

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INDICACIONES DE CESAREA

Revisión de 1527 registros clínicos, realizado en el
Departamento de Obstetricia de la Policlínica de
Post-grado Dr. Pablo Fuchs. Cuilapa, Santa
Rosa, Enero 1989 - Diciembre 1993, Guatemala

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la
Facultad de Ciencias Médicas
de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

DAVID ELEAZAR CUMEZ ALDANA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1994

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INDICACIONES DE CESAREA

Revisión de 1527 registros clínicos, realizado en el
Departamento de Obstetrícia de la Policlínica de
Post-grado Dr. Pablo Fuchs. Cuilapa, Santa
Rosa, Enero 1989 - Diciembre 1993, Guatemala

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la
Facultad de Ciencias Médicas
de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

DAVID ELEAZAR CUMEZ ALDANA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1994

05
TL(7265)

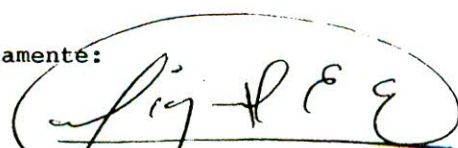
Comité de Docencia e Investigación

HOSPITAL NACIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA
GUATEMALA

Guatemala 18 de octubre de 1994

El comité de Docencia e investigación de este Hospital, hace constar que: revisó el protocolo de investigación e informe final de tesis, presentado por el Bachiller en Computación David Eleazar Cúmez Aldana, con número de carnet: 8712884, el cual se titula; INDICACIONES DE CESAREA, debido a que llena los requisitos académicos, éticos y normas de investigación, autoriza al solicitante a continuar sus trámites de impresión.

Atentamente:



Dr. Miguel Garcia
Jefe de Comité de
Docencia e Investigación

H.N.R.C.





FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 18 de Octubre de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER EN COMPUTACION DAVID ELEAZAR
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
CUMEZ ALDANA Carnet No. 87-12884
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"INDICACIONES DE CESAREA"

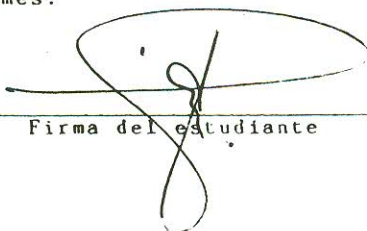
y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:



Asesor
Firma y sello personal

DR. CARLOS ROSAL
Colegiado No. 6754

DR. MARCO A. LARIOS
MEDICINA INTERNA
CGL. 7,760



Firma del estudiante



Revisor
Firma y sello
Registro Personal 940131

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (La) Bachiller: DAVID ELEAZAR CUMEZ ALDAMA.

Carnet Universitario No. 87-12884

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al
Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:
"INDICACIONES DE CESAREA"

Trabajo asesorado por: DR. CARLOS A. ROSAL.

y revisado por: DR. MARCO A. LARIOS.
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, 27 de Octubre de 1994

DR. EDGAR R. DE LEÓN BARILLAS
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL A. CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

I M P R I M A S E :



Dr. Edgar Axel Oliva González
D E C A N O

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

INDICE:

	Pág.
I. INTRODUCCION.....	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2
III. JUSTIFICACION.....	3
IV. OBJETIVOS.....	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	5
VI. METODOLOGIA.....	17
VII. EJECUCION DE LA INVESTIGACION.....	21
VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	24
IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	41
X. CONCLUSIONES.....	44
XI. RECOMENDACIONES.....	45
XII. RESUMEN.....	46
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47
XIV. ANEXOS.....	49

I. INTRODUCCION

Cuando en 1610, Porro, efectuó la primera operación cesárea con los resultados tan nefastos obtenidos, nadie podía imaginar que años más tarde, en 1794, fuera en los Estados Unidos de Norteamérica donde se efectuara la primera operación cesárea exitosa. Siendo a finales del siglo XIX, el advenimiento de la anestesia y técnicas quirúrgicas asépticas las que dieron un auge a dicho procedimiento como una alternativa para la resolución de embarazos complicados, que en otras circunstancias culminaban con la muerte materna y/o fetal. Con el inicio de la era antimicrobiana a mitad del presente siglo se redujo aun más los riesgos a los cuales estaba sujeta toda paciente operada, lo cual permitió resolver exitosamente un mayor porcentaje de embarazos complicados y reducir significativamente la morbi/mortalidad materno-fetal. (10)

El presente trabajo es de carácter observacional, realizado en el Hospital Regional de Cuilapa, estudiando un período de cinco años comprendidos del primero de enero de 1989 al treinta y uno de diciembre de 1993. En este se hace un análisis de la operación cesárea en este centro asistencial, determinando su frecuencia en relación al total de nacimientos y principales indicaciones.

Se realizó una revisión bibliográfica actualizada sobre el tema, posteriormente se revisó el libro de registros de sala de operaciones y labor y partos, así como las historias clínicas de pacientes a quienes se les realizó operación cesárea durante el período en estudio, las cuales fueron proporcionadas por departamento de Registro, Archivo y Estadística del Hospital.

Se elaboró una ficha de recolección de datos tomando en cuenta las variables: edad, paridad, edad gestacional, cesáreas previas, indicación de la cesárea, tipo de incisión abdominal realizada y tipo de incisión uterina efectuada. Con el conocimiento de estas variables, los datos se tabularon, se graficaron y se analizaron, con la consecuente formulación de conclusiones y recomendaciones.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La operación cesárea tiene por objeto la extracción del feto a través de incisiones en las paredes del abdomen y del útero.(10)

Desde mediados de los 60 hasta comienzos de los 80 la cesárea ha aumentado de menos de un 5% hasta más de un 15% en Estados Unidos y algunos países Europeos.(5.15). La frecuencia de cesáreas en el Parkland Memorial Hospital era de 4.4% en 1964 y de 18.3% en 1983.(15). Schmitz y Towne calculan que en Estados Unidos se practican por lo menos 50,000 cesáreas anuales inútiles.(5). En el Instituto Dexeus de España la frecuencia era de 2.7% en 1960 y de 15% en 1984.(5). Bottoms y Cols. (EE.UU.1980) describieron que éste aumento debía ser motivo de preocupación nacional. A partir de un análisis separado de datos de 5 hospitales que comunicaban indicaciones de cesárea de forma similar, estos autores catalogaron las indicaciones de cesárea en cinco clases: 1) Distocia (33.4%) 2) Cesárea previa (23.1%) 3) Presentación podálica (18.8%) 4) Sufrimiento fetal (13.2%) 5) Otras indicaciones (11.2%). (15).

En Guatemala estudios realizados revelan cifras que oscilan entre un 7 a 20%.(10). En el Hospital Regional de Cuilapa se ha reportado una frecuencia de 11.64% según estudio realizado en 1989.(19). No existen estudios anteriores relacionados con el tema por lo que no se puede determinar si ha habido incremento, aunque las cifras de frecuencia son similares a las reportadas por la literatura mundial y nacional, es de suma importancia determinar cuales han sido las indicaciones para realizar operación cesárea por parte del personal médico de dicho centro asistencial, revisando para el efecto en forma retrospectiva, los expedientes clínicos de las pacientes que fueron sometidas a operación cesárea durante el período comprendido del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993 en el Hospital Regional de Cuilapa.

III. JUSTIFICACION

La literatura, reporta una frecuencia de operación cesárea a nivel mundial de 10 a 20%. (5). En Guatemala estudios realizados revelan cifras que oscilan entre 7 a 20%. (10). En el Hospital Regional de Cuilapa se reportó una frecuencia de 11.64% según estudio realizado hace 5 años, del cual 4.65% presentaron algún tipo de complicación pos-operatoria. (19).

La cesárea realizada bajo indicaciones precisas ayudara a conservar la salud y la vida materno/fetal; sin embargo ninguna intervención quirúrgica está libre de riesgos y la cesárea no debe efectuarse sin razon plenamente justificada. (8). Se debe reprobar el abuso de la cesárea cuando privan en su elección factores extra médicos que van en perjuicio de la madre y de su futura descendencia (comodidad del equipo de salud, factores economicos, etc.). (16)

Siendo el Hospital Regional de Cuilapa un centro asistencial de referencia, donde se atiende un número considerable de pacientes obstétricas se hace importante determinar las indicaciones por las cuales el personal médico de éste hospital decide efectuar operación cesárea antes de proceder a dar vía baja a pacientes con embarazo complicado, lo cual será de beneficio para el Hospital y para el personal médico debido a que se estará aportando información que contribuirá en cierta forma a la toma de medidas, prevención y solución de problemas encontrados, así como a apegarse a las indicaciones de cesárea para realizar de ésta forma la menor cantidad posible de cesáreas innecesarias, lo cual estará redundando en un amplio beneficio para el sector materno infantil sin la necesidad de invertir abundantes recursos económicos, además de que se estarán aportando datos que podran servir de base para la realización de estudios posteriores.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

Analizar las principales indicaciones de cesárea en el Hospital Regional de Cuilapa durante el periodo a estudiarse.

B. ESPECIFICOS:

1. Identificar el grupo de edad que con mayor frecuencia es sometido a operación cesárea.
2. Identificar el número de gestas de las pacientes sometidas a operación cesárea.
3. Identificar la edad gestacional de las pacientes sometidas a operación cesárea.
4. Identificar la frecuencia de pacientes con cesárea previa.
5. Describir el tipo de incisión de la pared abdominal realizada con mayor frecuencia en éste hospital.
6. Describir el tipo de incisión uterina efectuada con mayor frecuencia en éste hospital.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. OPERACION CESAREA

1. CONCEPTO

Mediante la cesárea abdominal el feto se extrae a través de una abertura practicada en la pared uterina, a la que se llega previa incisión de las cubiertas abdominales.

En el camino seguido para lograr el acceso a la pared del útero, con el fin de practicar la sección, se ofrecen dos posibilidades: atravesar el peritoneo (cesárea trans-peritoneal) o buscar el acceso al órgano valiéndonos del camino natural extraperitoneal o excluyendo el peritoneo mediante algun artificio de técnica (cesárea extraperitoneal). (5,15,16,20)

2. HISTORIA

El origen del término con que se designa esta intervención es oscuro, se han propuesto tres explicaciones principales:

a. Según la leyenda, Julio César nació de esta forma, por lo que este procedimiento vino a conocerse con la designación de operación cesárea. Sin embargo son varias las circunstancias que restan fuerza a esta explicación. En primer lugar, la madre de Julio César vivió durante muchos años después del nacimiento de éste. y sin embargo incluso en el siglo XVII la intervención era casi siempre fatal según los escritores más dignos de confianza de este período. Es, por tanto, improbable que la madre de Julio César sobreviviera a la intervención en el año 100 antes de Cristo. En segundo lugar, esta operación no la menciona ningún escritor médico antes de la edad media. (15,16)

b. Se ha creído que el nombre de la operación deriva de una ley romana que se supone fue promulgada por Numa Pompilio (siglo VII antes de Cristo) ordenando que se practicara en mujeres fallecidas durante las últimas semanas del embarazo, con la esperanza de salvar al niño. Según esta explicación, la ley, llamada Lex Regia al principio, vino a llamarse Lex Caesarea en tiempo de los emperadores y la intervención propiamente dicha se conoció con el nombre de cesárea. (15,16)

c. La palabra "cesárea" con que se designa la intervención pudo derivar en algún momento de la edad media, del verbo latino caedere, "cortar". Es obvio que similar a ella es la palabra caesura que designa un corte o pausa en la línea de un verso. Esta explicación del término caesarea parece más lógico, pero se desconoce cuando se aplicó por primera vez para designar la intervención. (11,15)

Young afirma que el primer caso auténtico practicado intencional a una mujer viva se realizó en 1610 por Trautman de Wittemberg, la madre murió 25 días después de la operación. (11)

En Gran Bretaña la primera operación efectuada fue en 1737, por Smith, en una paciente con parto prolongado de 7 días, en una paciente con osteomalacia. el niño nació muerto y la madre murió 18 horas después. (11,15)

En el año 1882 Max Sanger, introdujo la sutura de la pared uterina, lo cual fue clave para la evolución de dicha operación, disminuyendo la mortalidad materna. (11,19)

Al mismo tiempo en los Estados Unidos de Norte América se reportaron 17 casos de cesáreas hechas con sutura de plata, sobreviviendo 8 pacientes. (19)

En el año 1771 se efectuó en Guatemala la primera cesárea pos mortem por el Dr. Toribio Carbajal. Siendo el el año 1881 cuando se realiza la primera cesárea invivo en Centro América por el cirujano guatemalteco Eligio Baca. Posteriormente en el año 1905 el Dr. Juan José Ortega efectuó la primera cesárea corpórea en el Hospital General San Juan de Dios. y en el año 1919 el Dr. Lizardo Estrada efectuó la segunda de este tipo. (20)

En 1942 se introduce la técnica de cesárea extra peritoneal tipo Waters, por el Dr. Ricardo Alvarez.

En 1953 fue efectuada la primera operación cesárea en el IGSS y en el Hospital Roosevelt el Dr. Arturo Zeceña efectuó la primera cesárea de ese centro en el año 1955. (1,4,7,8)

3. FRECUENCIA

Existe una tendencia que lleva al empleo creciente de esta operación. Ello se debe a varios factores:

- a. La disminución de sus riesgos (antibióticos, bancos de sangre, etc.).
- b. Nuevas indicaciones sustentadas en mejores resultados perinatales.
- c. La escasa posibilidad del operador para adquirir habilidad en las maniobras por vía vaginal.

El abuso de ésta operación debe reprobarse cuando va en perjuicio de la madre y su futura descendencia (comodidad del equipo de salud, factores económicos, etc.). En los lugares donde este hecho no ocurre la incidencia oscila actualmente entre un 8 y un 18 por ciento. Por lo general, en los servicios obstétricos europeos la incidencia es inferior a la de los norteamericanos. Mientras en los primeros la incidencia es inferior al 10%, en los segundos son habituales cifras superiores al 15%.

La tendencia propuesta por Gragin en 1916 CESAREA SIEMPRE DESPUES DE CESAREA entra en juego y aumenta el porcentaje, siendo la causa de más de la mitad del incremento entre 1980 y 1983.

En Guatemala estudios efectuados en el año 1977 en 5 hospitales nacionales (Escuintla, Retalhuleu, Zacapa, Coatepeque y Hospital General) los resultados oscilaron entre 1.7 y 14%, y en estudios realizados de 1980 a 1982 los resultados oscilaron entre 7 a 20%. (1,4,10,11,15,16,19)

4. INDICACIONES

Con la benignidad adquirida en la actualidad por la operación cesárea, se puede afirmar perfectamente que está indicada en toda circunstancia en que el parto por vía natural entrañe un riesgo para la madre, para el feto o para ambos, o en las situaciones en que la continuación de la gravidez o del trabajo de parto signifique una amenaza especial para la vida de los dos seres. (1,5)

Juntamente con el interés materno, serán sopesados los intereses fetales. Todo parto que por vía natural, aun contando con los auxilios del arte, represente un riesgo seguro para el feto, será abandonado en favor de la sección abdominal. (1)

La clasificación de las indicaciones de cesárea varían de acuerdo a la literatura consultada y a la experiencia de algunas escuelas de Obstetricia. Dexeus (España) clasifica los factores que condicionan la indicación de cesárea en cinco grupos.

1. obstáculos en el canal del parto.
2. Factores que hacen peligroso el canal del parto.
3. Terminación rápida del parto en interés de la madre.
4. Terminación del parto en interés del feto.
5. Distocia compleja. (1,5)

Moragues Bernant (Argentina) clasifica las indicaciones siguiendo un criterio etiológico. (1,4,11,13)

a. INDICACIONES DE CESAREA SIGUIENDO UN CRITERIO ETIOLOGICO:

i. Distocias por viciación pelviana:

- Pélvis no viables (indicación absoluta)
- Tumores óseos pelvianos grandes y callos deformes oclusivos (I.A)

ii. Distocias de las partes blandas:

- Tumores previos pequeños (indicación relativa)
- Malformaciones uterinas (I.R.)
- Distocias cicatrizales o tumorales del cuello uterino (I.R.)
- Roturas uterinas inminentes o confirmadas (indicación urgente)
- Distocias vulvares por cáncer edema y ulceraciones (I.R.)
- Fístulas recto vaginales altas y vaginales corregidas quirúrgicamente (I.A.)
- Primíparida tardía (I.R.)
- Distocias de la contracción irreductibles por medios médicos (indicación de necesidad)

iii. Distocias feto ovulares:

- Sufrimiento fetal agudo (I.N.)
- Gigantismo fetal (I.N.)
- Hidrocefalia (I.N.)
- Hipermadurez fetal ante fracaso de inducción del parto (I.N.)
- Muerte fetal durante el embarazo (I.N.)
- Presentaciones atípicas (I.N.)
- Proscidencia del cordón (I.N.)
- Procúbito miembro superior (I.N.)
- Placenta previa total (I.A.)

iv. Enfermedades maternas que complican el embarazo y el parto:

- Apendicitis aguda
- Cardiopatías descompensadas
- Glomerulonefritis
- Eclampsia
- Ictericia grave
- Diabetes
- Incompatibilidades sanguíneas

v. Indicaciones excepcionales:

- Riñón ectópico previo
- Pseudoemafroditismo
- Prolapsos genitales
- Mujer moribunda o recién fallecida con feto vivo.

Las indicaciones pueden ser también absolutas o relativas. Entre las absolutas se pueden mencionar la desproporción cefalopélvica, la placenta previa oclusiva, la inminencia de rotura uterina, la rotura uterina, etc. Son casos en los cuales la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto.

Las indicaciones relativas son aquellas en que se elige la cesárea como la mejor alternativa en circunstancias en que se plantea también alguna otra opción. Son casos que por lo tanto tendrán que ser analizados detenidamente antes de adoptar una decisión. Por ejemplo, la cesárea previa es para algunos indicación de cesárea por el riesgo de rotura de la cicatriz uterina durante el parto. El peligro, sin embargo es pequeño, por lo que para otros, si no se repiten los motivos de la primera intervención o no existe otra indicación, y si la paciente ha dado a luz anteriormente un niño de tamaño normal por vía vaginal, debería permitirse el parto normal bajo observación cuidadosa.

A veces la indicación puede preverse con anticipación, y por tal motivo la intervención realizarse sin premura, como cualquier operación (cesárea electiva); otras veces la indicación surge en forma súbita, por complicaciones en el embarazo o el parto (cesárea de urgencia). (5,6)

Las indicaciones tambien pueden ser maternas, fetales y ovulares: (10,16,19,20)

b. INDICACIONES MATERNAS:

- i. Patologías - Distocia ósea
 - locales - Distocias dinámicas
 - Distocias de partes blandas
 - Tumores previos
 - Rotura uterina
 - Cesárea previa
 - Plásticas vaginales previas
 - Herpes genital
- ii. Patologías - Toxemia
 - sistémicas - Hipertención crónica grave
 - Nefropatía crónica
 - Tuberculosis pulmonar grave

iii. Fracaso de la inducción

c. INDICACIONES FETALES:

- i. Colocaciones - Situación transversa
 - viciosas - Pelviana
 - Frente
 - Cara

ii. Macrosomía fetal

- iii. Vitalidad fetal - Sufrimiento fetal agudo
 - comprometida - Retardo del crecimiento intrauterino
 - Enfermedad hemolítica fetal grave
 - Muerte habitual del feto

d. INDICACIONES MATERNO FETALES

- i. Desproporción cefalopélvica
- ii. Parto detenido

e. INDICACIONES OVULARES

- i. Placenta previa
- ii. Desprendimiento normoplacentario
- iii. Proscidencia del cordón.

Distocia ósea:

la pélvis, durante su crecimiento puede sufrir deformaciones o llegar a la adultez con desarrollo incompleto. Las anomalías de la pélvis ósea, pueden dificultar o impedir la progresión fetal. Es la llamada distocia ósea. La pélvis puede estar viciada en sus dimensiones, forma o inclinación, la estrechez puede interesar toda la altura de la pequeña pelvis (pelvis canaliculada) o aislada mente el estrecho inferior, adquiriendo la forma de embudo (pélvis infundibuliforme). Cuando el diametro anteroposterior es el acortado se trata de una pelvis plana, si está reducido el diametro transverso, es una transversalmente estrechada, si todos los diámetros se hallan disminuídos, se obtiene una pelvis generalmente estrechada. (4,5,6.8)

Distocias dinámicas:

Son distocias de la contractibilidad uterina. Son distocias maternas por disturbios de la fuerza impulsora. Estas pueden ser:
 a) Cuantitativas (por disminución o aumento de la contractibilidad)
 b) Cualitativas (por aparición de contracciones anómalas, espasmódicas). (4,5,10)

Distocia de las partes blandas:

1) Distocias funcionales: son motivadas por anomalías contractiles del útero.

2) Distocias por alteraciones anatómicas: entre ellas podemos mencionar;

a) Aglutinación del cuello: el orificio externo es inextensible debido a la presencia de adherencias en sus bordes, formadas por bridas de fibrina más o menos laxas pero suficientes para impedir su dilatación. La aglutinación se produce por procesos infecciosos a nivel de la mucosa cervical.

b) Edema del cuello: El cuello del útero puede edematizarse debido a ciertas distocias (esfuerzos intempestivos de pujo, compresión prolongada de la cabeza del feto). La dilatación progresa con mucha dificultad porque el cuello edematizado es poco extensible. El edema tan pronunciado que a pesar de una buena dinámica no permite la dilatación cervical, puede requerir la operación cesárea, sobre todo en la primípara añosa.

c) Rigidez del cuello: La estenosis se debe a una rigidez cicatrizal o tumoral. El tratamiento consiste en la expectación durante un tiempo prudencial. Si la dilatación no avanza se puede recurrir a métodos quirúrgicos. (3,5,10)

Tumores previos:

Los tumores más frecuentes que pueden obstruir la pélvis pueden ser de origen genital (uterinos y anexiales) y extragenital (pelvianos y abdominales). (3,5,6)

Rotura uterina:

Es un accidente del embarazo o más frecuentemente del parto, con grave repercusión sobre la madre y el hijo, puede producirse en forma espontánea, traumática y operatoria. (10,16)

Cesárea previa:

La máxima propuesta por Gragin en 1916 cesárea siempre después de cesárea, tiene muchos partidarios. Sin embargo en la actualidad hay bastantes pruebas de que muchas cicatrices uterinas son bastante firmes y que numerosas pacientes que han tenido una operación cesárea previa no complicada pueden dar a luz con facilidad y con menos riesgo por vía vaginal; estas incluyen:

- Aquellas cuya operación fue del tipo cervical baja (no clásica)
- Aquellas que entran a la sala de partos con la cabeza bien encajada, la cérvix blanda anterior borrada y dilatada cuando menos 3 cms. romper membranas y esperar el progreso. uno debe prepararse para operación cesárea inmediata si hay retraso u otra anomalía del trabajo de parto.

La operación cesárea electiva repetida está indicada en:

- Aquella paciente cuya primera operación cesárea se efectuó por desproporción cefalopélvica
- Para aquellas cuyo trabajo de parto sea prolongado y difícil
- Para aquellas que han tenido una operación clásica o miomec-
mía previa
- Para aquellas que al llegar a la viabilidad experimentan do-
lor en la región de la incisión uterina.
- Para aquellas que están retrasadas 1 semana con producto que
se estima a término. (4,5,10)

Herpes genital:

La infección por el virus del Herpes Hominis de la parte geni-
tal a nivel distal se adquiere al iniciar la actividad sexual, pu-
diendo constituir una de las enfermedades de transmisión sexual más
frecuentes. Aproximadamente 85% de las infecciones primarias son
debidas a Herpes virus tipo 2 y el resto se deben al tipo 1. Se ha
sugerido efectuar cesárea si se detecta la enfermedad mediante la
clínica o el laboratorio y las membranas tienen menos de 4 horas
de rotas. En raras ocasiones la cesárea fracasa en prevenir la in-
fección del recién nacido debido a infección ascendente inclusive
con membranas integras o debido a viremia materna. (3,5,6)

Enfermedad vascular hipertensiva crónica:

Cuando la hipertención esencial es complicada por el embarazo
a menudo se considera en forma errónea como preeclampsia aguda. La
diferenciación final depende de la persistencia de la hipertención,
transitoria en la preeclampsia y la eclampsia, y permanente en la
hipertención esencial. La presencia de hipertención por más de tres
meses después del parto establece el diagnóstico de enfermedad vas-
cular hipertensiva crónica. (3,6,8)

Tuberculosis pulmonar:

Se produce el aborto en 8% de los casos y el parto prematuro
en el 30%, con frecuencia la gestación llega a término con parto
espontáneo normal, generalmente es grave. La herencia concepcional
es negada. Se acepta el heredocontagio o infección congénita del
embrión o del feto in útero, aunque es poco frecuente. (4,6,16)

Colocaciones Viciosas:

La cesárea indicada en casi toda situación transversa, para
evitar el trauma de la versión interna y extracción del nacimiento
para la madre y el feto. Solamente es indicación de vía vaginal si
el feto está muerto o es demasiado pequeño para sobrevivir, o tie-
ne alguna anomalía congénita incompatible con la vida. Las presen-
taciones raras asociadas con distocías incluyen: incluyen: presen-
tación de cara, frente, presentaciones compuestas al persistente
occipucio posterior, podálica en primigesta. Varios reportes de la
literatura indican un significativo incremento en la mortalidad y
morbilidad por vía vaginal podálica comparado con la cesárea.
(4,6,10,17,19)

Nefropatía crónica:

Los antecedentes de enfermedades renales o síntomas sospechosos, los antecedentes de hipertención, albuminuria, edema antes de la gravidez o en las primeras 24 horas, el sedimento urinario (hematuria), el fondo de ojo (esclerosis arteriolar hemorrágica y exudados antiguos), la cardiomegalia radiológica, la isquemia miocárdica difusa con hipertrofia y sobrecarga ventricular izquierda en el electrocardiograma, la uréa, nitrógeno ureico, creatinina elevados en sangre sugieren enfermedad renal. El efecto del embarazo sobre la nefropatía depende del grado de evolución de la enfermedad. El pronóstico es peor cuando más grave es la nefropatía, aumentan los abortos, partos prematuros, recién nacidos de bajo peso, toxemia y desprendimiento prematuro de placenta. (10)

Sufrimiento fetal agudo:

El sufrimiento fetal es tradicionalmente detectado por auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal, y por la presencia de meconio en el líquido amniótico. Este problema es detectado en las dimensiones maternas en 1 a 2 por ciento de los casos, el problema se debe a la hipoxia ya sea por brevedad del cordón, compresión del cordón, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa. (4,8)

Enfermedad hemolítica del feto:

La cesárea se practicara en un intento de prevenir una posible muerte fetal o aparición de lesiones irreversibles al producto por ictericia o hidropesía fetal, en casos de isoimmunización fetal Rh, ABO, cuando la inducción no tiene éxito. (4,10,20)

Desprendimiento prematuro de placenta:

Es la separación prematura de una placenta implantada normalmente. Puede ocurrir su desprendimiento desde unos milímetros hasta la separación completa.

En el desprendimiento moderado (es decir más de la cuarta parte pero menos de las dos terceras partes de la superficie placentaria) debe escogerse operación cesárea si:

- Hay sufrimiento fetal agudo
- Si el trabajo de parto eficaz no sigue inmediatamente después de la ruptura de membranas
- Si es improbable que el parto vaginal ocurra en término de dos horas

En el desprendimiento intenso (separación de más de dos tercios de la superficie placentaria) debe efectuarse cesárea si:

- El feto está todavía vivo
- El trabajo de parto eficaz no sigue después de la ruptura de membranas
- Si no puede preverse el parto vaginal en término de dos horas. (3,5,7,20)

Proscidencia del cordón:

Esta complicación debe ser tratada por el método más rápido. Si las condiciones son tales que el parto vaginal inmediato sería peligroso para la madre y el producto, la paciente debe ser colocada en posición de trendelemburg, protegerse el cordón con los dedos índice y medio dentro de cêrvix entre la cabeza y la pared uterina y llevarse a cabo la operación cesárea sin cambiar la posición o alterar la protección digital del cordón. (15,16,19)

5. TECNICAS CESAREAS

Pueden establecerse los siguientes grupos de técnicas quirúrgicas para las cesáreas. (5)

a. Cesárea trans-peritoneal

i. Segmentarea

- Longitudinal o de Kröning-Opitz
- Transversal o de Munro-Kerr

ii. Corpórea o clásica

b. Cesárea estraperitoneal

i. Anatómica

ii. Por artificio.

Cesárea segmentarea transperitoneal: ésta es la técnica más practicada en el presente a causa de que ofrece mayores seguridades inmediatas y tardías. (5,15,16)

a. CESAREA SEGMENTAREA:

i. Incisión de la piel:

Son dos los tipos de incisión que pueden realizarse en ésta:

- Incisión mediana suprapúbica, se hace una incisión mediana de unos 15 cm de longitud, entre la sinfisis del pubis y el ombligo. En las cesáreas interativas se reseca la cicatriz anterior.(5)

- Incisión transversal o de Pfannenstiel. La incisión se practica en el surco suprasinfisial, siguiendo una trayectoria transversal arqueada. Este tipo de incisión tiene dos ventajas. a) la rareza de las eventraciones consecutivas b) su valor estético por quedar oculta la cicatriz debajo del vello pubiano. Sus inconvenientes son. a) La exposición del útero gestante no es tan buena como con la incisión mediana. b) La implicación de la incisión con rapidez en caso necesario es más difícil. c) La incisión a travez de la vía Pfannenstiel nuevamente en cesárea posterior lleva más tiempo. (3,5,15)

ii. Vaina del recto:

Quando se utiliza incisión cutanea de Pfannenstiel, la vaina suele incidirse transversalmente, mientras en la incisión de la línea media, la vaina es incidida en dirección vertical. (3,8,15)

iii. Exposición y abertura del peritoneo:

Siempre debe llevarse a cabo la abertura del peritoneo en el extremo superior tomando ésta serosa con 2 pinzas vasculares, para seccionarla entre ellas con un escalpelo, comprobando despues la ausencia de intestino o epiplón interpuesto entre el peritoneo y el útero. (3,4,15,16)

iv. Exposición del músculo del segmento inferior:

Se lleva a cabo utilizando pinzas de disección sin dientes con la cual se toma el peritoneo suelto que cubre el segmento inferior entre el borde superior de la vejiga y 2 cm por debajo de su fijación, como es sabido muy firme, a la pared uterina anterior. Mediante el uso de tijera curva se abre el peritoneo en un punto central y se separa lateralmente a cada lado del útero en dirección ascendente ligeramente curva. La longitud de ésta exposición peritoneal depende del grado de exposición requerida para la abertura del útero. Por disección roma se separa con gran cuidado la vejiga en dirección descendente del segmento uterino inferior, hasta que se considere en posición protegida y segura. (3,15,16)

v. Incisión del segmento:

Se incide transversalmente el segmento uterino inferior con escalpelo en una longitud de aproximadamente 3 cm. hasta que queden expuestas las membranas o salga líquido amniótico, o si las membranas estan rotas hasta que se vea el feto. Es necesario gran cuidado para evitar por todo lo posible, corte al feto.

Una vez abierta la cavidad uterina, se introducen uno o dos dedos de la mano izquierda, para separar el segmento uterino inferior de la parte subyacente que se presenta, y utilizando tijera curva se amplía la incisión lateralmente incurvando hacia arriba, primero en una dirección y despues en la otra, hasta que se considere adecuada la longitud para poder extraer el feto con riesgo mínimo. (3,5,16)

vi. Extracción del niño:

Normalmente es fácil insertar una mano en la herida uterina, aplicándola debajo de la cabeza del feto y dirigiendose ésta con sumo cuidado a través de la incisión uterina y de la correspondiente de la pared abdominal. Maniobra que se logra más fácilmente por presión sobre el fondo, ya con la otra mano del operador o por el ayudante. Una vez extraída la cabeza cabe despejar la vía aerea con la sonda de caucho conectada a un aspirador.

En éste momento puede el anestesista administrar 5 U de oxitocina IV para contraer firmemente el útero en el momento en que se culmina el parto y reducir así la cantidad de sangre perdida.

La extracción de los hombros, tronco y extremidades no causa en general dificultad alguna y con el niño acostado o sostenido en posición cabeza abajo se aplican 2 pinzas con cierta distancia en el cordón umbilical y se divide entre las mismas, quedando el niño en manos del pediatra. (3,10,15)

Una vez cumplida ésta maniobra se verá aparecer la placenta ya desprendida en la herida uterina desde la cual juntamente con las membranas puede ahora ser extraída fácilmente. (3,10,15)

vii. Oclusión del útero:

Se pueden efectuar puntos en X en ambos ángulos con la finalidad de asegurar la hemostasia y facilitar la sutura de la incisión. El segmento se sutura en uno o dos planos con catgut simple o cromico 1 cero. Actualmente la sutura en dos planos se está abandonando en beneficio de la síntesis en un solo plano, ya que se ha demostrado que con ésta se logra una cicatrización tan buena como con la primera y una menor deformación de la cavidad uterina.

Con cualquiera de ambas técnicas, el último paso consiste en rehacer el peritoneo visceral con una sutura continua, uniendo con catgut simple cero el colgajo superior con el inferior peritoneo vesical. (3,10,16)

viii. Oclusión de la pared abdominal:

Después de sacar con todo cuidado los dos grandes paños del abdomen, de comprobar que es correcto el recuento de torundas y compresas y de verificar la hemostasia, se cierra entonces el peritoneo parietal a partir del extremo superior, utilizando el mismo material de sutura y técnica que para el peritoneo visceral. Resulta fácil la identificación de los bordes peritoneales mediante la aplicación de 4 pinzas, una en cada extremo superior e inferior y una a cada lado en un punto equidistante de ambos extremos.

La vaina del recto se cierra también con sutura continua utilizando catgut simple 2 ceros o Dexon 1 cero en aguja cortante.

En el tejido celular sub cutáneo se ponen puntos de acercamiento con catgut simple 0.

La piel se sutura con algodón, lino, seda u otros materiales. (1,5,7,15,16)

b. CESAREA CORPÓREA

La cesárea corpórea llamada por su antigüedad cesárea clásica ha sido abandonada y casi debe reservarse para casos excepcionales. Su ejecución exige una laparotomía muy extensa y frente a una infección ovular ello incrementa el riesgo de siembra séptica. La sección del útero, a pesar de hacerse en la línea media es muy hemorrágica; los labios gruesos de la incisión con tendencia a evetirse, son difíciles de reunir con la sutura, y en el posoperatorio la constante actividad del músculo puede aflojar los puntos y provocar la dehiscencia de la brecha. La adherencia sólida de la serosa al miometrio hace imposible la buena peritonización, por ese motivo se pueden originar muchas adherencias que pueden ocasionar oclusión intestinal.

Sus indicaciones actuales son restringidas y en urgencias, como: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, proyección del cordón, feto vivo en madre muerta, cáncer de cervix. Esta operación debe efectuarse en menos del 5% de las cesáreas.

i. Técnica:

Laparotomía infraumbilical de 12 a 15 cm de longitud.

ii. Incisión del útero:

Se hace en la línea media de la pared anterior, la incisión deberá tener unos 15 cm de longitud.

iii. Extracción del feto y los anexos:

La extracción del niño por los pies es fácil. El alumbramiento se hace manualmente.

iv. Sutura del útero:

El primer plano a puntos separados que toma el músculo de ambos lados sin incluir la mucosa, debe hacerse con catgut cromico 1 cero. La primera línea de sutura se cubre con una sutura continua que comprende la serosa y las capas más superficiales del músculo.

El resto de la técnica es igual a la que anteriormente se describió. (1,3,4,12,15,16)

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio de tipo Observacional Descriptivo Histórico, en el cual se analizaron las principales causas por las cuales fueron sometidas a operación cesárea las pacientes obstétricas que consultaron al Hospital Regional de Cuilapa durante el período comprendido del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993.

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Se revisó: Historia clínica, diagnóstico y tratamiento; en los expedientes clínicos de todas las pacientes que fueron sometidas a operación cesárea durante el período de estudio en el Hospital Regional de Cuilapa.

C. CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyeron todas las pacientes que fueron sometidas a operación cesárea durante el período de estudio, así como todos los grupos etareos, todas las gestaciones, todas las paridades y todas las pacientes con edad gestacional mayor de 28 semanas.

D. CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyeron todos los expedientes clínicos de pacientes que no fueron intervenidas quirúrgicamente por operación cesárea, así como todas las pacientes con edad gestacional menor de 28 semanas.

E. METODO DE RECOLECCION:

Se revisaron los libros de sala de operaciones y de labor y partos de los años 1989 a 1993, obteniéndose los nombres y números de registro clínico de las pacientes intervenidas quirúrgicamente de operación cesárea, expedientes que posteriormente fueron buscados en el departamento de archivo, registro y estadística, para luego ser revisados uno a uno y obtener los datos especificados en la boleta de recolección de datos elaborada para el efecto.

F. ANALISIS DE DATOS:

Los datos fueron ingresados posteriormente al programa EPI-INFO versión 5.0, para ser procesados, tabulados y luego analizados por el estudiante investigador.

G. RECURSOS:**G.1. HUMANOS:**

1. Personal de las bibliotecas de: Facultad de Ciencias medicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Hospital Roosevelt, Hospital General, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
2. Personal encargado del Departamento de Registro Archivo y Estadística del Hospital Regional de Cuilapa.
3. Docente de: Docencia e Investigación de Cuilapa.

G.2. MATERIALES:

1. Revistas, libros y tesis relacionadas con el tema investigado.
2. Libro de sala e operaciones del Hospital Regional de Cuilapa
3. Libro de nacimientos de sala de Labor y Partos del Hospital Regional de Cuilapa.
4. Historias clínicas de pacientes intervenidas de operación cesárea en el Hospital Regional de Cuilapa durante el periodo de estudio.
5. Boletas de Recolección de Datos.
6. Equipo de oficina.
7. Equipo de computación.

H. VARIABLES

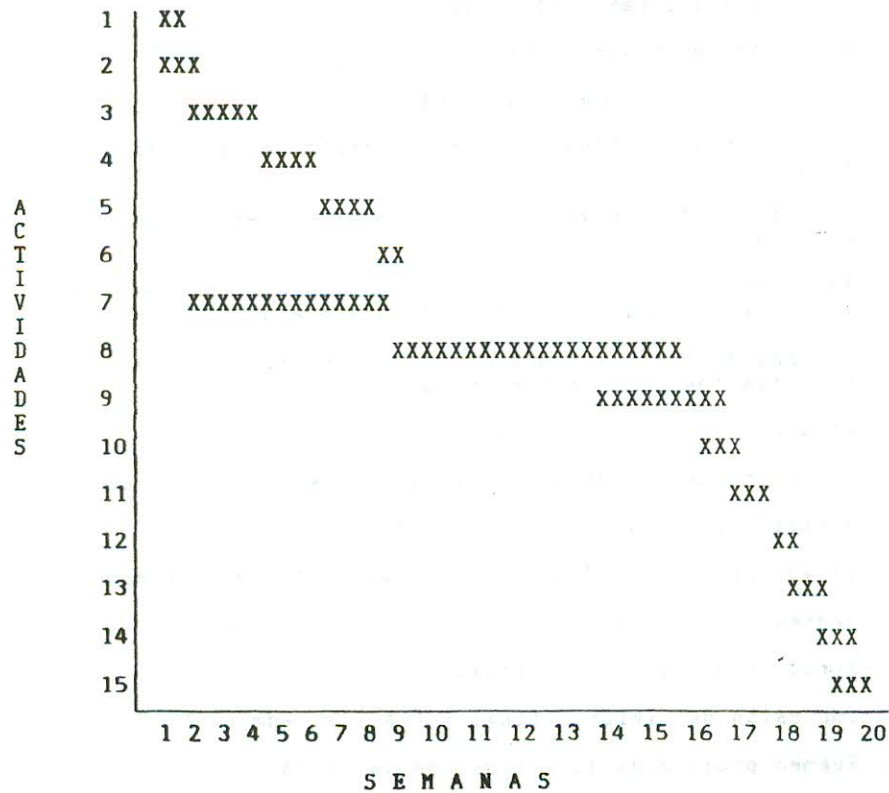
VARIABLES	DEF. TEORICA	DEF. OPERATORIA	INDICADOR
Edad	Tiempo que la paciente ha vivido desde el nacimiento hasta el momento de la cesárea.	Se anotará en años la edad de la paciente	Años
Número de gestas	Número de embarazos que la paciente ha tenido hasta el momento de la cesárea, incluyendo: partos, abortos y cesáreas.	Se anotará el número total de embarazos tenidos, especificando: partos, abortos y cesáreas.	Número de embarazos
Edad gestacional	Semanas de evolución del embarazo, calculadas a partir del primer día del último periodo menstrual antes de la concepción, estimadas por altura uterina o determinadas por ultrasonograma.	Se anotará el número de semanas de embarazo calculadas por F.U.R., estimadas por Altura uterina o determinadas por ultrasonograma.	Semanas de embarazo
Cesáreas previas	Número de cesáreas realizadas con anterioridad.	Se anotará el número de cesáreas anteriores	Cesáreas anteriores
Indicación de la cesárea	Factores que condicionan la indicación de cesárea los cuales se dividirán así: Distocia Materna: Distocia cuya causa reside en la madre. Distocia fetal: Distocia debido a la vitalidad, posición o tamaño del feto. Distocia Ovular: Distocia cuya causa reside en los anexos fetales (cordon, placenta). Distocia Maternofetal: Distocia que reside en la madre y el feto.	Se anotará el diagnóstico que condicionó la indicación de la cesárea.	Diagnostico que condicionó la indicación de la cesárea.

<p>Tipo de incisión abdominal</p>	<p>Incisión que se practica en la pared abdominal para poder abordar el útero, la cual puede ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Incisión mediana infraumbilical 2) Incisión Pfannenstiel. 	<p>Se anotará el tipo de incisión efectuada en abdomen.</p>	<p>Incisión efectuada en abdomen</p>
<p>Tipo de incisión uterina.</p>	<p>Incisión que se practica en el útero con el fin de extraer el feto y sus anexos, la cual puede ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Incisión segmentaria 2) Incisión corporea. 	<p>Se anotará el tipo de incisión realizada en útero.</p>	<p>Incisión realizada en útero.</p>

VII EJECUCION DE LA INVESTIGACION

A.

GRAFICA DE GANTT



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES

- 1.- Selección del tema del proyecto.
- 2.- Elección del asesor y revisor.
- 3.- Recopilación del material bibliográfico.
- 4.- Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revisor.
- 5.- Aprobación del proyecto por el hospital regional de Cuilapa.
- 6.- Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis de la universidad de San Carlos de Guatemala.
- 7.- Diseños de los instrumentos que se utilizaron para la recopilación de la información.
- 8.- Recopilación de la información.
- 9.- Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas.
- 10.-Análisis y discusión de resultados.
- 11.-Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
- 12.-Presentación de informe final para correcciones.
- 13.-Aprobación del informe final.
- 14.-Impresión del informe final y trámites administrativos.
- 15.-Exámen público de la defensa de la tesis.

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No.1

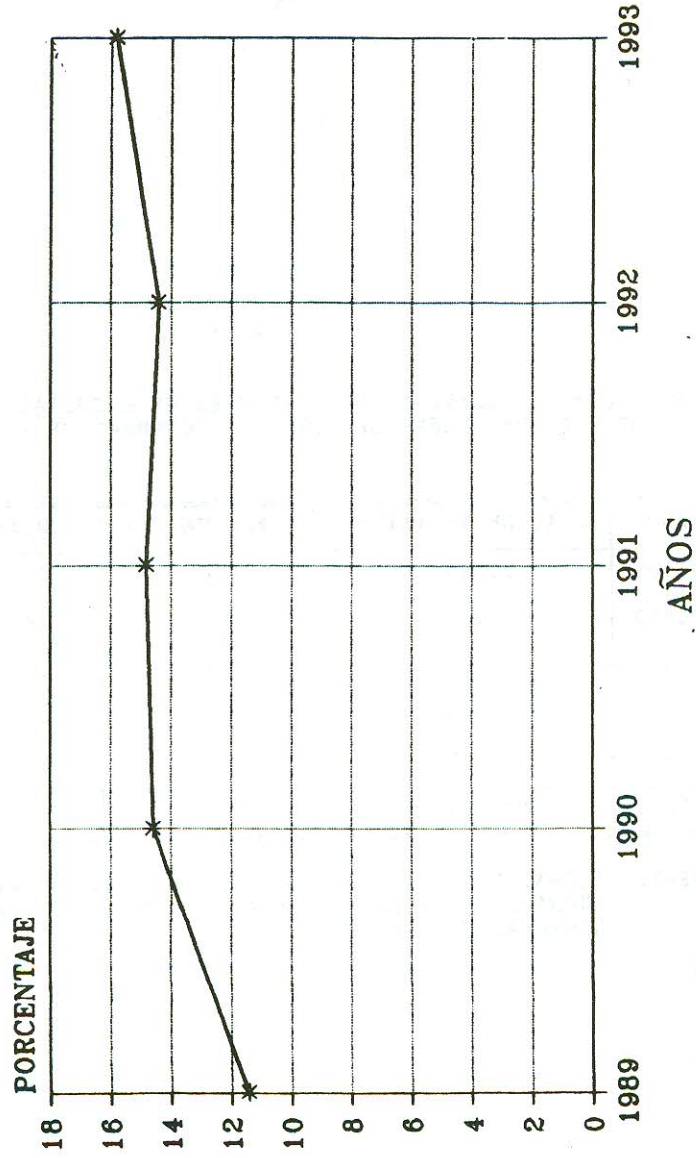
FRECUENCIA DE CESAREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE CUILAPA. ENERO DE 1,989 - DICIEMBRE DE 1,993

AÑO	TOTAL DE NACIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1989	2,155	246	11.42
1990	2,268	331	14.59
1991	2,563	380	14.82
1992	2,569	370	14.40
1993	2,838	449	15.82
Total	12,393	1,776	14.33

FUENTE: FICHAS DE REGISTRO CLINICO DEL DEPARTAMENTO DE
ARCHIVO, REGISTRO Y ESTADISTICA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE CUILAPA.

GRAFICA NO.1

FRECUENCIA DE CESAREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA. ENERO DE 1989-DICIEMBRE DE 1993.



FUENTE: DATOS DEL CUADRO No.1

CUADRO No.2

EDAD DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZO
OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA
ENERO DE 1,989 - DICIEMBRE DE 1,993.

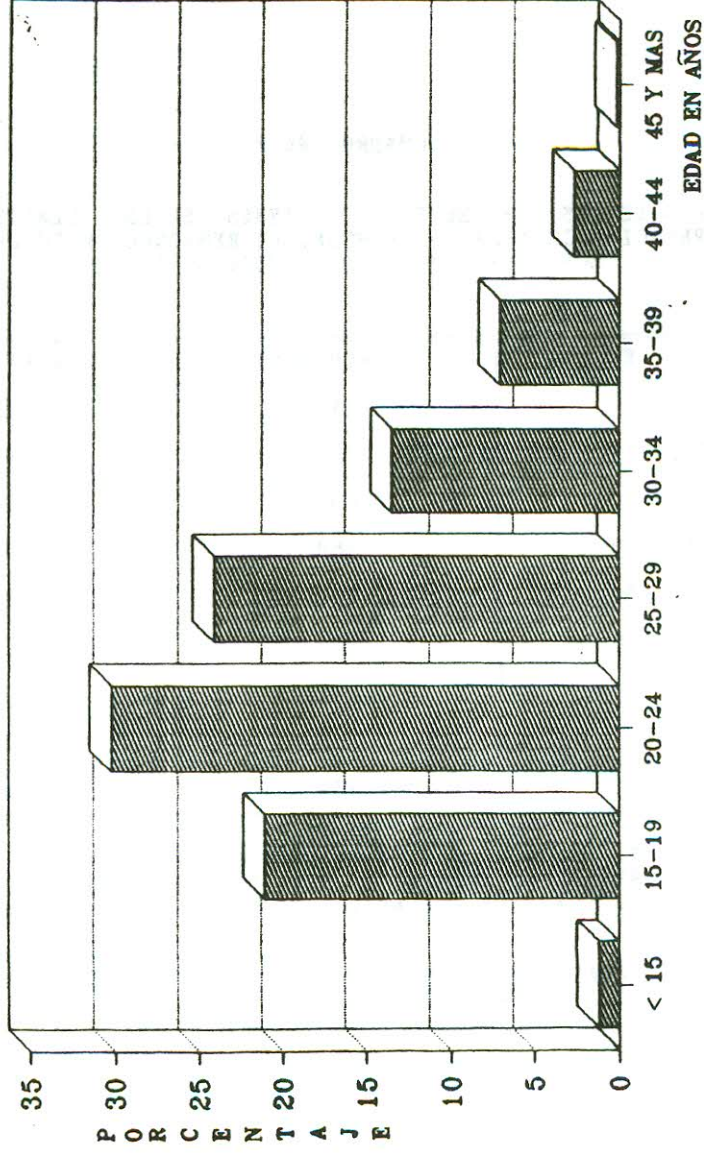
EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 15	18	1.18
15 - 19	322	21.09
20 - 24	461	30.19
25 - 29	368	24.10
30 - 34	206	13.49
35 - 39	108	7.07
40 - 44	41	2.68
≥ 45	3	0.20
TOTAL	* 1,527	100.00

FUENTE: FICHAS DE REGISTRO CLINICO DEL DEPARTAMENTO DE
REGISTRO, ARCHIVO Y ESTADISTICA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE CUILAPA.

* TOTAL DE EXPEDIENTES REVISADOS, LOS RESTANTES
(249) SE EXTRAVIARON.

GRAFICA No.2

EDAD DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZO
OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA
ENERO DE 1989 - DICIEMBRE DE 1993



FUENTE: DATOS DEL CUADRO No.2

CUADRO No.3

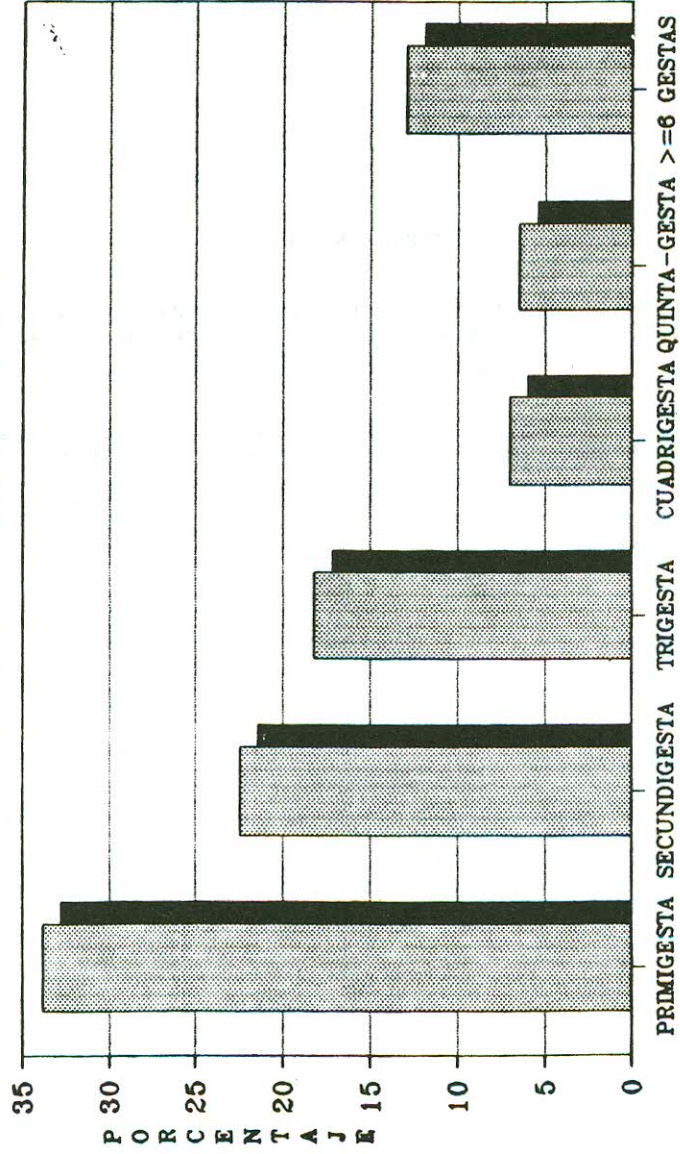
NUMERO DE GESTAS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A
OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA.
ENERO DE 1,989 - DICIEMBRE DE 1,993

NUMERO DE EMBARAZOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMIGESTA	517	33.85
SECUNDIGESTA	343	22.46
TRIGESTA	278	18.20
CUADRIGESTA	107	7.00
QUINTA-GESTA	84	6.50
≥ SEXTA-GESTA	198	12.96
TOTAL	1,527	100.00

FUENTE: FICHAS DE REGISTRO CLINICO DEL DEPARTAMENTO DE
ARCHIVO, REGISTRO Y ESTADISTICA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE CUILAPA.

GRAFICA No.3

NUMERO DE GESTAS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACION
CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA
ENERO DE 1989 - DICIEMBRE DE 1993



No. DE EMBARAZOS

FUENTE: DATOS DEL CUADRO No.3

CUADRO No.4

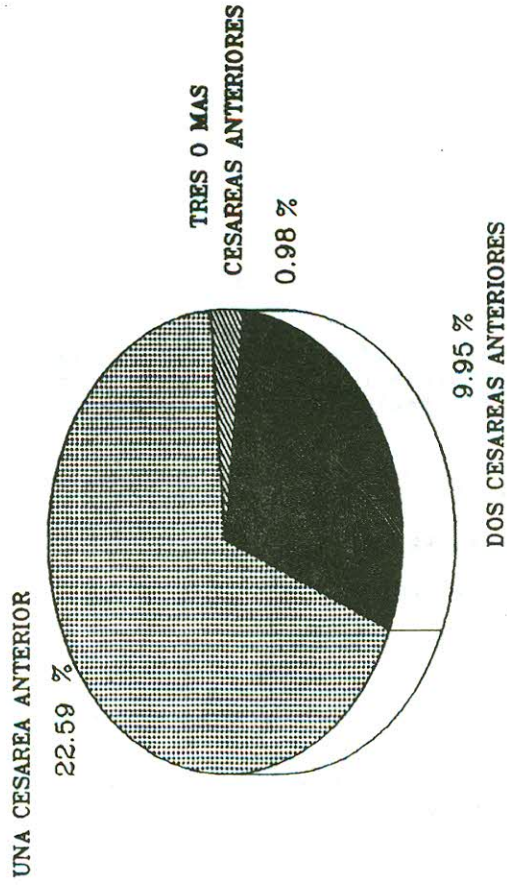
NUMERO DE CESAREAS ANTERIORES DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZO OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA. ENERO DE 1,989 - DICIEMBRE DE 1993.

CESAREAS ANTERIORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNA CESAREA ANTERIOR	345	22.59
DOS CESAREAS ANTERIORES	152	9.95
≥ TRES CESAREAS ANTERIORES	15	0.98
TOTAL	512	33.53

FUENTE: FICHAS DE REGISTRO CLINICO DEL DEPARTAMENTO DE ARCHIVO, REGISTRO Y ESTADISTICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA.

GRAFICA No.4

NUMERO DE CESAREAS ANTERIORES DE LAS PACIENTES A QUIENES
SE LES REALIZO OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE CUILAPA. ENERO DE 1989-DICIEMBRE DE 1993



FUENTE: DATOS DEL CUADRO No.4

CUADRO No.5

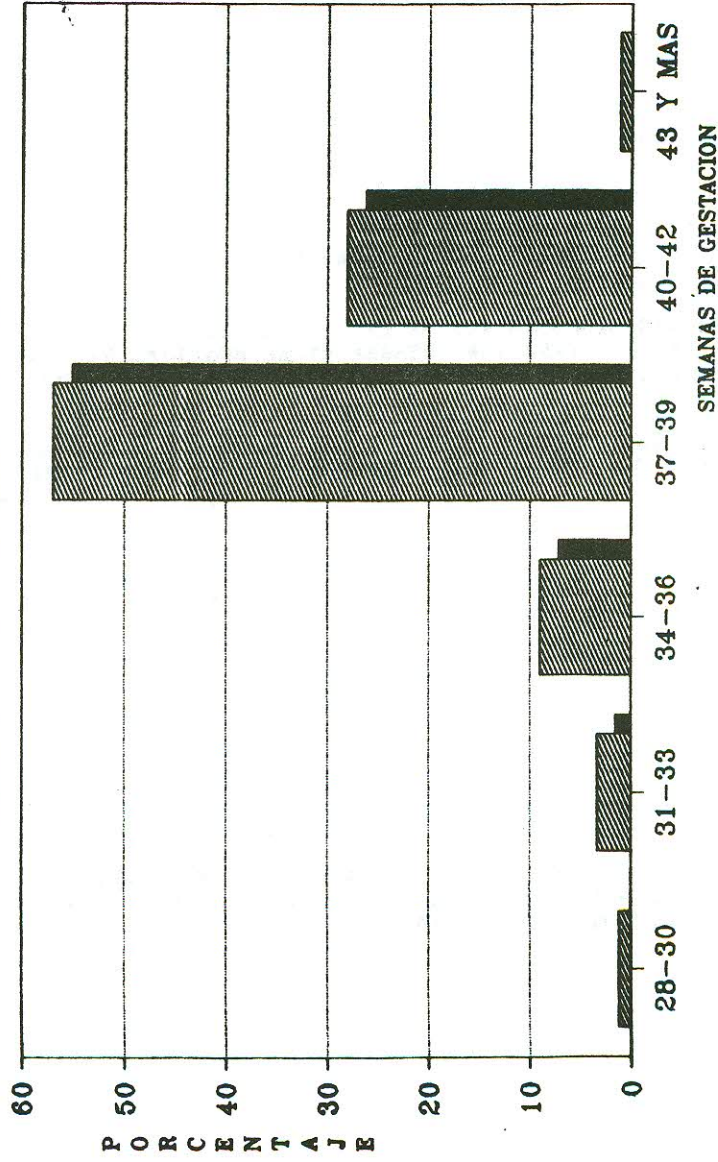
SEMANAS DE GESTACION DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZO OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA. ENERO DE 1,989 - DICIEMBRE DE 1,993.

SEMANAS DE GESTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
28 - 30	18	1.18
31 - 33	51	3.34
34 - 36	137	8.97
37 - 39	870	56.97
40 - 42	429	28.10
≥ 43	22	1.14
TOTAL	1,527	100.00

FUENTE: FICHAS DE REGISTRO CLINICO DEL DEPARTAMENTO DE ARCHIVO, REGISTRO Y ESTADISTICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA.

GRAFICA No.5

SEMANAS DE GESTACION DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES
REALIZO OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA
ENERO DE 1989 - DICIEMBRE DE 1993



FUENTE: DATOS DEL CUADRO No.5

CUADRO No.6

PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES A QUIENES SE LES EFECTUO OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL DE CUILAPA ENERO DE 1,989 - DICIEMBRE DE 1,993.

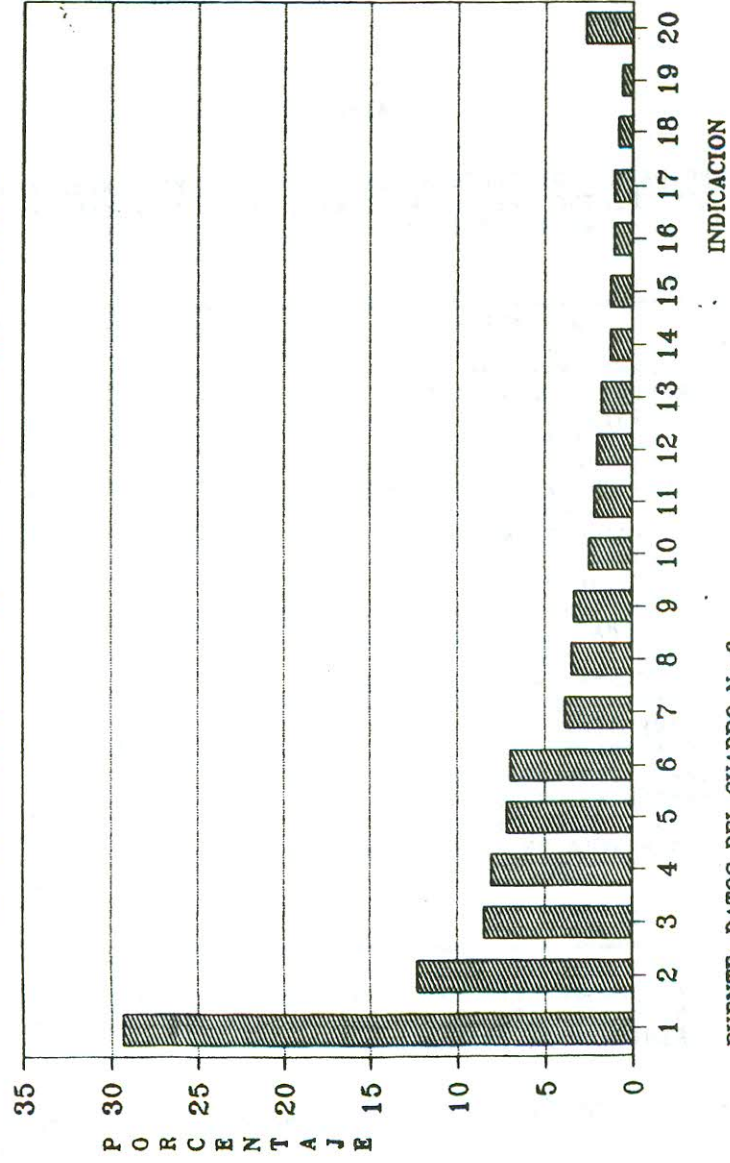
No.	INDICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	CESAREA ANTERIOR	448	29.34
2	PRESENTACION PODALICA	188	12.31
3	SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	129	8.45
4	ESTRECHEZ PELVICA	123	8.05
5	DESPROPORCION CEFALOPELVICA	109	7.14
6	FALTA DE DESCENSO Y PROGRESO	106	6.94
7	DISTOCIA COMPLEJA	59	3.86
8	SITUACION TRANSVERSA	53	3.47
9	PLACENTA PREVIA	51	3.34
10	INDUCCION O CONDUCCION FALLIDA	38	2.48
11	PAPILOMATOSIS GENITAL	33	2.16
12	EMBARAZO MULTIPLE	31	2.03
13	PREECLAMPSIA MODERADA-SEVERA	27	1.77
14	PROLAPSO DE MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR	19	1.24
15	ECLAMPSIA	19	1.24
16	TRANSVERSA ABANDONADA	16	1.05
17	PRESENTACION DE CARA	16	1.05
18	PROSCIDENCIA DEL CORDON	12	0.79
19	INMINENCIA DE ROTURA UTERINA	9	0.59
20	* OTROS	41	2.68
TOTAL		1,527	100.00

FUENTE: FICHAS DE REGISTRO CLINICO DEL DEPARTAMENTO DE REGISTRO, ARCHIVO Y ESTADISTICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA.

* RESTO DE INDICACIONES NO CONSIDERADAS SIGNIFICATIVAS.

GRAFICA No.6

PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES A QUIENES SE LES EFECTUO OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA. ENERO DE 1989 - DICIEMBRE DE 1993.



FUENTE: DATOS DEL CUADRO No.6

CUADRO No.7

TIPO DE INCISION ABDOMINAL EFECTUADA EN LAS PACIENTES
SOMETIDAS A OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL DE CUILAPA
ENERO DE 1,989 - DICIEMBRE DE 1,993.

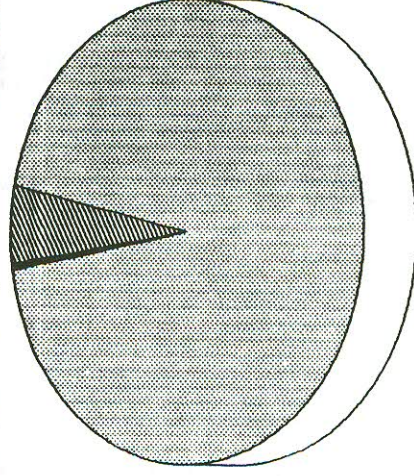
TIPO DE INCISION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDIANA SUPRAPUBICA	1,438	94.17
PFANNENSTIEL	82	5.38
PARA-MEDIANA SUPRAPUBICA	7	0.45
TOTAL	1,527	100.00

FUENTE: FICHAS DE REGISTRO CLINICO DEL DEPARTAMENTO DE
ARCHIVO, REGISTRO Y ESTADISTICA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE CUILAPA.

GRAFICA No.7

TIPO DE INCISION ABDOMINAL EFECTUADA EN LAS PACIENTES
SOMETIDAS A OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE CUILAPA. ENERO DE 1989 - DICIEMBRE DE 1993

PARA-MEDIANA SUPRAPUBICA 0.45 % 5.38 % PFANNENSTIEL



94.17 % MEDIANA SUPRAPUBICA

FUENTE: DATOS DEL CUADRO No.7

CUADRO No.8

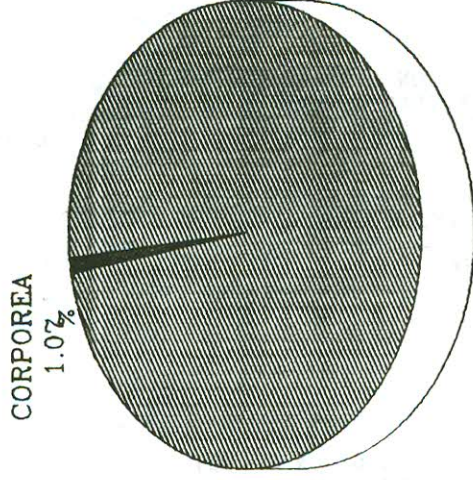
TIPO DE INCISION UTERINA REALIZADA EN LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA. ENERO DE 1,989 - DICIEMBRE DE 1,993.

TIPO DE INCISION UTERINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEGMENTAREA	1,501	98.30
CORPOREA	26	1.07
TOTAL	1,527	100.00

FUENTE: FICHAS DE REGISTRO CLINICO DEL DEPARTAMENTO DE ARCHIVO, REGISTRO Y ESTADISTICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA.

GRAFICA No.8

TIPO DE INCISION UTERINA REALIZADA EN LAS PACIENTES
QUE FUERON SOMETIDAS A OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE CUILAPA. ENERO DE 1989 - DICIEMBRE DE 1993



SEGMENTARIA
98.3 %

FUENTE: DATOS DEL CUADRO No.8

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE DATOS

A continuación se presentan los resultados encontrados en el estudio realizado.

A.- FRECUENCIA DE CESAREAS REALIZADAS.

Con respecto a la frecuencia de cesáreas realizadas durante los años 1989-1993, se puede observar que en este hospital se produjeron 12,393 nacimientos, de los cuales 1776 se resolvieron por medio de operación cesárea, encontrando una frecuencia de cesáreas de 14.33% en relación al total de nacimientos, así también se puede observar un incremento de 11.42% en 1989 a 14.59% en 1990, momento desde el cual la frecuencia de cesáreas no ha disminuido del 14%, incrementándose inclusive a 15.82% en el año 1993, lo cual comparado con estudio anterior revela que en los últimos 5 años hubo incremento en la frecuencia de operación cesárea de un 11.64% para el quinquenio 1984-1988 a 14.33% para el quinquenio 1989-1993. (ver cuadro y gráfica No.1)

Podemos indicar que en este hospital existe una buena afluencia de pacientes obstétricas y que la frecuencia de cesáreas en relación al total de nacimientos, a pesar del incremento encontrado, se sigue manteniendo dentro de los límites aceptables reportados por la literatura mundial.

B.- EDAD.

En el cuadro y gráfica No. 2 podemos observar que la edad de mayor reproductividad y por lo tanto, la más expuesta a operación cesárea por presentar algún tipo de distocia, es la comprendida entre los 20 a 24 años, con 30.19% de pacientes sometidas a operación cesárea, siguiéndole el grupo de 25 a 29 años con un 24.10% y luego el grupo con edades de 15 a 19 años con un 21.09%, a partir de la edad de 30 años la frecuencia empieza a disminuir, llegando a solamente 2.68% en pacientes de 40 a 44 años y de 0.2% en pacientes mayores de 44 años. En pacientes menores de 15 años también se encontró una frecuencia de 18 pacientes que representan un 1.18%.

C.- NUMERO DE GESTAS.

Podemos observar que de las 1527 pacientes estudiadas a quienes se les realizó operación cesárea, 527 eran primigestas con un 33.85%, siguiendo el grupo de las secundigestas con una frecuencia de 343 y un 22.46%, disminuyendo en las trigestas a un 18.2%, cuadrigestas a 7%, y quinta gesta 6.5%, elevándose de nuevo a 12.96% en pacientes que tienen 6 o más gestas. (ver cuadro y gráfica # 3)

Podemos observar que a menor paridad es más frecuente la operación cesárea, lo cual varía al ser las pacientes grandes multiparas, incrementándose de nuevo la frecuencia de cesárea por las distocias que estas pueden presentar y el riesgo que de por si con lleva ser gran múltipara.

D.- NUMERO DE CESAREAS ANTERIORES.

Con respecto a las cesáreas anteriores podemos observar que de las 1527 pacientes estudiadas y que fueron sometidas a operación cesárea, 512 presentaban cesárea anterior con un 33.53%, de estas, 22.59% con antecedentes de una cesárea previa, 9.95% con dos cesáreas previas y 0.98 con tres o más cesáreas anteriores. (ver cuadro y gráfica No. 4)

E.- EDAD GESTACIONAL.

El cuadro y gráfica No.5 se refiere a la edad gestacional de las pacientes en el momento de la intervención quirúrgica, observándose que la mayoría presentó una edad gestacional de 37 a 42 semanas de gestación, haciendo un total de 1299 pacientes equivalentes a un 85.07%, indicándonos que el mayor número de cesáreas se realizó en un período de madurez fetal, 13.49% de cesáreas fueron realizadas en pacientes con edad gestacional menor de 37 semanas o sea prematuros y unicamente 1.14% en pacientes con embarazo prolongado.

F.- INDICACIONES DE CESAREA.

En el cuadro y gráfica No. 6 observamos las principales indicaciones de cesárea que se tomaron en cuenta para intervenir a cada una de las pacientes, observándose que en la mayoría de estas, la principal indicación de cesárea fue la cesárea anterior, con un total de 448 casos, equivalente a un 29.34%, en segundo lugar encontramos la presentación podálica con 188 casos y un 21.31%, ocupando un tercer lugar el sufrimiento fetal agudo con un 8.45%, la estrechez pélvica ocupa el cuarto lugar con 8.05% y en quinto lugar encontramos la desproporción cefalopélvica con un 7.14%, luego se mencionan en orden descendente el resto de indicaciones.

Es importante indicar que el axioma "Cesárea siempre después de cesárea", probablemente esté bien arraigado dentro del gremio médico, por lo que se debe tener cuidado con el establecimiento de las indicaciones para la cesárea primaria, individualizando siempre cada caso en particular.

Podemos observar también un número considerable de transversas abandonadas, esto probablemente se debe a la previa manipulación por comadronas que en la mayoría de los casos no han tenido la orientación adecuada por parte de las entidades de salud, o bien por lo retirado de la prosedencia de las pacientes.

En este cuadro se incluye también el parámetro otros para incluir las indicaciones que no se considerarán significativas.

G.- TIPO DE INCISION ABDOMINAL.

En el cuadro número 7 observamos que el tipo de incisión abdominal efectuada con mayor frecuencia es del tipo Mediana Suprapúbica con una frecuencia de 1438 casos y un 94.17%, esto probablemente por la rapidez que ofrece esta vía de abordaje en las indicaciones de urgencia, así como al elevado volumen de pacientes atendidas en éste centro asistencial. La incisión tipo Pfannenstiel tubo una frecuencia de 82 casos y un 5.38%, es importante señalar que se encontraron 7 casos con incisión paramediana suprapúbica.

H.- TIPO DE INCISION UTERINA.

En el cuadro número ocho podemos observar que el tipo de incisión uterina realizada con mayor frecuencia fue del tipo segmentarrea, con una frecuencia de 1501 casos y un porcentaje de 98.30, encontrándose únicamente 26 casos con incisión de tipo corporea que equivale a 1.07%.

Podemos observar que la incisión corporea que se realiza por urgencias obstétricas como: Desprendimiento prematuro de placenta normoincerta, placenta previa sangrante, proscidencia del cordón, etc, se realiza en menos del 5% como lo reporta la literatura mundial.

X. CONCLUSIONES

- 1.- La frecuencia de cesáreas ha aumentado en los últimos 5 años en el Hospital Regional de Cuilapa, aunque sigue manteniéndose dentro de los límites normales reportados por la literatura mundial.
- 2.- Las pacientes que con mayor frecuencia son sometidas a operación cesárea están comprendidas dentro de las edades de 20 a 24 años.
- 3.- Las pacientes primigestas o nuliparas son las que más frecuentemente son intervenidas de operación cesárea.
- 4.- Una tercera parte de las pacientes sometidas a operación cesárea presentan cesárea previa.
- 5.- Ochenta y cinco por ciento de las cesáreas se realizan en pacientes con embarazo a término.
- 6.- Las indicaciones más frecuentes de cesárea son; Cesárea anterior, presentación podálica y sufrimiento fetal agudo.
- 7.- El tipo de incisión abdominal efectuada con mayor frecuencia es del tipo mediana suprapúbica.
- 8.- El tipo de incisión uterina realizada con mayor frecuencia es de tipo Segmentarea.

XI. RECOMENDACIONES

- 1.- Individualizar cada caso al momento de evaluar indicaciones de cesárea, principalmente cuando estas sean relativas como: Cesárea prévia; en la cual podría darse vía baja si no se repiten las indicaciones de la primera cesárea, no existe otra indicación y la paciente ha dado a luz anteriormente por vía vaginal un recién nacido de tamaño normal, Presentación podálica; sobre todo en pacientes multíparas, etc.
- 2.- En pacientes con indicación de Falta de Descenso y Progreso, evaluar previamente la posibilidad de inducción o conducción antes de decidir realizar operación cesárea, si la paciente no presenta otras indicaciones como estrechez pélvica, desproporción cefalopélvica, etc.
- 3.- Usar nomenclatura obstétrica acorde a el tipo de distocia presentada por las pacientes, evitando diagnósticos poco específicos como falta de descenso y progreso.
- 4.- Dar capacitación a las comadronas de la región, con el fin de que éstas puedan evaluar y decidir referir una paciente a tiempo y no después de haber manipulado por largos períodos a las parturientas, que en su mayoría llegan al hospital cuando ya tienen problemas serios, sufrimiento fetal y en algunos casos con feto muerto, como lo es el caso de las Transversas abandonadas que se encontró un número considerable.
- 5.- Siendo la cesárea un procedimiento útil, debe dejarse para los casos de completa indicación, o cuando el parto por vía vaginal sea impracticable o dañino para el feto y/o la madre.
- 6.- Impartir platicas sobre: Planificación familiar, riesgo de embarazos a edad temprana o tardía, gran multiparidad, cuidados del pos parto, del recién nacido etc, a las mujeres en edad reproductiva.
- 7.- Que el Departamento de Obstetricia analize las causas del incremento en la frecuencia de cesáreas, que para 1993 había superado ya el 15%.
- 8.- Establecer un programa de control pre-natal en la consulta externa de obstetricia del Hospital.

XII. RESUMEN

En estudios realizados en otros países y en el nuestro se ha observado que el empleo de la operación cesárea ha aumentado de manera considerable, en gran parte a causa del amplio interés que despierta en la actualidad el diagnóstico precoz del bienestar fetal o el riesgo materno.

El presente estudio es de carácter retrospectivo, realizado en el Hospital Regional de Cuilapa, revisando un período de cinco años, comprendidos del primero de enero de 1989 al treinta y uno de diciembre de 1993.

En este trabajo se hace un análisis de la operación cesárea en este Hospital, determinando su frecuencia en relación al total de nacimientos y sus indicaciones.

Para la realización del presente trabajo se efectuó una revisión bibliográfica actualizada sobre el tema, se revisó el libro de registros de sala de operaciones, libro de registro de sala de labor y partos, y posteriormente las historias clínicas de 1527 pacientes a quienes se les efectuó operación cesárea, de un total de 1776 casos los que no pudieron revisarse en su totalidad debido a que algunos expedientes se encontraban extraviados.

Para la recolección de datos se elaboró una ficha de recolección de datos, la cual incluía las variables a investigar: Edad, número de gestas, cesárea anterior, edad gestacional, indicación de la cesárea, tipo de incisión abdominal y tipo de incisión uterina. posteriormente los datos se ingresaron a un programa de procesamiento de datos para tabularlos y graficarlos, los cuales se analizaron llegando a la formulación de conclusiones y recomendaciones.

En los resultados analizados se demostró que en el periodo estudiado se atendió un total de 12,393 nacimientos, de los cuales 1776 fueron por operación cesárea, encontrándose una frecuencia del 14.33 por ciento de cesáreas en relación al total de nacimientos.

En conclusión podemos indicar que el número de cesáreas realizadas en el Hospital Nacional Regional de Cuilapa, es similar a los resultados de otros estudios realizados, con un ligero incremento en los últimos 5 años, y están basados en indicaciones obstétricas planteadas en la literatura mundial.

XIII BIBLIOGRAFIA

- 1 Acevedo Salinas, Heraldo. Consideraciones sobre la Cesárea en el Hospital Nacional de Escuintla. Tesis (Médico y cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1977. 54p.
- 2 Benson, R. Operación Cesárea. En su: Manual de Ginecología y Obstetricia. 7a Ed. México, Ed. Manual Moderno, 1988. pp 399-404.
- 3 Beydon, S. Operación Cesárea. En: Clinica Ginecología y Obstetricia. Volumen III, México, Ed Interamericana, 1980. pp 523-545.
- 4 Cahueque Acosta, Mario. Operación Cesárea en el Hospital Nacional de Retalhuleu. Tesis (Médico y cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1977. 57p.
- 5 Dexeus, S. et al. Cesárea Abdominal. En su: Tratado y Atlas de Operatoria Obstetrica. 2a Ed. México, Ed. Salvat, 1985. Volumen III, pp 375-408.
- 6 Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 11a Ed. México, Ed. Salvat, 1983. pp 1039.
- 7 Fishman Kerbin, A. La operación Cesárea en el Hospital Militar. Tesis (Médico y cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1982. 37p.
- 8 Girón A. Luis. Operación Cesárea: Indicaciones, complicaciones y tratamiento en el Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS. Tesis (Médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1982. 85p.
- 9 Guyton, A. et al. Funciones Reproductivas de La Mujer Antes del Embarazo y Hormonas Femeninas. En su: Tratado de Fisiología. 6a Ed. México, Ed. Interamericana, 1987. pp 45-67.
- 10 Hernandez Samayoa, Maria del Carmen. Evaluación del Parto a través de Cesárea en el Hospital Nacional de Jutiapa. Tesis (Médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1993. 47p
- 11 Juárez Merida, Fredy. Causas de Cesárea en el Hospital Nacional de Coatepeque. Tesis (Médico y cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1981. 30p.
- 12 Mergen, Robert. Operación Cesárea. En su: Manual de Obstetricia. 2a Ed. Barcelona, Ed. Toray Masson S.A., 1987. pp 869-872.

- 13 Moragues B. Jaime. Clínica Obstetrica. Buenos Aires, Ed. El Ateneo, 1980. pp 602-604.
- 14 Organización Mundial de la Salud. Los Instrumentos Epidemiológicos Empleados en el Enfoque de Riesgo. En su: Manual Sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil. Serie Paltex No 7. Washington 1986. pp 45-67.
- 15 Pritchard, Jack. et al. Operación cesárea y cesárea con Histerectomía. En su: Williams Obstetricia. 3a Ed. México, Ed Salvat. pp 841-857.
- 16 Schwarcz, Ricardo Leopoldo. Operaciones Obstetricas. En su: Obstetricia. 4a Ed. Argentina, Ed. El Ateneo, 1986. pp 533-404.
- 17 Shaffer, G. Cesárea. En su: Complicaciones Quirurgicas en Obstetricia y Ginecología. 10a Ed. México, Ed. Interamericana, 1985. pp 50 55.
- 18 Sical Flores, Joel. Guia para la presentación del Proyecto de Tesis e Informe Final. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1990. 15p.(mimeografiado).
- 19 Silva Pérez, Ruben. Frecuencia de Operación Cesárea en el Hospital Regional de Cuilapa. Tesis (Médico y cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1989. 75p.
- 20 Soto M, William. Incidencia de Operación Cesárea en el Hospital Modular de Chiquimula. Tesis (médico y cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1982. 33p.
- 21 Tortora, Gerard. et al. Grupos Sanguíneos. En su: Principios de Anatomía y Fisiología. 3a Ed. México, Ed. Harla, 1981. pp 564-567.

XIV. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

No. de Reg. Clínico: _____

Edad _____ años

Número de gestas: Embarazos _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____

Cesárea anterior: Si _____ no _____ Número _____

Edad gestacional: _____ semanas por _____

Indicación de la cesárea:

_____Tipo de incisión efectuada en la pared abdominal:

_____Tipo de incisión uterina realizada:
