

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CESAREAS DEPARTAMENTALES"

Revisión de historias clínicas durante
cuatro años en el Hospital Roosevelt
de Guatemala.

SANDRA EUNICE FLORES R.

Guatemala, Marzo de 1981.

PLAN DE TESIS

- I. Introducción
- II. Objetivos
- III. Material y Métodos
- IV. Recursos
- V. Antecedentes
- VI. Cesareas: Definición, condiciones indicaciones, incidencia, contraindicaciones, complicaciones.
- VII. Técnica operatoria
- VIII. Presentación de resultados.
- IX. Análisis y discusión de resultados
- X. Conclusiones
- XI. Recomendaciones
- XII. Bibliografía.

I. INTRODUCCION

Considero que revisiones como la presente se hacen necesarias ya que en la Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala, a toda paciente que ingresa con diagnóstico de Cesarea anterior realizada en un Hospital Departamental, con embarazo a término más trabajo de parto, se le cesariza; lo anterior basado en el hecho de que en realidad la paciente no da una historia fidedigna sobre las razones para efectuarle la primera cesarea, el post-operatorio se desconoce ignorándose si la paciente tuvo un puerperio complicado o normal, además de que se desconce si durante el acto operatorio hubo complicaciones tales como rasgaduras etc. tipo de incisión quirúrgica, si fué esta segmentaria o corporea.

Con la llegada de personal médico especializado a los Hospitales departamentales de toda la república, podriamos asumir que la técnica operatoria se ha ido modificando y haciendose cada vez mejor, esto nos hace reflexionar sobre la conducta que se sigue en este tipo de pacientes en los Hospitales de la capital y analizar si existe o no un motivo para ello, lo que puede hacerse solo mediante investigaciones retrospectivas como la actual con el fin único de tener bases científicas y actualizadas para justificar tales conductas.

El presente trabajo de Tesis se realizó en pacientes que fueron tratadas -- con operación "Cesarea" en la Maternidad del Hospital Rossevelt por existir previamente el antecedente de una cesarea anterior Departamental como indicación principal durante un período de tiempo -- que comprendió del 1ºro. de enero de --- 1,977 al 31 de Diciembre de 1,980.

II. OBJETIVOS:

1. Evaluar la frecuencia de pacientes con cesarea anterior Departamental que ingresaron al Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt durante los años 1,977 al 80.
2. Determinar si la conducta adoptada por los médicos Obstetras del Hospital Roosevelt respecto a este tipo de pacientes es valedero.
3. Conocer que tipo de cesarea es la efectuada en los Hospitales Departamentales.
4. Saber si efectivamente las técnicas quirúrgicas se han modificado en el interior de la República, reduciendo con ello los índices de morbilidad.
5. De acuerdo a los hallazgos que se han contribuido a mantener actualizados los estudios científicos para justificar las conductas que se siguen, mediante datos estadísticos de valor objetivo.

III. MATERIAL Y METODOS:

A) MATERIAL:

1. Pacientes que hallan ingresado con el diagnóstico de cesarea Departamental a la Maternidad del Hospital Roosevelt desde el 1ero. de Enero de 1,977 al 31 de Diciembre de 1,980.
2. Revisión de Libros é Historias clínicas de tales pacientes en el Departamento de Archivo del Hospital -- Roosevelt.

B) METODO:

1. Retrospectivo
2. Inductivo
3. Analítico-Sintético
4. Estadístico.

IV. RECURSOS:

A) HUMANOS:

- 1) Personal Médico del Departamento de Maternidad del Hospital - Roosevelt de Guatemala.
- 2) Miembros del archivo del Hospital Roosevelt de Guatemala.

B) MATERIALES:

- 1) Historia clínica de cada una de las pacientes sometidas al estudio.
- 2) Libros de Operaciones de Labor y Partos y Septico del departamento de Maternidad.
- 3) Archivos del Hospital Roosevelt.
- 4) Trabajo de Tesis del Dr. Hilmar René Molina con su revisión de 10 años sobre el manejo de pacientes con cesarea departamental anterior allactual.
- 5) Publicaciones y Textos de Obstetricia relacionadas con el tema.
- 6) Equipo de oficina.

V. ANTECEDENTES:

En Guatemala sólo existe una Revisión similar efectuada en el Hospital Roosevelt por el Dr. Hilmar René Molina Castellanos en su trabajo titulado "ANALISIS DEL MANEJO DE LA PACIENTE CON CESAREA ANTERIOR EFECTUADA EN LOS HOSPITALES DEPARTAMENTALES DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA" -- (Revisión de casos efectuada en el Hospital Roosevelt, durante los años comprendidos del 1.º de enero de 1,967 al 31 de diciembre de 1,976, -- tal trabajo fué efectuado y presentado en el mes de junio de 1,977. -- Aquí se demostró que de los 39 casos revisados el 100% de pacientes eran multíparas, que el 59% de las pacientes estaban comprendidas entre las edades de 21 y 30 años, que un 66% -- tuvo control prenatal, sólo la mitad de las pacientes tuvo cesarea electiva ya que la otra mitad ingresó de emergencia con trabajo de parto, de todas el 100% de casos fué resuelto con cesarea, siendo el 92% cesarea segmentaria, 1 de cada 3 pacientes -- tenía cesarea corporea y no se encontraron complicaciones quirúrgicas, -- anestésicas ni puerperales.

VI. CESAREA, CONCEPTO Y SUS INDICACIONES:

A) DEFINICION: Parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero. Lo esencial de la intervención consiste en la histerotomía; por lo tanto no se refiere a la extracción del feto de la cavidad abdominal en casos de rotura de útero o de embarazo extrauterino.

B) CONDICIONES: Hace pocos años aún -- los libros clásicos indicaban las 4 condiciones siguientes:

- 1) INDICACION ESTRICTA: Aunque en la actualidad se interviene con un criterio de gran tolerancia para las indicaciones lo que hace que hoy en día se abuse de la cesarea cada vez con más frecuencia.
- 2) BOLSA INTEGRAL: Antes se temía tanto a la peritonitis que se hacía solo la cesarea con bolsa íntegra, para evitar contaminaciones del peritoneo. Hoy en día -- los antibioticos y las nuevas técnicas segmentarias permiten operar con bolsa rota, a veces de muchas horas sin que la mortalidad y morbilidad de la operación aumenten.
- 3) AUSENCIA DE MANIOBRAS VAGINALES: Otro -- tanto cabe decir de esta antigua condición, hoy en día tactos vaginales no son

bajo ningun punto de vista contraindicaciones formales de la cesarea.

- 4) QUE LA DISTOCIA NO PUEDA RESOLVERSE POR VIA VAGINAL: Esta es también una condición relativa ya que es evidente que hay una serie de estados distocicos que pueden resolverse indistintamente por una de las dos vías. Sin embargo no siempre la solución abdominal y vaginal son equivalentes, por lo tanto se deben considerar las tres siguientes posibilidades: 1) casos en que la solución abdominal es, a todas luces mejor que la vaginal. 2) casos en los que la solución vaginal es mejor que la abdominal. 3) casos en que ambas posibilidades están equilibradas. En este tercer apartado la inclinación hoy día es por la vía abdominal.

En resumen se puede decir que de las cuatro condiciones que antes se ponían como preceptivas para poder hacer una césarea, subsisten las 4 pero ampliamente sobrepasadas.

C) INDICACIONES:

Williams en su Obstetricia las clasifica en Primarias y Secundarias. En cerca de la mitad de las cesareas que se realizan en la actualidad en Estados Unidos de Norte América, la indicación -

principal y a menudo la única para realizarla consiste en la EXISTENCIA DE UNA CICATRIZ POR UNA CESAREA PREVIA, estas intervenciones se denominan "Cesareas Secundarias" y se fundan en el hecho de que la cicatriz anterior presenta el riesgo de romperse, en especial durante el parto. La otra mitad de todas las cesareas "Primarias" se realiza a consecuencia de una serie de indicaciones que en orden decreciente de frecuencia son:

1. DISTOCIAS: Estrechez pélvica, presentaciones anómalas, feto grande, disfunción uterina.
2. Sufrimiento fetal intenso.
3. Placenta previa.
4. Desprendimiento prematuro de placenta.
5. Enfermedades maternas intercurrentes: diabetes, nefropatías, cardiopatías descompensadas.
6. Prolapso del cordón.
7. Toxemia gravídica: Pre-eclampsia, eclampsia é hipertensión crónica.
8. Primigravida añosa.
9. Infección itrapartum.

10. Intervención quirúrgica previa.

11. Miscelanea.

Como ya se señaló en la lista anterior, la indicación más frecuente para realizar una cesarea primaria es la distocia (51.4%), una causa importante de distocia es la Desproporción fetopelviana, éste término se emplea con profusión para designar un grupo numeroso de casos en que la distocia es el resultado de algún tipo de insuficiencia "Especial", -- siendo los ejemplos más claros de esto, la estrechez pelvica, o el hecho de que el niño se de un gran tamaño.

A veces es necesario realizar una cesarea por una serie de indicaciones -- asociadas, ninguna de las cuales justificaría la intervención si se considerara aisladamente, por ejemplo una paciente pre-eclamptica con estrechez moderada y con un feto cuya cabeza está sin encajar, cuando se dan varias indicaciones parciales, puede haber mayor peligro en el parto por via vaginal de modo que a veces -- al sumarse estas fracciones crean indicación por el conjunto de ellas.

Los autores Botella Llusia-Clavero Nuñez nos dan otra clasificación de las indicaciones de cesarea así:

- 1) ABSOLUTAS: diametro conjugado verdadero menor de 6.5 cms.
- 2) RELATIVAS: todas las demás indicaciones.
- D) INCIDENCIA:

Según Chase la incidencia de la intervención en los Estados Unidos oscila entre 4.2 y 5.7% de los partos. En Inglaterra Gales y Holanda alcanza un 2.7% y un 1.25% -- respectivamente. En España 3.78%, aunque -- debe aclararse que la incidencia varía según las clínicas, de acuerdo con el tipo de pacientes que se atiende y el personal médico. Según estudios procedentes de hospitales docentes y otras instituciones hospitalarias de la Unión Americana, la incidencia -- oscila entre 6 y 7%, cifra que ha ido aumentando en la última década.

Un método de análisis estadístico posiblemente más informativo, consiste en investigar en que proporción de casos se ha realizado la extracción abdominal por una indicación determinada, siendo así:

SEGUN WILLIAMS:

placenta previa.....	67%
Desprendimiento prematuro placenta.	15%
Diabetes.....	19%

- Prolapso del cordón.....12%
- Presentación pelviana.....10%
- Toxemia..... 2%

SEGUN BOTELLA LLUSIA:

- Obstáculos mecánicos.....64%
- Obstáculos clínicos.....13%
- En interés del feto.....19%
- En interés de la madre..... 4%

E) CONTRADICCIONES:

En la practica de la bostetría moderna no hay virtualmente ninguna contra-indicación para efectuar la cesarea.

F) CESAREA ITERATIVA:

Es aquella en la que persiste la causa que originó la primera cesarea.

- A) Razones en favor de la repetición de la cesarea:
 - a) Persistencia de la indicación
 - b) Peligro de dehiscencia de la herida uterina.
 - c) Mala dinámica uterina.

d) Estado Psiquico de la paciente.

B) Razones en contra de la repetición de la cesarea:

- a) Mal establecimiento de la indicación anterior.
- b) Aparente distocia por desproporción fotopelviana.
- c) Mejor cicatrización del útero (técnicas moderadas).

En cuanto a la elección del momento para repetir la cesarea, si se decidiera, para tener confianza en que el niño es maduro han de tomarse en cuenta los siguientes factores: - subjetivos: Buen control prenatal (Exactitud de la fecha de la última regla, auscultamientos fetales entre la 16 y 18 semana, peso del feto, de 3,000 gms. o más). Objetivos: Ultrasonido, amniocentesis.

PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA:

Muchos obstetras experimentados consideran que si no se repiten los motivos de la primera intervención y si la paciente ha dado a luz anteriormente un niño normal bajo observación cuidadosa. Sin embargo la debilidad latente de la cicatriz es frecuente, en ocasiones tal debilidad se detecta mediante histerografía, cuando la mujer no esta embarazada. Ni las técnicas radiológicas, ni los hallazgos clínicos tales como la evolución de la primera operación de la paciente, localiza

ción de la placenta en el embarazo actual, tipo de incisión ú operación previa, habilidad del cirujano anterior ó incluso el hecho de un parto vaginal intercalado, proporcionan garantía indiscutible de la integridad de una cicatriz bajo la tensión del parto. Con todo, muchas instituciones serias informan acerca de un 30-40% de partos vaginales realizados con éxito despues de una cesarea.

F) COMPLICACIONES:

- a) INMEDIATAS: trans-operatorias: herida de la vejiga en el corte del peritoneo visceral, hemorragia (del corte del segmento, del sitio de inserción de la placenta, extensión del corte a las arterias uterinas), herida del niño.
- b) MEDIATAS: Peritonitis, infección de venas (flexibitis y embolias secundarias), ileo paralítico o reflejo (por adherencias o manipuleo de asas intestinales).
- c) TARDIAS: Infección de la herida operatoria, adherencias, fístulas utero-abdominales, diastasis de los rectos.

G) PRONOSTICO:

La mortalidad materna por cesarea realizada por menos competentes es del --

0.2% o menos.

El máximo de mortalidad perinatal puede ser o llegar a ser del 12%.

VII. TECNICAS OPERATORIAS:

La histerotomía puede llevarse a cabo a nivel del cuerpo uterino (cesarea -- Corporea). o del segmento inferior (cesarea segmentaria).

La cesarea corporea llamada por su antigüedad cesarea clásica, pese a su facilidad ha sido casi abandonada porque es una operación que no satisface y que por ello -- debe reservarse para casos excepcionales. -- Su ejecución exige una laparatomía muy extensa y si el contenido ovular no es puro, -- la siembra séptica es muy extendida, lo que aumenta con la movilidad posterior del cuerpo uterino, por otra parte, es sabido que -- la parte alta de la cavidad peritoneal se -- defiende mal. La sección del músculo a pesar de ser en la línea media es muy hemorrágica: los labios gruesos de la incisión tienen tendencia a evertirse, siendo difíciles de reunir con la sutura, y en el post-operatorio la constante actividad del músculo afloja los puntos y provoca la dehiscencia de la brecha. La adherencia sólida de la serosa al miometrio hace imposible la buena peritonización, por este motivo, se -- producen secundariamente muchas adherencias que pueden originar una oclusión intestinal.

La cesarea segmentaria es la operaci3n m3s practicada en el presente a causa de que ofrece mayores seguridades inmediatas y tard3as. Podemos puntualizar en ella las siguientes ventajas: a) Con una laparatom3a m3s peque1a se aborda el 3tero en un punto declive de la cavidad p3ritoneal, donde la serosa es m3s resistente, la reabsorci3n t3xica no existe casi y donde no se tropieza con el epipl3n ni el intestino, disminuyendo el manoseo y por lo tanto el shock. b) En esa regi3n el peritoneo puede ser despegado y permite luego una buena peritonizaci3n con menor probabilidad de adherencias posteriores. c) La menor vascularizaci3n del segmento de menos hemorragia y siendo una zona delgada y pasiva, despu3s de la expuls3n del huevo es m3s f3cil de suturar y en reposo cicatriza mejor. d) El asiento fijo y bajo de la herida proporciona en caso de infecci3n un mejor bloqueo y defensa.

lro. INCISION DE LA PARED: Debe hacerse con cuidado ya que se adelgaza tanto en la pre1ez que es f3cil herir los 3rganos subyacentes, las incisiones que se pueden practicar con dos: La mediana infraumbilical y la transversal o de Pfannestiel.

a) INCISION MEDIANA INFRAUMBILICAL: Se hace una incisi3n mediana entre el pubis y el ombligo de unos 15cms. de longitud. En las cesareas iterativas se reseca la

cicatriz anterior. C3lo se ligan los vasos importantes con objeto de extraer lo m3s r3pidamente posible el feto. Se incide verticalmente la aponeurosis, la abertura del peritoneo se hace en el punto superior a la incisi3n, para no herir la vejiga, que a veces tiene una situaci3n muy alta, haciendo un pliegue con pinzas de Kocher. Ojal con bistur3 y incisi3n vertical con tijera.

b) INCISION TRANSVERSAL O DE PFANNESTIEL: La incisi3n se practica en el surco suprasinfisario, siguiendo una trayectoria transversal arqueada. La hemostasia debe realizarse cuidadosamente por cuanto se seccionan muchos vasos. La apertura de la aponeurosis se har3 tambi3n transversalmente despues de lo cual se separar3 de los m3sculos rectos y piramidales disecando en forma roma hacia arriba y abajo; en cambio la linea alba que se hallar3 en el centro del campo operatorio se seccionar3 a tijera, tambi3n en direcci3n al ombligo y pubis. El borde superior de la incisi3n se fijar3 a la piel por debajo del ombligo, mediante un punto que tome piel, celular subcutaneo y eponeurosis. La separaci3n de los m3sculos rectos y la apertura del peritoneo se realizan siguiendo la misma t3cnica que para la incisi3n longitudinal. Si excepcionalmente fuera preciso ampliar la incisi3n se pueden liberar uno o ambos rectos anteriores de su inserci3n en el pubis teniendo especial cuidado de suturarlos en la misma zona cuando se hace la s3ntesis de la herida. Con --

cualquiera de ambas incisiones una vez - que se ha abierto la cavidad peritoneal se cubren los bordes de la herida con -- compersas de gasa.

La exposición del campo operatorio se realiza mediante separadores y una -- valva suprapubiana o mediante el separador estático de Balfour. Se introducen comprensas aisladoreas a los lados y hacia el fondo del útero para desminuir -- la contaminación abdominal con líquido -- amniotico, sangre, etc.

Ambas incisiones tienen ventajas y desventajas e inconvenientes que impiden sistematizar su uso. La elección de la incisión deberá hacerse de acuerdo con el buen juicio crítico del operador basado en su propia habilidad quirúrgica -- en la indicación de la operación, en las dificultades que se presume encontrar, -- en la posibilidad de realizar la mejor -- profilaxis de las eventraciones post-ope-- ratorias y recordando que la estética es un aspecto a considerar.

2o. INCISION DEL PERITONEO UTERINO Y DESPRENDIMIENTO VESICAL:

La incisión del peritoneo visce-- ral se hace por encima de la vejiga. Re-- conocido el fondo de saco vesicouterino, se hace un ojal a 1-2cms. más arriba y -- por el se lo secciona transversalmente -

unos 12cms. Después de tomar su borde infe-- rior con una pinza o aro, se lo desprende (y con el la vejiga) a dedo, con una tijera -- curva de punta roma cerrada, o mejor con una pinza montada con una gasa, de la misma mane-- ra se hace hacia arriba para separar el col-- gajo superior, en este desprendimiento hay -- que proceder con cuidado para no lesionar -- los plexos venosos que asientan por debajo. Si se va a realizar una histerotomía longitu-- dinal se debe desprender la vejiga bien ha-- cia abajo, si se hace una incisión transver-- sal del segmento inferior, procedimiento que aconsejamos, el despegamiento peritoneal ne-- cesario es mínimo, lo cual es ventajoso por los menores riesgos de hemorragia venosa y -- de celulítis.

3o. SECCION DEL SEGMENTO INFERIOR:

La histerotomía puede realizarse:
1o. En dirección longitudinal (técnica de -- Kroning y de Opitz), 2o. En dirección trans-- versal (Técnica de Munro Kerr).

La técnica más usada actualmente es la segunda o sea la transversal.

4o. EXTRACCION FETAL Y DE LOS ANEXOS OVULA-- RES:

Se recurre en la presentación cefálic-- ca a distintas maniobras: unos con dos de-- dos buscan la boca del feto y la llevan ha-- cia adelante buscando exteriorizar el mentón

fuera de la brecha uterina para que la mano introductiva como palanca por detrás de la cabeza trate de extraerla por flexión; otros en cambio hacen la maniobra de llevar el occipital hacia adelante y enuclean la cabeza por deflexión. Ambos procedimientos son facilitados por la expresión fundica del ayudante. Las maniobras instrumentales puestas a contribución con el mismo fin se hacen mediante el fórceps o utilizando pinzas de aro aplicadas en el cuerpo caelludo del niño como elemento de tracción. En caso de dificultades es necesario agrandar la incisión. En las presentaciones podálicas y en la situación transversa se hace extracción por las nalgas, valiendose de los pies, extrayendo la cabeza última por una maniobra parecida a la de Mauriceau. En este instante se debe inyectar ocitocina (5 U.I.) o derivados del cornezuelo de centeno ya directamente en el utero o por via intravenosa para disminuir la hemorragia y acelerar el alumbramiento.

El alumbramiento se realiza por tracciones del cordón y presiones del fondo uterino. En los casos excepcionales en que esto fracasa se practica el alumbramiento manual. Debe cuidarse que tanto los cotiledones como las membranas salgan en totalidad.

5o. CIERRE DEL UTERO: Se vuelve a colocar los separadores y la valva para tener buen campo. El segmento inferior se sutura en dos planos con cargut crómico 0 ó 1. El primero en sutura continua toma todo el espesor de ambos labios musculares de la herida, con excepción de la mucosa. El segundo también musculomuscular invaginante del primero con puntos en X o en sutura continua. Actualmente la sutura en dos planos se está abandonando en beneficio de la síntesis en un sólo plano, ya que se ha demostrado que con ésta se logra una cicatrización tan buena como con la primera y una cavidad del útero menos defromada. La sutura en un sólo plano se realiza con Catgut crónico 1 con puntos en U o en X (son preferibles los primeros, por cuanto producen una buena hemostasis, sin ser necrosantes como ocurre con los segundos), perforantes o bien con sutura continua.

Con cualquiera de ambas técnicas el último paso consiste en rehacer el peritoneo visceral con una sutura continua, uniendo con catgut simple 0 el colgajo superior con el inferior peritoneovesical.

6o. CIERRE DEL ABDOMEN: Para ellos se procede de antes a la extracción de las compresas aisladoras, a la limpieza de la cavidad abdominal, a la eliminación de valvas, separadores y cambio de campos y la verificación de la buena retracción uterina.

La pared abdominal se sutura por planos, según la técnica habitual, comenzando por el peritoneo parietal en forma continua con catgut simple 0.

La sutura del plano muscular es imprescindible y requiere un cuidado muy especial por cuanto las embarazadas presentan una marcada diastasis de los rectos anteriores que puede dar lugar a eventraciones si no se la repara correctamente. Si se ha operado con la incisión transversal inexorablemente se habra abierto ambas vainas de los rectos, por lo que su sutura no plantea dificultades. Se realiza mediante puntos en U de aproximación con catgut 1 simple.

Pero si se ha efectuado la incisión mediana lo habitual es que al incidir la aponeurosis se haya abierto solo una de las vainas y se encuentre al descubierto un sólo músculo recto. Por lo tanto para la reparación del plano muscular es imprescindible abrir la otra vaina.

Por fin se sutura la piel con algodón. Terminada la operación exprime el útero a través de la pared abdominal para eliminar los coagulos que pueda contener. La herida se cubre con gasas mantenidas con cinta adhesiva.

En el post-operatorio se utilizan --

analgésicos y en algunas ocasiones dependiendo del caso se administran antibioticos profilacticos.

En el caso de administraciones sanitarias y en algunas ocasiones dependientes de ellas se administran antibióticos profilácticos.

VIII.-

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Número y porcentaje de pacientes a las que se les efectuó Cesarea por tener Cesaria anterior Departamental y Edades.

EDAD	No. PACIENTES	%
15-20	22	14.7
21-25	74	49.6
26-30	23	15.4
31-35	17	11.4
36-40	7	4.6
41-45	4	2.7
46 y más	2	1.3
	149	100%

CUADRO No. 2

Número y porcentaje de pacientes. Nuliparas, Pequeñas Multiparas y Grandes Multiparas.

PARIDAD	No. PACIENTES	%
Nulipara	0	0
Pequeña Multipara	124	83.22
Gran Multipara	25	16.7
	149	100 %

NOTA: Entiendase por pequeña Multipara de 2-5 partos y por Gran Multipara más de los partos.

ANALISIS DEL CUADRO No. 1:

Podemos apreciar claramente que en total el número de pacientes investigadas fué de 149, de éstas el 49.6% de las pacientes se encontraban en las edades de 21 a 25 años, el 15.4% entre los 26 y 30 años, siendo seguidas luego en orden descendente por pacientes arriba de los 30 años, lo que nos demuestra como ya es de nuestro conocimiento que en nuestro país la edad reproductiva de la mujer siempre es mayor en mujeres que se encuentran en las edades de 20 a 30 años, lo que también era de esperar en el presente estudio.

ANALISIS DEL CUADRO No. 2:

Vemos en este cuadro que el 83.22% de las pacientes eran pequeñas Multíparas o sea con partos de 2 a 5 y sólo el 17 % eran grandes multíparas, con partos arriba de 6, lo anterior talvez pueda explicarse por la difusión cada vez mayor de los métodos de la planificación familiar ya que en años pasados (década de los 60) nuestras mujeres en edad reproductiva en un alto porcentaje eran grandes multíparas, a pesar de ellos tenemos de cualquier forma superpoblación.

CUADRO No. 3:

Grupos Etnicos de las pacientes en investigación		
GRUPOS ETNICOS	No.	%
Ladino	136	91.2
Indígena	13	8.7
Total	149	9

CUADRO No. 4:

Pacientes con y sin control prenatal, dentro y fuera de la capital.

Hospital Roosevelt	62	55.8
Centro Salud Capital	31	27.9
Médico Particular	7-III	6.3
Sin control Prenatal	38	25.1
	149	100 %

CUADRO No. 5:

Pacientes con y sin trabajo de parto comparado a con y sin control prenatal.

	No.	Con C.P.	SIN C.P.
Con trabajo de parto	141	98 (69.5%)	33 (23.4%)
Sin trabajo de parto	8	8 (100 %)	0
	149	106	33

ANALISIS DEL CUADRO No. 3:

De este cuadro no hay que hacer mayor análisis pues vemos claramente que el 91 % de las pacientes son de raza ladina y sólo un 8.7 % indígenas, lo que puede explicarse quizás por el hecho de que la raza indígena neta no consulta a los hospitales de la república para resolver sus embarazos, sino que prefiere tener su parto en casa atendida por una comadrona, por el conyugue o por otra persona allegada a la familia. Debemos recordar que aunque es mínimo el porcentaje de embarazos que se complican antes o durante el trabajo de parto, cuando esto sucede en las indígenas usualmente fallece el niño, la madre y a veces ambos, por falta de atención médica.

ANALISIS DEL CUADRO No. 4:

Podemos apreciar que el 74 % de las pacientes investigadas tuvieron control prenatal, la mayoría (55.8 %) en la Consulta Externa del Hospital Roosevelt, el 28 % en los centros de salud de la capital, el 10 % en los centros de salud del interior de la República y un 6.3 % con Médico Particular.

Vemos también que el 25% de las pacientes investigadas no tuvieron control prenatal, lo que nos sigue demostrando que quizás por aspectos culturales o ignorancia, las pacientes a pesar de saber que tienen cesarea

o cesareas previas y de que su embarazo actual es de alto riesgo NO llevan control prenatal adecuado, lo que pone aún en mayor riesgo tanto la vida del niño como la de la madre.

ANALISIS DEL CUADRO No. 5:

De este cuadro vemos que el 88 % (141) de las pacientes en estudio cuando ingresaron a la Emergencia de Maternidad ya tenían trabajo de parto bien establecido y que sólo un 12 % de las pacientes (8) ingresaron al Hospital sin trabajo de parto enviadas por la consulta externa ya que habían sido pacientes que se encontraban en control prenatal y a las cuales se les envió para efectuarseles cirugía electiva. Debe también hacerse la aclafación de que estas pacientes también tenían otros problemas aparte de su cesarea departamental sobreagregados.

CUADRO No. 6:

Indicación de la Cesarea en Hospital Roosevelt.

		No.	%
1.	Cesarea Deptal. más T. de T.	88	59.0
2.	C. Deptal. más T. de P. Puerperio complicado	27	18.1
3.	C. Deptal. más T. de P. más ruptura prematura de membranas.	11	7.3
4.	C. Deptal. más T. de P. más Podálica.	6	4.0
5.	C. Deptal más T. de P. más pelvis estrecha.	4	2.7
6.	C. Deptal más T. de P. mas Transreija	3	2.0
7.	C. Deptal. más T. de P. más desprendimiento prematuro Placenta normo Inserta.	3	2.0
8.	C. Deptal. más T. de P. más Pre-eclampsia.	3	2.0
9.	C. Deptal más T. de P. más Ruptura Uterina	1	0.7
10.	C. Deptal más T. de P. más Disyunción del Segmento.	1	0.7
11.	C. Deptal. más T. de P. más sufrimiento fetal intenso.	1	0.7

		No.	%
12.	C. Deptal más T. de P. más Gemelar.	1	0.7
		149	100 %

ANALISIS DEL CUADRO No. 6:

Este cuadro es el que considero yo que tiene mayor importancia para la presente investigación científica, en el vemos que el 59 % de las pacientes fueron intervenidas por el hechos de tener Cesarea departamental más trabajo de parto, lo que vendría a corroborar lo ya dicho anteriormente, o sea que en el Hospital Roosevelt a toda paciente con cesarea departamental se le cesariza.

Sin embargo de las investigaciones efectuadas se pudo encontrar que el 41 % de las pacientes tenían además de los anteriores (cesarea departamental más trabajo de parto) algún otro problema sobreagregado para efectuarles cirugía, de este porcentaje la otra indicación que coexistió como mayor fué la de paciente con puerperio complicado siendo seguida por fetos en podálica, pacientes con pelvis estrecha etc. lo que nos demuestra que también en un alto porcentaje coexiste una cesarea de tipo iterativa, o sea aquella en la que indicación inicial vuelve a repetirse.

CUADRO No. 7

Tipo de Incisiones encontradas en las pacientes in vestigadas.

TIPO DE INCISION	No.	%
Segmentaria	143	96
Corporea	5	4
	149	100%

CUADRO No. 8

Complicaciones Intraoperatorias encontradas en las pacientes en Estudio.

COMPLICACIONES	No.	%
Multiples Adherencias	49	71.0
Vejiga Inserción - alta	11	16.0
Utero dextrorrotado.	3	4.3
Segmento Varicoro	2	2.8
Rasgadura Segmento	2	2.8
Placuta Adherente	1	1.4
Quiste del Ovario der.	1	1.4
	69	100 %

CONTINUA...

CONTINUACION CUADRO No. 8

No se encontraron complicaciones.

80
149

ANALISIS DEL CUADRO No. 7

Otro cuadro de suma importancia en el que se demuestra que en el 96 % de las pacientes estudiadas (143, de las 149 ptes) se encontraron incisiones de tipo segmentaria, mientras que en el 4 % (6 - pacientes) se encontraron incisiones de tipo, corporea. Ello nos demuestra que aunque todavía presente el tipo de incisión corporea ya no se utiliza mucho en la actualidad, favoreciendo de tal manera a nuestras pacientes.

ANALISIS DEL CUADRO No. 8

En el 46% de las pacientes estudiadas se encontraron complicaciones intraoperatorias de las cuales la mayor incidencia fué en el 71% de pacientes con múltiples adherencias, siendo seguidas por pacientes con vejiga de inserción alta con un 16 % y luego otras complicaciones con menos porcentajes.

CUADRO No. 9

Procedimientos extras efectuados durante la cesarea.

PROCEDIMIENTO	No.	%
Pomeroy	7	50.0
Cesarea Corporea	4	28.5
Legrado A ciclo Abierto	1	7.1
Histerectomía lab total	1	7.1
Apendicectomía Prótiláctica	1	7.1
	14	100%
No se efectuaron procedimientos Extn.	135 ptes.	
	<hr/> 149	

ANALISIS DEL CUADRO No. 9

En el 9.3% de las pacientes se realizaron procedimientos extras (14 de las 149 pacientes estudiadas), de ellas en el 50 % de los casos tal procedimiento fue ligadura por Pomeroy, siendo seguida por cesáreas corpóreas, en estas pacientes por haberseles encontrado adherencias y otras complicaciones hubo de efectuarles una incisión de tipo corpóreo, en una paciente se efectuó un legrado a cielo abierto, a otra una histerectomía parcial cuya indicación fué atonía uterina irreversible, y se efectuó una apendicectomía profiláctica.

Ello nos indica que a pacientes a las cuales se les encontraron complicaciones difíciles de resolver se les procedió a efectuar Pomeroy para evitar embarazos futuros y con ello mayor riesgo de la paciente.

CUADRO No. 10

Hospitales Departamentales en donde se habian efectuado las cesareas anteriores.

HOSPITALES DEPTALES.	Nº.	%
Antigua	27	18.1
Cobán	23	15.4
Escuintla	18	12.0
Amatitlán	16	11.0
Jutiapa	12	8.0
Zacapa	10	7.0
Cuilapa	6	4.0
Quetzaltenango	5	3.4
Quiché	4	2.6
Sololá	4	2.6
Totonicapán	4	2.6
San Marcos	3	2.0
Huehuetenango	2	1.3
Tiquisate	2	1.3
Jalapa	2	1.3
Chiquimula	1	0.7
Retalhuleu	1	0.7
Mazatenango	1	0.7
Izabal	1	0.7
Petén	1	0.7
EL SALVADOR	2	1.3
HONDURAS	2	1.3
NICARAGUA	1	0.7
ESTADOS UNIDOS	1	0.7
	149 ptes.	100%

ANALISIS DEL CUADRO No. 10

En este cuadro básicamente la procedencia de las cesareas anteriores o más - bién dicho el Hospital en el que se había efectuado el procedimiento quirúrgico pre vio y vemos que un 18.1% de las cirugías se habían efectuado en el Hospital Nacional de la Antigua siendo seguidas en un - 15.4% por el Hospital de Cobán, en un 12% por el Hospital de Escuintal, 11% Hospital de Amatitlán y así consecuentemente. Vemos que no influye la cercanía o lejanía de un Hospital determinado para que - las pacientes consulten al Hospital Roosevelt y que tampoco hay una diferencia muy marcada entre los Hospitales. Me parece a mí que quizás muchas pacientes deciden venirse a tener su parto a un Hospital de la cabecera central porque buscan una mejor atención a su problema, aunque en algunas pacientes tal situación será fortui ta.

Me pareció interesante encontrar tam bién 6 pacientes entre el grupo estudiado de pacientes que procedían de lugares cen troamericanos y una de un Hospital de los Estados Unidos, lo que hace nuestro Hospi tal de tipo internacional. Debo de aclarar que en ninguna de estas pacientes se encontró cesareas de tipo corporea, lo -- que nos demuestra que ya no se utiliza tal incisión fuera de nuestras fronteras, aun que esto no es concluyente tampoco.

CUADRO No. 11: Recién nacidos Vivos y muertos de acuerdo al sexo.

R.N.	No.	SEXO	No.	%
NACIDOS VIVOS	146	Masculinos	74	49.3
		Femeninos	72	48.0
NACIDOS MUERTOS	4	Masculinos	1	0.6
		Femeninos	3	2.0
			150	100%

NOTA: 1 embarazo Gemelar.

CUADRO No. 12 Pesos de los R. N.

PESOS	No.	%
3-4 lbs.	1	0.6
4-5 lbs.	13	8.6
5-6 lbs.	36	24.0
6-7 lbs.	66	44.0
6-7 lbs.	34	22.6
	150	100%

ANALISIS DEL CUADRO No. 11:

Este cuadro analiza el número de recién nacidos vivos y los nacidos muertos de acuerdo al sexo, vemos que nacieron - 146 vivos de los cuales 74 fuerón masculinos y 72 femeninos. Debe de aclararse que hubo embarazo gemelar por lo que en total obtenemos 150 recién nacidos de -- las 149 pacientes con embarazo estudiadas.

ANALISIS DEL CUADRO No. 12:

Este cuadro analiza los pesos de -- los recién nacidos de donde vemos que el más alto porcentaje se obtuvo en el promedio de peso entre 6 y 7 libras, siendo seguida por los recién nacidos con pesos de 5 y 6 libras, luego por los de mayor peso de 7 libras y por último vemos que es muy bajo el porcentaje de recién nacidos con peso menor de 5 libras, lo que -- nos demuestra una vez más que ha mejorado nuestra población, obteniendo recién nacidos de buenos pesos o por lo menos -- dentro de límites aceptables.

X - CONCLUSIONES:

- 1o. La afluencia de pacientes al departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt se ha incrementado notablemente, esto lo vemos aunque tan sólo de una forma parcial en el hecho de que cuando se hizo -- este estudio que sólo tomó 4 años se encontraron 149 pacientes para tal investigación, contrario al hecho de que en la -- tésis anterior a la actual y que recabó un total de 10 años sólo se encontraron un total de 39 pacientes para se investigadas.
- 2o. Los porcentajes encontrados en la presente investigación científica varía aunque no mucho de los encontrados en el estudio efectuado anteriormente, sólo en pocos aspectos.
- 3o. Este trabajo de tésis viene a complementar un trabajo ya efectuado anteriormente, actualizando de tal forma los datos disponibles.
- 4o. El 49.6% de las pacientes investigadas -- se encontraron entre las edades de 21 a 25 años, un 15.4% entre los 26 y 30 años lo que nos hace concluir que el porcentaje mayor de edad se encuentra entre los 21 y 30 años de edad, lo que comprende a un caso reproductiva.

50. El 100% de las pacientes investigadas eran multíparas, siendo de estas el 83% pequeñas multíparas.
60. El mayor porcentaje (91%) de las pacientes sometidas a investigación eran de raza ladina.
70. El 74% de las pacientes tuvieron control prenatal ya sea en la consulta externa de Hospital Roosevelt como en los centros y puestos de salud de la capital y del interior de la república.
80. El 88% de las pacientes que ingresaron con tal diagnóstico clínico a la emergencia del Hospital Roosevelt lo hicieron con trabajo de parto ya plenamente establecido, por lo que a la mayoría de estas pacientes se les efectuó cirugía de Emergencia.
90. En el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt es indicación de cesarea de una paciente el sólo hecho de tener un antecedente previo de cesarea anterior efectuada en un hospital departamental no importando de que Hospital se trate esto lo vemos en el análisis del cuadro número 6 en el que el 100% de las pacientes fueron cesarizadas con tal diagnóstico clínico. Llama

- la atención encontrar también que un alto porcentaje (41%) tenían sobreagregado algún otro diagnóstico clínico tal como, puerperio complicado, fetos en podálica, pelvis estrecha etc. Lo que nos dice que coexiste además una causa iterativa de cesarea.
10. De las 149 pacientes estudiadas, 143 (96%) pacientes tuvieron una incisión de tipo segmentaria y sólo 6 (4%) de ellas tuvieron una incisión de tipo corporea, lo que nos demuestra el menor uso que se le está dando a tal incisión aún en los hospitales departamentales.
 11. Un alto porcentaje (46%), de las pacientes estudiadas tuvieron complicaciones intraoperatorias tales como que hubo que liberar múltiples adherencias, se encontró vejiga de incursión alta y algunas otras complicaciones, lo que demuestra que como es de esperar las cirugías previas siempre dejan secuelas, aunque si tales cirugías se hacen con técnicas adecuadas y por cirujanos con amplia experiencia las secuelas siempre serán menores. Lastimosamente no podemos comparar estadísticas de complicaciones intraoperatorias encontradas en pacientes con cesareas efectuadas en los hospitales de la capital y de los departamentales ya que nadie se ha interesado en tal estudio aunque considero que sería muy interesante efectuarlo. -

Lo que si puedo con ---
cluir es que si se encuentran y en ---
muy alto porcentaje, complicaciones
por cirugías previas efectuadas en ---
los hospitales departamentales lo que
haca mucho más complicado el acto --
operatorio.

12. En un bajo porcentaje de las pacien-
tes estudiadas se encontró que se --
les efectuaron procedimientos extras
y cuando se emplearon el más usado
fué hacer una ligadura de trompas ti
po Pomeroy. Debo agregar que cuando
se procedió a efectuar procedimientos
extras fué cuando el caso así lo re-
quirió. A una de estas pacientes in
cluso se le efectuó una histerctomía
sub-total, la indicación fué atonía
uterina irreversible.

13. No se encuentran diferencias respec-
to a la procedencia de las cesareas
anteriores, aunque llama mucho la a-
tención la enorme incidencia que e---
xiste de pacientes de algún hospital
departamental específico, el Hospi-
tal de la Antigua ocupa el mayor por-
centaje de procedencia. También se
encontró que 6 pacientes de las estu-
diadas eran o se les había efectuado
la cesarea anterior en un hospital --
Centro Americano é incluso a una pa-
ciente en un Hospital de Estados Uni-
dos, también a estas pacientes se --
tituló de cesareas departamentales,--

en ninguna de estas pacientes se encon-
tro incisión corporea, aunque si se en-
contraron complicaciones intraoperato-
rias tales como bridas y vejigas de in-
serción alta.

14. De las 6 incisiones de tipo corporeo se
encontró que 2 procedían del Hospital--
de Nacional de Cuilapa, una del Hospi-
tal de San Benito Petén, 1 del Hospital
de Antigua, una del Hospital de Amati-
tlan y una del Hospital de Cobán, como
se observa no hay incidencia específica
de ningún Hospital específico, pero no
dudo que haya habido una explicación su
ficientemente fuerte para efectuar tal
incisión en tiempos modernos.

15. De los recién nacidos 146 nacieron vi--
vos y 4 muertos los niños muertos a --
pesar de tener buen peso se perdieron --
2 niños se murieron al sufrir la pacien-
te disyunción de la herida operatoria --
anterior, uno falleció por sufrimiento
fetal intenso al tener la madre un des-
prendimiento prematuro de la placenta --
normoinsera y un recién nacido falle-
ció al sufrir la madre ruptura uterina.
Esto nos demuestra que probablemente --
en algunas oportunidades en los hospita-
les departamentales no se utilizan bue-
nas técnicas operatorias. Las pacientes
que sufrieron disyunción de la herida --

que había sido cesarizada en el Hospital Nacional de Cobán.

16. Los pesos de los recién nacidos que se obtuvieron de cesareas efectuadas por una cesarea anterior departamental como indicación principal estuvieron como promedio entre las 5 y 7 libras, lo que nos demuestra que posiblemente se deba al hecho de que fué alto el número de pacientes que llevaron control prenatal adecuado y con ello un embarazo más dirigido obtener mejores productos.
17. Concluyo que en base a lo anterior - si se debe seguir efectuando cesarea a toda paciente que proceda del interior de la república con una cesarea efectuada en un Hospital departamental, ya que aunque es mínimo, si hay casos en los que todavía se hace una incisión de tipo corporea, son altas las complicaciones intraoperatorias encontradas, hay muchos casos de disyunción de la herida operatoria y -- ruptura uterina, se desconocen datos respecto al post-operatorio, y de esta manera se hace cada vez mayor el riesgo para la paciente y el niño, - mediante técnicas como de cesarizar a toda paciente que ingrese con diagnóstico de cesarea departamental.

XI - RECOMENDACIONES:

- 1o. Considero que mientras que no se demuestre lo contrario el hecho de que una paciente tenga cesarea anterior efectuada en un Hospital departamental, es indicación suficiente para efectuar una nueva cesarea.
- 2o. Deben de continuarse estudios como el actual de forma que siempre se mantenga actualizada la información que se tiene al respecto, y para tener bases clínicas y estadísticas en las cuales apoyarse para explicar determinada conducta.
- 3o. Recomiendo efectuar estudios dentro del departamento de obstetricia del Hospital Roosevelt investigando la incidencia de bridas, vejigas de inserción alta en pacientes a las cuales se les ha efectuado una cesarea en este hospital y de nuevo se les efectua con un nuevo embarazo una nueva cesarea, de tal manera que se puedan tener bases comparativas para aplicarlas cuando tales estudios se efectuan en los hospitales departamentales.
- 4o. Considero que debe de hacerse mayor plan educacional en una paciente a la que se le efectue cesarea respecto de que cuando tenga cuando tenga un nuevo embarazo lleve un control prenatal adecuado, para que ese 25% de las pacientes que no consultan teniendo una cesarea previa se haga menor conforme vaya pasando el tiempo.

XII. BIBLIOGRAFIA:

- 10. Beck Alfred C. Obstetrical practice By Alfred Beck and Alexander -- Rosenthal, Baltimore 1,955.
- 20. Davis Carl Henry Ginecology and -- Obstetrics, Hagestown Maryland -- 1,950.
- 30. Hellman Louis M. Williams Obstetria, Barcelona, Salvat Editores -- 1,973.
- 40. Maragues Bernat Jaime, Clínica Obstetricia, 8va. edición Buenos Aire Editorial El Ateneo 1,960
- 50. Molina Hilmar Dr. Tesis Analisis de manejo de la paciente con cesarea anterior efectuada en los Hospital^{se III} departamentales de la República de Guatemala, 1,977.
- 60. Revista de Ginecología y Obstetricia de México, México D.F. 1,970
- 70. Scharcs, Ricardo Obstetricia Buenos Aires, Editorial el Ateneo 1,973.

Br. Sandra E Flores R
Sandra Eunice Flores Ramírez

Cóbar

esor.
Hugo Cobar

Dr. R. Gonzalez Laylle
Revisor.
Dr. Rodolfo Gonzalez Laylle

Dr. Raul Castillo Rodas
Secretario

Dr. Rolando Castillo Montavo
Decano.

Dr. Rolando Castillo Montavo