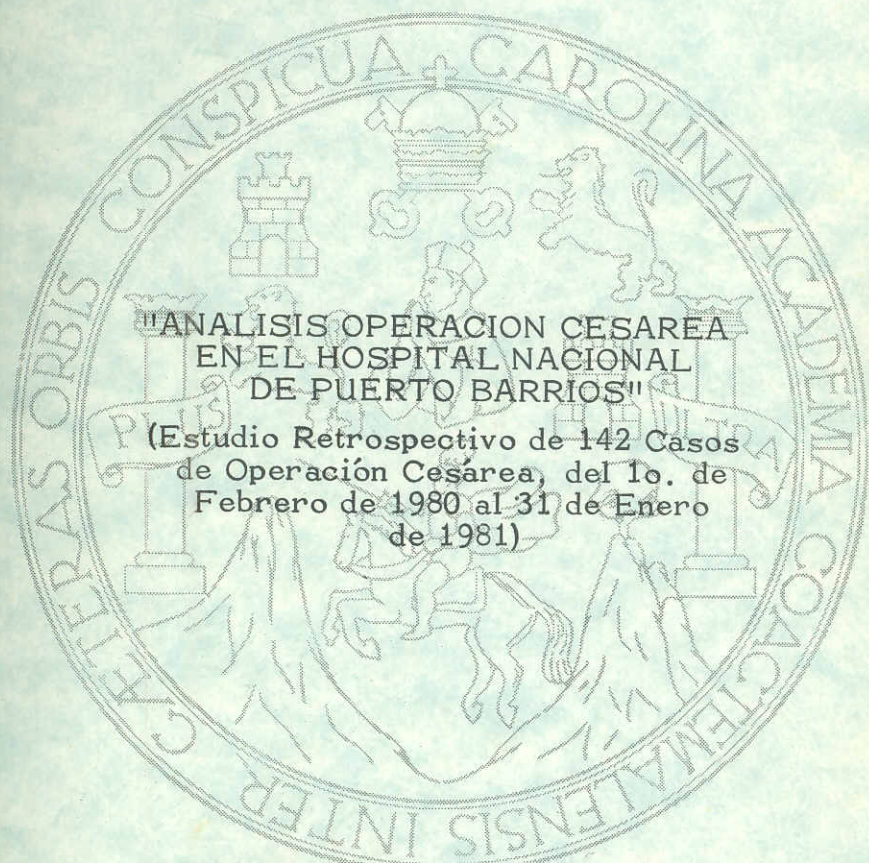


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"ANALISIS OPERACION CESAREA  
EN EL HOSPITAL NACIONAL  
DE PUERTO BARRIOS"

(Estudio Retrospectivo de 142 Casos  
de Operación Cesárea, del 1o. de  
Febrero de 1980 al 31 de Enero  
de 1981)

BLADIMIR CABALLERO MEJIA

## CONTENIDO

- I INTRODUCCION
- II ANTECEDENTES
  - A. Etiología de la Palabra
  - B. Análisis Histórico
  - C. Consideraciones Generales
- III JUSTIFICACION
- IV OBJETIVOS
- V HIPOTESIS
- VI MATERIAL METODOS Y RECURSOS
- VII PRESENTACION DE RESULTADOS
- VIII ANALISIS DE RESULTADOS
- IX CONCLUSIONES
- X RECOMENDACIONES
- XI BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION I

Toda investigación tiene una finalidad, una justificación y una utilidad, y de acuerdo a estos principios debe proponerse un beneficio para los interesados en determinado fenómeno, y en éste caso referente a la Cesárea, todo médico debe conocer las diferentes técnicas operatorias, su frecuencia en nuestro medio, el preciso momento para efectuarlas y las consecuencias que se derivan. En la aplicación de lo anterior radica el éxito de la buena evaluación y evolución de la paciente.

En el presente trabajo de tesis cuyo título es "ANALISIS OPERACION CESAREA" en el Hospital Nacional de Puerto Barrios, fué permisible examinar retrospectivamente 142 fichas clínicas de las pacientes a quienes se les efectuó Cesárea, durante el período comprendido del primero de Febrero de 1980 al 31 de Enero de 1981.

Haciendo uso del Material obtenido en el departamento de registro Médico del Hospital Nacional de Puerto Barrios y después de haber recolectado los datos de mayor importancia, que servirían para darle forma a ésta investigación se pudieron tabular, analizar y concluir con los objetivos de la misma, habiendo obtenido los resultados que a continuación se detallarán.

No es mi propósito profundizar en este tema ni hacer un estudio exsautivo, sino que más bien me guía la idea de lograr un mejor entendimiento del mismo, y además en éste trabajo encontramos una serie de datos y resultados que podrán servir como una orientación para los estudios de ésta especialidad de la Medicina.



## ANTECEDENTES II

- A. Etiología de la Palabra
- B. Análisis Histórico
- C. Consideraciones Generales

### Etiología de la Palabra:

El origen del término Cesárea se considera obscuro, por lo que para definirlo se han considerado varias explicaciones que se describen a continuación:

- 1.- Hay quienes sostienen que la Operación Cesárea recibió éste nombre como un recuerdo de la forma en que llegó al mundo el célebre Romano Julio César. Otros no están de acuerdo con dicha explicación y aducen que en épocas tan remotas (100 años A.C.) una Cesárea debía llevar casi irremediamente a la muerte a la parturienta, sin embargo la madre de Julio César vivió muchos años más, después del nacimiento de éste.
- 2.- Otros consideran que el nombre de la operación deriva de una ley romana que se cree fué promulgada por Numa Pompilio, la cual tratando de salvar al niño ordenaba que se practicara la intervención quirúrgica en mujeres fallecidas durante las últimas semanas del embarazo. Según ésta explicación la ley llamada Lex Regia al principio, vino a llamarse Cesárea en tiempo de los emperadores y la intervención propiamente dicha se conoció con el nombre de Cesárea.
- 3.- Se cree que la palabra Cesárea pudo en algún momento de la edad media derivarse del verbo latino Caedere que significa cortar, de allí deriva su nombre.

## B. HISTORIA:

La Cesárea en sus inicios se practicaba únicamente en madres muertas. En la antigüedad, el parto por vía abdominal no fué mencionado por Hipócrates, Galeno, Celso, Sorano u otro escritor de ese tiempo. Hay datos recopilados en los siglos V y VI después de Cristo sobre el parto abdominal y que aparecen en el Talmud, pero en términos de uso clínico carecen de fundamento.

Es hasta 1591 que se tiene conocimiento de la Cesárea practicada en una mujer viva, es atribuida al castrador alemán Jacob Nufes, de quien se dice llevó a cabo dicha intervención en 1500 en su mujer; llamando la atención que ésta sobrevivió teniendo más tarde dos partos normales a pesar de que en ésta época se desconocía la sutura de la herida uterina.

En 1581 habían aparecido las primeras publicaciones acerca de 14 casos de Cesárea practicadas en vivo, en base a relatos de amigos hacían al escritor Francois Rouselt, considerandose no fidedignas.

En el año de 1668 se publican por primera vez referencias autorizadas sobre la puesta en práctica de la intervención en vivo, ello gracias al trabajo del gran Obstetra Francois Mauriceau. Dichas referencias demuestran que en ésta época la cesárea en vivo únicamente se practicaba en casos desesperados ya que por lo general era mortal, continuando la mortalidad materna hasta principios del siglo XX.

Se citan casos como los ocurridos en Gran Bretaña e Irlanda en 1865 donde la tasa de mortalidad por cesárea alcanzó el 85%, en Paris durante los 90 años anteriores a 1876 no se realizó ni un solo caso de Cesárea con éxito.



El punto culminante en la evolución de la cesárea se produjo en 1882 cuando Max Sanger ayudante en la clínica universitaria de Leipzig introdujo la sutura de la pared uterina, con ésta técnica disminuyó la mortalidad en la intervención por hemorragia, dando paso a su vez, a que se idearan diversas técnicas quirúrgicas para superar dichos obstáculos; de éstas la primera puesta en práctica fué la técnica de Porro ya usada en tiempos de Sanger y que combinaba la cesárea con histerectomía subtotal con marsupialización del Muñón cervical. Luego en 1907 fué descrita la primera intervención extraperitoneal por Frank, y se ha empleado hasta hace pocos años con varias modificaciones.

Según Kroning una de las ventajas de la técnica extraperitoneal consistía no sólo en evitar la cavidad peritoneal, sino más bien en abrir el útero a través de su segmento inferior y cubrir después la incisión con peritoneo.

El paso siguiente en la evolución de la técnica moderna de la cesárea consistía en intervenciones más sencillas ideadas para disminuir la infección.

En 1926 Kerr introdujo una nueva modificación, pues, prefería que la incisión uterina fuera transversal y no longitudinal. En la actualidad la técnica de cesárea más empleada es la de Kerr.

### C. CONSIDERACIONES GENERALES

#### DEFINICION:

La cesárea puede definirse como el parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero. (1)

Cesárea o sección por lo que se libera el feto a

través de las paredes abdominales y uterinas. (13)

#### INDICACIONES:

Las indicaciones son: a) Maternas, b) Fetales  
c) Anexiales

#### I. INDICACIONES DE ORIGEN MATERNO:

a) Distosias del canal óseo:

Desproporción feto pelviana y estrechez pélvica, comprobada si es posible radiológicamente, y malformaciones óseas, ya sean congénitas o adquiridas.

b) Alteraciones de la actividad Uterina que no responden a medicamentos oxitócicos.

c) Cicatrices Uterinas por Cesárea anterior o miomec<sub>tomía</sub>.

d) Distocias del canal blando: Distocia Cervical-Hipopl<sub>asia</sub> vaginal con fondos de sacos estrechos, fístulas rectovaginales o vesicovaginales, colpop<sub>er</sub>in<sub>or</sub>ra<sub>f</sub>ia.

e) Tumores previos.

f) Enfermedades maternas asociadas: Pacientes con antecedentes cardíacos, enfermedades pulmonares crónicas, conducción fallida después de 12 horas o prolongación del trabajo de parto por más de 12 horas, toxemias refractarias a tratamiento Médico.

g) Malformaciones uterinas.

## 2. INDICACIONES DE ORIGEN FETALES:

- a) Presentaciones o situaciones viciosas.
- b) Embarazo gemelar con primer feto en transversa o peligro de engatillamiento de gemelos y monstruos dobles.
- c) Exceso de volumen fetal: Tumores sacrocoxigios, - macrosomia fetal.
- d) Riesgo fetal: sufrimiento fetal grave, antecedentes obstétricos desfavorables.
- e) Muerte materna con feto vivo.

## 3. INDICACIONES DE ORIGEN ANEXIAL:

- a) Placenta: Placenta previa, central total ó parcial de tipo oclusivo, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta con feto vivo.
- b) Cordón: Prolapso de cordón.
- c) Membranas: Rotura prematura de membrana con feto vivo a término después de fallar la inducción del parto. (5)

## CONTRAINDICACIONES:

No se conoce virtualmente en la práctica de la obstetricia moderna ninguna contraindicación para efectuar la cesárea, siempre que se elija la intervención adecuada; sin embargo la cesárea se indica menos frecuentemente en casos en que el feto esté muerto o sea muy pequeño para sobrevivir, pero a la vez existen algunas excepciones en estos casos por Ejemplo:

- a) Que la pelvis sea estrecha que impida el parto por vía vaginal b) el desprendimiento prematuro de placenta con cuello duro, largo y sin dilatar c) placenta previa. (1)

Las indicaciones de cesárea por parte fetales, aumenta la tendencia de recurrir en caso de sufrimiento fetal. (1)

## INCIDENCIA:

Con el aumento de la frecuencia de la cesárea ha ido disminuyendo de modo progresivo la tasa de mortalidad perinatal, ya que se evita en lo posible cualquier traumatismo perinatal durante el parto.

La incidencia es muy variable con respecto de las clínicas Médicas, al tipo de paciente, pero en la literatura mundial, la frecuencia aceptable de la cesárea oscila entre 3 y el 7% en relación al total de nacimientos. (1)

## TECNICA QUIRURGICA:

Existen cuatro tipos de cesárea abdominal reconocidas, aunque se puede usar la vía vaginal. (2)

1. Cesárea Clásica (corpórea).
2. Cesárea Segmentaria Transperitoneal (CSTP).
3. Cesárea Extraperitoneal.
4. Cesárea proseguida de histerectomía (Porro).

La preparación del acto operatorio es similar a la de cualquier operación abdominal; una vez evacuada

la vejiga con una sonda intravesical, se coloca a la paciente en posición supina o trendelenburg ligero, luego se realiza asepsia rigurosa.

### CESAREA CLASICA O CORPOREA:

Se efectua una incisión media de 12 a 15 cms. de longitud. Si está muy rotado el útero, se colocara en posición normal permitiendo así que la incisión coincida con la línea media. Hecho esto, se abre la cara anterior del útero en la línea media, siguiendo el eje longitudinal, y se termina en la extremidad inferior de la incisión inmediatamente por encima de la reflexión del colgajo peritoneal vesicouterino, después se prolonga la incisión hasta alcanzar una longitud de 10 cms. Se rompe la membrana y se introduce una ó ambas manos a través de la incisión a fin de hacer presa de uno ó ambos pies del niño y efectuar la extracción. Si la placenta está localizada debajo de la incisión tiene que separarse esta como sea posible, ó al menos seccionarla con rapidez para que sea mínima la hemorragia fetal. Poco después, el útero se contrae y disminuye mucho la hemorragia materna, y se administra 0.2 mgs. de Ergotamina I.M, ó 10 U. de oxitocina en infusión intravenosa, inmediatamente después de haberse extraído al niño, para mejorar la contracción rápida del útero.

Después se cierra la herida uterina de forma tal que los labios de la misma se ajusten entre si total y completamente y la hemorragia quede controlada del todo. Se práctica una sutura continua con cargut crómico (No. 0 ó No. 1) que une la mitad interna del espesor de los labios de la herida y después otra sutura continua con catgut crómico que comprenda la mitad externa y por ultima sutura continua que abarque el peritoneo y el miometrio superficial. Hay que quitar la sangre de la cavidad abdominal y cerrar la herida por planos. (1)

INDICACIONES: Tiene valor en circunstancias especiales tales como:

- a) Existencia adherencias densas debidas a cesáreas previas, el acceso al segmento inferior resulta difícil, o se observa una adherencia estrecha entre el útero y la vejiga (I) (II).
- b) En ciertos casos de cesárea previa anterior.
- c) Casos en situaciones fetales transversa o dificultad para extraerlo en cualquier otra presentación.
- d) Cáncer cervical o tumores a nivel del segmento. (I) e) En pacientes enfermos cuando la rapidez es importante (I) f) En ciertos casos de placenta previa anterior (6).
- g) Madre muerta con feto vivo. (6)
- h) Abruptio placentas y prolapso de cordón. (2)

VENTAJAS: Es más sencilla, y puede hacerse bajo anestesia local. El acceso operatorio y la extracción del feto pueden lograrse rápidamente.

DESVENTAJAS: La cicatrización del miometrio es defectuosa, formaciones de trayectos fistulosos es común, el sangrado de la gruesa y vascularizada pared uterina es abundante, no es posible conseguir una buena peritonización de la herida uterina, y las adherencias intestinales en la cicatriz uterina puede dar lugar a obstrucción intestinal. (2)

### PRONOSTICO:

Materno: Produce un 0.4% de mortalidad; las causas son: Complicaciones anestésicas, toxemias, peritonitis, hemorragias, chok (I) (3). La causa más común de muerte materna en E.U. es la ruptura de cicatriz post-cesárea, y Wetterwald y Gelle, reporto que la incidencia es 16 veces más frecuente después de la clásica que después de la CSTP (12). La dehiscencia



de la cicatriz uterina en embarazos posteriores, sucede en 1 a 2% de los casos. (2).

### CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL (CSTP).

Es la de elección en más de 70% de los casos de las indicaciones de cesárea. Más o menos en 0.5.-1.0% de los casos se presenta una dehiscencia de la cicatriz en embarazos posteriores. (2)

Luego de cubrir los bordes de la herida con compresas se separan con separadores apropiados, así queda expuesta la porción inferior del útero. Con pinzas de disección se coge el peritoneo laxo, luego se efectúa una incisión en sentido transversal de casi la misma longitud que la existente entre los ligamentos redondos. Luego, se separa por disección roma el peritoneo y la parte superior-posterior de la vejiga urinaria de la pared uterina. Se forman dos colgajos, uno superior corto correspondiente al peritoneo uterino y otro inferior algo más extenso que está formado por el peritoneo y por la superficie posterior de la vejiga urinaria.

La incisión uterina puede hacerse en sentido transversal o técnica de "Munro Kerr" o bien en sentido longitudinal o técnica de "Kronig-Opitz" (3).

En la mayoría de los casos es preferible la incisión transversal, (Kerr) ya que la separación de la vejiga es menor, además la extracción de la cabeza fetal es más fácil y es más probable que la incisión en su totalidad quede en el segmento inferior. La incisión transversal ha de ser semilunar con la concavidad hacia arriba, procurando que sus extremos queden orientados hacia arriba y a unos tres centímetros de las arterias uterinas. El peligro principal de la incisión transversal, es la propagación de la incisión a las arterias.

(1) se deben tener precauciones para no herir el feto levantando con pinzas de Allis un pliegue del segmento inferior en la línea media y a unos 4 centímetros, por encima de la vejiga, practicándose un ojal con bisturí o con pinzas Kocher perforando las membranas, por este ojal se introduce la tijera de punta roma, y cortando a ambos lados se hace una sección transversal curva de 12 centímetros.

La incisión puede ampliarse, introduciendo por el ojal ambos índices y separando las fibras por división, mientras el ayudante está aspirando la sangre y líquido amniótico con el aspirador eléctrico evitando la acumulación a nivel abdominal. (3)

La extracción fetal y de los anexos ovulares, se recurre a maniobras manuales así como instrumentales. En la presentación cefálica podemos llevar el occipital hacia adelante y enuclear la cabeza por deflexión o bien con dos dedos vamos en busca de la cabeza del feto y la llevamos hacia adelante buscando exteriorizar el mentón fuera de la brecha uterina para que la mano introducida como palanca por detrás de la cabeza trate de extraerla por flexión, ambos procedimientos son facilitados por la expresión fundica del útero por el ayudante. En las presentaciones podálicas y en las situaciones transversales se hace la extracción por las nalgas, valiéndose de los pies, extrayendo la cabeza última por una maniobra parecida a la de Mauriceau, luego de extraer el feto se debe inyectar oxitocina o derivados del cornezuelo de centeno ya sea directamente en el útero o por vía intravenosa, para disminuir la hemorragia y acelerar el alumbramiento.

El alumbramiento se realiza por tracción del cordón y presiones del fondo uterino, teniendo cuidado que los cotilidones y membranas salgan completas.

El cierre del útero es similar en ambos tipos

de incisión, se pinzan los bordes del miometrio con pinzas de anillos, luego el segmento inferior se sutura en dos planos con catgut crómico 0 ó 00. El primero en sutura continua tomando todo el espesor de ambos labios musculares de la herida, con excepción de la mucosa. El segundo también musculomuscular invaginantes del primero con puntos continuos. (3) Una vez cerrado el segmento inferior del útero se trae hacia arriba al colgajo vesical y se sutura al colgajo superior del peritoneo visceral mediante sutura continua con catgut simple 0, seguidamente pasamos al cierre del abdomen, para ello se procede antes a la extracción de las compresas aisladas, 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 requieren un cuidado especial, ya que las embarazadas presentan una marcada diastasis de los rectos anteriores que pueden dar lugar a eventracciones si no se le repara correctamente. Si se ha operado con la incisión de Pfannestiel, se habrán abierto ambas vainas de rectos por lo que su sutura no plantea dificultades realizándose con puntos en U de aproximación con catgut simple.

Pero si se ha efectuado la mediana, lo habitual es que al incidir la aponeurosis se haya abierto un sólo músculo recto, pero es imprescindible abrir la otra vaina para hallar el otro músculo recto, se disecciona hasta poner al descubierto todo el músculo y luego se suturan ambos rectos con la técnica anterior.

Luego la aponeurosis se sutura con puntos separados de material inabsorbible; se colocan puntos de acer-

camiento con catgut simple 0 en el tejido celular subcutáneo, y por fin se sutura piel con algodón.

### CESAREA ACOMPAÑADA DE HISTERECTOMIA:

La mayor utilidad de la cesárea seguido de histerectomía se da en ciertos casos de miomas y en multipara con infección intensa, como en el caso de una situación transversa que ha pasado inadvertida, o que el útero presente una cicatriz defectuosa. La hemorragia es mayor en los casos de cesárea seguida de histerectomía total que en los casos de cesárea más esterilización tubárica. (1)

### TECNICA OPERATORIA:

Una vez extraído el feto mediante cesárea segmentaria o clásica puede llevarse a cabo la histerectomía supravaginal o total, casi siempre conservando los anejos. La histerectomía por general está facilitada por el mayor desarrollo de los planos anatómicos. (1) Se cierra la incisión con sutura continua o con algunos puntos interrumpidos para prevenir hemorragias profusas, luego se extrae el útero de la cavidad abdominal, seccionando los ligamentos redondos en cada lado entre pinzas de forcipresión y ligaduras. Se hace una incisión en la hoja anterior del ligamento ancho, a cada lado, de modo que crucen por encima de la vejiga urinaria formando un colgajo de peritoneo vesicouterino. Se practica luego pinzamientos y doble ligaduras de trampas de falopio, ligamentos uteroováricos y de los vasos ováricos, luego se secciona la hoja posterior del ligamento ancho. A nivel del segmento uterino inferior se separan la vejiga y el colgajo peritoneal unido a ella, diseccionándose luego de cada lado las arterias uterinas, se pinzan doblemente, se seccionan y se efectúa doble ligaduras en la proximidad inmediata del útero, evitando de no lesionar los uréteres que pasan juntos a las arterias uterinas.

Solo se amputa el cuerpo uterino, si se realiza una histerectomía subtotal; el muñón cervical se cierra, con catgut sueltos cubriéndolos con peritoneo.

Realizando la histerectomía total, después de las ligaduras de las arterias uterinas, se incide la fascia pubocervical pasando alrededor del cuello y el peritoneo que recubre la cara posterior del cuello uterino se separa hacia abajo; en ese momento se pinzan y se ligan los ligamentos uterinos. Si el cuello es largo, se añaden ligaduras paramediales. Es a veces difícil identificar el límite inferior del cuello uterino estando totalmente o parcialmente borrado y se ayuda introduciendo un dedo en la vagina a través de la incisión, si con este recurso no se identifica se puede prolongar hacia abajo la incisión uterina; luego se secciona la vagina, después la bóveda vaginal se cierra con puntos interrumpidos de catgut, efectuando buena hemostasia de los ángulos, luego se sutura los muñones más intensos de los ligamentos cardinales a los ángulos de la vagina y se incorporan los extremos de los ligamentos uterosacros al manguito vaginal por medio de una sutura continua de catgut. Se reconstruye los defectos peritoneales pélvicos y se sutura al peritoneo posterior situados por detrás del fondo de saco vaginal, el colgajo correspondiente a la vejiga urinaria. Después se cierra la incisión abdominal por planos.

Entre las ventajas encontramos: (2) Elimina el foco de la infección intraparto, excluye al útero y al cervix como fuente de sangrado, de dolor y de neoplasias; hace desaparecer el peligro de hemorragia por hipotonía uterina; impide el embarazo, y previene la necesidad de una segunda operación posterior.

Desventajas tenemos: Más difícil y peligrosa que una cesárea asociada a ligadura de trompas, no se excluye la contaminación de la cavidad peritoneal, la pérdida de la función menstrual y de fertilidad, es irrever-

sible.

### CESAREA EXTRAPERITONEAL:

Puede emplearse en los casos complicados, con una infección mal tratada o descuidada. La incisión en el útero puede ser paravesical (Latzko, Norton) o retrovesical (Waters) evitando la cavidad peritoneal y la vejiga. Puede realizarse con mayor facilidad después de varias horas de trabajo de parto, porque los planos de disección aparecen más definidos. (2)

Ventajas: Teóricamente es la cesárea ideal, impide que pase sangre, líquido amniótico infectado, a la cavidad peritoneal, es realizable con un trabajo de parto prolongado, y amnionitis franca, o después de ruptura de membranas. Nunca se complica con neumoperitoneo, y el íleo es excepcional. El curso postoperatorio es más tranquilo. Permite la conservación del útero.

Desventajas: Es difícil, puede ocasionar lesiones peritoneales, vesicales y ureterales. Esta operación no es practicable antes del término.

CESAREA VAGINAL: Puede practicarse antes de ocurrir la dilatación completa del cervix para la terminación precoz del embarazo, en caso de muerte o de anomalías fetales. Practicamente es una histerectomía anterior, que se hace cuando el embarazo está avanzado, y la intervención abdominal implica gran peligro para la madre y las posibilidades de obtener un producto normal es muy remota o nula. Es difícil después de las 36 semanas. (2)

VENTAJAS: La incisión del cervix y del segmento inferior es corta, el sangrado es mínima.



DESVENTAJAS: Difícil de realizarse en el último trimestre.

COMPLICACIONES: Viene siendo las de toda cesárea.

I. INTRAOPERATORIAS: 1. Hemorrágicas: a) por incisión uterina b) sección de vasos uterinos c) por atonías d) por desfibrinación.

2. Accidentes anestésicos.

3. Lesiones de órganos vecinos; a) rotura de vejiga b) heridas uretrales (sección, incisión, perforación, ligaduras, heridas de la pared intestinal.)

II. POSTOPERATORIA: 1. Precoces; a) Choque hemorrágico b) edema pulmonar c) trastornos de la motilidad intestinal (paresia, atonía, parálisis)

2. Tardías: a) infecciones (peritonitis, pelviperitonitis, abscesos, hematomas) b) Urológicas; retención urinarias, cistitis (cateterismo), pielonefritis, Anuria (apoplejia uteroplacentaria, desfibrinación, necrosis tubular aguda o de una necrosis de la corteza renal, ligadura de ambos uréteres o de un uréter con una anuria refleja del otro riñón) c) Tromboflebitis superficial d) endometritis puerperal e) anemia secundaria.

3. SECUELAS TARDIAS: a) Disminución de la fertilidad b) frecuencia de abortos y partos prematuros c) complicaciones obstétricas después de una cesárea (distocias mecánicas y funcionales y los trastornos en el período del postparto). (15).

## ANESTESIA

### GENERALIDADES DE LA ANESTESIA OBSTÉTRICA

1. El feto se ve afectado por cualquier anestésico administrado a la madre, ya sea directamente, es decir por el paso de los agentes anestésicos a través de la placenta, e indirectamente, como resultados de la hipoxia o hipotensión materna. La P/A sistólica menor de 90 ml es probable que haga insuficiente la perfusión de la placenta. (15)

2. La madre puede encontrarse en condiciones desfavorable para la anestesia. Probablemente tendrá el estómago ocupado o lleno y el contenido puede ser de alimento no digerido, ingeridos en la etapa inicial del trabajo de parto o de líquidos, que son la resultante de la estasi intestinal propia del trabajo prolongado. Puede encontrarse agotada, deshidratada en estado de acidosis y deprimida por los medicamentos narcóticos, y puede haber sufrido considerable pérdida de sangre durante el parto o después de él. (15)

Los anestésicos obstétricos prefieren la anestesia regional a la general ya que con la misma es menor el peligro de aspiración del contenido gástrico, meconial, ó amniótico, y además es la mejor para el niño y para la madre ya que toda se queda intrarraqúidea. La anestesia con epidural también da muy buenos resultados, aunque a veces tarda un poco en pegar la anestesia (hasta unos 20 minutos), dando también cefalea y hay reportes del paso a la circulación materna y fetal. (6)

### ANESTESIA GENERAL PARA LA OPERACION CESAREA

Hasta algunos años, muchos obstetras preferían

ejecutar la operación cesárea con infiltraciones locales o anestesia general, para evitar los fenómenos depresivos en el feto por los agentes anestésicos; sin embargo, con la técnica moderna de los relajantes, el feto puede comportarse igualmente bien con la acción de un anestésico general. La vieja técnica de abrir y sacar el feto, que demandaba la extracción del feto en el tiempo más corto posible, ha dado lugar a un procedimiento en que se cuenta con mayor tiempo y mayor tranquilidad, basándose en el conocimiento actual del paso de los medicamentos anestésicos a través de la placenta.

El pentotal pasa a la circulación fetal con gran rapidez; no existe retención por la barrera placentaria. El Suxametónico y el Decametonio no atraviesan la placenta a la dosis clínicas ordinaria. La Tubocurarina se ha encontrado en la sangre fetal en cantidades insignificante.

En una operación cesárea de urgencia, cuando la paciente puede haberse encontrado en trabajo durante muchas horas, el riesgo de la aspiración del contenido gástrico es tan elevado como en el caso de la aplicación de forceps. Aún en el caso de operación cesárea electiva, la elevada proporción de hernias del hiato en presencia de útero grávidico hace la regurgitación pasiva un fenómeno raro. (15) Todas las operaciones cesárea, lo mismo de urgencia que electiva, ejecutada bajo anestesia general, deben de hacerse con la aplicación de sonda endotraqueal con manguito.

La inducción es muy rápida, es ideal cuando se requiere un parto rápido, la paciente está inconsciente y sin dolor. Cuando se administra en forma adecuada, es muy rara la hipotensión súbita. Esta técnica es más segura, si la paciente presenta: Hipovolemia, sangrado o choque, sepsis, trastornos de coagulación, trastornos neurológico progresivo (Esclerosis múltiple) (15)

## ANESTESIA RAQUIDEA (ESPINAL O SUBARACNOIDEA)

Las desventajas de la anestesia espinal para la sección cesárea son los niveles, algunas veces elevadas, del bloqueo nervioso y los frecuentes descensos precipitados de la P/A materna. Aunque la presión del LCR es normal entre las contracciones, está ligeramente elevada durante cada contracción.

Nunca se ha de permitir que la hipotensión, causada por la anestesia espinal, progrese en su intensidad o duración, y es necesario controlarla ya al principio mediante agentes hipertensores intravenosos. Para evitar los niveles inesperados elevados, existen dos métodos: Uno es administrar el medicamento en el volumen más pequeño que sea compatible con la inocuidad de una dosis única. El otro método consiste en administrar los medicamentos en forma intermitente. (1)

## ANESTESIA EPIDURAL LUMBAR INTERMITENTE

Ha sido recomendado este bloqueo, para evitar el peligro de una raquianestesia alta y para eliminar la posibilidad de cefalea postanestésica. Su nivel de anestesia es demasiado irregular para justificar un uso extenso del mismo. La anestesia tiene algunos peligros como ser: la hipotensión, requiere mayor habilidad anestesiológica, necesita más tiempo para su iniciación, y causa un bloqueo menos definido. La hipotensión con la anestesia epidural no está asociada con reducción del gasto cardiaco o bradicardia, al contrario de lo que ocurre con las secuelas de la raquidea. Estas diferencias suponen un beneficio para el feto. (1)

## INFILTRACION LOCAL DE LA PARED ABDOMINAL

Hay que seguir dos principios generales para ob-

er éxito con esta técnica. En primer lugar, se requiere una gran suavidad al manejar los tejidos: cualquier manipulación acompañada de tirones sobre el peritoneo o los ligamentos uterinos resulta muy dolorosa. En segundo lugar, es necesario una gran atención hacia los detalles al practicar la inyección de la solución anestésica.

La solución empleada con más frecuencia es la procaina al 1%. La cantidad necesaria es de aproximadamente 100 cm. y para evitar una absorción demasiado rápida se añade 0.5 cm. de una solución de adrenalina al 1:1,000 a 100 cm. de la solución de procaina. Es importante la inyección en forma de abanico en el ángulo superior y especialmente en el ángulo inferior sobre la sínfisis. (1)

## JUSTIFICACION

1. No existe en Puerto Barrios un estudio sobre este procedimiento.
2. En nuestro medio no existe información que satisfaga las necesidades del conocimiento.



## OBJETIVOS

### GENERALES:

- a) Brindar un estudio sobre operación cesárea en Puerto Barrios.
- b) Efectuar un trabajo de investigación cumpliendo con los requisitos exigidos por la Facultad de Ciencias Médicas.
- c) Conocer el sistema de atención Médica y paramédica, en el Hospital Nacional de Puerto Barrios.

### ESPECIFICOS:

- a) Determinar la utilidad que proporciona el control prenatal, para prevenir problemas obstétricos inesperados.
- b) Determinar el diagnóstico anticipado a través del control prenatal, el embarazo de alto riesgo.
- c) Conocer la frecuencia de cesáreas durante el tiempo estudiado.
- d) Establecer cuales son las indicaciones más frecuentes de cesárea realizadas en el Hospital Nacional de Puerto Barrios.
- e) Conocer el grupo etareo, ocupación, procedencia del paciente, sometidos con más frecuencia a esta operación.
- f) Conocer el número total de partos atendidos en el período estudiado.
- g) Determinar el índice parto-cesárea.

- h) Conocer la paridad, gestaciones, número de abortos de cada paciente sometida al estudio.
- i) Determinar que tipo de anestesia se utiliza con mayor frecuencia en pacientes cesarizadas.
- j) Conocer que tipo de complicaciones post-operativas es el más frecuente en pacientes cesarizadas.
- k) Determinar el índice de mortalidad materna.

## HIPOTESIS

Con el desarrollo del presente trabajo de investigación, no se pretende aceptar o rechazar una determinada hipótesis. Este Trabajo, es una investigación descriptiva de un fenómeno en una circunstancia temporal y espacial determinada y en especial, por ser la primera vez que se observó éste fenómeno.

## MATERIAL Y METODOS

### A. MATERIAL:

Se estudiaron ciento cuarenta y dos papeletas de operación cesárea, realizadas en el Hospital Nacional de Puerto Barrios en el período comprendido del primero de Febrero de 1980 al 31 de Enero de 1981.

### B. Se utilizó el científico, deductivo e inductivo, analítico y de síntesis, además el retrospectivo.

Se buscó en el libro de registro de pacientes de sala de operaciones, los nombres de las pacientes intervenidas por cesárea durante el período arriba mencionado, luego se buscó en las fichas de archivo, el número de la historia clínica de cada paciente, procediéndose luego a revisar cada una de las historias. Se obtuvieron los datos propuestos y posteriormente se tabularon los mismos para obtener los objetivos trazados. Los resultados se anotaron en cuadros, donde se formularon los análisis y posteriormente se obtuvieron las conclusiones y recomendaciones.

Además se revisó el libro de labor y partos para obtener el total de nacimientos en el período mencionado. Se realizó a la vez revisión bibliográfica, con el fin de elaborar un resumen de lo más importante sobre el tema.

### C. RECURSOS:

#### 1. Humanos:

- a) Asesor: Dr. Marco Tulio Vela.
- b) Revisor: Luis Edilberto González.

- c) Personal del departamento de estadística del Hospital Nacional de Puerto Barrios.
- d) Personal de sala de operaciones del mismo Hospital.
- e) Personal de sala de labor y partos.
- f) Personal de bibliotecas consultadas.

2. Físicos:

- a) Fichas del archivo del Hospital Nacional de Puerto Barrios.
- b) Libro de registro de pacientes de sala de operaciones.
- c) Historias clínicas de las pacientes intervenidas.
- d) Libro de sala de partos.
- e) Fichas de recolección de datos
- f) Libros y tesis que versan sobre el tema;

PRESENTACION  
DE  
RESULTADOS



CUADRO No. 1 : Relación de Partos Eutósico Simple (PES) y Número de Cesárea.

	No.	%
No. de Partos Eutósicos	1487	90.46%
No. de Cesáreas	142	9.54%
TOTAL	1629	100.00%

CUADRO No. 2 : Distribución en Número y Porcentaje de Casos Según grupo Etareo.

EDAD	No.	%
15 años a 20 años	54	38.03%
21 años a 26 años	50	35.21%
27 años a 32 años	23	16.19%
33 años a 38 años	10	7.05%
39 años a 44 años	4	2.82%
45 años a 50 años	1	0.70%
TOTALES	142	100.00%

CUADRO No. 3: Número y Porcentaje de Pacientes Según su Procedencia.

Procedencia		Datos		Sub-Total	
		No.	%	No.	%
Izabal	Cabecera	64	45.07	137	96.47
	Municipios	73	51.40		
Otros	Zacapa	4	2.83	5	3.53
	Guatemala	1	0.70		
TOTALES		142	100.00	142	100.00

CUADRO No. 4: Distribución en número y porcentaje de pacientes según su ocupación.

OCUPACION	No.	%
Oficios Domesticos	119	83.80%
Maestra de Educación Primaria	8	5.63%
Secretarias	6	4.23%
Enfermeras	4	2.82%
Perito Contador	3	2.11%
Comerciantes	2	1.41%
TOTALES	142	100.00%

CUADRO No. 5: Número y Porcentaje de pacientes que Recibieron Control Prenatal.

CONTROL PRENATAL	No.	%
Sin Control Prenatal	93	65.49%
Hospital Nacional de Puerto Barrios	24	16.90%
Centro de Salud	15	10.56%
Médicos Particulares	10	7.04%
TOTAL	142	100.00%

CUADRO No. 6: Distribución de Casos Según Antecedentes de gestaciones, número y porcentajes.

GESTAS	No.	%
Primigestas	54	38.03%
Secundigestas	42	29.58%
Tres Gestaciones	18	12.67%
Cuatro Gestaciones	4	2.82%
Cinco Gestaciones	10	7.05%
Más de Cinco Gestaciones	14	9.85%
TOTALES	142	100.00%

CUADRO No. 7: Distribución de Casos Según Antecedentes de Abortos, número y porcentajes.

Antecedentes de Abortos	No.	%
Sin Abortos	121	85.22%
Con un Aborto	13	9.15%
Con dos Abortos	4	2.82%
Con tres Abortos	3	2.11%
Con cuatro Abortos	1	0.70%
Totales	142	100.00%

CUADRO No. 8: Distribución en Número y Porcentaje de Casos según Antecedentes de Cesárea.

Antecedentes de Cesárea	No.	%
Sin Cesárea Previa	109	76.76%
Con una Cesárea Anterior	22	15.49%
Con dos Cesáreas Anteriores	11	7.75%
Totales	142	100.00%

CUADRO No. 9: Distribución en Número y Porcentaje de Casos Según Indicaciones Quirúrgicas de Cesáreas.

Indicaciones Quirúrgicas	No.	%
Maternas	76	53.53%
Fetales	42	29.57%
Anexiales	24	16.90%
Totales	142	100.00%

CUADRO No. 10: Distribución en Número y Porcentaje de Casos de Cesáreas Según Indicaciones Maternas.

Indicaciones Maternas	No.	%
Desproporción Cefalo Pélvica	37	26.06%
Estrechez Pélvica	17	12.00%
Agotamiento Materno	8	5.60%
Enfermedad Materna	7	4.92%
Inminencia Ruptura Uterina	6	4.22%
Distocia Canal Blando	1	0.70%
Totales	76	53.53%

CUADRO No. 11: Distribución en Número y Porcentaje de Casos de Cesáreas por Indicaciones de origen Fetal.

Indicaciones Fetales	No.	%
Distocia de Presentación	21	14.79%
Sufrimiento Fetal Agudo (SFA)	15	10.57%
Procidencia de Miembros	3	2.11%
Post-Madures	2	1.40%
Embarazo Gemelar de Podalica	1	0.70%
Totales	42	29.57%

CUADRO No. 12: Distribución en Número y Porcentaje de Casos de Cesáreas por Indicaciones de origen Anexiales.

Indicaciones Anexiales	No.	%
Placenta Previa	9	6.34%
Desprendimiento Prematuro de Placenta	9	6.34%
Procidencia de Cordón	6	4.22%
Totales	24	16.90%

CUADRO No. 13: Distribución en Número y Porcentaje de Casos Según técnica Operatoria realizada.

Tipo de Cesárea	No.	%
Cesárea Corporea	16	11.27%
Cesárea Segmentaria Transperitoneal	126	88.73%
Totales	142	100.00%

CUADRO No. 14: Distribución en Número y Porcentaje de Casos Según tipo de Anestesia.

Tipo de Anestesia	No.	%
Raquídea	79	55.64%
Epidural	62	43.66%
General	1	0.70%
Total	142	100.00%

CUADRO No. 15: Distribución en Número y Porcentaje de Nacidos Vivos y Mortinatos por Cesárea.

Nacimientos por Cesáreas	No.	%
Nacidos Vivos	130	91.54%
Mortinatos	13	9.16%
# Totales	143	100.00%

No. Aparecen 143 nacimientos y no 142, porque se presento una Cesárea por embarazo gemelar en Podalica.



CUADRO No. 16: Distribución en Número y Porcentaje de Paciente con y sin Complicaciones Post-operatorias.

COMPLICACIONES	No.	%
Infección Herida Operatoria	13	9.15%
Endometritis	12	8.45%
Deshisencia de Herida Operatoria	4	2.82%
Infección Urinaria	4	2.82%
Bronquitis Asmatiforme	3	2.11%
Total Complicados	36	25.35%
No Complicados	106	74.65%
Total	142	100.00%

En el Hospital Nacional de Puerto Barrios no fueron aislados los gérmenes causantes debidos a la falta de medios, pero cedieron a la Antibioticoterapia aplicada a cada caso.

CUADRO No. 17: Número y Porcentaje Según Tratamiento Profiláctico, no Profiláctico y sin Antibiótico usados en Pacientes Cesarizadas.

Antibióticos	Profiláctico	No Profiláctico	Total	%
Penicilina - Estreptomina	26	15	41	28.90%
Penicilina - Cloroanfencol	15	9	24	16.90%
Penicilina	20	-	20	14.08%
Ampicilina	8	5	13	9.15%
Penicilina - Kanamicina	3	4	7	4.93%
Ampicilina - Estreptomina	2	-	2	1.40%
Tetraciclina	-	3	3	2.11%
	74	36	110	77.47%
Sin Antibióticos	-	-	32	22.53%
Totales	-	-	142	100.00%

CUADRO No. 18: Distribución en Número y Porcentaje de Pacientes por Tiempo transcurrido de la Operación al Egreso.

Días de Hospitalización	No.	%
0 - 6 días	30	21.13%
7 - 10 días	65	45.77%
11 - 14 días	24	16.90%
15 ó más Días	23	16.20%
Totales	142	100.00%

## ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

En la literatura mundial la frecuencia aceptable de la cesárea oscila entre 3 y el 7% en relación al total de nacimientos (1). En Guatemala, la incidencia reportada en el Hospital Nacional de Escuintla en 1980 fue de 15.2% (6), en ese mismo año, en el Hospital Nacional de Chiquimula fue de 4.2% (5). En el Hospital Nacional de Puerto Barrios fue de 9.45%. La incidencia varía según las clínicas, su personal médico y en especial respecto a la repetición de la cesárea, las cuales se va incrementando en los lugares donde se practican cesáreas subsecuentes, según la aseveración de "Una vez cesárea, siempre cesárea" (2). Las cesáreas repetidas son la razón de 15 a 40% de todas las cesáreas en las grandes ciudades de los E.U.A. (2).

CUADRO No. 2

La época más favorable para la reproducción se halla probablemente entre los 18 y los 30 años, después de esta edad aumenta la probabilidad de complicaciones del parto, sobre todo de trastornos de contracciones uterinas ya sea de una primípara añosa o de una múltipara. Las complicaciones dependientes de la edad son: Hipertensión, gestosis, diabetes, hemorragias antes del parto (placenta previa, DPPNI), partos prematuros, miomas, trastornos de contracciones uterinas y las intervenciones quirúrgicas (14). En este cuadro se observa, que se intervino más entre las edades de 15 a 20 años (54 casos=38.03%) y de 21 a 25 años (50 casos=35.21%). En la edad de 45 a 50 años, se observó un caso (0.70%).

### CUADRO No. 3

Muestra la procedencia de las 142 pacientes cesarizadas. El 96.47% procedían del mismo departamento de Izabal y de estas el 51.40% eran de sus municipios. Solo el 3.53% procedían de otros departamentos, como ser 4 pacientes de Zacapa y un paciente de Guatemala, y esto se dio por tener familiares en Puerto Barrios.

### CUADRO No. 4

Llama la atención el 83.80% de las pacientes operadas (119 casos) se dedicaban a oficios domésticos lo que demuestra el nivel socioeconómico de las pacientes que visitan el hospital, ya que el estado socioeconómico ejerce un influjo muy evidente, pero complejo, sobre la mortalidad perinatal; en el estrato social más bajo el riesgo infantil es 2 veces mayor que en lo más alto. (14).

### CUADRO No. 5

Podemos observar que la mayoría de nuestras pacientes, en un 65.49% (93 casos) no recibieron control prenatal (6) Hecho que nos debe poner a pensar que muchas madres se encuentran corriendo riesgos inútiles evitables, ya que por este medio, toda mujer embarazada ya sea primigesta, múltipara, ó embarazos previos que han sido resueltos por medios quirúrgicos, y en especial aquellos embarazos de alto riesgo, ayudaría para reconocer lo antes posible cualquier anomalía que amenace el bienestar de la madre y de su hijo.

### CUADRO No. 6

Los innumerables cambios en el organismo materno durante el embarazo hacen que a veces, no pueda

ser muy precisa la demarcación entre la salud y la enfermedad, por lo tanto en toda historia clínica obstétrica es importante los antecedentes de gestaciones, máxime que el embarazo anterior se haya presentado complicaciones graves en el curso del embarazo o parto. - Para una primípara sana significa la cesárea un peligro para la vida de 10 a 15 veces mayor que en un parto espontáneo (14).

Se obtuvo que el 38.03% (54 casos) eran primigestas, el 29.58% (48 casos) eran secundigestas, con menor número de gestaciones fue en pacientes con 4 gestaciones con un 2.82%.

### CUADRO No. 7

Sobre la frecuencia de abortos después de la cesárea no pueden darse cifras exactas, a causa de la multiplicidad de sus causas (14). En este cuadro refleja que las pacientes sometidas a cesáreas, el 85.22% (121 casos) no tenían antecedentes de abortos, en 13 de las pacientes operadas se obtuvo antecedentes de un aborto previo (9.15%), con antecedentes de 4 abortos se encontró un paciente (0.70%).

### CUADRO No. 8

Frente a una gestante con antecedentes de cesárea es indispensable la vigilancia y analizar la causa y las circunstancias que obligaron la operación anterior ya sea que fuere de carácter permanente (estrechez pélvica, fístula vesicovaginal, si el postoperatorio fue accidentado ó febril) la intervención debiera repetirse, además, debido al aumento de la tensión a que será sometida la cicatriz (2).

Si fuese de carácter temporal y si no se repiten los motivos de la primera operación y si la paciente ha dado a luz anteriormente un niño de tamaño normal

por vía vaginal, debiera permitirse el parto normal bajo observación cuidadosa (2). En el cuadro No. 8, de las 142 cesáreas realizadas un 76.76% (109 casos) no presentaron cesárea previa, con una cesárea anterior 22 casos (15.49%), y con dos cesáreas anteriores 11 casos (7.75%).

#### CUADRO No. 9

Las indicaciones de las cesáreas deben ser únicas y claras. La combinación de factores, que por si solos serían insuficientes para justificar la operación constituye una razón débil. (14). De las 142 cesáreas realizadas en el Hospital Nacional de Puerto Barrios, 76 fueron por indicaciones Maternas, lo que equivale al 53.53%, por causas fetales se operaron 42 pacientes (29.57%) y por causas anexiales un 16.90% o sea 24 pacientes del total de cesáreas.

#### CUADRO No. 10

Por indicaciones Maternas se operaron 76 pacientes (53.53%), de éstas, 37 de las cesáreas se debieron a Desproporción Cefalo Pélvica (26.06%); en 17 casos por indicación de Estrechez Pélvica (12.00%), además se opero a una paciente por distocia de canal blando (0.70%).

#### CUADRO No. 11

La disminución del riesgo operatorio para la Madre ha aumentado la valoración de la vida fetal y ha conducido a una ampliación de las indicaciones fetales, (14) por lo tanto en el Hospital Nacional de Puerto Barrios, de las 142 cesáreas realizadas se obtuvo el 29.57% (42 casos) por indicaciones fetales, de estas intervenciones, 21 se debieron a distosias de presentación (14.79%), además se efectuó un caso post-madures, que equivale a 0.70%.

#### CUADRO No. 12

Por indicaciones anexiales se realizaron 24 operaciones, lo que representa el 16.90%; DE ESTAS: 9 cesáreas se efectuaron en caso de placenta previa, y de desprendimiento prematuro de placenta, lo que equivale a 6.34% del total de cada uno. Además se efectuó por procedencia de cordón en seis casos, lo que representa el 4.22%.

#### CUADRO No. 13

En el momento preciso para la elección de una de terminada técnica quirúrgica obstetrica, depende de indicaciones vitales ó de indicaciones preventivas (adelantamiento temporal de la indicación). (14). La incidencia de la cesárea corporea debería ser menor de 10% y está indicada en situaciones que demandan una rápida actuación. La CSTP es la de elección en más del 70%. (2).

Se realizaron en el Hospital Nacional de Puerto Barrios, 126 cesáreas segmentarias transperitoneal, lo que equivale el 88.73%, además se efectuaron 16 cesáreas Corporea, lo que representa un 11.27%.

#### CUADRO No. 14

Es muy evidente que ningún agente o técnica para la anestesia puede ser seguro y eficaz en todas las circunstancias variadas; por lo tanto en algunos casos, se detalla, se elecciona, se prepara o se planifica de modo adecuada para llevar a cabo lentamente la anestesia, mientras que en otros, sera necesaria la máxima velocidad en situaciones como accidentes graves y letales. (1).

En el Hospital Nacional de Puerto Barrios, el 55.64% (79 casos) recibieron anestesia raquidea, 62 de



las pacientes fueron operadas bajo anestesia epidural y en un caso con anestesia general (0.70%).

#### CUADRO No. 15

De casi todas las estadísticas se desprende que la mortalidad materna por cesárea ha descendido virtualmente en los últimos 20 años, a pesar del mayor número de operaciones practicadas; en infecciones, siempre se destacan en las estadísticas de mortalidad, sobre todo la peritonitis. La mortalidad materna por cesárea se estima en el 1 o/oo al 1 o/o (14), otros estiman del 0.2% (1). El máximo de mortalidad perinatal por cesárea puede llegar a ser del 12% (1).

En nuestro estudio realizado de 142 cesáreas desde el 1o. de febrero de 1980 al 31 de enero de 1981 en el Hospital Nacional de Puerto Barrios, no encontramos ninguna causa de mortalidad materna por lo tanto, tenemos un 0% de mortalidad materna.

Como se observa en el cuadro No. 15, con respecto a la mortalidad perinatal encontramos con que hubo un 9.16% de ella, pero se aclara que en ningún momento estuvieron relacionadas directamente con la operación.

#### CUADRO No. 16

Los peligros de la cesárea para la madre puede aparecer durante y después de la operación bajo la forma de complicaciones precoces, y en el curso postoperatorio ulterior como complicaciones tardías. Además de estos peligros inmediatos se toman en consideración como peligro mediatos las posibles secuelas tardías. Las infecciones, siempre destacadas en las estadísticas de morbi-mortalidad, sobre todo la peritonitis difusa y la pelviperitonitis, (14), pero en esta época médica actual, son muy raras debido a la introducción de antibió-

ticos y de técnicas más sencillas que recaen en el segmento inferior. (1)

En nuestro estudio encontramos 36 casos complicados (25.35%) de las cuales 13 casos por infección de herida operatoria (9.15%), se presentaron 12 casos por endometritis (8.45%) como se explica el cuadro No. 16. De las cesáreas estudiadas, 106 cursaron sin ninguna complicación (74.65%). La cesárea como todo procedimiento quirúrgico, lleva implícito ciertos grados de riesgo y es frecuente que surjen complicaciones postoperatorio.

#### CUADRO No. 17

La frecuencia de las infecciones purulentas de las heridas postoperatorias no solamente no ha disminuido con la profilaxia en estas operaciones, sino que más bien ha aumentado. Las infecciones de las heridas operatorias que aparecen después de una quimioprofilaxis son causadas, sin embargo, en un porcentaje elevado por gérmenes con múltiple resistencia antibiótica que ofrecen dificultades a una quimioterapia subsiguiente. (14)

De los 110 pacientes que se les administró antibióticos, a 74 de ellas se les dió en forma profiláctica, por las siguientes razones: Ruptura prematura de membrana, contaminación de campo operatorio y ha 36 pacientes por presentar complicaciones como se explica en el cuadro No. 17. De los antibióticos que más se utilizaron tanto profilacticamente como en forma terapéutica fue la combinación penicilina-estreptomina que fue usada en 41 pacientes. Se escogió esta combinación de antibióticos porque ofrece mayores probabilidades de eficacia tomando en consideración que el aislamiento de los gérmenes patógenos no fue posible debido a la carencia de métodos diagnósticos y además por experiencias anteriores ofrecieron buenos resultados.

## CUADRO No. 18

A toda paciente post-operada de cesárea, con evolución satisfactoria se le da de alta, una semana después. En este cuadro se revela que el 45.77% de los casos egresaron a los 10 días post-operatorio, el tiempo mínimo de hospitalización fue de 5 días y el máximo de 28 días, con un promedio de 10.35% para cada paciente. Las que permanecieron más de 10 días fue porque presentaron alguna complicación o porque procedían de lugares más retirados, hasta que las familiares los trasladaban a lugares de su residencia habituales.

## CONCLUSIONES

- 1.- El número total de cesáreas efectuadas durante el 1o. de Febrero de 1980 al 31 de Enero de 1981 fue de 142.
- 2.- La relación que existe entre el número de partos y de cesárea fue de una (1) cesárea por cada 10.47% partos.
- 3.- El índice parto/cesárea en el Hospital Nacional de Puerto Barrios es de 9.54%.
- 4.- El número total de partos correspondiente al mismo período fue de 1487.
- 5.- El grupo etareo más frecuentemente sometido a cesárea es el comprendido entre 15-20 años con un 38.03%.
- 6.- El 96.47% de las pacientes que se atienden en la maternidad del Hospital Nacional de Puerto Barrios son del mismo departamento de Izabal.
- 7.- El 83.80% (119 pacientes) se dedicaban a oficios domésticos.
- 8.- La mayoría de las pacientes a quienes se les efectuó cesárea, no tenían control prenatal (93 casos-65.49%).
- 9.- Las pacientes primigestas fueron a quienes más cesáreas se les efectuó en un 38.08%, luego a las secundigestas en un 29.58%.
- 10.- El 85.22% de las pacientes no presentaban antecedentes de abortos.

- 11.- La mayoría de pacientes no presentaban antecedentes de cesárea (76.76%).
- 12.- Las indicaciones quirúrgicas tomadas en cuenta con mayor frecuencia fueron de origen Maternas en un 53.53% (76 casos).
- 13.- El tipo de cesárea que más frecuentemente se efectuó, fue la segmentaria transperitoneal en el 88.73% (126 casos).
- 14.- El tipo de anestesia que se utilizó con mayor frecuencia en las pacientes que se cesarizaron fue la raquídea con 58.64%.
- 15.- La mortalidad materna fue de 0%.
- 16.- La mortalidad perinatal alcanzó un 9.16%, sin ninguna relación con la intervención del acto quirúrgico.
- 17.- La complicación post-operatoria más frecuente fue infección de herida operatoria con 9.15% (13 casos), seguida de endometritis en un 8.46% (12 casos) de las 36 casos complicados.
- 18.- El antibiótico que se uso con mayor frecuencia en las pacientes, fue la combinación penicilina-estreptomomicina en un 28.90% (en 41 casos) tanto profilácticamente como teraúpticamente.
- 19.- El 76.77% de las pacientes estuvieron hospitalizadas menos de 10 días, pero las que permanecieron más días fue porque presentaron complicaciones u otro tipo de problemas.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Solicitar la colaboración tanto de médicos como estudiantes encargados de llenar la papelería correspondiente al departamento de obstetricia, para que ésta se lleve correctamente especialmente la historia clínica de la sección de recién nacidos, a fin, de contar con una información completa de los datos requeridos para investigaciones de éste tipo, en futuros tiempos.
- 2.- La realización de cada Cesárea debe ser una indicación precisa ya que el abuso del mismo, puede suceder que el acto quirúrgico contingentemente sea innecesario.
- 3.- Al concluir su tratamiento Hospitalario, a la paciente cesarizada debe de extenderle un resumen de su causa de Cesárea, fecha de la misma, tipo de cesárea, para mejor orientación en investigaciones posteriores.
- 4.- La asistencia prenatal debe ser una continuación de un plan de vigilancia médica de salud, por lo tanto, se le deberá llevar un programa de control prenatal a las embarazadas especialmente en los hospitales departamentales, en donde no se encuentran recursos necesarios apropiados, porque las enfermedades adquiridas y las anomalías del desarrollo serían reconocidas en su mayor parte, ya sea antes ó en el transcurso de su gestación, se tomarían las medidas apropiadas para erradicarlas por lo menos, para minimizar sus efectos perniciosos.
- 5.- Diagnosticando y evitando oportunamente y tratando las enfermedades maternas dentro el mar

co de una mejor asistencia de la embarazada puede lograrse una disminución de las indicaciones maternas.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Williams. Obstetricia. 6a. Reimpresión 1978. Salvat Editores, S.A. Mallorca 43. Barcelona Impreso en Mexico 1978.
- 2.- BENSON, Ralph C. Manual de Ginecología y Obstetricia. 3a. edición. México D.F., El Manual Moderno, 1973.
- 3.- Shwarz, Ricardo. Obstetricia 3a. Edición, Buenos Aires. El Ateneo, 1970.
- 4.- Ortiz Dominguez, Telma Elizabeth. Operación cesárea en el Hospital General de Occidente. Tesis de Graduación 1977. Guatemala. USAC.
- 5.- Rodríguez Carcamo, Jaime Agustín. Cesárea. Enfoque Crítico. Tesis de Graduación. Guatemala. USAC. 1980.
- 6.- Marroquín Burgos, Otto Luis. Operación Cesárea en el Hospital de Escuintla. Tesis de Graduación. Guatemala. USAC. 1980.
- 7.- Rodas Castillo, Mario Antonio. Operación Cesárea en el Hospital Nacional de Amatitlán. Tesis de Graduación. USAC. Guatemala. 1980.
- 8.- Macal Recinos, Luis Alfonzo. Operación Cesárea en el Hospital Nacional de Retalhuleu. Tesis de Graduación. USAC. Guatemala. 1980.
- 9.- Canillas, Vicente. Cesárea y Eclampsia. Ginecología y Obstetricia. Vol. No. 36 Mexico. Septiembre de 1974.
- 10.- Freaan, Williams. Note On Obstetrica. Edinburgh, Churchill, Livigstone. 1977.




- 11.- Hellman, Louis M., et al., Obstetricia de Williams, Barcelona, España. Salvat 1973.
- 12.- Shaw, Wilfred. Text Book Of Operative Gynecology. Altimore 1954.
- 13.- Diccionario Médico. 2a. edición. Salvat Editores. S.A. Mallorca, 43-Barcelona.
- 14.- G. Kaser, V. Friedberg, K.G. Ober, K. Thomsen, J. Zander. Ginecología y Obstetricia. Tomo 2. Salvat Editores, S.A. Mallorca, 43. Barcelona, España, Traducción Revisada por el Dr. José Ma Carrera Macia. Reimpresión. 1976.
- 15.- Pryor, Williams J. Bush, David C.T. Técnica de Anestesia. Tercera Edición. Editorial Interamericana, S.A. 1969. Traducido al Español por el Dr. Juis Augusto Mende.

  
 Vladimir Caballero Mejia

  
 Dr. Marco Tulio Vela

  
 Dr. Luis Edilberto González

  
 Director de Fase II  
 Dr. Carlos Waldheim C.

  
 Dr. Jaime Gómez Ortega

Vo. So.

  
 Decano.  
 Dr. Carlos Waldheim C.