

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL NACIONAL
DE AMATITLAN

REVISION DE DOS AÑOS DE ENERO DE 1979 A
DICIEMBRE DE 1980

MARCO TULIO QUIROA CLEMENT

Guatemala, Junio de 1981.

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

OBJETIVOS

MATERIAL, METODOS Y RECURSOS

ASPECTOS GENERALES

- a) HISTORIA DE LA OPERACION
CESAREA
- b) DEFINICION
- c) INDICACIONES
- d) TECNICAS QUIRURGICAS

RESULTADOS

- a) DATOS GENERALES
- b) EDAD MATERNA
- c) NO DE GESTAS
- d) PROCEDENCIA
- e) CONTROL PRENATAL
- f) ESTADO DE MEMBRANAS A SU INGRESO
- g) INDICACIONES DE CESAREA
- h) MEDIOS DE DIAGNOSTICO
- i) TECNICAS UTILIZADAS
- j) CESAREA MAS POMEROY
- k) COMPLICACIONES
- l) TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

7. CONCLUSIONES
8. RECOMENDACIONES
9. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación, --- constituye un estudio retrospectivo sobre --- "Operaciones Cesáreas en el hospital de Amatitlan"; el cuál será presentado como trabajo de tesis, previo a finalizar la carrera de Mé dico y Cirujano, en la Universidad de San -- Carlos de Guatemala.

Considerando que es poco frecuente la in-- tervención quirúrgica a madres embarazadas - previas a dar a luz, pero sí es un problema - del cuál es necesario determinar su inciden - cia, además señalar los factores más importan - tes que sobre antecedentes, diagnóstico y tra - tamiento, se manejan en este hospital.

Con este estudio pretendo establecer, no - solo su incidencia, sino también: la edad de la paciente, la multiparidad, procedencia, ra - ra, el diagnóstico preoperatorio, tratamiento y complicaciones quirúrgicas; y algunas carac - terísticas previas al procedimiento y después - del mismo.

Se espera entonces que con el presente tra - bajo pueda establecer, la incidencia de Cesá - reas, principalmente y a la vez dar a conocer algunos parámetros faltantes que son de impor - tancia para el diagnóstico y tratamiento de -- las distocias obstétricas, en este hospital.

ANTECEDENTES

En lo que a este estudio respecta, no encuentre otra investigación en este hospital, con respecto a cesáreas, sin embargo se han realizado otros estudios en diferentes hospitales, que son los sig:

1. Dr. Luis Felipe Estrada.

Tesis: "Incidencias de cesáreas" en el hospital Modular de Chiquimula. Período de dos años (enero 1978 a enero 1980). Universidad de San Carlos de Guatemala. Total de partos 2,460 total de cesáreas 154.

(1) cesárea por 15.97 de partos (6.25%)

2. Dr. Otto Luis Marroquin.

TESIS: Operación Cesárea. En el Hospital de Escuintla. Revisión de los primeros 100 casos de Cesáreas 1980. Universidad de San Carlos de Guatemala. Total de partos 559. Total de cesáreas 100. (1) cesárea por 0.17 partos, Equivalente a 15.20%.

3. Dr. Amir Fishman Kerbis.

TESIS: Operación Cesárea. En el Hospital Militar. Revisión de cinco años de 1973 a 1978. Universidad de San Carlos de Guatemala. Total de partos 1,251. Total de Cesáreas

245.

(1) cesárea por 5.10 partos. Equivalente a 13.6%.

4. Mario Aníbal Huertas Recinos.

TESIS: Consideraciones sobre Cesáreas corpórea en la Maternidad del Hospital Roosevelt. Revisión de 10 años 1959 a 1969. Universidad de San Carlos de Guatemala. Promedio de (1) Cesárea por cada 31.35 partos. Equivalente a un 3.19%.

5. Dr. Luis Alfonso Macal.

TESIS: Operación Cesárea. En el Hospital Nacional de Retalhuleu. Revisión de 125 casos de 1 de Febrero de 1979 al 31 de Enero de 1980. Universidad de San Carlos de Guatemala. Total de partos 1,399. Total de cesáreas 125. (1) cesárea por 11.19 partos. Equivalente a -- 8.20%.

6. Dr. José Arturo Monroy. Operación Cesárea. En el Hospital de Mazatenango, de Enero a Diciembre de 1979. Universidad de San Carlos de Guatemala. Total de partos 2,576. Cesáreas 109.

(1) Cesárea por 23.63 Equivalente a 4.0%.

OBJETIVOS

A) GENERALES:

1. Contribuir al conocimiento del uso de cesárea, para resolver problema de distocia en Guatemala.

B) ESPECIFICOS:

1. Determinar la relación de edad de embarazada, y la operación Cesárea en el hospital de Amatitlán.
2. Conocer las condiciones distocias- que condujeron a la operación Cesárea en el hospital.
3. Establecer si la multiparidad, es tá relaconada con las pacientes -- operadas de Cesárea en el hospital de Amatitlán.
4. Establecer los criterios utilizados para hcer diagnóstico, previo a la operación Cesárea.
5. Determinar que porcentaje de pa - cientes con indicación de Cesárea tuvieron control prenatal.

6. Conocer las complicaciones quirúrgicas más frecuentes, y en que porcentaje se presentaron en el hospital de Amatitlán

MATERIAL, METODOS Y RECURSOS:

MATERIAL:

Las pacientes que se les practicó Cesárea, en el hospital de Amatitlán en el período com prendido del año 1979 al 1980.

METODOS:

Con respecto al método se empleará el deduc tivo, se investigará en el departamento de ar chivo del hospital de Amatitlán, todas las pape letas del depto. de maternidad que tienen trata miento operatorio de Cesárea en el período --- comprendido en el año 1979 al 1980. Para lo --- grar establecer la incidencia total de pacien - tes que se les practicó Cesárea, además de in vestigar la edad, la raza, procedencia, antece dentes obstétricos, diagnóstico preoperatorio, y tratamiento y compliaciones; para este fin se han diseñado las respectivas papeletas, en las que seran anotados todos estos datos.

RECURSOS:

1. RECURSOS HUMANOS:

- 1.1 Médico asesor y revisor.
- 1.2 Médico investigador
- 1.3 Personal del Detpto. de Archivo médico y del hospital de Amatitlán

RECURSOS FISICOS:

- 2.1 Instalaciones.
 - 2.1.1 Hospital Nac. de Amatitlán
 - 2.1.2 Departamento de archivo médico.
 - 2.1.3 Bibliotecas.
 - 2.1.3.1 USAC
- 2.2 OTROS:
 - 2.2.1 Historias clínicas de archivos médicos, del depto. de maternidad.
 - 2.2.2 Literatura existente al respecto
 - 2.2.3 Papeletas diseñadas a propósito - para la investigación.
 - 2.2.4 Máquina de escribir
 - 2.2.5 Papelería.

HISTORIA DE LA OPERACION CESAREA

Una de las explicaciones cuenta en la leyenda de Julio César nació por cesárea, pero su madre vivió muchos años después, por lo tanto es insólito suponer que la madre de Julio César sobreviviera a ésta intervención quirúrgica en el año 100 A. de C.

La segunda explicación describe que en la ley Romana que se supone fue promulgada por Numa Pompilio siglo séptimo A. de C., ordenó que se interviniera a las mujeres muertas con embarazo terminal para así poder salvar al niño, y lo designaban con el nombre de caeseare, pero revisando literatura anterior y posterior a esto, no menciona ninguna ley ni intervención.

La última teoría cuenta que en la edad-media lo designaron con el nombre de caesare por derivar del verbo latino caedade-caesare que significa cortar, literatura posterior a esto no lo comprueba.

Los poetas desde el tiempo de Eneas y Virgilio al de Macdul y Shakespeare, mencionan niños nacidos prematuramente del vientre de su madre. Además los niños nacidos por esa vía adquirirían poderes sobrenaturales y eran heroes por encima de todos los mortales.

En el año 1500 cuentan que el castrador Jacob Nufes practicó la cesárea a su esposa esta sobrevivió pero el caso fue publicado - hasta 1591 por rumores de tres décadas.

En el año 1882 Max Sanger introdujo la sutura de la uterina, la cual fue clave para la evolución de dicha operación.

Al mismo tiempo en Estados Unidos Louisiana se publicaron 17 casos de cesáreas hechas con sutura de plata, de estas 8 sobrevivieron, lo cual fue marca extraordinaria para esos tiempos.

Posteriormente Frank en 1907, Kronning-1912, Kerr 1926 y muchos otros idearon nuevas técnicas para evitar la intensa hemorragia e infecciones que fueron las dos principales complicaciones en todos estos tiempos.

Ya en 1871 el Doctor Eligio Baca Médico Guatemalteco realizaba la primera cesárea en Centro América, posteriormente en 1905 el Dr. Juan J. Ortega realiza la primera cesárea en el hospital General San Juan de Dios. Mencionamos también que el Dr. Lizardo Estrada en 1919 realiza la primera cesárea en la Maternidad Joaquina, y en 1955 el Dr. Arturo Zeceña realiza la primera cesárea en el hospital Roosevelt.

DEFINICION:

Es la extracción del feto por vía abdominal aplicando incisión en el abdomen y en el útero, para llegar al feto es necesario atravesar la cavidad peritoneal, (a esta le llamaremos cesárea transperitoneal) ahora si rechazamos el peritoneo sin penetrar en él (le llamariamos cesárea extraperitoneal).

FRECUENCIA:

En la literatura norte y sur América encontramos una incidencia del 5 al 6%, dependiendo también de la parturida.

INDICACIONES:

CESAREA ANTERIOR:

Es una indicación relativa para la operación cesárea, la cicatriz uterina resultante de otra cesárea o de cualquier otra operación en el útero. Si la operación anterior se complicó con infección, no debe confiarse en la herida uterina y deberá practicarse cesárea antes que comience el trabajo de parto. Siempre que durante el embarazo se descubra por palpación abdominal cicatriz adelgazada en el útero, no debe permitirse parto por vía vaginal, sino por vía abdominal practicando el procedimiento quirúrgico.

PRESENTACIONES FETALES ANORMALES:

Las presentaciones anormales como la de hombro irreducible, la de frente o cara, no sólo cuando, se esclavan sino también - cuando se detienen en un nivel alto de la pelvis o también por (agrandamiento) o por desproporción del cráneo con la pelvis, se constituye en indicación de cesárea; hay -- otras presentaciones como ejemplo:

Presentación alta de nalgas, acompañado de dificultad en la dilatación o malas partes blandas (sobre todo si es primigesta añosa) también podríamos agregar situaciones transversas y en macrosomías fetal se práctica - procedimiento quirúrgico.

SUFRIMIENTO FETAL INTRA UTERINO:

Cuando los intercambios entre el feto y la madre estan disminuidos se reduce el --- aporte del oxígeno al feto y la eliminación de los productos del metabolismo fetal (la - retención de anhídrido carbonico produce -- acidosis gaseosa). La disminución del aporte del oxígeno causa una disminución en la presión paracial del gas en la sangre fetal procediendo en sí hipoxemia fetal. La aci dosis y la hipoxemia fetales produciendo - un aumento prolongado del tono simpático.

Por lo que produce un aumento de la frecuen

cia. En el sufrimiento fetal puede presentarse, la taquicardia o bradicardia también.

LA TAQUICARDIA:

Es cuando en el foco fetal esta por arriba de 160 latidos por minuto este signo es - considerado uno de los primeros indices del - sufrimiento del feto con respecto a la bradicardia, la encontramos cuando la FCF nasal es menor 120, por minuto, esto es a consecuencia de la depresión del automatismo cardiaco producido por la hipoxia.

ESTRECHEZ PELVICA:.

Cuando el diámetro antero posterior del estrecho pelvico superior mide 8 cms. o menos el feto a término no puede nacer por la vía - natural. Este diámetro pequeño es indicación absoluta para operación cesárea.

Si el diámetro conjugado obstétrico esta entre 8 a 10 cms. Hay poca probabilidad de parto vaginal, del feto de tamaño normal y para el ensayo del parto no debe permitirse más de 6 a - 10 horas en el primer período. Debe practicar se rotura de membranas antes de decir clínicamente que hay desproporción cefalo pélvia, - cabe que la cabeza no encaja adecuadamente a - causa de la bolsa de agua. Por otra parte conviene conservar el amnios lo más posible para impedir sepsis. Por este mismo motivo las mem

branas solo deben romperse artificialmente cuando se ha efectuado exploración vaginal-aséptica para decidir las ventajas relativas de la extracción por operación cesárea y la vaginal.

En el 80% de las pacientes en quienes el diámetro conjugando obstétrico está entre 10 y 11 cms. El parto será adecuado por la vía vaginal. En los restantes se necesita operación cesárea. Es probablemente predecir que pacientes que tienen diámetro conjugado diagonal entre 10 y 11 cms. darán a luz por vía vaginal y cuáles necesitarán intervención quirúrgica. Es necesario hacer un ensayo de parto durante 10-12 horas para tomar decisión apropiada en caso dado, a parte de esto es indispensable efectuar estudios radiológicos de la pelvis, estimar tamaño, posición, postura y presentación del feto y valorar las contracciones uterinas. La estrechez en la mesopelvis puede ser indicación de cesárea, el diámetro inter espinoso normal mide 10.5 cms. si hay disminución de 1 cms. o más puede haber distocia importante en plano medio a menos que el diámetro sagital posterior de la mesopelvis compense la disminución del diámetro inter espinoso. -- "Cuando la suma del diámetro inter espinoso del plano medio y el diámetro sagital posterior de la mesopelvis es menor de 13.5 debe sospecharse en desproporción céfalo pélvica grave en el plano medio, talvés se ne-

cesita operación cesárea sin embargo no siempre ocurre así; ello depende de el volumen del feto.

Amoldamiento de la cabeza fetal, contracciones uterinas y posición del vertice.

PLACENTA PREVIA:

La operación cesárea se realiza para tratar la placenta previa. Se opera principalmente cuando la placenta previa es completa y se aconseja para pacientes con placenta previa parcial en quienes el cuello uterino es largo y esta cerrado, o cuando la placenta cubre parte importante del orificio interno. La intervención quirúrgica impide los desgarros inferior a causa del parto por vía vaginal y aumenta la supervivencia fetal.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA:

La hipertonia es la causa de todos los procesos que produce el desprendimiento de la placenta. En el desprendimiento existe aumento del tono y de la presión intramiométrica, por la cual el miometrio comprime los vasos que la atraviesan colapsando a las venas, no así a las arterias cuya presión es superior a la intramuscular.

Esto quiere decir que la presión sanguínea en los capilares, en las venas, y en los lagos sanguíneos del útero sube hasta alcanzar altos

valores y rompe los vasos capilares, venosos y los lagos sanguíneos originando hema toma y desprendimiento, no descartado que la compresión de los vasos al reducir el - aflujo sanguíneo es causa también de la -- anoxia, y por lo cual es necesario efectuar cesárea.

TUMORES PELVICOS:

En el caso de un fibroma Voluminoso, en el segmento inferior o en el cuello del útero puede causar obstrucción. Lo mismo sucede cuando existe un tumor macizo o -- quístico del ovario que dificulta el parto es indicación de operación de cesárea.

PRE ECLAMPSIA:

La intervención quirúrgica es un método peligroso para extraer el feto, en caso de eclampsia, sin embargo, tiene utilidad limitada para determinar el embarazo en algunas pacientes con eclampsia grave.

Si los síntomas progresan rápidamente a pesar del tratamiento y cabe suponer que comenzaran las convulsiones antes que pueda ocurrir el parto por vía vaginal, la intervención Quirúrgica en ocasiones es buen método para terminar la gestación.

CONTRA INDICACIONES:

No debe practicarse cesárea si el feto esta muerto, sin embargo existen excepciones por ejemplo: placenta previa total, será necesario vaciar el útero por el abdomen para evitar una hemorragia materna grave ; al -- igual caso el desprendimiento de la placenta, la cesárea es necesaria cuando pelagra la vida de la madre que es amenazada por -- hemorragia y coagulopatía. Desproporción - insuperable, presentación anormal no atendida, moustros dobles y obstrucción por tumores.

Algunos consideran que la indicación - más frecuente es la distocia, y entre los - casos de distocia más frecuentes se encuentran los siguientes con indicaciones abdutas.

- 1- Desproporción cefalo pélvica
- 2- Estrechez pélvica
- 3- Tumor en el canal de parto
- 4- Placenta previa total central
- 5- situación transversa
- 6- Cáncer del cuello uterino
- 7- Primigesta añosa, con feto en podálica
- 8- Inminencia de ruptura uterina
- 9- Presentación en podalica con cesárea -- anterior.
- 10- Falta de dilatación del cuello
- 11- Fistula vesico vaginal o recto vaginal

En otros trabajos he encontrado otro tipo de clasificación la cuál es la sig:

INDICACIONES MATERNAS:

- 1- Algunos casos de eclampsia
- 2- Enfermedades crónicas
- 3- Insuficiencia cardíaca
- 4- Transtornos mentales
- 5- Tumores previos
- 6- Pelvis estrecha
- 7- Pelvis asimétrica
- 8- Pelvis planas
- 9- Tumores oseos
- 10- Problemas de partes blandas
- 11- Anomalías congénitas
- 12- Cirugía vaginal previa (fístulas)
- 13- Ca. cervix

OTRAS INDICACIONES:

Enfermedades que compliquen el embarazo o parto, Apendicitis, Glomerulonefritis, ictericias graves, Reparación de fistulas -- recto, vésico vaginales.

TIPOS DE OPERACION CESAREA:

Hay cuatro métodos de alumbramiento abminal.

- 1.- CESAREA CLASICA: Para la cual se hace una incisión vertical en el segmento uterino superior.

2.- OPERACION DE SEGMENTO INFERIOR O CERVICAL INFERIOR: En la cual se practica una incisión transperitoneal transversal o vertical en el segmento uterino inferior.

3.- OPERACION EXTRAPERITONEAL: En la cual se llega al segmento uterino inferior por extraperitoneo.

4.- CESAREA CON HISTERECTOMIA: Combinación de cesárea (generalmente clásica típica), seguida de histerectomía (preferentemente total).

3.- TECNICAS QUIRURGICAS

INCISION DE KERR EN SEGMENTO INFERIOR:

Se caracteriza la vejiga y se prepara el abdomen como campo estéril. Bajo anestesia adecuada teniendo a la paciente en posición de Trendelenburg, se hace una incisión supra pública media de corte en músculo transversal o de pfannestiel. Se abre el abdomen tratando de no dañar la vejiga; el segmento uterino se descubre con separadores, el peritoneo suelto entre la vejiga y el útero se corta cerca de su unión, al útero, transversalmente y en forma semilunar, con la cavidad -- hacia arriba, aproximadamente cinco cms. a -- cada lado de la línea media. Después que se

ha cortado peritoneo, se despega suavemente con un dedo hacia el pubis, socavando la vejiga. Se inserta un serparador ancho (como valva anterior del separador de Balfour), para rechazar la vejiga por debajo de la sínfisis del pubis y descubrir el segmento uterino inferior.

Con un bisturí bien afilado se corta el útero de forma elíptica transversal, -- marcando el miometrio a lo largo de toda la incisión que se intenta, y entrando en el útero sólo en la línea media. Generalmente las membranas se rompen al llegar a este punto y será necesario la aspiración del líquido amniótico para despejar el campo y facilitar la visión. Luego con la tijera de vendaje se corta la pared uterina, primero hacia la derecha, luego hacia la izquierda, encurvando la incisión hacia -- arriba en la punta de manera que quede -- paralela a los lados del útero, así, en -- caso de que deba prolongarse, no cortará -- los vasos uterinos. La incisión deberá ser suficientemente grande para permitir la salida de la cabeza fetal. En lugar de usar tijera, la abertura en el segmento -- uterino inferior se puede hacer con los dedos, el índice de cada mano, que se introducen en la abertura de la línea y se separan a lo largo de la línea de incisión -- previamente marcada. Se debe evitar cor--

tar o desgarrar las arterias uterinas.

Después de que se ha hecho la incisión, se introduce una mano entre la sínfisis del pubis y la cabeza fetal, con la palma de la mano hacia la cabeza. Se quitan todos los separadores abdominales mientras se gira el occipucio hacia la herida. Se presiona la cabeza suavemente hacia la arriba, al mismo tiempo que el ayudante ejerce presión en el fondo uterino. Como resultado de esta combinación, la cabeza saldrá por extensión. Rara vez será necesario utilizar instrumentos, como vectis o forceps de Simpson pequeño, o ejercer presión transvaginal desde -- abajo para desalojar una cabeza que esté -- fuertemente encajada en la pelvis. Cuando ha salido la cabeza por lo general es tarea sencilla sacar lentamente los hombros, uno a la vez, como se sacan los hombros por la vagina.

El cordón se pinza por dos lugares y se secciona, el ayudante reanima el producto según lo necesite. Mientras tanto la placenta disecada es en forma manual y se libera en sus uniones al útero. Se administra lentamente oxitocina o Ergotrate por vía venosa para lograr una contracción uterina fuerte, y auxiliar en la hemostasis. La superficie endometrial se examina cuidadosamente y se limpia de cualquier residuo de membrana. Se explora el agujero interno

del cuello con un dedo para asegurarse de que hay un drenaje loquial posoperatorio adecuado.

La herida se sierra en dos planos de sutura continua o puntos interrumpidos - con catgut crómico número cero, esmerándose en asegurar la aposición del miometrio y la hemostasia, especialmente los ángulos de la incisión uterina. Parece no importar que el endometrio se incluya o no en la primera capa de puntos aunque algunos creen importante suturar el miometrio de tal modo que se excluya el endometrio.

Se efectúa la peritonización juntando los bordes del corte peritoneal, con una sutura continua fina de catgut. Algunos superponen el borde inferior a la superficie peritoneal superior, pero esta técnica no tiene ninguna ventaja específica. Antes de proceder a cerrar la pared abdominal por capas deberán examinarse trompas y ovarios, y se explorará la cavidad peritoneal concienzudamente, suprimiendo sangre y residuos acumulados.

INCISION DE KRONIG EN SEGMENTO INFERIOR:

La técnica de Kronig sólo difiere de la Kerr en cuanto a la incisión uterina se refiere. Los preparativos y la incisión abdominal son iguales. Se procede al repliegue peritoneal como en el caso de la de Kerr pero el peritoneo superior necesita mucho más disección para tener la seguridad de que el peritoneo cubra más tarde la incisión uterina longitudinal. La incisión uterina se hace verticalmente en el segmento inferior y se extiende con tijera de vendaje hacia la vejiga por medio de separador y con visualización, y hacia arriba hasta la parte inferior del segmento uterino superior por debajo del peritoneo. Si la paciente ha estado con trabajo de parto avanzado por algún tiempo, se puede esperar - que el segmento uterino inferior se haya estirado de manera que algunas veces es posible hacer completa, en este segmento, la incisión de Kronig.

Las manipulaciones posteriores para sacar al feto y la placenta se efectúan de manera ordinaria. Para cerrar, se necesitan dos o más capas de sutura continua o interrumpida con catgut crómico número cero, asegurando la hemostasia. Los bordes peritoneales se juntan con una sutura continua con catgut crómico - dos ceros. Se debe tener cuidado de no empujar la vejiga demasiado arriba contra la pared

abdominal, puesto que esto causaría grandes dificultades durante una operación cesárea posterior sin que fuera necesario.

OPERACION CESAREA CLASICA:

Generalmente se necesita una incisión en la pared abdominal en la línea suprapúbica. Se examina el útero para detectar -- sinistrotorsión, ó luego seguir la línea media. Se hace una incisión longitudinal de aproximadamente 11 cms. a través del espesor de la pared uterina hacia el -- saco amniótico, teniéndose cuidado de no -- cortar el feto. El líquido amniótico se -- derrama y se aspira.

Como la placenta con frecuencia está -- encajada en la superficie anterior de la -- cavidad uterina es común encontrarla cuando se abre el útero durante la cesárea clásica. Es mejor disecar rápidamente a lo largo del plano de despegamiento hasta el borde de la placenta, donde se puncionan las membranas y se entra en el saco amniótico. No es -- preferible cortar a través de la placenta, -- aunque se hace a menudo, porque es posible -- que se presente una grave hemorragia fetal. En cualquier caso el procedimiento se debe realizar rápidamente para reducir al máximo la hipoxia fetal.

Cuando se ha penetrado en la cavidad -- amniótica, se introduce una mano para localizar, identificar y así uno de los pies, o de preferencia ambos. Se realiza una extracción suave de las nalgas para sacar al feto a través de la herida uterina. El cordón se secciona entre dos pinzas; se extrae la placenta, se administra el agente uterotónico; -- se limpia el revestimiento endometrial, y el agujero interno se explora de la misma manera que en la de Kerr.

La herida se cierra por lo menos con -- tres capas de sutura continua o interrumpida de catgut cero crómico, cuidando de juntar -- el miometrio y cerrar todo el espacio muerto.

Debe asegurarse la hemostasia antes de peritonizar. Se efectúa la exploración abdominal y la limpieza de peritoneo antes de cerrar la herida abdominal.

PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación se presentaran los datos estadísticos que revistieron mayor importancia en el estudio y revisión de operaciones cesárea efectuadas durante el tiempo comprendido de:
Enero de 1979 a Diciembre de 1980.

CUADRO # 1

CESAREA EN RELACION A PARTOS		
		%
Total de Partos	3,449	100
Total de Cesáreas	156	4.52

En los datos anteriores, nos da la relación de (1) cesárea por cada 22.10 partos. La mortalidad materna encontrada en la siguiente investigación fué de (0) pacientes.

En el cuadro de arriba anotado podemos darnos cuenta de que nuestros índices de pacientes operadas se encuentran los límites tomados como normales, los cuales son para los Estados Unidos entre 4.2 y 5.7% y para latino América se han situado entre 5.0 y 6.0%, refiriendo que toda estadística que sobrepase estas cifras demuestra una indicación abusiva. Por lo cuál nos demuestra que se han tenido buen juicio en los casos operados y no se han efectuados cesáreas innecesariamente.

44.87	70	Primitivas
22.84	40	Secundarias
29.48	48	Terminales
100 %	158	TOTAL

Los datos que se muestran en el cuadro anterior, demuestran que la incidencia de cesáreas primarias y secundarias, en primer lugar, la primera tiene un 44.87% lo que equivale a 158 cesáreas.

CUADRO # 2

EDAD MATERNA

	#	%
15	2	1.28
10 - 20	38	24.35
21 - 25	53	33.97
26 - 30	30	19.23
31 - 35	21	13.46
36 - 40	9	5.76
41 y más	3	1.92
TOTAL	156	100 %

En el cuadro # 2 podemos ver que el 59% de los pacientes que consultaron, están comprendidos entre las edades de 15 a 25 años (haciendo un subtotal de 93 pacientes) y un 41% entre las edades de 26 a 41 años, (subtotal de 63).

CUADRO # 3
No. DE GESTAS

	#	%
Primigestas	70	44.87
Secundistas	40	25.64
Muhiparas	46	29.48
TOTAL	156	100 %

Nos damos cuenta que la incidencia entre madres primigestas, multiparas y secundigestas hay diferencia, la primera tiene un 44%, la segunda tiene un 29.48%, la tercera tiene un 25.64%.

CUADRO # 4

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES OPERADAS

	#	%
Amatitlán	86	55.12
Escuintla	40	25.64
Villa Nueva	30	19.23
TOTAL	156	100 %

En este cuadro # 4 observamos que hay un porcentaje de 55.12% para el municipio de Amatitlán, y un 25.64% para el Depto. de Escuintla, agregando también un 19.23% para el municipio de Villa Nueva,

CUADRO # 5

CONTROL PRENATAL

	#	%
Si recibieron	18	11.53
No recibieron	138	88.46
TOTAL	156	100%

En el cuadro anterior podemos ver que un número de 18 pacientes tuvieron control prenatal (11.53) y 138 pacientes no tuvieron control prenatal (88.46%).

CUADRO # 6
ESTADO DE MEMBRANAS AL INGRESO

	#	%
Membranas rotas	58	37.17
Membranas enteras	98	62.82
TOTAL	156	100 %

En este cuadro podemos dar cuenta que de los 156 pacientes que fueron operadas un 37.17% ingresaron con membranas rotas, y un 62.82% con membranas enteras.

CUADRO # 7
INDICACIONES DE CESAREAS

	#	%
1. Cesárea Anterior	44	28.20
2. Desproporcio Cefálo P.	30	19.23
3. Situación Transversa	23	14.74
4. Sufrimiento Fetal	18	11.54
5. Primigesta en Podalica	16	10.26
6. Estrechez Pélvia	7	4.49
7. Placenta Previa	7	4.49
8. Prolapso de Cordon	5	3.21
9. Agotamiento Materno	3	1.92
10. Inminencia Uterina	1	0.64
11. Distocia de Cuello	1	0.64
12. Pre-Eclampsia	1	0.64
TOTAL	156	100 %

Con respecto a este cuadro # 7, podemos ver que las cesáreas anteriores presentaron

un porcentaje de 28.20%, las desproporciones cefálo pélvicos tuvieron un porcentaje de -- 19.23%, las situaciones transversas fué de - 14.74%, los sufrimientos fetales presentaron un 11.54%, y las primigestas en podálica un 10.26%. Estrechez pelvica con 4,48%, placenta previa con un 4.48%, prolapso de Cordón - con un 3.21%, Agotamiento materno con un -- 1.92%, Inminencia Uterina 0.64%, Distocia de Cuello con un 0.64%, y la pre eclampsia - con un 0.64%.

CUADRO # 8
MEDIOS DE DIAGNOSTICO

	Rx.	Ex.	F.	#	%
1. DCP	18	12		30	
2. Estrechez Pelvia	4	3		7	
3. Situación Transversa	0	23		23	
4. Sufrimiento Fetal	0	18		18	
5. Primigesta en P.	0	16		16	
6. Placenta Previa	0	7		7	
7. Prolapso de Cordón	0	5		5	
8. Agotamiento Materno	0	3		3	
9. Inminencia Uterina	0	1		1	
10. Distocia de Cuello	0	1		1	
11. Pre-Eclampsia	0	1		1	
12. Cesárea Anteriores	0	44		44	
	22				14.10
		134			85.89
				156	100 %

En este cuadro # 8 podemos observar que de las 156 pacientes que se les operó, 22 de ellas se les tomó placa de Rayoz "X" y 134 se les practicó exámen físico para el diagnóstico preoperatorio.

CUADRO # 9
TECNICAS UTILIZADAS

	#	%
Est.	155	99.35
C. Corporea	1	0.64
TOTAL	156	100%

De las 156 papeletas revisadas, (1) se le practicó cesárea corporea y (155) fueron cesáreas segmentarias.

CUADRO # 10
No. DE CESAREAS

	#	%
1o.	114	73.07
2o.	17	10.89
3o.	25	16.04
TOTAL	156	100 %

El cuadro # 10, nos demuestra el mayor porcentaje lo presentó la primera cesárea con un 73.07, la segunda cesárea con un -- 10.89 y la tercera cesárea con 16.04.

CUADRO # 11
CESAREAS MAS POMEROY

	#	%
Se Efectúo Pomeroy	28	17.94
No se efectúo Pomeroy	128	82.05
TOTAL	156	100%

En el cuadro anterior se observa que el número de Pomeroy que se realizaron fue de 28 casos (17.94) y a las que no se les efectuó Pomeroy fue de 128 casos (82.05).

CUADRO # 12
COMPLICACIONES

	#	%
Infección Urinaria	14	60.86
Infección Herida Op.	7	30.44
De Hicencia de Herida	2	8.69
TOTAL	23	100 %

En un total de 23 complicaciones, el 60.86% es infecciones urinarias, un 30.44% o sea 7 pacientes con infección de herida y un 8.69 (2 -- ptes) por dehicencia de herida operatoria.

CUADRO # 13
TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES

	#	%
Ampicilina	14	8.98
Penicilina + Cloranfenicol	7	4.48
Kanamicina	2	1.28
TOTAL	23	14.74

En el cuadro anterior nos demuestra el uso de ampicilina, predomina principalmente con un 60.86%, y 7 casos de tratamiento de Penicilina más Cloranfenicol (30.44) y por último un 8.69 de Kanamicina para las complicaciones post operatorias.

CONCLUSIONES

- 1) La relación que existe entre el número de partos y las cesáreas fué de (1) una cesárea por cada 22.10 partos.
- 2) El porcentaje de cesáreas encontrado fué - 4.52% con lo que nuestro resultado esta -- entre los índices normales que la literatura extranjera existe y demuestra que las - operaciones han sido justas.
- 3) No se encontró mortalidad materna.
- 4) Los grupos de edad más afectados fueron de 16 a 20 años, con un (24.35%), de 21 a 25 años con (33.97%) y de 26 a 30 años con -- (19.23%) y un (13.46) para las edades 31 a 35 años.
- 5) A las pacientes primigestas se les practicó cesárea con un 44.87%, luego las pacientes multiparas con un 29.48%. Por último las secundigestas con un 25.64%.
- 6) El 55.12% de las pacientes que se atienden en la maternidad del hospital de Amatitlán son del mismo municipio, quiere decir que esto que el hospital cubre el 55.12% de su población.

- 7) La mayoría de las pacientes a quienes se efectuó cesárea no tenían control prenatal 88.46%.
- 8) A los pacientes que se les efectuó cesárea, el 37.17% ingresaron con membranas rotas y el 62.82% con membranas -- enteras.
- 9) La indicación más frecuente fué, la cesáreas anteriores con un 28.20%, las - DCP con un 19.23%, la situación transversa con un 14.74%, sufrimiento fetal con 11.54%, y seguida de las primigestas en podalica con un 10.26%.
- 10) El medio e diagnóstico más empleado --- fue el de exámen físico y tacto vaginal con un 85.89%.
- 11) El tipo de cesáreas más frecuentes fué: la cesárea segmentaria transperitoneal con un 99.35%.
- 12) De los 156 casos revisados, 23 tuvieron complicación en un porcentaje 14.74%.
- 13) El antibiótico que más frecuencia tuvo fue la ampicilina con un 8.97% sobre -- los 23 casos de complicación post operat^orio.

RECOMENDACIONES

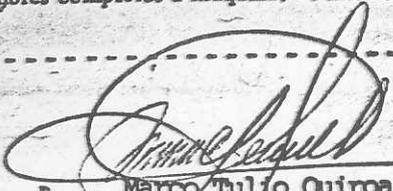
- 1) Se recomienda equipar adecuadamente los hospitales Departamentales y de los municipios principalmente el de Amatlán, - en material de todo tipo, tanto diagnós- tico como de tratamiento, ya que el área de influencia del mismo es bastante exten- sa.
- 2) Procurar mejorar el seguimiento de las - pacientes educando a la población por los distintos medios de comunicación sobre la importancia del control prenatal programa- do.
- 3) Mejorar el personal de adiestramiento (co- madronas) que muchas veces brindan aten- ción a las madres embarazadas.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Luis Felipe Estrada. Incidencia de Cesáreas en el Hospital Modular de Chiquimula. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1980. 40 p.
- 2- Otto Luis Marroquin. Operación Cesárea en el hospital de Escuintla. Tesis -- (Médico y Cirujano). Guatemala Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1980. 45 p.
- 3- Amir Fishman Kerbis. Operación Cesárea en el hospital Militar. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1978. 25 p.
- 4- Mario Aníbal Huertas Recinos. Consideraciones sobre Cesárea corpóreas en la Maternidad del Hospital Roosevelt. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1969. 27 p.
- 5- Luis Alfonso Macal. Operación Cesárea en el hospital de Retalhuleu. Tesis -- (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1980. 35 p.

- 6- José Arturo Monroy. Operación Cesárea en el hospital de Mazatenango. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1979. 45 p.
- 7- Ernesto Alarcón E. La operación Cesárea en el hospital Roosevelt de Guatemala. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1958. 54 p.
- 8- Mario Adolfo Cahueque Acosta. La operación Cesárea en el Hospital Nacional de Retalhuleu. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1978. 29 p.
- 9- César Augusto Díaz Molina. Incidencia e Indicación de Cesáreas realizadas en pacientes obstétricas en el Hospital de Cobán. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos Facultad de Ciencias Médicas. 1978. 29 p.
- 10- Williams. OBSTETRICIA, 4a. Ed. México, -- Salvat Editores 1973. pp 1220-1223.
- 11- Ricardo Schwarcz. OBSTETRICIA cuarta -- reimpresión. "El Ateneo" 1977. p 849-863.

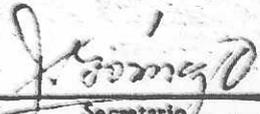
c) Firma respectiva
d) Poner los nombres completos a máquina. El interesado deberá poner su nombre como Vecindad.

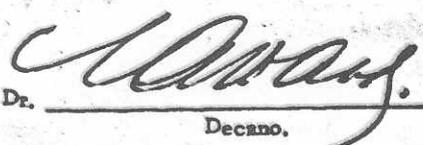

Br. Marco Tulio Quiroa Clement

Asesor.
Jorge Rolando Morales

Dr. 
Revisor.
Jorge Velásquez Carza


Director de Fase III
Dr. Carlos A. Waldheim C.

Dr. 
Secretario
Raúl A. Castillo Rodas

Bo.
Dr. 
Decano.
Rolando Castillo Montalvo