

The seal of the Universidad de San Carlos de Guatemala is a large, circular emblem. It features a central figure of a man on horseback, holding a staff. Above him is a crown with a cross on top. To the left is a castle tower, and to the right is a lion rampant. Below the central figure are two columns supporting a banner with the word 'PLUS'. The entire scene is enclosed in a circular border with Latin text: 'CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALTENSIS INTER CÆTERAS ORBIS'.

"OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE ESCUINTLA"

(Estudio retrospectivo de los primeros
100 casos de operación cesárea en 1980)

OTTO LUIS MARROQUIN BURGOS

CONTENIDO

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III MATERIAL Y METODOS
- IV ANALISIS HISTORICO
- V CONSIDERACIONES GENERALES
- VI PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- VII CONCLUSIONES
- VIII RECOMENDACIONES
- IX BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis cuyo título es "OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA", se realizó en base a una revisión de los primeros cien casos de operación cesárea, realizados en dicho hospital, durante los primeros meses de 1980, analizando el problema integralmente, haciendo énfasis en las causas desencadenantes (indicaciones), grupo etáreo vulnerable, paridad, tipos de anestesia, complicaciones, antibióticos, mortalidad y técnica operatoria.

Es innegable que la operación cesárea realizada con la técnica más adecuada y en el momento oportuno ha contribuido a salvar muchas vidas, es por eso que se ha ido convirtiendo a través del tiempo en una técnica especializada, específica, que requiere de una comprensión teórica profunda para alcanzar con acierto su indicación y no digamos de una habilidad especial para su realización.

Este trabajo se realizó con el propósito de considerar a las pacientes sometidas a operación cesárea y presentar en detalle - sus lineamientos generales, examinando así, algunos aspectos de ella, en una revisión bibliográfica.

De ninguna manera pretendemos nuevas técnicas ni variantes a las ya establecidas, únicamente pretendemos un mejor entendimiento posible para mejorar su indicación y realización en el hospital nacional de Escuintla.

II

OBJETIVOS

A. GENERALES

1. Contribuir al estudio sobre operación cesárea en Guatemala.
2. Efectuar estudio bibliográfico sobre lo que es la operación cesárea.

B. ESPECIFICOS

1. Establecer cuales son las indicaciones más frecuentes de cesárea realizadas en el hospital Nacional de Escuintla.
2. Determinar que grupo etáreo es el que más se somete a operación cesárea.
3. Determinar que paridad presentaban las pacientes cuando se sometieron a cesárea la primera vez.
4. Conocer que tipo de complicaciones es el más frecuente en pacientes cesarizadas.
5. Determinar que tipo de anestesia se utiliza con mayor frecuencia en pacientes cesarizadas.
6. Establecer el índice de operación cesárea en el período de tiempo que comprenda hasta los cien casos.

do de tiempo que comprenda hasta los cien casos .

7. Determinar el índice de mortalidad, tanto materna como perinatal en estos cien casos .
8. Establecer el tipo de incisión abdominal y el tipo de incisión uterina más frecuentemente utilizada .

MATERIAL Y METODOS

A. MATERIAL

Se estudiaron las primeras cien papeletas de operación cesárea que se realizaron en el Hospital Nacional de Escuintla en los primeros meses de 1980.

B. METODO

1. Se utilizó el científico, deductivo y el retrospectivo.
2. Se hizo uso del departamento de archivo y estadística del hospital Nacional de Escuintla.
3. Se obtuvieron los datos propuestos y posteriormente se tabularon los mismos para obtener porcentajes.
4. Se realizó a la vez una revisión bibliográfica, con el fin de elaborar un resumen de lo más importante sobre el tema.
5. Se elaboraron cuadros y se procedió al análisis de los mismos.

C. RECURSOS

1. Humanos:

- a) Asesor: Dr. Jorge R. Cojulún.
- b) Revisor: Dr. Guillermo Guzmán.
- c) Personal de archivo del Hospital Nacional de Escuintla.
- d) Personal de bibliotecas consultadas.
- e) Autor: Otto Luis Marroquín Burgos.

2. Físicos:

- a) Registros clínicos del archivo del Hospital Nacional de Escuintla.
- b) Útiles de oficina y de escritorio.
- c) Material bibliográfico (libros de texto, revistas, folletos, etc.)
- d) Hojas de tabulación de datos.
- e) Biblioteca de la facultad de Ciencias Médicas.
- f) Biblioteca del INCAP.
- g) Biblioteca del Hospital Roosevelt y del IGSS.

ANALISIS HISTORICO

Etiología de la palabra:

El origen del término con que se designa esta intervención es obscuro, se han propuesto tres explicaciones principales:

1. Según la leyenda Julio César nació de esta forma por lo que este procedimiento vino a conocerse con la designación de "Operación Cesárea".
2. Se ha creído que el nombre de la operación deriva de una leyenda romana que se supone promulgada por Numa Pompilio (Siglo VIII a. d. C.) ordenando que se practicara en mujeres fallecidas durante las últimas semanas de embarazo con la esperanza de salvar al niño. Según esta ley, llamada "Les regia", al principio vino a llamarse "lex caesarea" en tiempo de los emperadores y la intervención propiamente dicha se conoció con el nombre de caesarea.
3. La palabra "cesárea" con que se designa la intervención pudo derivar en algún momento de la Edad Media del verbo latino Caedere, "cortar". Esta explicación del término "Caesarea" parece más lógico, pero es incierto cuando se aplicó por primera vez para designar la intervención. (9)

Historia:

Historiadores antiguos, por ejemplo Plinio dicen que Escipion el Africano, Marcio y Julio César nacieron desde el vientre de su madre. Al considerar esta referencia al parto por vía abdominal en la antigüedad es pertinente indicar que semejante intervención no es mencionada por Hipócrates, Galeno, Celso, Paulo, Sorano ni por ningún otro escritor médico de ese tiempo.

En el Talmud aparecen varias referencias al parto abdominal recopiladas entre los siglos II y VI d. de C., pero es dudoso que tengan algún fundamento en términos de uso clínico. (9)

Algunas de las primeras narraciones de cesáreas practicadas en mujeres vivas despierta un escepticismo similar, el hecho de que se cita más a menudo como representante del primer caso de cesárea realizado en una mujer viva es la intervención atribuida al castrador alemán llamado Jacob Nufes, de quien se dice que llevó a cabo la intervención en el año de 1500 en su mujer. No solo logró que su mujer sobreviviera sino que, además, pudo dar a luz a dos niños más, después de unos partos normales, en un tiempo que se desconocía la sutura de la herida uterina producida por la cesárea. Este caso no fue publicado hasta casi pasados 100 años por un autor que basaba su descripción en rumores transmitidos durante tres generaciones.

Sin embargo no aparecen en la literatura referencias autorizadas realizadas por obstetras dignos de confianza acerca de la puesta en práctica de la intervención hasta la mitad del siglo XVII, como por ejemplo el trabajo clásico del gran obstetra francés Francois Mauriceau, publicado por primera vez en el año 1668. Estas referencias demuestran sin lugar a dudas, que la intervención fue realizada en vivo, sólo en casos raros y desesperados durante la segunda mitad del siglo XVI y que fue por lo gene

ral mortal. (9)

En Gran Bretaña e Irlanda en el año de 1865 la tasa de mortalidad materna era de 85% de las cesáreas realizadas, en 1867 Listquoy practica operación cesárea y sutura luego el labio uterino a la cavidad abdominal. (16)

En 1876 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 fue hecha por Geniot, Fochet y Championers 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.

El punto clave en la evolución de la cesárea se produce en el año de 1882, cuando Max Sanger propone un modo de sutura del útero más perfeccionado: El hacía una doble sutura uterina, la primera con hilo de plata sin interesar la mucosa, y la segunda serosa, previa resección de los labios de la herida, con hilos de seda logrando un mejor afrontamiento.

En 1895 Durhssen ideó la cesárea vaginal con el fin de salvar la cavidad peritoneal del contenido uterino séptico, pero en 1907 Frank ante la dificultad de practicar la técnica anterior describe por primera vez la técnica extra-peritoneal, esta intervención se ha empleado hasta hace pocos años con varias modificaciones, tales como las introducidas por Latzko, Sellheim y Waters.

En el año de 1912 Kronig defendió que la ventaja principal de la técnica extraperitoneal estribaba no tanto en evitar por completo la cavidad peritoneal, sino en abrir el útero a través de su delgado segmento inferior y en cubrir después la incisión con peritoneo, a fin de conseguir esto, este autor practicaba una

incisión a través del saco supravesical del peritoneo desde un ligamento redondo al otro, y separaba el peritoneo y la vejiga urinaria del segmento uterino inferior y del cuello, para abrir en seguida el segmento inferior uterino mediante una incisión media vertical y extraer al niño con forceps.

En 1926 Munro Kerr hace una modificación de particular importancia la cual consistía en hacer una incisión uterina transversal en lugar de longitudinal. En la actualidad la técnica más empleada en la cesárea es la de Munro Kerr. (9)

La historia de la cesárea en Guatemala data del año 1771, cuando el cirujano mexicano Toribio Carvajal realiza esta operación post-mortem, la primera cesárea en vivo la realizó el doctor Eligio Baca en 1864, falleciendo la paciente por una infección a estreptococo, luego en 1871 el Dr. Baca realiza la misma intervención, pero esta vez con mucho éxito. (10)

En 1905 el Dr. Juan José Ortega realiza la primera cesárea corpórea en el Hospital General San Juan de Dios y en 1919 el Dr. Lizardo Estrada efectúa la segunda de este tipo. (15) En 1942 en el Hospital General el Dr. Arturo Zeceña empezó a introducir modificaciones a la operación cesárea 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 1944 por el doctor Mario Ortiz Pasarelli en su trabajo de tesis. (16)

En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social la primera cesárea se realiza en el año de 1953 y en el Hospital Roosevelt se efectúa en el año de 1955 por el Doctor Arturo Zeceña. (1)

CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICION

La operación cesárea consiste en extraer un feto de la cavidad uterina por vía abdominal o vaginal incidiendo el Utero Materno, de manera que el feto salga de manera artificial practicada de expreso. (12)

Cesárea o sección por la que se libera el feto a través de las paredes abdominal y uterina. (4)

Indicaciones:

Actualmente para realizar la operación cesárea, se necesita tener una indicación precisa, a fin de no exponer a la madre a un riesgo quirúrgico innecesario. (4)

Las indicaciones pueden ser **ABSOLUTAS** y **RELATIVAS**:

Absolutas:

1. Desproporción Cefalo-Pélvica.
 - a. Verdadera o Estrechez-Pélvica.
 - b. Relativa o Pelvis Normal con feto grande.
2. Placenta previa central total.

3. Primigesta añosa con feto valioso.
4. Cicatrices vaginales o anomalías que obstruyan la salida del feto; Tumor Previo.
5. Procidencia de Cordón o Miembro, con feto vivo.
6. Inminencia de Ruptura Uterina con presentación no en cajada y sufrimiento fetal.
7. Muerte materna con feto vivo a término o cerca de él.
8. Cesárea anterior con persistencia de la primera indicación o puerperio complicado franco.
9. Sufrimiento fetal agudo. (12)

Relativas:

1. Eclampsia sin respuesta al tratamiento médico, con niño viable y cuello sin dilatación completa.
2. Nulípara con presentación podálica.
3. Presentación transversa, sobre todo en Primigesta.
4. Miomectomía anterior.
5. Distocia de contracción o falta de progreso del trabajo de parto.
6. Coincidencia de embarazo con fibromas grandes.

7. Embarazos posteriores a reparación con éxito, de fístulas vesico o recto-vaginales.
8. Malformaciones uterinas.
9. Cuando un anillo de contracción no puede vencerse con medicamentos o anestesia.
10. Nulípara añosa.
11. Malformación ósea congénita, sobre todo pélvica.
12. Trabajo de parto prolongado con agotamiento materno.
13. En algunos y/o raros casos de cardiopatía materna, enfermedad sistémica o toxemia.
14. Desprendimiento prematuro de placenta normal inserta. (12)

A veces es necesario realizar una cesárea por una serie de indicaciones asociadas, ninguna de las cuales justificaría la intervención, si se considerara aisladamente. (9)

La indicación puede ser diagnosticada con anticipación y por este motivo realizar la intervención (Cesárea gléctica), siempre y cuando exista madurez fetal o fetotérmino, en otras oportunidades la indicación surge durante el trabajo de parto y por este motivo la intervención (Cesárea de urgencia). (11)

TECNICA QUIRURGICA

La vía quirúrgica habitual es la abdominal, aunque también se puede realizar la operación cesárea vaginal. Existen cuatro tipos de cesárea abdominal reconocidos: (2)

1. Cesárea Clásica (corpórea)
2. Cesárea Segmentaria transperitoneal.
3. Cesárea con exclusión peritoneal (extraperitoneal).
4. Cesárea proseguida de histerectomía (porro).

Los dos últimos tipos de cesárea han caído últimamente en desuso, siendo los dos primeros tipos, antes mencionados los más frecuentemente usados para este tipo de intervención, la preparación del acto operatorio es similar a la de cualquier operación abdominal; una vez evacuada la vejiga con una sonda intravesical, se coloca a la paciente en posición supina o trendelenburg ligero y se procede así.

Incisión en la pared abdominal:

Esta debe hacerse con cuidado, ya que la pared se adelgaza con el embarazo y pueden dañarse más fácilmente los órganos adyacentes, las incisiones que se pueden practicar son dos: (14)

Incisión mediana infraumbilical: Luego de realizar asepsia rigurosa, se efectúa una incisión mediana entre el pubis y el ombligo de 12 a 15 cms. de longitud, (14) que interesa piel y tejido celular subcutáneo, se ligan únicamente los vasos más importantes a fin de no perder tiempo y liberar al feto lo antes posible.

Se hace un ojal en la aponeurosis de los músculos rectos anteriores, en los bordes se colocan pinzas de Kelly y se procede a abrir con tijeras de disección; para la apertura del peritoneo se realiza un ojal con bisturí en el punto superior de la incisión, luego con tijeras se abre en forma vertical teniendo cuidado de no lesionar la vejiga.

Incisión transversal o de Pfannestiel: La incisión se practica en el surco suprasinfisario, siguiendo una trayectoria transversal arqueada. La hemostasia debe realizarse cuidadosamente por cuanto se seccionan muchos vasos. La abertura de la aponeurosis se hará también transversalmente, después de lo cual se separará de los músculos rectos y piramidales disecando en forma roma hacia arriba y abajo; en cambio, la línea alba, que se hallará en el centro del campo operatorio, se seccionará a tijera, también en dirección al ombligo y al pubis. El borde superior de la incisión se fijará a la piel, por debajo del ombligo, mediante un punto que tome piel, celular subcutáneo y aponeurosis. La separación de los músculos rectos y la apertura del peritoneo se realizará siguiendo la misma técnica que para la incisión longitudinal. (14)

Ventajas de la incisión mediana:

1. Se realiza más rápidamente que la Pfannestiel en manos igualmente hábiles.
2. El tejido celular subcutáneo y el plano muscular sangran menos.
3. Los hematomas y las supuraciones post-operatorias ocurren con menos frecuencia.

4. Ofrece un campo operatorio mayor y más fácilmente ampliable mediante su prolongación hacia arriba.

Desventajas de la incisión mediana:

1. Las eventraciones post-operatorias son más frecuentes que en la incisión transversal.
2. La cicatriz es menos estética.
3. Hernias incisionales son más frecuentes.

Las ventajas y desventajas de la incisión de Pfannestiel son las inversas de la incisión mediana. (14)

Con cualquiera de ambas incisiones, una vez que se ha abierto la cavidad peritoneal se cubren los bordes de la herida con compresas de gasa.

CESAREA SEGMENTARIA

Luego de cubrir los bordes de la herida con compresas se separan con separadores apropiados, quedando así expuesta la porción inferior del útero. Se coge el peritoneo laxo (vesico-uterino) con unas pinzas de disección inmediatamente por debajo de su inserción firme a la pared anterior del útero y se efectúa una incisión en sentido transversal de casi la misma longitud que la existente entre los ligamentos redondos. 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 algo más extenso que está formado

por el peritoneo y por la superficie posterior de la vejiga urinaria.

La incisión uterina puede hacerse en sentido transversal o técnica de "Munro Kerr" o bien en sentido longitudinal o técnica de "Kronig-Opitz". (14)

En la mayoría de los casos es preferible la incisión transversal, (Kerr) ya que para realizarla se requiere separar muchos menos la vejiga, es más fácil la extracción de la cabeza fetal y es más probable que la incisión en su totalidad quede en el segmento inferior. La incisión transversal ha de ser semilunar con la concavidad hacia arriba, procurando que sus extremos queden orientados hacia arriba y a uno tres centímetros de las arterias uterinas. Observando estas dos recomendaciones se evitará la propagación de la incisión a las arterias, lo cual constituye el peligro principal de la incisión transversal. (9) Para realizar dicha incisión se toman también precauciones para no herir al feto levantando con pinzas de Allis un pliegue del segmento inferior en la línea media y a unos 4 centímetros, por encima de la vejiga, practicándose un ojal con bisturí o con pinzas Kocher perforando las membranas, por este ojal se introduce la tijera de punta roma, y cortando a ambos lados se hace una sección transversal curva de 12 centímetros.

La brecha puede también ampliarse sin cortar, introduciendo por el ojal ambos índices y separando las fibras por divulsión, de acuerdo con el tamaño de la presentación que está por debajo, el ayudante mientras tanto está aspirando la sangre y el líquido amniótico con el aspirador eléctrico para evitar que pasen al abdomen. (14)

Luego procedemos a la extracción fetal y de los anexos ovulares, para la extracción fetal podemos recurrir a maniobras

manuales así como instrumentales.

En la presentación cefálica podemos llevar el occipital hacia adelante y enuclear la cabeza por deflexión o bien con dos dedos vamos en busca de la boca del feto y la llevamos hacia adelante buscando exteriorizar el mentón fuera de la brecha uterina para que la mano introducida como palanca por detrás de la cabeza trate de extraerla por flexión, ambos procedimientos son facilitados por la expresión fundica del útero por el ayudante. En las presentaciones podálicas y en la situación transversal se hace la extracción por las nalgas, valiéndose de los pies, extrayendo la cabeza última por una maniobra parecida a la de Mauriceau, luego de extraer el feto se debe inyectar ocitocina o derivados del cornezuelo de centeno ya sea directamente en el útero o por vía intravenosa, para disminuir la hemorragia y acelerar el alumbramiento.

El alumbramiento se realiza por tracción del cordón y presiones del fondo uterino, debiendo tener cuidado que tanto los cotiledones como las membranas salgan completas.

El cierre del útero es similar en ambos tipos de incisión (Kerr y Kronig), se pinzan los bordes del miometro con pinzas de anillos, luego el segmento inferior se sutura en dos planos con catgut crónico 0 ó 1. El primero en sutura continúa tomando todo el espesor de ambos labios musculares de la herida, con excepción de la mucosa. El segundo también musculomuscular invaginate del primero con puntos continuos. (14) Una vez cerrado el segmento inferior del útero se atrae hacia arriba al colgajo vesical y se sutura al colgajo superior del peritoneo visceral mediante sutura continua con catgut (9) simple 0, seguidamente pasamos al cierre del abdomen, para ello se procede antes a la extracción de las compresas (rodillo) aisladoras, a la limpieza de la cavidad abdominal, a la eliminación de valvas, separadores y cambio de

campos y la verificación de la buena retracción uterina. La pared abdominal se sutura por planos, según la técnica habitual, comenzando por el peritoneo parietal en forma continua con catgut simple 0.

La sutura del plano muscular es imprescindible y requiere un cuidado muy especial, por cuanto las embarazadas presentan una marcada diastasis de los rectos anteriores que pueden dar lugar a eventraciones si no se les repara correctamente. Si se ha operado con la incisión de Pfannestiel, inexorablemente se habrán abierto ambas vainas de los rectos por lo que su sutura no plantea dificultades. Se realiza mediante puntos en U de aproximación con catgut 1 simple.

Pero si se ha efectuado la mediana, lo habitual es que al incidir la aponeurosis se haya abierto sólo una de las vainas y se encuentre al descubierto un sólo músculo recto. Por lo tanto, para la reparación del plano muscular, es imprescindible abrir la otra vaina para hallar el otro músculo recto. Se le incide en el borde interno y en toda su extensión, y luego se le disecciona hasta poner al descubierto todo el músculo. A continuación se suturan ambos rectos anteriores con la técnica ya mencionada.

Luego se sutura la aponeurosis con puntos separados de material inabsorbible; en el tejido celular subcutáneo se ponen puntos de acercamiento con catgut simple 0, y por fin se sutura piel con algodón.

Terminada la operación se exprime el útero a través de la pared abdominal para eliminar los coágulos que pueda contener.

CESAREA CLASICA O CORPOREA

En esta cesárea la incisión de la pared es por medio de una laparotomía mediana, un tercio por arriba y dos tercios por abajo del ombligo. (14) Si el útero está muy rotado, es preciso ponerlo en posición normal para permitir así que la incisión vertical coincida aproximadamente con la línea media. Una vez hecho esto, se abre la cara anterior del útero en la línea media, siguiendo el eje longitudinal, y se termina la extremidad inferior de la incisión inmediatamente por encima de la reflexión del colgajo peritoneal vesicouterino y después se prolonga la incisión hasta alcanzar una longitud de unos 10 centímetros. Se rompen las membranas y se introducen una o ambas manos a través de la incisión uterina a fin de hacer presa en uno o ambos pies del niño y efectuar la extracción. Después se cierra la herida uterina de forma tal que los labios de la misma se ajusten entre sí total y completamente y la hemorragia quede controlada del todo. (9)

La técnica de cierre es la misma que para la cesárea segmentaria tanto el útero como la pared abdominal.

En general la intervención de elección es la que incide en el segmento inferior uterino, haciendo incisión transversal por las siguientes razones:

1. Disminuye el peligro de infección post-operatoria.
2. Disminuye el peligro de obstrucción intestinal.
3. La incisión uterina recae en la zona de menos actividad uterina.
4. Va acompañada de menos hemorragia y es más fácil

de cerrar que la incisión clásica.

5. La posibilidad de que la cicatriz se rompa en un embarazo posterior es menor que con la incisión clásica.

Aunque la cesárea clásica ha sido superada ampliamente por la cesárea en el segmento inferior, sigue teniendo valor en circunstancias especiales: (9)

1. En los casos en que, por existir adherencias densas de bidas a cesáreas previas, el acceso al segmento inferior resulta difícil o se observa una adherencia estrecha entre el útero y la vejiga de la orina, de forma que la insistencia pertenezca en realizar la cesárea en el segmento inferior amenace con provocar hemorragias intensas y lesiones de la vejiga.
2. En los casos en que, por estar el feto en situación transversal y membranas rotas (con membranas enteras se podría intentar una versión externa), su extracción a través de la incisión transversal (a menos que el feto sea pequeño), puede ser muy difícil y dar lugar, algunas veces, a la prolongación de la incisión hacia arriba o abajo, con lo que la herida se desgarraría en forma de T.
3. En ciertos casos de placenta previa anterior es también preferible la incisión clásica. (9) Para evitar el segmento uterino inferior hipervascularizado y la placenta misma.
4. Madre muerta con feto vivo.
5. También se indica la cesárea clásica cuando posterior-

mente se realizara histerectomía por cáncer cervical.

CICATRIZACION DE LA HERIDA OPERATORIA

Desde el punto de vista teórico, la herida uterina cicatriza por regeneración de las fibras musculares, con poca o ninguna reacción fibroblástica. Desafortunadamente, al estudiar las cicatrices, se encuentra que en la mitad de ellas el resultado es imperfecto, pues la regeneración incluye tejido débil y no elástico, en proporción variable. La calidad de la cicatrización está determinada por la longitud y el sitio de la incisión, la precisión en la afrontación de los planos de la sutura, y la ocurrencia de exudados e infección.

La resistencia de la cicatriz de una cesárea previa, se estima comunmente durante el embarazo o el trabajo de parto, por los puntos siguientes: (2)

1. El tipo de cesárea realizado (la cicatriz de una cesárea clásica llega a romperse, el accidente ocurre durante el final del embarazo más bien que durante el parto, en cambio las cicatrices en el segmento inferior, limitadas a la porción no contractil del útero, no se rompen durante el parto y raras veces lo hacen durante el mismo). (9)
2. La presencia o ausencia de fiebre en el post-operatorio (la fiebre se presume relacionada con una infección uterina o de la herida. Sin embargo, la cicatrización satisfactoria por primera intención no es garantizada por un curso post-operatorio afebril). (2)

En conclusión la cesárea segmentaria proporciona una ma-

por seguridad, ya que en comparación del 4% de roturas uterinas de la cesárea clásica sólo se observa un 0.28% en las segmentarias y hoy es posible estudiar previamente con la histerografía el aspecto de la cicatriz. El estudio radiológico debe efectuarse cinco meses después de realizada la operación. Las cicatrices de fetuosas se muestran con imágenes saculares o en forma de muescas. (14)

CONTRAINDICACIONES

En la práctica de la obstetricia moderna no hay virtualmente ninguna contraindicación para realizar la cesárea, siempre que se elija la intervención adecuada. No obstante, la cesárea se indica con menos frecuencia si el feto está muerto o es demasiado pequeño para sobrevivir. Son excepciones a esta generalización la existencia de una estrechez pélvica de tal grado que no sea posible de manera alguna el parto por vía vaginal. (9)

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DE OPERACION CESA-REA:

Respecto a las complicaciones más frecuentes de operación cesárea, podemos hacer mención que se pueden producir durante la operación o después de un tiempo de practicada la misma. (14)

COMPLICACIONES DURANTE EL ACTO OPERATORIO:

Entre estas se encuentran la herida de la vejiga, la cual hay que repararla, suturándola en dos planos y dejando sonda vesical permanente durante 10 días; otra complicación quizá la más importante es la hemorragia, la cual se puede producir en el

sitio de sección del segmento o en el sitio de inserción placentaria; esta complicación puede agravarse por el tipo de anestesia utilizada, y el tratamiento consiste en: Si la hemorragia es en la herida del segmento, apresurar la evacuación y sutura uterina; pero si es en el sitio de inserción placentaria como ocurre en la atonía uterina, se combate con masajes y oxitócicos. También debemos hacer mención de la hemorragia que se produce al prolongarse la herida uterina transversal, seccionando así la arteria uterina, la cual se repara ligando ambos cabos de la arteria, tanto el distal como el proximal y suturando la herida en toda su extensión. Otra complicación que es muy rara, pero que puede darse, es la ligadura de uno o de ambos uréteres, complicación que debe remediarse desligando el ureter ligado. (14)

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Entre estas complicaciones las más importantes es la peritonitis, la cual puede ocurrir por contaminación primaria, durante el acto operatorio (infección por operador, instrumental utilizado que no se encuentra estéril, o líquidos uterinos), o por propagación secundaria desde la cavidad uterina contaminada. (14)

En las cesáreas segmentarias son frecuentes las infecciones venosas que originan flebitis y embolias.

COMPLICACIONES TARDIAS:

Entre estas pueden observarse adherencias uteroparietales - del intestino o epiplón, fístulas uteroparietales, bridas o adherencias que pueden ocasionar una oclusión intestinal mecánica tardía. También pueden encontrarse diastásis de los rectos y eventraciones consecutivas a mala cicatrización de la pared, a causa

de absesos o hematomas. (14)

ANESTESIA

Generalidades de la anestesia en obstetricia:

Aunque grandes avances se han hecho en los últimos años, el agente anestésico o la técnica ideal en obstetricia no han sido descubiertos. Tomando en cuenta varios factores que complican todavía a las pacientes obstétricas o a los niños, es que se piensa que no se ha llegado a la anestesia inofensiva, pero que pronto se encontrará. (5)

Pero si nos cuidamos de dar la anestesia más inocua; y cirujanos que operan con técnicas precisas y rapidez lograremos resultados casi perfectos.

Los anestesiólogos obstétricos prefieren la anestesia regional a la general ya que con la misma es menor el peligro de aspiración del contenido gástrico (8) y además porque después de estudios que se han hecho de la mejor anestesia para cesárea, se ha llegado a la conclusión que la mejor para el niño es la anestesia conductiva (raquianestesia o epidural). La anestesia conductiva con raquianestesia, que es la mejor para el niño al cuidarse que no haya una hipotensión menor de 80 mm. de presión sistólica para que no tenga anoxia, todavía da problemas a las madres, como cefaleas, angustias o no quieren raquí; al niño no le pasa absolutamente nada de droga pues toda se queda intra-raquídea.

La anestesia conductiva con epidural también nos da muy buen resultado, aunque a veces tarda un poco en "pegar" la anes-

tesia (hasta unos 20 minutos). Da también cefalea, y hay estudios de que la droga usada pasó a la circulación de la madre y a la sangre del feto deprimiéndolo; y hasta hay un caso de muerte fetal con epidural en anestesia para parto (reporte de Finster, de Columbia University).

Es útil saber que actualmente en los Estados Unidos, cerca de las dos terceras partes de las operaciones cesáreas se efectúan con anestesia espinal y una tercera parte con anestesia general. (5)

Otros autores prefieren, en casos de pacientes con hipertensión gravídica, el uso de la anestesia general para la cesárea, dando solo anestesia epidural como analgesia en el post-operatorio. (3)

VENTAJAS DE LA ANESTESIA GENERAL

1. Inducción muy rápida: Cuando se ejecuta adecuadamente, puede llevarse a cabo en menos de un minuto. Es ideal cuando se requiere un parto rápido (p.e. en sufrimiento fetal).
2. La paciente está inconciente y totalmente sin dolor.
3. El sistema nervioso simpático es en grado muy mínimo, y es muy poco probable la hipotensión súbita, cuando se administra en forma adecuada.
4. Es una técnica mucho más segura que la raquídea, si la paciente tiene algunos de los siguientes problemas:
 - a. Hipovolemia, sangrado o choque;

- b. Sepsis;
- c. Trastorno de la coagulación;
- d. Si la paciente no coopera o rehusa la anestesia raquídea.
- e. Trastorno neurológico progresivo (p.e. Esclerosis múltiple).

DESVENTAJAS DE LA ANESTESIA GENERAL:

1. Es más frecuente la depresión neonatal.
2. El riesgo de aspiración pulmonar del contenido gástrico se encuentra muy aumentado en el embarazo.
3. Ciertos anestésicos por inhalación (éter, halotano, metoxifurano, fluroxano, cloroformo y otros hidrocarburos alogenados), pueden producir atonía uterina y acompañarse con aumento de la pérdida sanguínea.
4. La inducción rápida con intubación endotraqueal en los planos muy leves de la anestesia en pacientes asmáticas, puede acompañarse con broncopasmo agudo.
5. La madre no puede estar despierta y ver a su bebé después del nacimiento. (13)

VENTAJAS DE LA ANESTESIA RAQUIDEA:

1. La paciente siempre está despierta, con los reflejos de

vías aéreas altas intactos, siempre y cuando no se presente hipotensión. Es muy improbable que se presente aspiración pulmonar.

2. Si se evita la hipotensión, es muy inverosímil que el neonato se deprima.
3. No produce atonía uterina.
4. La depresión medicamentosa del recién nacido se elimina virtualmente.

DESVENTAJAS DE LA ANESTESIA RAQUIDEA

1. Se requiere más tiempo para producir un nivel adecuado de anestesia. Esto puede ser un factor crítico habiendo sufrimiento fetal.
2. Puede presentarse hipotensión severa con depresión materna y fetal.
3. La analgesia puede ser inadecuada (un nivel sensitivo en D8, va a permitir la operación, únicamente si el obstetra no produce tracción en el peritoneo, un nivel D4 es usualmente más satisfactorio, pero la tracción en el mismo o, la presencia de sangre o de líquido amniótico en el espacio peritoneal bajo el diafragma, pueden dar por resultado dolor torácico.
4. La anestesia raquídea está contra-indicada en las siguientes condiciones:
 - a. Si la paciente lo rehusa.

- b. Infección en o cerca del sitio de la inyección.
- c. Pacientes con trastornos de la coagulación. (13)

CONDUCTA OBSTETRICA CON ANTECEDENTES DE CESAREA:

Frente a una gestante ya operada de cesárea es necesaria su vigilancia y analizar la causa y las circunstancias que rodearon la operación anterior. (14)

Cuando la indicación de cesárea anterior fuere de carácter permanente (estrechez pélvica, fístula vesico-vaginal reparada previamente), histerotomía corpórea, si hubiere sido hecha por personal no calificado, si el post-operatorio hubiere sido accidentado o febril se deberá repetir la cesárea tan pronto se llegue al término, y a más tardar al principio del parto.

En los casos de que la indicación de la primera cesárea hubiere sido de carácter temporal y que no medien circunstancias desfavorables, es mejor dejar el parto evolucionar por vías naturales, debiendo excluir o evitarse en los partos posteriores el fórceps alto, la inducción del parto, la gran extracción podálica y la muy peligrosa versión por maniobras internas, asimismo es conveniente hacer una extracción con fórceps bajo para evitar la elevación de la presión intrauterina durante el segundo período del parto. Después del alumbramiento se deberá hacer una exploración manual de la cavidad uterina. La sala de operaciones deberá estar preparada para una operación de emergencia, al menor signo de dehiscencia no se deberá perder tiempo para realizar una cesárea clásica.

Muchas mujeres han sufrido 6 y más cesáreas sin que haya ocurrido la dehiscencia de la cicatriz. Pero al menos teóricamen

te, la integridad de la cicatriz se debilita más con cada operación, y esto resulta válido en particular para la cesárea clásica. Por esta razón, se recomendará evitar la concepción después de una segunda cesárea, y es prudente insistir en la necesidad de una ligadura de trompas o de una histerectomía después de la tercera cesárea. (2)

Cuadro No. 1

No.	%	
539	84.8	No. de partos sucesivos
100	15.2	Primeros 100 cesáreas
539	100.0	TOTAL

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Durante el período de tiempo en el cual se recopilaron las primeras 100 papeletas de operación cesárea en el Hospital Nacional de Escuintla, se atendieron un total de 559 partos, lo cual se esquematiza en el cuadro siguiente:

Cuadro No. 1

	No.	%
No. de partos eutóxicos	559	84.8
Primeras 100 cesáreas	100	15.2
TOTAL	659	100.0

En el cuadro anterior podemos apreciar que la incidencia de operación cesárea en el Hospital Nacional de Escuintla es de 15.2%, la cual se ve incrementada con respecto a la repetición de la cesárea, como veremos en el cuadro No. 6.

Según Chase la incidencia de la intervención en los Estados Unidos oscila entre 4.2% y 5.7%, en Inglaterra 2.7% y en Holanda 1.25%, sin embargo la incidencia varía según las clínicas, y el parecer de su personal médico, en especial respecto a la repetición de las cesáreas (9).

A pesar de lo anterior la incidencia reportada en el Hospital General San Juan de Dios que fue de 14% en el año 1977 (7),

la nuestra resulta comparativamente aceptable.

EDAD:

En este cuadro presentaremos al grupo etáreo más afectado que se le practicó cesárea:

Cuadro No. 2

Edad	No.	%
14 - 25	66	66
26 - 35	29	29
36 o más	5	5
TOTAL	100	100

Como podemos apreciar en el cuadro anterior las gestantes jóvenes (14 - 25) son las que tuvieron el mayor porcentaje (66%) de pacientes que se les cesarizó, siendo las de 20 años de edad, de entre de ellas las que más se cesarizaron, probablemente esto se deba a que, tengan una vida sexual más activa que las pacientes de otros grupos etáreos, como dato interesante mencionaremos que la paciente de menor edad cesarizada fue de 14 años y la mayor de 44 años.

Al comparar los datos obtenidos con otros hospitales, no presentan ninguna diferencia significativa, por ejemplo: En el Hospital General San Juan de Dios el 71.44% fue para el grupo etá

reo de 15 a 25 años (7). En el Hospital de Retalhuleu fue de 71.93% para el mismo grupo etáreo (6).

CONTROL PRE-NATAL

En este cuadro veremos en que medida las pacientes cesarizadas tuvieron la oportunidad de controlar el embarazo.

Cuadro No. 3

<u>Cesarizadas</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Sin control	98	98
Controlaron	02	02
TOTAL	100	100

Este cuadro tiene mucha importancia si observamos que las 2 pacientes que si tuvieron control pre-natal, lo recibieron con médico particular, especialmente porque ambas tenían cesárea anterior, no así con el resto de pacientes que no controlaron su embarazo.

Si comparamos este resultado con el del Hospital General San Juan de Dios, en donde ellos controlaron un 44.92% (7) de pacientes que cesarizaron contra el 2% de nuestro estudio, nos debería de alarmar y preocupar a fin de promover un control prenatal propio, ya que actualmente en Escuintla el Centro de Sa-

lud es el encargado de llevar dicho control, al cual no tiene acceso el Hospital Nacional de Escuintla.

PARIDAD

En el cuadro siguiente presentamos la frecuencia con que las pacientes embarazadas fueron sometidas a cesárea por vez primera.

Cuadro No. 4

<u>Paridad</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Primigesta	66	66
Secundigesta	7	7
Multíparas	7	7
Gran multíparas	20	20
TOTAL	100	100

La incidencia más alta de pacientes cesarizadas por primera vez lo obtuvieron las primigestas con 66%, esto sin tomar en cuenta que a 20 pacientes se les efectuó cesárea en el segundo embarazo, por cesárea anterior y a 7 pacientes en el tercer embarazo por 2 cesáreas anteriores efectuándoseles al mismo tiempo Pomeroy.

Analizando los datos anteriores nos damos cuenta la gran cantidad de implicaciones negativas que encierra una cesárea, por lo que se debiera estudiar íntegramente la causa de la primera cesárea y sus antecedentes operatorios y post-operatorios para no condenar a las pacientes con aquel dicho de que "UNA VEZ CESAREA SIEMPRE CESAREA" (9).

Al comparar nuestros resultados con los del Hospital General San Juan de Dios, en donde ellos obtuvieron un 47.82% en primigestas (5) el nuestro es relativamente alto, pero con otros hospitales departamentales tales como: El de Jalapa (16), y de Quetzaltenango (11) con resultados de 63% y 62% respectivamente nuestros datos son similares.

DIAS DE HOSPITALIZACION

Antes de presentar el siguiente cuadro es necesario aclarar que las pacientes que estuvieron menos días hospitalizados fue porque pidieron su egreso voluntario.

Cuadro No. 5

<u>Días</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
0 - 6	17	17
7 - 10	54	54
11 - 14	19	19
15 o más	10	10
TOTAL	100	100

El promedio de días de hospitalización fue de 9.31 días, la paciente que estuvo hospitalizada menos días, lo estuvo 3 y la que permaneció más tiempo, estuvo 23 días, es de hacer notar que las pacientes que estuvieron más días hospitalizadas fue por que presentaron alguna complicación post-operatorio; además cabe mencionar que muchas pacientes que son de lugares retirados de la cabecera departamental, permanecen más días en el hospital, hasta que son recogidos por los familiares, por otra parte la mayoría de pacientes presentan cierto grado de desnutrición y/o anemia por lo que se les da egreso al mejorarles su estado general.

INDICACIONES DE CESAREA

Cuadro No. 6

Indicación de cesárea	No.	%
Cesárea anterior	33	33
Sufrimiento fetal agudo	16	16
Desproporción céfalo-pélvica	11	11
Falta de descenso y progresión	9	9
Situación transversa	7	7
Procidencia de miembro y/o cordón	7	7
Primigesta en podálica	6	6
Placenta previa	5	5
Inminencia de rotura uterina	3	3
Agotamiento materno	1	1
Paro en expulsión	1	1
Eclampsia	1	1
TOTAL	100	100

En este cuadro ponemos de manifiesto lo dicho anteriormente en relación al Índice de operación cesárea en el Hospital Nacional de Escuintla que como vemos se ve incrementado por la cesárea iterativa. El más alto porcentaje de indicación lo tiene la cesárea anterior con 33%.

Independientemente de la indicación de cesárea anterior la causa desencadenante de que se les hubiera hecho cesárea por vez primera, según refirieron las pacientes de nuestro estudio como consta en las papeletas revisadas, queda consignado en el siguiente cuadro:

Indicación de cesárea	No.	%
Cesárea anterior	33	33
Falta de descenso y progresión	10	10
Primigesta en podálica	8	8
Procidencia de miembro y/o cordón	7	7
Procedencia de miembro y/o cordón	6	6
Inminencia de rotura uterina	5	5
Agotamiento materno	3	3
Paro en expulsión	1	1
Eclampsia	1	1
TOTAL	100	100

Cuadro No. 7

<u>Indicación de cesárea</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Desproporción céfalo-pélvica (D.C.P.)	21	21
Sufrimiento fetal agudo (S.F.A.)	16	16
Situación transversa	14	14
Cesárea anterior	11	11
Falta de descenso y progresión	10	10
Primigesta en podálica	9	9
Procidencia de miembro y/o cordón	7	7
Placenta previa	6	6
Inminencia de rotura uterina	3	3
Agotamiento materno	1	1
Paro en expulsión	1	1
Eclampsia	1	1
TOTAL	100	100

En este cuadro apreciamos que la indicación de operación

cesárea lo ocupa en primer lugar la D.C.P. con 21%, S.F.A. con 16% y situación transversa con 14%; aunque estos porcentajes pudieron haber variado ya que fueron 11 pacientes quienes no pudieron referir porque se les cesarizó, según estaba anotado en las papeletas.

Ahora bien si comparamos estos resultados con los del Hospital General San Juan de Dios, vemos que la D.C.P. ocupa el primer lugar de indicación con 28.98% (7) y en Jalapa la D.C.P. y situación transversa con 25% (16), en Retalhuleu el S.F.A. tiene el mayor porcentaje de indicación con 29.82% (6). Las clínicas obstétricas indican (Nov. 76 - Dic. 74- Feb. 72) que el orden de indicación de cesárea es el siguiente: D.C.P. con 47.40%, S.F.A. con 24.84% y distocia de presentación y situación con un 10.81% (6).

Por lo anteriormente expuesto deducimos que en el Hospital Nacional de Escuintla se está operando bajo las mismas circunstancias de indicación, tanto nacional como internacional.

INCISION EN PARED ABDOMINAL

Cuadro No. 8

<u>Tipo de incisión</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Mediana infraumbilical	94	94
Pfannestiel	6	6
TOTAL	100	100

Observando el cuadro anterior, el cual ya de por sí es elocuente, vemos que a 94% de las pacientes tienen cicatriz infraumbilical y solamente 6% tienen cicatriz de Pfannenstiel, las cuales se realizaron en pacientes primigestas jóvenes por estética, - siendo a todas ellas a las únicas que se les dio plan educacional como se hizo constar en las papeletas.

INCISION EN UTERO

Cuadro No. 9

Tipo de incisión	No.	%
Sobre el segmento	96	96
Sobre el cuerpo	4	4
TOTAL	100	100

El mayor porcentaje de operaciones cesáreas que se realizaron en el Hospital Nacional de Escuintla se hicieron sobre el segmento (96%) debido a que este tipo de incisión ofrece mejor cicatrización y las ventajas que esto tiene en embarazos posteriores, es de hacer notar que a 3 de las 4 pacientes que se les efectuó corpórea se les hizo Pomeroy, quedando únicamente una paciente sin ello.

CESAREA MAS POMEROY

Cuadro No. 10

Cesárea más pomeroy	No.	%
No se efectuó pomeroy	76	76
Si se efectuó pomeroy	24	24
TOTAL	100	100

De los cien casos estudiados a 24 pacientes se les realizó Pomeroy por diversas causas como veremos en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 11

Pomeroy	No.	%
Por multiparidad	15	62.50
Por 2 cesáreas anteriores	7	29.10
Por 1 cesárea anterior	2	8.40
TOTAL	24	100.00

Las dos primeras causas por las cuales se realizó Pomeroy no merecen ningún comentario, ya que son evidentes, en cambio en la última causa hay que hacer notar que se ligaron a las dos pacientes por haber presentado rasgadura de útero durante el acto operatorio y presentar cicatriz anterior en "mal estado".

ANESTESIA

Cuadro No. 12

Tipo de anestesia	No.	%
Raquídea	68	68
Epidural	11	11
General	21	21
TOTAL	100	100

En el cuadro anterior podemos apreciar de como la anestesia raquídea ha sido la alternativa "más adecuada" para realizar la operación cesárea en el Hospital Nacional de Escuintla, ya que en dicho hospital no se cuenta con médico anestesista, si no que únicamente hay técnicas anestesistas, por esto y por su fácil aplicación es que es la alternativa "más adecuada" en nuestro hospital, por lo que tiene el más alto porcentaje.

COMPLICACIONES

En el siguiente cuadro exponemos las complicaciones que se presentaron con mayor frecuencia en los 100 casos estudiados.

Cuadro No. 13

Complicación	No.	%
Infección herida operatoria	15	15
Endometritis	13	13
Rasgadura de útero	6	6
Lesión de vejiga	1	1
Infección urinaria	1	1
Mastitis	1	1
TOTAL COMPLICADOS	37	37
NO COMPLICADOS	63	63
TOTAL	100	100

La infección de la herida operatoria alcanzó el más alto

porcentaje de complicación post-operatoria con 15%, seguida de endometritis con 13%, de las complicaciones operatorias podemos decir que la rasgadura del útero tuvo el más alto porcentaje con 6%; en general, podemos decir que de los 100 casos estudiados 37 presentaron complicación.

Comparando nuestros resultados con los del Hospital General San Juan de Dios, en donde tuvieron un 18.83% de complicaciones, nuestros datos son relativamente bajos, si tomamos en cuenta que en ese hospital usaron antibióticos "profilácticamente" en el 100% de los casos (7).

ANTIBIOTICOS

De las 62 pacientes que se les administró antibióticos, a 31 de ellas se les dio en forma profiláctica, ya sea por alguna de las siguientes causas: Contaminación de campo operatorio, ruptura prematura de membranas o manipulación de pacientes por comadrona, y a 31 pacientes por presentar complicaciones como vimos en el Cuadro No. 13.

Cuadro No. 14

Antibiótico	Profiláctico	No profiláctico	Total	%
Ampicilina	27	20	47	75.8
Peni-Cloramfenicol	3	8	11	17.7
Penicilina Procaina	1	3	4	6.5
TOTAL	31	31	62	100.0

De los antibióticos que más se utilizaron tanto profilácticamente como no profilácticos fue la ampicilina que tuvo un 75.8% de los antibióticos usados, ya que por experiencias anteriores se ha demostrado que la ampicilina ofrece mayor efectividad a las infecciones, debido a su amplio espectro, es por eso que se usa con mayor frecuencia en el Depto. de maternidad del Hospital de Escuintla.

LABORATORIOS

Antes de realizar cualquier tipo de intervención quirúrgica, es necesario tener previamente una hemoglobina, hematocrito y no digamos una compatibilidad, pero en nuestro estudio nos encontramos con los siguientes datos:

Cuadro No. 15

Laboratorios	No.	%
Sin laboratorios	85	85
Hb. Ht. grupo y Rh	7	7
Unicamente Hb. y Ht.	8	8
TOTAL	100	100

Merece llamar la atención el alto porcentaje (85%) de pacientes que se cesarizaron sin contar con los laboratorios mínimos

que se requieren para una intervención de este tipo, poniendo en peligro la vida de la paciente si se llegara a presentar una emergencia durante el acto quirúrgico, pero lamentablemente de no intervenirlas "aunque sea así", se tendría una alta mortalidad ya que el 83% de pacientes se operaron de emergencia (ya sea por dilatación completa con cesárea anterior, inminencia de rotura uterina, sufrimiento fetal agudo) y un 58% de pacientes se operaron en horas en que no se cuenta con laboratorista (noche y madrugada) por lo que el médico tiene que correr el riesgo de operar bajo esas condiciones; he aquí nuevamente la importancia del control pre-natal.

No está por demás mencionar que la hemoglobina de las pacientes, a las que se les tomó osciló entre 10 y 12.5 g. y el hematocrito entre 30 y 36 ml.

MORTALIDAD MATERNA

En nuestro estudio realizado con los primeros 100 casos de operación cesárea del año de 1980 en el Hospital Nacional de Escuintla, no encontramos ninguna causa de mortalidad materna por lo tanto, tenemos un 0% de mortalidad materna.

MORTALIDAD PERINATAL

Con respecto a la mortalidad perinatal nos encontramos con que hubo un 6% de ella, teniendo que hacer notar que no estuvieron relacionadas directamente con la intervención, las causas de dicha mortalidad fue la siguiente:

- a. Obito fetal, se cesarizó por inminencia de rotura uterina.

De los antibióticos que más se utilizaron tanto profiláctica como no profilácticos fue la ampicilina que tuvo un 75.8% de los antibióticos usados, ya que por experiencias anteriores se ha demostrado que la ampicilina ofrece mayor efectividad a las infecciones, debido a su amplio espectro, es por eso que se usa con mayor frecuencia en el Depto. de maternidad del Hospital de Escuintla.

LABORATORIOS

Antes de realizar cualquier tipo de intervención quirúrgica, es necesario tener previamente una hemoglobina, hematocrito y no digamos una compatibilidad, pero en nuestro estudio nos encontramos con los siguientes datos:

Cuadro No. 15

Laboratorios	No.	%
Sin laboratorios	85	85
Hb. Ht. grupo y Rh	7	7
Unicamente Hb. y Ht.	8	8
TOTAL	100	100

Merece llamar la atención el alto porcentaje (85%) de pacientes que se cesarizaron sin contar con los laboratorios mínimos

que se requieren para una intervención de este tipo, poniendo en peligro la vida de la paciente si se llegara a presentar una emergencia durante el acto quirúrgico, pero lamentablemente de no intervenirlas "aunque sea así", se tendría una alta mortalidad ya que el 83% de pacientes se operaron de emergencia (ya sea por dilatación completa con cesárea anterior, inminencia de rotura uterina, sufrimiento fetal agudo) y un 58% de pacientes se operaron en horas en que no se cuenta con laboratorista (noche y madrugada) por lo que el médico tiene que correr el riesgo de operar bajo esas condiciones; he aquí nuevamente la importancia del control pre-natal.

No está por demás mencionar que la hemoglobina de las pacientes, a las que se les tomó osciló entre 10 y 12.5 g. y el hematocrito entre 30 y 36 ml.

MORTALIDAD MATERNA

En nuestro estudio realizado con los primeros 100 casos de operación cesárea del año de 1980 en el Hospital Nacional de Escuintla, no encontramos ninguna causa de mortalidad materna por lo tanto, tenemos un 0% de mortalidad materna.

MORTALIDAD PERINATAL

Con respecto a la mortalidad perinatal nos encontramos con que hubo un 6% de ella, teniendo que hacer notar que no estuvieron relacionadas directamente con la intervención, las causas de dicha mortalidad fue la siguiente:

- a. Obito fetal, se cesarizó por inminencia de rotura uterina.

- b. 4 fetos muertos por procidencia de miembro y/o cordón (Transversa abandonada).

- c. Anoxia perinatal.

Debiera notarse que 4 cesáreas se hicieron con feto muerto, pudiéndose usar también otras técnicas solucionadoras.

RECONSULTA POST-OPERATORIA

De las cien papeletas estudiadas no encontramos, ninguna que tuviera reconsulta post-operatoria, esto nos hace suponer que no se tiene ningún control sobre las pacientes que se cesarizaron en el Hospital Nacional de Escuintla.

PLAN EDUCACIONAL

Sabiendo que la situación de una paciente, después de una cesárea, queda delicada, se ha descuidado la educación o enseñanza adecuada para orientarla con respecto a su problema; de los casos registrados en el presente estudio solo 6 de las 100 pacientes recibieron una educación adecuada, quedando 94 pacientes sin una educación apropiada.

CONCLUSIONES

1. En el período de tiempo en el que se realizaron las primeras 100 cesáreas, se atendieron 559 partos, lo que nos da un total de 659 ingresos a la maternidad del Hospital Nacional de Escuintla, por lo tanto una incidencia de operación cesárea de 15.2%.
2. A la mayoría de pacientes que se les realizó cesárea estuvieron comprendidas entre las edades de 15 a 25 años con un 66% o sea a gestantes jóvenes.
3. Solamente un 2% de pacientes tuvo control pre-natal, el cual fue realizado por médico particular, desconociéndose la calidad del mismo.
4. El 66% de las cesáreas se realizó en pacientes primigestas, siendo este porcentaje similar al registrado en otros hospitales departamentales.
5. La indicación más frecuente por la que se efectuó cesárea, fue por cesárea anterior con un 33%, seguida de sufrimiento fetal agudo con 16%; si no tomásemos en cuenta la indicación de cesárea anterior y en su lugar tomamos como indicación la causa que desencadenó dicha cesárea veremos que la desproporción céfalo-pélvica tiene el mayor porcen-

taje con 21%, el sufrimiento fetal agudo con 16% y situación transversa con 16% y situación transversa con 14% - nos daremos cuenta de que el orden de indicación es similar al de otros Hospitales Nacionales, así como a la literatura consultada.

Un 71% de los pacientes estuvieron hospitalizados menos de 10 días, las que estuvieron más días de hospitalización fue porque presentaron complicaciones.

Al 94% de pacientes se les efectuó incisión mediana infra-umbilical en la pared abdominal, ya que ésta es la más sencilla y requiere menos tiempo para llegar al útero.

La incisión en útero que más se efectuó, fue la que incide sobre el segmento uterino, tipo Munro Kerr, con un 96% ya que es la incisión que recae sobre la zona de menor actividad uterina y la posibilidad de que la cicatriz se habrá en un próximo embarazo es menor que la que incide en el cuerpo del útero.

A 24% de las pacientes de nuestro estudio se les realizó Pomeroy por causas plenamente justificadas.

De las pacientes que se les efectuó Pomeroy a 62.50% se les hizo por multiparidad y por petición de la paciente y el esposo como consta en las papeletas.

Formula para justificar Pomeroy.
 $\# \text{ hijos} \times \text{paridad} \rightarrow 120$
 Si es \uparrow Si es \downarrow no es

11. El tipo de anestesia que se utilizó con mayor frecuencia en pacientes que se cesarizaron fue la raquídea con un 68%, siendo su uso a nivel nacional igualmente practicado.
12. La complicación post-operatoria que alcanzó el más alto porcentaje fue la infección de la herida operatoria con 15% seguida de endometritis con 13%.
13. La complicación operatoria más frecuente fue la rasgadura del útero en 6% de los casos estudiados.
14. Del total de casos estudiados a 62 pacientes se les administró antibióticos, a 31 profilácticamente y a 31 por presentar infección.
15. El antibiótico que se usó con mayor frecuencia en pacientes post-cesarizadas en el departamento de maternidad del hospital Nacional de Escuintla fue la ampicilina con un 75.8% de las pacientes a las que se les administró antibióticos.
16. El 85% de las pacientes cesarizadas no tuvieron ningún tipo de examen de laboratorio, únicamente el 7% tenía compatibilidad, Hb. y Ht., y el 8% sólo Hb. y Ht. antes de la intervención.
17. La mortalidad materna fue de 0% de los casos estudiados y la mortalidad perinatal fue de 6%, debiendo aclarar que

dicha mortalidad no estuvo relacionada directamente con la operación cesárea.

RECOMENDACIONES

8. Ninguna paciente tuvo control post-operatorio y a únicamente 6% se le dio plan educacional adecuado como constaba en las papeletas.

VIII

RECOMENDACIONES

1. A toda paciente se le deberá llevar un control prenatal, siendo ésto lo más importante en hospitales departamentales, donde no se cuenta con laboratorio de turno.
2. Debido al alto porcentaje de indicación de cesárea, por cesárea anterior se deberá contar con un archivo, efectivo, el cual pueda proporcionar papelería anterior, esto en el caso de las pacientes que se les haya operado en este hospital.
3. Los médicos encargados de resolver el problema quirúrgico de las pacientes, deberán especificar la causa de la indicación que desencadenó la cesárea, en las papeletas de las pacientes, esto para facilitar posteriores estudios y determinar si la indicación es de carácter permanente o temporal.
4. Tratar de agotar todos los recursos médicos y de laboratorio (Rayos X) para resolver el embarazo por vía vaginal, siempre y cuando no se exponga la vida de la madre y el producto.

5. Tratar de instituir una consulta post-operatorio como mínimo, ya que de acuerdo con el presente estudio no hay ningún dato en tal sentido.
6. Dar a toda paciente que se cesarice un plan educacional ya que esto repercutirá en su futuro obstétrico.

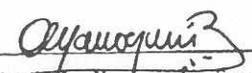
BIBLIOGRAFIA

1. ALARCON E., Ernesto. La Operación cesárea en el Hospital Roosevelt. Tesis de Graduación, 1958. Guatemala, USAC.
2. BENSON, Ralph C. Manual de Ginecología y Obstetricia. 2a. edición. México D. F., El Manual Moderno, 1969. Pág. 464-465.
3. CRAWFORD, Selvin. Analgesis epidural Lumbar en la Hipertensión Gravídica. Clínicas obstétricas y ginecológicas, México D. F. Editorial Interamericana. Dic. 1977, Pág. 737.
4. DICCIONARIO MEDICO. 2a. edición. Barcelona España. Salvat, 1974. Pág. 79.
5. ESCAMILLA URRUTIA, Rafael. Anestesia Ultra-rápida en Cesárea. Trabajo presentado en el VI Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia de Guatemala. Febrero 1977. Pág. 6 y 7.
6. GALICIA DE LEON. Erick Mauricio. La operación Cesárea. Tesis de Graduación 1979. Guatemala. USAC. Pág. 16 y 21.
7. GIRON RAMIREZ, Mario Roberto. Operación Cesárea en el Hospital General San Juan de Dios en 1977. Tesis de Graduación 1978. Guatemala, USAC. Págs. 15, 22, 25 y 26.
8. GOTTSCHALK, William. Anestesia en Obstetricia. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México D.F., Editorial Interamericana, Junio 1974. Pág. 133.
9. HELLMAN, Louis M., et al., Obstetricia de Williams, Barcelona, España. Salvat c 1973. Págs 811, 1007 a 1018.
10. Martínez Durán, Carlos. Las ciencias médicas en Guatemala. Origen y Evolución. 3a. edición. Guatemala. - Editorial Universitaria, 1964. Pág. 630.
11. MENDEZ CARDONA, William Damián. Indicaciones de operación cesárea en hospitales departamentales de el año de 1977. Tesis de Graduación 1978. Guatemala, USAC. Págs. 5, 6 y 11.
12. MORAGUES BERNAT, Jaime. Clínica Obstétrica. 8a. edición. México D.F., El Ateneo. 1960.
13. SCHWARZ, R.H. Manual de Urgencias Obstétricas. México, D. F. El Manuel Moderno. c. 1976. Págs. 91, 93, 94.

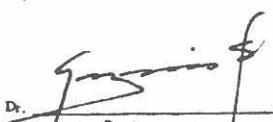
14. SCHWARZ, Ricardo. Et al. Tratado de Obstetricia. 3a edición. Argentina, El Ateneo, c 1977. Págs. 853 a 862.

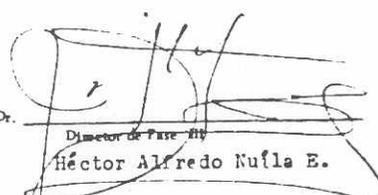
15. SUAREZ PONCE, Gonzalo. Indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional de Salamá B. V. Tesis de Graduación 1979. Guatemala, USAC. Pág. 9.

16. TO QUIÑONEZ, Miguel Arturo. Cesárea Segmentaria - Transperitoneal. Revisión de 200 casos en el Hospital Nacional de Jalapa. Tesis de Graduación 1979. Guatemala, USAC. Pág. 40.

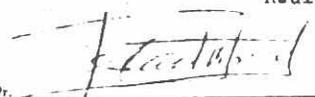
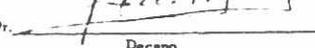
Br. 
Otto Luis Marroquín Burgos

Dr. 
Asesor.
Jorge R. Cojulún C.

Dr. 
Revisor.
Guillermo Guzman S.

Dr. 
Director de Fase III
Héctor Alfredo Nuña E.

Dr. 
Secretario
Raúl A. Castillo R.

Vo. Bo. 
Dr. 
Decano.
Rolando Castillo Montalvo