descartadas)
- 4) VAGINAL (Desuso)
- 5) CESAREA POST MORTEM (Corpórea Clásica).

### 4 TECNICA OPERATORIA DE LA CESAREA TRANSPERITONEAL

La Histerotomía puede llevarse a cabo a nivel del cuerpo uterino (Cesárea Corpórea) o del Segmento inferior (Cesárea Segmentaria). La cesárea corporal llamada cesárea Clásica ha sido casi abandonada porque es una operación que no satisface y que por ello

- 
- 3) Tesis Dr. Ernesto Alarcón Estévez. "OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT". pp. 12.
- 4) Dr. Eliseo B. Risenvasser. TERAPEUTICA OBSTETRICA pp. 190-195.

debe observarse para casos excepcionales.

La cesárea segmentaria es la operación más practicada en el presente a causa de que ofrece mayores seguridades inmediatas. La técnica operatoria puede resumirse como sigue:

Paciente en decúbito dorsal, con sonda vesical, mesa en moderada posición de Trendelenburg.

1. Incisión infraumbilical mediana o transversal, de más o menos 15 cm. de longitud, interesando hasta peritoneo parietal;

2. Incisión y despegamiento del peritoneo visceral uterino: sobre el segmento inferior se hace una incisión transversal para un despegamiento de la vejiga lo más posible.

3. Histerotomía: puede realizarse en dirección longitudinal (Técnica de Kroning y de Opitz); o en dirección transversal (Técnica de Munro Kerr). La más utilizada es la técnica de Munro Kerr, en la cual se practica una abertura arciforme de concavidad superior. para realizarla se toman precauciones para no herir al

feto levantando con pinzas de Allis un pliegue del segmento inferior y a unos cuatro centímetros por en cima de la vejiga practicándose allí un ojal con bis turí, por éste ojal se introduce la tijera y cortando a ambos lados se hace una sección transversal curva de 12 cm., hay acá otra variante la cual no expli caremos ya que lo que nos interesa es dejar una idea de la técnica.

4. Extracción fetal: Puede hacerse de cuatro formas distintas, éstas son:

- a) Directamente desde la cabeza.
- b) Por medio de la palanca de Sellheim.
- c) Por forceps.
- d) Por versión interna y gran extracción pelvia na.

5. Cierre del útero: El segmento inferior se sutura en dos planos con cadgut crómico 0 o 1, el primer plano con puntos, el segundo con puntos X o en sutura continua, invaginantes.

6. Cierre del abdomen: Se sutura por planos comenzando por el peritoneo parietal en forma continua con

cadgut simple o 0, el peritoneo visceral en igual forma. La sutura del plano muscular con puntos en U con cadgut 1 simple. La fascia con cadgut. En el tejido celular subcutaneo se ponen puntos de acercamiento con cadgut simple 0. Para finalizar, la Piel se sutura con algodón, hilo o seda. 1

## 5. VENTAJAS DE LA CESAREA TRANSPERITONEAL 2

1. Menor o nula contaminación de la cavidad peritoneal.
2. Menor probabilidad de adherencias posteriores.
3. Buena cicatrización.
4. Disminuye la incidencia de rupturas en embarazos posteriores.

## COMPLICACIONES DE LA CESAREA TRANSPERITONEAL 3

### 1. Complicaciones intra-operatorias más comunes:

- 
- 1) Eliseo Rosenvassser, "TERAPEUTICA OBSTETRICA". pp. 194.
  - 2) Tesis Dr. Armando González, "LA OPERACION CESAREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DE GUATEMALA".
  - 3) Eliseo Rosenvassser, "TERAPEUTICA OBSTETRICA". pp. 195.

- a) Hemorragia.
  - b) Desgarre de vejiga. Herida vesical.
  - c) Prolongación de ángulos.
2. Complicaciones post-operatorias más frecuentes:
- a) Infección.
  - b) Hematomas o absesos de pared.
  - c) Ileo paralítico.
6. ANESTESIA UTILIZADA

Existen varios tipos de anestesias que se utilizan para la intervención quirúrgica, éstas son: 1) 2)

1. Anestesia Intravenosa: Se utiliza la inyección venosa de Pentothal Sódico, es un método sencillo y rápido para la inducción y mantenimiento de la anestesia.

2. Anestesia por Inhalación: La anestesia corriente es con óxido nitroso, tiene que ser aplicada por un especialista en la materia.

- 
- 1) Schwarcks, Ricardo. "OBSTETRICIA". pp. 754-755.
  - 2) Williams, "OBSTETRICIA". pp. 393-395.

3. Anestesia Regional: Hay varios tipos entre los cuales están: la caudal, epidural, raquidea. La que más se utiliza actualmente de éstas es la Epidural.

Finalizo aclarando que cualquier anestésico aplicado por manos expertas reducirá los riesgos de la intervención quirúrgica.

#### 7. PRONOSTICO MATERNO

La mortalidad materna actualmente es de 0.4%. Este resultado se ha logrado por el perfeccionamiento de las técnicas operatorias, por las mejoras en el campo de la anestesiología, por el uso de antibióticos y por la mejor conducción del parto. Castelazo Ayala en 1960, afirmó que la mortalidad materna asociada a cesáreas es seis veces mayor que la del parto vaginal. 6

Así pues, la mortalidad materna referente a cesáreas ha disminuido bastante debido a los adelantos y perfeccionamiento de la cirugía.

---

6) Scwarkes, Ricardo: "OBSTETRICIA", pp. 755.

### III PARTE

---

#### 1. PRESENTACION E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El estudio realizado en el Hospital Modular de Chiquimula, nos demostró que se registraron 2,460 partos en un período de dos años, de los cuales 154 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente; lo que equivale al 6.25%.

#### 2. LA MADRE:

##### 2.1 DISTRIBUCION POR EDADES:

	No. Pacientes
15-20 años	38
21-30 años	81
31-40 años	34
41 y más	1
Total	154

En este cuadro se presentan las pacientes clasificadas por su edad, se observa que las edades más frecuentes de las pacientes que se les realizó cesárea, fueron de 21 a 30 años (# 18) seguidas por las de 15-20 años (# 38). La edad promedio fué de 27 años; siendo la menor de 15 años y la mayor de 41 años.

## 2.2 CONTROL PRENATAL:

Control Pre-natal	No. Pacientes	%
Si	33	21
No	121	79
Total:	154	100

Este cuadro se refiere a las pacientes que fueron controladas durante su embarazo en el Centro de Salud, de donde concluimos que únicamente el 21% de las pacientes tienen control Prenatal.

## 2.3 PARIDAD

Número de Partos anteriores	No. Pacientes	%
0	50	32
1-3	38	25
4-6	53	34
7 y mas	13	9
Total	154	100

Este cuadro corresponde al número de partos anteriores de las pacientes que fueron operadas, observándose que la mayoría eran pacientes que habían tenido de 4 a 6 partos (34%), siguiendo en orden de frecuencia las pacientes primigestas con un 32%.

## 2.4 PROCEDENCIA:

Area	No. Pacientes	%
Urbana	54	35
Rural	100	65
Total	154	100

En éste cuadro se hace notar que, el área urbana es la Cabecera del Departamento de Chiquimula y el área rural son los Municipios con sus respectivas aldeas, caseríos, etc. Podemos ver claramente que el 65% de las pacientes eran del área rural, en tanto que el 35% de ellas eran del área urbana.

## 2.5 ESTADO CIVIL:

Estado Civil	No. Pacientes	%
Casadas	36	23
Unidas	108	70
Solteras	10	7
Total	154	100

En éste cuadro se observa que el estado civil de las pacientes en un 70% es de unión (no legalizada), en tanto que el segundo lugar lo ocupan las casadas con un 23%.

## 2.6 OCUPACION:

Ocupación	No. Pacientes	%
Oficios domésticos	141	91
Maestras de Educación		
Primaria	13	9
Total:	154	100

En éste cuadro se puede observar que la ocupación más frecuente de las pacientes operadas corresponde a Oficios Domésticos (91%). Además hago énfasis que los cuadros del 1 al 6 estadísticamente no son representativos ya que no se cuenta con la relación de ocurrencia de las pacientes que ingresaron al Departamento.

## 2.7 PELVIMETRIA:

Pelvimetria	No. Pacientes	%
Si	83	54
No	71	46
Total	154	100

En este aspecto hago notar que las historias clínicas de las pacientes a quienes se les tomó pelvimetría no tenían escritos los diámetros correspondientes.

## 2.8 CONTROL DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO:

Hemoglobina	No. Pacientes	%
de 5 a 10 gr/100 ml	44	24
de 11 a 15 gr/100 ml	100	76
<hr/>		
Hematocrito	No. Pacientes	%
de 20 a 30 %	39	25
de 31 a 40 %	95	62
40 y más	20	13
Total:	154	100

Estos datos son los que presentaban las pacientes antes de ser intervenidas quirúrgicamente, y cuyos resultados se obtienen después de la operación.

## 2.9 ESTADO DE LAS MEMBRANAS:

Estado de las membranas	No. Pacientes	%
Enteras	61	40
Rotas	25	16
No refiere*	68	44
Total	154	100

Hago notar que en el record operatorio no refieren más que "Membranas enteras o rotas". Sin hacer nota mas amplia.

## 2.10 CAUSAS DE CESAREA:

Los parámetros tomados fueron clasificados según las causas:

## Grupo 1: Por Distocias (8)

A- Por estrechez pélvica	No.	%
A-1 Pelvis estrecha propiamente	10	6

No refieren en historias clínicas parámetros utilizados.

## B- Desproporción Cefalo pélvica:

No.	%
81	53

Aclaro que las historias clínicas no especifican si se les dió prueba de Trabajo de Parto.

## C Por presentación y Situación:

## C.1 Podálicas:

No.	%
6	4

## C.2 Situación Transversa:

No.	%
13	8

## D Por Disfunción Uterina:

No.	%
2	1

## D.2 Inercia Uterina:

No.	%
4	3

## D.3 Trabajo de Parto Prolongado:

No.	%
6	4

Tomando el tiempo después de 24 horas de iniciado.

## Grupo 2: Por Cesárea previa:

## A-1 Por Cesárea anterior:

No.	%
3	2

## Grupo 3: Por Hemorragia:

## A-1 Placenta previa:

No.	%
9	6

Aquí aclaro que solo especificaron en dos historias "Placenta central total" y en las demás no.

## Grupo 4: Por sufrimiento Fetal:

## A-1 Por sufrimiento fetal:

No.	%
14	9

## Grupo 5: Causas particulares de la Madre:

## A-1 Por Preeclampsia más sufrimiento fetal:

No.	%
3	2

## A-2 Primigesta añoosa:

No.	%
3	2

Todo este estudio demostró que las causas por las cuales se les efectuó cesárea fueron varias, encontrando la incidencia más alta las siguientes: Desproporción cefalopélvica 53 % siguiéndole en frecuencia el "sufrimiento fetal" con un 9 %.

## 2.11 CESAREA ANTERIOR:

Cesárea anterior	No. Pacientes	%
Si	17	11
No	137	90
Total	154	100

En este cuadro vemos que el 11% de las pacientes tenían Cesárea anterior, en tanto que el 89% no la tenían. Hago énfasis que debido a lo escueto de las fichas de las pacientes al momento del ingreso, no especifican cuántas cesáreas exactamente se les había realizado. Además aclaro que de las 17 pacientes operadas anteriormente por cesárea solo 3 fueron intervenidas nuevamente por esa causa (Grupo 2), en tanto que las restantes su parto se resolvió por vía vaginal.

#### 2.12 TIPO DE OPERACION:

Tipo de Operación	No. Pacientes	%
C.S.T.P.	153	99.35
Corpórea (Clásica)	1	0.65
Total	154	100.00

En el cuadro anterior analizamos que el 99.35% de las cesáreas fueron CSTP y solo en un caso se realizó una Corpórea debido a una Ruptura Uterina.

#### 2.13 RECORD OPERATORIO:

Record Operatorio	No. Pacientes	%
Si	138	90
No	16	10
Total	154	100

Se investigó si las historias tenían sus respectivos record operatorios, encontrándose que el 90% sí tenían record.

#### 2.14 ANESTESIA UTILIZADA:

Anestesia Utilizada	No. Pacientes	%
Epidural	130	84
General	24	16
Raquídea	--	--
Total	154	100

En este cuadro encontramos que la anestesia más utilizada fué la Epidural con un 84%, le sigue la General con 16%.

#### 2.15 DIAS DE HOSPITALIZACION:

Días de hospitalización	No. Pacientes	%
1 a 7 días	106	69
8 a 15 días	42	27
16 a 22 días	6	4
Total	154	100

#### 2.16 COMPLICACIONES POST OPERATORIAS:

Complicaciones	No. Pacientes	%
Infección de Herida		
Operatoria	18	12
Infección Urinaria	26	17
Sin complicaciones	110	71
Total	154	100

El cuadro anterior se refiere a las pacientes que presentaron complicaciones, tenemos que 44 pacientes presentaron complicaciones para un porcentaje de 29%; entre las complicaciones mas frecuentes están: Infección Urinaria 17%, seguida de Infección de Herida Operatoria con un 12%. Si se presentaron complicaciones Intra Operatorias no se tabularon ya que las historias clínicas y notas de operaciones no la anotaron. Además las complicaciones que arriba se registran fueron las únicas que oficialmente estaban registradas en las notas de evolución.

#### 2.17 MORTALIDAD MATERNA:

De los 154 casos estudiados y revisados, se registró una mortalidad materna debida a Ruptura Uterina y otra a Placenta Previa, lo cual corresponde a un 1.3%.

## 3. EL NIÑO:

## 3.1 ESTADO DEL NIÑO AL NACER:

APGAR	A1 Minuto	%
1 a 5	15	10
6 a 10	130	84
Mortinatos	9	6
Total	154	100

En este cuadro se observa que se presentaron 9 mor  
tinatos, además aclaro que de los 15 RN que se encon  
traron dentro de un APGAR de 1 a 5 fallecieron 6 en  
servicio.

## 3.2 CONTROL DEL PESO DEL RECIEN NACIDO:

Peso	No. Pacientes	%
2-4 libras	16	10
5-8 libras	107	69
8 libras y más	8	5
No pesados	23	16
Total	154	100

En este cuadro podemos observar que se presentaron 16 RN con un peso que oscilaba entre 2 a 4 libras, es  
tos niños con este peso bajo estaban asociados a pro  
blemas tales como: Sufrimiento fetal (No. 10) y des  
proporción cefalo pélvica (No. 6) (??)

### 3.3 MORTALIDAD FETAL:

El período neonatal, los primeros 28 días de vida, es una época muy delicada. La importancia del mismo se confirma por las altas cifras de morbilidad y mortalidad, en EE. UU. más de las dos terceras partes de las muertes durante el primer año de vida se presentan en éste período. Los niños nacidos mediante cesárea presentan problemas que pueden relacionarse con las circunstancias obstétricas que requirieron la operación o con la prolongada anestesia materna. 1

Solo agrego que se presentaron 9 mortinatos y 6 muertes en servicio, lamentando que los RN no tengan su correspondiente e individual historia clínica.

---

1) Nelson, Waldo E. Vaughan, Victor y McKay R. TRATADO DE PEDIATRIA. pp. 355.

## 4.

## COMENTARIO

El estudio realizado en el Hospital de Chiquimula, demuestra que se registraron un total de 2,460 partos durante dos años, y que un porcentaje de 6.26% correspondieron al número total de cesáreas (154), de donde deducimos que la operación cesárea es un procedimiento que se realiza con frecuencia. Observamos que la mayor cantidad de cesáreas realizadas fueron a pacientes que oscilaban en una edad de 21 a 30 años.

Observamos que en lo referente a pelvimetrías, no se registraban los diámetros en las respectivas papeletas, por lo que no se tiene un informe aceptable.

Otro aspecto importante que hago notar es el referente a que no especificaban qué tipo de Placenta Previa se presentó, aspecto básico para anotar en una investigación.

Además refiriéndonos al tópico de Cesárea Anterior, las notas de ingreso no aclaraban cuántas cesáreas anteriores se le habían realizado a las pacientes; y se circunscriben a poner únicamente después de la respectiva evaluación "paciente con cesárea anterior" aspecto

to muy importante para tabular.

En lo que concierne a complicaciones post-operatorias, llama la atención que no se reportaban Endometritis que es muy frecuente; las complicaciones citas das en ese punto (2.16), son las que oficialmente estaban registradas en notas de evolución, igualmente los record operatorios eran escuetos y no reportaban complicaciones intra-operatorias como por ejemplo: Heridas vesicales, hemorragias, etc.

Otro punto importante es el del RN en el cual se presentan 9 mortinatos y 6 niños con un Apgar bajo que murieron posteriormente en el servicio; lamentándose seriamente que los RN carezcan de su individual historia clínica. Por lo antes mencionado se deduce que faltan parámetros por evaluar pero que lamentablemente no han sido reportados, por lo que sería adecuado ampliar todos estos puntos, mejorando las historias clínicas y lo más importante que los RN tengan un ser vicio en donde sean evaluados constantemente y que sean creadas sus historias clínicas para dejar allí las evoluciones correspondientes.

Debido al estado caótico de la papelería se escapan aspectos muy importantes que deberían incluirse en éste estudio. Llama la atención las notas sobre DCP que se presentaron en madres con RN con un peso de 2 a 4 libras aspecto que denota mala evaluación o quizás se presentó otra indicación la cual no se dejó plasmada en la nota de evolución, o también que el reporte de enfermería sobre el peso fuera anómalo (por ser mal pesados).

Finalmente, debe llamarnos a seria reflexión el estado caótico de las historias clínicas que investigamos; en parte éste es comprensible debido al intenso trabajo que se realiza dentro del Hospital.

## 5. CONCLUSIONES

1. El promedio de edad de las pacientes Cesarizadas fué de 21 a 30 años.
2. Las pacientes Cesarizadas tuvieron un control prenatal de 21%.
3. El 65% de las pacientes a quienes se les intervino quirúrgicamente provenían del Área Rural.
4. Solo el 54% de las pacientes Cesarizadas tenían control Radiográfico.
5. La indicación más frecuente por la cual se les intervino quirúrgicamente fué Desproporción Cefalo pélvica 53%.
6. El 80% de las pacientes Cesarizadas no habían sido intervenidas quirúrgicamente antes de ésta intervención.
7. La técnica de elección fué la operación Segmentaria Transperitoneal, en un 99.35%, Tipo Kerr.
8. El tipo de Anestesia más utilizado fué Epidural en un 84%.

9. El 90% de las Historias Clínicas tenían Record Operatorio.
10. El promedio de Hospitalización pos operatorio para la paciente Cesarizada fué de 1 a 7 días (69%).
11. La complicación mas frecuente en la paciente post operada fué Infección Urinaria. (17%).
12. La Mortalidad Materna fué de un 1.3%.
13. La Mortalidad Fetal correspondió a un 10%.
14. La incidencia de cesáreas durante los años de 1978-1979 la constituyó el 6.25%, en el Hospital de Chiquimula.
15. La incidencia de cesáreas durante los años de 1978-1979, en el Hospital Roosevelt fué de 5.35%.
16. La infección post operatoria en el Hospital de Chiquimula es de 12% en tanto que en el Hospital Roosevelt es de 16.11%. (11).

6.

## RECOMENDACIONES

1. Que el programa de Control Pre-Natal sea incluido en la Consulta Externa del Hospital Modular de Chiquimula.
2. Que las historias clínicas referentes a Maternidad sean supervisadas por los Médicos Jefes.
3. Que las historias clínicas tengan Record Operatorio obligado.
4. Que el "Hospital Modular de Chiquimula" cuente con un servicio esclusivo para Recién Nacidos y que al mismo tiempo sean evaluados al nacer y al pasar a su Servicio.
5. Que el estudio radiológico que se realiza a las pacientes sea registrado con un correspondiente número en la historia clínica.
6. Que las medidas tomadas en el estudio radiológico a las pacientes, sean expresadas literalmente en las historias clínicas.

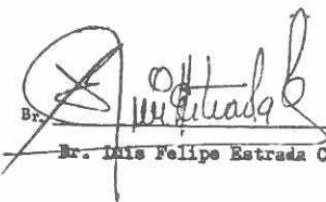
7. Los libros de control de Operaciones y Partos no se encuentran bien llevados, siendo evidente los múltiples errores en las anotaciones de los diagnósticos, por lo que se deberían mejorar las anotaciones.
8. Que la distribución de la papelería en el Archivo general se ordene en mejor forma ya que en ciertos casos faltan datos importantes para la conclusión de la investigación.

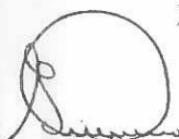
7.

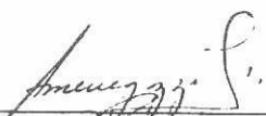
## BIBLIOGRAFIA

1. Alarcón Estévez, E., OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de C.C.M.M. 1958. 55 p.
2. Dexeus, José M., OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. Ia. Edición Barcelona, Editorial Juventud. 1969. pp. 406-410.
3. González, Armando. LA OPERACION CESAREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DE GUATEMALA. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos Facultad de C.C.M.M. 1955. 11 p.
4. Greenhill, J. P., PRINCIPIOS Y PRACTICAS DE OBSTETRICIA DE DELEE. 2da. Ed. México, Uteha S.A. 1955. pp 1528-1545.
5. Guzmán, Carlos H. OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de C.C.M.M. 1966. 33 p.

6. Moragues Bernat, J. CLINICA OBSTETRICA. 3a. Ed. Argentina, Editorial El Ateneo. 1968. pp. 835-864.
7. Nelson, Waldo E. Vaughan, Victor y Mckay R. TRATADO DE PEDIATRIA. 6a. Ed. Tomo I. Barcelona, Salvat Editores. 1973. p. 355
8. Rosenvasser, Eliseo. TERAPEUTICA OBSTETRICA. 2a. Ed. Argentina. Talleres Gráficos Didot. 1962. 577 p.
9. Saenz A., Gonzálo. INCIDENCIA DE INFECCIONES EN CESAREAS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de C.C.M.M. 1974. 30 p.
10. Scwarkcs, R. OBSTETRICIA. 3a. Ed. Argentina, Editorial El Ateneo, 1973. pp. 849-865, 754-755.
11. Williams. OBSTETRICIA, 4a. Ed. México, Salvat Editores. 1973. pp 393-398.

Br.   
Dr. Luis Felipe Estrada Cuyin.

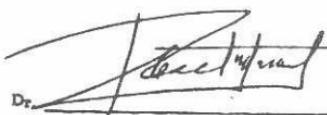
Dr.   
Asesor.  
Dr. Angel M. Guerrere R.

Dr.   
Revisor  
Dr. Alejandro Menagazze V.

Dr.   
Director de Fase III  
Dr. Héctor Nuila Ericastilla

Dr.   
Secretario  
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo. Bo.

Dr.   
Decano.  
Dr. Rolando Castillo Montalvo.