

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"C E S A R E A   C O R P O R E A"**

(Estudio retrospectivo de los años  
1978-1979, en la maternidad del  
Hospital Roosevelt).

**OSCAR FEDERICO PEREZ QUINTANILLA**

22 AGO 1980

GUATEMALA, JUNIO DE 1980

# PLAN DE TESIS

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- ANTECEDENTES
- 3.- OBJETIVOS
- 4.- HIPOTESIS
- 5.- MATERIAL Y METODOS
- 6.- CONSIDERACIONES GENERALES
  - A) Definición
  - B) Historia
  - C) Indicaciones
  - D) Desventajas
  - E) Complicaciones
  - F) Pronóstico
  - G) Técnica Operatoria
  - H) Esterilización Quirúrgica
- 7.- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- 8.- CONCLUSIONES
- 9.- RECOMENDACIONES
- 10.- BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

El presente trabajo sobre Cesárea corporea, es un estudio retrospectivo de dos años (1978-1979). En el cual se hace una revisión de 70 fichas clínicas de las pacientes a quienes se les fué efectuado Cesárea Corporea en el departamento de maternidad de Hospital Roosevelt de Guatemala.

Teniendo como objetivo primordial dar a conocer, las causas mas frecuentes por las cuales la Cesárea Corporea tuvo su indicación absoluta; ya que como es sabido actualmente por el estudiante de medicina como por el profesional, este tipo de Cesárea a perdido cierto valor dentro de la cirugía obstétrica; pues la cesárea segmentaria la ha desplazado quedando la primera limitada a ciertas indicaciones muy especiales como lo son: malas condiciones del segmento, situación transversa, cesárea previa, varicosidades etc.

Además se hace un análisis concienzudo de los datos más importantes en el manejo de toda madre embarazada tanto en su período prenatal como post-natal; ya que en embarazos subsiguientes, en el segmento alto, la cicatriz esta mas propensa a que se rompa. Por lo que se considera importante que a toda múltipara con cesárea previa que se le efectúe cesárea corporea se le ligen las trompas.

Consideramos además que nuestro trabajo refleja una serie de factores sobre el recién nacido, así como APGAR y PESO, que en un porcentaje alto estan en límites normales.

Pretendemos con este trabajo dejar un estudio para todos los médicos y estudiantes interesados en este tipo de problemas y así familiarizarnos más con el tema.

## ANTECEDENTES

La operación cesárea quizás sea la más antigua de las operaciones que ha sufrido modificaciones técnicas a través de su evolución, alguno de ellos tan importantes que lograron que el acto quirúrgico fuese más sencillo, menos complicado y sobre todo con menos riesgos para la madre y el producto. En nuestros días gracias a los recursos hospitalarios modernos y a la mayor preparación técnica y el equipo médico y paramédico, factores que en conjunto han provocado la disminución en la morbi-mortalidad del producto y la madre.

La cesárea clásica o corporea pese a su facilidad ha disminuído su frecuencia, su indicación esta sujeta a casos especiales.

Existen hasta la fecha innumerables trabajos sobre cesárea en general entre los cuales podemos citar el trabajo del doctor Mario Aníbal Huertas en 1961 (9) quien hace una revisión retrospectiva de los años de cesárea corporea en el Hospital Roosevelt, logrando determinar las indicaciones y contraindicaciones a la fecha.

Sin embargo en la actualidad las indicaciones han quedado reducidas a pesar de su facilidad aquellas situaciones en las cuales hay un mal estado de segmento o dificultad para abordarlo en el caso de cáncer de cervix, dicha facilidad para efectuarse no se compara con los peligros que acarrea, como sería que su cicatriz sea 5 veces más frágil. (6). El trabajo del doctor Hilmar René Colina Castellanos (4).

Estudio y análisis del manejo de pacientes en examen de cesárea anterior practicada en Hospitales departamentales de la República de Guatemala en el año de 1977.

Trabajo que reviste mucha importancia que como es sabido

la técnica de cesárea corporea es sumamente fácil (8-14). Podría ser un procedimiento rutinario en hospitales departamentales los datos obtenidos en dichos estudios nombrando lo siguiente: El 50o/o eran pacientes de 21 a 30 años, el 100o/o de casos fué resuelto con cesárea siendo el 92o/o cesárea segmentaria y uno de cada 3 pacientes tenía cesárea corporea. Ese mismo año 1977 el doctor José Acevedo Salinas presenta su trabajo de tesis "Consideraciones sobre la cesárea en un hospital departamental en 1977". Sacando conclusiones:

1. La cesárea es el procedimiento más inocuo cuando sí está indicado el procedimiento. El 92o/o de los pacientes estaban comprendidos entre las edades de 15 a 35 años. La indicación de mayor incidencia para la operación fué desproporción cefalopélvica en un 40o/o y la técnica de mayor aceptación fue la segmentaria transperitoneal en un 80o/o no habiéndose encontrado más trabajo acerca de cesárea corporea, en la literatura guatemalteca únicamente una serie de estudios sobre el pronóstico materno fetal por la extracción natural del producto de la concepción (2) estudios que revelan diversidad de datos dependiendo de las indicaciones del procedimiento quirúrgico. Por los que se considera importante establecer con un nuevo trabajo o investigación la incidencia las indicaciones de cesárea corporea en el hospital Roosevelt.

## OBJETIVOS

- 1.- Determinar la incidencia y las indicaciones de la cesárea corporea en la maternidad del Hospital Roosevelt en el período de tiempo comprendido de 1978-1979.
- 2.- Determinar las complicaciones observadas en pacientes quienes se le efectuó cesárea corporea.
- 3.- Establecer las variables tales como: edad, lugar de nacimiento, ocupación que determinen la incidencia de cesárea corporea.
- 4.- Establecer nuevas indicaciones o eliminar algunas dependiendo de recientes investigaciones bibliográficas.
- 5.- Proporcionar al médico guatemalteco la realidad de la cesárea corporea en nuestro medio.

## **HIPOTESIS**

- 1.- Cada día la incidencia de Cesárea Corporea aumenta por aumentar sus indicaciones.
- 2.- La Cesárea Corporea presenta menos complicaciones que otras cesáreas.

## MATERIAL Y METODOS

### MATERIAL

En este estudio se tomará como material, cada ficha a estudiar de Cesárea Corporea en los años comprendidos de 1978 a 1979 en el Hospital Roosevelt.

### METODOS

El sistema a emplear en este trabajo, para el mejor planteamiento se tomará en cuenta, el método inductivo y deductivo, este estudio se llevará a cabo en la Maternidad del Hospital Roosevelt; y constará de un análisis retrospectivo con revisión de papeletas o fichas clínicas sobre Cesárea Corporea, en los años comprendidos de 1978 a 1979, llevando como guía una ficha de recolección de datos para el mejor estudio y tabulación de los mismos que comprenden los siguientes parámetros:

- a) Fecha de consulta
- b) Registro médico
- c) Edad
- d) Ocupación
- e) Lugar de nacimiento
- f) Hijos vivos, control prenatal
- g) Antecedentes obstétricos
- h) Presentación, pelvimetría
- i) Indicaciones y complicaciones
- j) Anestesia, tratamiento profiláctico
- k) Datos del recién nacido.

## CONSIDERACIONES GENERALES

### A) DEFINICION:

#### OPERACION CESAREA:

Definición: Es la operación mediante la cual se extrae el feto del útero, por una incisión que se hace en las paredes abdominal y uterina. (12)

#### CESAREA CLASICA:

Definición: Es una incisión longitudinal en el segmento superior, (6) (4) esta operación es rápida y sencilla, pero es una operación abdominal en lugar de pélvica. (6)

La incisión para la sección clásica es paramediana un tercio arriba del ombligo, hasta dos tercios abajo (8) es fácil de ejecutar, pero la incisión por arriba del segmento, sangra más y cura menos que la relativa y avascular pared uterina baja. Consecuentemente el segmento, alto, la cicatriz esta más propensa a que se rompa en subsiguientes embarazos; también es algunas veces más oportuno realizar esta operación que la del segmento bajo, es usada con poca frecuencia y primeramente para procedimientos electivos en el que la mujer no volverá a quedar embarazada. (13) (12)

### B) HISTORIA:

Es talvez una de las operaciones más antiguas de la obstetricia, ya que la mitología nos enseña que Apolo incidió el vientre de la infiel Coronis ya en la hoguera, y así nació el padre de la Medicina Esculapio.

Según Plinio cesárea procede del latín COEDERE que

significa cortar, César, significa según el nacido mediante el corte y por ese Julio César señalaba con su nombre como había nacido.

La extracción del feto gracias a la incisión abdominal en la mujer moribunda o recién muerta estaba prescrita a los romanos en la ley regia de Numa Pompilio, 700 años A. de C. (12)

La evolución sufrida por la cesárea abdominal ha sido muy arriesgada, pudiendo estabilizarse apenas en la segunda mitad del siglo XIX como consecuencia de dos procesos extraordinarios: 1.- La asepsia quirúrgica y obstétrica. 2.- El perfeccionamiento de la técnica para suturar el útero. (12)

Además algunos autores se refieren que la operación cesárea puede dividirse en cinco períodos; el primero abarca desde los tiempos más remotos hasta el siglo XVI; el segundo desde el año 1500 hasta 1876, el tercero comienza con la amputación del cuerpo uterino (operación de Porro), el cuarto se extiende desde 1882 hasta 1907 y el quinto comienza en 1907 cuando Frank ideó la técnica extraperitoneal.

Así posteriormente, la introducción de la incisión sobre el segmento inferior en reemplazo de la incisión uterina corporal, hecha hasta entonces significó un nuevo progreso e inició una nueva era para la operación. A este adelanto están vinculados los nombres de Stoltz, Franck, Sellheim y Doderlein. (8)

### C) INDICACIONES:

Aunque la cesárea clásica ha sido superada amplia y correctamente por la cesárea en el segmento inferior sigue teniendo un valor en circunstancias especiales tales como:

- 1.- En los 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 útero y la vejiga de la orina. (6) (12) (14)

- 2.- En ciertos casos de cesárea previa anterior. (12)
- 3.- En los casos en que por estar el feto en situación transversa o dificultad para extraerlo en cualquier otra presentación. (6) (12) (14)
- 4.- Cáncer cervical o tumores a nivel del segmento. (6)
- 5.- En pacientes enfermos cuando la rapidez es importante. (6)
- 6.- Después o seguido a una prueba fallida de fórceps (el segmento bajo tiende a ser muy edematoso y friable y la cabeza fetal dificulta la extracción desde la pelvis).

### D) DESVENTAJAS:

La operación cesárea, siendo contranatural, inferioriza a la mujer tanto desde el punto de vista psíquico como anatómico.

Deja en el útero una cicatriz no siempre de buena calidad, susceptible de romperse en una gestación posterior y conduce en muchos casos a la esterilidad secundaria.

En efecto, la cesárea segmentaria proporciona una mayor seguridad ya que en comparación del 40/o de rupturas uterinas de la cesárea clásica, sólo se observa un 0.280/o en las segmentarias. (8)

### E) COMPLICACIONES:

Sobre esto se puede mencionar que las complicaciones

vienen siendo las mismas que las de toda cesárea de las cuales mencionaremos:

Inmediatas: Hemorragias y heridas de la vejiga.

Mediatas: Peritonitis, infecciones venosas, oclusión intestinal.

Tardías: adherencias, fístulas, eventraciones, disyunción de la cicatriz en un embarazo o parte posterior.

#### F) PRONOSTICO:

Materno: produce un 0.4o/o de mortalidad; las causas de muerte son: complicaciones anestésicas, toxemia, peritonitis, hemorragia, shock. (8) (14)

Morbilidad: 15o/o

#### G) TECNICA OPERATORIA:

Se efectúa una incisión abdominal media de 12 a 15 centímetros de longitud. 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.

Es conveniente evitar que se riegue el líquido amniótico y la sangre dentro de la cavidad peritoneal, ya que de esta manera se facilita una convalecencia más feliz.

Ayuda a mantener el campo operatorio seco, la colocación de toallas alrededor de la incisión uterina y la aspiración del líquido amniótico a través de un orificio realizado en la bolsa de las aguas. 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. (Fig. 42 11) y

después se prolonga la incisión hasta alcanzar una longitud de unos 10 centímetros (Fig. 42-12). Se rompen las membranas y se introduce una o ambas manos a través de la incisión uterina a fin de hacer presa de uno o ambos pies del niño y efectuar la extracción (Fig. 42-13). Se aplica dos pinzas de presión al cordón, se corta éste entre ellas y entonces se pasa el niño a un ayudante. Si la placenta está localizada debajo de la incisión tiene que separarse ésta tanto como sea posible, o al menos seccionarla con rapidez para que sea mínima la hemorragia fetal. Por lo general, poco después de la extracción del niño, el útero se contrae y disminuye mucho la hemorragia materna, para asegurar la contracción rápida del útero hay que administrar 0.2 miligramos de Ergotamina por vía intramuscular, o mejor 10 u. de oxitocina en infusión intravenosa, inmediatamente después de haberse extraído al niño.

Terminada la extracción, si sobreviene la hemorragia excesiva o si se sospecha alguna enfermedad de los órganos pelvianos, puede exteriorizarse el útero, a través de la herida abdominal para inspeccionarlo. Al mismo tiempo pueden examinarse los anejos. Si todavía quedan restos de placenta y de membranas unidos al útero, esto tienen que extraerse con rapidez y por completo. (Fig. 42-14).

Aún cuando la intervención se realice antes de comenzar el parto, casi nunca es necesario dilatar el cuello, ya que éste es lo bastante amplio para permitir un drenaje libre.

Después se cierra la herida uterina de forma tal que los labios de la misma se ajusten entre si total y completamente y la hemorragia quede controlada del todo. Un método satisfactorio es el consistente en practicar una sutura continua con catgut crómico (No. 0 ó No. 1) que une la mitad interna del espesor de los labios de la herida y después otra sutura continua con catgut crómico que comprenda la mitad externa y por último otra sutura continua que abarque el peritoneo y el miometrio

superficial inmediatamente subyacente (Fig. 42-15). Hay que quitar la sangre de la cavidad abdominal y cerrar la herida por planos.

## H) ESTERILIZACION QUIRURGICA

La esterilización quirúrgica se practica con motivo de cesáreas anteriores, cardiopatías, hipertensión maligna, tuberculosis evolutiva, nefritis crónica, histeropexias o fístulas genitales. (12) (14)

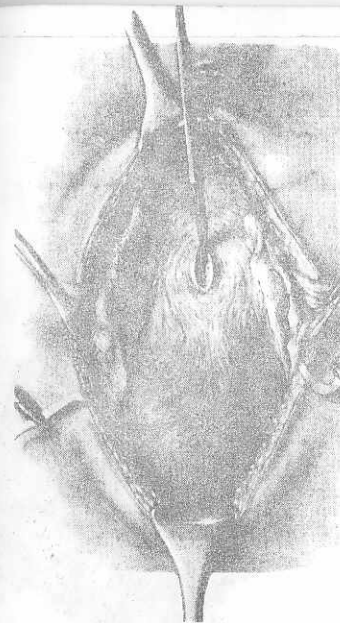


Fig. 42-11. Cesárea clásica (el ombligo arriba y la sínfisis del pubis abajo). Se inicia la incisión en el útero con bisturí.

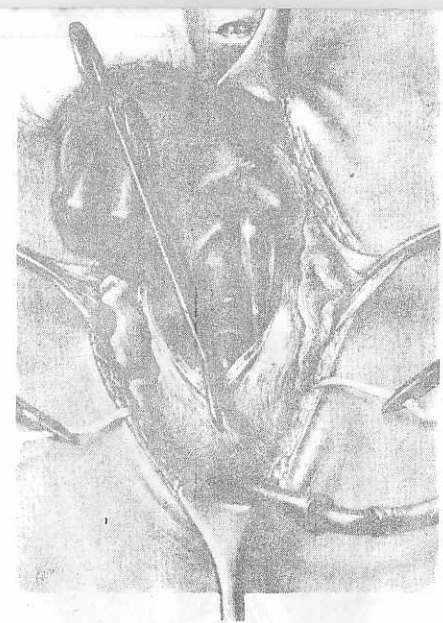


Fig. 42-12. Cesárea clásica. La incisión uterina se amplía con tijeras.

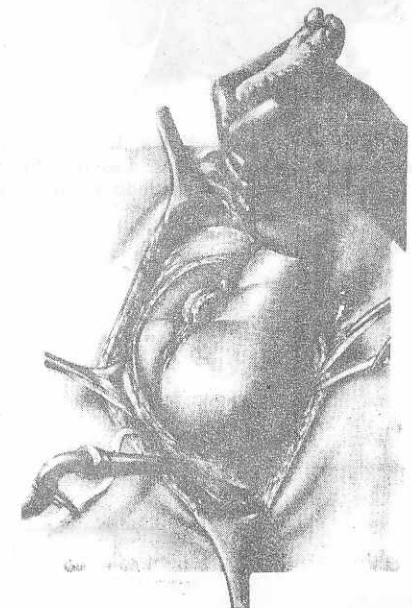


Fig. 42-13. Cesárea clásica. Extracción del feto después de la versión. La pantorrilla de la pierna del feto puede cogerse con una talla mejor que con la mano enguantada a fin de asegurar mejor la tracción

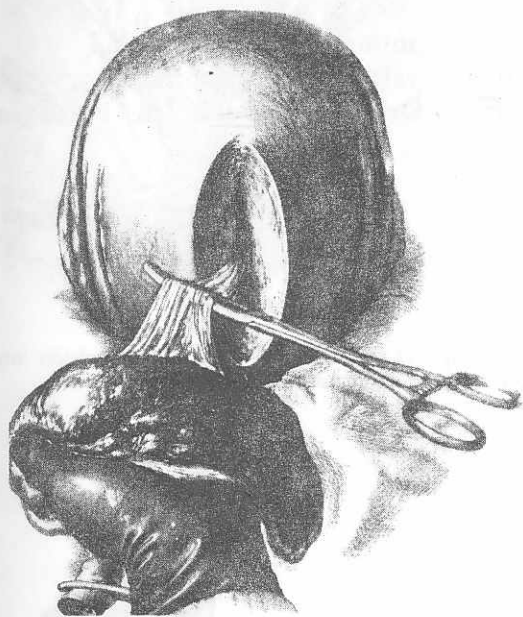


Fig. 42-14. Cesárea clásica. Extracción de la placenta y de las membranas. Las membranas tienen que extraerse con cuidado y por completo.

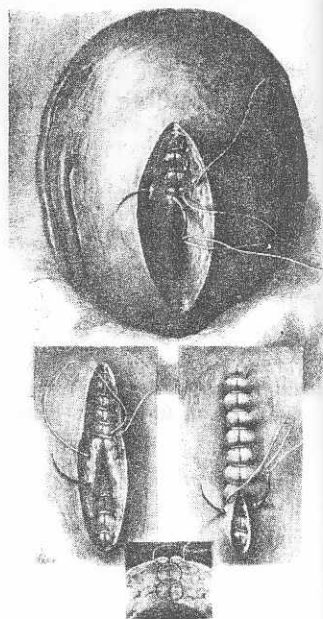


Fig. 42-15. Cesárea clásica. Cierre del tercer plano.

## RESULTADOS

De la revisión efectuada se obtuvieron 70 casos clínicos de Cesárea Corporea, los cuales fueron revisados y analizados obteniéndose los siguientes resultados:

### CUADRO No. 1

#### EDAD DE LAS PACIENTES

EDAD	No. DE PACIENTES	o/o
15-20	5	7.15
21-25	22	31.43
26-30	19	27.14
31-35	10	14.28
36-40	12	17.14
40 y más	2	2.86
TOTAL	70	100.00

El mayor número de Cesáreas Corporeas fué efectuado en pacientes comprendidos en la tercera década que corresponde a un 58.57o/o = 41 casos

CUADRO No. 2

## ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES

ESTADO CIVIL	CASOS	o/o
Unidas	56	80.00
Casadas	7	10.00
Solteras	5	7.14
Divorciadas	2	2.86
TOTAL	70	100.00

En un alto porcentaje la mujer que asiste a este centro vive maritalmente unido a su cónyuge. Se encontró este en una frecuencia del 80o/o.

CUADRO No. 3

## GRUPO ETNICO A QUE PERTENECEN

GRUPO ETNICO	CASOS	o/o
Ladino	63	90.00
Indígena	7	10.00
TOTAL	70	100.00

La mayoría de pacientes en el 90o/o predominó ser del grupo ladino.

CUADRO No. 4

En el siguiente cuadro se tomó el lugar de nacimiento, para hacer una comparación entre el área, ya sea rural o urbana que más le fue efectuada Cesárea Corporea.

LUGAR DE NACIMIENTO	CASOS	o/o
Urbano	36	51.43
Rural	34	48.57
TOTAL	70	100.00

El tipo de pacientes al cual se le proporciona atención médica es indistintamente residente y/o de origen rural y urbana no encontrando gran diferencia entre uno y otro.

CUADRO No. 5

## PARIDAD DE LA PACIENTE

	CASOS	o/o
Primigesta	4	5.71
Secundigesta	9	12.85
* Multípara	52	74.28
** Gran Multípara	5	7.16
TOTAL	70	100.00

\* de 3 a 5 partos

\*\* de más de 6 partos

La mayoría de pacientes que se les efectuó Cesárea Corporea fueron multípara que tenía de 3 a 5 partos.

CUADRO No. 6

## PACIENTES QUE TUVIERON O NO CONTROL PRENATAL

CONTROL PRENATAL	CASOS	o/o
Si	30	42.85
No	40	57.15
TOTAL	70	100.00

Con respecto al cuadro anterior no se pudo tomar en cuenta el lugar donde se llevó a cabo el control prenatal ya que en las fichas clínicas no aparecía, sin embargo en un 42.85o/o tuvieron prenatal en cualquier centro de Salud y un pequeño porcentaje en este hospital.

CUADRO No. 7

## EDAD DE EMBARAZO PRE-CESAREA

SEMANAS	CASOS	o/o
30-35	9	12.85
36-40	54	77.15
41 y más	7	10.00
TOTAL	70	100.00

La edad de embarazo de estas pacientes se tomó por última regla, pues por altura uterina es muy subjetivo, dependiendo del que la haya tomado. Así pues, se puede notar que la mayoría de pacientes estaban comprendidas entre la 36 y 40 semana de embarazo correspondiente a un 77.15o/o lo que nos indica que en un alto porcentaje se efectuó en embarazo a término.

CUADRO No. 8

RUPTURA DE MEMBRANAS	CASOS	o/o
Esponánea	62	88.57
Artificial	8	11.43
TOTAL	70	100.00

Dentro del 88.57o/o de ruptura de membranas espontáneas un 11.43o/o o sea 8 casos fueron ruptura prematura de membranas.

CUADRO No. 9

## PRESENTACION DEL FETO IN-UTERO

PRESENTACION	CASOS	o/o
1.- O.I.I.A.	12	16.67
2.- O.I.I.T.	11	15.28
3.- O.I.D.A.	3	4.17
4.- O.I.D.T.	4	5.55
5.- CEFALICA	13	18.05
6.- S.I.I.T.	6	8.34
7.- PODALICA	1	1.39
8.- A.I.I.D.A.	8	11.11
9.- A.I.D.D.A.	10	13.89
10.- A.I.D.D.P.	4	5.55
TOTAL	72	100.00

En el cuadro anterior se presentan 72 casos ya que dos tuvieron gemelares, a pesar que la situación transversa fué en un porcentaje de casos indicación de cesárea corporea, la presentación cefálica predominó encontrando en este estudio un 59.72o/o correspondiendo a 43 casos. En segundo término la situación transversa encontrando 22 casos = 30.55o/o

CUADRO No. 10

PELVIMETRIA	CASOS	o/o
Si	22	31.43
No	48	68.57
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.00</b>

En el presente cuadro se encontraron un total de 22 casos (31.43o/o) que se les tomo pelvimetría y 48 casos (68.57o/o) no se les tomo.

CUADRO No. 11

#### INDICACIONES POR LA CUAL SE LLEVO A CABO LA CESAREA CORPOREA

INDICACION	No.	o/o
Mala técnica a nivel del segmento	55	78.57
Cesárea previa (de 1 a 4)	10	14.29
Situación Transversa	2	2.85
Puerperio complicado más Procubito de Cordón	1	1.43
Primigesta añosa en Podalica	1	1.43
Obito Fetal más preclancia	1	1.43
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.00</b>

En el cuadro anterior de los 70 casos revisados el número de indicaciones por cada paciente eran más de dos pero para un mejor estudio y entendimiento del lector se tomó la indicación más importante por separado, teniendo que en un 78.57o/o la indicación fue malas técnicas a nivel del segmento y un 14.29o/o fue por cesárea previa que fueron las que predominaron.

CUADRO No. 12

#### COMPLICACIONES POST-CESAREA

COMPLICACIONES	CASOS	o/o
Ninguna	53	75.71
Infecciones de la herida operatoria	6	8.57
Endometritis Post-Parto	5	7.14
Ileo Paralítico más Fiebre	4	5.72
Endometritis más infección de la herida operatoria	1	1.43
Bronconeumonia	1	1.43
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.00</b>

En el presente cuadro un total de 53 casos no tuvieron complicaciones que corresponde a un 75.71o/o. Pero 17 casos (24.29o/o) si la tuvieron, las cuales arriba se mencionan. La complicación más frecuente fué infección de la herida operatoria en un 8.57o/o, le siguió endometritis post-parto 7.14o/o e ileo paralítico más fiebre en un 5.72o/o.

CUADRO No. 13

## CLASE DE ANESTESIA QUE SE USO

ANESTESIA	CASOS	o/o
General	43	61.44
Epidural	24	34.28
Mixta	3	4.28
TOTAL	70	100.00

Los medicamentos que se usaron en la anestesia general fueron: FHENTOTAL, KETALAR, FENTANIL, TALAMONAL, en un 61.44o/o.

En la Epidural se uso Xilocaina en un 34.28o/o

En la Mixta se uso ambas en un 4.28o/o

CUADRO No. 14

## TRATAMIENTO USADO EN PACIENTES QUE SE LES EFECTUO CESAREA CORPOREA

MEDICAMENTOS	CASOS	o/o
Ninguna	8	11.43
Penicilina	31	44.29
Penicilina más Cloranfenicol	25	35.72
Penicilina, Cloranfenicol, Gentamicina	3	4.29
Penicilina más Ampicilina	2	2.85
Eritromicina	1	1.42
TOTAL	70	100.00

CUADRO No. 15

	CASOS	o/o
Cesárea Corporea	15	21.43
C.C. más Pomeroy	47	67.14
C.C. más Histerectomia	2	2.86
C.S.C.	3	4.28
C.S.C. más Pomeroy	3	4.29
TOTAL	70	100.00

En el presente cuadro podemos notar que a 15 casos no se le efectuó Pomeroy que prácticamente corresponde a las primigestas y secundigestas. El resto eran Multíparas o grandes multíparas con Cesárea Previa.

A las que se les efectuó Cesárea Segmento Coporea (C.S.C.), fue por dificultad de extracción del feto o por rasgadura del útero.

CUADRO No. 16

## DIAS DE ESTANCIA EN SU POST-OPERATORIO

DIAS	CASOS	o/o
Menos de 3 días	4	5.72
De 3 a 5	49	70.00
Más de 5	17	24.28
TOTAL	70	100.00

La mayoría de pacientes, que fue en un 70o/o no estuvieron más de 5 días, pero los 17 casos que corresponden a un 24.28o/o son los que se complicaron por lo que estuvieron más de 5 días.

CUADRO No. 17

PESOS EN LIBRAS	CASOS	o/o
Menos de 3	0	0
De 3 a 4	3	4.23
De 4 a 6	29	40.85
Más de 6	39	54.92
TOTAL	71	100.00

En el cuadros anteriores aparece un total de 71 casos, ya que dos madres tuvieron gemelares, pero uno de los recién nacidos murió al nacer y sus datos no aparecieron en la papeleta por lo que hacen el total antes mencionado.

CUADRO No. 18

## APGAR DEL RECIEN NACIDO

APGAR	CASOS	o/o
Menos de 7	18	25.35
Más de 7	53	74.65
TOTAL	71	100.00

La mayoría de recién nacidos presentaron un Apgar de 8 al minuto y 10 a los 5 minutos, que corresponde a un 74.65o/o.

## CONCLUSIONES

- 1.- El mayor número de Cesáreas Corporeas fue efectuada en pacientes comprendidos de los 21 a los 30 años de edad que corresponde a un 58.57o/o.
- 2.- De la serie de casos estudiados (No. 70), tomados en cuenta: Estado Civil, Grupo Etnico y lugar de nacimiento se pudo notar que, en predominio 56 casos eran unidos; 63 casos eran ladinos y un total de 36 casos eran de origen urbano.
- 3.- Tomando en cuenta la Paridad de la paciente de los 70 casos que se les efectuó Cesárea Corporea, el 74.28o/o correspondió a pacientes multíparas (de dos a cinco partos)
- 4.- Las indicaciones por las cuales se llevó a cabo la Cesárea Corporea, tenemos que: 78.57o/o fueron por malas técnicas a nivel del segmento, un 14.29o/o por Césarea previa y un 2.85o/o por situación transversa.
- 5.- Un 31.43o/o de los pacientes se les tomó pelvimetría y a un 68.57o/o no.
- 6.- En el Post-Operatorio un total de 53 casos = 75.71o/o no tuvo complicación alguna, pero de los 17 restantes si la tuvieron de las cuales la infección de herida y endometritis fue la más frecuente en un total de 12 casos que corresponde a un 17.14o/o.
- 7.- La anestesia más usada fue la general, en un 61.44o/o le sigue la epidural en un 34.28o/o y mixta en un 4.28o/o.
- 8.- De los 70 casos de Cesárea Corporea un total de 62 casos

se le dió tratamiento, de los mismos 70 pacientes un 44.29o/o fue tratado con penicilinas, el resto tuvo tratamiento combinado de antibióticos, los cuales se mencionan en el Cuadro No. 14.

- 9.- La mayoría de recién nacidos presentaron un APGAR de 8 al minuto y 10 a los cinco que corresponde a un total de 53 casos (74.65o/o), o sea que nacieron en buenas condiciones.
- 10.- La Cesárea Corporea está más limitada a ciertas indicaciones, más que la segmentaria.

## RECOMENDACIONES:

- 1.- Llevar en una forma más ordenada y completa las fichas clínicas de la Maternidad del Hospital Roosevelt para una mejor recopilación de datos.
- 2.- Efectuar una mejor evaluación a las gestantes que consultan la emergencia de Maternidad.
- 3.- Ser más explícito al poner la indicación por la cual se le efectuó a la paciente la Cesárea Corporea, al documentarla.
- 4.- Se recomienda que a toda paciente se le efectuó la operación Cesárea que le lleva a un buen control prenatal para próximos embarazos.
- 5.- Efectuar ligadura de trompas a toda madre multípara que tenga más de dos cesáreas previas y se le efectue una corporea. Sin embargo siempre deberá individualizarse cada caso.


## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alfaro G. Mario  
Segunda Cesárea su indicación y su influencia sobre la madre y el producto,  
1976  
Tesis, USAC
- 2.- Aguja R. Guillermo  
Pronóstico materno fetal, post-extracción vía contranatural  
1976  
Tesis, USAC
- 3.- Acevedo José  
Consideraciones sobre la Cesárea en un hospital departamental  
1977  
Tesis, USAC.
- 4.- Danforth David  
Obstetrics and Gynecology  
Tercera Edición, New York  
(961-700), 1977
- 5.- Fream William  
Notes on Obstetrics  
Edinburgh Churchill, Livigstone  
(100-103), 1977
- 6.- Garrey Mathew M.  
Obstetrics Illustrated  
Segunda Edición, Edimburgo  
(482-484), 1974.

- 7.- Greenbill J. P.  
Obstetrics  
Onceava Edición, Philadelphia W. B.  
1955.
- 8.- Hillman Louis M.  
Obstetricia de William  
Catorceava Edición, Barcelona  
(1016-1019), 1973
- 9.- Huertas Mario  
Cesárea Corporea, estudio retrospectivo de 10 años en el  
Hospital Roosevelt.  
1969  
Tesis, USAC
- 10.- MacDonald R. Robert  
Scientific Basic Of Obstetrics and Gynecology  
segunda edición, Edinburg, Churchill, Livigstone  
1978.
- 11.- Morrague Bernat J.  
Clinica Obstetrica  
Octava Edición  
(607-609), 1960
- 12.- Nicholson J. Eastman  
Obstetricia de Willian  
Tercera Edición  
(1102-1109), 1960
- 13.- Paul Titus J.  
The Managemeret of Obstetrics Difficulthes  
Quinta Edición  
(530), 1955

- 14.- Schwarcz S. Duverges  
Obstetricia  
Tercera Edición  
Cap. 29, 1970

Br.

  
Oscar Federico Pérez


  
Asesor.

Mario Alfaro

Dr.

  
Revisor.

Dr. Benedicto Vázquez

  
Director de Fase III

Héctor Nuila

Dr.

  
Secretario

Dr. Raúl Castillo

Dr.

  
Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo

Bo.