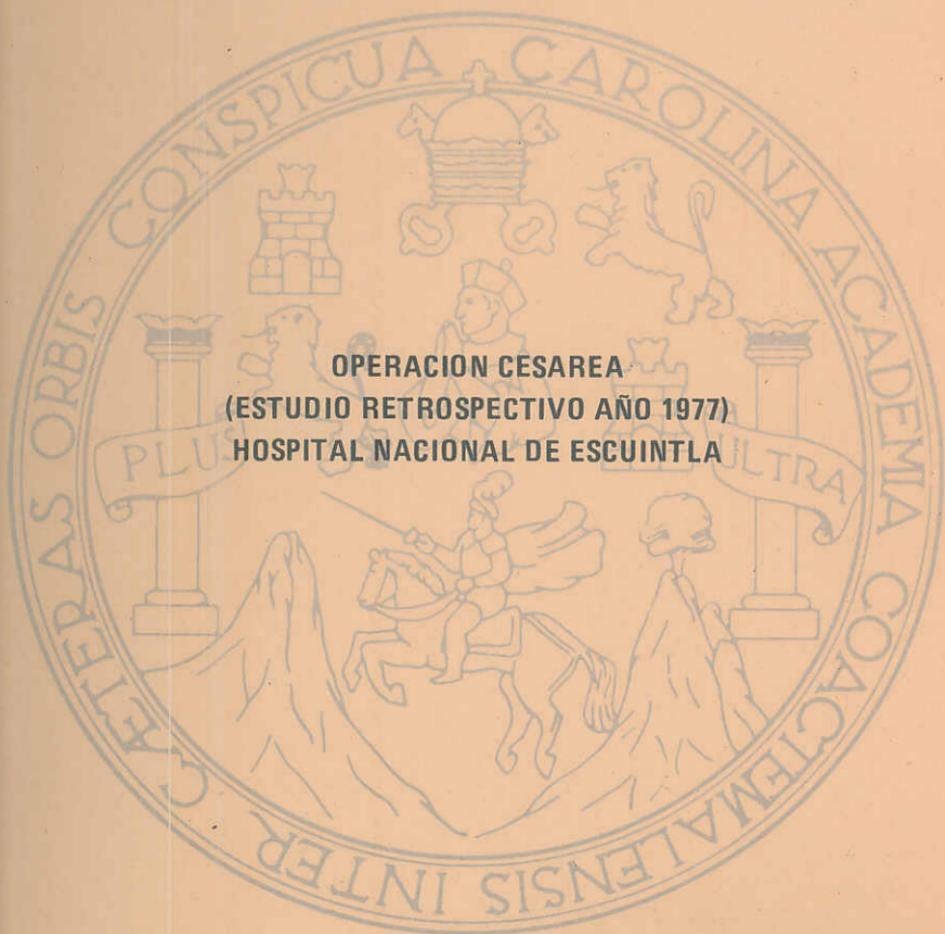


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**



**OPERACION CESAREA
(ESTUDIO RETROSPECTIVO AÑO 1977)
HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA**

SERGIO ROLANDO MARTINEZ GONZALEZ

INDICE

1.- INTRODUCCION

2.- OBJETIVOS

3.- MATERIAL Y METODOS

4.- ANTECEDENTES

a) Revisión de Literatura y

b) En Guatemala

5.- DEFINICIONES

6.- PRESENTACION DE RESULTADOS

7.- GRAFICAS

8.- CONCLUSIONES

9.- RECOMENDACIONES

10.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

I N T R O D U C C I O N

La operación (cesárea) se practica desde tiempos muy remotos, siendo en este tiempo (antiguo) un procedimiento muy arriesgado tanto para la madre como para el feto.

La evolución sufrida por la operación cesárea ha sido muy accidental y su ejecución muy arriesgada, pudiendo estabilizarse a penas en la segunda mitad del siglo XIX como consecuencia de dos progresos extraordinarios:

- 1.- ASEPCIA QUIRURGICA Y OBSTETRICA
- 2.- PERFECCIONAMIENTO DE LA TECNICA PARA SUTURAR EL UTERO.

Tales procedimientos estan ligados a los nombres de Jemmelwis, Lister, Pasteur, Kehrer y Sauger.

Posteriormente, la incisión sobre el segmento úterino ha reemplazado a la efectuada sobre el cuerpo del útero hecha hasta este tiempo; siguiendo un nuevo proceso de inicio de una nueva era para la operación.

En nuestros días los adelantos antes mencionados y por la ayuda de la antibioticoterapia, la operación cesárea ha tomado auge.

Por lo que decidí efectuar el siguiente trabajo con el deseo de contribuir con el análisis "Retrospectivo" ha mejorar nuestros conocimientos sobre los procedimientos de operación cesárea, manejo de papeletas e indicaciones, que no son llevadas a cabo en la forma más adecuada debido a diversos factores tanto socio-económicos como técnicos.

El siguiente trabajo es el resultado de una investigación lle-

vada a cabo para reconocer las diversas formas de manejo de pacientes con indicaciones de cesárea.

Para la realización del trabajo se tomo como punto de referencia a mil cuatrocientas setenta y seis papeletas de partos de las cuales pertenecían ciento noventa a operación cesárea del archivo del Hospital Nacional de Escuintla en el año 1977.

OBJETIVOS

- 1.- Lograr adquirir más conocimientos sobre la operación cesárea.
- 2.- Lograr que se mejore el manejo pre y post operatorio de la mujer cesarizada.
- 3.- Demostrar la importancia de efectuar exámenes de laboratorios y pre y post operatorio a las pacientes cesarizadas.
- 4.- Insistir en la importancia de efectuar todos los métodos diagnósticos necesarios para indicar una operación cesárea.
- 5.- Determinar diferencias e igualdades entre datos obtenidos en otros Hospitales y éste.
- 6.- Dejar para el futuro un estudio que sirva de referencia para posteriores trabajos sobre operación cesárea en el Hospital Nacional de Escuintla.

MATERIAL Y METODO

Para efectuar este estudio he consultado las instituciones siguientes:

- 1.- Biblioteca del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.)
- 2.- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 3.- Biblioteca del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.
- 4.- Archivo del Hospital Nacional de Escuintla.
- 5.- Técnicas Estadísticas.
- 6.- Historias Clínicas de Pacientes del Hospital Nacional de Escuintla, sobre operación cesárea para determinar la frecuencia en: Número de partos durante el año, técnicas de cesárea, grupo estéreo, paridad, indicaciones de cesárea, tipos de anestesia usados, exámenes de laboratorio pre y post operatorio, (compatibilidad y grupo, y hemoglobina) días de hospitalización, incisión de piel, incisión de útero, complicaciones post operatorias, pomeroy (por grupo estéreo y con respecto a paridad), antibióticos, mortalidad materna y mortalidad del recién nacido.
- 7.- Gráficas Estadísticas.

A N T E C E D E N T E S

HISTORIA: La cesárea abdominal es la operación en la cual se extrae al niño a través de una incisión de la pared abdominal y útero.

Se emplea cuatro tipos de Operaciones

- 1.- Operación cesárea clásica (operación de Sanger).
- 2.- Operación cesárea transperitoneal con cierre extraperitoneal (operación de Kronnig).
- 3.- Operación cesárea extraperitoneal (operación de Latzko y de Waters).
- 4.- Operación cesárea seguida de histerectomía (operación de Porro).

A través de los tiempos la cesárea ha sido una de las operaciones más peligrosas, habitualmente era considerada como último recurso, y se practicaba solo en las mujeres que seguramente iban a morir. Después de que la paciente había estado en trabajo de parto prolongado durante varios días; después de muchas horas de haber roto las membranas y después de habersele practicado muchos exámenes vaginales la partera habiendo agotado todos sus recursos, llamaba al burdo cirujano de aquellos tiempos. Si éste tenía el valor suficiente hacía una cesárea del cual resultaba la muerte de casi el 100 o/o de pacientes. Cuando la profesión médica adoptó la práctica de la cirugía mejoró grandemente la técnica operatoria, sin embargo pesar de la mejoría, la cesárea continuaba siendo una operación muy delicada y hasta hace 100 años morían aproximadamente el 75o/o de las madres.

Se han registrado cierto número de casos en los cuales hubo un parto suprapúblico como resultado de una cornada de toro y como extrañío que parezca el resultado de estas cesareas practicadas por el toro fueron mejores que las hechas por el hombre.

¿Vamos a concluir de estos mejores resultados, que los cuernos del toro pudieron hacer incisiones que el escapelo del ciru-

jano; o que el corral era una sala de operaciones más adecuada que la casa del paciente? Seguramente no, fue debido al hecho de que el toro inconscientemente utilizó un criterio mejor en la selección de sus pacientes. Sus pacientes no estaban deshidratadas, desnutridas, y agotadas por el trabajo de parto prolongado, en ellas no estaba dilatado el cuello, las membranas no estaban rotas y no se les había efectuado exámenes vaginales en otros términos, la paciente tenía un estado general bueno y el canal del parto no estaba parcialmente infectado antes de la operación.

La cesárea a pesar de ser molesta para la mujer, todavía no es totalmente inocua, la estadística en la obstetrica y ginecología del Dr. José María Dexeus Friaas de Bes está alrededor del 3 o/o del total de partos y en ello andamos acorde con la mayoría de clínicas europeas. Consideramos alta toda incidencia superior al 5 o/o.

La mortalidad materna según el mismo autor está alrededor del 1o/o y fetal del 2 al 5o/o. Con respecto a ruptura uterina presenta entre 0.5 y el 3o/o.

ANTECEDENTES EN GUATEMALA:

1. El trabajo de 3 años (1976-1979) realizado por el Dr. Jorge Fuentes, en el Hospital de San Benito Petén, se reportó que la anestesia más usada fue la epidural; la indicación más frecuente fue la D. C. P. el grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre 20-24 años, y la mortalidad fue de cero por ciento.
2. En trabajos sobre operación cesárea en el Hospital General San Juan de Dios 1977, por el Dr. Mario Roberto Girón Ramírez, reportó que la indicación más frecuente de operación cesárea fue por D.C.P. la anestesia más usada fue la epidural, la compliación más frecuente fue la endometritis y la mortalidad materna fue del cero por ciento.

3. En trabajos sobre operación cesárea en el Hospital Modular de Chiquimula por el Dr. Carlos Humberto Jordán reportó que la edad mas afectada es de los 15 a los 20 años, así como de 21 a 26 años; la indicación más frecuente fue por D. C. P., la anestesia mas usada fue la raquídea, y la mortalidad materna fue de 1.58o/o.

REVISION DE LITERATURA

DEFINICION:

- A) Se define la operación cesárea como: " El parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero."

Obstetricia de Williams.

- B) La extracción del niño por fuera del canal genital, impone la abertura del vientre y la incisión de útero (operación cesárea abdominal). Para llegar al feto es necesario atravesar la cavidad peritoneal (cesárea transperitoneal) o rechazar el peritoneo sin penetrar en él (cesárea extraperitoneal). Extraído el huevo y suturada la matriz se termina cerrando la brecha abdominal.

Obstetricia de Schwarcs.

EVOLUCION EN LAS TECNICAS:

- 1.- En un principio, extraído el feto no se suturaba el útero.
- 2.- Luego sistemáticamente se amputaba (Porro).
- 3.- Cesárea Corpórea al igual que los casos anteriores pero suturadas.
- 4.- Cesárea Segmentaria que realiza la histerotomía a nivel del segmento inferior y que se suturaba según su vinculación con el peritoneo, fueron sucesivamente usadas.

CESAREA EXTRAPERITONEAL:

Se busca abrir el segmento por fuera del peritonéo (técnica

Frank, Sellheim Latzco).

CESAREA EXTRAPERITONEAL POR ARTIFICIO:

Que incluye el peritonéo antes de abrirlo (técnica de Miehon, Puga Sanhuesa). Este tipo de cesárea dejaba de ser extraperitoneal de ahí que surgió la:

CESAREA TRANSPERITONEAL:

Según la dirección de la incisión de la matriz podría ser: Técnica de Opitz incisión longitudinal, técnica de Munro Kerr, incisión arciforme.

El hecho de las diferentes técnicas ya citadas y la mayor morbimortalidad materno-fetal ha hecho que la cesárea extraperitoneal sea un halon en la historia de la cesárea, pero ha desaparecido de la práctica diaria.

Por otra parte el peritonéo que a nivel del segmento inferior ofrece una adherencia sumamente laxa (lo que permite una fácil y mejor peritonización) y el músculo uterino es muy delgado y el cuerpo uterino es muy grueso y el peritoneo se encuentra fuertemente adherido al mismo; por otra parte el cuerpo uterino es el que en partos ulteriores ha de representar contracciones enérgicas (peligro de rotura). A veces la incisión uterina debe ampliarse al cuerpo del útero, cesárea segmentaria corporal, de esto surge que la técnica ideal de la operación cesárea abdominal es la Segmentaria Transperitoneal.

OPERACION DE PORRO:

Extirpar el útero luego de la cesárea es una histerectomía especial. Indicaciones: Fibromatosis, Hemorragias incohercibles y

rotura uterina.

OPERACION DE GOTTSCHALLK PORTA:

Esta técnica quirúrgica consiste en: Se exterioriza el útero y se realiza una cesárea corpórea clásica dejando el útero vacío al exterior. En la segunda intervención práctica de uno y medio a dos meses después se reintegra el útero al abdomen.

VENTAJAS DE LA CESAREA CORPOREA O CLASICA:

- 1.- Es la más sencilla de las técnicas de operación cesárea.
- 2.- Puede hacerse con más rapidez que cualquier otro tipo de cesárea.

DESVENTAJAS:

- 1.- El riesgo de hemorragia es más alto.
- 2.- Son más frecuentes las molestias y la distensión post operatoria.
- 3.- Hay mayor peligro de peritonitis si el útero está infectado.
- 4.- Son frecuentes las adherencias post operatorias.
- 5.- Hay mayor peligro de ruptura de la cicatriz uterina en embarazos y partos subsiguientes.

VENTAJAS DE LA CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL:

- 1.- Cualquier derrame que ocurra al momento de la operación se limita a la parte inferior del abdomen. Si se contamina la cavidad peritoneal la infección tiende a generalizarse.

- 2.- También disminuye el peligro de peritonitis por el hecho de que la vejiga y los colgajos peritoneales tapan por completo la herida uterina. Así mismo se practica la herida en el cuello y segmento uterino inferior, favorece a la localización de la infección de la pelvis.
- 3.- Es menos frecuente la hemorragia debido a que el lecho placentario generalmente está arriba de la línea de incisión.
- 4.- Es menos accidentada la convalecencia, puesto que raras veces los intestinos y el epiplón; en la operación baja, es poco frecuente la distensión post operatoria.
- 5.- Las adherencias abdominales son menos frecuentes debido a la situación baja de la herida uterina y su peritonización perfecta.
- 6.- La cicatriz uterina es más resistente y rara vez ocurre la ruptura en embarazos y partos sub-secuentes.

DESVENTAJAS:

- 1.- Es más fácil que la técnica clásica.
- 2.- Requiere más tiempo.

Debido a sus múltiples ventajas y puesto que las dificultades se vencen fácilmente la cesárea trasperitoneal baja y sutura extraperitoneal es preferible en todos los casos excepto en aquellos en que hay infección o en los cuales es importante el factor tiempo.

INDICACIONES DE CESAREA:

Las indicaciones pueden ser absolutas o relativas. Son indicaciones absolutas (es decir, fuera de toda discusión) la estrechez

pelviana infranqueable para un niño a término y los tumores previos, inclusive el cáncer del cuello etc. Las otras indicaciones son relativas, que pueden entrar en parangón con procedimientos que logran el paso por vías naturales.

Las indicaciones pueden preverse con anticipación y con tal motivo la intervención realizarse, con premura como cualquier operación (cesárea electiva); otras veces la indicación surge por accidente en el embarazo o por una distosia insalvable del parto, en forma súbita (cesárea de urgencia o cesárea imprevista) luego de estas aclaraciones, analizaremos las causas principales maternas ovulares o fetales que deciden a eludir la vía natural del parto, aunque con frecuencia la indicación no sea única sino mixta.

1. Pelvis estrecha.
2. Placenta previa.
3. Cesáreas anteriores
4. Desprendimiento prematuro de placenta normoincorta.
5. Toxemia Gravídica (Pre Eclampsia).
6. Distocias Dinámicas.
7. Patología Materna Intercurrente. (Hipertensión agravada).
8. Diabetes
9. Nefropatías.
10. Patología Ginecológica asociada.
11. Distocia de Partes Blandas.
12. Sufrimiento Fetal.
13. Procidencias de Cordón.
14. Presentaciones Anormales.

ESTRECHEZ PELVICA:

Puesto que un niño de tamaño normal tiene pocas probabilidades de nacer vivo, a través de los conductos naturales cuando el conjugado diagonal es de 9.5 cm o menos, debe hacerse cesárea. Como operación de elección en el momento, o poco antes de inicia-

do el trabajo de parto, en toda estrechez pélvica de este grado con un conjugado de 5.5 cm se considera como indicación absoluta para la extracción suprapúbica a diferencia de la indicación relativa, que dice existe cuando grados menores de estrechez causa una distocia suficiente para justificar el empleo de una cesárea pero en la cual sería posible la extracción por creaneotomía siempre que el conjugado diagonal sea mayor de 9.5 cm, la posibilidad de que ocurra el parto a través de las vías naturales suficiente para justificar una prueba de parto.

TUMORES PELVICOS:

Un fibroma grande en el segmento inferior del útero o en el cuello puede obstruir los conductos y requerir la extracción y cesárea, puesto que tales tumores tienden a dificultar el presente postoperatorio del útero también está indicada la histerectomía a menos que pueda ser extirpado el tumor por miomectomía.

Siempre que el embarazo se complique con carcinoma del cuello, el niño debe ser extraído por operación cesárea clásica como preliminar para una irradiación cuidadosa, si existe infección la histerectomía debe seguir a la cesárea.

PLACENTA PREVIA:

La operación cesárea está siendo empleada cada vez más con mayor frecuencia para el tratamiento de placenta previa, puesto que ofrece las mejores probabilidades de sobrevivencia para el niño, debe ser el método de elección siempre que una primigrávida no joven presente esta complicación, igualmente es el método de elección en la placenta previa central y se recomienda en los casos de placenta previa parcial, en el que el cuello es largo y está cerrado; siempre que se haga una cesárea por placenta previa está indicada una transfusión preoperatoria tanto en beneficio del feto co-

mo de la madre.

TOXEMIA FULMINANTE:

Aunque la operación cesárea es un método de extracción peligroso cuando la toxemia a llegado al estado convulsivo, en ocasiones se vacía el utero de esta manera, antes de que ocurra convulsiones en cierto caso de toxemia fulminante. Si los síntomas de la toxemia progresan rápidamente a pesar del tratamiento, y es evidente de que ocurran convulsiones antes de que se pueda vaciar el útero por vías naturales, a veces la cesárea bajo anestesia local constituye un método excelente para terminar el embarazo antes de la aparición de las convulsiones.

SUFRIMIENTO FETAL:

Es frecuente notar que esta indicación se hace con ligereza. Los únicos datos clínicos que deben tomarse como base son la Aritmia y la Bradicardia.

La taquicardia por sí sola no plantea la extracción inmediata, sino que solo exige una mayor vigilancia. Cuando se trata de un sufrimiento fetal simple, sin otra causa de distocia, con una presentación de vértice, el tratamiento debe lograr el parto vaginal y consistirá en la aceleración del mismo, en la administración de anépticos y oxígenos. En efecto el tratamiento expectante o la sola aceleración del parto (excluyendo la versión interna y la gran extracción pelviana) da menos mortalidad fetal y mejores resultados maternos.

En cambio, la operación cesárea es seguida de un post operatorio más accidentado y representa un cierto riesgo para la madre.

ANESTESIA EN OBSTETRICIA:

Agrupar técnica y procedimientos a suprimir la sensibilidad para realizar intervenciones obstétricas y quirúrgicas.

GENERALIDADES:

Tres aspectos fundamentales hay que tener en cuenta al indicar o al aplicar un método analgésico o anestésico en obstetricia.

- 1.- La posibilidad de prever el momento del parto.
El parto, excepto en la cesárea electiva constituye por su naturaleza una situación de semiemergencia, lo cual crea ciertos problemas anestésicos.
En primer término debe descartarse que la anestesia es administrada muchas veces a pacientes que han ingerido alimentos recientemente, o que, de haberlo hecho con anterioridad no evacuaron su estómago por completo (retenciones a veces de mas de doce horas).
La aspiración del vómito durante la anestesia general es una de las causas mas frecuentes de muerte materna.
Por otra parte, para efectuar ciertas maniobras doloras en los momentos finales del parto puede ser necesaria la administración rápida de soluciones anestésicas que sumadas a la medicación previa efectuada durante el parto determinan depresiones cardiorespiratorias debido a la urgencia de la situación, no es posible contar en muchas ocasiones con la presencia del anestesista, por lo que la administración de las drogas o los métodos empleados pueden no ser los convenientes, transformándose en altamente peligrosos para el vinomio feto materno.
- 2.- Las situaciones de emergencia imprevisibles que se presentan durante el parto,
El sufrimiento fetal y la hemorragia imponen gran rapi-

dez de acción tanto para el obstetra como para el anestesista, las presentaciones viciosas requerir absoluta relajación uterina para poder realizar una versión o, la extracción sin dificultades, e alumbramiento manual requiere así mismo una buena anestesia y relajación, no sólo para facilitar la extracción sino para prevenir el shock neurogénico. Otras complicaciones, como la eclamsia desproporción pelvico fetal, etc; deberán tenerse presente en las situaciones de emergencia.

3.- La vinculación circulatoria a través del territorio placentario; este hecho plantea el doble problema de la oxigenación fetal y del paso de las drogas a través de la barrera placentaria.

Las complicaciones neonatales o la muerte pueden producirse como resultado de: Administración de narcóticos o sedantes para atenuar el dolor materno los cuales pueden reprimir los procesos vitales tanto del feto como de la madre.

La hipotensión, por hemorragia materna, por compresión de la vena cava o por anestesia raquídea, peridural o caudal lleva la sub oxigenación fetal como consecuencia del insuficiente riego sanguíneo placentario.

La asfixia o hipoxia materna reduce el abastecimiento de oxígeno a la placenta.

El uso de vasopresores también disminuye el flujo sanguíneo placentario o incrementa el tono uterino.

Una vez producido el parto, la aparición de la respiración puede demorarse y ocurrir la asfixia.

Otras causas de orden puramente obstétrico pueden comprometer la circulación materno fetal con la consiguiente hipoxia en el feto.

En resumen: El desconocimiento o el mal uso de drogas o las complicaciones del parto que causen hipoxia uterina, demorarán el conocimiento de la respiración en el recién nacido y la asfixia, a veces subestimada, se traducirá por epilepsia, espasticidad, retardo mental

o trastornos de la conducta, cuando no por la muerte del feto.

ANESTESIA RAQUIDEA:

Este bloqueo ha caído prácticamente en desuso, ya que las complicaciones que da lugar lo convierte en un procedimiento sumamente riesgoso. Puede emplearse, sin embargo ante situaciones de emergencia, teniendo precaución en la dosis anestésica la posición de la paciente y el sitio de la punción, y evitando introducir el anestésico durante una contracción uterina. Habrá que tener siempre presente la hipotensión de que se acompaña, para extremar las medidas a fin de impedirla o atenuarla.

Para muchos la raquianestesia es la anestesia de elección aunque para J. Greenhill (de Chicago E. E. U. U.) es la más peligrosa de las anestесias de las embarazadas.

ANESTESIA PERIDURAL:

Dos tipos de bloqueo se producen en la práctica, el bloqueo continuo y el de dosis simple única.

El bloqueo peridural de inyección única presenta mayores ventajas que la anestesia raquídea. La frecuencia de efectos colaterales es mínima pero su técnica resulta más compleja que requiere mayor tiempo para realizarla.

ANESTESIA PARA LA OPERACION CESAREA PREVISTA CON ANTICIPACION: (Cesárea electiva)

El manejo anestésico no es del todo sencillo: Una técnica anestésica que contemple las necesidades de la madre puede ser perjudicial para el feto, y a la inversa las técnicas apropiadas para las cir-

cunstancias del parto pueden ser contraproducentes desde el punto de vista materno.

De todas maneras, creemos que los bloqueos regionales y en especial, el bloqueo peridural simple o continuo son los métodos más aconsejables.

Como premedicación se administra continuamente un derivado de la belladona asociado con pequeñas dosis de barbitúricos. Los narcóticos deben omitirse por su acción depresora sobre el feto. Independientemente del tipo de anestesia, tanto el obstetra como el anestesista ha de evitar la aparición del síndrome de hipotensión supina dilatando esta posición el tiempo que sea posible o desplazando lateralmente en forma manual el útero, si se realiza anestesia regional deben observarse todas las precauciones mencionadas anteriormente. Una vez extraído el feto, se pueden administrar a la madre narcóticos intramusculares o pequeñas dosis de barbitúricos para disminuir la prehensión o el miedo; se acostumbra el uso de oxitócicos después del parto con el fin de aumentar el tono uterino, adoptándose de preferencia la vía intramuscular, ya que puede sucitarse hipertensión o vomitos como consecuencia de una rápida inyección endovenosa.

ANESTESIA GENERAL

Es importante reducir el lapso entre la inducción de la anestesia y la extracción del feto y evitar la anestesia profunda. Si se usan relajantes musculares, es innecesario emplear grandes dosis por la falta de tono de los músculos abdominales. En un tiempo se trató de evitar el tiopental (pentotal) en obstetricia particularmente para la operación cesárea, por el temor a la depresión del pos natal del feto. Se creía que el parto debía realizarse al cabo en pocos minutos de administrado a la madre.

Nuevas experiencias demostraron que después de una dosis simple de tiopental (por ejemplo 300 mg), la concentración fetal alcanza el máximo aproximadamente a los diez minutos y lue-

go disminuye en forma paralela a la concentración materna, por esta razón, es conveniente dejar transcurrir mayor tiempo entre la introducción de la anestesia y el nacimiento. Catorce minutos de intervalo han sido considerados como ideales. Con esta base la técnica más recomendada es la que emplea una dosis de introducción de tiopental de 300 mg. seguida de inhalación de oxígeno nitroso al 70o/o con oxígeno y una infusión continua en goteo de succinil colina.

ANESTESIA PARA OPERACION CESAREA DE EMERGENCIA:

La operación cesárea constituye un procedimiento de emergencia en los casos de sufrimiento fetal, inercia uterina, hemorragia, etc.

En esas condiciones es de rigor inyectar una solución de dextrosa al 5o/o en agua por medio de una aguja gruesa y de ser posible una transfusión sanguínea. Se debe administrar oxígeno hasta el momento de empezar la operación; el método anestésico no defirirá del empleado en la cesárea electiva, pero no es aconsejable cuando se debe proceder con extrema urgencia, ya que el bloqueo peridural requiere un tiempo dado. En estos casos el procedimiento de elección es la anestesia general, según la técnica descrita anteriormente, debe usarse la menor dosis posible de tiopental por la probable hipotensión y si es fatible, se ha de inducir con propanidida (fabontal) hasta tanto no se extraiga el feto.

Luego continuarse con mayor dosis de barbitúricos o narcóticos para profundizar más el grado de anestesia. Se pueden agregar otros anestésicos inhalantes de acuerdo con el estado materno.

Las premisas fundamentales deben ser: Comenzar la operación inmediatamente después de la inducción y extraer el feto lo más rápidamente posible.

USO PROFILACTICO DE ANTIBIOTICOS EN OBSTETRICIA:

Tratar de impedir la infección operatoria con antibióticos es un sistema terapéutico discutido que data desde los primeros años del advenimiento de los antibióticos. Sin embargo pronto surgieron datos de que los antimicrobianos no podían impedir todas las complicaciones infecciosas post operatoria y que tenían efectos adversos importantes. Un tema de preocupación especial fue la aparición de bacterias resistentes y de enterocolitis concomitantes con crecimiento bacteriano excesivo.

A fines de 1950 y principio de 1960 se publicaron muchos informes en la literatura quirúrgica general, en los cuales se describía la ineficacia y los peligros de los quimioprofilácticos.

Y este sistema dejó de gozar de favor en términos generales. En años recientes las investigaciones experimentales efectuadas por Alexander y colaboradores y por Borke; han sido redescubiertas y se han convertido en la base científica para reanudar el interés de la antibioticoterapia profiláctica. Estos investigadores comprobaron que para que los antibióticos sean eficaces debe de estar distribuido en el tejido de la herida quirúrgica en el momento de la operación porque en esta etapa ocurre inoculación de herida con bacterias endógenas exógenas o ambas. Los investigadores mencionados y otros también comprobaron que el tratamiento antimicrobiano no necesita ampliarse en ninguna forma después del período operatorio inmediato.

Desde entonces la aplicación de quimioprofilácticos quirúrgicos para muchas operaciones se ha difundido y convertido en sistema corriente; los principios generales subyacentes, son los siguientes:

- 1.- Muchas operaciones se efectúan en zonas contaminadas por abundantes bacterias (cirugía ginecológicas, cirugía intestinal, cirugía después de heridas penetrantes y fracturas compuestas).

- 2.- La mayor parte de las infecciones post operatorias son auto infecciosas, esto es: resulta de la contaminación de los tejidos quirúrgicamente contaminado por la flora nativa del aparato genital intestinal o la piel de la paciente misma.

- 3.- Aunque es imposible esterilizar al paciente, el cuerpo quirúrgico y el medio si es posible y es beneficioso para disminuir los microorganismo patógenos.

- 4.- La dosis adecuada del antibiótico o de los antibióticos adecuados, administrados en el período post operatorio deben ayudar a disminuir la magnitud del innóculo y consecuentemente la frecuencia de complicaciones post operatorias.

Sin embargo continúan varias objeciones para el uso difundido de antibióticos, con fines profilácticos, en cirugía. Son estas:

- A) En términos generales se carecen de datos convincentes de que este sistema sea eficaz en una situación específica.
- B) Los antibióticos pueden ser costosos tóxicos e incómodos.
- C) Este procedimiento puede originar un sentimiento falso de seguridad y motivar su juicio o técnica descuidada.

ANTIBIOTICOS EN OPERACION CESAREA:

Desde 1968 se han publicado 11 informes o resúmenes que afirman apoyo científico para utilizar antibióticos profilácticos para la operación cesárea, procedimiento que se acompaña de mortalidad baja pero, morbilidad alta la mayor parte de la morbi-

lidad es secundaria a complicaciones post operatorias de las cuales la infección es la más frecuente.

De los 11 informes mencionadas 29-85o/o de las pacientes que no recibieron profilaxia, experimentaron morbilidad post operatoria febril y 19-58o/o tuvieron infecciones pélvicas o de la herida, estas cifras altas probablemente guarden relación con los caracteres de la población representada en estos estudios ha saber: pacientes obstétricas pobres, de riesgo alto tratadas en servicio de tipo clínica. En los diez estudios de los cuales las pacientes se sometieron a distribución aleatoria pareció haber algo de beneficio de la administración profiláctica de antibióticos, con disminución promedio de la morbilidad febril, de la infección pélvica o de la herida de 60o/o. Sin embargo al considerar la suma de los resultados de esta investigaciones más del 20o/o de las pacientes que recibieron antibióticos con fines profilácticos tuvieron morbilidad febril post parto y aproximadamente el 15o/o experimentaron infección de la herida o pelvis.

Las bacterias que suelen descubrirse en el cultivo de la infección pélvica o de la herida operatoria después de la operación cesárea son semejantes a las que advierten en cultivo de la región endocervical de la embarazada; incluyen: Escherichia Coli, Peptococos y peptoestreptococos especie de bacteroides, y otros bacilos entéricos gram negativos (Kliepsiella, proteus enterobacter) estrep-tococos y estafilococos aerobio y clostridios.

No parece necesario utilizar un régimen de antibióticos que sean eficaces contra todos los posibles patógenos mencionados se les ha ensayado y se les ha informado con buen éxito; penicilina, ampicilina y cefalosporina con un aminoglucosido o sin él; no se aconsejan tetraciclinas, sulfonamidas ni metronidazol. Quizá mas importante que la elección del farmaco o de los farmacos sea el método de administración.

Los antibióticos deben de administrarse por vía parenteral en dosis alta durante breve tiempo que no exceda de 12 horas más

en dosis alta durante breve tiempo que no exceda de 12 horas más allá de la cirugía. Los principios generales de la quimioprofilaxia quirúrgica parecen insistir que la concentración tisular del antibiótico se alcanza en la etapa que se practica la incisión. Sin embargo pudiera ser igualmente eficaz administrar la primera dosis I. V. a la madre en cuanto se pinza el cordón umbilical, lo cual evitará administrar antibióticos al neonato. Este sistema exige valoración última.

Muchas variables pueden aumentar el peligro de la infección después de la operación cesárea; incluye características de la paciente del estado socio-económico, obesidad, presencia o duración del trabajo de parto antes de la cirugía, membranas rotas antes de la extracción, anemia y factores terapéuticos con vigilancia fetal interna, clase de anestesia y números de partos vaginales antes de la extracción.

En realidad el resultado de los estudios mencionados pudieron ser generalizables aplicables a población obstétrica con distintos de peligro. En la actualidad la decisión de usar antibióticos con fines profilácticos para operación cesárea primaria, debe basarse en valoración de los factores de riesgo y estimar del peligro global de infección en una práctica o una población obstétrica determinada.

El riesgo de infección después de la operación cesárea de repetición es bastante menos que la operación cesárea primaria, probablemente a causa del carácter electivo de la cirugía y de la falta concomitante de factores de riesgo de la índole de trabajos de parto o rotura de membranas en muchos casos. Probablemente no se justifique en la mayor parte de la población obstétrica el uso sistemático de antibióticos con el fin de impedir la infección después de la operación de repetición.

**PRESENTACION DE RESULTADOS
ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE:
OPERACION CESAREA 1977 HOSPITAL NAC. DE ESCUINTLA**

PARTOS DURANTE UN AÑO

| | No. de casos | Porcentaje |
|--------------------------|--------------|-------------------|
| PARTOS EUTOCICOS SIMPLES | 1286 | 87.12 o/o |
| OPERACION CESAREA | 190 | 12.88 o/o |
| TOTAL | 1476 | 100.00 o/o |

TECNICA DE CESAREA

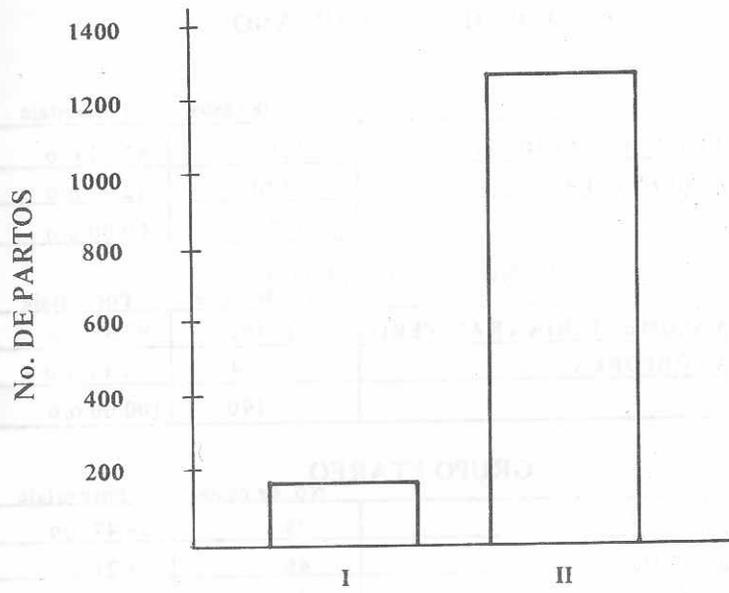
| | No. de casos | Porcentaje |
|-------------------------------------|--------------|-------------------|
| CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL | 186 | 97.89 o/o |
| CESAREA CORPOREA | 4 | 2.11 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |

GRUPO ETAREO

| | No. de casos | Porcentaje |
|-----------------|--------------|-------------------|
| DE 15 A 20 AÑOS | 75 | 39.47 o/o |
| DE 21 A 25 AÑOS | 46 | 24.21 o/o |
| DE 26 A 30 AÑOS | 34 | 17.90 o/o |
| DE 31 A 35 AÑOS | 19 | 10.00 o/o |
| DE 36 A 40 AÑOS | 14 | 7.37 o/o |
| DE 41 A 45 AÑOS | 2 | 1.05 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |

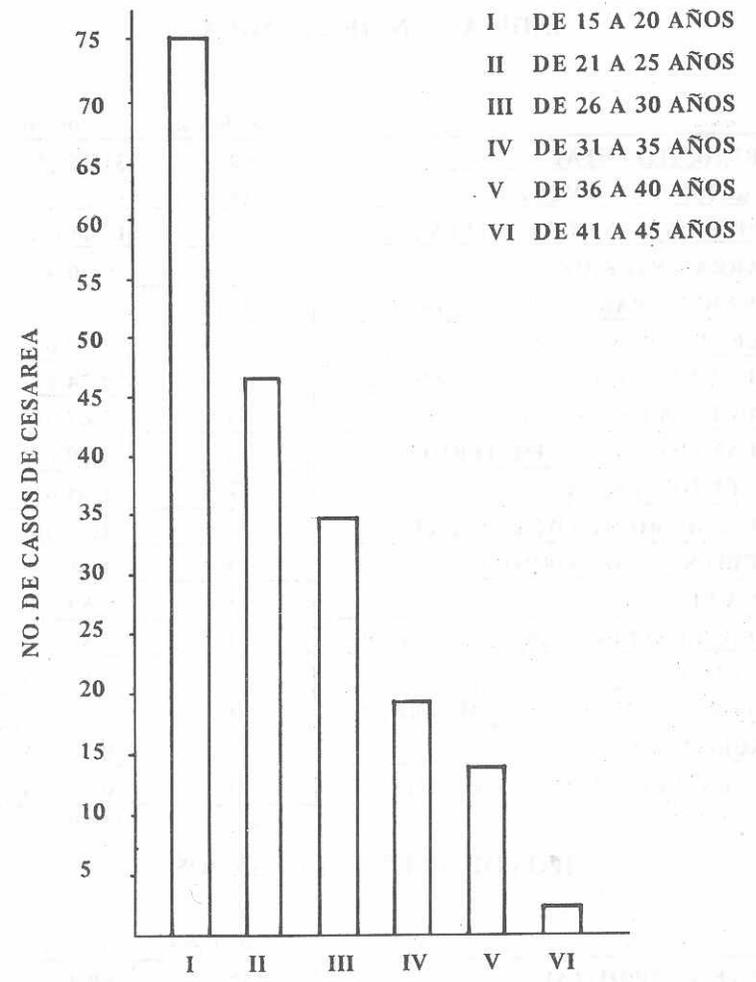
PARIDAD

| | No. de casos | Porcentaje |
|-----------------|--------------|-------------------|
| PRIMIGESTAS | 82 | 43.16 o/o |
| GRAN MULTIPARAS | 40 | 21.05 o/o |
| MULTIPARA | 38 | 20.00 o/o |
| SECUNDIGESTA | 30 | 15.79 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |



NACIMIENTOS

- I.- Partos Eutocicos Simples
- II.- Operación Cesarea



- I DE 15 A 20 AÑOS
- II DE 21 A 25 AÑOS
- III DE 26 A 30 AÑOS
- IV DE 31 A 35 AÑOS
- V DE 36 A 40 AÑOS
- VI DE 41 A 45 AÑOS

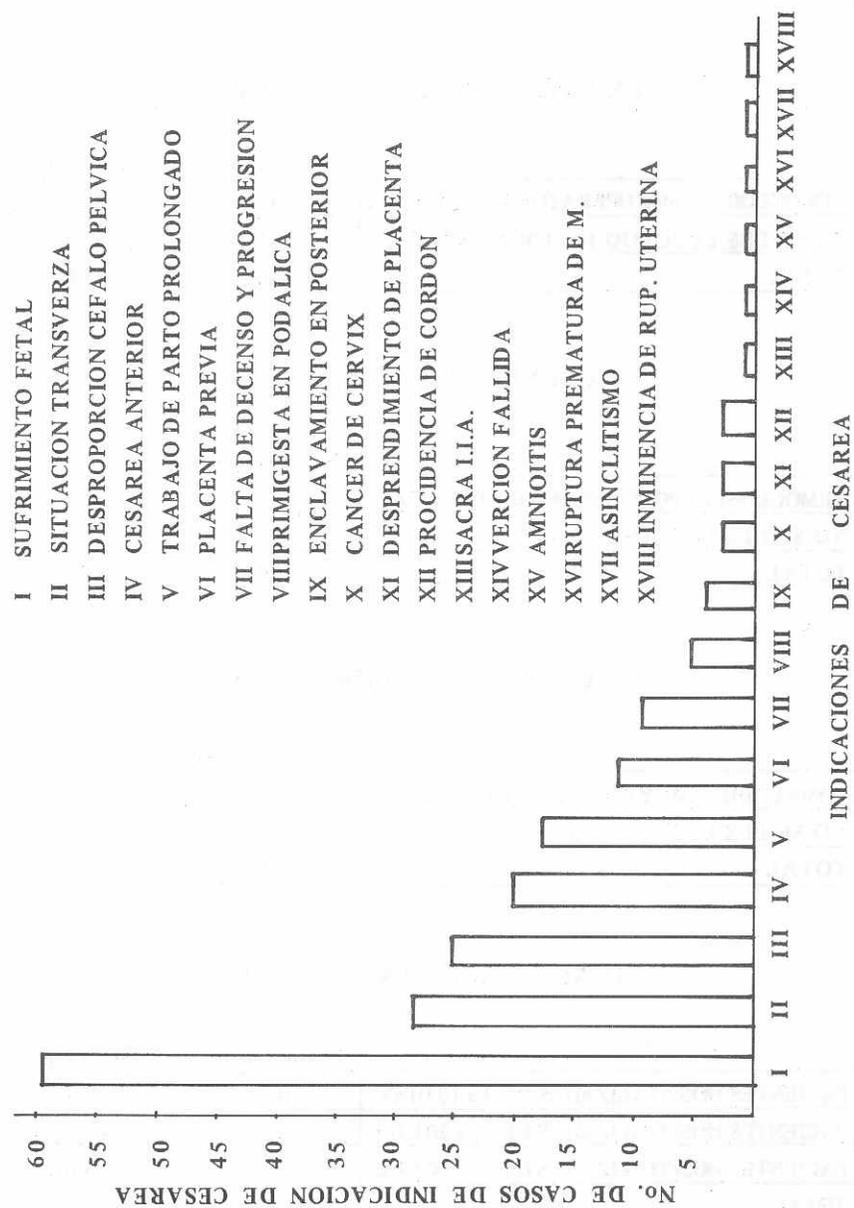
GRUPO ETAREO

INDICACION DE CESAREA

| | No. de Casos | Porcentaje |
|--------------------------------|--------------|-------------------|
| SUFRIMIENTO FETAL | 59 | 31.05 o/o |
| SITUACION TRANSVERZA | 28 | 14.74 o/o |
| DESpropORCION CEFALO-PELVICA | 25 | 13.15 o/o |
| CESAREA ANTERIOR | 19 | 10.00 o/o |
| TRABAJO DE PARTO PROLONGADO | 18 | 9.47 o/o |
| PLACENTA PREVIA | 11 | 5.79 o/o |
| FALTA DE DECENSO Y PROGRESION | 9 | 4.74 o/o |
| PRIMIGESTA EN PODALICA | 5 | 2.63 o/o |
| ENCLAVAMIENTO EN POSTERIOR | 4 | 2.10 o/o |
| CANCER DE CERVIX | 2 | 1.05 o/o |
| DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA | 2 | 1.05 o/o |
| PROCIDENCIA DE CORDON | 2 | 1.05 o/o |
| SACRA I.I.A. | 1 | 0.53 o/o |
| VERCION FALLIDA PARTO GEMELAR | 1 | 0.53 o/o |
| AMNIOITIS | 1 | 0.53 o/o |
| RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS | 1 | 0.53 o/o |
| ASINCLITISMO | 1 | 0.53 o/o |
| INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA | 1 | 0.53 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |

TIPOS DE ANESTESIA USADOS

| | No. de Casos | Porcentaje |
|--------------------|--------------|-------------------|
| ANESTESIA EPIDURAL | 132 | 69.47 o/o |
| ANESTESIA RAQUIDEA | 34 | 17.90 o/o |
| ANESTESIA GENERAL | 24 | 12.63 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |



EXAMENES DE LABORATORIO

| | No. de Casos | Porcentaje |
|--------------------------------------|--------------|------------|
| HEMOGLOBINA PRE OPERATORIO EFECTUADA | 49 | 25.79 o/o |
| NO SE LES EFECTUO HEMOGLOBINA | 141 | 74.21 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |

EXAMENES DE LABORATORIO

| | No. de Casos | Porcentaje |
|---------------------------------------|--------------|------------|
| HEMOGLOBINA POST OPERATORIO EFECTUADA | 103 | 54.21 o/o |
| NO SE LES EFECTUO HEMOGLOBINA | 87 | 45.79 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |

EXAMENES DE LABORATORIO

| | No. de Casos | Porcentaje |
|-----------------------------------|--------------|------------|
| COMPATIBILIDAD Y GRUPO EFECTUADAS | 6 | 3.16 o/o |
| NO SE LES EFECTUO EXAMEN | 184 | 96.84 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |

DIAS DE HOSPITALIZACION

| | No. de Casos | Porcentaje |
|--|--------------|------------|
| PACIENTES HOSPITALIZADAS DE 3 a 10 DIAS | 163 | 85.79 o/o |
| PACIENTES HOSPITALIZADAS DE 11 a 20 DIAS | 24 | 12.63 o/o |
| PACIENTES HOSPITALIZADAS DE 30 a 60 DIAS | 3 | 1.58 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |

INCISION DE PIEL

| | No. de Casos | Porcentaje |
|--|--------------|------------|
| INCISION ABDOMINAL MEDIANA INFRA UMBILICAL | 190 | 100.00 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |

INCISION DE UTERO

| | No. de Casos | Porcentaje |
|----------------------------|--------------|------------|
| INCISION SOBRE EL SEGMENTO | 186 | 97.89 o/o |
| INCISION SOBRE EL CUERPO | 4 | 2.11 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

| | No. de Casos | Porcentaje |
|----------------------------------|--------------|------------|
| INFECCION DE HERIDA OPERATORIA | 41 | 21.58 o/o |
| INFECCION URINARIA | 8 | 4.21 o/o |
| ENDOMETRITIS | 4 | 2.11 o/o |
| INFECCION RESPIRATORIA SUPERIOR | 4 | 2.11 o/o |
| FIEBRE DE ETIOLOGIA A DETERMINAR | 4 | 2.11 o/o |
| NEUMONIA | 2 | 1.05 o/o |
| HIPERTENSION ARTERIAL | 1 | 0.52 o/o |
| PACIENTES NO COMPLICADAS | 126 | 66.31 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |

PACIENTES QUE SE LES EFECTUO POMEROY

| | No. de Casos | Porcentaje |
|----------------------|--------------|------------|
| PACIENTES LIGADAS | 20 | 10.53 o/o |
| PACIENTES NO LIGADAS | 170 | 89.47 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |

**PACIENTES QUE SE LES EFECTUO POMEROY
POR GRUPO ETAREO**

| | No. de Casos | Porcentaje |
|---------------------------|--------------|------------|
| PACIENTES DE 20 A 25 AÑOS | 2 | 10.00 o/o |
| PACIENTES DE 26 A 30 AÑOS | 6 | 30.00 o/o |
| PACIENTES DE 31 A 35 AÑOS | 7 | 35.00 o/o |
| PACIENTES DE 36 A 40 AÑOS | 5 | 25.00 o/o |
| TOTAL | 20 | 100.00 o/o |

**PACIENTES QUE SE LES EFECTUO POMEROY
CON RESPECTO A PARIDAD**

| | No. de Casos | Porcentaje |
|----------------|--------------|------------|
| GRAN MULTIPARA | 13 | 65.00 o/o |
| MULTIPARA | 7 | 35.00 o/o |
| TOTAL | 20 | 100.00 o/o |

PACIENTES A LAS QUE SE LES APLICO ANTIBIOTICOS

| | No. de Casos | Porcentaje |
|----------------------------------|--------------|------------|
| SE LES ADMINISTRO ANTIBIOTICOS | 149 | 78.42 o/o |
| NO SE LES ADMINISTRO ANTIBIOTICO | 41 | 21.58 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |

MORTALIDAD MATERNA

| | No. de Casos | Porcentaje |
|---|--------------|------------|
| PACIENTES MUERTAS POR OPERACION CESAREA | 1 | 0.53 o/o |
| PACIENTES VIVAS | 189 | 99.47 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |

MORTALIDAD DEL RECIEN NACIDO

| | | |
|------------------------|-----|------------|
| RECIEN NACIDOS MUERTOS | 2 | 1.05 o/o |
| RECIEN NACIDOS VIVOS | 188 | 98.95 o/o |
| TOTAL | 190 | 100.00 o/o |

CONCLUSIONES

- 1.- En estudio retrospectivo de un año (1977) en el Hospital Nacional de Escuintla sobre operación cesárea, se comprobó que de 1476 pacientes que ingresaron a la sala de maternidad, a 190 se les efectuó operación cesárea que equivale a un 12.88o/o; pudo observarse un alto índice en este tipo de intervención quirúrgica con respecto a otros hospitales nacionales, como literatura extranjera.
- 2.- Se comprobó en el Hospital Nacional de Escuintla, año 1977, que la indicación más frecuente de operación cesárea fue por Sufrimiento Fetal, dando un porcentaje de 31.05o/o, esto viene a diferenciar de otros hospitales nacionales, puesto que en trabajos realizados en un estudio de tres años (1976-1979) por el Dr. Jorge Fuentes en el Hospital de San Benito Petén, comprobó que la indicación más frecuente fue por desproporción cefalopélvica; así como en trabajo del Dr. Mario Girón, año 1977, en el Hospital San Juan de Dios, reportó que la indicación más frecuente fue por desproporción cefalopélvica.
- 3.- El tipo de anestesia más usada fue la Epidural en un 69.47o/o, esto viene a demostrar que en el Hospital Nacional de Escuintla se usa la anestesia más indicada, pues según estudios han comprobado que esta es la anestesia menos inocua y la de elección en operación cesárea.
- 4.- El porcentaje de pacientes estudiadas con hemoglobina pre operatorio, fue del 25.79 o/o, y post operatorio fue del 54.21 o/o, esto hace evidente que en el Hospital Nacional de Escuintla no se efectúa ni el más mínimo e importante exámen de laboratorio principalmente antes de

que la paciente sea intervenida quirúrgicamente. Ya que si se efectuara en mayor porcentaje se evitarían complicaciones posteriores, debido a que estamos en un país donde predomina más el hambre y la desnutrición y nuestras pacientes tienen un alto porcentaje de anemia.

- 5.- El porcentaje de pacientes que se les efectuó compatibilidad y grupo fue del 3.16 o/o, viniendo a demostrar que es mínimo el número de pacientes que se les efectúa este tipo de exámen a sabiendas que en nuestra población materna predomina la multiparidad y como consecuencia las pacientes se encuentra con un porcentaje muy bajo de hemoglobina y que en determinado momento va a hacer necesario una transfusión sanguínea.
- 6.- Se comprobó que el mayor tiempo que estuvieron las pacientes hospitalizadas estuvo comprendida entre tres y diez días, de los cuales, las que estuvieron únicamente tres días fue porque pidieron su egreso voluntario y las que estuvieron diez días fue por complicaciones post operatorias siendo la más frecuente la Infección de la Herida Operatoria.
- 7.- En el estudio sobre operación cesárea comprobamos que la complicación más frecuente fue la de la herida operatoria habiendo alcanzado un 21.58 o/o.
- 8.- La técnica de operación más usada fue la segmentaria transperitoneal que reportó un 97.98 o/o, pudiendo ver que la cesárea corporal tanto en éste hospital como en otros, ya casi no se usa.

RECOMENDACIONES

- 1.- Tratar de realizar los principales exámenes de laboratorio como son compatibilidad, grupo y hemoglobina, a toda paciente que va ser intervenida quirúrgicamente.
- 2.- Tratar de que las historias clínicas y las notas de evolución sean más claras y completas.
- 3.- Que se especifique la causa porque se administran antibióticos, ya sea en el pre operatorio o en el post operatorio.
- 4.- Tratar de educar a las pacientes que ingresan a la sala de maternidad para que lleven control prenatal en posteriores embarazos, y así evitar complicaciones.
- 5.- Hacer conciencia en toda paciente operada por cesárea del pronóstico que llevan en posteriores embarazos.
- 6.- Tratar de que se les haga pelvimetría a las pacientes que se les sospeche problemas en el embarazo y en el trabajo de parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Beck Alfred C., Practica de obstetricia, traducido por Dr. Alfonso Alvares Bravo año 1965 tercera edición por la prensa mexicana, páginas 734-765.
- 2.-Charles David Dr., clínica obstétrica y Ginecológica operación ginecológica examen microscopico de la placenta, infección en obstetricia y ginecología director Huespen marzo de 1976 Interamericana Edición en español, páginas 116-120.
- 3.-Dexeus José María Dr. obstetricia y ginecología, 1965 Editorial Juventud S A. primera edición páginas 406 408 Barcelona.
- 4 Figgis Jewet John Dr. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas: Infección en el embarazo y el Neonato. Asistencia ginecológica ambulatoria, volumen 2, año 1979. Dr. John Kitzmiller, Dr. Stephenc Schoenbaum, Interamericana páginas 387-389.
- 5.-Fuentes Jorge A. Dr. Tesis en el hospital de San Benito Petén trabajo sobre tres años (1976-1979), sobre operación cesárea.
- 6.-Girón Mario Dr. Trabajo de tesis sobre operación cesárea año 1977, Hospital General San Juan de Dios.
- 7.-Jordán Carlos Humberto Dr. Tesis sobre operación cesárea en el Hospital Modular de Chiquimula año 1979.
- 8.-Kaser O, V Friedberg, K. G. Ober, K. Thomser, J. Zander, ginecología y obstetricia Salvat tercera edición páginas 760 y 807.

9.-Marcus Stewart L. M. D. y Cyril C. Marcus M. D. Obstetricia ginecológica páginas 324-325 traducido al castellano de la primer edición inglesa por los Dr. A. Fortiny Stivill, S. Iglesias Guiv Barcelona 1970 para la edición española, Editorial Espaxs Rosellon 132. Barcelona.

10.-Maragues Bernat Jaime Clinica Obstétrica páginas 606-611.

11.-Rosernvasser Eliseo B. Dr. Terepútica Obstétrica tomo II Buenos Aires 1962 páginas 190-200 impresa en Argentina.

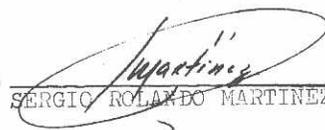
12.-Schwarct Silvestre Sala Carlos Durerges , Obstetricia, Tercera edición 1970 4a. reimpresión Librería el ateneo Coiro Rial Buenos Aires páginas 748-755, 849-865.

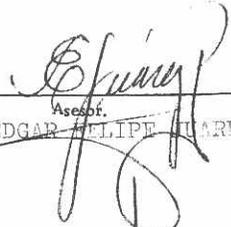
NOTA:

Este documento será firmado por las Autoridades de la Facultad después de haber llenado los siguientes requisitos:

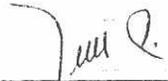
- Tener aprobado el protocolo de tesis por la Oficina de Control Académico;
- Visto Bueno del Asesor y Revisor; al estar concluido su trabajo de tesis;
- Firma respectiva del Director de Fase III; al estar concluido el trabajo de tesis;
- Poner los nombres completos a máquina. El interesado deberá poner su nombre como aparece en su Cédula de Vecindad.

Br.


SERGIO ROLANDO MARTINEZ GONZALEZ.


Aseor.
Dr. EDGAR FELIPE ALVAREZ PEREZ

Dr.


Revisor.
Dr. MARIO RENE ESTRADA GIL.


Director de Fase III
Dr. HECTOR ALFREDO NGILA.

Dr.


Secretario
Dr. RAUL A. CASTILLO P.

Dr. Bo.

Dr.


Decano.
Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO.