

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



EVALUACION ESTADISTICA Y ESTUDIO MEDICO
DE LA OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL
DE AREA MANUEL DE JESUS SUBIRANA DE
YORO, YORO

PERIODO 1980-1988

Tesis

PRESENTADA POR

Dr. Osmán Francisco Sorto Murillo
Br. Reina Esther Amador Lopez

PREVIA OPCION AL TITULO DE

Doctor en Medicina y Cirugía

TEGUCIGALPA, D.C.

1989

HONDURAS, C.A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.



EVALUACION ESTADISTICA Y ESTUDIO MEDICO
DE LA OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL
DE AREA MANUEL DE JESUS SUBIRANA DE
YORO, YORO

PERIODO 1980-1988

Tesis

PRESENTADA POR

Dr. Osmán Francisco Sorto Murillo
Br. Reina Esther Amador Lopez

PREVIA OPCION AL TITULO DE

Doctor en Medicina y Cirugía

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR : LIC. OMAR CASCO ZELAYA
SECRETARIO GENERAL : LIC. ALFREDO HAWIT BANEGAS

JUNTA DIRECTIVA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO : DR. ANTONIO NUÑEZ
VICE-DECANO : LIC. EVA LUZ DE ALVARADO
SECRETARIO : DR. RUBEN PALMA CARRASCO
PRO-SECRETARIO : DR. HUMBERTO RIVERA
VOCAL : DR. MAXIMO LOPEZ
VOCAL : DR. CESAR A. CASTELLANO

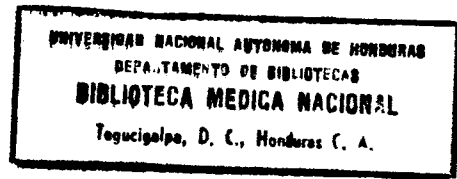
VOCALES ESTUDIANTES

PROPIETARIOS

BR. JORGE EDUARDO QUINN
BR. DENIS CHIRINOS
BR. NELSON E. SALINAS
BR. IVAN E. TREJO

SUPLENTES

BR. RUTH GOMEZ
BR. FELIX CASTILLO
BR. ELMER MAYES
BR. JENNY PAREDES



COMITE ASESOR

DR. RUBEN DARIO FERNANDEZ

TRIBUNAL EXAMINADOR

DR. HUMBERTO RIVERA (COORDINADOR)

DR. PRESENTACION RIVERA

DR. JUAN MANUEL PEREZ

SUSTENTANTES

BR. OSMAN FRANCISCO SORTO MURILLO

BR. REYNA ESTHER AMADOR LOPEZ

PADRINOS

ING. AGR. ARNALDO URBINA FERNANDEZ

P.M. ROSARIO SORTO DE URBINA

AGRADECIMIENTO

A todos nuestros Maestros de nuestra Formación Profesional, al Dr. Rubén Darío Fernández por haber aceptado ser nuestro Asesor y por su orientación y a todas las personas que colaboraron en la elaboración de este trabajo de tesis.

Muchas Gracias.

I N D I C E

	PAG.
I. INTRODUCCION	1
II. FORMULACION DEL PROBLEMA	2
III. OBJETIVOS	3
a) General	3
b) Específicos	3
IV. MARCO TEORICO	5
a) Definición	5
b) Historia	5
c) Frecuencia	6
d) Indicaciones	7
e) Contraindicaciones	18
f) Mortalidad Materna	18
g) Morbilidad Materna	19
h) Mortalidad Perinatal	21
i) Morbilidad Perinatal	22
j) Anestesia	22
k) Técnicas Quirúrgicas	24
l) Complicaciones	30
ll) Esterilización Trans. Cesárea	32
m) Antibióticoterapia Profiláctica	32

V. HIPOTESIS	34
VI. VARIABLES	35
VII. DISEÑO METODOLOGICO	37
VIII. RESULTADOS Y DISCUSION	39
IX. CONCLUSIONES	69
X. RECOMENDACIONES	72
XI. RESUMEN	73
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	76
XIII. ANEXOS	79

INDICE DE TABLAS

PAGS.

1.) TABLA N° 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE CESA-
REA POR AÑO. HOSPITAL DE YORO.
PERIODO 1980-1988

40

2.) TABLA N° 2

FRECUENCIA DE CESAREAS EN RELACION AL NUMERO
DE PARTOS EN EL HOSPITAL DE YORO.
PERIODO 1980-1988

42

3.) TABLA N° 3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE CESA-
REAS SEGUN EDAD EN EL HOSPITAL DE YORO.
PERIODO 1980-1988

43

4.) TABLA N° 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE CESA-
REAS SEGUN GESTACION EN EL HOSPITAL DE YORO.
PERIODO 1980-1988

45

5.) TABLA N° 5

PRESENTACION Y SITUACION DE LOS PRODUCTOS DE

LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA EN EL HOSPI-
TAL DE YORO.

PERIODO 1980-1988.

46

6.) TABLA Nº 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NUMERO DE CESAREAS
COMO ANTECEDENTES REALIZADAS A CADA PACIENTE EN
EL HOSPITAL DE YORO.

PERIODO 1980-1988

47

7.) TABLA Nº 7

EDAD GESTACIONAL SEGUN FECHA ULTIMA MENSTRUACION
DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA EN EL HOSPI
TAL DE YORO. PERIODO 1980-1988

48

8.) TABLA Nº 8

EDAD GESTACIONAL POR CLINICA DE LAS PACIENTES
SOMETIDAS A CESAREA EN EL HOSPITAL DE YORO.

PERIODO 1980-1988

49

9.) TABLA Nº 9

INDICACIONES DE CESAREA EN EL HOSPITAL DE YO-
RO.

PERIODO 1980-1988

50

0.) TABLA Nº 10

TIPO DE CESAREA REALIZADA EN EL HOSPITAL DE

YORO.

PERIODO 1980-1988

53

11.) **TABLA N° 11**

TIPO DE ANESTESIA APLICADA A LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA EN EL HOSPITAL DE YORO.

PERIODO 1980-1988

54

12.) **TABLA N° 12**

COMPLICACIONES TRANS. Y POST. OPERATORIAS PRESENTADAS EN PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA EN EL HOSPITAL DE YORO.

PERIODO 1980-1988

55

13.) **TABLA N° 13**

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREAS Y SU APLICACION O NO DE ANTIBIOTICOS PROPILACTICOS O TERAPEUTICOS EN EL HOSPITAL DE YORO.

PERIODO 1980-1988

56

14.) **TABLA N° 14**

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL PESO DE LOS RECIEN NACIDOS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA EN EL HOSPITAL DE YORO.

PERIODO 1980-1988

57

15.) TABLA N° 15

EVOLUCION DEL RECIEN NACIDO DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA EN EL HOSPITAL DE YORO.

PERIODO 1980-1988

58

16.) TABLA N° 16

EDAD DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA EN RELACION A LA MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE YORO.

PERIODO 1980-1988

59

17.) TABLA N° 17

EDAD GESTACIONAL POR FECHA ULTIMA MENSTRUACION DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA Y SU RELACION CON LA MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE YORO.

PERIODO 1980-1988

60

18.) TABLA N° 18

EDAD GESTACIONAL POR CLINICA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA Y SU RELACION CON LA MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE YORO.

PERIODO. 1980-1988

62

19.) TABLA N° 19

TIPO DE CESAREA Y SU RELACION CON LA MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE YORO.

20.) TABLA N° 20

CUADRO COMPARATIVO PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA ENTRE LOS AÑOS 1980-1987 EN QUE NO SE CONTABA CON G-0 Y EL AÑO 1988 EN QUE SE CONTO CON ESPECIALISTA. HOSPITAL DE YORO.

64

21.) TABLA N° 21

CUADRO COMPARATIVO DE MORBILIDAD ENTRE LOS AÑOS 1980-1987 EN QUE NO SE CONTO CON G-0 Y EL AÑO 1988 EN QUE SE CONTO CON ESPECIALISTA. HOSPITAL DE YORO.

66

22.) TABLA N° 22

CUADRO COMPARATIVO TIPO DE ANESTESIA APLICADA A LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA ENTRE 1980-1987 EN QUE NO SE CONTO CON G-0 Y 1988 EN QUE SE CONTO CON ESPECIALISTA.

68

I. INTRODUCCION

Cumpliendo con un requisito previo a la opción al Título de DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA, impuesto por la Facultad de Ciencias Médicas de nuestra Universidad Nacional Autónoma de Honduras, - el cual consiste en la elaboración de un Trabajo de Tesis, nos hemos propuesto para tal fin, desarrollar el Tema "EVALUACION - ESTADISTICA Y ESTUDIO MEDICO DE LA OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL DE AREA MANUEL DE JESUS SUBIRANA DE YORO, YORO EN EL PERIODO 1980-1988".

Recordando que la Obstetricia es la rama de la medicina que estudia el embarazo, sus antecedentes y sus consecuencias, pretendemos dar a conocer la importancia de la misma, de forma en que podamos encontrar las irregularidades, falta de uniformidad de criterios en cuanto a considerar si un caso es indicación o no de cesárea, lo cual a corto o mediano plazo puede representar un riesgo tanto para la madre como para el producto.

II. FORMULACION DEL PROBLEMA

La práctica de la operación cesárea en los diferentes centros hospitalarios y a través de los años, ha variado tanto en sus indicaciones como en sus consecuencias posteriores al procedimiento; lo cual ha sido debido a la presencia de personal médico especializado en obstetricia en algunos casos y a la ausencia de los mismos en otros.

Por tal razón consideramos que en hospitales de área como el Manuel de Jesús Subirana de Yoro, Yoro, que ha carecido de personal especializado en la rama es conveniente realizar un estudio retrospectivo-comparativo para analizar dicha operación en los años 1980-1987 en que no se contaba con G-0 y 1988 en que se empezó a contar con especialista en Gineco-Obstetricia, haciendo mayor énfasis en sus indicaciones, su morbi-mortalidad, tipo de anestesia empleada, así como las condiciones del feto al nacer.

III. OBJETIVOS

A) GENERAL

- 1) Efectuar un estudio de la operación cesárea en el Hospital de Area Manuel de Jesús Subirana, en los años 1980-1987 en que no contaba con G-0 y el año 1988 en que se empezó a contar con el mismo y comparar sus indicaciones, porcentajes con relación al número de partos, su morbi-mortalidad, tipo de anestesia empleada, apgar del recién nacido, etc.

B) ESPECIFICOS

- 1) Identificar la causa más frecuente de operación cesárea.
- 2) Determinar la frecuencia de la operación cesárea con relación al número de partos.
- 3) Establecer los antecedentes gineco-obstétricos de las - pacientes intervenidas como posible factor etiológico.
- 4) Determinar el tipo de Técnica Quirúrgica más usada en la operación cesárea.
- 5) Establecer el tipo de anestesia más utilizada.
- 6) Hacer una valoración del apgar del recién nacido como -- factor pronóstico.

- 7) Determinar las complicaciones que se presentan más frecuentemente.
- 8) Determinar la tasa de morbi-mortalidad materno perinatal.

IV. MARCO TEORICO

OPERACION CESAREA

A.) DEFINICION

Puede definirse como el parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero.⁽¹⁹⁾

Otros la definen como la extracción del niño por fuera del canal genital.⁽¹⁷⁾

B.) HISTORIA

Su origen todavía es oscuro, pero se han propuesto tres explicaciones principales:

- 1) Según la leyenda Julio Cesar nació de esta manera; pero en contra de esta, está el hecho de que su madre vivió - por muchos años más posterior al nacimiento tiempo en el cual e incluso en el siglo XVII la intervención era siempre fatal y en segundo lugar ningún escritor de la época la menciona.
- 2) Se ha creído que el nombre de operación cesárea deriva - de una ley romana en el siglo VIII A.C. en la que se ordenaba se practicará en mujeres fallecidas durante las - últimas semanas de embarazo con la esperanza de salvar -

- c) La más frecuente investigación prenatal de circunstancias clínicas que pueden resolverse con ella.
- d) La poca habilidad de algunos obstetras en los procedimientos vaginales que exige un más largo y lento aprendizaje.
- e) La ausencia de supervisión de médicos experimentados.

Desde mediados de los años 60 hasta comienzos de los años - 80 la cesárea ha aumentado de menos de un 5% hasta más de - un 15% en Estados Unidos.⁽¹⁹⁾

En Brasil, en estudios realizados se encontró de que la frecuencia de la operación cesárea en 1971 era de 6% y para -- 1980 del 15.9%.⁽¹⁸⁾

Recientes publicaciones reportan que en 1985 las tasas de - cesáreas en Estados Unidos fue de 22.5% y en Italia del -- 22.7%.⁽²⁾

En Canadá la tasa de cesárea es del 20%.⁽¹⁾

Tomando en cuenta la parturidad, las mujeres sometidas a cesárea son en un 45% nulíparas y en un 20% grandes multíparas.

INDICACIONES

Hasta las primeras décadas de este siglo, su uso era muy limitado, hasta el punto de que primitivamente solo la obstruc

ción del canal del parto (estrechez pélvica, tumor previo) la autorizaban. Posteriormente las indicaciones se extendieron a ciertos casos de placenta previa, situaciones transversas, toxemias y de procidencia del cordón; y se fué más allá con la introducción de los antibióticos.

Las indicaciones de la operación cesárea pueden ser absolutas ó relativas.

Son **absolutas**: Las estrecheces pelvianas, placenta previa, la inminencia de rotura uterina, la rotura uterina, tumores previos, incluso el cáncer del cuello. El resto de las indicaciones son relativas.

La operación cesárea puede ser:

- 1) Electiva: Cuando está prevista.
- 2) Urgencia: Por accidente ó por distocia insalvable.

Las indicaciones pueden ser:

- a) Maternas
- b) Fetales
- c) Materno-fetales
- d) Ovulares

a) **Maternas**

a.1 Patologías Locales

1. Distocias óseas
2. Distocias dinámicas

3. Distocia partes blandas
4. Tumores previos
5. Rotura uterina
6. Cesárea anterior
7. Cirugías vaginales previas
8. Herpes genital

a.2 Patologías Sistémicas

1. Toxemia
2. Hipertensión crónica grave
3. Nefropatía crónica
4. Tuberculosis pulmonar grave

a.3 Fracaso de la Inducción

b) Fetales

b.1 Colocaciones Viciosas

1. Situación transversa
2. Pelviana
3. Frente
4. Cara

b.2 Vitalidad Fetal Comprometida

1. Sufrimiento fetal agudo
2. Retardo del crecimiento intrauterino
3. Enfermedad hemolítica fetal grave
4. Muerte habitual del feto

b.3 Macrosumía Fetal

c) Materno-Fetales

1. Desproporción fetopélvica
2. Parto detenido

d) Ovulares

1. Placenta previa
2. Desprendimiento normoplacentario
3. Procidencia del cordón

A partir de un análisis de Bottoms y Colbs (1980) de 123,837 cesáreas, catalogaron las indicaciones de cesáreas en 5 clases:

a- Distocia	33.4%
b- Cesárea previa	23.1%
c- Presentación pélvica	18.8%
d- Sufrimiento fetal	13.2%
e- Otras indicaciones	11.2%

Otros estudios reflejan los siguientes porcentajes. (18)

1- Distocia	39.27%
2- Cesárea iterativa	16.98%
3- Sufrimiento fetal	14.55%
4- Presentación pélvica	9.81%
5- Toxemia	5.7%
6- Desprendimiento prematuro de placenta	2.74%

7- Placenta previa	2.4%
8- Otras indicaciones	1.5%

Un estudio realizado en Montreal, Quebec, Canadá, sugiere - que primíparas con producto post-término aumenta la disfunción uterina la cual a la vez aumenta la tasa de cesárea explicada parcialmente por la falla de la inducción.⁽³⁾

Un estudio realizado en un Hospital Universitario de Estados Unidos durante los años 1980-82 encontró las siguientes causas de cesáreas en 740 casos:⁽⁹⁾

SELECTIVA

Cesárea previa	75 casos
Malposición	55 "
Causas diversas	29 "
Diabetes	26 "
Sufrimiento fetal	18 "
Toxemia	12 "
Iso. inmunización	12 "
Placenta previa	6 "
D.P.P.N.I.	<u>1</u> "
	234 "

URGENCIA

Distocias	153 casos
Malposición	102 "
Sufrimiento fetal	77 "

Toxemia	42 casos
Diversas	39 "
D.P.P.N.I.	33 "
Cesárea previa	18 "
Placenta previa	18 "
Diabetes	12 "
Prolapso cordón	11 "
Iso. inmunización	<u>1</u> "
	506 casos

Se concluye que las principales indicaciones de cesárea tanto selectiva como de urgencia son:

a- Malposición	21.2%
b- Distocias	20.7%
c- Sufrimiento fetal	12.8%
d- Cesárea previa	12.6%
e- Diversas	8.9%
f- Toxemia	7.3%

Con frecuencia la indicación no es única, si no mixta; se analizan algunas de ellas:

1) Pelvis Estrecha.

En la vieja obstetricia constituía casi la única indicación. Las pelvis muy afectadas se han vuelto raras, por lo cual el término ha cambiado a pelvis viable, con lo cual debe darse la prueba de encajamiento, excepto en --

presentación pélvica; en algunos casos debe hacerse uso prudente de ocitocina intravenosa.

Con esto solo un 35% de cesárea corresponden a un obstáculo de origen óseo.

2) Placenta Previa.

En lo posible hay que operar lo más cercado al término, ya que aunque los antibióticos han modificado el pronóstico materno, el fetal es reservado por la prematurez.

No hay que olvidar que las variedades no oclusivas y la multiparidad son comunes (85%). Como pauta es importante tomar en cuenta:

- a) Falta de control y gran magnitud de la hemorragia.
- b) Feto vivo en las proximidades del término.
- c) La distocia compleja.
- d) La resistencia del cuello.
- e) Las variedades oclusivas.
- f) Primíparas.

Un estudio de 97,799 casos en un hospital de mujeres en California, Estados Unidos, encontró como conclusiones que la edad y la paridad aumenta la incidencia de placenta previa; que el riesgo de placenta previa aumenta directamente proporcional al número de placentas previas

y de cesáreas previas en un 24%.⁽⁵⁾

3) Cesárea Anterior.

Las cesáreas por indicación de otra cesárea anterior (iterativa) no deben practicarse en forma sistemática.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología acepta la opción de nacimiento vaginal después de una cesárea - previa pero hay poca literatura respecto al trabajo de parto en pacientes con múltiples cesáreas.⁽¹⁶⁾

Al mismo tiempo no se reporta ninguna rotura uterina completa en mujeres que después de 2 ó más cesáreas fueron sometidas a parto vaginal.⁽¹⁶⁾

Un reporte de un centro médico de alta California que incluyó 1776 mujeres embarazadas con cesárea previa sometidas a prueba de trabajo de parto, reportó que 1314 pacientes (74%) tuvieron parto vaginal exitoso sin que hubiera mortalidad materna ó perinatal relacionada con rotura uterina.⁽⁷⁾

4) Desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta.

Se someterán a cesárea los casos en los cuales se cuente con feto vivo y viable o en aquellos en que, aún con feto muerto, el parto no se realiza dentro de las seis horas o en los casos en los que la paciente tiende a agravarse.⁽¹⁷⁾

5) Toxemia Gravídica.

5.1 Preclampsia: Si la paciente no mejora después de un corto tratamiento médico de ensayo y si los medios para desencadenar el parto fracasan deben practicarse cesárea con el objeto de salvar al niño y evitar complicaciones graves a la madre.

Hay que tomar como parámetros:

- a- Tensión arterial 160/100
- b- Proteinuria 5 gr.
- c- Aumento de peso 100 gr. diarios

Otros aspectos a tomar en cuenta son: Trastornos visuales, oliguria, epigastralgia, hiperreflexia, anuria, hematuria, ictericia, taquicardia, edema pulmonar, hemoconcentración y la determinación del estriol urinario como pauta de la vitalidad fetal, monitoreo y ultrasonografía.

5.2 Eclampsia: Convulsiones. La evacuación rápida del útero parecería ser la terapéutica más lógica pero las pacientes resisten mal el shock operatorio siendo la mortalidad del 10 al 20%.

Debe hacerse cesárea inmediata si se trata de preclámpsica que tiene primera crisis y en toda eclámpsica, - que exista por añadidura, otra indicación obstétrica y que por sobre todo se cuente con feto vivo.

6) Distocias Dinámicas.

Estará indicada la cesárea siempre que:

- a) Exista un verdadero trabajo de parto (no preparto).
- b) Fracaso de un correcto tratamiento medicamentoso de la distocia.
- c) El buen juzgamiento de las ventajas y riesgos del parto vaginal.

La frecuencia de cesárea ha disminuído del 20% a un 9%.

7) Distocias partes blandas.

Dentro de estas se incluyen: Mal formaciones congénitas, tumores que hacen imposible ó peligroso el parto vaginal.

8) Sufrimiento Fetal.

En muchos casos esta indicación se efectúa con ligereza. Los únicos datos clínicos a tomar en cuenta son: Arritmia y Bradicardia.

Cuando esta es simple sin otra causa de distocia el tratamiento debe orientarse al parto vaginal (analépticos, oxígeno).

9) Procidencias del Cordón.

La procidencia del cordón con feto vivo y dilatación incompleta son motivo fundado de cesárea.

10) Presentaciones Anormales.

Las presentaciones anormales, tal como la de situación transversa, las de frente ó cara, no solo cuando se enclavan, sino también cuando se detienen a un nivel alto de la pelvis se constituyen en indicación de cesárea; así como la presentación de nalgas.

11) Patología Materna Intercurrente.

11.1 Hipertensión Agravada.

Las embarazadas con hipertensión pre-existente, si la misma aumenta a pesar del tratamiento médico están expuestas a temibles complicaciones tales como: Hemiplejías, Hemorragias retinianas y retroplacentarias con un pésimo pronóstico para el niño.

11.2 Diabetes.

Es excelente la conducta de interrumpir el embarazo por cesárea en el período preterminal, sobre todo - si hay macrosomía fetal, toxemia sobreagregada o un control inadecuado de la diabetes.

11.3 Nefropatías.

Se practicará cesárea ocasionalmente cuando la insuficiencia renal alcanza límites peligrosos y no es controlable médicamente.

Ocasionalmente se indicará en apendicitis aguda, en algunas cardiopatías descompensadas que no ceden al trata-

miento y en la muerte inminente de la madre con feto vivo.

A pesar de todo lo anteriormente descrito la relación -- entre la operación cesárea y la disminución de la morbi-mortalidad perinatal han sido cuestionados lo cual ha resultado en una nueva tendencia a disminuir el número de cesáreas. (11)

CONTRAINDICACIONES

Si se elige la intervención adecuada no existe virtualmente ninguna contraindicación para realizar la cesárea. No obstante se indica con menos frecuencia si el feto está muerto o es demasiado pequeño para sobrevivir excepto cuando hay estrechez pélvica de tal grado que no sea posible de manera alguna el parto vaginal; el desprendimiento prematuro de placenta con cuello rígido, largo y sin dilatar; la mayoría de casos de placenta previa y la mayor parte de los casos de situación transversa fetal que ha pasado inadvertido. (19)

MORTALIDAD MATERNA

El informe más destacado sobre la seguridad de la cesárea es el emitido por el Boston Hospital For Women (1980) con mortalidad de 0% sobre 10,231 casos, (19) pero sin duda la mortalidad suele aumentar más tras la cesárea que tras el parto. (1)

La mortalidad materna por cesárea no debe superar el 1 de cada 1,000 casos.

Los principales problemas que amenazan a las mujeres sometidas a cesárea son:

- Anestesia
- Sepsis grave
- Episodios tromboembólicos
- Hemorragia

Anteriormente en el Parkland Memorial Hospital, la principal causa de muerte por cesárea era la neumonía aspirativa pero se ha evitado por completo mediante la ingesta de 30 ml de leche de magnesia poco antes de la inducción de la anestesia.

MORBILIDAD MATERNA

Es más frecuente y posiblemente más grave tras la cesárea que tras el parto vaginal y sus causas más frecuentes son:

- 1) Infecciones
- 2) Hemorragias
- 3) Lesión del tracto urinario

Un estudio realizado en Estados Unidos reportó las siguientes tasas de morbilidad materna:⁽¹⁴⁾

a- 1967 15%

b- 1974 - 1979	5.4%
c- 1980	0.7%

Así mismo este estudio no reportó relación alguna entre la morbilidad y el número de tactos, monitoreo fetal interno, ruptura de membranas por largo tiempo, tipo de anestesia.⁽¹⁴⁾

Danforth y Colbs., establecieron en 1985 las siguientes tasas de morbilidad:⁽¹⁴⁾

- 1) 50-60% sin antibióticos profilácticos.
- 2) 15-26% con antibióticos profilácticos.

Recientemente las relaciones entre la operación cesárea y la disminución de la morbilidad ha sido cuestionado.⁽¹¹⁾

Claro está que la frecuencia de las complicaciones puerperales son más frecuentes después de una cesárea que de un parto vaginal.⁽⁹⁾

La infección puerperal sufre mayor aumento en cirugías de emergencia que en las selectivas tal como lo expresan los siguientes resultados:⁽⁹⁾

- 1- De 234 cirugías selectivas presentaron infección 7.7%.
- 2- De 506 cirugías emergencia presentaron infección 20.9%.

Para la cirugía de emergencia hay factores coadyuvantes para que aumente el riesgo de infección:

- a) Edad ($>$ 30 años)
- b) Paridad ($<$ 1)
- c) Cesárea repitente
- d) Cirugías previas
- e) Sangrados operatorios
- f) Ruptura de Membranas (0-12 hrs.)
- g) Tactos vaginales($>$ 5)
- h) Semanas de gestación ($>$ 38)
- i) Anemia pre. y post. cirugía.

La morbilidad materna está en relación con la duración del trabajo de parto y las principales son:⁽¹⁸⁾

- 1- Anemia
- 2- Dehiscencia de cicatriz
- 3- Absceso de pared
- 4- Endometritis
- 5- Infección respiratoria aguda
- 6- Ileo paralítico
- 7- Infección tracto urinario
- 8- Tromboflebitis.

MORTALIDAD PERINATAL

Depende principalmente de la causa subyacente de la cesárea y de la edad gestacional del feto.

MORBILIDAD PERINATAL

El traumatismo obstétrico es menos probable con la cesárea que con el parto vaginal. La misma ha disminuido en forma dramática en los casos de:

- a) Presentaciones pélvicas
- b) Posición transversa del feto
- c) Placenta previa

Las principales causas de morbilidad perinatal son: ⁽¹⁸⁾

- 1- Moniliasis oral
- 2- Pretérmino
- 3- Depresión respiratoria
- 4- Neumonía
- 5- Piodermitis

.) ANESTESIA

J.1 Cesárea Electiva.

Su manejo anestésico no es sencillo. Se recomienda el bloqueo regional y principalmente el peridural, simple o continuo como los más aconsejables. Los narcóticos - deben omitirse por su acción depresora sobre el feto. Debe evitarse el Síndrome de Hipotensión Supina, dilatando esta posición el tiempo que sea posible o desplazando lateralmente en forma manual el útero. Una vez - extraído el feto, se puede administrar a la madre nar-

cóticos intramusculares o pequeñas dosis de barbitúricos para disminuir la aprehensión o el miedo.

Se pueden utilizar ocitócicos después del parto para aumentar el tono uterino sobre todo intramuscular ya que intravenoso puede conducir a hipertensión o vómitos.

En cuanto a la anestesia general, debe reducirse el tiempo entre la inducción de la anestesia y la extracción del feto y se evitará la anestesia profunda.

En un tiempo se trató de evitar el tiopental (pental), por temor a la depresión post-natal del feto, aunque recientemente se ha demostrado que después de una dosis de 300 mg, la concentración fetal alcanza el máximo aproximadamente a los 10 minutos y luego disminuye en forma paralela a la concentración materna.

La técnica más recomendada es la que emplea una dosis de inducción de tiopental de 300 mg, seguida de inhalación de óxido nitroso al 70% con oxígeno y una infusión continua en goteo de succinilcolina.

J.2 Cesárea de Emergencia.

Constituye emergencia en los casos de sufrimiento fetal, inercia uterina, hemorragias, etc.

Es importante inyectar solución dextrosada al 5% en -- agua, oxígeno hasta el momento de comenzar la operación. En estos casos el procedimiento de elección es -- la anestesia general. Debe usarse la menor dosis de -- tiopental.

En resumen, la bibliografía consultada refiere que el período puerperal disminuye en cuanto a sus complicaciones después de la anestesia epidural que con la general. (12)

En el caso de cesáreas repetitivas la anestesia más -- utilizada es la epidural, mientras que en la cirugía de emergencia se utiliza más la anestesia general. (12)

Otros estudios refieren que agentes anestésicos halogenados están siendo utilizados para suplir al óxido nítrico durante la anestesia general para disminuir los trastornos maternos, a pesar de que estos interfieren con la contractilidad uterina y permanecen más tiempo a nivel sanguíneo. (8)

TECNICAS QUIRURGICAS

K.1 Elección del tipo de incisión abdominal. Lo más rápido es realizar una incisión longitudinal infraumbilical -- en la línea media, desde un punto inmediatamente por -- encima del margen superior de la sínfisis hasta cerca del ombligo. Su longitud varía según el tamaño estima-

do del feto.

Se efectúa una disección amplia a nivel de la vaina -- del recto anterior, que está libre de grasa sub-cutánea, para exponer una tira de la fascia en la línea media de 2 cm. de ancho. Algunos cirujanos prefieren incidir la vaina del recto mediante el bisturí; otros -- efectúan una pequeña abertura e inciden luego mediante tijeras con lo cual parece existir menor tendencia a -- hemorragias, así como un riesgo menor de incidir en -- forma inadvertida estructuras subyacentes, especialmente intestinos.

Posteriormente el peritoneo se eleva mediante dos pinzas hemostáticas, se palpa el pliegue para excluir -- otras estructuras y solamente entonces se abre el peritoneo.

La incisión tipo pfannenstiel consiste en incidir la -- piel y tejido subcutáneo de forma curvilínea siguiendo su trayecto transversal, a nivel del vello pubiano y se extiende un poco más lejos del borde externo de los -- músculos rectos. Posteriormente se incide la aponeurosis, se ejerce tracción de los bordes superior e inferior de la fascia con pinzas adecuadas.

Primero se eleva el borde inferior, luego el margen superior y se libera la vaina del recto de su músculo. --

Los vasos sanguíneos se pinzan, seccionan y ligan. La --
ventaja estética de la incisión transversal es conocida
y se piensa que es más resistente y es menos probable --
la dehiscencia ó formación de hernias.

K.2 Tipo de incisión uterina.

La denominada incisión cesárea clásica, de tipo longitu-
dinal efectuada en el cuerpo del útero por encima del --
segmento uterino y que se extienda hacia el fondo del ú-
tero, rara vez se utiliza. Casi siempre, la incisión se
efectúa en el segmento uterino tanto transversalmente --
(técnica de Keer) como menos a menudo, longitudinalmente
(técnica de Kroning).

La incisión transversal posee la ventaja de solo requere-
rir una pequeña disección de la vejiga, a diferencia de
la longitudinal que requiere más espacio y puede desg-
rarse a través del cuello hacia el interior de la vagin
a y posiblemente implicar vejiga y por el contrario la
herida se extiende hacia arriba existiendo la mayor po-
sibilidad de rotura en un embarazo posterior.

En resumen la incisión transversal representa:

- a) Menor pérdida sanguínea.
- b) Más fácil de reparar
- c) Se localiza en un lugar con menor tendencia o rotu-
ra durante un embarazo posterior.

d) No permite adherencias del intestino o del epiplón al lugar de la incisión.

La preparación pre-operatoria incluye:

- 1) Rasurar el vello de la pared abdominal y pubis.
- 2) Vaciar la vejiga.
- 3) Asepsia y antisepsia.
- 4) Cubrir el abdomen con toallas estériles.

K.3 Incisión Uterina.

El útero se palpa rápida y cuidadosamente para identificar el tamaño y la presentación fetal con el objeto de determinar la dirección y grado de rotación uterina que frecuentemente se encuentra en dextro-rotación.

Algunos cirujanos dejan paquete de compresas humedecido en cada canal lateral peritoneal para ayudar a absorber el líquido amniótico y la sangre que escapa a partir del útero. Posteriormente se pinza la laxa reflexión del peritoneo, para luego incidirla con bisturí o con tijeras.

El colgajo inferior de peritoneo se eleva y la vejiga se separa suavemente mediante disección roma, se incide el útero a través del segmento uterino inferior 2 - cm. por encima de la vejiga separada. Es importante la aspiración efectiva del campo operatorio, la incisión

debe ser lo suficientemente grande como para permitir la salida de la cabeza y del tronco sin seccionar las arterias y las venas uterinas que discurren a través de los bordes laterales del útero. Si la placenta se encuentra en la línea de incisión debe ser despegada, la hemorragia fetal puede ser grave si se incide la placenta; por eso, se debe pinzar el cordón umbilical en cuanto sea posible en estos casos.

K.4 Extracción del Feto.

En primer lugar se quitan los retractores y en caso de presentación cefálica se desliza una mano en la cavidad uterina entre la sínfisis y la cabeza fetal, la cual se eleva suavemente con los dedos y la palma a través de la incisión ayudándose de una leve presión fúndica trans-abdominal. Para reducir al mínimo la aspiración de líquido amniótico por el feto, antes de extraer el tórax deben aspirarse las fosas nasales y la boca. Los hombros se extraen mediante una tracción suave y una presión suave sobre el fondo uterino. El resto del cuerpo sale con facilidad.

Se colocan en seguida pinzas en el cordón umbilical, manteniendo al recién nacido sobre la pared abdominal, se entrega al pediatra.

El masaje del fondo, iniciado en cuanto se extrae el

feto reduce la hemorragia y acelera la expulsión de la placenta.

K.5 Reparación del Utero.

Inmediatamente después del parto y de la extracción de la placenta, se realiza un examen visual de la cavidad uterina que se limpia con una compresa laparotómica para quitar fragmentos de membranas, vórnix y coágulos.

La incisión uterina puede cerrarse tanto con una sutura, como con la forma más tradicional de dos capas de sutura crómica continua. Los vasos sanguíneos pinzados son ligados con sutura común.

El punto inicial se sitúa justamente más allá del ángulo de la incisión uterina y luego con sutura continua penetrando el grosor completo del miometrio. Después de asegurar de que la sutura uterina no sangra la incisión de la serosa se aproxima con sutura de catgut dos ceros continua.

K.6 Cierre Abdominal.

Las compresas laparotómicas se eliminan y los canales y fondo de saco son vaciados por aspiración. El útero se examina de nuevo y se comprime para exprimir cualquier cantidad de sangre que se encuentre en su interior. Se emplea sutura crómica dos ceros para cerrar

el peritoneo incluyendo la grasa suprayacente y la fascia transversal. Se cierra la aponeurosis con crómico un cero, el tejido subcutáneo con crómico tres ceros, la piel se cierra con seda tres ó cuatro ceros.

K.7 Cesárea seguida de Histerectomía.

Son indicaciones:

- a) Infección intrauterina.
- b) Una cicatriz defectuosa previa.
- c) Un útero notablemente hipotómico que no responde a ocitócicos y al masaje.
- d) Una laceración inadvertida de vasos uterinos principales.
- e) Existencia de miomas significantes.
- f) Un carcinoma in situ
- g) Placenta accreta o increta.

L.) ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

Pueden producirse durante la operación (inmediatas) o después de un tiempo de practicada la misma (mediatas y tardías).

Entre los accidentes inmediatos están:

- 1-) Herida de la vejiga
- 2-) Hemorragia

Entre las complicaciones mediatas tenemos:

- a.) Peritonitis: Por contaminación primaria durante el acto operatorio (operador, instrumentos, líquidos) o -- por propagación secundaria desde la cavidad uterina - contaminada.
- b.) Flebitis y embolias.
- c.) Oclusión intestinal, casi siempre secundaria a una -- reacción peritoneal (ileo paralítico).

Como accidentes tardíos pueden observarse:

- 1.- Adherencias uteroparietales.
- 2.- Fístulas uteroparietales.
- 3.- Diástasis de los rectos.
- 4.- Abscesos o hematomas.

En cuanto a la infertilidad post-cesárea estudios realizados reportan que de 291 pacientes sometidas a cesárea 17 - pacientes (5.8%) tuvieron este problema a diferencia de -- 279 pacientes sometidas a parto vaginal de las cuales 5 -- (1.8%) resultó con este problema, siendo la causa más común en las cesáreas la ligadura de trompas y adherencias.⁽¹³⁾

El Síndrome de Asherman's post-cesárea es raro.⁽¹³⁾

Las endometriosis vesicales post-cesárea son extremadamente raras.⁽⁴⁾

La presencia de vólvulo cecal post-cesárea es una complicación rara y se da en 1 de cada 50,000 embarazadas.⁽⁶⁾

) ESTERILIZACION TRANS-CESAREA

El obstetra puede verse obligado en la necesidad de impedir nuevas gestaciones con motivo de su peligrosidad para la vida de la madre.

Entre sus indicaciones están.⁽¹⁵⁾

- a) Cesáreas Anteriores
- b) Cardiopatías
- c) Hipertensión Maligna
- d) Tuberculosis Evolutiva
- e) Nefropatía Crónica
- f) Histeropexias
- g) Fístulas genitales.

ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILACTICA

La morbilidad febril es más frecuente tras la cesárea y parece relacionarse con mujeres de bajo nivel económico.

Recientemente varios informes señalan que la morbilidad febril se reduce cuando se administran antibióticos profilácticos.

Cunningham y Colbs. (1978) descubrieron que el 85% de las -

mujeres con trabajo de parto y membranas rotas durante más de seis horas desarrollaban una infección grave después de someterse a la cesárea y que la bacteremia era cuatro veces más frecuente en estas.⁽¹⁹⁾

Además se observó que la administración de penicilina más gentamicina en cuanto se pinzaba el cordón, seguido de dos dosis más con un intervalo de seis horas, reducía considerablemente la morbilidad por infección; por ejemplo, la endometritis post-operatoria disminuía desde un 85% a un 20%.

Un estudio reciente comparó la eficacia de una dosis de cefalosporina de primera generación con tres dosis en mujeres que tuvieran riesgo de morbilidad post-cesárea con los siguientes resultados.⁽¹⁰⁾

- 1) 50 mujeres recibieron 1 dosis de 1 gr. IV.
- 2) 50 mujeres recibieron 1 gr. cada 8 horas (tres dosis)
- 3) 50 mujeres no recibieron antibióticos.

En el grupo número 1, el 18% presentó fiebre; contra el -- 12% del grupo número 2 cuya causa principal fue endometritis (6% vrs. 8%), contrario a las que no recibieron antibióticos de las cuales sólo tres no presentaron morbilidad.

V. HIPOTESIS

La frecuencia de casos de desproporción cefalo-pélvica es inversamente proporcional a la edad de las pacientes.

El número de casos de placenta previa guarda relación directa con la multiparidad y la edad de las pacientes.

A menor edad gestacional mayor serán las complicaciones - del recién nacido y menor su supervivencia.

El momento de la elección para efectuar la cesárea, dependiendo de su indicación, incidirá directamente en el Apgar del recién nacido y su pronóstico.

A mayor frecuencia de presentaciones pélvicas, mayor es el número de casos de prolapso de cordón como complicación -- del embarazo en trabajo de parto.

La elección del tipo de anestesia a emplear, depende de la indicación de la cesárea.

La multiparidad y el antecedente de cesárea previa juegan un papel muy importante en la presencia de casos de situación transversa.

VI. VARIABLES

<u>VARIABLE</u>	<u>DEF. CONCEPTUAL</u>	<u>DEF. OPERACIONAL</u>
Edad Materna	La que cuenta la madre al momento de realizar la cesárea.	La consignada en la hoja de hospitalización.
Porcentaje de cesáreas por año de estudio.	Número de cesáreas registrado por año de estudio por estadística.	Los obtenidos posteriormente a los respectivos cálculos.
Apgar del recién nacido.	Es el estado en el que el pediatra recibe el recién nacido.	El consignado en la hoja del recién nacido posterior a su evaluación.
Indicación de la cesárea.	Motivo por el cual se lleva a cabo la intervención.	Diagnóstico anotado en la nota post-quirúrgica.
Antecedentes - Gineco-Obstétricos.	Vida obstétrica de cada paciente.	La consignada en la nota de ingreso.

f) Complicaciones	Todo problema que sufra la paciente por efecto de la cirugía.	Las anotadas en la nota post-quirúrgica y evolutivas.
g) Tipo de Anestesia.	Esta varia de acuerdo a la indicación de la cirugía.	La consignada en la hoja de anestesia.
h) Técnica Quirúrgica.	Varía de acuerdo a la indicación y destreza del cirujano.	La anotada en la hoja post-quirúrgica.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

1.) Población sometida a estudio.

Pacientes embarazadas que se presentan en trabajo de parto al hospital Manuel de Jesús Subirana y que son sometidas a operación cesárea.

2.) Muestra.

Esperamos contar con un promedio de 30 casos por año de estudio.

3.) Clase de Investigación.

Se hará un estudio retrospectivo - comparativo con su consiguiente análisis.

4.) Fuente de Datos.

- a) Registro de la sala de labor y partos.
- b) Libro control de Anestesia.
- c) Archivo Hospital Subirana.

5.) Criterios de selección de grupos a estudiar.

Solo formarán parte del mismo paciente sometidas a cesárea en el tiempo establecido.

6.) Duración del Estudio.

En un tiempo de uno a dos meses podremos tener llenas las

encuestas y analizadas.

7.) Dificultades previstas en la investigación.

El hospital Subirana hasta hace unos 6 a 7 años está organizando su archivo, ya que antes se utilizaban fichas familiares.

8.) Organización de la investigación.

a) Recursos Humanos.

Br. Osmán Sorto Murillo. Sustentante.

Br. Reyna Amador López. Sustentante.

Dr. Jorge Mejía . G-0 Hospital Subirana.

Dr. Rubén Darío Fernández. Asesor

Jefe Archivo Hospital Subirana

Libro anestesia hospital Subirana.

b) Financiamiento del Estudio.

Sustentantes.

c) Organización de Datos.

Se hará una matriz general, su agrupamiento en tablas y sus análisis respectivos.

VIII. RESULTADOS Y DISCUSION

A.) INTRODUCCION

Nuestro estudio de Tesis incluye un número de 246 expedientes de pacientes sometidas a cesárea en el período 1980--1988, de los cuales no se encontraron lamentablemente 40 expedientes que corresponden al 15.00% del total de cesáreas efectuadas, información tomada del registro con que cuenta la Sala de Labora y Partos, Libro de Anestesia y Archivo -- del Hospital, cuyo deficit se debe entre otras causas a las siguientes:

- a) Hasta inicios de esta década los números de los expedientes de los pacientes se agrupaban en Fichas familiares.
- b) Las pacientes al asistir al hospital no portan su número de expediente por lo que al no estar bien inscrita por su nombre y apellidos se les dá nuevo número.
- c) Tanto el personal laborante en el departamento de Estadística como el espacio físico del mismo es insuficiente, - por lo que el almacenamiento de expedientes no es el adecuado.

Por todo lo anterior como ya anotamos anteriormente, solo

encontramos 206 expedientes que corresponden al 85% de la muestra estimada la cual consideramos aceptable, por lo que procederemos a analizar las diferentes variables, agrupados en tablas seguidas de su respectivo análisis.

B.) NUMERO DE CESAREAS POR AÑO DE ESTUDIO.

Durante el período de estudio comprendido entre los años -- 1980-1988 se efectuaron 246 cesáreas que se distribuyeron -- de la siguiente manera:

TABLA # 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE CESAREA POR AÑO DE ESTUDIO, EN EL HOSPITAL DE AREA DE YORO, PERIODO 1980-1988.

AÑO	Nº DE CESAREAS	PORCENTAJE
1980	23	9.34
1981	8	3.25
1982	21	8.53
1983	32	13.00
1984	35	14.22
1985	33	13.41
1986	9	3.65
1987	16	6.50
1988	69	28.04
TOTAL	246	100.00%

Puede observarse que existe fluctuación en el número de cesáreas por año de estudio, lo cual se debe a que en el Hos

pital de Yoro de acuerdo a la presencia o ausencia de especialista en cirugía, médicos generales y de médicos en Servicio Social con la capacidad y destreza adquirida por la práctica y estudio para realizar este tipo de intervención quirúrgica, ya que ante la ausencia de G-0, estos realizaban esta operación previa autorización por escrito de la paciente o de sus familiares. Además en otros casos, las pacientes eran remitidas a Hospitales Regionales ante la ausencia de Anestesista, material quirúrgico, etc.

Es así que se observa que 1981 corresponde al año en que -- menos cesárea se realizaron lo cual representa un 3.25%, aumentando el mismo a un 28.04% en 1988 que coincide con la llegada de G-0 a prestar sus servicios a este hospital.

C.) FRECUENCIA DE CESAREAS EN RELACION AL NUMERO DE PARTOS.

TABLA # 2

FRECUENCIA DE CESAREAS EN RELACION AL NUMERO DE PARTOS EN EL HOSPITAL DE AREA DE YORO. PERIODO 1980-1988.

AÑO	TOTAL NACIMIENTOS	TOTAL CESAREAS	PORCENTAJE
1980	676	23	3.42
1981	677	8	1.18
1982	666	21	3.15
1983	689	32	4.64
1984	658	35	5.31
1985	766	33	4.30
1986	688	9	1.30
1987	643	16	2.48
1988	781	69	8.83
TOTAL	6,240	246	3.94

El cuadro anterior nos da como resultado un 3.94% por año de estudio, el cual es bajo en relación con el 5% que se registró en los Estados Unidos en los años sesenta y mucho más bajo con el 15% que se manejó a comienzos de los años ochenta⁽¹⁹⁾ y el 22.5% que se registró en Italia y en el propio Estados Unidos en 1985.⁽²⁾ Ultimas tasas reveladas por el Programa PORTADA DE LA CADENA DE TELEVISION UNIVISION (15-5-89) dan como resultado de que en Estados Unidos 1 de cada 4 nacimientos se dan por cesárea.

D.) EDAD DE PACIENTES

TABLA # 3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE CESAREA SEGUN EDAD
EN EL HOSPITAL DE AREA DE YORO. PERIODO 1980-1988.

EDAD	Nº DE CESAREAS	PORCENTAJE
Menores de 15 años	19	9.22
15 - 20 años	56	27.18
21 - 25 años	74	35.92
26 - 30 años	24	11.65
31 - 35 años	20	9.70
Mayores 35 años	13	6.31
TOTAL	206	100.00%

La edad en el período de estudio varió de los 13 a 45 años, siendo el promedio de edad 28 años.

Observando la tabla anterior se desprende que el grupo de edad comprendido entre los 21-25 años es el que más agrupa, seguido por los grupos de edad de 15-20 años y 26-30 años, lo cual representa el 84.75% siendo esta la etapa de mayor reproductividad. Los anteriores resultados guardan relación con estudios previos como los realizados en el hospital Santa Teresa de Comayagua en el período 1979-1981, que para los mismos grupos de edad reportó un 71.25% y el realizado

en el hospital de Puerto Cortés en el período 1985-1986 que reportó para el mismo grupo 72.6%.

E.) CESAREA SEGUN GESTACIONES

TABLA # 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS CASOS DE CESAREA SEGUN GESTACION EN EL HOSPITAL DE AREA DE YORO. PERIODO 1980-1988.

Gesta	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
1	107	51.94
2	39	18.93
3	18	8.73
4	10	4.85
5	3	1.45
6	5	2.42
7	7	3.39
8	4	1.94
9	5	2.42
10	4	1.94
11	3	1.45
12	0	0.00
13	1	0.48
TOTAL	206	100.00%

De acuerdo al cuadro anterior se observa que la operación - cesárea se realizó en mayor número de veces en pacientes -- primigrávidas correspondiéndole el 51.94% de los casos en - estudio.

5.) PRESENTACION Y SITUACION DEL PRODUCTO

TABLA # 5

PRESENTACION Y SITUACION DE LOS PRODUCTOS DE LAS PACIENTES -
SOMETIDAS A CESAREA EN EL HOSPITAL DE YORO. PERIODO 1980-1988

PRESENTACION. SITUACION	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
Cefálico	166	80.58
Pélvico	30	14.56
Transverso	10	4.85
TOTAL	206	100.00%

Del anterior podemos ver que el mayor número de cesáreas se practicó con productos en presentación cefálica correspondiéndole el 80.58%, siguiéndole en su orden presentación pélvica con el 14.56% lo cual está de acuerdo con otros estudios que reportan un 80% para productos cefálicos, 15% para pélvicos y 5% para transversos. (20)

G.) CESAREA ANTERIOR

TABLA # 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NUMERO DE CESAREA COMO ANTECEDENTE, REALIZADAS A CADA PACIENTE. HOSPITAL DE YORO.

PERIODO 1980 - 1988.

Nº DE CESAREA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
0	171	83.00
1	25	12.13
2	10	4.85
TOTAL	206	100.00%

Del anterior podemos observar que de el total de casos sometidos a estudio (206), 171 que representan el 83.00% fueron sometidas por primera vez a cesárea, correspondiéndole el segundo lugar a las pacientes con antecedente de 1 cesárea que es el 12.13%.

H.) EDAD GESTACIONAL POR F.U.M.

TABLA # 7

EDAD GESTACIONAL SEGUN F.U.M. DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA EN EL HOSPITAL DE YORO. PERIODO 1980 - 1988.

EDAD GESTACIONAL / F.U.M.	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
< 28 semanas	4	2.15
28 - 37 semanas	32	17.20
37.1-42 semanas	143	76.88
> 42 semanas	7	3.76
TOTAL	186	100.00

Los resultados de la tabla anterior están basados en 186 cesáreas cuya edad gestacional fue dada por F.U.M., reportando que el 76.88% corresponde a embarazos a término, el cual resulta bajo en comparación a otros estudios que para el mismo reportan hasta un 91%. Es importante así mismo ver que en el 2.15% las cesáreas se realizaron en embarazos < de 28 semanas de gestación y en un 3.76% con embarazos > de 42 semanas de gestación.

I.) EDAD GESTACIONAL POR CLINICA

TABLA # 8

EDAD GESTACIONAL POR CLINICA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA EN EL HOSPITAL DE YORO. PERIODO 1980 - 1988.

EDAD GESTACIONAL / CLINICA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
< 28 semanas	1	5.00
28 - 37 semanas	4	20.00
37.1- 42 semanas	15	75.00
> 42 semanas	0	0.00
TOTAL	20	100.00%

Las restantes 20 cesáreas del total de 206 que comprenden el estudio, su edad gestacional se calculó por clínica concordando con los resultados de la tabla # 7, en que la cesárea se realizó con productos a término en el 75.00%.

J.) INDICACION DE CESAREA

TABLA # 9

INDICACIONES DE CESAREA EN EL HOSPITAL DE YORO. PERIODO
1980 - 1988

INDICACIONES	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJES
D.C.P.	72	34.95
Cesárea anterior	30	14.56
Pélvico primigesta	30	14.56
Placenta previa	14	6.79
S.F.A.	13	6.31
Producto transverso	10	4.85
Embarazo múltiple	6	2.91
Prolapso de cordón	4	1.94
D.C.P. + S.F.A.	2	0.97
Obito fetal	2	0.97
Expulsivo prolongado	2	0.97
Preclampsia severa	2	0.97
Diversas	19	9.25
TOTAL	206	100.00%

Comenzaremos por decir que establecer con precisión las indicaciones de cesárea resultó difícil, debido en algunos casos a la mala elaboración de notas post-quirúrgicas y en otros a la ausencia de las mismas, que establecieran en for

ma clara los diagnósticos tanto pre como post-quirúrgicos. Es así que en la mayor parte de casos los diagnósticos han sido tomados de la nota de ingreso, resultando su agrupamiento un tanto difícil.

Analizaremos algunos de los datos más relevantes:

1- Desproporción céfalo-pélvica.

Ocupa el primer lugar con un 34.95% el cual es bajo con relación a otros estudios que reportan para esta indicación hasta un 40%.

2- Cesárea Anterior.

En nuestro estudio, segunda causa de cesárea con un 14.56% el cual se asemeja con los reportes dados por el Hospital Universitario de Estados Unidos con un 12.6% en un estudio de 740 casos. (9)

3- Pélvico en Primigesta.

Tercera causa de cesárea, aunque con el mismo porcentaje de la indicación anterior, el cual resulta alto en comparación a estudios realizados en Brasil que le dan un - - 9.81%. (18)

4- Placenta Previa.

Ubicada como cuarta indicación de cesárea con un 6.79%, porcentaje que resulta alto en relación al 3.24% encontrado por el Hospital Universitario de Estados Unidos en su estudio. (9)

5- Sufrimiento Fetal Agudo.

Reportada como quinta indicación de cesárea con un 6.31%, porcentaje bajo en relación al 12.8% reportado por el -- Hospital Universitario de los Estados Unidos⁽⁹⁾ y un -- 14.55% en Estudios realizados en Brasil.⁽¹⁸⁾

Es así que en estas primeras cinco indicaciones tenemos el 90.75% del 100% de indicaciones de cesárea total.

El resto de indicaciones se agrupan en el renglón de diversas con un 9.25%.

1.) TECNICA QUIRURGICA

TABLA # 10

TIPO DE CESAREA REALIZADA EN EL HOSPITAL DE YORO. PERIODO
1980 - 1988 •

TIPO DE CESAREA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
Segmentaria	190	92.23
Corporal	4	1.94
Segmento corporal	7	3.39
No consignada	5	2.42
TOTAL	206	100.00%

En nuestro estudio que implica 206 cesáreas encontramos -- tres tipos de técnicas quirúrgicas empleadas y cinco expedientes que no la consignan. El tipo de Cesárea con mayor frecuencia fue la segmentaria con un 92.23%, lo cual va de acuerdo con la tendencia actual.

IX. CONCLUSIONES

No se pudo contar con el 100% de la información de los expedientes en vista de que el departamento de estadística - del Hospital de Area de Yoro no cuenta con los mínimos requisitos para el control y almacenamiento de los mismos lo cual incide en su pérdida.

El número de cesáreas por año tiende a variar, dependiendo de las condiciones en que se encuentre el hospital en cuanto a la disponibilidad de personal y material médico-quirúrgico.

La frecuencia de la operación cesárea en relación al número de partos dividido entre los nueve años de estudio fue de - 3.94%, porcentaje bajo en relación con los reportes encontrados, pero con la salvedad de que en el último año de estudio las cesáreas aumentaron casi en un 3.30% coincidiendo - con la llegada del G-0.

El mayor número de cesáreas se realizó en pacientes comprendidas entre los 15 y 35 años época de mayor fertilidad.

Las cesáreas se practicaron en mayor porcentaje (51.94%) en pacientes nulíparas.

La presentación más frecuente al realizar la cesárea fue la cefálica con un 80.58%.

Las cesáreas se practicaron en un 83.00% en pacientes que por primera vez eran intervenidas.

El mayor número de cesáreas se realizó con productos a término tanto por F.U.M. como por clínica.

La indicación más frecuente de cesárea correspondió a la desproporción cefalo-pélvica con un 34.95%.

La técnica quirúrgica más empleada fue la segmentaria con un 92.23%.

El tipo de anestesia más aplicada fue la raquídea con un 82.52%.

La complicación más frecuente es la endometritis con un 8.21%.

Los recién nacidos por cesárea contaron en un 75.47% con un peso ubicada entre los 2500 y 3500 gr.

El apgar de los recién nacidos en el 90.00% fue satisfactorio lo cual condicionó la buena evolución de los mismos.

Cuadros comparativos entre los períodos 1980-1987 y 1988 - que se contó con G-0, no muestra mayor diferencia en cuanto a las indicaciones de cesárea.

Las complicaciones encontradas en los dos períodos anteriormente establecidos se mantienen.

La mortalidad materna en el período de estudio fue de cero por ciento.

X. RECOMENDACIONES

- En primer lugar recomendar a la dirección del Hospital de Area de Yoro que aumente el personal y espacio físico del departamento de Estadística para mejor control de los expedientes.
- En la actualidad anestesia solo cuenta con un técnico el - cual turna las 24 horas, haciéndose necesario la contratación de uno o dos técnicos más para cubrir más eficientemente los turnos respectivos.
- Hacer una evaluación ha conciencia de los casos sometidos a segunda cesárea de acuerdo a la indicación que causó la primera.

Debe integrarse cuanto antes la Asociación Médica de Yoro - para que a través de la misma se logren cursos de actualización.

Debe dársele mayor funcionalidad al servicio de consulta externa en cuanto al control prenatal se refiere para evitar - mayores problemas al momento del parto.

XI. RESUMEN

Recordando lo expresado en nuestra introducción, la obstetricia es la rama de la medicina que estudia el embarazo, sus antecedentes y consecuencias, con el objetivo de lograr el mejor bienestar posible tanto para la madre como para su niño.

Nuestro estudio pretende hacer el mayor énfasis posible en un procedimiento que en la actualidad se ha hecho más frecuente, el cual debería limitarse a los casos en que el parto vaginal represente riesgos para el binomio madre-niño.

Sabemos de antemano que nuestro tema de Estudio es frecuentemente escogido como tema de Tesis por nuestros compañeros, pero en esta ocasión lo hemos hecho en primer lugar por la ausencia del mismo en el hospital de Yoro y en segundo lugar por estar nuestra vocación orientada hacia esta área.

Hemos tratado de hacer una revisión bibliográfica de acuerdo a las limitaciones de nuestra biblioteca, ya que a pesar de encontrarse numerosas referencias, las revistas médicas no son recibidas.

Nuestro estudio se ha realizado en el Hospital de Yoro, Centro en el cual realizamos nuestro servicio médico social tomando co

mo años de estudio 1980 - 1988, encontrándose que se habían realizado 246 cesáreas de las cuales solo 206 expedientes fueron encontrados por los motivos anteriormente expuestos.

Procedimos a elaborar con nuestro asesor en primer lugar el tema de nuestro estudio, sus objetivos y su diseño metodológico el cual fue aprobado por la comisión de tesis, presentando un tiempo después nuestro anteproyecto de tesis el cual fue nuevamente aprobado, en virtud del cual procedimos a levantar la encuesta - previamente elaborada, se elaboró una matriz de datos, se agruparon en tablas de acuerdo a las variables establecidas y se procedió a su análisis y comparación con estudios reportados en la -- bibliografía consultada.

Dentro de las conclusiones a que se llegó podemos mencionar que la frecuencia de cesárea encontrada por año de estudio fue de - 3.94% como resultado de 6,240 nacimientos de los cuales 246 terminaron en este procedimiento, con la salvedad de que en el año de 1988 el porcentaje de cesárea aumento a un 8.83%.

Es importante así mismo hacer ver que el mayor número de cesáreas se realizó entre los 15 y 35 años de edad y con mayor frecuencia en pacientes que por primera vez eran sometidas a este procedimiento con un 83.00%.

La indicación más frecuente para realizar el procedimiento la constituyó la desproporción cefalo-pélvica con un 80-58%, siendo la técnica quirúrgica más empleada la segmentaria con un - -

92.23%, la anestesia raquídea la más utilizada con un 82.52% y la complicación más frecuente la endometritis con un 8.21%.

Por último es meritorio reconocer que de las 206 cesáreas estudiadas no se encontró reporte de mortalidad.

La función de los Médicos en Servicio Social es la de recibir las pacientes en trabajo de parto en la sala de Emergencia, evaluarlas y de ser necesario solicitar sean a la vez evaluadas por el - Guino-Obstetra siendo la función del médico general únicamente - en consulta externa.

Esperamos que nuestro estudio haya llenado las expectativas de -- las personas que lo lean.

MUCHAS GRACIAS.