

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CESAREA, UN ENFOQUE CRITICO"

JAIME AGUSTIN RODRIGUEZ CARCAMO

Guatemala, Septiembre de 1980.

OCT. 1980

INDICE

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III HIPOTESIS
- IV MATERIAL Y METODOLOGIA
- V CONSIDERACIONES GENERALES
- VI INDICACIONES
- VII ANALISIS DE LAS INDICACIONES
- VIII PRESENTACION DE RESULTADOS
- IX ANALISIS DE CASOS SEGUN CRITERIO QUIRURGICO
- X CONCLUSIONES
- XI RECOMENDACIONES
- XII ANEXO CUADRO DE DIAMETRO PELVICO PROMEDIO
- XIII BIBLIOGRAFIA.

I INTRODUCCION

CESAREA UN ENFOQUE CRITICO

Al realizar el presente trabajo, he tenido el propósito de hacer un análisis crítico de -- las cesareas efectuadas en el Hospital Nacional de Chiquimula durante el período comprendido en -- tre el 10. de Enero y el 31 de Diciembre de -- 1979; con la intención de evaluar el criterio -- quirúrgico que se tuvo en cuenta para decidir -- ésta conducta en las pacientes intervenidas, -- así como la indicación para efectuar tal proce-
dimiento.

En el estudio se incluyeron 77 casos de pa-
cientes ingresadas en el Departamento de Gineco-
logía y Obstetricia del Hospital Nacional de Chi-
quimula durante el año de 1979. He excluído del
estudio a las pacientes sujetas al regimen de Se-
guridad Social.

Para el desarrollo del trabajo tomé en cuenta
los parámetros que detallo a continuación:

- 1) Edad de las pacientes.
- 2) Promedio de días de hospitalización.
- 3) Antecedentes obstetricios que comprenden:
 - a) Número de gestaciones.
 - b) Número de partos.

- c) Número de abortos.
- d) Número de cesareas previas.
- 4) Tipo de anestesia.
- 5) Tipo de operación planeada.
- 6) Tipo de operación efectuada.
- 7) Antecedente de control prenatal.
- 8) Complicaciones postoperatorias.
- 9) Morbilidad materna.
- 10) Mortalidad materna.
- 11) Total de nacimientos.
- 12) Productos nacidos vivos.
- 13) Productos nacidos muertos.
- 14) Sexo del producto.
- 15) Edad gestacional del producto. (prematuro o a término).
- 16) Elección del momento para efectuar la cesarea (electiva o de emergencia).
- 17) Indicación de la cesarea estudiada de la siguiente manera:
 - A) Indicación de origen materno.

- B) Indicación de origen fetal.
- C) Indicación de origen anexial.

18) Criterio quirúrgico.

Es mi intención que los resultados de este trabajo nos sirvan para hacer una mejor - evaluación de las pacientes embarazadas, - evitando así abusar de la cesarea en la solución de problema obstetricos que no son indicación precisa para dicha operación.

II OBJETIVOS

Objetivos Generales:

- 1) Realizar un estudio crítico de las indicaciones de cesarea en el Hospital Nacional de Chiquimula, durante el año 1979.
- 2) Evaluar el criterio quirúrgico que privó en la decisión de realizar la cesarea.
- 3) Realizar un trabajo de investigación que cumpla con los requisitos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos.
- 4) Conocer la frecuencia de cesareas efectuadas durante el año 1979. en el Hospital Nacional de Chiquimula.

Objetivos Afectivos:

- 1) Hacer conciencia de la importancia que tiene el control prenatal en la prevención de eventuales problemas obstétricos.
- 2) Favorecer mediante el control prenatal, el diagnóstico precoz de embarazo de riesgo elevado.

III HIPOTESIS

"EN EL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA
NO SE ABUSA DE LA CESAREA"

IV MATERIAL Y METODOLOGIA

Material:

El objeto del presente estudio es ~~hacer~~ un enfoque crítico de las indicaciones de de cesarea que se tomaron en cuenta al de cidir tal conducta en las pacientes que - ingresaron al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Modular de Chi quimula durante el año 1979.

Para llevar a término el trabajo se contó con los recursos que enumero a continuación:

Recursos Humanos:

- 1) Personal Médico y Paramédico del Hospital Modular de Chiquimula.
- 2) Personal del Departamento de Archivo, Registro y Estadística del Hospital Modular de Chiquimula.
- 3) Personal del Departamento de Rayos "X" del Hospital Modular de Chiquimula.

Recursos Materiales:

- 1) Libro de Registro de pacientes de Sala de Operaciones.
- 2) Fichas de Registro de Archivo

- 3) Historias clínicas de las pacientes intervenidas.
- 4) Libro de Registro del Departamento de Rayos "X".
- 5) Placas de Pelvimetría.
- 6) Libro de Ingreso y Egreso del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital - Modular de Chiquimula.

Metodología:

Se revisó el libro de Ingreso y Egreso del Departamento de Ginecología y Obstetricia para obtener el total de nacimientos durante el año 1979; se buscó en el libro de registro de pacientes de Sala de Operaciones, los nombres de las pacientes intervenidas - por Cesarea durante el mismo año, luego se buscó en las fichas de archivo, el número - de historia clínica de cada paciente, procediéndose luego a revisar cada una de las historias. Las pacientes que habían sido sometidas a estudio radiológico (Pelvimetría), - se buscaron en el libro de registro de pacientes del Departamento de Rayos "X", estudiándose cada pelvimetría por el método de Colcher Sussman, para obtener el diámetro pélvico promedio.

V CONSIDERACIONES GENERALES

La Cesarea, sus orígenes y su historia:

Origen de la cesarea: La extracción del producto de la concepción por cesarea, - se ha venido practicando desde épocas remotas; se han encontrado referencias de dicha práctica en manuscritos de las culturas China, Egipto, Hebreo y Fenicia. En la antigüedad el procedimiento se limitaba a los casos de muerte materna con feto vivo.

Durante el Imperio Romano, en tiempo del Emperador Numa Pompilio, el uso de la cesarea se reguló mediante la LEX REGIA, llamada más tarde LEX CAESAREA, que se aplicaba a los casos de muerte materna - en las últimas etapas de la gestación, - con la esperanza de salvar el feto.

La historia del uso de la cesarea se puede dividir para su estudio en cinco períodos:

- PRIMER PERIODO: Abarca desde épocas muy remotas hasta los inicios del siglo XVI, se limitaba a los casos de muerte materna con la intención de salvar el producto.
- SEGUNDO PERIODO: Comprende desde el año 1500 hasta 1876, según el tratado de

Francois Roussel (1581), se describen varios casos de intervenciones en mujeres vivas pero al parecer se refieren a gestaciones - extrauterinas avanzadas. La primera cesarea auténtica se atribuye a Trautmann (1610). Durante este período sólo se hacía la incisión de la pared uterina, se extraía el feto y no se hacía sutura del útero. La mayoría de las mujeres así operadas morían de - hemorragia o infección. Lebas (1769), fue el primero que suturó el útero, pero éste - método no se generalizó hasta que Sanger en 1882 publicó el artículo que marcó el inicio de una nueva época.

- TERCER PERIODO: Principió en 1876 cuando Porro aconsejó la amputación del cuerpo del - útero y la sutura del muñón cervical al ángulo superior de la herida del abdomen.
- CUARTO PERIODO: Comenzó en 1882 con la descripción precisa de la sutura de la incisión uterina hecha por Sanger.
- QUINTO PERIODO: Se inició en 1907 cuando Frank en Colonia describió una técnica que consistía en hacer una incisión transversa en la pared abdominal por arriba de la sínfisis del pubis, despegar el peritoneo de la cara posterior de la vejiga y de la cara anterior del útero a nivel del segmento y - extraer el feto con fórceps. Esta técnica fue bien acogida, y modificada ligeramente

por Lasko, Sellhein y otros, mejoró el pronóstico de la operada. Kroning, mejoró la técnica extraperitoneal mediante peritonización de la incisión del segmento inferior del útero.

Antes de la era de la asepsia y de la antisepsia, la cesarea tenia pronóstico mortal, con la conquista de la asepsia, se mejoró mucho dicho pronóstico. Hasta las primeras décadas del presente siglo, el riesgo que la cesarea llevaba implícito limitaba mucho sus indicaciones, la única indicación válida era la obstrucción del canal del parto por estrechez pélvica, tumor o atresia de partes blandas. Con el inicio de la era de los antibióticos se levantaron muchas restricciones, aumentando así las indicaciones a algunos casos de placenta previa, situaciones transversas, toxemias refractarias a tratamiento médico y procidencias de cordón; eliminándose así maniobras obstétricas arriesgadas y brutales.

Frecuencia:

El empleo de la cesarea como solución de problemas obstétricos se ve condicionado por los siguientes factores:

- 1) Disminución de los riesgos (antibióticos, bancos de sangre, etc.).

- 2) La opinion de muchos obstetras, que asegura más la vida del feto.
- 3) La más frecuente investigación prenatal de circunstancias clínicas que pueden resolverse por ella.
- 4) La escasa habilidad de algunos obstetras en los procedimientos vaginales que exigen un más largo y lento entrenamiento.
- 5) La ausencia de supervisión de médicos -- experimentados.

La frecuencia aceptable de la cesarea oscila entre 3 y 7% en relación al total de nacimiento.

Frente al objetivo de obtener a la madre y al feto vivos, debe tenerse en cuenta que la morbilidad materno fetal de la cesarea es muy superior a la del parto por vía natural.

VI INDICACIONES

1) Indicaciones de origen materno:

- a) Distocias de canal óseo:
Desproporción feto pélvica y estrechez pélvica comprobada si es posible radiológicamente, y malformaciones óseas, ya sean congénitas o adquiridas.
- b) Alteraciones de la actividad uterina que no responden a medicación por oxitócicos.
- c) Cicatrices uterinas por cesarea anterior o miomectomía.
- d) Distocias de canal blando: Distocia --cervical, hipoplasia vaginal con fondos de saco estrechos, fístulas rectovaginales o vésicovaginales, colpoperineorrafias.
- e) Tumores previos.
- f) Enfermedades maternas asociada: Pacientes con antecedentes cardiacos, enfermedades pulmonares crónicas, conducción fallida después de 12 horas o prolongación del trabajo de parto por más de 12 horas, toxemia refractaria a tratamiento médico.
- h) Malformaciones uterinas.

2) Indicaciones de origen fetal:

- a) Presentaciones o situaciones viciosas.
- b) Embarazo gemelar con primer feto en transversa o peligro de engatillamiento de gemelos y monstruos dobles.
- c) Exceso de volumen fetal: tumores sacrocóigeos, macrosomía fetal.
- d) Riesgo fetal: Sufrimiento fetal grave, antecedentes obstétricos desfavorables.

e) Muerte materna con feto vivo.

3) Indicaciones de origen anexial:

- a) Placenta: Placenta previa central total o parcial de tipo oclusivo, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con feto vivo.
- b) Cordón: Prolapso de cordón.
- c) Membrana: Rotura prematura de membranas con feto vivo a término después de fallar la inducción del parto.

VII ANALISIS DE LAS INDICACIONES

Distocias de canal óseo:

- 1) Estrechez pélvica infranqueable: Con frecuencia se hace difícil valorar con exactitud la viabilidad de la pelvis, por lo que se debe de comprobar de ser posible - por pelvimetría radiológica. En caso de pelvis límite se puede dar prueba de encajamiento, tomando en cuenta el volumen del feto y su presentación, si fracasara el intento de parto por vía natural se debe efectuar cesarea.
- 2) Malformaciones óseas: Toda malformación ósea de la pelvis, ya sea congénita o adquirida cambia la forma de la pelvis, sus diámetros y su simetría, haciendo imposible el paso de feto.

Tumores Previos:

El embarazo puede ocasionalmente complicarse con tumores ováricos o uterinos que -- pueden dar lugar a graves distocias, entre ellos están:

- 1) Tumores Pélvicos: El carcinoma de cuello asociado a embarazo es más frecuente en -- grandes multiparas y entre los 25 y 30 -- años de edad, y en el caso de cáncer invasor la cesarea ampliada a histerectomía -- es el método de elección.

- 2) Miomatosis: La presencia de miomas asociada al embarazo tiene importancia obstétrica por las siguientes razones:

- a) Pueden disminuir las posibilidades de concepción.
- b) Incrementan las posibilidades de -- aborto.
- c) Bajo la influencia del embarazo pueden aumentar rápidamente de tamaño.
- d) Si están situados en el segmento inferior o en el cuello, pueden originar graves distocias.
- e) Favorecen las presentaciones anormales.
- f) Interfieren en la eficacia de las -- contracciones uterinas.
- g) Pueden sufrir cambios degenerativos en el embarazo o en el puerperio.

La cesarea se encuentra indicada antes del inicio del parto, ampliándose a histerectomía según las circunstancias.

- 3) Tumores anexiales: Los más comunes son de tipo luteínico del ovario, los cistodermomas y los quistes dermoides; su presencia durante el embarazo puede causar

graves distocias, obligando a terminar - el embarazo por vía alta.

Distocia de partes blandas:

Rigidez de cuello o distocia cervical: Se puede originar por procesos inflamatorios, proliferación de tejido fibroso del cervix y por procedimiento quirúrgico del cuello, en tales casos la anomalía significa un obstáculo para la dilatación cervical, siendo imperativa la cesarea.

Placenta:

- 1) Placenta Previa: Complicación más frecuente en multíparas, se desconoce su etiología. La mortalidad materna fetal es alta. El tratamiento puede ser obstétrico o quirúrgico. En el primer caso su finalidad primordial es la detención de la hemorragia. Los métodos más usados son la rotura de membranas y la perforación de la placenta (método de Puzos). En el caso de elección quirúrgica, la cesarea lleva una doble finalidad, persigue detener la hemorragia por medio de la contracción uterina y evitar laceraciones y desgarros cervicales y del segmento inferior. A la vez permite aumentar las posibilidades de supervivencia del feto. La cesarea está indicada en las variedades oclusivas y en

la mayoría de las centrales no oclusivas o parciales en las que a pesar de la rotura de membranas, el trabajo de parto - se interrumpe o no para la hemorragia. En los casos de finura extrema del segmento o si se descubren fracciones acretas, se debe efectuar histerectomía.

- 2) Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera: Es un accidente catastrófico para la madre y el feto, la causa más frecuente es la toxemia gravídica, aunque se puede presentar por traumatismos externos, oscilaciones bruscas de la presión arterial y por endometritis. En la mayoría de los casos la cesarea se justifica en la salvaguardia de los intereses de la madre y del feto y su indicación es más perentoria en el caso de feto vivo y viable.

Rotura uterina y cicatrices uterinas:

La rotura uterina se puede clasificar de la siguiente manera:

- a) Cicatriz uterina por cesarea previa: Cuanto más alta sea la insición mayor será el peligro de ruptura durante el parto. No se justifica practicar la cesarea en forma sistemática basándose en ésta indicación.
- b) Cicatriz operatoria por miomectomía: La elección del procedimiento quirúrgico ha -

de hacerse en base a la extensión de la operación anterior, y la calidad de la cicatriz que se formó.

c) Rotura espontánea de útero intacto: Constituye una de las complicaciones más graves de la obstetricia, y se acompaña de una elevada mortalidad materno fetal.

d) Rotura traumática de útero: Es muy rara.

Toxemia Gravídica:

El mejor tratamiento de la eclampsia es el vaciamiento oportuno del útero, y su indicación está dada por:

- a) Edad del embarazo: A mayor edad (madurez fetal), mayor apuro para desocupar el útero.
- b) Vitalidad fetal.
- c) Tipo de presentación.
- d) Antecedentes obstétricos.
- e) Estado funcional del sistema renal y vascular de la madre.
- f) Condiciones del cuello uterino.
- g) Gravedad del cuadro: grado de hipertensión, cefalea intensa, proteinuria y -

número y gravedad de las crisis convulsivas.

h) Resultados del tratamiento médico.

Debe decidirse entre el parto por vía natural y la cesarea, reservándose ésta -- para los casos de total indicación, se recomienda el uso de anestesia general - en lugar de raquídea, debido a la labilidad del sistema nervioso central de la madre.

Patología materna interrecurrente:

Se practicará cesarea en las pacientes - que se considere peligroso prolongar el embarazo, por ejemplo en casos de hipertensión grave, diabetes descompensada, - nefropatías (insuficiencia renal grave - descontrolada) y cardiopatías graves.

Distocias dinámicas:

En las anomalías hipotónicas que no responden a la administración juiciosa de - oxitócicos o cuando se presenta agotamiento materno o riesgo fetal después de - una cuidadosa conducción del trabajo de parto, se deberá evaluar la opción quirúrgica para llevar a término el parto.

Sufrimiento fetal:

Durante el parto generalmente se consideran signos de sufrimiento fetal la - disminución de la frecuencia cardíaca - fetal y en caso de presentación de vértice, la expulsión de meconio. Algunos también consideran un signo cardinal la presencia de arritmias cardíacas en el feto.

El síndrome de sufrimiento fetal se asocia a prematuridad, malformaciones congénitas, toxemia gravídica, diabetes materna, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y prolapso de cordón. Antes de decidir la - conducta quirúrgica, se debe tratar de hallar la causa precipitante, pero el - único tratamiento eficaz es la terminación del parto.

Prolapso de Cordón:

Se habla de prolapso de cordón cuando - las membranas están rotas y el cordón - umbilical se encuentra por delante de la presentación, en la vagina, se asocia a factores que interfieren en la adaptación apropiada de la parte presentada al estrecho superior.

El tratamiento es la terminación del parto por cesarea, con miras a salvar el - producto.

Embarazo gemelar:

La gemelaridad de por sí no justifica la conducta quirúrgica, la indicación surge a consecuencia de una complicación asociada con la gestación múltiple o de una presentación fetal patológica, tal como enclavamiento de gemelos o primer feto en transversa.

Presentaciones o situaciones anormales:

- 1) Presentación de nalgas: No se justifica el uso de la cesarea en forma indiscriminada en todas las presentaciones de nalgas a término, incluyendo las primígravidas.
- 2) Presentación de cara: La mayor parte de las presentaciones de cara se resuelven - por vía baja, justificándose la conducta quirúrgica en los casos en que se haya encontrado cualquier grado importante de estrechez pélvica por medición radiológica y en los casos en que el mentón permanece en posterior.
- 3) Presentación de frente: El pronóstico depende de la presentación definitiva, pero como en el caso de la presentación de cara, la cesarea sólo se justifica en el caso de que el parto no progrese.
- 4) Presentación de hombro: Las causas más frecuentes de situación transversa son:

- a) Relajación anormal de la pared abdominal resultante de múltiparidad.
- b) Estrechez pélvica.
- c) Placenta previa.

Por lo general es imposible que se lleve a cabo el parto espontáneo ya que la expulsión no se puede realizar. En el caso de muerte fetal y madre febril, la situación se clasifica como transversa abandonada.

En algunos casos excepcionales si el feto es lo bastante pequeño y la pelvis muy amplia, se puede producir eventualmente el parto espontáneo, el feto es comprendido hasta quedar con la cabeza forzada con su propio abdomen (Conduplicatio Corpore).

La situación transversa en un feto a término es indicación de efectuar cesarea.

Presentaciones complejas: En éstos casos una extremidad se prolapsa junto con la parte presentada, entrando simultáneamente en el canal pélvico. No es indicación para tomar una conducta sistemática de efectuar cesarea.

Exceso de volumen fetal:

En las madres se hace necesario investigar diabetes. Si el feto de una madre diabética es evidentemente grande durante las últimas tres semanas de gestación, la cesarea suele estar indicada.

Malformaciones fetales:

Los monstruos dobles unidos por el tronco plantean serias dificultades para el parto, no siendo siempre posible el parto por vía baja. En presencia de tumoraciones fetales que aumenten el volumen (condrodistrofia, elefantiasis quística congénita, retención urinaria, riñones poliquísticos congénitos y tumores de hígado), la cesarea es el método de elección.

Rotura prematura de membranas:

Cuando la rotura sucede después de la 32 - semana de gestación, y si el parto espontáneo no ocurre dentro de las 48 horas siguientes, se recomienda inducir el parto y si la inducción fallase, se debe proceder a operar.

VIII PRESENTACION DE RESULTADOS

Del estudio de los casos de cesarea efectuadas en el Hospital Nacional de Chiquimula durante el año 1979, se puede observar lo que sigue:

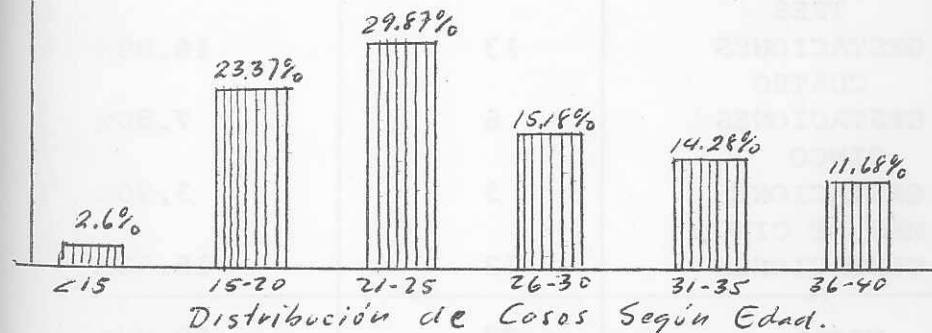
Según la distribución por grupos etareos, se realizaron más operaciones en el grupo etareo comprendido entre los 21 y los 25 años con 23 casos que corresponden al 29.87%; le siguen en orden de frecuencia el grupo etareo de 15 a 20 años, con 18 cesareas que equivalen al 23.37%; a continuación el grupo de 26 a 30 años en el que se intervinieron 14 pacientes, que corresponde al 18.18%; en el grupo comprendido de 31 a 35 años, hubo 11 casos, equivalentes al 14.28%; de las pacientes comprendidas entre los 36 y 40 años se intervinieron 9, lo que corresponde al 11.68% y por último se operaron 2 pacientes menores de 15 años, que equivale al 2.60%.

CUADRO # 1.

DISTRIBUCION DE CASOS GRUPO ETARIO.

GRUPO ETARIO	TOTAL	PORCENTAJE
MENOS DE 15 AÑOS	2	2.60%
15 A 20 AÑOS	18	23.37%
21 A 25 AÑOS	23	29.87%
26 A 30 AÑOS	14	18.18%
31 A 35 AÑOS	11	14.28%
36 A 40 AÑOS	9	11.68%
TOTAL	77	99.98%

GRAFICA # 1.



Según los antecedentes obstétricos de las pacientes intervenidas, se puede observar que 32 cesareas se efectuaron en pacientes primigestas, lo que equivale al 41.55%; en las pacientes con tres gestaciones se efectuaron

13 cesarías, que corresponde al 16.88%; así como se hicieron 12 cesareas en las pacientes con más de cinco gestaciones, lo que representa el 15.58%; las pacientes secundigestas intervenidas fueron 11, que equivale al 14.28%; se realizaron 6 cesarías en las pacientes con cuatro gestaciones, lo que representa el 7.80%; y tres en pacientes con cinco gestaciones, equivalentes al 3.90%.

CUADRO # 2

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN ANTECEDENTES DE GESTACIONES

GESTACIONES	TOTAL	PORCENTAJE
PRIMIGESTAS	32	41.55%
SECUNDIGESTAS	11	14.28%
TRES GESTACIONES	13	16.88%
CUATRO GESTACIONES	6	7.80%
CINCO GESTACIONES	3	3.90%
MAS DE CINCO GESTACIONES	12	15.58%
TOTAL	77	99.99%

GRAFICA # 2

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN ANTECEDENTES DE GESTACIONES



Con respecto a la paridad de las pacientes operadas se puede observar que la mayor parte de las cesareas se efectuaron en pacientes nulíparas, con 47 casos que equivalen al 61.03%; se operaron cuatro pacientes primíparas que representan el 5.20%; en las pacientes con antecedentes de más de cinco partos y en las secundíparas se efectuaron 8 cesareas, con un porcentaje de 10.38% respectivamente; en las pacientes con tres partos previos se realizaron 6 cesareas, que equivale al 7.80%; y en el caso de las pacientes con cuatro y cinco partos se efectuaron 2 cesareas, lo que equivale al 2.60% para cada grupo.

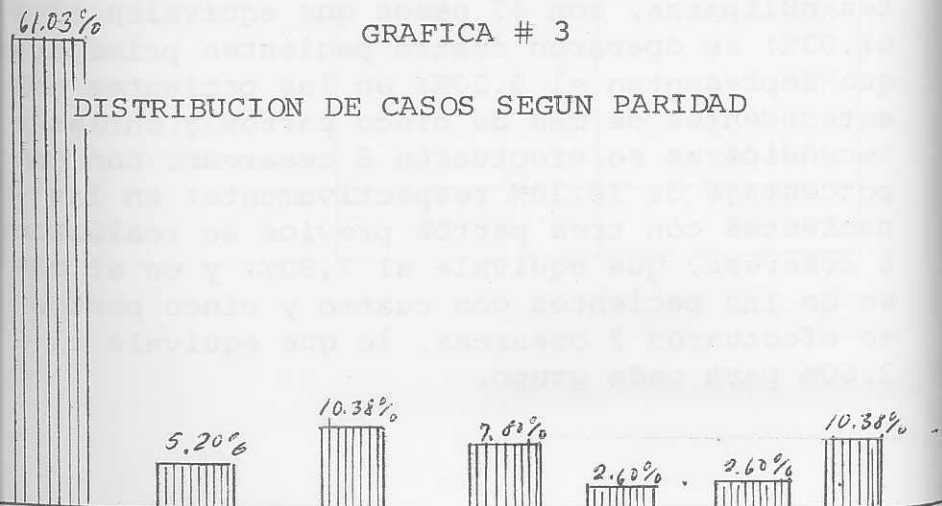
CUADRO # 3

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN ANTECEDENTES DE PARIDAD

PARIDAD	TOTAL	PORCENTAJE
NULIPARAS	47	61.03%
PRIMIPARAS	4	5.20%
DOS PARTOS ANTERIORES	8	10.38%
TRES PARTOS ANTERIORES	6	7.80%
CUATRO PARTOS ANTERIORES	2	2.60%
CINCO PARTOS ANTERIORES	2	2.60%
MAS DE CINCO PARTOS ANTERIORES	8	10.38%
TOTAL	77	99.99%

GRAFICA # 3

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN PARIDAD



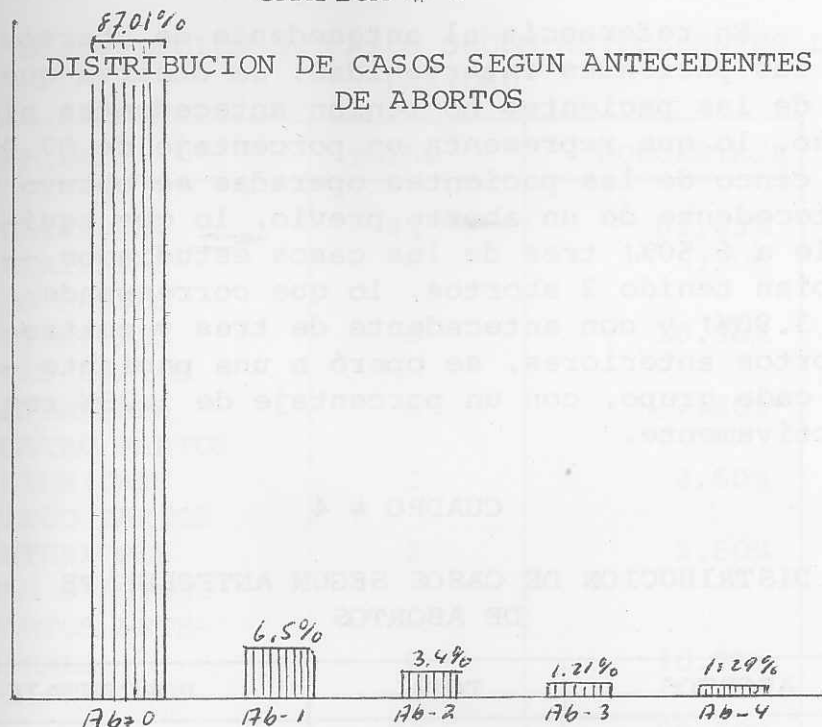
En referencia al antecedente de abortos en las pacientes intervenidas, se observa que 67 de las pacientes no tenían antecedentes ninguno, lo que representa un porcentaje de 87.01% en cinco de las pacientes operadas se obtuvo antecedente de un aborto previo, lo que equivale a 6.50%; tres de los casos estudiados -- habían tenido 2 abortos, lo que corresponde al 3.90%; y con antecedente de tres y cuatro abortos anteriores, se operó a una paciente - en cada grupo, con un porcentaje de 1.29% respectivamente.

CUADRO # 4

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN ANTECEDENTE DE ABORTOS

No. ABORTOS	TOTAL	PORCENTAJE
SIN ABORTOS	67	87.01%
UN ABORTO	5	6.50%
DOS ABORTOS	3	3.90%
TRES ABORTOS	1	1.29%
CUATRO ABORTOS	1	1.29%
TOTAL	77	99.99%

GRAFICA # 4



Se intervinieron 61 pacientes sin antecedente previo de cesarea, lo que equivale al 79.22%; en 14 de los casos había antecedente de una cesarea anterior, lo que representa el 18.18%; y dos de las pacientes había sido operadas por cesarea en 2 ocasiones anteriores, lo que corresponde a 2.59%.

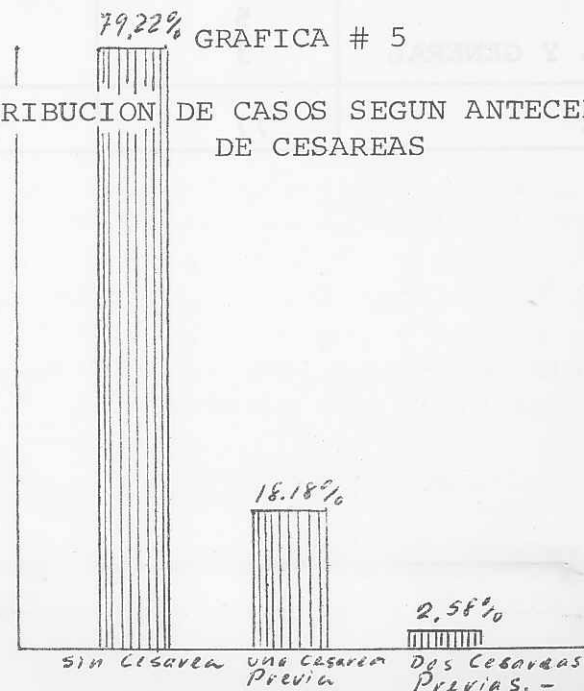
CUADRO # 5

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN ANTECEDENTES DE CESAREAS

ANTECEDENTE	TOTAL	PORCENTAJE
SIN CESAREA PREVIA	61	79.22%
CON UNA CESAREA ANTERIOR	14	18.18%
CON DOS CESAREAS ANTERIORES	2	2.59%
TOTAL	77	99.99%

79.22% GRAFICA # 5

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN ANTECEDENTE DE CESAREAS



Con respecto al tipo de anestesia que se usó, se puede observar que 69 pacientes recibieron anestesia epidural, correspondiendo esto al 89.61% cinco de las pacientes fueron operadas bajo anestesia general, lo que equivale al 6.49%; y se administró anestesia general por fracaso de epidural en 3 pacientes, lo que representa el 3.89%.

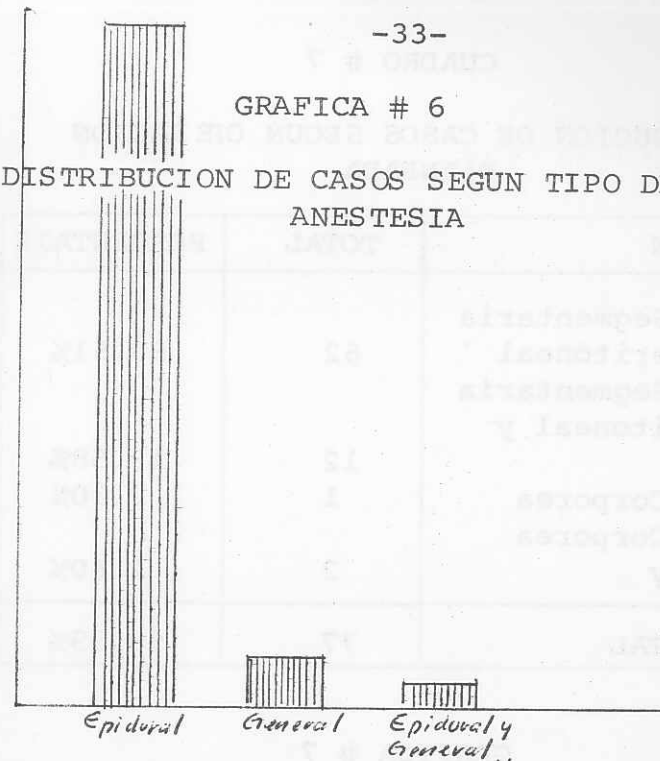
CUADRO # 6

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN TIPO DE ANESTESIA

ANESTESIA	TOTAL	PORCENTAJE
EPIDURAL	69	89.61%
GENERAL	5	6.49%
EPIDURAL Y GENERAL	3	3.89%
TOTAL	77	99.99%

GRAFICA # 6

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN TIPO DE ANESTESIA



Se Programaron 62 cesareas segmentarias - transperitoneales simples, equivalentes al - 80.51%; además en 12 casos a la cesarea segmentaria trasperitoneal se adicionó salpingectomía parcial bilateral por técnica de Pomeroy, lo que representa el 15.58%; se planeó una cesarea corporea simple, correspondiendo al 1.30% y en dos casos se planeó cesarea corporea más salpingectomía parcial bilateral por técnica de Pomeroy, lo que representa un porcentaje de 2.60%

CUADRO # 7

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN OPERACION PLANEADA

OPERACION	TOTAL	PORCENTAJE
Cesareá Segmentaria Transperitoneal	62	80.51%
Cesareá Segmentaria Transperitoneal y Pomeroy	12	15.58%
Cesareá Corporea	1	2.30%
Cesareá Corporea y Pomeroy	2	2.60%
TOTAL	77	99.99%

GRAFICA # 7

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN OPERACION PLANEADA



Se realizaron 57 cesareas segmentarias - trasperitoneales, lo que equivale al 74.02%; - en 16 de las cesareas segmentarias se efectuó además salpingectomía parcial bilateral por técnica de Pomeroy, lo que corresponde a 20.77%; y en un caso, se amplió a histerectomía total, que equivale a 1.30%; se efectuó una cesarea corporea simple, lo que representa el 1.30%; y en dos casos de cesarea corporea, se realizó salpingectomía parcial bilateral con técnica de Pomeroy, lo que equivale al 2.60%.

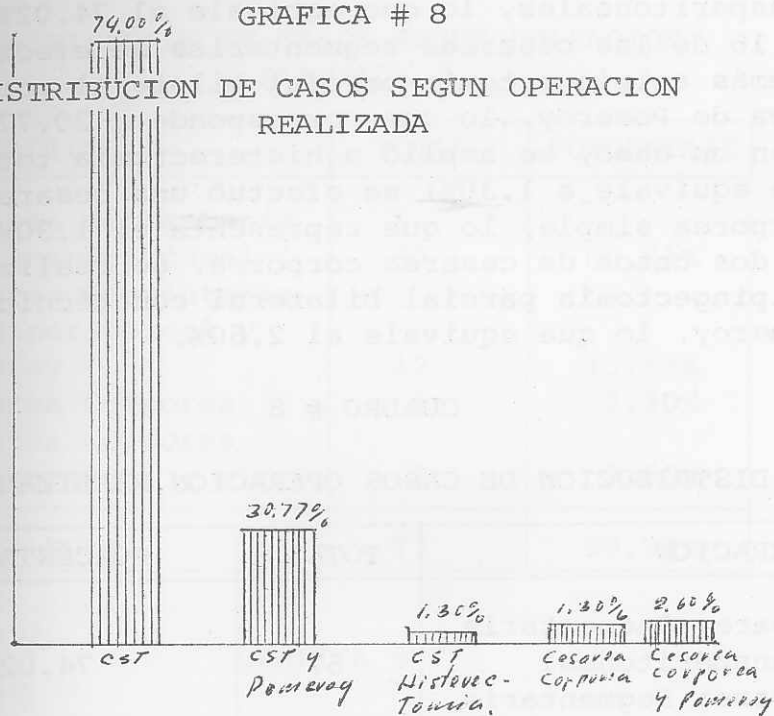
CUADRO # 8

DISTRIBUCION DE CASOS OPERACION REALIZADA

OPERACION	TOTAL	PORCENTAJE
Cesarea Segmentaria Transperitoneal	57	74.02%
Cesarea Segmentaria Transperitoneal y Pomeroy	16	20.77%
Cesarea Segmentaria Transperitoneal e Histerectomía	1	1.30%
Cesarea Corporea	1	1.30%
Cesarea Corporea y Pomeroy	2	2.60%
TOTAL	77	99.99%

GRAFICA # 8

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN OPERACION REALIZADA



De las pacientes operadas, 68 no tenían antecedente de control prenatal, lo que equivale al 88.31%; y sólo 9 habían sido controladas durante la gestación, lo que representa el 11.68%.

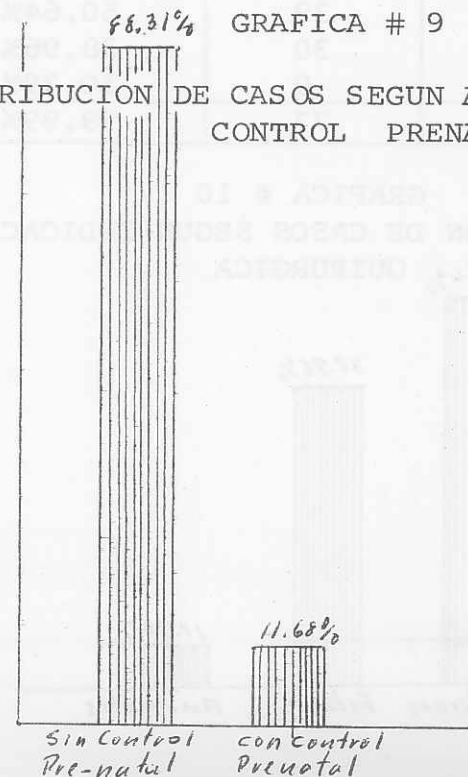
CUADRO # 9

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN ANTECEDENTE DE CONTROL PRENATAL

ANTECEDENTE	TOTAL	PORCENTAJE
SIN CONTROL PRENATAL	68	88.31%
CON CONTROL PRENATAL	9	11.68%
TOTAL	77	99.99%

GRAFICA # 9

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN ANTECEDENTE DE CONTROL PRENATAL



Se realizaron 39 cesareas por indicación materna, lo que equivale al 50.64%; por causas fetales se operaron 30 pacientes, representan un porcentaje de 38.96%; y por causas anexiales se intervinieron 8 pacientes, correspondiendo a un porcentaje de 10.39%.

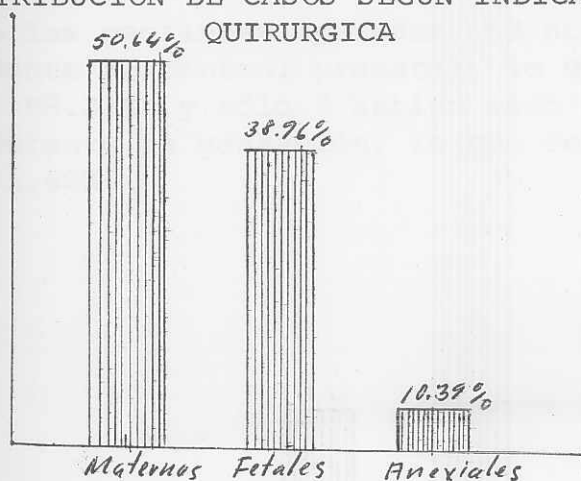
CUADRO # 10

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN INDICACION QUIRURGICA

CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
MATERNA	39	50.64%
FETAL	30	38.96%
ANEXIAL	8	10.39%
TOTAL	77	99.99%

GRAFICA # 10

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN INDICACION QUIRURGICA



CAUSAS MATERNAS:

Por indicación materna se intervinieron 39 pacientes, de éstas 19 de las cesareas se debieron a distocia de canal óseo (estrechez pélvica), lo que representa el 24.67% del total de casos y el 48.71% de las cesareas por causa materna; en 17 casos de estrechez pélvica el diagnóstico fué comprobado radiológicamente; por antecedente de cesarea anterior (cicatriz uterina), se efectuaron 11 operaciones lo que equivale al 14.28%; del total y al 28.20%; de las indicadas por causa materna; por patología materna interrecurrente (toxemia gravídica), se operaron 4 pacientes, correspondiendo al 5.19%; del total de casos y 10.25%; de las cesareas por causa materna; las pacientes intervenidas por distocia del canal blando y por inminencia de ruptura uterina fueron dos para cada caso, representando un porcentaje de 2.60% del total y 5.12% de las indicaciones maternas en cada grupo. Se operó una paciente por agotamiento materno, lo que equivale a 1.30% del total y 2.56%; de las indicaciones maternas.

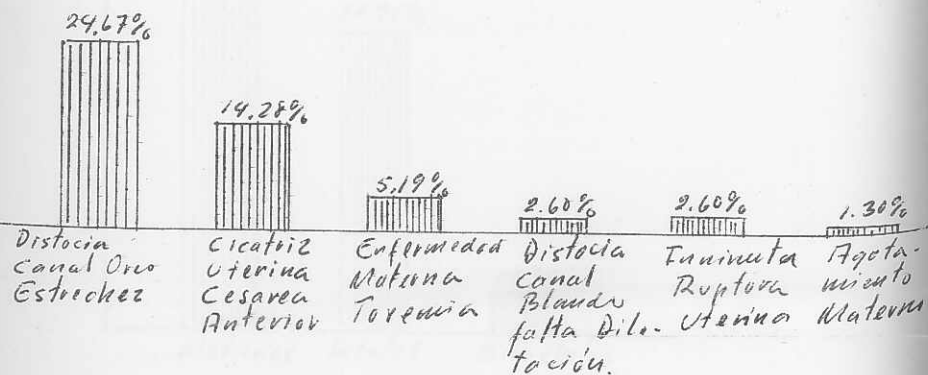
CUADRO # 11

DISTRIBUCION DE CASOS POR INDICACION
MATERNA

INDICACION	TOTAL	PORCENTAJE
DISTOCIA OSEA (ESTRECHEZ)	19	24.67%
CICATRIZ UTERINA	11	14.28%
ENFERMEDAD MATERNA	4	5.19%
DISTOCIA CANAL BLANDO	2	2.60%
INMINENCIA ROTURA UTERINA	2	2.60%
AGOTAMIENTO MATERNO	1	1.30%
TOTAL	39	50.64%

GRAFICA # 11

DISTRIBUCION DE CASOS POR INDICACION
MATERNA



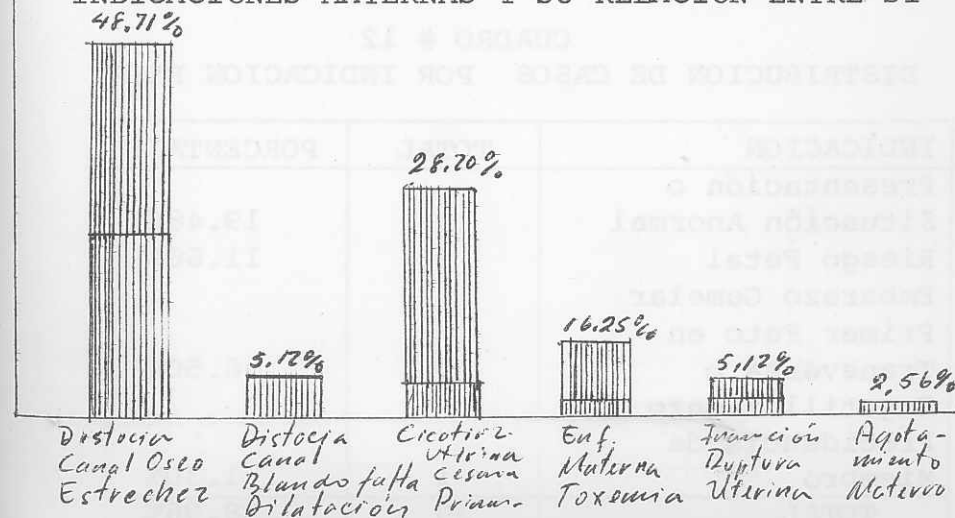
CUADRO # 11 (a)

INDICACIONES MATERNAS Y SU RELACION ENTRE SI

INDICACIONES	TOTAL	PORCENTAJE
Distocia Canal óseo	19	48.71%
Distocia Canal Blando	2	5.12%
Cicatriz Uterina	11	28.20%
Enfermedad Materna	4	10.25%
Inminencia de Ro- tura Uterina	2	5.12%
Agotamiento materno	1	2.56%
TOTAL	39	99.99%

GRAFICA # 11(a)

INDICACIONES MATERNAS Y SU RELACION ENTRE SI



CAUSAS FETALES:

Por indicación fetal se operaron 30 pacientes, lo que equivale al 38.96% del total de casos. De éstas intervenciones, 15 se debieron a presentaciones o situaciones viciosas lo que representa el 19.48% del total y el 50% de las cesareas por indicación fetal; en el caso de riesgo fetal (sufrimiento fetal), se operaron 9 pacientes, que representan el 11.68% del total y el 30% de las intervenciones por indicación fetal; en cinco de los casos, la indicación fué embarazo gemelar con primer feto en transversa o peligro de engatillamiento de gemelos, lo que representa el 6.50% del total y el 16.66% de las indicaciones de origen fetal; se efectuó una cesarea por procidencia de miembro, que equivale a 1.30% del total y a 3.33% de las cesareas por causa fetal.

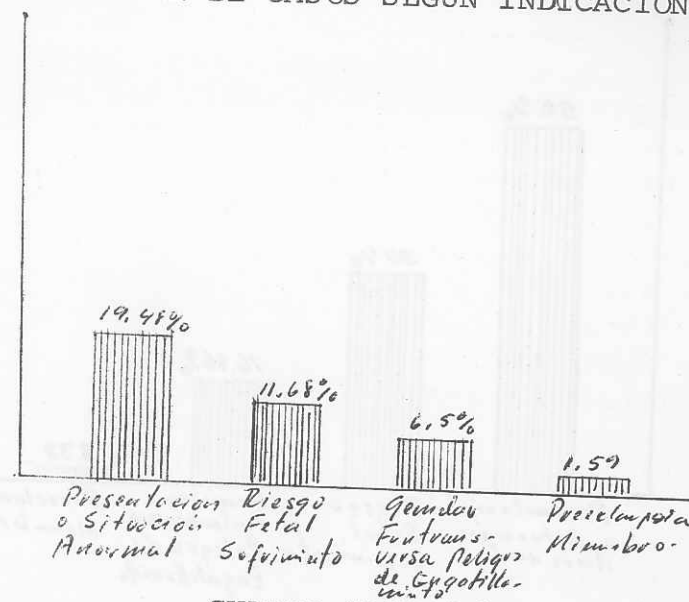
CUADRO # 12

DISTRIBUCION DE CASOS POR INDICACION FETAL

INDICACION	TOTAL	PORCENTAJE
Presentación o Situación Anormal	15	19.48%
Riesgo Fetal	9	11.68%
Embarazo Gemelar		
Primer Feto en Transversa o Engatillamiento	5	6.50%
Procidencia de Miembro	1	1.30%
TOTAL	30	38.96%

GRAFICA # 12

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN INDICACION FETAL



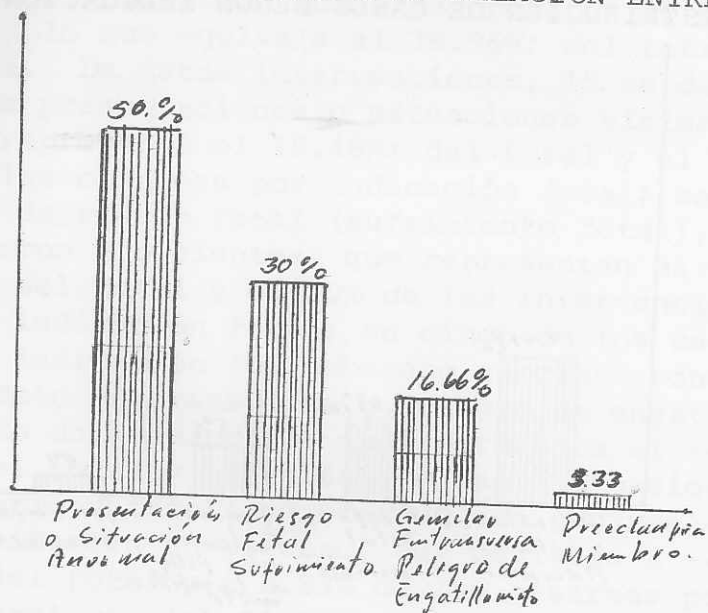
CUADRO # 12 (a).

INDICACIONES FETALES Y SU RELACION ENTRE SI

INDICACION	TOTAL	PORCENTAJE
Presentación o Situación anormal	15	50%
Riesgo Fetal	9	30%
Embarazo Gemelar		
Primer Feto en Transversa o Engatillamiento	5	16.66%
Procidencia de Miembro	1	3.33%
TOTAL	30	99.99%

GRAFICA # 12 (a)

INDICACIONES FETALES Y SU RELACION ENTRE SI



CAUSAS ANEXIALES:

Se realizaron 8 operaciones por indicación anexial, lo que representa el 10.39% del total; de éstas: tres cesareas se efectuaron en casos de placenta previa, lo que equivale a 3.90% del total y a 37.50% de los casos de indicación anexial; una cesarea se indicó por desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, lo que corresponde al 1.30% del total y a 12.50% de las operaciones por indicación anexial; además se efectuó cesarea por prolapso de cordón en cuatro casos, lo que equivale al 5.19% del total y al 50% de las indicaciones anexiales.

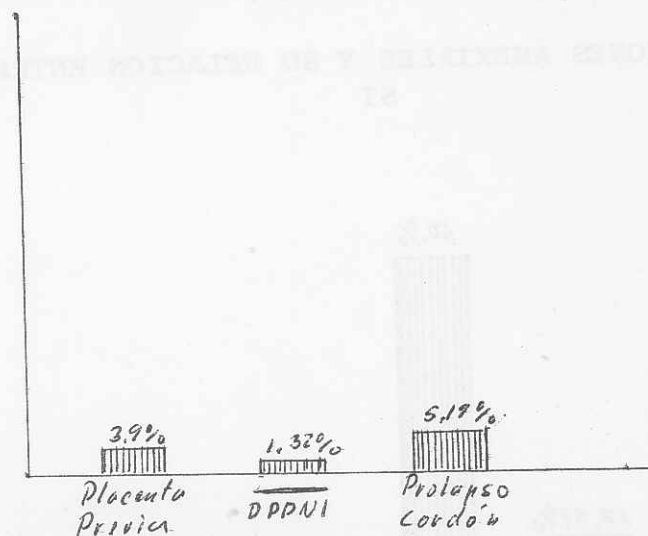
CUADRO # 13

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN INDICACION ANEXIAL

INDICACION	TOTAL	PORCENTAJE
PLACENTA PREVIA	3	3.90%
ABRUPTIO PLACENTAE	1	1.30%
PROLAPSO DE CORDON	4	5.19%
TOTAL	8	10.39%

GRAFICA # 13

DISTRIBUCION DE CASOS POR INDICACION ANEXIAL



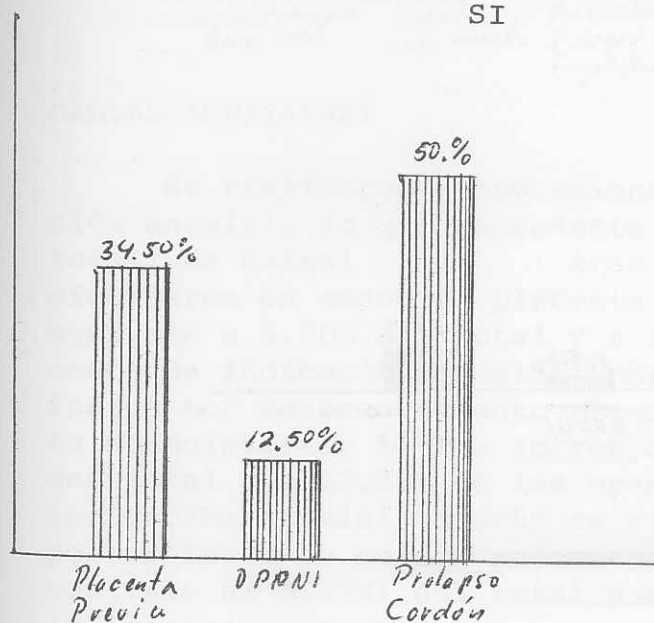
CUADRO # 13 (a)

INDICACIONES ANEXIALES Y SU RELACION ENTRE SI

INDICACION	TOTAL	PORCENTAJE
PLACENTA PREVIA	3	37.50%
ABRUPTIO PLACENTAE	1	12.50%
PROLAPSO DE CORDON	4	50%
TOTAL	8	100%

GRAFICA # 13 (a)

INDICACIONES ANEXIALES Y SU RELACION ENTRE SI

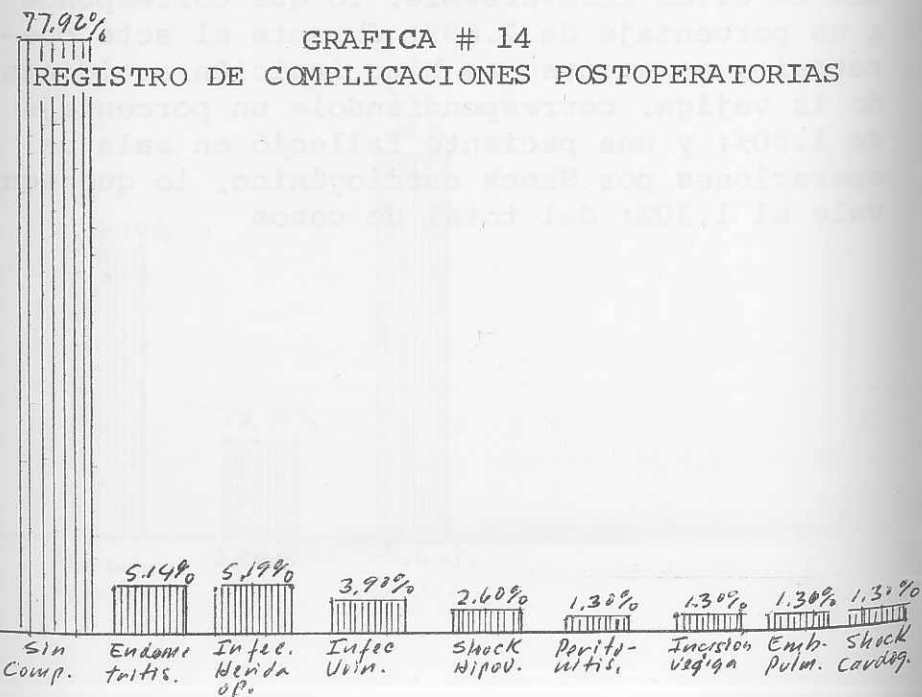


La cesarea como todo procedimiento quirúrgico, lleva implícito cierto grado de riesgo; y es bastante frecuente que surgen complicaciones postoperatorias. De las cesareas estudiadas, 60 cursaron sin ninguna complicación, lo que equivale al 77.92%; se presentaron tres casos de infección urinaria, representando el 3.90%; hubo cuatro casos de infección de herida operatoria, lo que corresponde al 5.19%; se presentó un caso de peritonitis, representando el 1.30%; en cuatro casos la evolución postoperatoria se complicó con endometritis, con un porcentaje de 5.19%; una paciente falleció por embolia pulmonar, lo que equivale al 1.30%; se presentaron dos casos de Shock hipovolémico, uno de ellos irreversible, lo que corresponde a un porcentaje de 2.60%; durante el acto operatorio, en un caso se hizo insición accidental de la vejiga, correspondiéndole un porcentaje de 1.30%; y una paciente falleció en sala de operaciones por Shock cardiogénico, lo que equivale al 1.30%; del total de casos

CUADRO # 14

REGISTRO DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

COMPLICACION	TOTAL	PORCENTAJE
SIN COMPLICACIONES	60	77.92%
ENDOMETRITIS	4	5.19%
INFECCION HERIDA OPERATORIA	4	5.19%
INFECCION URINARIA	3	3.90%
SHOCK HIPOVOLEMICO	2	2.60%
PERITONITIS	1	1.30%
INSICION DE VEJIGA	1	1.30%
SHOCK CARDIOGENICO	1	1.30%
EMBOLIA PULMONAR	1	1.30%
TOTAL	77	100%

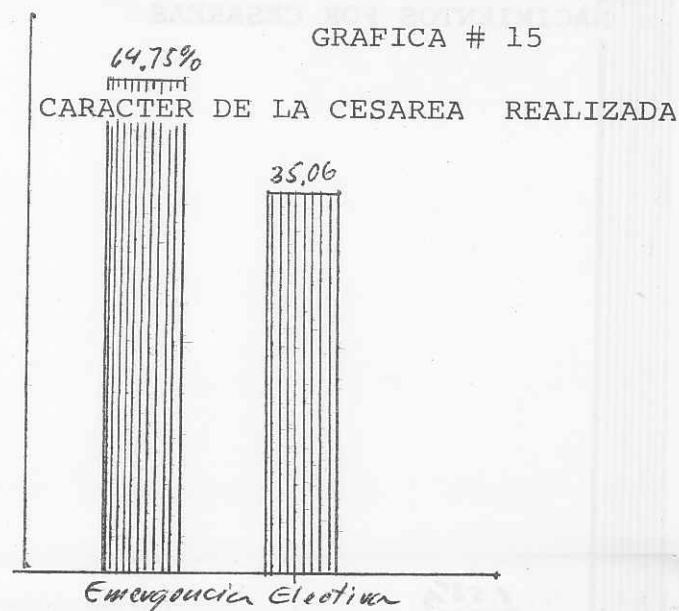


Del total de cesareas efectuadas, 50 fueron realizadas con carácter de emergencia, lo que equivale a 64.93%; y sólo en 27 de los casos la elección del procedimiento fue electiva, lo que representa el 37.06%.

CUADRO # 15

ELECCION Y CARACTER DE LA OPERACION

CARACTER	TOTAL	PORCENTAJE
EMERGENCIA	50	64.93%
ELECTIVA	27	35.06%
TOTAL	77	99.99%

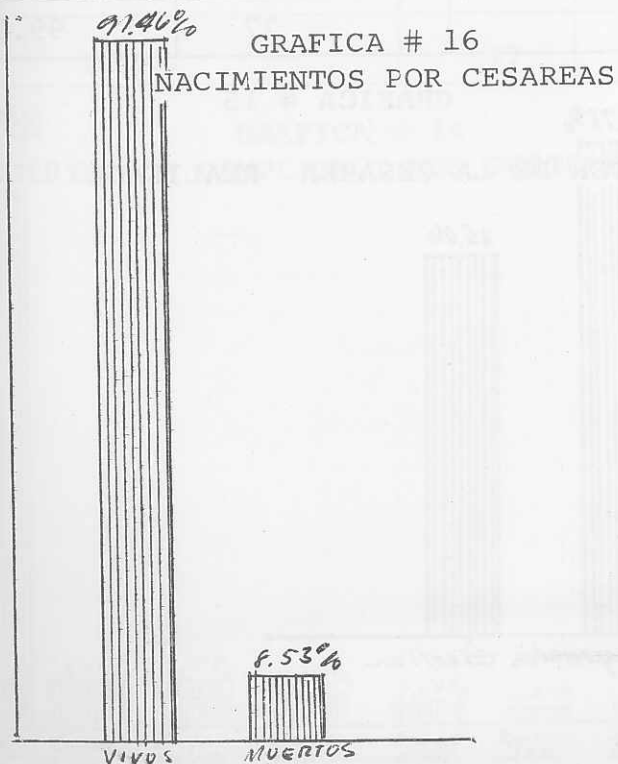


Durante el tiempo que abarca el estudio, hubo 82 nacimientos por cesarea; de estos 75 nacieron vivos, lo que representa un porcentaje de 91.46%; y hubo 7 mortinatos, que equivale al 8.53%.

CUADRO # 16

NACIMIENTOS POR CESAREAS

NACIMIENTOS	TOTAL	PORCENTAJE
NACIDOS VIVOS	75	91.46%
MORTINATOS	7	8.53%
TOTAL	82	99.99%



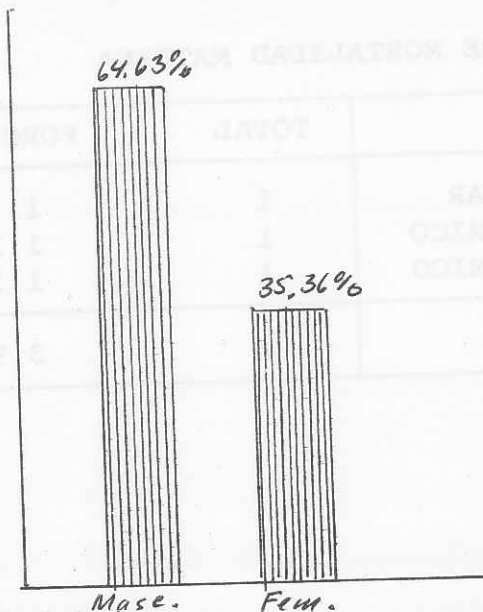
Según el sexo de los productos obtenidos - cesarea se observa que 53 fueron de sexo masculino, lo que representa un porcentaje de 64.63%; y 29 fueron de sexo femenino, lo que equivale al 35.36%.

CUADRO # 17

SEXO DE LOS PRODUCTOS OBTENIDOS POR CESAREA		
SEXO	TOTAL	PORCENTAJE
MASCULINO	53	64.63%
FEMENINO	29	35.36%
TOTAL	82	99.99%

GRAFICA # 17

DISTRIBUCION DE LOS PRODUCTOS SEGUN EL SEXO



Del total del ~~embarazos~~ resueltos por cesarea, se operaron 6 antes de término, obteniéndose igual número de productos prematuros, lo que representa un porcentaje de 7.31%.

En cuanto a la mortalidad de las pacientes operadas por cesarea se observa que se presentaron 3 casos de defunción por las siguientes causas: Una paciente falleció por embolia pulmonar, con un porcentaje de 1.30%; una paciente murió por shock cardiogénico, lo que representa un porcentaje de 1.30%; y una de las pacientes sufrió shock hipovolémico irreversible, lo que equivale al 1.30%; presentándose una mortalidad total de 3.90%.

CUADRO # 18

CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
EMBOLIA PULMONAR	1	1.30%
SHOCK HIPOVOLEMICO	1	1.30%
SHOCK CARDIOGENICO	1	1.30%
TOTAL	3	3.90%

IX ANALISIS DE CASOS SEGUN CRITERIO QUIRURGICO

Durante el año 1979, se efectuaron 77 cesareas en el Hospital Nacional de Chiquimula; en el mismo período se atendieron 1752 partos por vía natural, observándose una frecuencia de cesarea de 4.20% en relación con los partos normales. La mayor parte de las cesareas se efectuó en pacientes primigestas con un total de 32 casos, lo que equivale al 41.55% del total; el grupo etario que presentó mayor frecuencia fue el comprendido entre 21 y 25 años con 23 casos, lo que representa un porcentaje de 29.87% así también se observó mayor número de intervenciones en pacientes nulíparas con 47 casos, lo que corresponde al 61.03%; en cuanto al antecedente de abortos previos, 67 pacientes no tenían tal antecedente, lo que representa el 87.01%; en 61 de los casos estudiados, no se realizó antecedente de cesarea anterior, lo que equivale a 79.22%; la mayoría de las intervenciones se efectuaron bajo anestesia epidural, 69 casos, representando un porcentaje de 89.61%; la indicación más frecuente fue la distocia de canal óseo con 19 casos, representando un porcentaje de 24.67%; y en 17 de los casos la distocia fue comprobada radiológicamente (pelvimetría); de las pacientes intervenidas 68 no tenían control prenatal, representando el 88.31%; en relación al origen de la indicación quirúrgica, se observa que las indicaciones de origen materno fueron las que motivaron al mayor número de cesareas con 39 casos, equivalentes al 50.64%; las indicaciones de origen

fetal se tomaron en cuenta en 30 casos (38.96%) y hubo 8 intervenciones por causas anexas, lo que representa un porcentaje de 10.39%.

Como se observa después de hecho el análisis de causas todas las cesareas efectuadas en el Hospital Nacional de Chiquimula durante el -- año 1979 tuvieron indicación precisa; y la frecuencia de dicha operación es aceptable. Es de notar sin embargo, la alta mortalidad postoperatoria, atribuible en parte a las circunstancias de emergencia que se asociaron a la -- mayor parte de los casos.

X CONCLUSIONES

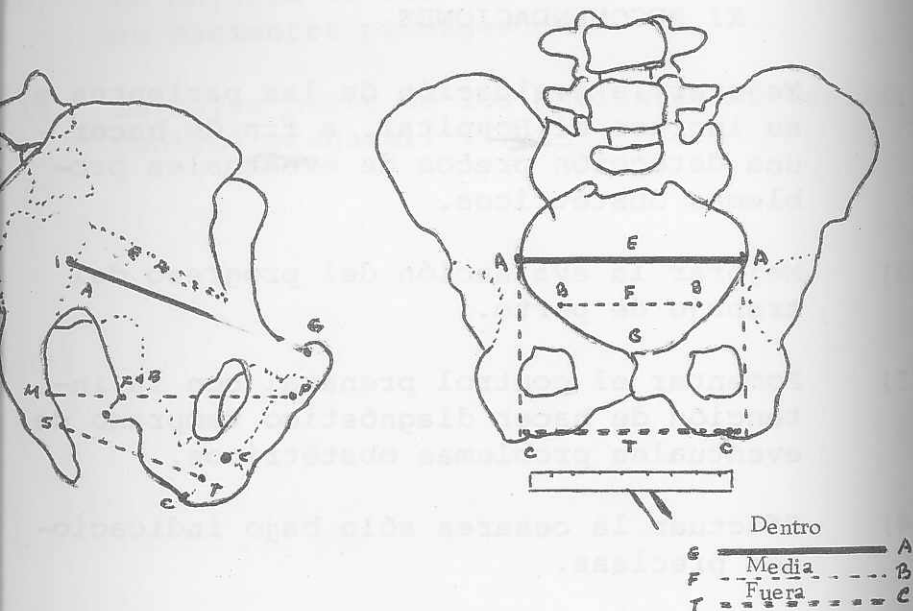
- 1) El abuso de la cesarea expone a la madre a riesgo quirúrgico innecesario.
- 2) Las indicaciones de cesarea deben ser precisas.
- 3) El abuso de la cesarea va en perjuicio de la futura descendencia de la madre.
- 4) En el hospital Nacional de Chiquimula no se abusa de la cesarea.
- 5) La totalidad de las cesareas efectuadas en el Hospital Nacional de Chiquimula durante el año 1979 se realizaron bajo indicación precisa.
- 6) La frecuencia de cesarea en el Hospital Nacional de Chiquimula es aceptable.
- 7) La mortalidad postoperatoria materna es alta.
- 8) La mayor parte de las cesarea se efectuaron en condiciones de emergencia.
- 9) Las indicaciones quirúrgicas tomadas en cuenta con mayor frecuencia fueron de origen materno.

- 10) La mayoría de las cesareas se realizaron en pacientes primigestas.
- 11) La mayor parte de las pacientes no tenían control prenatal.

XI RECOMENDACIONES

- 1) Mejorar la evaluación de las pacientes a su ingreso al Hospital, a fin de hacer una detección precoz de eventuales problemas obstétricos.
- 2) Mejorar la evaluación del progreso del trabajo de parto.
- 3) Fomentar el control prenatal con la intención de hacer diagnóstico temprano de eventuales problemas obstétricos.
- 4) Efectuar la cesarea sólo bajo indicaciones precisas.
- 5) Reprobar el abuso de la cesarea.

XII ANEXO CUADRO DE DIAMETROS PELVICOS PROMEDIO



DIAMETROS			Total:	Resul Norm.	Res. Tot.	Res. Norm.
Actual dentro de lo permitido	Anteroposterior	I a G	12,14	24,93	12,5	20,5
	Transversaria	A a A	12,79	13,0	22,0	22,0
Pélvis Media- na	Anteroposterior (Post-Sagital)	M a P	11,34	21,52	11,5	22,0
	Transversaria (Bituberal)	B a B	10,18	10,5	18,0	16,0
Fuera de lo permitido	Anteroposterior (Post-Sagital)	S a T	9,16	19,08	7,5	10,5
	Transversaria (Bituberal)	C a C	9,92			

El promedio de diámetros pélvicos encontrados en el estudio de las pelvimetrías, - corresponde a pelvis límite, aunque la viabilidad puede resultar dudosa dependiendo - su evaluación de la presentación y del tamaño del feto.

XIII BIBLIOGRAFIA

- 1) Mc Lennan Charles E. Compendio de Obstetricia. México. Nueva Editorial Interamericana. 1977.
- 2) Schwars. Sala. Duverges. Obstetricia. 3a. Edición. 4a. Reimpresión. Editorial El Ateneo. Buenos Aires 1977.
- 3) Williams. Obstetricia. 1a. Edición. 6a. Reimpresión 1978 Salvat Editores, S.A. Mallorca 43 Barcelona. Impreso en México 1978.
- 4) Normas de Obstetricia. Editora Científico-Técnica. Instituto Cubano del Libro. La Habana Cuba 1974.
- 5) Achard Arturo. Carreras Roca Manuel. Emergencias Toco-Ginecológicas. 1a. Edición 1972. Editorial Roca. Amigo 47, Estudio 1, Barcelona 6.
- 6) Harper and Row. Obstetrics-Gynecology. 3th. Edition. Editor David N. Danforth. Hagerstown, Maryland U.S.A.
- 7) Ortiz P. Mario. Cesarea Baja modificaciones a su técnica operatoria. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala 1944.

- 8) Huertas Recinos, Mario Anibal. Consideraciones sobre Cesarea Corporea en la Maternidad del Hospital Roosevelt, Tesis. Facultad de Ciencias Medicas. Universidad de San Carlos de Guatemala 1969.
- 9) Aragón Q., Héctor. Cesarea Extraperitoneal Supravesical. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1951.
- 10) Mollinedo Montenegro, José Arnoldo. Cesarea Postmortem. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos. Guatemala 1960.

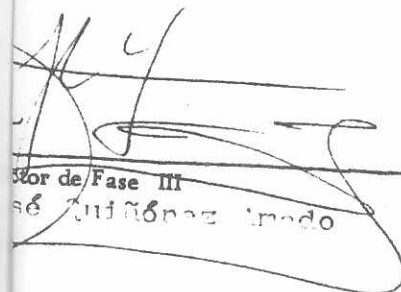
Br.


Jaime Agustín Rodríguez Cárcamo

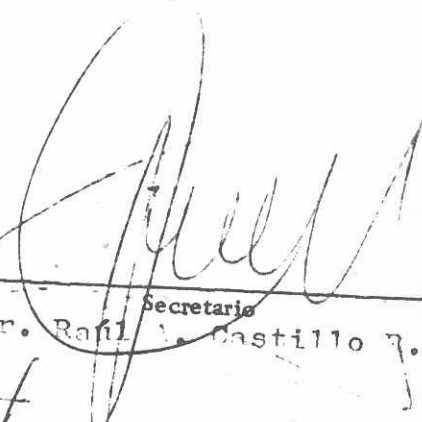

Asesor,
Oscar René Olivet Torres

Dr.


Revisor,
Dr. Mario René Gil Chew

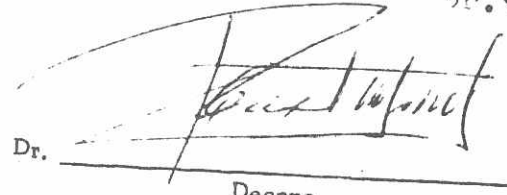

Director de Fase III
José Quiñones Incedo

Dr.


Secretario
Dr. Raúl A. Castillo

Dr.

Decano.


Dr. Rolando Castillo Montalvo