

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA OPERACION CESAREA
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE RETALHULEU
(Revisión de 148 casos de cesáreas
realizadas en el año 1980)

JORGE NOE GONZALEZ OVANDO

Guatemala, Abril 1981.

PLAN DE TESIS

I INTRODUCCION

II ANTECEDENTES

III ASPECTOS GENERALES

- a) Historia de la operación cesárea.
- b) Indicaciones de la operación cesárea.
- c) Técnicas quirúrgicas

IV OBJETIVOS

V MATERIAL Y METODOS

VI RESULTADOS

- a) Datos generales
- b) Procedencia
- c) Edad y Gestas
- d) Prenatal y Cesáreas efectuadas
- e) Edad de embarazo
- f) Presentación y situación fetal
- g) Tipo de Cesárea y puerperio
- h) Problemas antes del parto
- i) Indicación de cesárea
- j) Antibióticos
- k) Apgar del recién nacido
- l) Peso del recién nacido

VII RESUMEN

VIII CONCLUSIONES

IX RECOMENDACIONES

X BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

El presente trabajo es una revisión retrospectiva de 148 casos de cesáreas realizadas durante el año 1980 en el Hospital Nacional de Retalhuleu. El propósito que impulsó a efectuar la presente investigación es el hecho de colaborar por medio de estadísticas, a situar cada vez en mejor forma la realidad imperante en dicho centro asistencial, estudio que unido a los ya existentes, espero sirva para ayudar a solucionar problemas que en el campo obstétrico se presenten, todo conforme a las posibilidades hospitalarias.

Tomando en cuenta lo anteriormente descrito se tiene el ideal de ir mejorando paulatina mente la atención en salud, al sector más vulnerable de nuestra población, como lo es el materno infantil.

Desafortunadamente veinticinco historias - clínicas de pacientes a quienes se les practicó operación cesárea en el período de tiempo - antes mencionado, no fueron encontradas en el archivo, ya sea por mala codificación o por extravío, procediéndose a revisar entonces las - 148 antes referidas.

Es importante analizar de las pacientes su edad, número de gestas, si han tenido o no control prenatal, edad gestacional, tipo de cesárea, enfermedades presentadas antes del parto, indicaciones para la intervención quirúrgica.

Es también de interés verificar si se es-
tán utilizando antibióticos en el puerperio -
inmediato.

En relación al recién nacido, creo digno
de mencionar dos aspectos íntimamente relacio-
nados con el procedimiento estudiado como lo-
son el apgar y el peso.

Finalmente mi deseo es el de contribuir-
a un mejor desarrollo de la salud, tanto del-
Departamento de Retalhuleu como de nuestra Pa-
tria Guatemala.

ANTECEDENTES

Acerca de la operación CESAREA se han es-
crito diversos trabajos no solamente en el ex-
tranjero sino también a nivel nacional, de --
ellos se extraen a continuación algunos da- -
tos, los cuales considero de utilidad para re-
lacionar en mejor forma el estudio que nos --
ocupa, sirviendo los mismos para establecer -
comparaciones.

El Doctor Mario Huertas en su tesis "Con-
sideraciones sobre cesárea corporea en el Hos-
pital Roosevelt en 1969", hace el estudio re-
trospectivo de 10 años, encontrando un porcen-
taje de cesáreas de 3.19% con respecto al nú-
mero total de partos atendidos en el mismo pe-
ríodo lo que daba un promedio de una cesárea-
por cada 31.35 partos.

Alfredo Saénz de Miera, en su libro "Ope-
ración cesárea análisis de 826 casos". Gine-
cología y obstetricia de México en 1976 cita-
lo siguiente: el mayor porcentaje de casos -
por clasificación de edades demuestra que pre-
domina este procedimiento quirúrgico en las -
pacientes comprendidas entre los 21 a 25 años
siendo un 37.75%, siguiéndole las pacientes -
de 15 a 20 años con un 23.12%.

Alberto Ibarra en su tesis "Consideracio-
nes sobre la presentación de hombro (revisión
de 108 casos)", respecto al control prenatal-
en el año 1957 encontró que un 14.8% lo te- -
nían y un 85.2% no se había sometido al mis--

mo. En 1970 Hector Morales De la Vega en su tesis "Operación Cesárea en el Hospital General de Guatemala (estudio de 106 casos)", en contró con control prenatal a un 64.15% y -- sin control prenatal a un 33.96%.

Con respecto a la presentación y situación fetal, Kunhart y Pérez Fernández, en su estudio "Cesárea, presentación de 160 casos- (practicadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Colonial)", Ginecología y Obstetricia de México, refieren que es la cefálica la que predomina con un 80%.- Sáenz de Miera refiere un 85.23%.

Referente al tipo de cesárea empleado - parece que ya hay un predominio establecido de la segmentaria transperitoneal, sobre la corporea. Guzmán Gaitán en su tesis "Operación Cesárea en el Hospital Roosevelt, revisión de 131 casos en 1966", encontró un - - 93.89% para la segmentaria transperitoneal y un 5.34% para la corporea. Cahueque Acosta en su tesis "La operación cesárea en el Hospital Nacional de Retalhuleu durante el año- 1977" encontró que el tipo de intervención - que más se utiliza es el de la cesárea segmentaria transperitoneal, con un 86.96%, - - mientras que la corporea presentaba un 10.87%.

Sobre las indicaciones de cesárea, Ma-- cal Recinos en su tesis "Operación cesárea - en el Hospital Nacional de Retalhuleu, revisión de 125 casos comprendidos del 1 de fe--

brero de 1979 al 31 de enero de 1980" encon tró que la indicación más frecuente era por -- desproporción cefalopélvica con un 31.04%. -- Como segunda causa refiere el sufrimiento fetal agudo con un 15.17%. Galicia De León en su tesis "Operación cesárea en el Hospital Nacional de Retalhuleu, revisión de 77 casos -- comprendidos del 1 de febrero de 1978 al 31 - de enero de 1979", encuentra en primer plano al sufrimiento fetal agudo con un 29.82%, la estrechez pélvica como segunda causa con un - 24.56% de los casos.

Respecto a los antibióticos administrados Cahueque Acosta, menciona que de las pacien-- tes por él estudiadas, recibieron tratamiento un 85.87% de las mismas no habiéndolo recibido un 14.13%, siendo el antibiótico más utili zado la penicilina.

Herrera Ortiz en 1979 presentó la tesis - "Morbimortalidad en recién nacidos productos- de cesárea en el Hospital Nacional de Retalhu- leu", refiere que el peso más frecuentemente- encontrado en los niños estuvo entre las 6 y- 7 libras, constituyendo un 33.89%, otro dato- interesante fue el de que encontró 6 casos de niños fallecidos anteoperatorio y 4 durante - el transcurso del procedimiento quirúrgico -- constituyendo un 10.16% y un 6.78% respectiva- mente.

ASPECTOS GENERALES

1.- HISTORIA DE LA OPERACION CESAREA

La operación cesárea se conoce desde -- tiempos remotos, y se le da el nombre de CE-- SAREA porque en la antigüedad se exigía efec-- tuar la operación post mortem a la madre pa-- ra extraer al niño. Según algunos autores -- proviene de las palabras latinas LEX CAESA-- REA, las cuales significan la exigencia de -- realizar la operación post mortem a la madre para la extracción del niño, y según otros -- autores proviene de la palabra también lati-- na COESAR que significa también incidir, lo-- cual se le hacía a la madre después de muer-- ta para extraer al niño.

La intervención quirúrgica ya como uso-- médico la empezó a usar Trautmann en 1610.

En tiempos anteriores al advenimiento -- de la asepsia y antisepsia la intervención -- era de pronóstico mortal.

Sanger fue el que aconsejó la sutura -- del útero por primera vez, aumentando así el chance de vida para la paciente.

Al principio del actual siglo todas las cesáreas se hacían incidiendo el cuerpo ute-- rino con lo cual se tenía potencialmente una infección y por lo cual la mayoría se moría-- de peritonitis post operatoria.

Latzhov, en 1909, con el objeto de eludir -- la cavidad peritoneal, incidía el útero en su-- segmento inferior haciendo a un lado el perito-- neo y la vejiga. Salheim, con el mismo propó-- sito de eludir la cavidad peritoneal aconseja-- ba levantar el peritoneo vía supravesical.

En 1912, Kronig optó por hacer la incisión segmentaria transperitoneal, incidiendo trans-- versalmente el peritoneo visceral, separando -- los colgajos superior e inferior y con el infe-- rior de la vejiga, incidiendo posteriormente -- el útero en sentido vertical en su región o -- parte inferior.

Posteriormente Kerr realizó lo mismo que -- Kronig, pero con la diferencia que la incisión uterina la realizó en sentido transversal a ni-- vel del segmento.

HISTORIA EN GUATEMALA

En Diciembre de 1871 el Doctor Eligio Ba-- ca, Cirujano guatemalteco, practicó la primera cesárea en Centro América. En 1905, el Doctor Juan Ortega ejecutó la primera cesárea en el -- Hospital General de Guatemala.

En 1919 en la Maternidad Joaquina, se prac-- ticó la segunda cesárea corpórea por el Doctor Lizardo Estrada y la reportó el entonces inter-- no de dicho centro Doctor Guillermo Sánchez.

En 1942 el Doctor Ricardo Alvarez Orantes-- introduce la técnica de Waters para la cesárea

extraperitoneal. La primera operación cesárea efectuada en el Hospital Roosevelt fue el 16 de Diciembre de 1955 por el Doctor Arturo Zeceña.

2.- INDICACIONES DE LA OPERACION CESAREA

Las indicaciones de la operación cesárea no pueden ser absolutas, excepto en los casos poco frecuentes en que hay gran estrechez pélvica o tumor pélvico que impida el trabajo de parto. Las indicaciones relativas son variadas y el discernimiento necesario para elegir la cesárea, depende de las circunstancias clínicas observadas en cada paciente. Una lista de las indicaciones más frecuentes para practicar operación cesárea incluyen:

- estrechez pélvica
- tumores pélvicos
- presentaciones fetales anormales
- inercia uterina
- placenta previa
- desprendimiento prematuro de placenta
- preeclampsia grave
- operación cesárea previa
- anoxia fetal
- diabetes materna
- sensibilidad Rh
- reparación vaginal o sutura operatoria del cuello uterino.

ESTRECHEZ PELVICA:

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

Si el diámetro conjugado obstétrico está entre 8 y 10 cms. hay poca probabilidad de parto vaginal del feto de tamaño normal, y para el ensayo de parto no deben permitirse más de 6 a 10 horas en el primer período. Debe practicarse rotura de membranas antes de decidir clínicamente que hay desproporción cefalopélvica, cabe que la cabeza no encaje adecuadamente a causa de la bolsa de aguas. Por otra parte conviene conservar el amnios lo más posible durante el ensayo de parto para impedir sepsis. Por este mismo motivo, las membranas sólo 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 80% de las pacientes en quienes el diámetro conjugado obstétrico está entre 10 y 11 cms, el parto será adecuado por la vía vaginal. En las restantes se necesitará operación cesárea. Es imposible predecir qué pacientes que tienen diámetro conjugado diagonal entre 10 y 11 cms. darán a luz por vía vaginal y cuáles necesitarán operación cesárea. Por este motivo, puede necesitarse ensayo de parto durante 10 a 12 horas para tomar deci--

sión apropiada en caso dado. Para decidir - adecuadamente acerca de la posibilidad de -- parto por vía de la operación cesárea en una paciente es indispensable efectuar estudio - radiográfico de la pelvis, estimar tamaño, - posición, postura y presentación del feto, y valorar las contracciones uterinas.

Estrechez en la mesopelvis puede ser indicación para operación cesárea. El diáme--tro interespinoso normal mide 10.5 cms; si - hay disminución de 1 cm., o más, puede haber distocia importante en el plano medio, a me--nos que el diámetro sagital posterior de la mesopelvis compense la disminución del diáme--tro interespinoso. Cuando la suma del diáme--tro interespinoso del plano medio y el diáme--tro sagital posterior de la mesopelvis es me--nor de 13.5 cms. debe sospecharse despropor--ción cefalopélvica grave en el plano medio y tal vez se necesita operación cesárea, sin em--bargo, no siempre ocurre así; ello depende - de el volumen del feto, amoldamiento de la - cabeza fetal, contracciones uterinas y posi--ción del vértice.

TUMORES PELVICOS:

Un fibroma voluminoso en el segmento inferior o en el cuello del útero puede causar obstrucción y exigir nacimiento por medio de operación cesárea. Lo mismo sucede cuando - existe un tumor macizo o quístico del ovario que dificulte el parto.

PRESENTACIONES FETALES ANORMALES:

Las presentaciones anormales como la de - hombros irreductibles, las de frente o cara, - no sólo cuando se enclavan, sino también cuando se detienen en un nivel alto de la pelvis, se constituye en indicación de cesárea, así - como las presentaciones altas de nalgas acom--pañadas de dificultad en la dilatación o ma--las partes blandas, sobre todo si se trata de primiparidad añosa. Existen otras causas por las que se practica el nacimiento abdominal - en interés del feto, como son, su muerte habitual o en las primíparas añosas con situación transversa y en la macrosomía fetal.

PLACENTA PREVIA.

La operación cesárea se emplea a menudo - para tratar la placenta previa. Es el método de elección en la placenta previa completa y se aconseja para pacientes con placenta pre--via parcial en quienes el cuello uterino es - largo y está cerrado, o cuando la placenta cubre parte importante del orificio interno. La operación cesárea impide los desgarros del -- segmento uterino inferior a causa del parto - por vía vaginal y aumenta la supervivencia fetal.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA

La anoxia intrauterina concomitante con - desprendimiento prematuro de la placenta es - indicación para operación cesárea. Este méto

do también es el adecuado en el desprendimiento prematuro de la placenta que no mejora con el tratamiento conservador, y cuando el nacimiento es inminente. La operación cesárea puede ser útil para disminuir la hemorragia materna y prevenir la hipofibrinogenemia.

PREECLAMPSIA:

La operación cesárea es un método peligroso para extraer el feto en caso de eclampsia, sin embargo, tiene utilidad limitada para terminar el embarazo en algunas pacientes de eclampsia grave. Si los síntomas progresan rápidamente a pesar del tratamiento y cabe suponer que comenzarán las convulsiones antes que pueda ocurrir parto por vía vaginal, la operación cesárea en ocasiones es método magnífico para terminar la gestación.

OPERACION CESAREA PREVIA

Es una indicación relativa para la operación cesárea, la cicatriz uterina resultante de otra cesárea o de cualquiera 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 a la paciente el parto por vía vaginal, sino cinco o siete días antes del término se practicará la cesárea.

ANOXIA FETAL INTRAUTERINA:

En algunos casos de anoxia fetal de prolapso de cordón umbilical, cuando la complicación no puede tratarse adecuadamente por método vaginal, está indicado efectuar cesárea para beneficio del niño. Ello se aplica en particular cuando hay prolapso del cordón umbilical en presentación de vértice antes de la dilatación del cuello uterino.

DIABETES MATERNA:

En la mayor parte de los casos de diabetes que complica a la gestación debe hacerse la extracción veintidós días antes de la fecha de parto, aproximadamente; ello tiene el propósito de evitar la muerte intrauterina durante las tres últimas semanas de gestación. La operación cesárea suele ser el método óptimo para la extracción en la diabética en quien no puede practicarse un procedimiento médico para provocar el parto en fecha temprana. A menudo el volumen excesivo del feto complica o impide el nacimiento por vía vaginal.

SENSIBILIDAD Rh:

La paciente cuyo hijo presenta ataque grave por eritroblastosis fetal puede ser candidata para operación cesárea. Se ha aconsejado el nacimiento temprano del niño cuando han nacido o han nacido otros hijos con eritroblastosis fetal grave.

REPARACION VAGINAL O SUTURA QUIRURGICA DEL -- CUELLO UTERINO:

Si la paciente se ha sometido a repara--
ción vaginal para prolapso uterino, cistocèle
o incontinencia urinaria de esfuerzo y se em--
baraza conviene la operación cesárea al térmi--
no de la gestación. Este procedimiento impi--
de que recurran los problemas de relajación --
de los tejidos pélvicos por el traumatismo --
del trabajo de parto.

CONTRAINDICACIONES:

Generalmente no debe de practicarse cesá--
rea si el feto está muerto. Sin embargo son--
frecuentes las excepciones, por ejemplo: en --
caso de placenta previa total será necesario--
vaciar el útero por el abdomen para evitar --
una hemorragia materna grave. Del mismo mo--
do, en algunos casos graves de desprendimien--
to de placenta, la cesárea es necesaria cuan--
do la vida de la madre se ve amenazada por he--
morragia y coagulopatía. Desproporción insu--
perable, presentación anormal no atendida, --
monstruos dobles y obstrucción por tumores.

TIPOS DE OPERACION CESAREA:

Hay cuatro métodos de alumbramiento abdo--
minal.

- 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 in--
cisión transperitoneal transversal o ver--
tical en el segmento uterino inferior.
- 3.- OPERACION EXTRAPERITONEAL: en la cual se
llega al segmento uterino inferior por ex--
traperitoneo.
- 4.- CESAREA CON HISTERECTOMIA: combinación de
cesárea (generalmente clásica típica), se
guida de histerectomía (preferentemente --
total).

3.- TECNICAS QUIRURGICAS.

INCISION DE KERR EN SEGMENTO INFERIOR:

Se cateteriza 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--
púbica media de corte en músculo transversal--
o de Pfannestiel. Se abre el abdomen tratand--
o 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 la--
do de la línea media. Después que se ha cor--
tado peritoneo, se despega suavemente con un--
dedo hacia el pubis, socavando la vejiga. Se
inserta un separador ancho (como valva ante--

rior 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 de 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 cortar 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 arriba, al mismo tiempo 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 ó 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 al 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 membranas. Se explora el agujero interno del cuello con un dedo para asegurarse de que hay un drenaje loquial posoperatorio adecuado.

La herida se cierra 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 de 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, mientras se protege 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 media suprapúbica. Se examina el útero para detectar sinistrotación, o luego seguir hacia 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 asir 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.

OBJETIVOS

GENERALES

- 1 - Contribuir con el presente estudio obstétrico, a la solución de los problemas que en este campo se presentan en nuestro país, pero principalmente en los departamentos del interior.
- 2 - Poder establecer conclusiones y recomendaciones propias, basándonos en los datos obtenidos en el área de trabajo.
- 3 - Que el presente estudio sirva para incentivar a nuevas investigaciones relacionadas con el tema.

ESPECIFICOS.

- 1 - Determinar en qué porcentaje actualmente las gestas son resueltas mediante operación cesárea, en relación a los partos por vía natural, atendidos en el Hospital Nacional de Retalhuleu.
- 2 - Determinar en qué grupo etareo se presentan más complicaciones que ameritan intervención quirúrgica.
- 3 - Determinar el número de paridad de las pacientes.
- 4 - Establecer cuáles son las indicaciones de cesárea que más se presentan en la actua-

lidad en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

- 5 - Establecer el grado de morbilidad de -- las pacientes objeto de nuestro estudio.
- 6 - Determinar qué tipo de antibiótico utilizan en las complicaciones puerperales.

MATERIAL Y METODOS

El objeto de estudio lo constituyen las - pacientes a quienes se les practicó operación cesárea en el Hospital Nacional de Retalhuleu en el período comprendido del 1 de enero de - 1980 al 31 de diciembre de 1980.

RECURSOS: Para la realización del presente - trabajo se cuenta con los siguientes tipos de recursos:

1.- RECURSOS HUMANOS

- A. Asesor
- B. Revisor
- C. Encargados de los departamentos de archivo y estadística del Hospital de Retalhuleu.
- D. Personal de enfermería y de sala - de operaciones.

2.- RECURSOS NO HUMANOS

- A. Libro de partos de la Maternidad
- B. Libro de operaciones
- C. Libro de ingresos y egresos de la - Maternidad.
- D. Historias clínicas de las pacien-- tes.
- E. Tabla de recopilación de datos
- F. Utiles de escritorio.

MÉTODOS: El trabajo se basó en el método científico, el cual sirve para guiarnos en este tipo de investigaciones, sirviendo de auxiliares el analítico y el estadístico.

El ordenamiento de los datos se llevó a cabo de la manera siguiente:

- Primero: Se procedió a recopilar los números de las fichas clínicas de las pacientes sometidas a operación cesárea durante el año 1980, buscándolos en el libro de operaciones y en el de partos.
- Segundo: Se localizaron las fichas en el archivo del Hospital.
- Tercero: Se anotaron los datos a investigar en tablas diseñadas para el efecto.
- Cuarto: Se procedió a la tabulación.
- Quinto: Se efectuó el análisis por medio de cuadros, comparándolos con otros estudios para luego presentar conclusiones y dar las recomendaciones pertinentes.

RESULTADOS

DATOS GENERALES:

| | | |
|--------------------|------|---------|
| TOTAL DE PARTOS: | 1463 | 100.00% |
| TOTAL DE CESAREAS: | 148 | 10.11% |

Los datos anteriores nos dan la relación de una (1) cesárea por cada 9.88 partos. La mortalidad materna encontrada en la presente investigación fue de (0) pacientes.

En 1969, en 10 años de estudio en el Hospital Roosevelt, Huertas encontró un porcentaje de cesáreas de 3.19% con respecto al número total de partos atendidos en el mismo período, lo que daba un promedio de una (1) cesárea por cada 31.35 partos.

En 1978 en un año de estudio retrospectivo en el Hospital Nacional de Retalhuleu, Cahueque Acosta encontró en 1977, un porcentaje de cesáreas de 5.98% con respecto a 1538 partos atendidos en ese año; lo que daba un promedio de una (1) cesárea por cada 16.7 partos.

En 1980, Macal Recinos en estudio retrospectivo comprendido del 1 de febrero de 1979 al 31 de enero de 1980, encontró un porcentaje de 8.93%.

En otro estudio efectuado en este mismo centro asistencial, por Galicia De León, en su tesis "La Operación Cesárea" refiere un porcentaje de 3.98% durante 1978.

Efectuando un análisis comparativo de diferentes investigaciones efectuadas en el país y en el extranjero se obtuvo un promedio de 5.15%, deduciéndose que nuestro porcentaje es alto. El índice mundialmente aceptado oscila entre 4 a 7 %.

Si se comparan los 3 porcentajes anteriormente encontrados en el Hospital Nacional de Retalhuleu, nos daremos cuenta que, posterior a un descenso en 1978, hay tendencia al incremento, nuestro estudio lo demuestra con ese porcentaje de 10.11%, superando a los encontrados por los investigadores anteriores.

El incremento encontrado se debe a que en muchas de las complicaciones que se presentan, las pacientes son asistidas inicialmente en su hogar y hasta que la persona que las atiende (principalmente comadronas empíricas), se percata de que el parto es de difícil pronóstico, entonces se decide por llevarla al Hospital. No pocas veces estas pacientes ingresan con un marcado agotamiento motivado por el trabajo de parto mal controlado, incidiendo este fenómeno negativamente en la perspectiva de vida principalmente del niño.

En el Hospital Hilario Galindo localizado en el municipio de San Felipe Retalhuleu, no se cuenta con Rayos X, por lo cual pacientes que así lo ameriten son trasladadas a este centro hospitalario de la cabecera.

PROCEDENCIA

| PROCEDENCIA | | DATOS | | SUB-TOTALES | |
|-------------|----------------|-------|--------|-------------|--------|
| | | No. | % | No. | % |
| Retalhuleu | Cabecera | 49 | 33.11 | | |
| | Municipio | 87 | 58.79 | 136 | 91.90 |
| Otros | Quetzaltenango | 9 | 6.09 | | |
| | Suchitepéquez | 1 | 0.67 | | |
| | Chiquimula | 1 | 0.67 | | |
| | San Marcos | 1 | 0.67 | 12 | 8.10 |
| | Totales | 148 | 100.00 | 148 | 100.00 |

La mayoría de las pacientes atendidas en el Hospital, proceden del mismo departamento, principalmente de los municipios 58.79 y en un 33.11% de la cabecera.

De el municipio de El Palmar, Quetzaltenango, provenían 9 pacientes 6.09%, acuden a este centro por estar más cercano que el de su cabecera departamental.

Estudios anteriores reportan 55.43% para pacientes provenientes de los municipios y 34.78% para las de la cabecera en 1977 y de 75% para los municipios con un 20% para la cabecera en 1980, es decir que no hay gran variante.

| EDAD | G E S T A S | | | | | | | | |
|---------|-------------|-------|----|-------------|----|---------------|----|-----------|---|
| | Edades | No. | % | Primigestas | | Secundigestas | | Multípara | |
| | | | | No. | % | No. | % | No. | % |
| 11-15 | 6 | 4.05 | 6 | 4.05 | - | - | - | - | |
| 16-20 | 44 | 29.76 | 37 | 25.00 | 3 | 2.02 | 4 | 2.70 | |
| 21-25 | 55 | 37.16 | 24 | 16.22 | 9 | 6.09 | 22 | 14.86 | |
| 26-30 | 19 | 12.83 | 4 | 2.70 | 4 | 2.70 | 11 | 7.52 | |
| 31-35 | 13 | 8.78 | 1 | 0.67 | - | - | 12 | 8.10 | |
| 36-40 | 10 | 6.75 | - | - | - | - | 10 | 6.75 | |
| 41-45 | 1 | 0.67 | - | - | - | - | 1 | 0.67 | |
| Totales | 148 | 100% | 72 | 48.64 | 16 | 10.81 | 60 | 40.60 | |

Según el cuadro anterior, podemos ver -- que el mayor número de casos lo representan -- las pacientes primigestas con un 48.64%, si-- guiéndole las multíparas con un 40.60% y por-- último las secundigestas con un 10.81%.

La mayor cantidad de cesáreas fue practi-- cada a pacientes entre 21 y 25 años de edad -- con un 37.16%. Cahueque Acosta, Macal Reci-- nos y Galicia De León encontraron el grupo -- etareo más frecuente entre los 16 y 20 años -- con un 34.04%, 32.00% y un 38.60% respectiva-- mente.

Como segundo grupo etareo sí se encontró-- al grupo comprendido entre las edades de 16 a 20 años constituyendo un 29.76%, menor que -- los encontrados en años anteriores.

Las pacientes primigestas entre los 16 a-- 20 años representaron el 25% del total, es de-- cir la cuarta parte del mismo, este ya es un-- dato significativo.

Un dato que llama la atención, es el de -- que le fue practicada cesárea a 6 pacientes -- primigestas menores de 15 años de edad un -- 4.05%, el desarrollo pélvico aún está en pro-- ceso lo que motivó estrechez pélvica.

| PRENATAL | NUMERO DE CESAREAS EFECTUADAS | | | | | | |
|--------------------|-------------------------------|-----|-------|-----|------|------|------|
| | DATOS | UNA | | DOS | | TRES | |
| | | No. | No. | % | No. | % | No. |
| RAZON | | | | | | | |
| Si recibie- ron | 60 | 51 | 34.45 | 4 | 2.70 | 5 | 3.37 |
| No recibie- ron | 88 | 79 | 53.41 | 6 | 4.05 | 3 | 2.02 |
| T O T A L | 148 | 130 | 87.86 | 10 | 6.75 | 8 | 5.39 |

Según los datos anteriores, podemos ver - que la gran mayoría de nuestras pacientes, no recibieron control prenatal en el transcurso de su embarazo; hecho que nos debe poner a -- pensar que muchas madres se encuentran co- - rriendo riesgos inútiles y evitables, lo que hace necesario poner mayor énfasis en el plan educacional de este grupo en particular, con el fin de concientizarlas acerca de la importancia que representa tanto para ellas como - para el niño, un adecuado control prenatal; - así también con estos resultados podemos pre- suponer una explicación a la elevada morbili- dad post-cesárea con respecto a otros centros, ya que debido a la falta de información o pre- paración que las madres tienen, éstas se ven- obligadas a consultar con comadronas y a la - vez dejarse manipular por las mismas antes de recurrir al hospital, llegando a éste general- mente con problemas infecciosos ya instalados.

En cuanto a la comparación con otros estu- dios; es relativo, debido a que depende enor- memente del tipo de población implicada, as- tenemos los siguientes resultados obtenidos - en la ciudad de Guatemala por Alarcón Estevez en 1958 con control prenatal 38.85% sin con- trol 61.15% y Morales De la Vega en 1970 con- prenatal 64.15%, sin prenatal 33.96%.

El estudio realizado por Estrada Cuyón en el Hospital Modular de Chiquimula de enero de 1978 a enero de 1980 encontró con control pre- natal a un 21.00% y sin control a un 79.00%.

En la ciudad de Retalhuleu, los datos ob-

tenidos por Cahueque Acosta en 1977 fueron de un 32.61% para pacientes controladas y de un 67.39% para las no controladas. Macal Recinos encontró en 1979 con control 28.00% y sin control 72.00%.

Los datos obtenidos en esta investigación no varían, salvo los reportados por un autor mencionado, a los encontrados en diferentes centros asistenciales, nuestro porcentaje es de 40.60% para las pacientes controladas y de 59.40% para las no controladas, lo que viene a reflejar siempre una deficiencia en este sentido.

Nótese de que un 53.41% lo constituyeron pacientes a las que era primera vez que se les efectuaba intervención quirúrgica, es decir más de la mitad de casos, la falta de control provocó los problemas en gran parte de estas pacientes.

EDAD DE EMBARAZO

| CLASIFICACION | RESULTADOS | |
|---------------|------------|---------|
| | No. | % |
| PREMATURO | 29 | 19.60% |
| A TERMINO | 108 | 72.97 |
| POST-MADURO | 11 | 7.43 |
| T O T A L | 148 | 100.00% |

Para tomar esta variable, se dividió de la siguiente manera: menos de 38 semanas es prematuro, de 38 a 42 semanas a término y por arriba de 42 semanas post-maduro.

Comparativamente con los estudios de Cahueque Acosta y Macal Recinos, el dato que preocupa más del cuadro anterior, es el encontrado referente a prematurez, el primero de los citados refiere un 0.00% (ningún caso), el segundo refiere ya un 14.40% y en la actualidad hay un 19.60%, lo que ratifica una vez más el control prenatal inadecuado, siendo las supervivencia de estos niños de difícil pronóstico.

PRESENTACION Y SITUACION FETAL

| P/S FETAL | RESULTADOS | |
|------------|------------|--------|
| | No. | % |
| CEFALICA | 111 | 72.54 |
| PODALICA | 16 | 10.45 |
| TRANSVERSA | 26 | 17.01 |
| T O T A L | 153 | 100.00 |

El número de presentaciones y situaciones fetales nos da un total de 153 casos debido a que se produjeron 5 casos de embarazos gemelares en las 148 cesáreas reportadas.

Como se observa predomina la presentación cefálica, dato que reporta la mayoría de autores de estudios y tesis hasta la fecha escritas.

Respecto a la presentación podálica, 8 casos fueron de primigestas es decir la mitad.

Definidas como transversas encontramos 26 casos constituyendo un 17.01%, respecto a este dato las papeletas no aportan una información muy precisa, puesto que en la mayoría se lee en la presentación y situación fetales, únicamente la palabra transversa. Todos los embarazos gemelares presentaban el segundo gemelo en transversa.

TIPO DE CESAREA Y PUERPERIO

| TIPO | CESAREA | | NORMAL | | PUERPERIO | |
|----------|------------|--------|--------|-------|------------|-------|
| | RESULTADOS | | | | COMPLICADO | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| C.S.T | 132 | 89.20 | 74 | 50.00 | 58 | 39.21 |
| CORPOREA | 15 | 10.13 | 10 | 6.75 | 5 | 3.37 |
| S.C. | 1 | 0.67 | 0 | 0.00 | 1 | 0.67 |
| TOTALES | 148 | 100.00 | 84 | 56.75 | 64 | 43.25 |

Con respecto al tipo de cesárea efectuada predomina la segmentaria transperitoneal con un 89.20%, superando a lo reportado por Cahueque Acosta con un 86.96%, Galicia De León con un 80.70%, Macal Recinos reporta un 76.80%, pero no así a lo encontrado en otros centros asistenciales como en

el Hospital Roosevelt en donde Huertas reporta un 95.70%, Guzmán Gaitán 93.89%, Alarcón Estevez un 90.00%.

En el Hospital Nacional de Retalhuleu vemos que se utiliza la cesárea corporea con cierta frecuencia representando actualmente un 10.13% del total, en la mayoría de historias clínicas revisadas no se especifica claramente el motivo de dicho tipo de cesárea. Comparada con otros estudios Guzmán Gaitán refiere un 5.34%, Alarcón Estevez un 3.46%, Morales De la Vega con un 5.66%, Topete Orozco y colaboradores con un 3.00%, corroborando lo anteriormente mencionado en el sentido de que en el Hospital es más usada que en otros sitios.

Estrada Cuyún reporta en el Hospital Modular de Chiquimula Cesárea Segmentaria Transperitoneal con un 99.35% y de Corporea un 0.65%.

Referente al puerperio, preocupa el mismo ya que como se observa el complicado representó un 43.25%, siendo en su mayoría infecciones de la herida operatoria, por lo cual se debe incrementar en mejor forma la asepsia y antisepsia, principalmente en el acto quirúrgico.

PROBLEMAS ANTES DEL PARTO

| Número de Problemas | RESULTADOS | |
|---------------------|------------|--------|
| | No. | % |
| Una enfermedad | 15 | 10.13 |
| Dos Enfermedades | 1 | 0.67 |
| Ninguna | 132 | 89.20 |
| T O T A L | 148 | 100.00 |

Se hace la aclaración que respecto a -- los datos anteriores se tomaron los diagnós- ticos hechos al momento de ingreso o en el -- transcurso del periodo antes del parto y que pudieran afectar a éste. De estas complica- ciones se encontraron 7 rupturas prematuras- de membranas, las otras causas son diversas- entidades patológicas.

Se observa que 132 pacientes no presen- taban problemas, esta cifra tan alta un - - 89.20% hace pensar en que debido a la rapi- - - dez con que son ingresadas algunas pacientes para su tratamiento obstétrico no son exami- nadas e interrogadas convenientemente, lo -- que hace que muchas molestias pasen desaperc- ibidas.

INDICACION

| NUMERO DE INDICACIONES | No. | % |
|----------------------------------|-----|--------|
| Pacientes con una indi- cación | 120 | 81.08 |
| Pacientes con dos indi- caciones | 28 | 18.92 |
| T O T A L | 148 | 100.00 |

La mayoría de las pacientes, tenían indi- cación única de cesárea constituyendo un - - 81.08%, y con dos indicaciones un 18.92%, -- Alarcón Estévez en 1958 reportó: con indica- ción única 74.62% y con indicación múltiple- 25.38%; Morales De la Vega en 1970 da: con - una indicación 32.07% y con dos indicaciones 44.34% y con múltiples indicaciones 21.70%. - Cahueque Acosta en 1977 reportó con una indi- cación 78.26 y con dos indicaciones 21.79. - Macal Recinos refiere un 71.20% con una indi- cación y un 28.80% con dos indicaciones.

La manera en que se manejan las pacien- tes es básicamente por medio de la clínica - aunque en ocasiones auxiliado por Rayos X y- laboratorio.

CLASIFICACION DE LAS INDICACIONES

En orden descendente de frecuencia, podemos enumerar cada una de las indicaciones de la siguiente manera:

| INDICACION | No. | % |
|---------------------------------------|-----|--------|
| Estrechez Pélvica | 38 | 21.60 |
| Sufrimiento Fetal Agudo | 30 | 17.06 |
| Situación transversa | 26 | 14.78 |
| Desproporción Cefalopélvica | 22 | 12.50 |
| Cesárea Anterior | 18 | 10.23 |
| Procubito de cordón | 9 | 5.11 |
| Primigesta en Podálica | 8 | 4.54 |
| Distocia de cuello | 6 | 3.41 |
| Placenta previa | 6 | 3.41 |
| Agotamiento materno | 4 | 2.27 |
| Ruptura uterina | 3 | 1.70 |
| Inminencia de ruptura uterina | 3 | 1.70 |
| Desprendimiento Prematuro de Placenta | 2 | 1.13 |
| Eclampsia | 1 | 0.56 |
| Total de indicaciones | 176 | 100.00 |

La estrechez pélvica es la indicación más frecuente encontrada con un 21.60%, siendo en su mayoría en pacientes primigestas, como segunda causa está el sufrimiento fetal agudo con un 17.06%, siguiéndole la situación transversa con 14.78%, la desproporción cefalopélvica con un 12.50%, la cesárea anterior con 10.23%.

Específicamente en las investigaciones realizadas en el Hospital Nacional de Retalhu leu encontramos que Cahueque Acosta y Macal Recinos coinciden en sus estudios con las tres primeras indicaciones así: Primera causa Desproporción Cefalopélvica con un 31.26% y un 31.04 respectivamente. Segunda causa Sufrimiento Fetal Agudo con 19.64% y 15.17%, y tercera citan a la situación transversa con un 12.50% y 12.41%. No se especifica en ambos estudios el porcentaje de pacientes con estrechez pélvica.

Galicia De León encontró como primera causa al Sufrimiento Fetal Agudo con un 29.82%, segunda la estrechez pélvica con un 24.56%, en tercer término a la situación transversa con un 14.04%.

Comparada con otros estudios no se encuentran variantes marcadas en lo que se refiere a las más frecuentes indicaciones, ocasionalmente alternan las anteriormente citadas con indicaciones como cesárea anterior, placenta previa, primigesta en podálica.

Se refieren en nuestra investigación 176 indicaciones en total debido a las pacientes con doble causa.

ANTIBIOTICOS

| Número | No. | % |
|-------------------|-----|--------|
| Un antibiótico | 23 | 15.54 |
| Dos antibióticos | 49 | 33.11 |
| Tres antibióticos | 35 | 23.65 |
| Sin antibióticos | 41 | 27.70 |
| T O T A L | 148 | 100.00 |

En total 107 pacientes o sea 72.30%, - recibieron antibióticos; de las cuales 23 - de ellas 15.54% sólo recibieron una clase - de antibióticos; 49 (33.11%) recibieron una combinación de dos antibióticos y 35 (23.65 %) recibieron tres diferentes antibióticos - en el transcurso de su estancia en el Hospi - tal. No recibieron antibióticos 41 pacien - tes (27.70% del total general).

| R A Z O N | Puerperio Nor- mal. | | Puerperio Comp. | |
|-------------------------|------------------------|-------|--------------------|-------|
| | No. | % | No. | % |
| Antibioticote- rapia | 44 | 29.73 | 63 | 42.58 |
| No Antibióticos | 40 | 27.02 | 1 | 0.67 |
| Subtotales | 84 | 56.75 | 64 | 43.25 |

Relacionando el uso de los antibióti- - cos con la evolución en el puerperio de las

pacientes, podemos deducir que la mayoría de - las pacientes recibieron antibioticoterapia - en algún momento de su hospitalización, 107 - casos un 72.3%. En 44 historias clínicas re - visadas se encontró que las pacientes tenían - un puerperio normal y que les fueron adminis - trados antibióticos en el post-operatorio, -- dando la impresión de que se utilizaron como - una medida profiláctica, las mismas constitu - yen un 29.73%, es decir más de la cuarta par - te del total.

No se les administró antibióticos a 41 pa - cientes 27.69% un porcentaje a mi juicio ba - jo, ya que en contraposición con el encontra - do en las pacientes con antibioticoterapia da - idea de que existe problemática en el puerpe - rio.

| ANTIBIOTICOS | No. | % |
|-------------------|-----|--------|
| Penicilina | 94 | 41.60 |
| Kanamicina | 50 | 22.12 |
| Cloranfenicol | 32 | 14.16 |
| Clindamicina | 30 | 13.28 |
| Ampicilina | 17 | 7.52 |
| Trimetoprin Sulfa | 2 | 0.88 |
| Gentamicina | 1 | 0.44 |
| T O T A L | 226 | 100.00 |

Se observa en el cuadro anterior que la - penicilina fue el antibiótico más utilizado, - 94 casos 41.60% del total de antibióticos y - representan el 63.51% del total de pacientes - sometidas a cesárea.

En segundo término encontramos a la Kanamicina con 22.12%, el tercer lugar lo ocupó el cloranfenicol con 14.16%.

Cahueque Acosta en 1977 refiere como -- los tres antibióticos más utilizados a la penicilina, la clindamicina y el cloranfenicol con un 43.31%, un 25.98% y un 17.32% respectivamente. Macal Recinos encontró el mismo orden descendente en 1979 y no existe mayor variante en los porcentajes.

A P G A R D E L N I Ñ O

| PUNTUACION | APGAR | | APGAR | |
|------------|-----------|--------|-----------------|-------|
| | Al minuto | | A los 5 minutos | |
| | No. | % | No. | % |
| 1 a 5 | 56 | 36.60 | 1 | 0.65 |
| 6 a 10 | 74 | 48.36 | 129 | 84.31 |
| Mortinatos | 23 | 15.04 | - | - |
| T O T A L | 153 | 100.00 | 130 | 84.96 |

En un total de 153 niños, por 5 embarazos gemelares, se encontró un 36.60% presentando un apgar entre 1 y 5, lo cual es aceptable tomando en cuenta que el parto es distócico. Un 48.36% lo presentó entre la puntuación de 6 a 10.

Lo que preocupa es el hecho de los 23-

mortinatos, un 15.04%, encontrados, las madres llevan un inadecuado control prenatal o no lo llevan lo que como anteriormente hemos referido incide negativamente en el niño.

A los 5 minutos de 130 niños vivos únicamente uno no superaba ya el apgar de 6 al minuto.

Estrada Cuyón en el Hospital Modular de -- Chiquimula durante los años 1978 y 1979 encontró un 6.00% de mortinatos, en el apgar al minuto refiere en la valoración de 1 a 5 un -- 10.00% y en la de 6 a 10 un 84%. Estudio de -- 154 casos.

CONTROL DE PESO DEL RECIEN NACIDO

| PESO | No. | % |
|-----------------|-----|--------|
| 2 a 4 libras | 14 | 9.15 |
| 5 a 8 libras | 101 | 66.01 |
| Más de 8 libras | 15 | 9.80 |
| No pesados | 23 | 15.04 |
| T O T A L | 153 | 100.00 |

El peso de la mayoría de niños un 66.01%, -- es aceptable, un 9.80% presentó un peso por encima de las 8 libras, mientras que un 9.15% lo presentó por debajo de las 4 libras. Los 23 -- casos de niños no pesados correspondieron a -- los mortinatos.

Herrera Ortiz en 1979 refiere que el peso más frecuentemente encontrado en los niños estuvo entre las 6 y 7 libras, constituyendo un 33.89%, siguiéndole el comprendido entre las 5 y 6 libras con un 25.42%.

RESUMEN

Se estudiaron 148 cesáreas en el Hospital Nacional de Retalhuleu efectuadas en el periodo comprendido de lo. de enero de 1980 al 31 de diciembre de 1980.

Se investigó en los libros de registro de pacientes, ya mencionados, en la sala de operaciones y en la maternidad principalmente. Obteniendo por este método, el número de historias clínicas, las que a continuación fueron obtenidas del archivo extrayéndose los datos que interesarían en la presente investigación.

Al revisar las historias clínicas se observó bastante deficiencia en el llenado de las mismas, merced a lo cual hay datos que no fueron precisos, el archivo no cuenta con un local adecuado y las papeletas están bastante deterioradas, varias mal clasificadas y extraviadas.

Se observó un aumento tanto numérico, como porcentual de cesáreas, en comparación con otros estudios realizados en este centro asistencial, lo que debe ser tomado en cuenta para tomar las medidas pertinentes.

Respecto a los otros resultados obtenidos por medio del presente trabajo se encuentran dentro de los límites referidos por otros estudios similares del país y del extranjero, variando en ciertos aspectos, tales como el por-

centaje de cesáreas en relación al número de partos y el puerperio complicado, en que nuestros resultados porcentuales son mayores.

CONCLUSIONES

1. La relación que existe entre el número de partos total y las cesáreas fue de una -- (1) cesárea por cada 9.88 partos.
2. El porcentaje de cesáreas encontrado fue de 10.11%, con lo que nuestro resultado es alto, superior al encontrado en los estudios realizados en el Hospital Nacional de Retalhuleu. Además está fuera de los límites mundialmente aceptados de 4 a 7%.
- 3- No se encontró mortalidad materna.
- 4- El 91.90% de las pacientes que se atienden en la maternidad del Hospital Nacional de Retalhuleu son del mismo departamento, de las cuales 58.79% provienen de los municipios y 33.11% de la cabecera departamental.
- 5- Los grupos de edad más afectados fueron de 21 a 25 años con 37.16% y las del grupo de 16 a 20 años con 29.76%.
- 6- Las pacientes primigestas fueron a quienes más cesáreas se les efectuaron en un 48.64%, luego las pacientes multigestas con 40.60%, por último las secundigestas que representaron el 10.81%.
- 7- La mayoría de las pacientes a quienes se les efectuó cesárea, no tenían control -- prenatal 59.40%.

- 8- El 53.41% de las pacientes a quienes se les efectuó cesárea por primera vez, no habían tenido control prenatal, y sólo el 34.45%, sí habían recurrido a dicho control.
- 9- La mayoría de las cesáreas se efectuó en madres con embarazo a término 72.97%, fueron post maduros 7.43% y prematuros 19.60%.
- 10- La presentación cefálica es la más frecuente con 72.34%, siguiéndole la transversa con 17.01%.
- 11- El tipo de cesárea que más frecuentemente se efectuó, fue la Segmentaria Transperitoneal en 89.20% de los casos. Seguida por la corporea con 10.13% y la segmento-corporea con 0.67%.
- 12- Existe un elevado porcentaje de puerperios complicados en las pacientes estudiadas constituyendo un 43.25%.
- 13- Presentaron algún tipo de patología antes de la intervención quirúrgica 10.80% de las pacientes.
- 14- La mayoría de cesáreas se efectuaron con indicación única 81.08%.
- 15- La indicación de cesárea más frecuente fue la estrechez pélvica con un 21.60% del total de las indicaciones, seguida-

- del Sufrimiento Fetal Agudo con 17.06%, en tercer término la situación transversa con un 14.78%.
- 16- La mayoría de las pacientes cesarizadas, recibieron antibióticos en algún momento de su estancia hospitalaria constituyendo un 72.3%, no recibieron antibioticoterapia un 27.69%.
 - 17- El antibiótico más frecuentemente utilizado fue la penicilina con un 41.60%, respecto al total de antibióticos administrados, seguido por la Kanamicina con un 22.12%.
 - 18- Se efectuaron 5 cesáreas en embarazos gemelares.
 - 19- Se encontró 23 mortinatos siendo un 15.04% del total de niños.
 - 20- El peso de los niños en su mayoría osciló entre las 5 y 8 libras, un 66.01%.

RECOMENDACIONES

- 1- Establecer en el Hospital Nacional de Retalhuleu, en la medida de las posibilidades, una consulta externa específica para la rama de obstetricia, - contando con los recursos de laboratorio y rayos X, a fin de brindar un mejor control a las pacientes embarazadas.
- 2- Efectuar un mejor interrogatorio y a la vez poner más énfasis en el examen físico, al momento de ingreso de las pacientes al servicio de maternidad.- Lo anterior coadyuvará a evitar cesáreas innecesarias.
- 3- No instituir antibióticos en forma -- profiláctica pero incrementar en mejor forma las técnicas de asepsia y - antisepsia.
- 4- Dotar al archivo de un mejor local a fin de que la papelería no se destruya. Llevar una mejor correlación numérica que no permita el extravío de las historias clínicas, sobre todo si los pacientes tienen ya hospitalizaciones anteriores y se necesite obtener datos para el tratamiento actual.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Alarcón E. Ernesto. 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.
- 2- Cahueque Acosta, Mario Adolfo. 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.
- 3- Díaz Molina, César Augusto. Incidencia e indicación de Cesáreas realizadas en parientes obstétricas en el Hospital de Cobán. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1979. 43 p.
- 4- Estrada Cuyón, Luis Felipe. La incidencia de Cesáreas en el Hospital Modular de Chiquimula. Tesis (Médico y Cirujano). - Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1980 41 p.
- 5- Galicia De León, Erick Mauricio. La operación Cesárea en el Hospital Nacional de Retalhuleu. Tesis. (Médico y Cirujano). - Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1979 32 p.

- 6- Guzmán Gaitán, Carlos Humberto. Operación Cesárea en el Hospital Roosevelt, - revisión de 131 casos. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1966. 33 p.
- 7- Herrera Ortiz, Rudy. Morbi-Mortalidad en Recién Nacidos productos de cesárea en el Hospital Nacional de Retalhuleu. - Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1979 27 p.
- 8- Huertas Recinos, Mario Aníbal. Consideraciones sobre Cesárea corpórea en la Maternidad del Hospital Roosevelt. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1969. 27 p.
- 9- Ibarra Rodríguez, José Roberto. Consideraciones sobre la presentación de hombro (Revisión de 108 casos). Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1957. 42 p.
- 10- Kunhardt T. Jorge, y Pérez Fernández, Ignacio. Cesárea presentación de 100 casos (practicadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Colonial). Ginecología y Obstetricia de México. 31 (185): 277-83. Marzo 72.

- 11- Macal Recinos, Luis Alfonso. La operación Cesárea en el Hospital Nacional de Retalhuleu. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1980. 40 p.
- 12- Morales De la Vega, Héctor Rolando. Operación Cesárea en el Hospital General (Estudio de 106 casos). Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1970. - 72 p.
- 13- Sáenz de Miera, Alfredo Tay, et al. Operación Cesárea: análisis de 826 casos. Ginecología y Obstetricia de México. 40 - - (241): 311-9. Noviembre 76.
- 14- Topete Orozco, Luis M. et. al. Revisión de 175 cesáreas en el centro hospitalario "Dr. Fernando Quiroz G." Ginecología y Obstetricia de México. 30:61-8. julio - - 1971.
- 15- Williams. OBSTETRICIA, 4a. Ed. México, - - Salvat Editores 1973. pp 1220-1223.

Br.


JORGE NOE GONZALEZ OVANDO

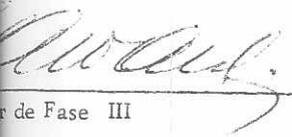
Asesor.


DELFO CANUEQUE ACOSTA

Dr.


Revisor.
WALDEMAR ALVARADO BONILLA

de Fase III

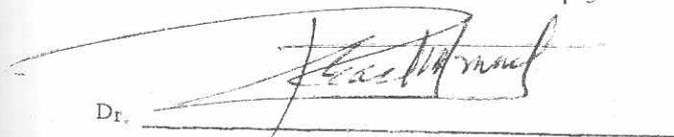

Carlos Waldheim.

Dr.


Secretario

Dr. Raul Castillo Rodas.

Dr.


Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo.