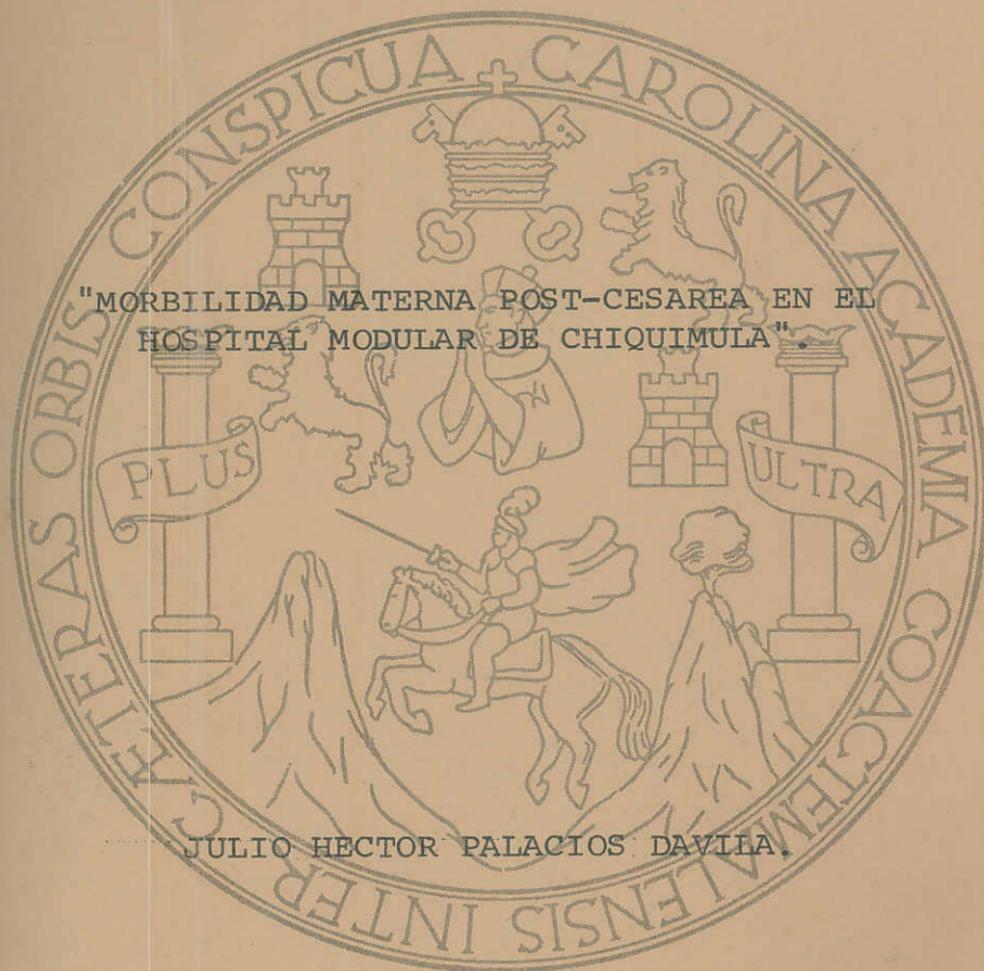


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"MORBILIDAD MATERNA POST-CESAREA EN EL
HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA".

JULIO HECTOR PALACIOS DAVILA.

Guatemala, Abril de 1,981.

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. ANTECEDENTES
3. OBJETIVOS
 - 3.1 Generales
 - 3.2 Especificos
4. HIPOTESIS
5. DEFINICION DE TERMINOS
6. CONSIDERACIONES GENERALES
 - a) Definición
 - b) Historia
 - c) Infección Puerperal
 - d) Modos de Infección
 - e) Tipos de Infección
 - f) Diagnóstico
 - g) Tratamiento.
7. MATERIAL Y METODOS
8. CUADROS, GRAFICAS CON SUS RESPECTIVOS ANALISIS Y DISCUSIONES
9. CONCLUSIONES
10. RECOMENDACIONES
11. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Es importante investigar sobre la incidencia de operación cesárea y su morbilidad, ya que ha tenido un incremento notable en los últimos años, especialmente en los países desarrollados donde el monitoraje fetal ha invadido las salas de labor, partos detectando de esta forma variaciones del latido cardíaco fetal no percibidos por la auscultación. En nuestro medio la operación cesárea también tiene más tendencia a aumentar especialmente en los lugares donde hay residentes entrenamiento.

Pero lo más alarmante es que parece, que en la práctica privada aumenta la incidencia de esta operación. Por el momento unicamente nos quedamos con "UN PARECE"; hasta que estudios posteriores digan lo contrario.

El presente trabajo de tesis es un estudio sobre "Morbilidad materna post-cesárea" -- llevada a cabo en el Hospital Modular de la ciudad del Departamento de Chiquimula, durante el periodo comprendido del mes de enero al mes de diciembre de 1980. Ya que los datos analizados pueden constituir generalidades que se extiendan a otros hospitales de la república.

El objetivo del presente trabajo es el de analizar los resultados obtenidos en pacientes que presentaron morbilidad materna post-cesárea, contribuyendo en alguna forma al mejoramiento y mayor conocimiento de este tipo de problema obstétrico. que aqueja a un porcenta-

ANTECEDENTES

No existe ningún estudio previo que se haya efectuado en el Hospital Modular de la Ciudad de Chiquimula; sobre Morbilidad.

En el país unicamente se ha hecho el siguiente estudio:

En el año de 1976 se llevó a cabo una revisión retrospectiva de infección post-cesárea en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, de la ciudad de Guatemala, en esta investigación se tomaron en cuenta factores que predisponen a infección, pero por tratarse de un estudio retrospectivo y limitado en tiempo (revisión de dos meses, Agosto Septiembre 1974) no se lograron conclusiones generales, reales del problema, enfocando únicamente a un grupo de pacientes, los cuales representan el 50% de la demanda general.

En el año 1975 se efectuó un estudio sobre morbilidad materna post-cesárea, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMSS, encontrando que la morbilidad materna fué de 26.08% de un total de 700 casos sin reportar mortalidad materna, en este mismo estudio se efectuaron también controles bacteriológicos, encontrando que predominaba la flora coliforme en las complicaciones infecciosas.

OBJETIVOS GENERALES

1. Dejar para el futuro un protocolo diseñado que sirva como base en el estudio de problemas sobre morbilidad materna post-cesárea a nivel nacional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer la morbilidad materna post-cesárea y su incidencia en el Departamento de maternidad del Hospital Modular de la Ciudad de Chiquimula.
2. Hacer un estudio bibliográfico de las diferentes causas de morbilidad materna post-cesárea.
3. Hacer análisis de su metodología de estudio y tratamiento.
4. Colaborar con un estudio eficaz y científico sobre morbilidad materna post-cesárea.

HIPOTESIS

" LA MORBILIDAD MATERNA POST-CESAREA QUE SE PRESENTA CON MAS FRECUENCIA ES DEBIDA A LA COMPLICACION DE LA HERIDA QUIRURGICA".

DEFINICION DE TERMINOS

En la redacción de la presente "TESIS" se hace uso de distintos términos, en la interpretación e informe de resultados.

Principales conceptos utilizados:

INFECCION:

Es el proceso por el cual el parásito entra en relación con el huésped.

MORBILIDAD:

Estado de enfermedad.

INFECCION PUERPERAL:

Es la complicación que se observa en mujeres después de la resolución del parto, ya sea por vía abdominal o por vía vaginal.

CESAREA:

Operación o sección por la que se libera al feto a través de las paredes abdominales y uterina.

PARIDAD:

Se refiere al número de embarazos.

PRIMIGESTA O PRIMIPARA:

Mujer que ha parido o pare por primera vez.

SEGUNDIGESTA O SECUNDIPARA:

Mujer que pare o ha parido por segunda vez.

PEQUEÑA MULTIPARA:

Mujer que ha parido de 3-4
embarazos.

GRAN MULTIPARA:

Mujer que ha parido 5 embara-
zos o más.

CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICION DEL PROBLEMA:

Morbilidad post-Cesárea: Paciente que presen-
to temperatura oral por arriba de 38° centígra-
dos.

HISTORIA:

La primera operación cesárea registrada -
en una paciente viva se hizo en 1610 (falleci-
da al 25o. día post-operatorio).

Y la primera operación exitosa se efectuó
en E.U.A. en una cabaña cerca de Stawnton, Vir-
nia en 1,794; madre y recién nacido sobrevivie-
ron. En las primeras operaciones de cesárea -
no se colocaban suturas en el útero, y era po-
sible la infección en aquellas mujeres que so-
brvivían a la hemorragia inicial de los senos
uterinos abiertos.

Dos informes, en 1876 y 1882, contribuye-
ron bastante a reducir la tasa de mortalidad,
la cual hasta entonces había variado de 50 a -
85%. El primer estudio efectuado por Porro,
trataba de una paciente a quien se le había ex-
tirpado el útero debido a hemorragia incontro-
lable de la hériada uterina; él suturo el cér-
vix en el ángulo inferior de la incisión para
evacuar; proporcionó un medio de controlar la
hemorragia, impidiendo además el desarrollo ul-
terior de matritis y parametritis que tan a me-
nudo ocasionaba peritonitis y la muerte.

El segundo informe, por Sanger, hizo resaltar lo deseable de suturar el defecto úterino antes de cerrar el abdomen.

En la última parte del siglo XIX, el advenimiento de la anestesia y las técnicas quirúrgicas asépticas dieron por resultado una mayor reducción de la tasa de morbilidad.

En la actualidad, el refinamiento de la técnica quirúrgica, asepsia, antibióticoterapia, transfusión sanguínea y anestesia han reducido el riesgo de operación cesárea a proporciones mínimas.

INFECCION PUERPERAL:

La infección puerperal es la complicación que se observa en mujeres, después de la resolución del parto, ya sea por vía abdominal o por vía vaginal. La infección generalmente es del endometrio, aunque algunas veces los agentes patógenos atacan la zona que sufrió trauma a nivel de la piel; la culminación de un embarazo no siempre se lleva a cabo exitosamente por vía natural entonces es cuando el Gineco-obstetra se apoya en el recurso de la operación cesárea; para obtener a un recién nacido lo menos dañado posible evitando trastornos metabólicos graves por hipoxia aguda o crónica intrauterina, además disminuye la morbilidad materna cuando durante el

embarazo y el trabajo de parto se presentan complicaciones así mismo somete a la madre a un estado potencial de infección si no se involucran en el acto operatorio medidas antisépticas adecuadas y técnicas operatorias que favorezcan un adecuado proceso de cicatrización del tejido.

MODOS DE INFECCION:

Desafortunadamente en el médico que tiene más probabilidades de transportar la infección al útero como también en la zona de incisión quirúrgica. Cuando se efectúan tactos vaginales es probable que se arrastren estreptococos anaerobios preexistentes en la vagina introduciéndose en el útero.

Otro medio de infección es el instrumental quirúrgico y manos del cirujano por medio de gotitas siseminadas por algunas de las personas que están presentes en la sala de operaciones ó sala de partos. Se han visto infecciones importadas de una paciente a otra por intermedio del personal de enfermería. Se toma como causa predisponente a infección el coito al final del embarazo, las duchas en tina o duchas vaginales principalmente en las multíparas.

TIPOS DE INFECCION:

Las infecciones que se observan en la paciente obstétrica post-operada se pueden clasificar de la siguiente forma:

- a) Las que se llevan a cabo en la herida operatoria y que muchas veces se complican --

con dehiscencia secundaria a absceso.

- b) Las que invaden cuerpo uterino y anexos (endometritis, metritis y parametritis).
- c) Las que se disemina por vía linfática o hematógena hacia otros órganos (sistema urinario, pulmon, corazón, vasos ect.).

SIGNOS Y SINTOMAS:

Dentro de las primeras manifestaciones que se reconocen de una infección puerperal, es la fiebre y escalofríos, pero la primera elevación importante de la temperatura es mucho más probable que ocurra al término de la tarde o en las primeras horas de la noche, además puede existir pulso rápido y reducción de la presión arterial.

Los hallazgos iniciales incluyen, loquios fétidos, un útero doloroso y cierto grado de dolor y engrosamiento parametrial muchas veces; también pueden existir signos de membranas retenidas en una incisión quirúrgica.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico se basa principalmente en los hallazgos encontrados en las pacientes, y muchas veces relacionándolos con los datos positivos de laboratorio.

En lo que se refiere al diagnóstico diferencial de toda paciente que presente fiebre, se debe investigar las causas de fiebre puerperal, como: crecimiento de las mamas, secundaria a inflamación, infección de las vías urinarias y sus complicaciones. También debe incluirse la tromboflebitis superficial que se investiga por eritema y dolor local e induración de venas femorales durante el periodo puerperal somete a un riesgo aumentado de embolia pulmonar.

La tromboflebitis pélvica presenta dificultad para distinguir de parametritis o salpingooforitis concomitante basándose en los hallazgos físicos. Pero puede sospechar tromboflebitis si la respuesta de la paciente a los antibióticos adecuados no es satisfactoria según se manifiesta por una evolución febril continua después de 48 horas de tratamiento terapéutico.

TRATAMIENTO:

El tratamiento se divide en dos aspectos generales, la profilaxia y la terapéutica.

Entendemos por uso profiláctico de antibióticos, cuando son administrados a pacientes no infectadas y el empleo terapéutico se utiliza en pacientes infectadas.

La morbilidad infecciosa secundaria a operación cesárea, complica frecuentemente la evolución post-operatoria y pone en peligro la integridad anatomofuncional y la vida de los pa-

cientes. Los factores condicionantes son múltiples; siendo unos previsibles y otros no; esto depende del tiempo séptico que acompaña a la intervención. El empleo profiláctico de antibióticos parece que encuentra apoyo en los informes de estudios que recientemente han aparecido en la literatura. En estos informes se ha manifestado una marcada disminución de infecciones obstétricas post-operatorias, por el uso profiláctico de antibióticos.

En un estudio efectuado en el hospital de Gineco-obstetrica del IMSS en 1975 considera que la administración profiláctica de antibióticos es aceptada en contadas entidades clínicas. También creen que en la paciente obstétrica están presentes aspectos que determinan el uso de antibióticos y que no son propios de la paciente ginecológica, de tal forma apoyan la utilidad del antibiótico profiláctico en pacientes obstétricas. Se concluye que el tratamiento profiláctico debe tomarse en cuenta en base a parametros establecidos y que eso no implica que el cirujano pueda hacer a un lado las medidas de asepsia y antisepsia y que por emplear antibióticos de manera profiláctica le sea permitido en un descuido en la técnica quirúrgica.

TRATAMIENTO TERAPEUTICO:

MEDIDAS GENERALES:

De todas las pacientes infectadas se deben obtener cultivos para microorganismos aerobios y anaerobios de secreción cervical, sangre y de herida operatoria. Es necesario el aislamiento estricto si se demuestra que los microorganismos causantes son estreptococos beta-hemolíticos. Para otras infecciones dependiendo el tipo de infección se toman las medidas necesarias para que la recuperación sea más rápida.

MEDIDAS ESPECIFICAS:

Deben darse anticoagulantes en la trofoblitis pélvica; la terapéutica utilizada en casos de infecciones post-operatoria se basa principalmente en antibióticos del tipo penicilinas, macrólidos y aminoglucosidos.

En las infecciones resistentes o indentificación positiva de especies anaerobias, el microorganismo más probable es el Bacteroides Fragilis el cual es sensible a clorafenicol, clindamicina o lincomicina, las infecciones principalmente por estreptococo responden al tratamiento con penicilina.

MATERIAL Y METODOS

En el presente trabajo de "TESIS" se efectuó un estudio retrospectivo mediante la revisión completa de los expedientes clínicos de pacientes a quienes se les sometió a operación cesárea, durante el período comprendido de enero a diciembre de 1980.

Estos expedientes clínicos fueron proporcionados por el archivo del Hospital Modular de la Ciudad de Chiquimula, revisándose 150 casos; de los cuales 18 pacientes presentaron morbilidad puerperal.

En un instrumento de investigación previamente elaborado, se recopilaron los siguientes parámetros: edad del paciente, edad gestacional, paridad, indicación de la cesárea, tipo de anestesia, morbilidad puerperal (endometritis, mastitis, etc.), complicaciones de herida quirúrgica; continuando con la tabulación de datos, análisis de los mismos, aceptar o rechazar la hipótesis planteada, llegar a conclusiones y recomendaciones.

CUADRO I

Número de cesáreas efectuadas en el Hospital Modular de Chiquimula. Y número de pacientes que presentaron morbilidad post-operatoria durante el año 1980.

CESAREAS	MORBILIDAD	PUERPERAL
No.	No.	%
150	18	12
TOTAL	18	100%

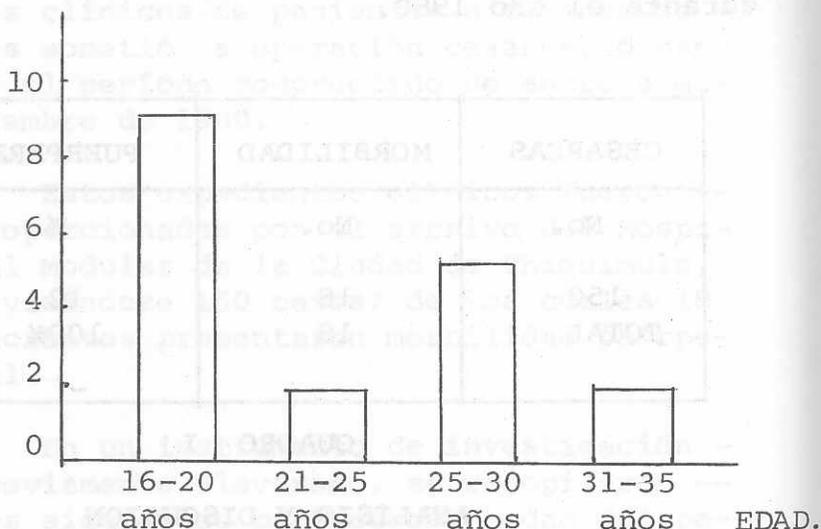
CUADRO I

ANALISIS Y DISCUSION

Como podemos observar en el cuadro I en el año 1980 de las 150 C.S.T.P. efectuadas se encontraron 18 cesáreas que presentaron morbilidad lo que es el 12%.

CUADRO II

Distribución Etarea de pacientes que presentaron morbilidad post-cesárea en el Hospital Modular de Chiquimula durante el año 1980.



CUADRO II

ANALISIS Y DISCUSION

Se aprecia en este cuadro de distribución etarea que de 18 casos de morbilidad puerperal, la edad materna más afectada es la de 16 a 20 años con un 50% de porcentaje; siguiendo las edades comprendidas de los 26 a 30 años con 5 casos correspondientes a un 27.77% y el menor porcentaje de 11.11% equivalente a 2 casos cuyas edades son de 21 a 25 y 31 a 35 años.

CUADRO III

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Paridad de pacientes que presentaron morbilidad post-cesárea en el Hospital Modular de Chiquimula durante el año de 1980.

PARIDAD	No.	%
PRIMIGESTA	11	61.11
PEQUEÑA MULTIPARA	2	11.11
GRAN MULTIPARA	5	27.77
TOTAL	18	100 %

(*) Pequeña multipara de 3-4 embarazos

(**) Gran multipara mayor de 5 embarazos.

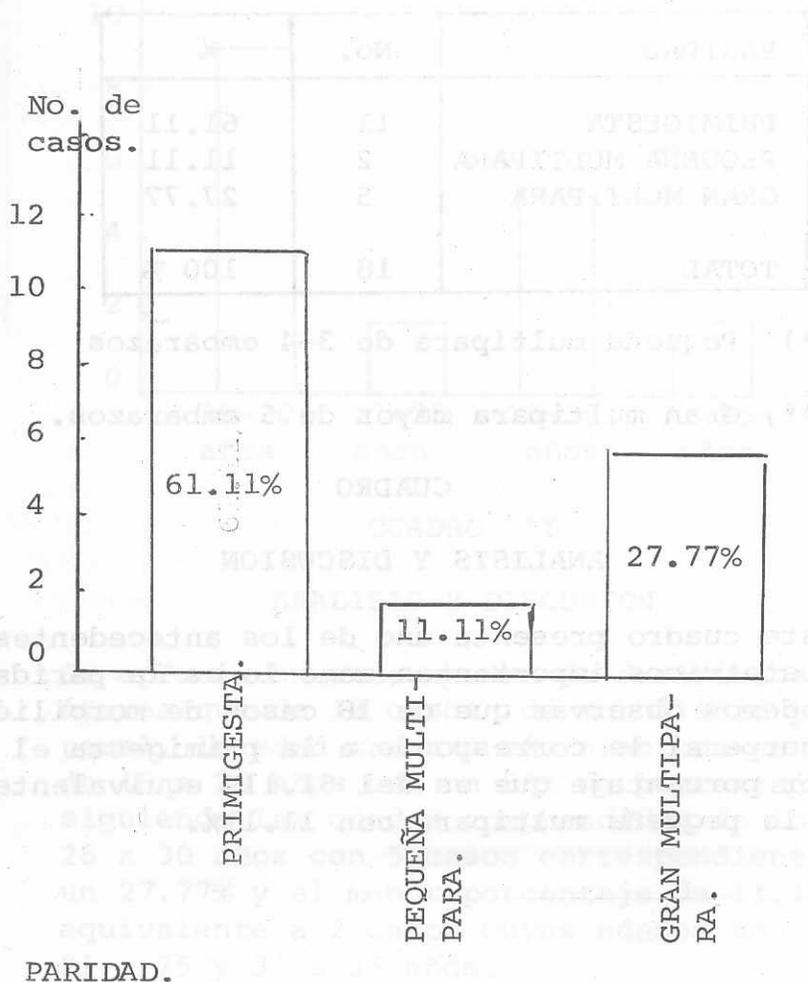
CUADRO

ANALISIS Y DISCUSION

Este cuadro presenta uno de los antecedentes obstetricos importantes como lo es la paridad podemos observar que de 18 casos de morbilidad puerperal le corresponde a la primigesta el mayor porcentaje que es del 61.11% equivalente a la pequeña multipara con 11.11%.

CUADRO III.

Antecedentes obstétricos. Paridad de Pacientes que presentaron Morbilidad pos-cesárea en el Hospital de Chiquimula, durante el año de 1980.



CUADRO IV.

Indicación de Cesárea en pacientes que presentaron morbilidad puerperal en el Hospital Modular de Chiquimula durante el año de 1980.

INDICACION DE LA CESAREA	No.	%
Estrechez Pélvica	13	72.22
Situación transversa	2	11.11
Sufrimiento Fetal	1	5.55
Parto Gemelar en P.	1	5.55
Electiva por Cesárea Anterior	1	5.55
TOTAL:	18	100 %

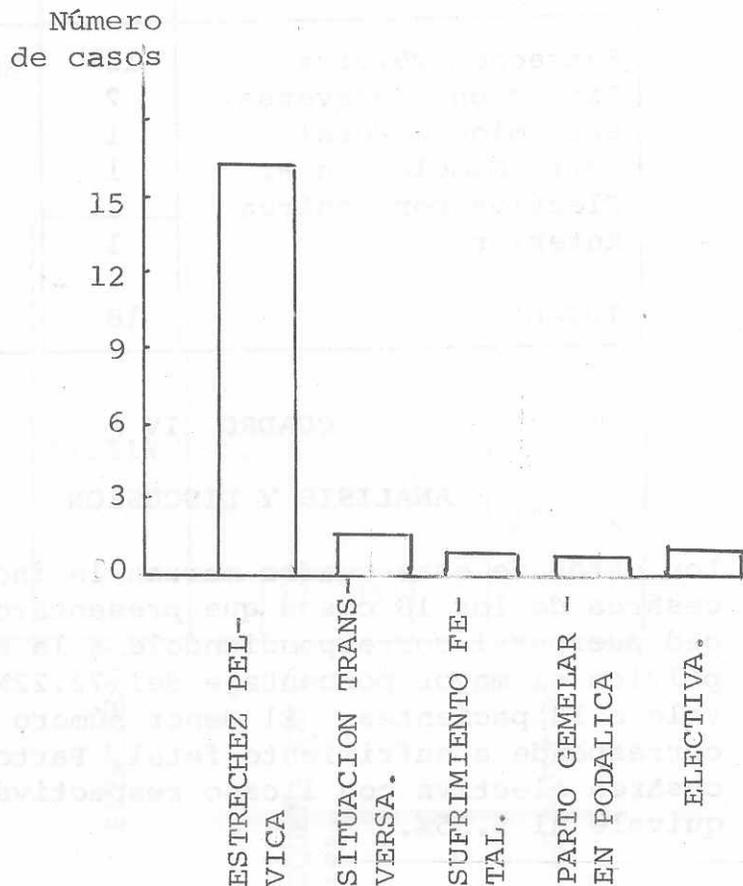
CUADRO IV

ANALISIS Y DISCUSION

Los datos de este cuadro marcan la indicación de cesárea de los 18 casos que presentaron morbilidad puerperal correspondiéndole a la estrechez - pélvica el mayor porcentaje del 72.22% que equivale a 13 pacientes. El menor número de casos - corresponde a sufrimiento fetal, Parto gemelar y cesárea electiva con 1 caso respectivamente y equivale al 5.55%.

CUADRO IV.

Indicación de Cesárea en Pacientes que presentaron Morbilidad Puerperal en el Hospital Modular de Chiquimula durante el año 1980.



INDICACION DE CESAREA.

CUADRO V.

Tipo de anestesia de pacientes a quienes se les realizo C.S.T.P. y que presentaron Morbilidad puerperal en el Hospital Modular de Chiquimula en el año de 1980.

TIPO DE ANESTECIA	No.	%
Epidural	17	94.44
General	1	5.55
TOTAL	18	100 %

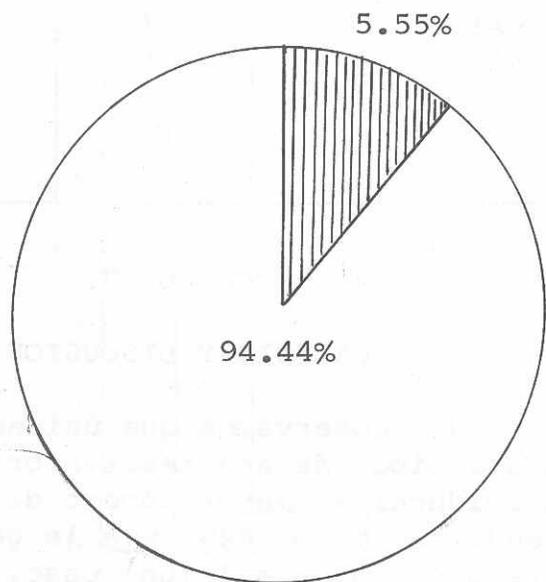
CUADRO V.

ANALISIS Y DISCUSION

En este cuadro observamos que únicamente se utilizaron dos tipos de anestesia, correspondiendo le a la epidural el mayor número de casos que es de 17, equivale al 94.44%; y a la general 5.55 % que corresponde sólo a 1 (un) caso.

CUADRO V.

Tipo de anestesia de pacientes a quienes se les realizo C.S.T.P. y que presentaron morbilidad en el Hospital Modular de Chiquimula en el año 1980.



GENERAL . [hatched box]

EPIDURAL. [white box]

CUADRO VI.

Pacientes quienes presentaron morbilidad Post-cesárea. En el Hospital Modular de Chiquimula durante el período del año 1980.

MORBILIDAD PUERPERAL	No.	%
Endometritis	6	33.33
Absceso	5	27.77
Dehiscencia herida op.	7	38.88
TOTAL	18	100 %

CUADRO VI

ANALISIS Y DISCUSION

Se analiza en este cuadro a los pacientes que presentaron morbilidad puerperal correspondiéndole el mayor porcentaje a dehiscencia de herida operatoria 38.88% que equivale a 7 pacientes y menos porcentaje a absceso con 27.77% - que corresponde a 5 pacientes.

También se puede mencionar a Sangrado genital anormal, martitis, Retención de restos placentarios, peliperitonitis y absceso, los cuales no presentaron en nuestra casuística.

CONCLUSIONES

1. La morbilidad en estudio y que se considera aceptada dentro de el rango de el 10 al 20% dentro de los que en caja nuestros resultados.
2. El grupo étareo más efectuado po infección puerperal es de 16 a 20 años con un 50%.
3. Del grupo estudiado las más primigestas presentaron el mayor porcentaje de afección puerperal con el 61.11%
4. El parametro que presentó mayor porcentaje en lo que se refiere a edad - géstacional fué el de 38 a 42 semanas con un 72.22%
5. Del grupo estudiado por indicación de la cesárea, el mayor porcentaje corresponde a la estrechez pélvica con un 72.22%
6. El 94.44% de anestésias fué de tipo - epidural.
7. La dehicencia de hériada operatoria fué el tipo de afectación que presentó más frecuencia que equivale al 38.88% con un número de 7 casos.

RECOMENDACIONES

1. Evitar los contactos posibles de infección de la siguiente forma:
 - a) No permitir el ingreso a la sala de operaciones a personas que hayan padecido recientemente ó que padezcan infección de las vías respiratorias superiores.
 - b) Efectuar en lo posible el menor número de tactos durante el trabajo de parto.
 - c) Efectuar un asepsia adecuada antes de realizar un tacto vaginal
2. Hacer cultivos de secreción de hériada operatoria y secreción vaginal obligatoria en toda paciente infectada, para conocer el agente causal más frecuente.
3. Motivar estudios prospectivos de esta índole, en el departamento de Obstetricia para comprobar año con año los aspectos generales de cada estudio y mejorar cada vez más los defectos en que se incurra.

BIBLIOGRAFIA

1. Williams Obstetricia 4ta. reimpression Ed. Salvat, S.A. Mex. 1976
2. Ralph. C. Benson, Diagnóstico y Tratamiento Gine-Coobstetricos Ed. El manual moderno Mex. 1979.
3. Ernest Jawest, Manual de Microbiología Médica Ed. manual moderno 5ta. Edición Mex. 1973.
4. Post-Cesárea Maternal Morbidity (análisis of 700 cases) Puente Gonzáles H.P. et al. Gynecol-Obstetric Mex. 1975
5. Gibbs R. S. de Cherney A.H. and Schwarz R.H. Prophylactic Antibiotics in Cesarean Section. A. double blind Sudy Am. J Pbstel Ginecol. 1972.
6. Gúzman Gaitan Carlos Humberto "Operación Cesárea en el Hospital Roosevelt" Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1976.
7. Molina Garcia Noel Noe "Infección Obstetrica post-Cesárea". Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos - Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1,980.

8. Schwarcz, Ricardo et.al. "Obstetricia" El Ateneo. Pedro Garcia S.A. Buenos Aires 1977.
9. Gonzalo Sáenz Aguilar, Tesis Incidencia de Infección en Cesárea en la Maternidad del Hospital Roosevelt 1976.
10. Meade P.B. Louria D.B. Antibiotics in Pelvic. Infections Clinic Obstet - Gynecol. 1969.

Br.

Julio H. Falacios

Julio Héctor Falacios Dávila.

Dr.

[Signature]

Asesor.

DRA. EVA ALICIA CARDENAS CASTELLO

Dr.

[Signature]

Revisor.

Rolando López Villagran

Dr.

[Signature]

Director de Fase III
Carlos Waldheim

Dr.

[Signature]

Secretario

Raúl A. Castillo Rojas

Vo. Bo.

Dr.

[Signature]

Decano.

Rolando Castillo Montalvo