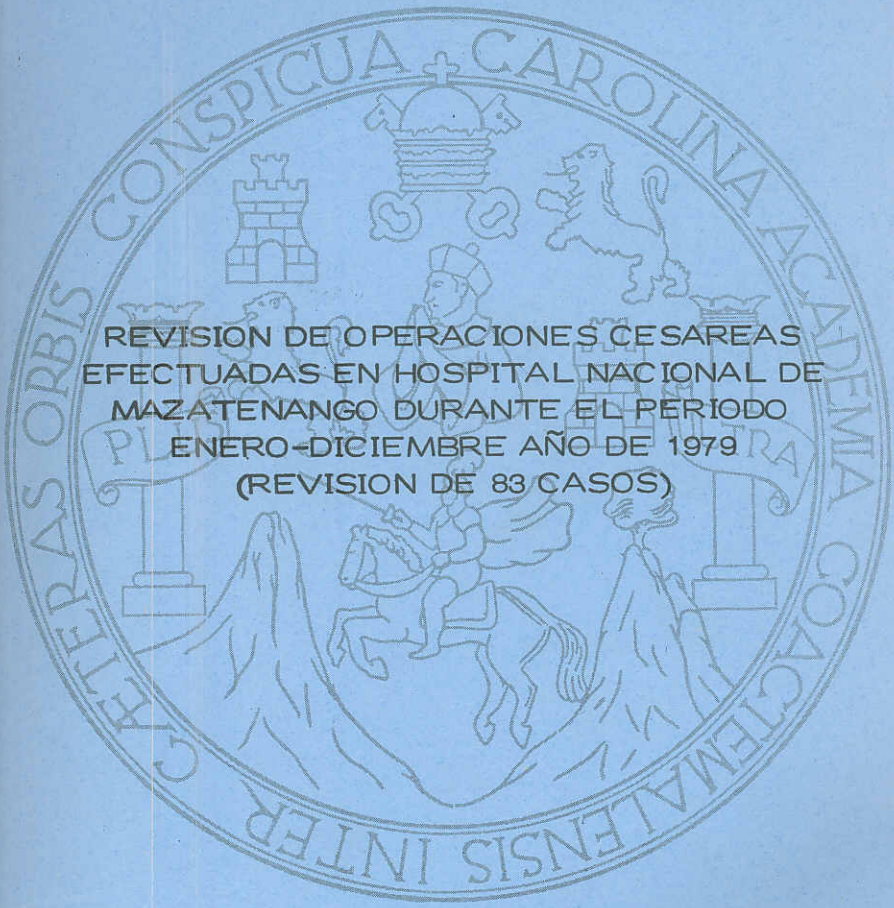
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



REVISION DE OPERACIONES CESAREAS EFECTUADAS EN HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE AÑO DE 1979 (REVISION DE 83 CASOS)

JOSE ARTURO MONROY ARGUETA

GUATEMALA, ABRIL DE 1980

PLAN DE TESIS

I INTRODUCCION

II ANTECEDENTES

III OBJETIVOS

IV HIPOTESIS

V MATERIAL Y METODOS

VI CONSIDERACIONES GENERALES

-DEFINICION E HISTORIA
-INDICACIONES
-TECNICAS
-COMPLICACIONES

VII PRESENTACION DE RESULTADOS, DATOS ESTADISTICOS Y COMENTARIOS

VIII CONCLUSIONES

IX RECOMENDACIONES

X BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Durante el año de 1979 realicé mi práctica de internado hospitalario en el Hospital Nacional de Mazatenango, con la correspondiente rotación por el Departamento de Maternidad, en donde pude percatarme que la operación cesárea se efectúa con bastante regularidad, y que no se había efectuado ningún estudio que nos orientara sobre los índices estadísticos que se estaban obteniendo en ese departamento para estos casos, los cuales nos van a indicar si se está llevando a cabo o no una buena atención materna.

He decidido realizar esta revisión dada la importancia que tiene para la madre un acto quirúrgico mayor de tal especie, y establecer en que forma influye en ella una operación tipo cesárea (tomando una serie de variables) y a la vez detectar el grado de morbilidad y de mortalidad existente en este hospital para este tipo de cirugía donde las condiciones diagnósticas, tecnificación, y métodos de tratamiento son escasos y poco sofisticados.

Cabe señalar que se han efectuado estudios sobre este problema en otros centros hospitalarios de la república, pero pienso que las condiciones de cada hospital influyen en gran parte en las determinaciones tomadas con la paciente, por lo que no se puede generalizar al hablar de tal o cuales casos.

Este hospital tiene un área de influencia bastante extensa, denominándose como tal la extensión terri-

torial donde habitan las personas que solicitan los servicios de este centro, y que incluyen grupos disímiles de población, tanto de población indígena de la parte sur del Depto. de Sololá, parte sur-occidental del depto. de Escuintla (Tiquisate, Nueva Concepción) y parte sur del depto. de Quetzaltenango, etc. etc. Considero señalar esto ya que las prácticas obstétricas del grupo indígena son eminentemente empíricas sin orientación médica alguna en ningún tiempo.

Espero con los resultados y variables obtenidos contribuir a brindar una mejor atención materna que es la finalidad nuestra.

ANTECEDENTES

1. Herrera Ortiz. Rudy
Morbimortalidad en Recién Nacidos productos de Cesárea en el Hospital Nacional de Retalhuleu . (Revisión de 59 casos). Trabajo de Tesis. Médico y Cirujano, Universidad de San carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1979.

2. De León, Heberto H. y Colaboradores.
Cesáreas Grupo 3 Consideraciones generales de Cesáreas. Trabajo monográfico publicado en Quetzaltenango. 1978.

3. Cárdenas Castillo, Eva Alicia
Distocias Obstétricas en Hosp. Nac. de Amatitlán .
Trabajo de Tesis. Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1979

4. García Luna, Antonio M. et al
Manejo de la paciente obstétrica con antecedente de una cesárea . Ginec. Obstet. Méx. 45 (269): 223-242 Marzo 1979.

5. Van Praagh, I.G. and Tovell, H.N.M.
Primary Cesarean Section in the multipara
Obstet. Ginec. 32:813, 1978.

6. Hellman M. Louis y Pritchard, A.J.
Williams Obstetricia
Salvat Editores S.A. Barcelona, Madrid. 1973.
pp 723-805.

7. En el Hospital Nacional de Mazatenango no se ha efectuado ningún trabajo similar previo.

ANTECEDENTES

El objeto del presente trabajo es establecer en que forma tomando en cuenta una serie de variables influye el acto quirúrgico tipo cesárea en la madre. Así como también orientarnos sobre las técnicas más usadas en este hospital ya que las mismas varían de un hospital a otro al igual que las condiciones y recursos, aunque casi todos están de acuerdo en que la cesárea segmentaria es la de elección y la clásica o corpórea solo se debe efectuar en casos muy especiales en los que por adherencias densas por cesáreas anteriores no es posible abordar el segmento inferior, (2). Así también encontramos que las indicaciones obtenidas en un trabajo efectuado en el Hospital Nacional de Retalhuleu (1) donde se cuenta con casi igual tipo de pacientes por ser un lugar muy cercano fueron básicamente fetales, ya que más del 50% de indicaciones estuvieron dadas como Sufrimiento Fetal Agudo, Amnioitis, etc. (1); mientras que en otros estudios realizados (6) las indicaciones fueron en su mayor parte maternas, tomando como consecuencia de estas indicaciones el Sufrimiento Fetal y Otros antes mencionados.

En cuanto a los grupos etáreos se puede decir

que el más afectado sigue siendo el comprendido entre los 15 y los 25 años con casi 50% de casos en los estudios revisados, los cuales están de acuerdo en los trabajos (1), (3), (5). En cuanto a la paridad de las pacientes tanto Herrera Ortiz (1), como Cárdenas Castillo (3) están de acuerdo en que la incidencia casi es igual en multíparas que en primigestas, mientras que Van Praagh and Tovell (5) refieren que sólo una de cada seis cesáreas se efectuó en pacientes multíparas. En cuanto a la complicación en el estudio efectuado en el Hospital de Amatitlán (3) hubo una incidencia de Dehicencia de Herida Operatoria e Infección de 5.8%, Endometritis 3.33% siendo estos los únicos datos encontrados en la literatura consultada. En cuanto al estado de las membranas de las pacientes tanto en el estudio (1) como en el (3) coinciden en que la cantidad de pacientes con membranas rotas es alto, lo cual creo se repetirá en nuestro trabajo. También se ha demostrado en ambos trabajos (1) y (3) que el control prenatal a pesar de las mejoras y el impulso que se ha dado en los últimos años a los programas de atención Materno-Infantil no alcanza niveles adecuados de cobertura o bien pueda ser que exista un subregistro en las papeletas investigadas. Por último encontramos que la cesárea anterior se sigue practicando como norma a pesar de que hay estudio como el de García Luna (4) en el que se dictan una serie de parámetros los cuales nos pueden indicar en un momento dado si se puede o no dar trabajo de parto a una paciente con antecedente de cesárea anterior ya que en un medio como el nuestro donde las condiciones diagnósticas, tecnificación y métodos de tratamiento son escasos y poco sofisticados como expuse anteriormente no se puede efectuar un buen estudio de la paciente para intentar resolver un

embarazo por vía natural con el antecedente de cesárea anterior.

En base a lo anteriormente expuesto mi trabajo tiene por objeto establecer un parámetro propio del Hospital Nacional de Mazatenango para este tipo de problemas ya que hemos visto la diferencia de opiniones que existen.

OBJETIVOS

Para el presente trabajo de tesis me he propuesto los siguientes objetivos los cuales espero cubrir a cabalidad.

A. GENERALES

1. Establecer el grado de influencia que tiene la cesárea como acto quirúrgico en sí sobre la mortalidad y la morbilidad en la madre.

2. Establecer y conocer los métodos de atención materna del Hospital Nac. de Mazatenango para la futura madre con problema.

B. ESPECIFICOS

1. Determinar las técnicas usadas en el Hospiral Nacional de Mazatenango.

2. Conocer las indicaciones tenidas para efectuar las operaciones cesáreas.

3. Influencia de la relación edad materna - operación cesárea.

4. Conocer las complicaciones más frecuentes y su tratamiento.

5. Determinar si la operación cesárea se realiza más frecuentemente en pacientes primigestas

que en multíparas.

6. Determinar la indicación de cesárea más frecuente de casos revisados.

7. Establecer que tipo de anestesia fue el más utilizado.

HIPOTESIS

1.- Las indicaciones de cesáreas son iguales que las obtenidas en un estudio similar en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

2.- La operación cesárea tiene igual incidencia en madres multíparas, secundigestas y primigestas.

3.- La anestesia más usada en el Hospital Nac. de Mazatenango para este tipo de operación es la Raquídea.

4.- Todas las cesáreas efectuadas tuvieron complicación.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

Como material para el presente trabajo contaremos con las operaciones cesáreas efectuadas durante el año de 1979 en el Hospital Nacional de Mazatenango

METODO:

Se aplicará el método deductivo, mediante un estudio retrospectivo de las operaciones cesáreas efectuadas del mes de Enero al mes de Diciembre de 1979, con la debida aplicación del método científico.

Se revisarán los registros clínicos del período antes indicado y se tabularán los datos en una hoja formato elaborada para tal fin, con la que se procederá a formar los cuadros estadísticos correspondientes.

RECURSOS

HUMANOS:

- Personal del Archivo Estadístico del Hospital Nacional de Mazatenango.
- Médico Asesor.
- Médico Revisor.
- Colaboradores.

FISICOS:

- Registros clínicos de casos a revisarse.
- Papelería en general.
- Utiles de Escritorio.
- Bibliografía Anterior.

CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICION

La cesárea puede definirse como el parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero. Lo esencial de la intervención consiste en la incisión del útero (histerotomía); por lo tanto, no se refiere a la extracción del feto de la cavidad abdominal en casos de rotura de útero o de embarazo extrauterino. El origen del término con que se designa esta intervención es oscuro y se han propuesto tres explicaciones principales que son las siguientes:

1.- Según la leyenda Julio César nació de esta manera, por lo que este procedimiento vino a conocerse con la designación de operación cesárea . Sin embargo, son varias las circunstancias que restan fuerza a esta explicación. Primero, la madre de Julio César vivió durante muchos años después del nacimiento de éste, Y sin embargo incluso en el siglo XVIII la intervención era casi siempre fatal según los escritores más dignos de confianza de este período. Es por lo tanto improbable que la madre de Julio César sobreviviera a la intervención en el año 100 A. de C. Segundo, no menciona la operación ningún escritor médico antes de la Edad Media, ya se refiera a mujeres vivas ya a muertas.

2.- Se ha creído que el nombre de la operación cesárea deriva de una ley romana que se supone fue promulgada por Numa Pompilio (siglo VIII A. de C.) ordenando que se practicara a mujeres fallecidas durante las últimas semanas de embarazo con la esperanza de salvar al niño. Según esta explicación la ley llamada Lex Regia al principio, vino a llamarse Lex Cesarea en tiempo de los emperadores y la intervención propiamente dicha se conoció con el nombre de Caesarea.

La palabra alemana Kaiserschnitt refleja esta derivación. Han encontrado algunos escritos atribuidos a Numa Pompilio, pero que son considerados por los historiadores modernos como meras falsificaciones.

Si, no obstante, esta, intervención hubiera sido un requerimiento legal en la antiguedad, ciertamente la habrían mencionado los escritores médicos de este período, pero no fue así.

3.- La palabra cesárea con que se designa la intervención pudo derivar en algún momento de la Edad Media del verbo Latino caedere cortar. Es obvio que es afín a ella la palabra caesura que designa un corte o pausa en la línea de un verso. Esta explicación del término Caesarea parece más lógica, pero es incierta cuando se aplicó por primera vez para designar la intervención. Dado que sección deriva del verbo latino seco , que también significa cortar, el término sección cesárea parece tautológico.

HISTORIA

Desde tiempos antiguos los historiadores y poetas se han referido a personas nacidas prematuramen

te desde el vientre de su madre. Por ejemplo: Plinio refiere que Julio César nació de esta manera y que de ahí surgió el sobrenombre. Se creía que al nacer de esta manera se conferían poderes sobrenaturales.

Aunque dicho procedimiento no está relatado por los antiguos escritores médicos como Hipócrates, Galeno, etc. Incluso Sorano que abarcó todos los campos de la obstetricia no se refiere a ella.

Sin embargo no hay duda de que este procedimiento se realizó por primera vez a partir de que el cristianismo prevaleció con el objeto de bautizar al niño aunque esta narración, recibe una sacudida cuando se afirma que se conseguía obtener al niño vivo después de 8 a 24 horas después de muerta la madre.

El hecho que se cita más a menudo es el del castrador Alemás Jacob Nufes quien llevó a cabo esta intervención en su mujer en el año de 1500 logrando que sobreviviera, lo cual se considera un milagro, consiguiendo además que tuviera dos niños más normalmente. La cesárea se recomendó por primera vez in vivo en el célebre trabajo de Francois Rousset, que se basaba en cartas de amigos en las cuales se habían realizado 14 cesáreas con éxito; lo cual es difícil de aceptar, y además se especifica que seis de las cesáreas se realizaron en la misma mujer, hecho que rebasa la credulidad del más ingenuo.

Pero fue hasta en el siglo XVII en que el clásico obstetra Francois Mauriceau publicó, que sin lugar a dudas se había realizado una cesárea en vivo en casos raros y desesperados y que por lo general siempre fue

mortal. Esta espantosa mortalidad siguió hasta principios del siglo XX. El punto clave de la evolución de la cesárea fue en 1882 cuando Max Sanger y ayudante de Credé introdujo la sutura de la pared uterina, para lo cual basó sus ventajas en 17 casos publicados, los cuales se habían suturado con hijos de plata, teniendo 8 de las madres supervivencia. La hemorragia era el principal peligro y para superar este obstáculo se crearon varias técnicas: La primera la de Porro que combinaba la cesárea con la histerectomía subtotal con marsupialización del muñón.

En 1912 Kroning defiende la cesárea extraperitoneal la cual consistía en abrir el segmento inferior y cubrir después la incisión con peritoneo. Este autor practicaba una incisión a través del saco supravesical del peritoneo desde el ligamento redondo al otro y separaba el peritoneo y la vejiga del segmento uterino inferior y del cuello para cubrir el segmento uterino inferior con incisión media vertical y luego sacar al niño con forceps, se suturaba la herida y se enterraba bajo el peritoneo. En 1926 Kerr la modificó usando incisión transversal y actualmente es una de las más usadas.

El Doctor Eligio Baca cirujano guatemalteco, en Diciembre de 1871 hace la primera cesárea en Centro América. En 1905 el Doctor Juan J. Ortega ejecuta la primera cesárea corpórea en el Hospital General de Guatemala; el 12 de mayo de 1919 el Doctor Lizardo Estrada interviene la segunda cesárea, y reportada por el entonces interno Bachiller Guillermo Sánchez (Revista de la Juventud Médica 1919). En 1942 el Doctor Ricardo Alvarez Orantes introduce la Técnica de

cesárea extraperitoneal.

INDICACIONES DE CESAREA

Las indicaciones de cesárea han sido tema de discusión, según las diversas circunstancias que requieren dicha intervención, pueden ser absolutas, relativas y electivas y de urgencia. Algunos consideran que la indicación más frecuente es la distocia, y entre los casos de distocia más frecuente se encuentran las siguientes; como indicaciones absolutas:

. Desproporción Cefalopélvica.
. Estrechez Pélvica.
. Tumor en Canal del Parto.
. Placenta Previa Total Central.
. Situación Transversa.
. Cáncer del Cuello Uterino.
. Primípara Añosa con Feto en Podálica.
. Inminencia de Ruptura Uterina.
. Presentación Podálica con cesárea anterior
. Falta de Dialatación del Cuello.
. Fístula vesico vaginal o recto vaginal.

En otros trabajos he encontrado otro tipo de clasificación la cual es como sigue:

1.- Indicaciones Maternas:
Algunos Casos Eclampsia
Enfermedades Crónicas
Insuficiencia Cardíaca
Transtornos Mentales
Tumores Previos
Pelvis Estrecha

Pelvis Asimétrica
Pelvis Planas
Tumores Oseos
Problemas de Partes Blandas
Anomalías Congénitas
Cirugía Vaginal Previa (fístulas)
Ca. de Cérvix.

2.- Indicaciones Fetales:
Sufrimiento Fetal
Presentaciones Anómalas
- de hombro
- de cara
- de frente
- en posterior
Primigesta de Podálica
Gigantismo Fetal
Hidrocefalia
Embarazo Prolongado
Muerte Habitual del Feto Causa Desconocida

3.- Indicaciones Ovulares: (Del Huevo)
Embarazo Gemelar
Primer Feto en Transversa
Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta
Placenta Previa
- Total
- Algunos Casos de Parcial

4.- Anomalías Uterinas
- Utero Doble
Fibromatosis Uterina
Falta de Dilatación del Cuello

Inminencia de Ruptura Uterina
Anomalías de Contractura
Cesárea Anterior
Prolapso o Procidencia de Cordón

5.- Otras Indicaciones:

Enfermedades Agudas que Complican el embarazo o parto
Apendicitis, Glomerulonefritis, Ictericias Graves.
Reparación de Fístulas recto, vesico-Vaginales.

Para otros como por ejemplo los de Estados Unidos la indicación principal y a veces única para realizar la cesárea la constituye la presencia de una cicatriz por cesárea anterior y se fundan en que la cicatriz corre riesgo de romperse durante el parto; por esta causa efectúan más de la mitad de cesáreas.

A veces es necesario realizar una cesárea por una serie de indicaciones asociadas, ninguna de las cuales justificaría la intervención si se considera aisladamente. Por ejemplo, una paciente preeclámptica con estrechez moderada de la pelvis y con un feto cuya cabeza está sin encajar puede presentar disfunción uterina. Cuando se dan varias indicaciones Parciales puede haber mayor peligro en el parto por vía vaginal de modo que, a veces, al sumar estas fracciones , crean una indicación por el conjunto de ellas.

Volviendo a la cesárea anterior desde que Cragin en 1916 pronunció su famoso axioma una vez cesárea, siempre cesárea la conducta obstetra ante el

problema de la cesárea previa ha variado en forma considerable. En términos generales existen dos tendencias: una, la de repetir la cesárea, y la otra la de permitir previa valoración y selección del caso un parto.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia Número 2 del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, se llevó a cabo un estudio sobre el manejo de la paciente obstétrica con antecedente de una cesárea, atendidas en un lapso de un año, (1 julio 1976 30 junio 1977) en el cual ellos creen que el parto espontáneo puede permitir a pacientes que reúnan los siguientes requisitos:

1. Que sean atendidas por un obstetra calificado.
2. Que sean atendidas en un medio que cuente con todos los servicios necesarios.
3. Que no repita la indicación de la cesárea anterior.
4. La cesárea previa deberá ser segmentaria transversal.
5. Que tenga un trabajo de parto espontáneo, fisiológico y breve.
6. La presentación deberá ser cefálica, con una posición y variedad de posición favorables.
7. Que desarrollen un período expulsivo de corta duración.
8. De preferencia que exista un lapso mayor de dos años entre la primera cesárea y el embarazo subsiguiente.
9. Que no existan indicios de complicaciones o trastornos placentarios, o cualquier otra alteración que comprometa un excelente resultado final materno-fetal.

Actualmente la operación cesárea está siendo utilizada para disminuir el alto índice de morbilidad perinatal; es mejor la convicción de menos pero mejores niños y esto conduce a evitar cualquier riesgo innecesario.

INCIDENCIA: En una era médica anterior se juzgaba la eficacia de un servicio de obstetricia por el bajo número de cesáreas realizadas en él. Sin embargo y en la pasada década se ha producido un cambio considerable respecto a la validez de este criterio. No sólo la cesárea se ha hecho cada vez más inocua para la madre, sino que además el foco del pensamiento obstétrico se ha ido dirigiendo cada vez más hacia la supervivencia perinatal y evitar el trauma del niño durante el parto. Además la idea de que la cesárea convierte a una embarazada sana en una tullida obstétrica, en la actualidad se considera por muchos obstetras con un excepticismo cada vez mayor.

La incidencia de cesáreas varía según las clínicas, de acuerdo con el tipo de pacientes que atienden y al parecer del personal médico, en especial respecto a la repetición de las cesáreas. Según Chase la incidencia de la intervención en los Estados Unidos oscila entre el 4.2 y el 5.7% de los partos, además refiere - que debido a que con el aumento de la cesárea ha ido disminuyendo la tasa de mortalidad perinatal, si bien el aumento de los partos por vía abdominal no es la única causa de este ascenso, sin duda debe jugar un papel importante.

Por otra parte Schwarz, refiere que según la experiencia de ellos la incidencia de esta operación oscila en 5 y 6% refiriendo que toda estadística que sobrepase éstas cifras demuestra una indicación abusiva. - Además este tipo de operación tiene una incidencia cuatro veces mayor en clínicas privadas que en aquellas - de atención hospitalaria, considerando que los factores que hacen que esta operación se efectúe con más frecuencia son: a) la disminución de sus riesgos (antibióticos, banco de sangre, etc); b) la opinión de que asegura más la vida fetal; c) la más frecuente investigación prenatal de circunstancias clínicas que pueden resolverse con ella; d) la escasa habilidad de muchos obstetras en los procedimientos vaginales que exige un más largo y lento aprendizaje; e) La ausencia de supervisión de médicos experimentados. Según este autor tomando en cuenta la parturidad las mujeres cesarizadas son en un 45% nulíparas y en un 20% multíparas.

TECNICAS DE CESAREA

CESAREA SEGMENTARIA.

Casi siempre la intervención de elección es la - que incide en el segmento inferior uterino, haciendo incisión transversa, 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 menor hemorragia y es más - fácil de cerrar que la incisión clásica, y
5.- La probabilidad de que la cicatriz se rompa en un embarazo posterior es menor que con la incisión clásica.

TECNICA OPERATORIA: Una vez evacuada la vejiga con una sonda intravesical se coloca a la paciente en posición supina o en trendelemburg ligero. Se ha de hacer una incisión abdominal de 12 a 15 cm. de longitud, que se extienda desde por encima del pubis hasta inmediatamente debajo del ombligo. Se desplazan hacia afuera los bordes de la incisión abdominal con separadores apropiados, quedando así expuesta la porción inferior del útero. Se coge el peritoneo laxo con una pinza 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 existencia entre los ligamentos redondos. Una vez hecho esto, se separan por disección roma el peritoneo y la parte superoposterior 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 longitudinal. La incisión del primer tipo se llama a menudo Técnica de Kerr y la última Técnica de Kroning. En cualquiera de los casos hay que tener cuidado de seccionar por completo la pared uterina sin lesionar al feto. Una vez hecha la incisión inicial con bisturí, se completa por lo general con una tijera de punta roma, o, en el caso de la incisión transversal, algunas veces se practica disección roma con los dedos. En la mayoría de los casos es preferible la incisión transversal, ya que para realizarla se requiere separar mucho 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 transversa ha de ser semilunar con la concavidad hacia arriba, procurando que sus extremos queden orientados hacia arriba a unos 3 cm. de las arterias uterinas. Observando estas por recomendaciones, se evitará la propagación de la incisión a las arterias, lo cual constituye el peligro principal de la incisión transversa.

Si la incisión transversa se extiende y lesiona la arteria uterina, es posible casi siempre ligar el vaso con prontitud y cohibir así la hemorragia sin necesidad de recurrir a la histerectomía.

La extracción de la cabeza fetal del segmento inferior uterino plantea a veces problemas considerables para el principiante, pero con un poco de experiencia llega a realizarse sin dificultad.

Con frecuencia se facilita la operación sacando la cabeza de la pelvis antes de hacer la incisión en el segmento uterino inferior.

Si se practica la incisión vertical, hay que introducir una mano entre el pubis y la cabeza y rotar ésta hacia adelante; se retira entonces la mano, y, en la mayoría de los casos, en que se emplea esta incisión, se extrae la cabeza con fórceps.

Si se hace incisión transversa, la extracción de la cabeza fetal no plantea problema alguno o lo plantea muy pequeño. Se introduce una mano entre la sínfisis y la cabeza y se rota la cabeza ligeramente hacia atrás. Una tracción simple hacia arriba basta para despren-

der la cabeza por extensión. Existen, por supuesto, otros muchos métodos satisfactorios de desprender la cabeza, si la cabeza está muy profunda en el canal del parto, puede resultar muy ventajoso que un ayudante provisto de un guante estéril la desplace hacia arriba empujando a través de la vagina.

Es similar el cierre de ambos tipos de incisión realizados en el segmento inferior. Después de desprender y extraer la placenta, se pinzan los bordes de la incisión del miometrio con unas pinzas orales, de anillos, en T, u otros instrumentos. Las pinzas han de hacer presa firme en los tejidos sin lesionarlos. Se comienza a cerrar por un extremo de la incisión utilizando una sutura continua. En algunas clínicas se cierran ambos planos con sutura continua. En materia de suturas que se emplean por lo general es catgut crómico del número 0 ó número 1.

Muchos obstetras prefieren realizar esta sutura en el miometrio sin que quede incorporada la decidua. Sin embargo, es discutible que este detalle técnico posea gran importancia para la curación eventual de la cicatriz. Un segundo plano de sutura comprende estratos más superficiales del miometrio. Una vez cerrado el segmento inferior del útero se atrae hacia arriba el colgajo vesical y se sutura al colgajo superior del peritoneo visceral mediante sutura continua, por lo general con catgut crómico No. 00.

Los estudios histerográficos realizados por Poidevin y en fechas recientes por Waniorek sugieren que las suturas continuas, el número excesivo de puntos, así como la inclusión de la decidua resultan desfavorables para la curación de la cicatriz. Sin embargo -

Schioler y colaboradores en un extenso estudio concluyen diciendo que la histerografía realizada a los 2 y 5 meses del post-parto no sirvió para predecir la integridad definitiva de la cicatriz uterina.

CESAREA CLASICA

Ha sido superada amplia y correctamente por la cesárea en el segmento inferior pero tiene valor en circunstancias especiales:

1.- Casos en que por existir adherencias densas debidas a cesáreas previas el acceso al segmento inferior resulta difícil o se observa una adherencia estrecha entre el segmento inferior del útero y la vejiga urinaria por lo que se pueden provocar hemorragias intensas y lesiones vesicales.

2.- Casos en que por estar el feto en transversa, su extracción a través de la incisión transversa a menos que el feto sea pequeño puede ser muy difícil y dar lugar algunas veces a la prolongación hacia abajo o hacia arriba con lo que la herida se desgarra en T .

3.- Prolapso del cordón.

4.- Casos de placenta previa anterior, para disminuir la hemorragia.

La incisión es vertical de 15 a 20 cms. en la línea media de la pared anterior y en la porción contractil del cuerpo uterino.

VENTAJAS:

1.- Es la intervención quirúrgica más sencilla.
2.- El acceso operatorio y la extracción fetal son más rápidos.
3.- Puede hacerse bajo anestesia local por infiltración.

DESVENTAJAS:

1.- El sangrado de la gruesa y vascularizada pared uterina es abundante.
2.- No se logra buena peritonización de la herida uterina y las adherencias intestinales en la cicatriz uterina pueden dar lugar a obstrucción intestinal.
3.- La cicatrización del miometrio es defectuosa.
4.- Es común la formación de fístulas que dan paso del fluído purulento de la cavidad uterina al peritoneo.
5.- La cicatriz es 5 veces más frágil que la segmentaria.
6.- La dehicencia de la cicatriz uterina en embarazos subsiguientes sucede en 1 a 2% de los casos.

CESAREA ACOMPAÑADA DE HISTERECTOMIA

Se da en caso de miomas y en multíparas con infección intensa, por ejemplo: hace poco tiempo se publicó que cuarenta y cinco de las ochenta y cinco muertes por sepsis puerperal registradas en series, insidieron en mujer en las cuales se había practicado cesárea. En algunos casos se usa como medio para prevenir el cáncer, aunque el índice de mortalidad es igual aún en manos de cirujanos expertos como medio de esterilización actualmente es discutible, ya que actualmente tiene más éxito el Pomeroy.

Aunque en estudios realizados refieren que de 800 mujeres a las cuales se les practicó el pomeroy, - 50 de ellas presentaron a los tres años y medio una enfermedad ginecológica que la llevó a la histerectomía y fue alta la incidencia de carcinoma cervical, encontrando nueve cánceres pre-invasivos y seis invasivos.

COMPLICACIONES

Las más frecuentes de estas están dadas por dehicencia de herida operatoria, infección de la herida, endometritis, bronconeumonía las cuales se han encontrado con índices bajos en estudios realizados en otros hospitales del país, si tomamos en cuenta el estado en que llegan a la consulta las pacientes en el área rural, con un mal estado nutricional, sin control prenatal previo y muchas veces con el parto complicado por excesivo manipuleo de personal empírico es loable la labor del médico obstetra en el área departamental en donde se carece de medios óptimos de tratamiento.

En cuanto a la mortalidad aún en manos competentes es del 0.2% o menos y en algunos casos se presenta series de 1,000 sin ninguna muerte. Davis en 1952 casos obtuvo únicamente 0.1% y los dos fallecimientos a causa de embolia pulmonar. Entre las 3285 cesáreas de repetición electivas sin complicación no hubo un solo caso de muerte; entre 242 casos de muerte, 48 fueron debido a la anestesia la cual en algunos casos es más peligrosa que la propia intervención. Las cesáreas por indicación cubren más casos de mortali-

dad debido a las complicaciones en tanto que las electivas deberían ser similares a las de un parto normal.

CESAREA POST MORTEM

Según la revisión realizada por Dekruif, Rockwood y Baker en 1957 durante los últimos 250 años en la literatura mundial, hay 113 casos de cesárea por este procedimiento en las cuales se ha tenido éxito. Cluod añadió 10 casos más. Si bien el pronóstico de estos niños no es muy prometedor, los cuatro casos seguidos por Weil y Graber y por Cloud parecen normales. Se han registrado casos realizados con éxito en los cuales la intervención se efectuó, incluso 20 minutos ha sido de 2 a 10 minutos.

PRESENTACION DE RESULTADOS, DATOS ESTADISTICOS Y COMENTARIOS

A continuación se detallarán los datos estadísticos que revistieron mayor importancia en el estudio y revisión de operaciones cesáreas efectuadas durante el año de 1979.

Se presentarán los cuadros con los datos estadísticos seguidos del análisis y comentario propio de cada cuadro.

El número de Cesáreas efectuadas en total fue de 109 haciendo constar que 26 de ellas: tenían el registro equivocado, no tenían anotaciones adecuadas o estaban extraviadas, por tal razón fueron descartadas, - por lo que el estudio se basó en 83 casos que contaban con papelerías completas.

CUADRO No. 1

CESAREAS EN RELACION A PARTOS

	Pacientes	%
Total de Partos	2576	100.00
Total de Cesáreas Efectuadas	109	4.23
Total de Cesáreas Revisadas	83	3.22

En el cuadro arriba anotado podemos darnos cuenta de que nuestros índices de pacientes operadas se encuentran entre los límites tomados como normales los

cuales son para los Estados Unidos entre 4.2 y 5.7% y para Latino América se han situado entre 5.0 y 6.0%, refiriendo que toda estadística que sobrepase estas cifras demuestra una indicación abusiva. Lo cual nos demuestra que se ha tenido buen juicio en los casos operados y no se han efectuado cesáreas innecesariamente.

CUADRO No. 2

EDAD MATERNA

AÑOS	PACIENTES	%
13	1	1.20
15 - 19	20	24.09
20 - 24	30	36.14
25 - 29	14	16.86
30 - 34	7	8.43
35 - 40	7	8.43
40 y más	4	4.85
TOTAL	83	100.00

Más del 50% estaba comprendido entre los 15 a los 24 años y un 30% entre los 30 a 40 años. Posteriormente se reflejará la influencia de edad materna elevada, lo cual demuestra que ese 30% sí establece cierta incidencia significativa.

CUADRO No. 3

No. DE GESTAS

	PACIENTES	%
Primigestas	31	37.34
Secundigestas	19	22.81
Multípara	33	39.85
TOTAL	83	100.00

Nos damos cuenta que la incidencia entre madres multíparas y primigestas es casi igual sobrepasando - en un pequeño porcentaje las primeras a las segundas. Ahora, si tomamos los dos grupos juntos veremos que conforman más del 70% de casos revisados.

CUADRO No. 4

ESTADO DE MEMBRANAS AL INGRESO

	PACIENTES	%
Membranas Rotas	37	44.57
Membranas Enteras	45	54.23
No hay datos	1	1.20
TOTAL	83	100.00

Como se puede observar el índice de pacientes - con membranas rotas al ingreso es significativo lo cual como podremos ver más adelante influirá en las complicaciones tenidas en el post operatorio inmediato y mediato.

CUADRO No. 5

CONTROL PRENATAL

	PACIENTES	%
Si Control	6	7.23
No Control	77	92.77
TOTAL	83	100.00

En este caso se puede mencionar una relación altamente significativa, puesto que más del 90% de pacientes no llevaron ningún tipo de control prenatal. Es de considerar que muchas de las pacientes son de residencia rural, pienso que con un control prenatal adecuado los índices de operación podrían ser más bajos.

CUADRO No. 6

INDICACIONES DE CESAREA

	PACIENTES	%
Situación Transversa	16	19.27
Desproporción Céfalo-Pélvica	13	15.66
Primigestas en Podálica	12	14.45
Cesárea Anterior	11	13.25
Inminencia de Ruptura Uterina	9	10.84
Estrechez Pélvica	9	10.84
Placenta Previa Total	6	7.22
Prolapso de Cordón	3	3.66
Sufrimiento Fetal Agudo	2	2.40
Distocia de Cuello	2	2.40
TOTAL	83	100.00

Es importante observar que más del 50% de indicaciones de cesáreas fueron absolutas, lo cual tiene relación directa en el bajo índice de cesáreas efectuadas en nuestro estudio. Es de hacer mención que los 13 casos de Desproporción Céfalo-Pélvica fueron comprobados radiológicamente así como los de Estrechez Pélvica. Sale a colación que un 44.57% de pacientes ingresaron con membranas rotas lo cual puede tener relación causa-efecto en los 14 casos que comprenden: Inminencia de Ruptura Uterina, Sufrimiento Fetal Agudo y Prolapso de Cordón.

CUADRO No. 7

TECNICAS UTILIZADAS

	PACIENTES	%
Clásica o Corpórea	9	10.84
Segmentaria Trans-Peritoneal	74	89.16
TOTAL	83	100.00

En estudios realizados en otros hospitales el índice de cesáreas segmentarias en relación a cesáreas oscila alrededor del 90%, en nuestra revisión obtuvimos un 89.16% y un 10.84% para clásicas o corpóreas lo cual considero que no es un índice alto si tomamos en cuenta que tuvimos 25 casos (Situación Transversa, - Placenta Previa Total y Prolapso de Cordón) que pudieron considerarse en un momento dado como indicaciones de cesárea clásica o corpórea. En el siguiente cuadro podemos observar el número de cesáreas en - una misma paciente.

CUADRO No. 8

No. DE CESAREAS

	PACIENTES	%
Primera Cesárea	69	83.15
Segunda Cesárea	12	14.45
Tercera Cesárea	2	2.40
TOTAL	83	100.00

CUADRO No. 9

CESAREAS MAS POMEROY

	PACIENTES	%
Se efectuó Pomeroy	27	32.52
No se efectuó Pomeroy	56	67.48
TOTAL	83	100.00

Se observa que el No. de Pomeroy efectuados es significativo.

CUADRO No. 10

COMPLICACIONES

	PACIENTES	%
Infección de Herida Operatoria	19	22.89
Dehicencia de Herida	2	2.40
Ninguna complicación	62	74.71
TOTAL	83	100.00

Resalta nuevamente el alto porcentaje de pacientes con membranas rotas al ingreso (44.57%), a lo cual debemos agregar el frecuente y excesivo manipuleo - por personas empíricas lo que repercute en un alto índice de Infección y Dehicencia de Herida los que sumados nos dan un 25.29%.

CUADRO No. 11

TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES

	PACIENTES	%
Penicilina Procaina	10	47.61
Penicilina Cristalina + P. Procaina	4	18.10
Penicilina + Cloranfenicol	6	28.57
Penicilina + Kanamicina	1	4.52
TOTAL	21	100.00

El cuadro anterior nos demuestra que el uso de la penicilina, y esta combinada con el cloranfenicol si

gue siendo efectivo. En el caso de la Kanamicina se comprobó por cultivo que el germen era sensible a este medicamento.

CUADRO No. 12

TIPO DE ANESTESIA

	PACIENTES	%
Bloqueo Raquídeo	56	67.46
Bloqueo Epidural	1	1.20
Anestesia General	26	31.34
TOTAL	83	100.00

Observamos en el cuadro anterior que el uso de anestesia raquídea y General sobrepasa en gran número al epidural, estamos concientes que esta última es la más indicada para este tipo de cirugía pero por falta de equipo adecuado y personal especializado no se ha podido estandarizar su uso.

CUADRO No. 13

DIAS DE ESTANCIA

No. DIAS	PACIENTES	%
Menos de 4	7	8.40
5 a 9	49	59.01
10 a 14	18	21.75
Más de 15	9	10.84
TOTAL	83	100.00

Observamos que casi el 60% de pacientes tienen una estancia que oscila entre los 5 y los 9 días lo cual es un buen índice ya que se ha establecido que el promedio de días-estancia para pacientes operados está situado alrededor de los 8 días. El otro renglón alto de 21.75% está dado y tiene relación directa con nuestro alto índice de complicación (infección).

CUADRO No. 14

MORTALIDAD MATERNA

	PACIENTES	%
Egresaron Vivas	83	100.00
Egresaron Muertas	00	------
TOTAL	83	100.00

Se aprecia en este último cuadro que nuestra mortalidad en el estudio realizado es del 0.0%. Lo cual es satisfactorio.

CONCLUSIONES

1. Existe un manejo deficiente de los registros clínicos ya que el número de papeletas descartadas por diversas causas fue de 26 lo que corresponde a un 23.85% del total de casos, lo cual es un porcentaje significativo.

2. Durante el año de 1979 se atendieron 2576 partos, de los cuales 109 fueron por operación cesárea lo que nos arroja un índice de operaciones en relación a total de partos de 4.23% el cual se encuentra entre los límites tomados como normales para los Estados Unidos y para Latinoamérica.

3. El grupo etáreo más afectado sigue siendo el comprendido entre los 15 a los 24 años en el cual se efectuaron más del 50% de cesáreas, seguido del grupo de los 30 a los 40 en el que se registró un 30% de casos revisados.

4. En nuestro estudio la incidencia de madres primigestas arrojó un porcentaje de 37.34%, para segundigestas fue de 22.81% y para multíparas fue de 39.85%, lo cual descarta la segunda hipótesis.

5. El elevado número de madres con membranas rotas al ingreso influyó en un buen número de indicaciones de cesárea y en gran parte tiene relación causa-efecto con el alto índice de infección

obtenido.

6. La falta de control prenatal influyó determinantemente en las indicaciones tenidas para efectuar la cesárea ya que de los casos revisados solo un 7.23% tuvo control prenatal, quedando un 92.77% sin el mismo.

7. El mayor porcentaje de indicaciones de Cesárea fueron Maternas y Absolutas lo cual tiene relación directa en el bajo índice de operaciones obtenidas. Y nos descarta la primera hipótesis ya que en el estudio realizado en Hosp. Nac. de Retalhuleu la mayor parte de cesáreas (+ de 50%) fueron por indicaciones fetales.

8. De los 83 casos revisados 21 tuvieron alguna complicación con un porcentaje de 25.29% el cual se considera elevado. Aunque es de considerar el alto número de pacientes con membranas rotas al ingreso. Esto nos descarta también la cuarta hipótesis en la cual se afirma que todas las cesáreas tuvieron complicación.

9.- El tipo de anestesia más usado en el Hospital Nacional de Mazatenango para este tipo de cirugía fue el bloqueo Raquídeo, el cual ha dado buenos resultados para este tipo de pacientes. Esto nos confirma la tercera hipótesis en la que se afirma que el tipo de anestesia más usado es la raquídea.

10. Finalmente concluimos que este estudio en líneas generales arrojó resultados satisfactorios, considerando que el Hospital Nac. de Mazatenango no está lo suficientemente equipado con medios diagnósticos ni de tratamiento.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda equipar adecuadamente los hospitales Departamentales en particular el Hospital Nacional de Mazatenango en material de todo tipo, tanto de diagnóstico como de tratamiento, ya que el área de influencia del mismo es bastante extensa. Asimismo el adecuado método de conservación de papelería de archivos, y el mejor adiestramiento de personal (comadronas) que muchas veces brinda la primera y única atención a las madres embarazadas.

2. Mejorar el seguimiento de los pacientes educando a la población por los distintos medios de comunicación sobre la importancia del control prenatal programado.

3. Estas recomendaciones están obligados a cumplirse si se tiene en cuenta el grave atraso de salud que en nuestro país existe y las repercusiones político-socio-económicos que esto conlleva y que repercute en las personas que se encuentran rodeadas e inmersas en un medio social injusto e inhumano, y que llevadas a cabo por manos preparadas y con buena intención conducirán a mejores índices de salud en nuestra Guatemala.

BIBLIOGRAFIA

1. Herrera Ortiz, Rudy
Morbimortalidad en Recién Nacidos productos de Cesárea en el Hospital Nacional de Retalhuleu . (Revisión de 59 casos). Trabajo de tesis. Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1979.

2. De León, Heberto H. y Colaboradores.
Cesáreas Grupo 3 Consideraciones Generales de Cesáreas. Trabajo monográfico publicado en Quetzaltenango. 1978.

3. Cárdenas Castillo, Eva Alicia.
Distocias Obstétricas en Hosp. Nac. de Amatitlán .
Trabajo de Tesis. Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1979.

4. García Luna, Antonio M. et al
Manejo de la Paciente Obstétrica con Antecedente de una Cesárea
Ginec. Obstet. Méx. 45 (269): 223 - 242 Marzo - 1979.

5. Van Praagh, I.G. and Tovell, H.N.M.
Primary Cesarean Section in the Multipara
Obstet. Ginec. 32:813, 1978.

6. Hellman M. Louis y Pritchard, A.J.
Williams Obstetricia Salvat Editores S.A. Barcelona, Madrid. 1973. pp 723-805.

7. Gómez García, Fco. Javier, et al
Inserción Baja de Placenta Ginec. Obstet. Méx. 39 (234): 257-261 Abril 1976.

8. Aguirre, F. Operación Cesárea . Ginec. - Obstet. Méx. 23:281, 1968.

9. Chase, H.C.
Perinatal and Infant Mortality in the United States and Six West European Countries Amer. J. Public Health 57:1735, 1967.

10. Schwarcz, Ricardo, et al
Obstetricia . El Ateneo, Pedro García S.A. - Buenos Aires. 1977 pp. 557-641.

11. Poidevin, L.O.S.
Cesarean Section Scars Springfield, Ill., - Charles C. Thomas, 1965.

12. Waniorek, A.
Hysterography after Cesarean Section For Evaluation Of Suture Technic .
Obstet. Ginec. 29:192, 1967.

13. Schioler, H., Eiken M., Ovlisen, B. and Trolle, D.
Hysterographic Changes Following Transverse - Lower Segment Cesarean Section Acta Radiol.- (Diagnostic) (Stockholm) 6:145, 1967.

14. Davis, M.E.
Complete Cesarean Hysterectomy: a Logical Advance in Modern Obstetric Surgery . Amer. J. Obstet. Ginec 62:838, 1951.

15. DeKruif, H. Rockwood, P.M., and Baker, N.H.
Post-Mortem Cesarean Section With Survival of Infant
JAMA 163:938, 1957.

16. Weil, A.M. and Graber, V.R.
The Management of the Near-Term Pregnant - Patient Who Dies Underlivered .
Amer. J. Obstet. Gynec. 73:554, 1957.

17. Cloud, I.G.
Cearean Section on the Dead and Moribund
Obstet. Gynec. 16:27, 1960.

Br. JOSE ARTURO MONROY ARGUETA

Asesor.
R. JULIO DAVID LAM CIFUENTES

Dr.
Revisor.
DR. RICARDO DE LEON REGIL

Director de Fase III
R. HECTOR ALFREDO NUILA E.

Dr.
Secretario
DR. RAUL A. CASTILLO R

Dr.
Decano.
DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO