

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Frecuencia y principales indicaciones de cesárea en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013

Autor:

ANDREY EDUARD DURAN ANQUISE

Trabajo de Investigación para optar el Título
Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2014



DEDICATORIA

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que con su bondad y sacrificio me inspiraron a ser mejor persona, y que pudiera lograr mis sueños; por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	2
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	5
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	36
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS	46
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	47
Anexo 2 Matriz de sistematización de información	49
Anexo 3 Proyecto de investigación	54

RESUMEN

Antecedente: La frecuencia en clínicas de operación cesárea, puede ser elevada en relación a hospitales públicos.

Objetivo: Identificar la frecuencia y las principales indicaciones de cesárea en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013.

Métodos: Revisión de las historias clínicas de gestantes sometidas a cesáreas para valorar sus indicaciones. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: La frecuencia de cesáreas durante el año 2013, de 543 partos atendidos, fue de 75.87%. Las edades predominantes de las madres estuvieron entre los 26 y 30 años (30.58%) y entre 31 y 35 años (33.25%). La paridad fue nulípara en 66.26% de casos, 21.60% fueron primíparas. El 65.05% de casos fueron cesáreas primarias y en 34.95% de casos se trató de cesáreas iterativas. Por la urgencia de su indicación el 32.04% de casos fueron cesáreas electivas y 67.96% cesáreas de urgencia. Las cesáreas se realizaron por indicaciones maternas en 51.21%, por indicación fetal en 16.26%, el 16.02% fueron por indicaciones ovulares y 10.19% por indicación materno-fetal; la indicación fue adecuada en 67.96% de casos y no adecuada en 32.04% de pacientes; en cuanto a la oportunidad, el 6.80% de cesáreas fueron realizadas en forma precoz, el 90.29% se realizaron forma oportuna, y 2.91% de cesáreas fueron realizadas en forma tardía. El 95.45% de los niños nacieron a término, 94.02% con peso normal y 2.15% fueron macrosómicos. El puntaje APGAR al nacer de la mayoría de niños fue adecuado al minuto y a los 5 minutos.

Conclusión: Se realiza una elevada frecuencia de cesáreas en la clínica Arequipa, aunque la mayoría con indicación adecuada y realización oportuna con buen resultado para el neonato.

PALABRAS CLAVE: cesáreas – indicaciones – oportunidad – justificación.

ABSTRACT

Background: The frequency of caesarean in private clinics can be raised in relation to public hospitals.

Objective: To identify the frequency and the main indications for cesarean section in Arequipa, January-December 2013 Clinic.

Methods: Review of medical records of pregnant women undergoing caesarean section to assess its indications. Results are shown using descriptive statistics.

Results: The frequency of cesarean sections in 2013, from 543 deliveries, was 75.87%. The predominant age of the mothers was between 26 and 30 years (30.58%) and between 31 and 35 years (33.25%). Parity was nulliparous in 66.26% of cases, 21.60% were primiparous. The 65.05% of primary cases were cesareans, and in 34.95% of cases treated iterative cesarean. What's your indication the urgency of 32.04% of cases were elective caesarean section and emergency caesarean 67.96%. Caesarean sections were performed in maternal indications in 51.21%, for fetal indication in 16.26%, 16.02% were for ovular indications and 10.19% for maternal- fetal indication, the indication was adequate in 67.96% of cases and inappropriate in 32.04% of patients, in terms of timeliness, 6.80% of cesareans were performed early, the 90.29% were performed in the most appropriate, and 2.91% of caesarean sections were performed in late. The 95.45% of children born at term, 94.02% of normal weight and 2.15% were macrosomic. The APGAR score at birth of children was most suitable to the minute and 5 minutes.

Conclusion: There is a high frequency of caesarean sections in the Arequipa clinic, although most is done with appropriate evidence and timely delivery with good outcome for the neonate.

KEYWORDS: Caesarean – indications – opportunity – justification.

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación surgió por la curiosidad de saber la frecuencia de intervenciones quirúrgicas de cesárea, ya que hay un aumento progresivo del número de partos que se resuelven por vía de una operación cesárea en la Clínica Arequipa.

No existe ninguna duda que el avance del conocimiento médico permitió que, al disminuir el riesgo materno de esa operación, pudiera disminuir progresivamente la mortalidad perinatal. La operación cesárea realizada en pacientes con indicación absoluta, ha contribuido notablemente en mejorar la sobrevivencia de muchos recién nacidos, como también en que nazcan en mejores condiciones, dicha justificación ha servido para que las cesáreas se hayan incrementado en las últimas décadas.

La atención de pacientes gestantes en la Clínica Arequipa son en dos modalidades: de forma particular o utilizando algún seguro médico; en este trabajo de investigación se mencionan las dos modalidades.

Y como intervención quirúrgica importante, es necesario saber cuáles son indicaciones más frecuentes para realizar la operación cesárea.

Luego de realizado el estudio se llegó a la conclusión que se realiza una elevada frecuencia de cesáreas en la clínica Arequipa, aunque la mayoría con indicación adecuada y realización oportuna con buen resultado para el neonato.

Ante este hecho, es indispensable hacer no sólo un análisis interno sino publicar los datos resultantes, como aporte al necesario proceso de crítica y autocrítica que se deba dar en toda práctica clínica seria y responsable lo cual nos lleva a la posterior realización de trabajos en los que se evalúe de forma constante la operación cesárea, con el propósito de conocer nuestra realidad y poder de esta manera aplicar medidas correctivas en las cuales se beneficien la institución y la población atendida.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la revisión documentaria.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Área de hospitalización de Clínica Arequipa SA.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma histórica entre el 01 de enero al 31 de diciembre del 2013.

2.3. **Unidades de estudio:** Historias clínicas de pacientes con cesárea realizada en la Clínica Arequipa.

Población: Todas las historias clínicas de pacientes con cesárea realizada en la Clínica Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: Estará constituida por todas las pacientes que cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de selección

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes gestantes a las que se les realizó cesárea en Clínica Arequipa de Enero a Diciembre del año 2013.
- Partos por cesárea debidamente registrados.

♦ **Criterios de Exclusión**

- Historias clínicas extraviadas.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un trabajo de tipo descriptivo retrospectivo.

4. Estrategia de Recolección de datos

4.1. Organización

Solicitud formal a la Facultad de Medicina de la UCSM, contando con el proyecto de tesis. Planteamiento y permiso del Gerente médico de la Clínica Arequipa SA.

4.2. Validación de los instrumentos

No se requirió de validación por tratarse de un instrumento para recoger información.

4.3. Criterios para manejo de resultados

a) **Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) **Plan de Clasificación:**

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) **Plan de Codificación:**

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la

escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.20.0.





FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Tabla 1

Distribución de frecuencias de cesáreas en la clínica Arequipa en el
periodo de estudio

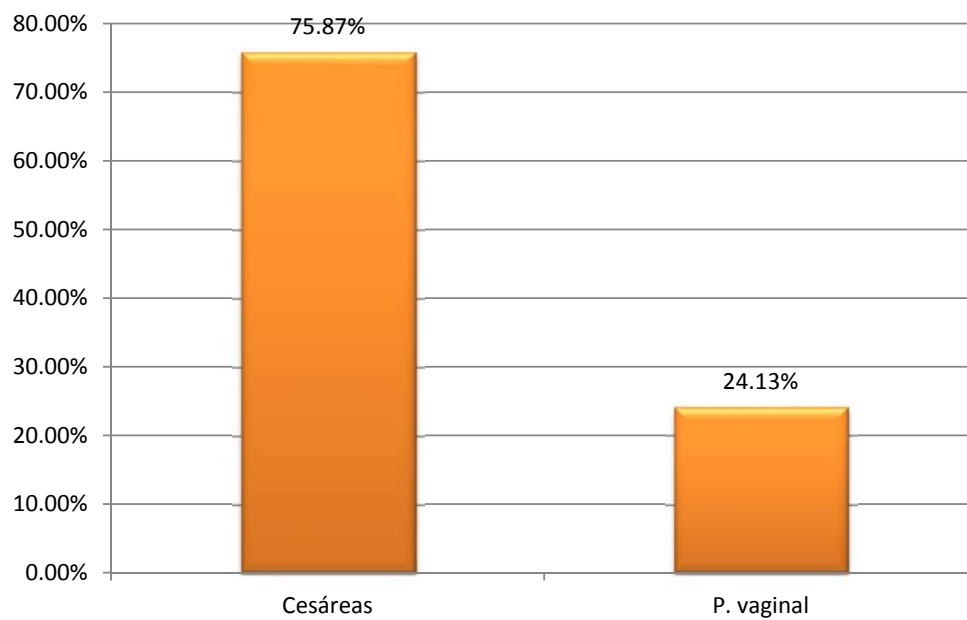
	N°	%
Cesáreas	412	75.87%
P. vaginal	131	24.13%
TOTAL	543	100.00%

Interpretación: Se muestra la frecuencia de cesáreas realizadas en la Clínica Arequipa durante el año 2013; de 543 partos atendidos, el 75.87% fueron cesáreas.

**FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013**

Gráfico 1

**Distribución de frecuencias de cesáreas en la Clínica Arequipa en el
periodo de estudio**



FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Características de la madre

Tabla 2

Distribución de las gestantes cesareadas según edad

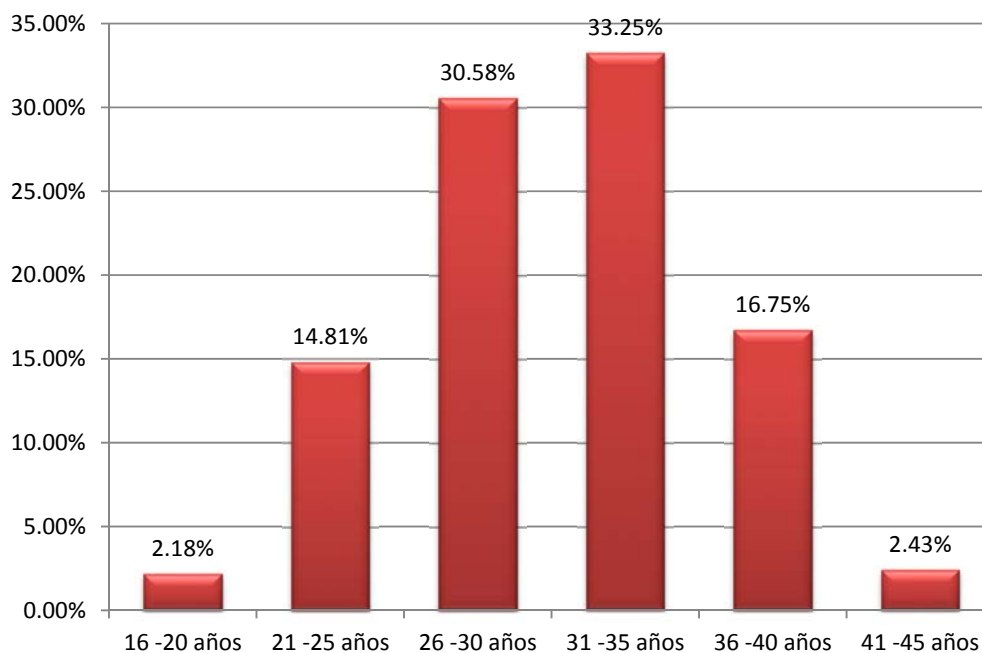
Edad (años)	N°	%
16 -20 años	9	2.18%
21 -25 años	61	14.81%
26 -30 años	126	30.58%
31 -35 años	137	33.25%
36 -40 años	69	16.75%
41 -45 años	10	2.43%
Total	412	100.00%

Interpretación: El 2.18% de casos fueron menores de 20 años; las edades predominantes estuvieron entre los 26 y 30 años (30.58%) y entre 31 y 35 años (33.25%).

FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Gráfico 2

Distribución de las gestantes cesareadas según edad



FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Tabla 3

Distribución de las gestantes cesareadas según número de gestación

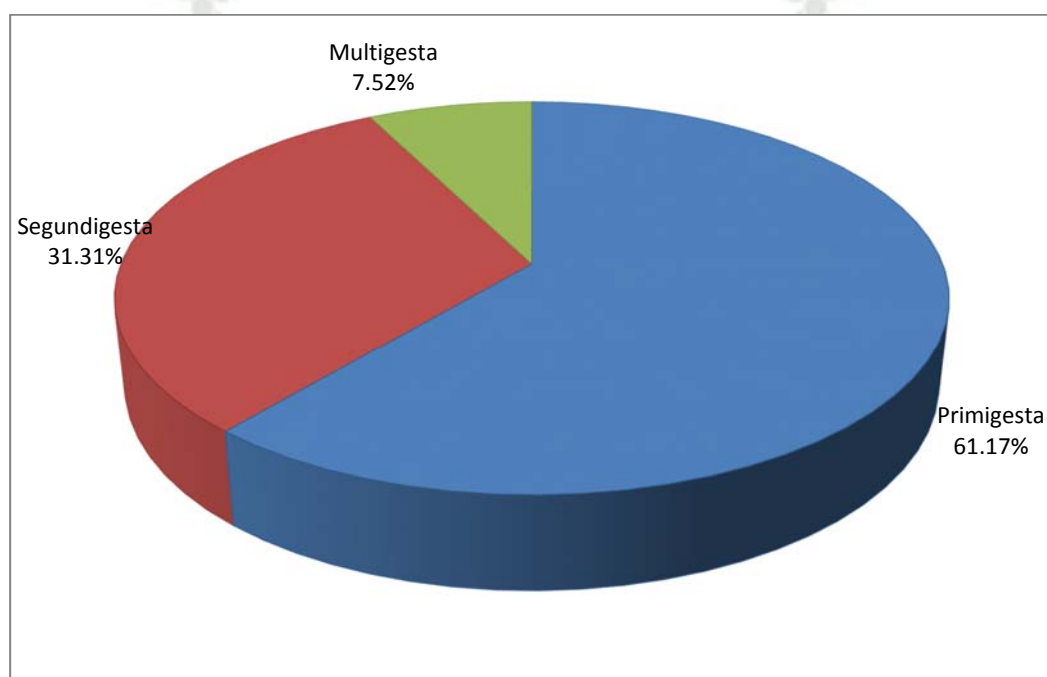
Gestación	N°	%
Primigesta	252	61.17%
Segundigesta	129	31.31%
Multigesta	31	7.52%
Total	412	100.00%

Interpretación: El número de gestaciones en las madres atendidas fue: primigesta en 61.17%, segundigesta en 31.31% y multigesta en 7.52% de casos.

FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Gráfico3

Distribución de las gestantes cesareadas según número de gestación



FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Tabla 4

Distribución de las gestantes cesareadas según paridad

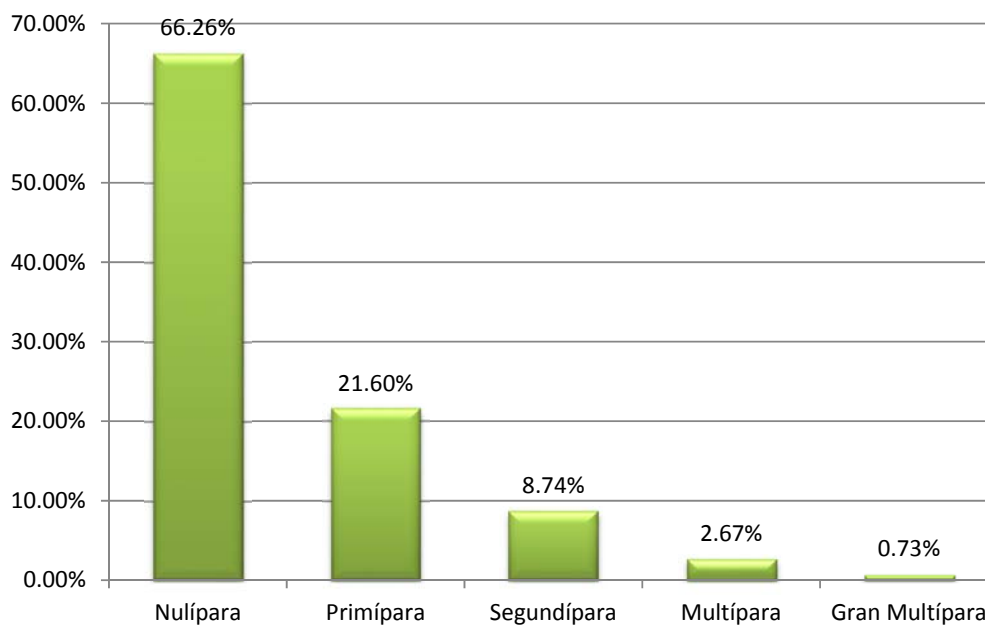
Paridad	N°	%
Nulípara	273	66.26%
Primípara	89	21.60%
Segundípara	36	8.74%
Múltipara	11	2.67%
Gran Múltipara	3	0.73%
Total	412	100.00%

Interpretación: La paridad fue de 66.26% de nulíparas, 21.60% fueron primíparas, 8.74% fueron segundíparas, múltiparas en 2.67% y gran múltiparas en 0.73% de pacientes.

FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Gráfico4

Distribución de las gestantes cesareadas según paridad



FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Características de la cesárea

Tabla 5

Distribución del tipo de cesáreas realizadas en el periodo de estudio

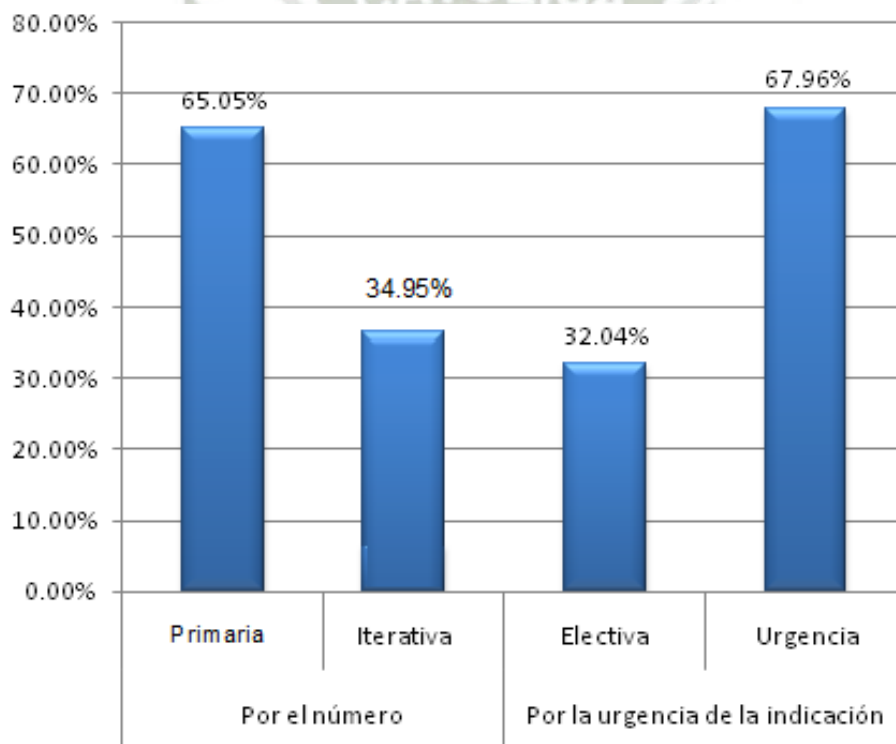
Tipo de cesárea		N°	%
Por el número	Primaria	268	65.05%
	Iterativa	144	34.95%
Por la urgencia de la indicación	Electiva	132	32.04%
	Urgencia	280	67.96%
Total		412	100.00%

Interpretación: Por el número de procedimientos, el 65.05% de casos fueron cesáreas primarias, 34.96% de casos se trató de cesáreas iterativas. Por la urgencia de su indicación el 32.04% de casos fueron cesáreas electivas y 67.96% cesáreas de urgencia.

FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Gráfico 5

Distribución del tipo de cesáreas realizadas en el periodo de estudio



FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Tabla 6

Distribución del tipo de indicación de las cesáreas realizadas en el
periodo de estudio

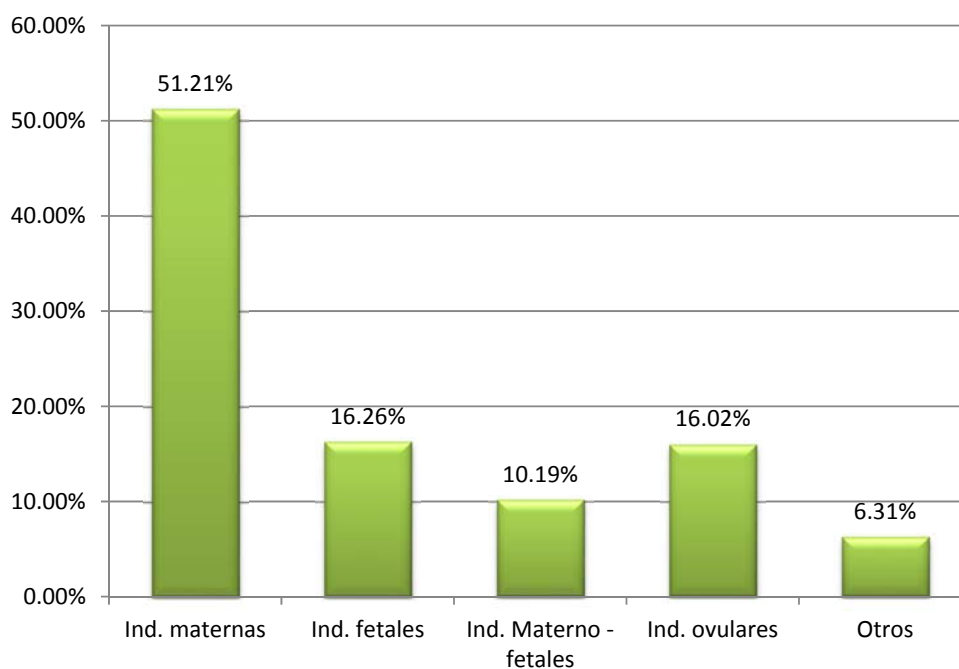
Tipo de indicación	N°	%
Ind. maternas	211	51.21%
Ind. fetales	67	16.26%
Ind. Materno - fetales	42	10.19%
Ind. ovulares	66	16.02%
Otros	26	6.31%
Total	412	100.00%

Interpretación: Se realizaron por indicaciones maternas el 51.21% de cesáreas, por indicación fetal en 16.26%, el 16.02% fueron por indicaciones ovulares y 10.19% por indicación materno-fetal, con 6.31% de casos en los que no pudo identificarse claramente la indicación.

FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Gráfico 6

Distribución del tipo de indicación de las cesáreas realizadas en el
periodo de estudio



FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Tabla 7

Distribución de las cesáreas según indicación materna (n = 211)

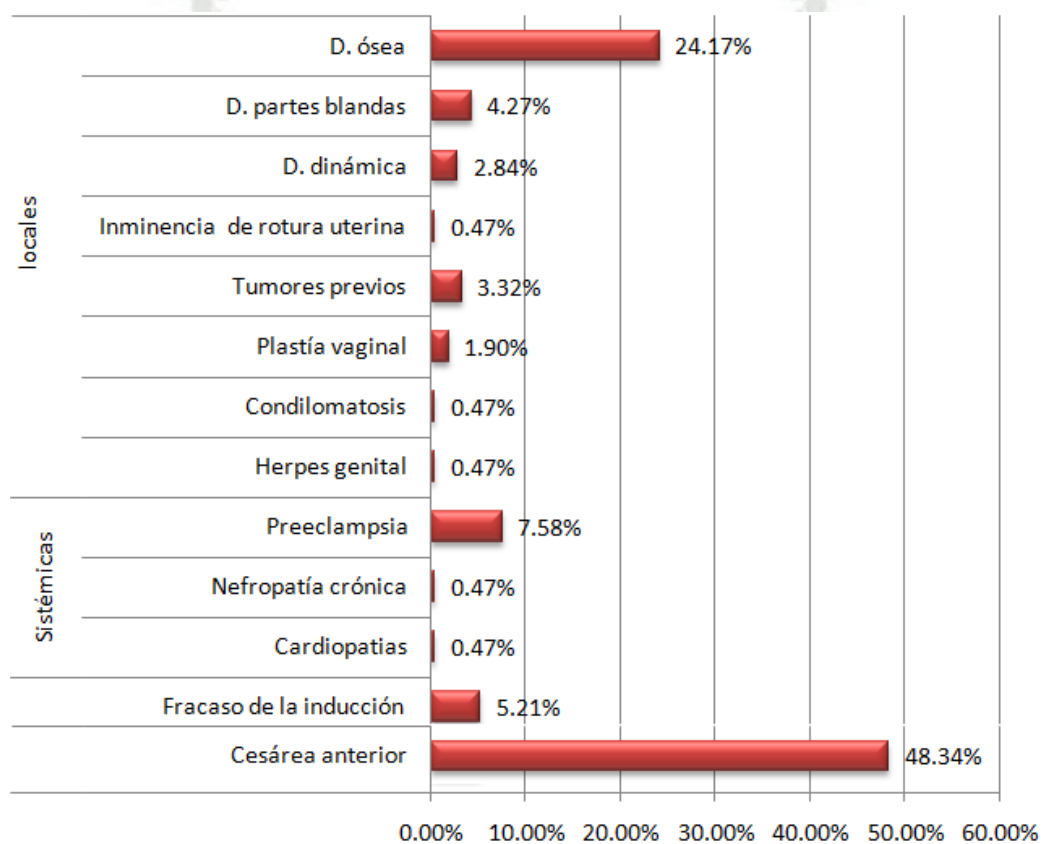
Indicaciones maternas		N°	%
Locales	D. ósea	51	24.17%
	D. partes blandas	9	4.27%
	D. dinámica	6	2.84%
	Inminencia de rotura uterina	1	0.47%
	Tumores previos	7	3.32%
	Plastía vaginal	4	1.90%
	Condilomatosis	1	0.47%
	Herpes genital	1	0.47%
Sistémicas	Preeclampsia	16	7.58%
	Nefropatía crónica	1	0.47%
	Cardiopatías	1	0.47%
Fracaso de la inducción		11	5.21%
Antecedente de Cesárea anterior		102	48.34%
Total		211	100.00%

Interpretación: El 48.34% de cesáreas se realizó por antecedente de cesárea anterior, en 24.17% de casos por distocia ósea, entre otras distocias importantes. Las complicaciones sistémicas maternas fueron principalmente la preeclampsia (7.58%). En 5.21% de pacientes se trató de fracaso de la inducción del parto.

FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Gráfico 7

Distribución de las cesáreas según indicación materna (n = 211)



FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Tabla 8

Distribución de las cesáreas según indicación fetal (n = 67)

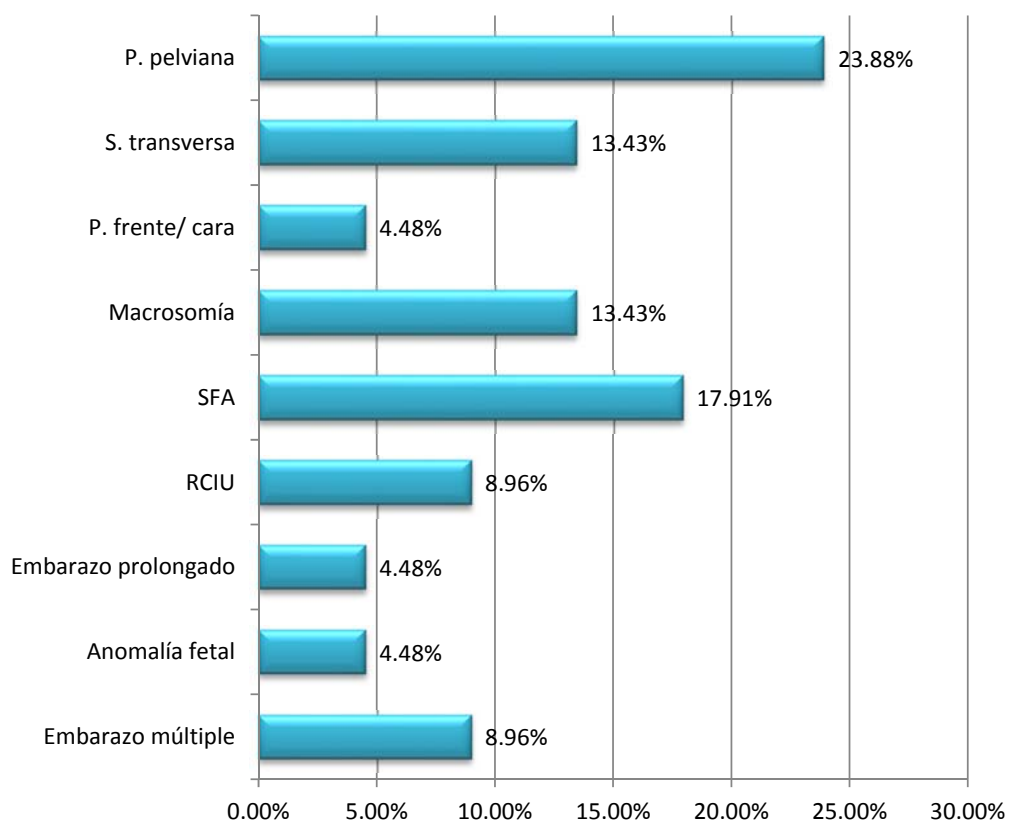
Indicaciones fetales	N°	%
P. pelviana	16	23.88%
S. transversa	9	13.43%
P. frente/ cara	3	4.48%
Macrosomía	9	13.43%
SFA	12	17.91%
RCIU	6	8.96%
Embarazo prolongado	3	4.48%
Anomalía fetal	3	4.48%
Embarazo múltiple	6	8.96%
total	67	100.00%

Interpretación: De los 67 casos, el 23.88% de casos se trató de presentaciones pelvianas 13.43% por situación transversa o por macrosomía fetal, 17.91% por sufrimiento fetal, en 8.96% fueron por retardo de crecimiento intrauterino o por embarazo múltiple, entre otras.

FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Gráfico 8

Distribución de las cesáreas según indicación fetal (n = 67)



FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Tabla 9

Distribución de las cesáreas según indicaciones materno-fetales
(n = 42)

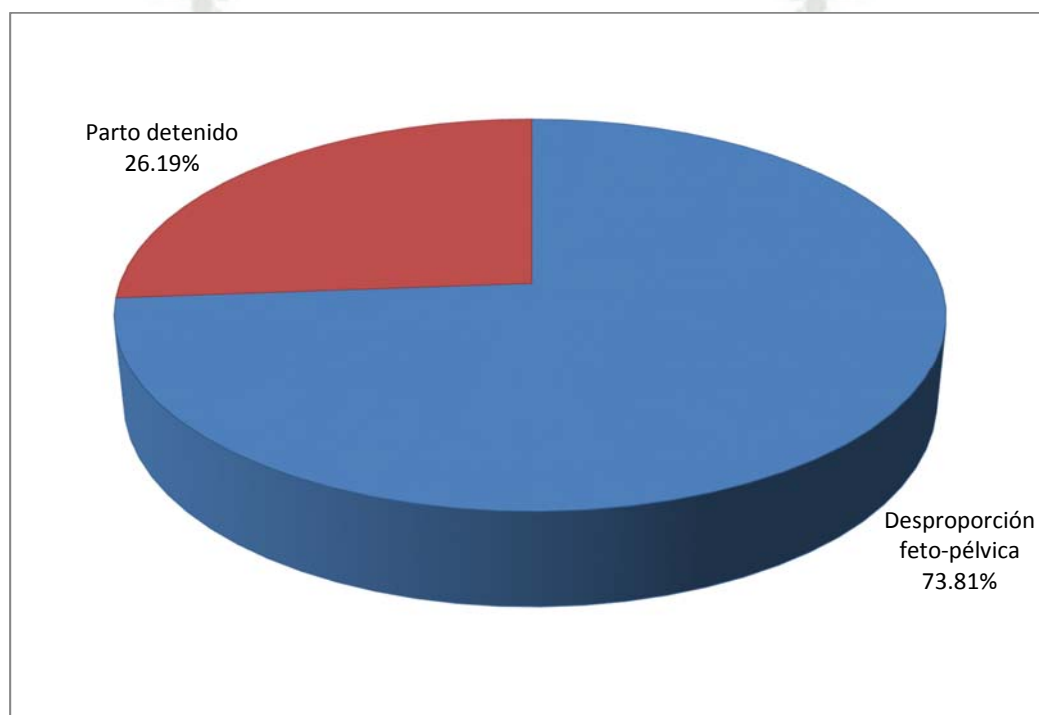
Indicaciones Materno-fetales	N°	%
Desproporción feto-pélvica	31	73.81%
Parto detenido	11	26.19%
Total	42	100.00%

Interpretación: Las indicaciones materno-fetales fueron principalmente la desproporción feto-pélvica en 73.81% o el parto detenido en 26.19%.

FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Gráfico 9

Distribución de las cesáreas según indicaciones materno-fetales
(n = 42)



FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Tabla 10

Distribución de las cesáreas según indicaciones ovulares (n = 66)

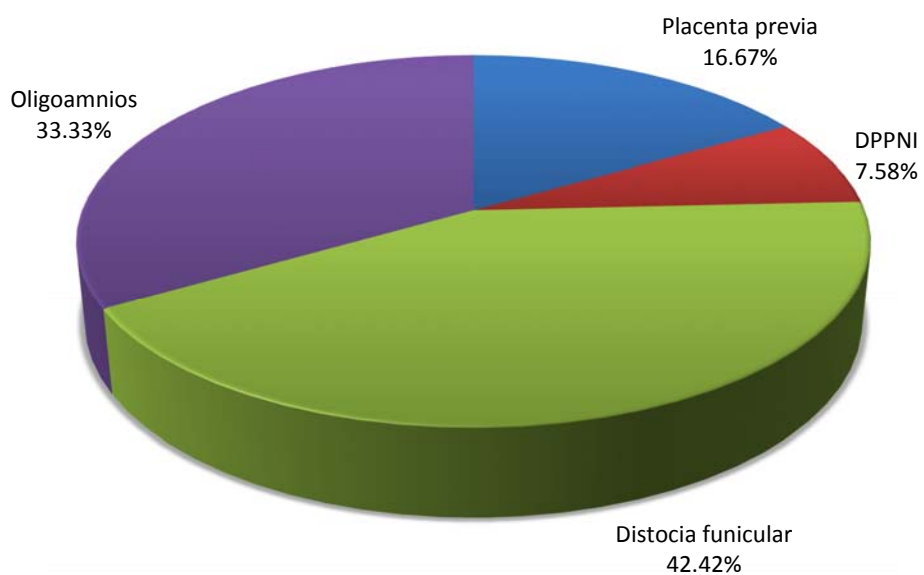
Ovulares	N°	%
Placenta previa	11	16.67%
DPPNI	5	7.58%
Distocia funicular	28	42.42%
Oligoamnios	22	33.33%
Total	66	100.00%

Interpretación: Las cesáreas por indicaciones ovulares fueron por distocia funicular en 42.42%, por oligoamnios en 33.33%, por placenta previa en 16.67% y por desprendimiento de placenta normoinsera en 7.58% de casos.

FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Gráfico 10

Distribución de las cesáreas según indicaciones ovulares (n = 66)



FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Tabla 11

Distribución de las cesáreas según justificación

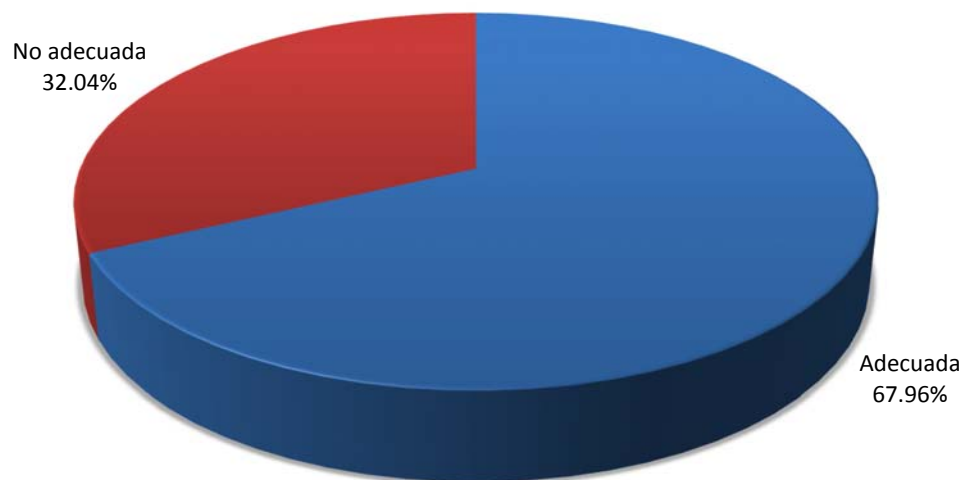
Justificación	N°	%
Adecuada	280	67.96%
No adecuada	132	32.04%
Total	412	100.00%

Interpretación: La indicación de cesáreas fue adecuada en 67.96% de casos, y no fue adecuada en 32.04% de pacientes.

FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Gráfico 11

Distribución de las cesáreas según justificación



FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Tabla 12

Distribución de las cesáreas según oportunidad

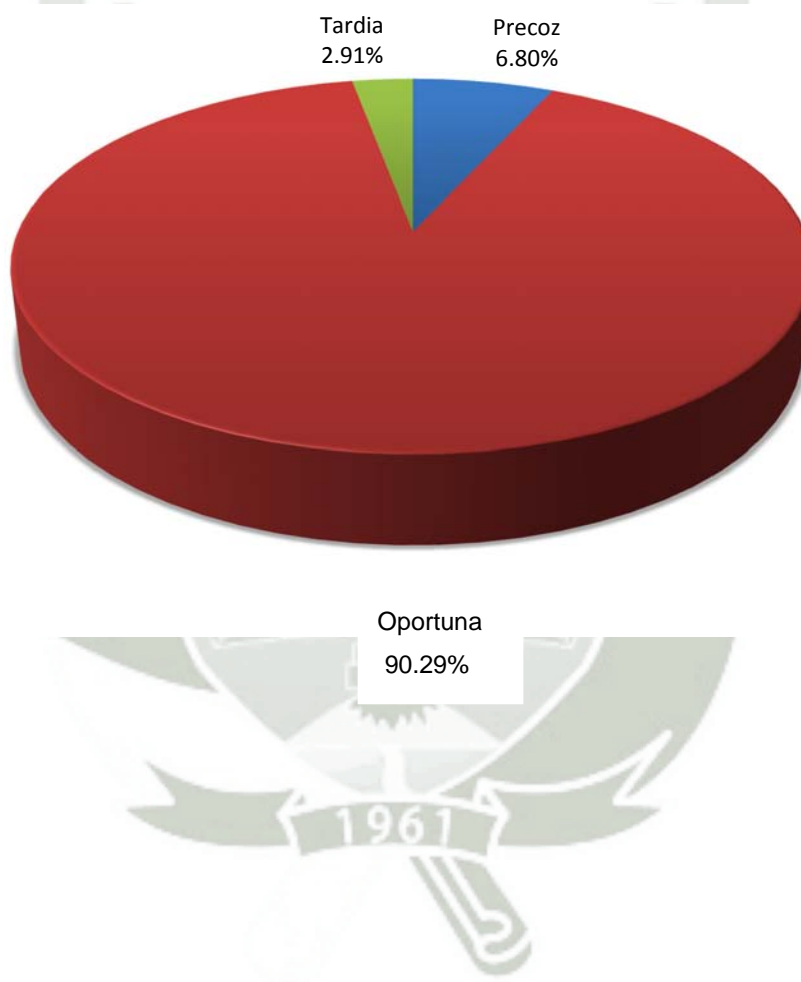
Oportunidad	N°	%
Precoz	28	6.80%
Oportuna	372	90.29%
Tardía	12	2.91%
Total	412	100.00%

Interpretación: El 6.80% de cesáreas fueron realizadas en forma precoz, el 90.29% se realizaron forma oportuna, y 2.91% de cesáreas fueron realizadas en forma tardía.

FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Gráfico 12

Distribución de las cesáreas según oportunidad



FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Características de los recién nacidos

Tabla 13

Distribución de las características somatométricas de los recién nacidos *

Características		N°	%
Edad	Pretérmino	16	3.83%
Gestacional	A término	399	95.45%
	Postérmino	3	0.72%
Peso al Nacer	Extremo bajo peso (< 1000 gr.)	0	0.00%
	Muy bajo peso (< 1500 gr.)	0	0.00%
	Bajo peso (< 2500 gr.)	16	3.83%
	Normal (2500 - 4000 gr.)	393	94.02%
	Macrosómico (> 4000 gr.)	9	2.15%
Peso para la edad	PEG	28	6.70%
	AEG	372	89.00%
	GEG	18	4.31%
Total		418	100.00%

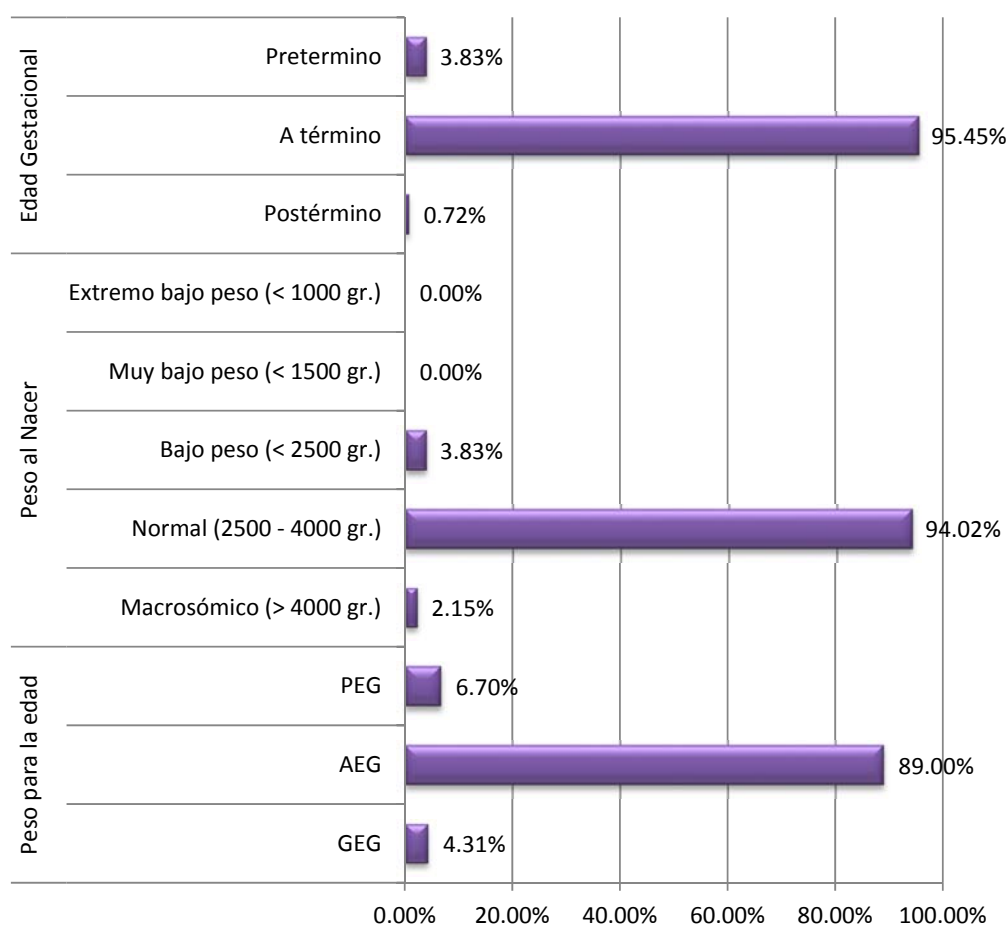
* Hubo 6 embarazos dobles

Interpretación: El 95.45% de niños nacieron a término, con 3.83% de nacimientos pretérmino, y 0.72% postérmino. El 94.02% de casos nació con peso normal y 2.15% fueron macrosómicos. El peso para la edad gestacional fue adecuado en 89% de nacimientos y grande para la edad gestacional en 4.31% de neonatos.

FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Gráfico 13

Distribución de las características somatométricas de los recién nacidos *



FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Tabla 14

Distribución de los valores de Apgar al minuto y los 5 minutos de los recién nacidos

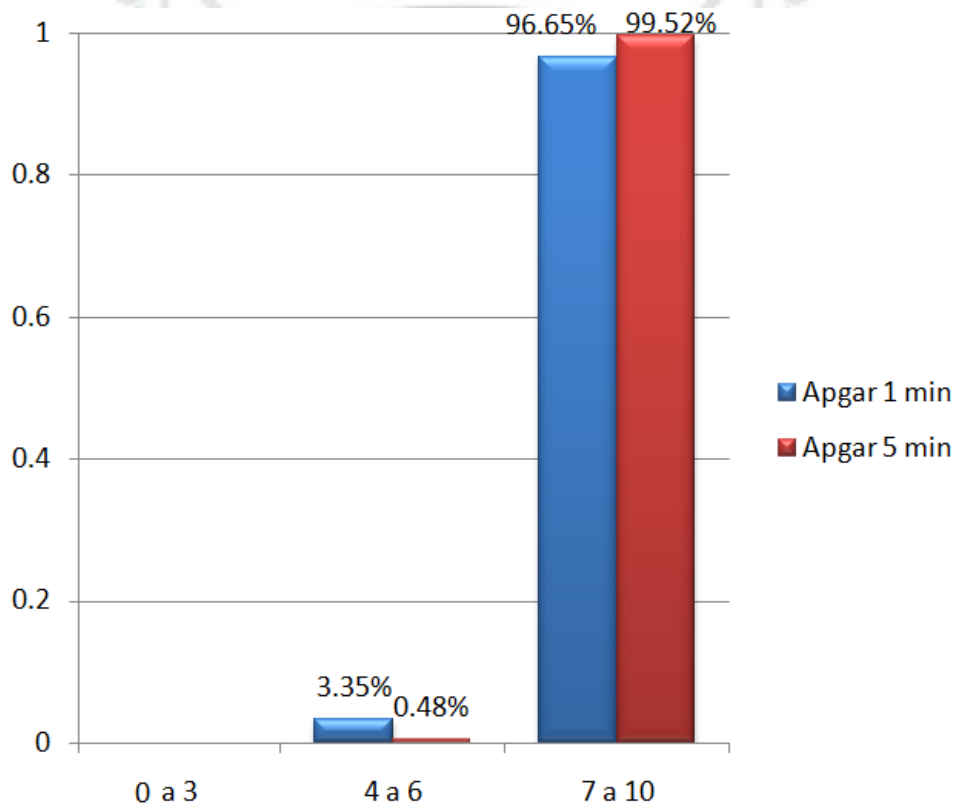
Puntaje	Apgar 1 min		Apgar 5 min	
	N°	%	N°	%
0 a 3	0	0.00%	0	0.00%
4 a 6	14	3.35%	2	0.48%
7 a 10	404	96.65%	416	99.52%
Total	418	100.00%	418	100.00%

Interpretación: Al minuto 3.35% de casos tuvieron puntaje de 4 a 6 y disminuyó a 0.48% a los 5 minutos.

FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Gráfico 14

Distribución de los valores de Apgar al minuto y los 5 minutos de los recién nacidos



FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Tabla 15

Distribución de las características del líquido amniótico en el parto

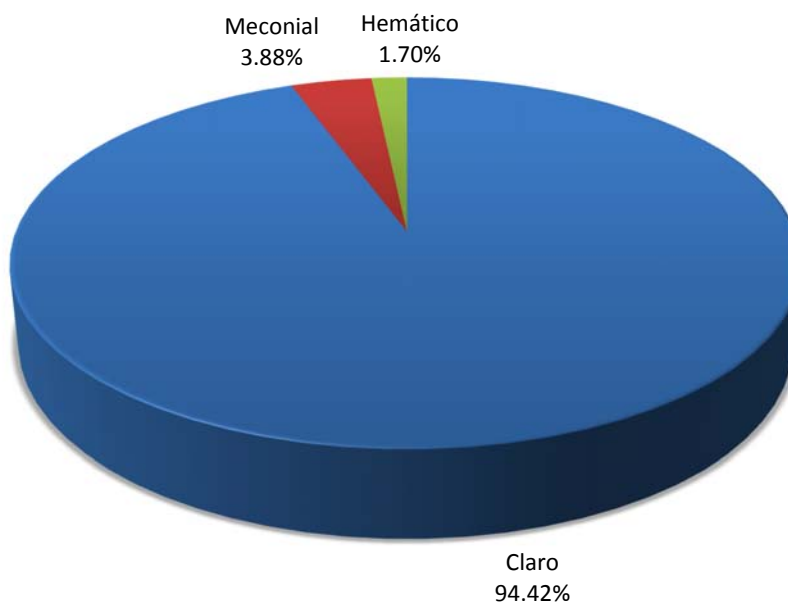
Características	N°	%
Claro	389	94.42%
Meconial	16	3.88%
Hemático	7	1.70%
Total	412	100.00%

Interpretación: El 94.42% de niños nacieron bañados en líquido amniótico claro, 3.88% presentaron líquido de aspecto meconial y en 1.70% de partos el líquido fue hemático.

FRECUENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CLÍNICA AREQUIPA,
ENERO- DICIEMBRE 2013

Gráfico 15

Distribución de las características del líquido amniótico en el parto



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para identificar la frecuencia y las principales indicaciones de cesárea en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013. Se realizó la presente investigación debido a que la operación cesárea, inicialmente reservada sólo para algunos casos excepcionales, es hoy en día, la cirugía abierta más frecuentemente realizada en mujeres de forma electiva.

Para tal fin se realizó una revisión de las historias clínicas de gestantes sometidas a cesáreas para valorar sus indicaciones. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la frecuencia de cesáreas realizadas en la clínica durante el año 2013; de 543 partos atendidos, el 75.87% fueron cesáreas y 24.13% partos por vía vaginal. Esta frecuencia es alta en comparación con hospitales de ESSALUD como el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo en el año 2013 se encontró una frecuencia de 70.00% (Oficina de Gestión y Desarrollo HNCASE) y en el hospital de Yanahuara en el año 2013 la frecuencia fue del 45.8%, mientras que hospitales del MINSA como el Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2012 fue de 60.22% y en el Hospital Goyeneche en el año 2010 fue del 37.31%.

En nuestro país en un estudio realizado por Alcántara en el Hospital Belén de Trujillo en los años 2011 - 2012 encontró una frecuencia de 44.68%, Verástegui en el Hospital 2 de Mayo de Lima en los años 2007 al 2010 obtuvo una frecuencia de 49.11%; en el Instituto materno perinatal la frecuencia fue del 30% en el año 2010; por lo cual se puede apreciar que encontramos estudios tanto del MINSA y de ESSALUD y comparando con nuestro resultado vemos que la frecuencia es mucho mayor en la Clínica Arequipa.

En la **Tabla y Gráfico 2** se observa la edad de las gestantes sometidas a cesárea; el 2.18% de casos fueron menores de 20 años; las edades predominantes estuvieron entre los 26 y 30 años (30.58%) y entre 31 y 35 años (33.25%).

Al comparar nuestro estudio con otros trabajos se puede observar que en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo (HNCASE) en el año 2013 donde la edad predominante fue de 30 - 35 años, y en el Hospital Goyeneche en el año 2010 el rango de edad fue de 20 – 35 años. Por lo que podemos decir que habría influencia en la condición socio-económica y cultural para que las pacientes sean madres relativamente jóvenes, además la tardía edad materna para la gestación se pueda deber a la mayor oportunidad con la que cuentan las mujeres para desarrollarse en otros ámbitos y muchas veces se posterga su maternidad.

El número de gestaciones en las madres atendidas fue: primigesta en 61.17%, segundigesta en 31.31% y multigesta en 7.52% de casos (**Tabla y Gráfico 3**), y en concordancia la paridad fue de 66.26% de nulíparas, 21.60% fueron primíparas, 8.74% fueron segundíparas, múltiparas en 2.67% y gran múltiparas en 0.73% de pacientes (**Tabla y Gráfico 4**).

En comparación con el estudio realizado en el Hospital Goyeneche en el año 2010 donde se muestran que el 42.32% fueron primigestas, 29.62% segundigestas y 28.07% multigestas; en cuanto a la paridad, 72.07% fueron nulíparas, 16.61% primíparas, 5.51% segundíparas y 5.51% múltiparas; esta predominancia de gestaciones y paridad se puede explicar por el aparente bajo nivel cultural de las pacientes y su familia, así mismo a la práctica cada vez menor de la planificación familiar a la cual tienen poco acceso las pacientes.

Dentro de las características de la cesárea como procedimiento, la **Tabla y Gráfico 5** muestran los tipos de cesárea; por el número de procedimientos, el 65.05% de casos fueron cesáreas primarias y en 34.95% de casos se trató de cesáreas iterativas. Por la urgencia de su indicación el 32.04% de casos fueron cesáreas electivas y 67.96% cesáreas de urgencia.

Las principales indicaciones de las cesáreas realizadas en el periodo de estudio en la clínica se muestran en la **Tabla y Gráfico 6**; se realizaron por indicaciones

maternas el 51.21% de cesáreas, por indicación fetal en 16.26%, el 16.02% fueron por indicaciones ovulares y 10.19% por indicación materno-fetal, con 6.31% de casos en los que no pudo identificarse claramente la indicación.

De los 211 casos con indicación materna (**Tabla y Gráfico 7**), principalmente fue por antecedente de cesárea anterior (48.34%), el 24.17% de casos fue por distocia ósea. Las complicaciones sistémicas maternas que motivaron la indicación de la cesárea fueron principalmente la preeclampsia (7.58%) y en casos aislados por nefropatía o cardiopatía crónica. En 5.21% de pacientes se trató de fracaso de la inducción del parto.

Las indicaciones fetales de las cesáreas se muestran en la **Tabla y Gráfico 8**; de los 67 casos, el 23.88% de casos se trató de presentaciones pelvianas 13.43% por situación transversa o por macrosomía fetal, 17.91% por sufrimiento fetal, en 8.96% fueron por retardo de crecimiento intrauterino o por embarazo múltiple, entre otras.

Las indicaciones materno-fetales (**Tabla y Gráfico 9**) fueron principalmente la desproporción feto-pélvica en 73.81% o el parto detenido en 26.19% (**Tabla y Gráfico 9**), y las distocias ovulares fueron por distocia funicular en 42.42%, por oligoamnios en 33.33%, por placenta previa en 16.67% y por desprendimiento de placenta normoinsera en 7.58% de casos (**Tabla y Gráfico 10**).

En relación a la valoración de la pertinencia de la cesárea, la **Tabla y Gráfico 11** muestran la justificación de la misma; la indicación fue adecuada en 67.96% de casos, pero no fue adecuada en 32.04% de pacientes; en cuanto a la oportunidad, el 6.80% de cesáreas fueron realizadas en forma precoz, el 90.29% se realizaron de forma oportuna, y 2.91% de cesáreas fueron realizadas en forma tardía (**Tabla y Gráfico 12**).

Mala justificación de cesáreas que indica un valor de 32.04% hallado en nuestro trabajo, principalmente se deba a que es una Clínica donde el paciente puede desear o no realizarse una cesárea y no estar estrictamente regido a que es candidato o no de ella, además que el 32.04% de cesáreas corresponde a cesáreas electivas, donde la paciente optó por una cesárea ya sea por el factor cultural o

socioeconómico, además que la indicación materna principalmente fue por antecedente de cesárea anterior en un 48.34%, no podemos saber si ésa indicación fue de urgencia o fue electiva.

En cuanto a la oportunidad de la cesárea que fue efectiva en un 90.29% podemos decir que las pacientes que acuden a la Clínica Arequipa son pacientes controladas donde la programación e intervención de sus cesáreas son de forma oportuna.

Finalmente se muestran las características de los recién nacidos por cesárea; sus características somatométricas se aprecian en la **Tabla y Gráfico 13**; se presentaron 6 partos dobles lo que hace un total de 418 neonatos de los 412 partos. El 95.45% de los niños nacieron a término, con 3.83% de nacimientos pretérmino, y 0.72% postérmino. El 94.02% de casos nació con peso normal y 2.15% fueron macrosómicos. El peso para la edad gestacional fue adecuado en 89% de nacimientos y grande para la edad gestacional en 4.31% de neonatos.

El puntaje Apgar al nacer de los niños se muestra en la **Tabla y Gráfico 14**; al minuto 3.35% de casos tuvieron puntaje de 4 a 6 y disminuyó a 0.48% a los 5 minutos. El 94.42% de niños nacieron bañados en líquido amniótico claro, 3.88% presentaron líquido de aspecto meconial y en 1.70% de partos el líquido fue hemático, como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 15**.

Por lo que podemos decir que a madre controlada y con intervención programada se espera neonatos saludables.

Podemos concluir, que en las Clínicas privadas es más difícil reducir la frecuencia de cesáreas ya que no se realizan muchos estudios y además que no existe un control estricto.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.** La frecuencia de cesáreas realizadas en la Clínica Arequipa, Enero-Diciembre 2013 fue de 75.87% del total de partos.
- Segunda.** Las principales indicaciones de cesárea en la Clínica Arequipa, Enero-Diciembre 2013 fueron de tipo maternas (51.21%), seguidas de las indicaciones fetales (16.26%), ovulares (16.02%) y materno-fetales (10.19%).
- Tercera.-** Las pacientes que fueron sometidas a operación cesárea en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013 fueron principalmente mujeres jóvenes, primigestas nulíparas con cesárea electiva primaria.
- Cuarta.-** Los recién nacidos de pacientes con indicación de cesárea en Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013 nacieron a término y con peso adecuado para la edad gestacional, y Apgar que en la gran mayoría de casos estuvo en puntajes normales.
- Quinta.-** El 6.80% de cesáreas en pacientes atendidas en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013 fueron realizadas en forma precoz, 90.29% en forma oportuna y 2.91% en forma tardía.
- Sexta.-** La justificación de la cesárea en pacientes atendidas en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013 fue adecuada en 67.96% de casos e inadecuada en 32.04%.

RECOMENDACIONES

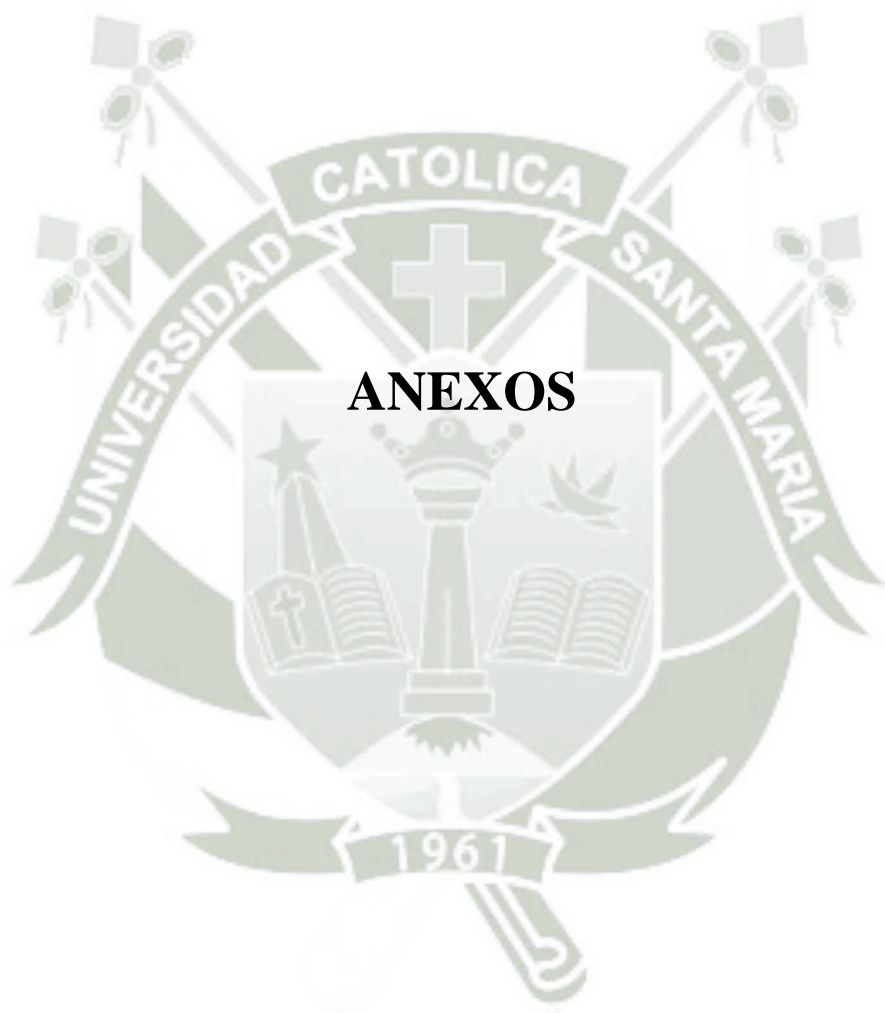
- 1) La Facultad de Medicina De la Universidad Católica de Santa María debe inculcar en la formación de los médicos y de los especialistas en Ginecología y Obstetricia, los beneficios del parto vaginal, sobretodo en pacientes con antecedente de cesárea anterior, y que si se indicara cesárea, ésta sea de forma adecuada.
- 2) Se recomienda que si se realizan otros trabajos de investigación en Clínicas privadas deberían tomar en cuenta como criterio de exclusión a las pacientes particulares, ya que así se eliminaría gran parte de cesáreas electivas.
- 3) Se sugiere a la Clínica Arequipa, realizar estudios de seguimiento de las cesáreas para establecer las variaciones de morbilidad y mortalidad tanto materna como neonatal.
- 4) El personal asistencial de la Clínica Arequipa y el médico especialista tratante deberían informar a la paciente sobre las ventajas y desventajas de un parto por cesárea y un parto por vía vaginal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kehlet H, Dahl IB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet*. 2003; 362(9399): 1921-28.
2. Leone T, Padmadas SS, Matthews Z. Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries. *SocSciMed*. 2008; 67(8): 1236-46.
3. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ*. 2000; 321(7275): 1501-5.
4. Turcotte L, Robst J, Polachek S. Medicaid coverage and medical interventions during pregnancy. *International journal of health care finance and economics*. 2005; 5(3): 255-71.
5. Pérez Sánchez Obstetricia. 3era Edición 2005 Publicaciones Técnicas mediterráneo Ltda. Chile.
6. Benson R, Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétricos. 3ra Edición. 1986 Editorial Manual Moderno S.A.
7. Instituto Peruano de Perinatología: Normas y procedimientos de obstetricia; Marzo 1995. Perú.
8. Llerena S. Operación cesárea en el Hospital Central Sur N°2, 1 de enero 1995-31 diciembre 1996. Tesis Br. En medicina 1998.
9. Current de Ginecología y Obstetricia. Diagnostico y tratamiento Gineco-obstétricos. 8va Edición. 2003 Editorial el Manual Moderno, S.A.
10. Bemal Z. La operación cesárea durante los años 1985-1989 en el servicio de Obstetricia del Hospital Goyoneche - Arequipa. Tesis de Medicina UNSA 1992.
11. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia SEGÓ. 2007 Grupo ENE Publicidad, S.A. Madrid.
12. Suárez Ocando D. Cesárea. En: Zighelbo.

13. Guariglia, editores. Clínica Obstétrica. 2ª edición. Bogotá: Editorial Disinlimed; 2007.
14. Belitzky R. El nacimiento por cesárea hoy. Salud Perinatal. Boletín del Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). 1999; 3:101.
15. Scharcz RL, Fescina R, Diverges C. Obstetricia. 6ª Edición. Buenos Aires. El Ateneo 2009.
16. Quiroz R, Operación cesárea: complicaciones en el Hospital Goyoneche, Diciembre 1998 - mayo 1999; Tesis de Br. En Medicina UNSA 1992.
17. ACOG Compendium of selected publications. 2007; 54:748-754.
18. Ortega R. Operación cesárea en el Hospital General Manuel Butrón de Puno Tesis Br en Medicina UNSA 1992
19. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: Final data for 2002. National Vital Statistics Reports, Vol 52, N° 10. Hyattsville, Md, National Center for Health Statistics, 2002.
20. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Gilstrap m LC, Hauth JH, Wenstrom KD. Obstetricia de Williams. 22ª edición. México: Mac Graw-Hill; 2006.
21. Makowsky EL. Results of management of patients with very low birth weight fetuses. Perinatal Resources, Inc Faculty Publications Lecture. 1999, Update in obstetrics and gynecology. St Thomas, US Virgin Islands, 1999.
22. Rigol R O. Obstetricia y Ginecología. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
23. Marocco A. "Cuatro de cada diez partos son por cesáreas". Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2006.
24. Lydon-Rochelle M, Hoft VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. JAMA 2000; 283(18):2411-6
25. Olivares-Morales AS, Santiago-Ramírez JA, Cortés-Ramírez P. Frecuencia e indicaciones de la cesárea en el Hospital Central Militar. Ginecol Obstet Mex 1996; 64:79-84.

26. Smith GC. A population study of birthweight and the risk of caesarean section: Scotland 1980-1996. *Br J Obstet Gynecol* 2000; 107 (6):740-4.
27. Parker KM, Embry JH. Fatal post-cesarean endometritis: report of two Alabama cases. *Ala Med* 1995; 64:13-6.
28. Urrio TF. Maternal deaths at Songea Regional Hospital, Southern Tanzania. 2001; 68:81-7.
29. Sandmire HF, DeMott RK. The Green Bay Cesarean Section Study. III. Falling cesarean birth rates without a formal curtailment program. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 170:1790-9.
30. Boo NY, Nasri NM, Cheong SK, Sivamohan N. A 2-year study of neonatal mortality in a large Malaysian hospital. *Singapore Med J*. 2001; 32:142-7.
31. Mavalankar DV, Trivedi CR, Gray RH. Levels and risk factors for perinatal mortality in Ahmedabad, India. *Bull World Health Org* 2001; 69:435-42.
32. Morini A, Cantonetti G, Spina V, Bonessio L. Lesiones fatales debidas a bisturí durante cesárea: un estudio de 58 casos. Los registros de 3,117 cesáreas ocurridas durante 5 años en el Instituto Clínico de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Roma "La Sapienza". *Minerva Ginecol* 2005; 47:305-14.
33. Adlerberth I, Carisson B, De Man P, Jalil F., Khan SR, Larsson P., et al. Intestinal colonization with Enterobacteriaceae in Pakistani and Swedish, 2001; 80:602-10.
34. Barros FC, Victora CG. Breastfeeding and diarrhea in Brazilian children. *Demographic and Health Surveys Further Analysis Series No. 3*. NY: The Population Council and Demographic and Health Surveys Program; 2000.
35. Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidencia y duración de la lactancia por tipo de parto: un estudio longitudinal en el sureste de Brasil. *Rev Saude Publica* 2008; 32:225-31.
36. Physicians Insurance Association of America: Data Sharing System, Report N°4 Pennington NI, PIAA, 2002.



Anexo 1: Ficha de recolección de datos

DATOS DE LA MADRE

Edad: años.

Paridad: Nulípara () Primípara () Secundípara ()
Multípara () Granmultípara ()

Número de gestación: Primigesta () Segundigesta () Multigesta ()

DATOS DEL RECIEN NACIDO

Edad gestacional: Pretérmino () A término () Postérmino ()

Peso:gr. Macrosómico () Normal () Bajo peso ()
Muy bajo peso () Extremo bajo peso ()

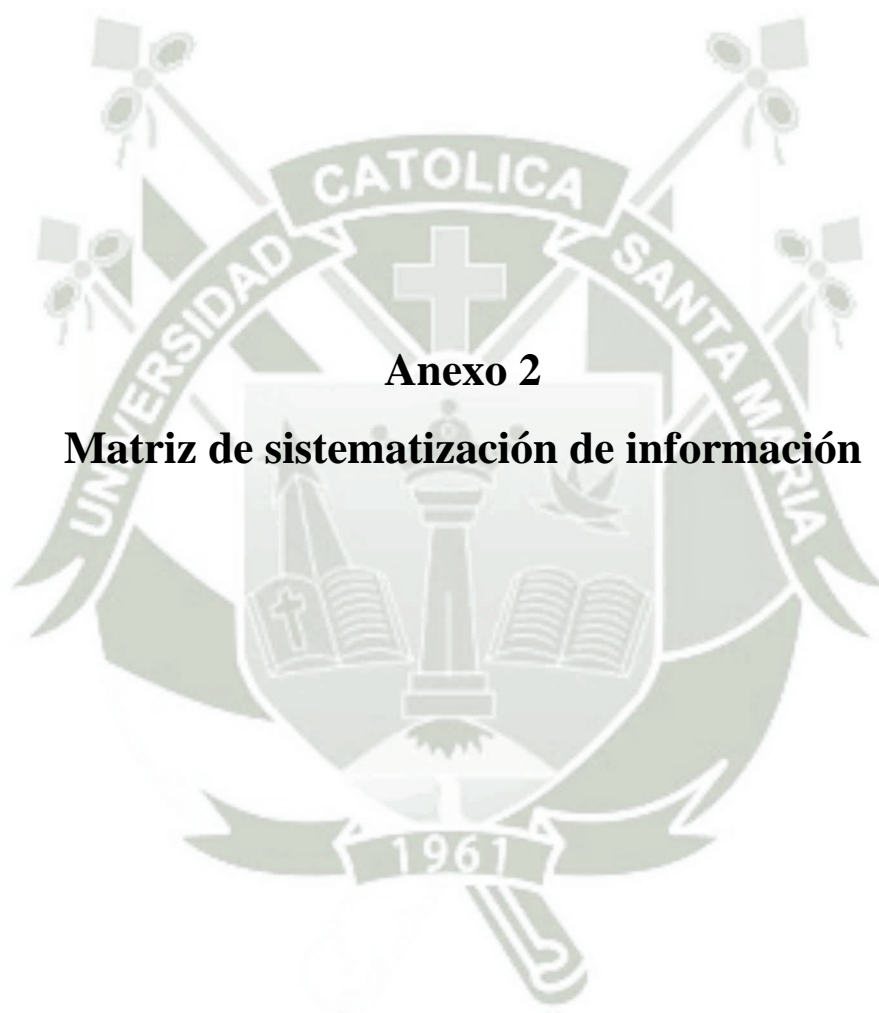
Peso para la edad gestacional:

Pequeño () Adecuado () Grande ()

Puntuación APGAR: Al minuto () A los 5 minutos ()

Características de Líquido amniótico:

Claro () Meconial () Hemorrágico () Otro ()



Anexo 2

Matriz de sistematización de información

FRECUENCIA DE TIPO DE PARTO

P. CESAREA	412
P. VAGINAL	131
TOTAL	543

1.- DISTRIBUCION DE GESTANTES CESAREADAS SEGÚN EDAD

EDADES	N°
16 -20 años	9
21 -25 años	61
26 -30 años	126
31 -35 años	137
36 -40 años	69
41 -45 años	10
Total	412

2.- DISTRIBUCION DE GESTANTES CESAREADAS SEGÚN NÚMERO DE GESTACIÓN

N° DE GESTACIÓN	N°
Primigesta	252
Segundigesta	129
Multigesta	31
Total	412

3.- DISTRIBUCION DE GESTANTES SEGÚN PARIDAD

PARIDAD	N°
Nulípara	273
Primípara	89
Segundípara	36
Multípara	11
Gran Multípara	3
Total	412

4.- DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE CESÁREA REALIZADAS EN EL PERIODO DE ESTUDIO

TIPO DE CESÁREA	N°	
Número	Primaria	268
	Iterativa	144
Indicación	Electiva	132
	Urgencia	280
Total	412	

5.-DISTRIBUCIÓN DE INDICACIONES MATERNAS DE CESÁREA

INDICACIONES MATERNAS		N°
Locales	D. ósea	51
	D. partes blandas	9
	D. dinámica	6
	Inminencia de rotura uterina	1
	Tumores previos	7
	Plastía vaginal	4
	Condilomatosis	1
	Herpes genital	1
	Sistémicas	Preeclampsia
Nefropatía crónica		1
Cardiopatías		1
Fracaso de la inducción		11
Antecedente de Cesárea Anterior		102
Total		211

6.-DISTRIBUCIÓN DE INDICACIONES FETALES DE CESÁREA

INDICACIONES FETALES		N°
	P. pelviana	16
	S. transversa	9
	P. frente/ cara	3
	Macrosomía	9
	SFA	12
	RCIU	6
	Embarazo prolongado	3
	Anomalía fetal	3
	Embarazo múltiple	6
total		67

7.- DISTRIBUCIÓN DE INDICACIONES MATERNO-FETALES Y OVULARES DE CESÁREA

INDICACIONES		N°
Materno-fetales	Desproporción feto-pélvica	31
	Parto detenido	11
Ovulares	Placenta previa	11
	DPPNI	5
	Distocia funicular	28
	Oligoamnios	22
Otros		26
Total		134

8.- FRECUENCIA DE INDICACIONES DE CESAREA

	N°	%
Indicaciones maternas	211	
Indicaciones fetales	67	
Indicaciones materno-fetales	42	
Indicaciones ovulares	66	
Otros	26	
Total	412	

9.-CARACTERÍSTICAS SOMATOMÉTRICAS DE LOS RECIÉN
NACIDOS

CARACTERISTICAS		N°
Edad Gestacional	Pretermino	16
	A término	399
	Postérmino	3
Peso al Nacer	Extremo bajo peso (< 1000 gr.)	0
	Muy bajo peso (< 1500 gr.)	0
	Bajo peso (< 2500 gr.)	16
	Normal (2500 - 4000 gr.)	393
	Macrosómico (> 4000 gr.)	9
Peso para la edad	PEG	28
	AEG	372
	GEG	18
Total		418

10.- DISTRIBUCION DE VALORES DE APGAR AL MINUTO Y CINCO
MINUTOS

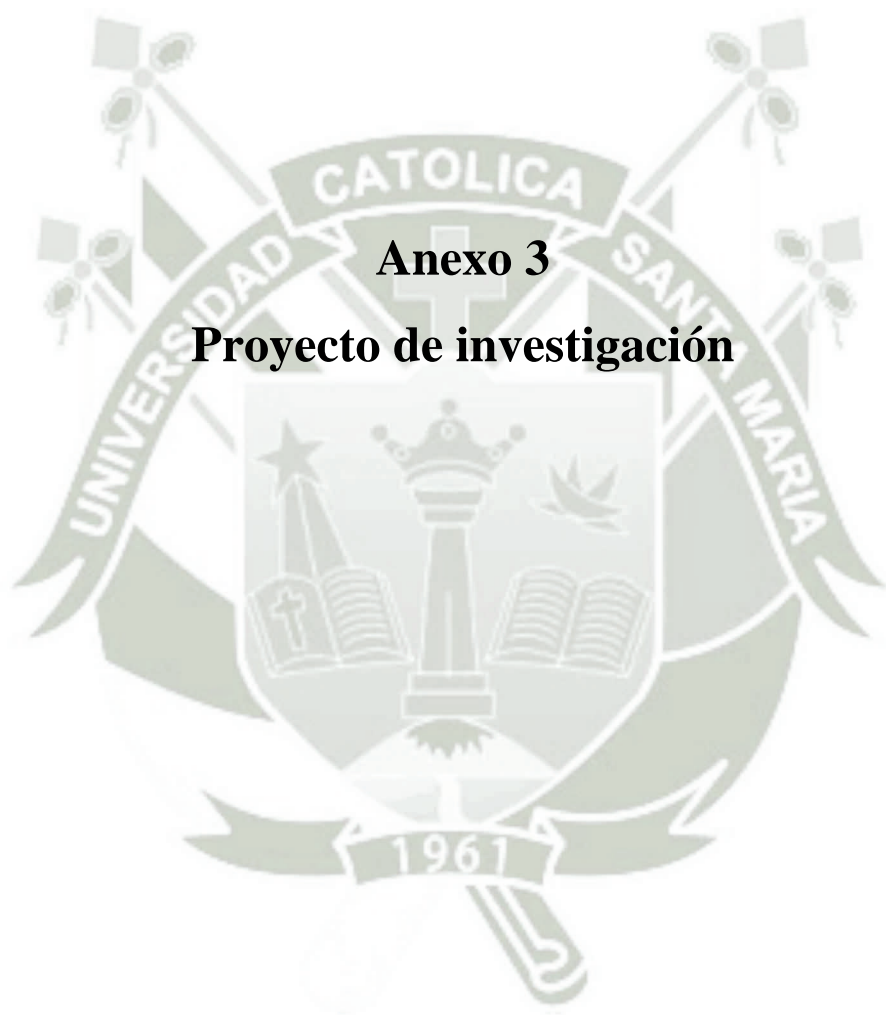
PUNTAJE	APGAR 1MIN	APGAR 5 MIN
	N°	N°
0 a 3	0	0
4 a 6	14	2
7 a 10	404	416
Total	418	418

11.- CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO
AMNIÓTICO

CARACTERÍSTICA	N°	%
Claro	389	
Meconial	16	
Hemático	7	
Total	412	

JUSTIFICACIÓN DE CESÁREA	N°
Adecuado	280
No adecuado	132
Total	412

OPORTUNIDAD DE CESÁREA	N°
Precoz	28
Efectiva	372
Tardía	12
Total	412



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Frecuencia y principales indicaciones de cesárea en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013

PROYECTO DE TESIS PRESENTADO POR
DURAN ANQUISE, ANDREY EDUARD

PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO

ASESOR: DR. EUGENIO ELIAS CHIRINOS ZERECEDA

AREQUIPA – PERÚ

2013

I.- PREAMBULO

El presente proyecto de investigación surgió por la curiosidad de saber la frecuencia de atenciones quirúrgicas de cesárea, ya que hay un aumento progresivo del número de partos que se resuelven por vía de una operación cesárea en la Clínica Arequipa.

No existe ninguna duda que el avance del conocimiento médico permitió que, al disminuir el riesgo materno de esa operación, pudiera disminuir progresivamente la mortalidad perinatal. La operación cesárea realizada en pacientes con indicación absoluta, ha contribuido notablemente en mejorar la sobrevivencia de muchos recién nacidos, como también en que nazcan en mejores condiciones, dicha justificación ha servido para que las cesáreas se hayan incrementado en las últimas décadas.

La atención de pacientes gestantes en la Clínica Arequipa son en dos modalidades: de forma particular o utilizando algún seguro médico; en este trabajo de investigación se mencionan las dos modalidades.

Y como intervención quirúrgica importante, es necesario saber cuáles son indicaciones más frecuentes para realizar la operación cesárea.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1. Enunciado

“Frecuencia y las principales indicaciones de cesárea en la Clínica Arequipa, Enero diciembre 2013”

1.2. Descripción

a. Área de la investigación

- ✓ General: Ciencias de la Salud
- ✓ Específica: Medicina Humana
- ✓ Especialidad: Ginecología y obstetricia
- ✓ Línea: Parto por Cesárea

b. Análisis u operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADOR	ESCALA
Edad materna	Número de años	Continuo
Paridad	Nulípara, primípara, segundípara, múltipara, gran múltipara.	Ordinal
Número de gestación	Primigesta, Segundigesta, Multigesta	Ordinal
Tipo de Cesárea	Primaria, iterativa, electiva, urgencia	Nominal
Causa de cesárea	Indicación para la realización de cesárea: Materna, fetales, materno-fetales, Ovulares.	Nominal
Edad gestacional del Recién nacido	Pretérmino, término, postérmino.	Ordinal
Características del Líquido Amniótico	Claro, meconial, hemorrágico, otro.	Ordinal
Peso del Recién nacido	Macrosómico, normal, bajo peso, muy bajo peso, extremo bajo peso.	Ordinal
Peso para la edad gestacional	Pequeño, adecuado, grande para la edad gestacional.	Ordinal
Puntuación APGAR	Al minuto, a los 5 minutos.	Discreta
Oportunidad de la Cesárea	Precoz, efectiva, tardía.	Ordinal
Justificación de la Cesárea	Adecuada, no adecuada.	Nominal

c. Interrogantes Básicas De Investigación

- ✓ ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas realizadas en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013?
- ✓ ¿Cuáles son las principales indicaciones de cesárea en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013?

- ✓ ¿Cuáles son las características epidemiológicas de las pacientes que fueron sometidas a operación cesárea en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013?
- ✓ ¿Cuáles son las características Clínicas y somatométricas de los recién nacidos de pacientes con indicación de cesárea en Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013?
- ✓ ¿Cuál es la oportunidad de la Cesárea en pacientes atendidas en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013?
- ✓ ¿Cuál es la justificación de la Cesárea en pacientes atendidas en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013?

d. Tipo De Investigación

El problema de investigación es de tipo descriptivo retrospectivo.

1.3. Justificación Del Problema:

La operación cesárea, inicialmente reservada sólo para algunos casos excepcionales, es hoy en día, la cirugía abierta más frecuentemente realizada en mujeres.

La causa de este fenómeno es multifactorial. Entre las principales condiciones que han determinado el incremento de las cesáreas en todo el mundo tenemos: la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas (1), los cambios demográficos y socioculturales (2), una mejor precepción de seguridad de este procedimiento, el incremento de las “prácticas defensivas” por parte de médicos gineco-obstetras (3), la relativa mejora de los sistemas de salud (4), y el aumento de la solicitud directa de las pacientes y sus familiares.

Ante estos hechos, es indispensable hacer no sólo un análisis interno sino publicar los datos resultantes, como aporte al necesario proceso de

autocrítica, crítica y auditoría médica que se deba dar en toda práctica clínica seria, con el propósito de conocer nuestra realidad y poder de esta manera aplicar medidas correctivas con las cuales se beneficien tanto el estado, la institución hospitalaria y la población atendida en la misma; disminuyendo costos al precisar su indicación y evitando las complicaciones que puedan presentar las pacientes que como se sabe tiene toda operación; además, tiene utilidad práctica ya que lleva al clínico a pesquisar en forma específica a aquellas pacientes que realmente sean tributarias de dicho procedimiento al protocolizar la operación cesárea, propiciando con los resultados de una reforma en la atención gineco-obstétrica orientándonos a una mejor atención del parto, permitiéndonos estudiar a fondo y concienzudamente a los pacientes antes de indicar una cesárea. Además de la implementación de adecuados instrumentos de ayuda diagnóstica que ayuden a mejorar dicha atención.

2.- MARCO CONCEPTUAL

Sin duda alguna, la cesárea es uno de los avances más grandes incorporados a la práctica obstétrica en la atención del parto. Ella permitió y permite aún salvar muchas vidas, tanto de la madre como del feto, que sin su empleo no lo hubiéramos podido hacer, ésta se ha ido incrementando en las últimas décadas particularmente a expensas de la cesárea anterior.

La “tasa de cesáreas” (TC) que en realidad es una razón y no una tasa (total de parto por cesárea en un periodo determinado por 100 entre el total de recién nacidos en el mismo periodo), actualmente globalizado; y a pesar de todos los esfuerzos por disminuirla, la misma no ha decrecido, presentándose un escenario digno de ser descrito como una epidemia. En general, esta problemática afecta a todos los países del mundo, aunque en mayor medida a aquellos con mejor desarrollo económico.

Una mayor demanda de esta técnica proviene del perfeccionamiento de diversos factores incidentes en la toma de la decisión médica y en la aceptabilidad pública, así como en el mejoramiento de la técnica operatoria, la que se lograría debido al desarrollo de nuevos y mejores elementos técnicos en el servicio de cirugía general, a la estructuración de un equipo multiprofesional altamente especializado que incluye al Ginecólogo-Obstetra, Anestesiista y Neonatólogo, además de notables adelantos en equipamiento y manejo de atención neonatal. Conjuntamente a la capacidad para atender en mejores condiciones de seguridad el parto por cesárea, también ha mejorado el diagnóstico de algunas de las indicaciones de esta intervención por medio de la monitorización cardio-fetal, Ultrasonido y de los modernos procedimientos auxiliares en la detección de la madurez y bienestar fetal.

Por otra parte, no se puede desconocer la influencia que a veces tiene sobre la decisión del Gineco-Obstetra posibles razones ajenas al enfoque estrictamente médico de la atención de parto. El progresivo incremento de problemas médico-legales por una supuesta práctica profesional inadecuada puede inducir a actitudes defensivas a expensas de una sana práctica médica. A su vez, cambios de relación médico-paciente han llevado en alguna medida a una posición neutra al paciente que solicita una operación cesárea no justificada médicamente (5).

1.- CONCEPTO

Se define operación cesárea como el acto quirúrgico mediante el cual se extraen el feto, la placenta y los anexos a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y uterina (Histerotomía). Esta definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura uterina o de un embarazo en esa localización, y a la denominada cesárea vaginal, procedimiento abandonado en la actualidad (5,20).

2.- CLASIFICACIÓN

- a) Cesárea Primaria: Denomínese así a la primera operación cesarea que se realiza en un paciente (6).

- b) Cesárea iterativa: La que se practica en una paciente que tiene el antecedente de dos o más cesáreas (o cicatrices uterinas previas) (8).
- c) Cesárea electiva: Aquella que se realiza antes del trabajo de parto, o antes de la aparición de cualquier complicación que pudiera constituir una indicación urgente (9). Esta indicación es de carácter excepcional en la obstetricia actual.
- d) Cesárea de urgencia: cuando la indicación surge por accidente en el embarazo o por una distocia insalvable del parto, en forma súbita (10).

3.- TIPOS DE CESÁREA

Una mínima reflexión sobre la actividad asistencial diaria en la sala de partos permite deducir que no toda cesárea tiene el mismo grado de urgencia. En el antecedido consenso sobre la cesárea se incluye una nueva clasificación que se divide en 4 categorías las situaciones de urgencia a la hora de realizar una cesárea (11).

Categoría 1. Cesárea urgente de realización inmediata: son aquellas situaciones obstétricas en que por existir una grave amenaza para la salud de la madre o del feto, requieren una intervención quirúrgica inmediata sin demora. Estas condiciones son:

- ✓ Grave estado general materno de cualquier índole.
- ✓ Sospecha de rotura uterina.
- ✓ Hemorragia intensa.
- ✓ Desprendimiento prematuro de placenta.
- ✓ Prolapso.
- ✓ Pérdida grave del bienestar fetal anteparto e intraparto.

Categoría 2. Cesárea urgente de realización no inmediata: Existe un riesgo insoslayable, que se va potenciando a medida que el tiempo pasa. La indicación de la cesárea obliga a una intervención quirúrgica en un tiempo juicioso y breve para evitar el deterioro progresivo de la salud materna o fetal. Así tenemos las siguientes:

- ✓ Distocia (parto estacionado, anomalías de posición y actitudes fetales, desproporción feto-pélvica y trastornos del descenso fetal).
- ✓ Fracaso de la inducción.
- ✓ Situación transversa.
- ✓ Presentación podálica.
- ✓ Prematuridad extrema.
- ✓ Tumor previo.
- ✓ Presentación en deflexión (frente, cara).
- ✓ Pérdida del bienestar fetal de menor gravedad (CIR, acidosis leve etc.).

Categoría 3. Cesárea no urgente (programada) que se pone de parto antes de la fecha prevista para su realización: No hay motivo de urgencia pero el adelantamiento imprevisto obliga, si persiste la indicación a realizarla en cuestión de horas, siempre dentro de la misma fecha o jornada de trabajo que ingresa la paciente.

Categoría 4. Cesárea Programada: No hay ningún tipo de urgencia. Esta categoría lo componen todas aquellas pacientes a quienes se les ha programado una cesárea y el parto no se desencadene antes de la fecha prevista.

- ✓ Placenta previa oclusiva o tumor previo.
- ✓ Presentación anómala (nalgas).
- ✓ Situación transversa persistente.
- ✓ Cesárea anterior con cicatriz no segmentaria.
- ✓ Cesárea iterativa.
- ✓ Embarazo múltiple (situaciones o presentaciones anómalas en el primer gemelo, gemelo en presentación no cefálica y gestación menor de 32 semanas, gemelos monoamnióticos y gemelos unidos).
- ✓ Restricción de crecimiento intrauterino.
- ✓ Sospecha de desproporción feto-pélvica.
- ✓ Algunas malformaciones fetales.
- ✓ Macrosomía.
- ✓ Infecciones maternas.
- ✓ Cesáreas acordadas o consensuadas.

Una variante, aún minoritaria, de la cesárea programada es la denominada cesárea a demanda.

- ✓ Por miedo al dolor o miedo a parir.
- ✓ Por temor a complicaciones maternas durante el parto.
- ✓ Por temor a complicaciones después del parto.
- ✓ Por temor a complicaciones fetales.
- ✓ Por miedo al fórceps u otros instrumentos obstétricos.
- ✓ Por antecedente de una experiencia obstétrica negativa.
- ✓ Porque dicen estar en su derecho de elegir el tipo de parto.
- ✓ Por comodidad y conveniencia socio-familiar o personal.

4.- INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

Algunos autores (12,13) las clasifican en: absolutas y relativas. Entre las indicaciones absolutas están: sufrimiento fetal agudo, desproporción feto-pélvica, desprendimiento prematuro de placenta severo, placenta previa sangrante u oclusiva, prolapso de cordón, inminencia de rotura uterina, presentación pelviana en el feto único al término de la gestación. Son casos raros 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 circunstancia en que se plantea también otra opción; entre las indicaciones relativas tenemos: trastorno hipertensivo del embarazo, distocias de rotación, detención de la dilatación y descenso de la cabeza, fracaso de la inducción, cesárea anterior y feto en presentación podálica, aunque éstas últimas pasaron prácticamente a ser absolutas.

Últimamente, se han agredido las opcionales en las cuales el médico elige antes que la paciente entre en trabajo de parto o al comienzo el mismo la conducta a seguir. Entre las principales tenemos, para esterilización, por solicitud de la madre (complacencia), comodidad del médico, honorarios más altos, el costo es mayor al parto vaginal.

Las indicaciones de cesárea son prácticamente las mismas en todos los lugares, lo que varía es el orden en que se utilizan en diversos hospitales y países. En Estados

Unidos, la primera indicación es cesárea anterior (8.5%), le siguen distocias (7.1 %), presentación podálica (2.6%), sufrimiento fetal agudo (2.3%) y otras (3.2%). Las indicaciones en Latinoamérica son en orden de frecuencia las siguientes: Cesárea anterior, Sufrimiento fetal agudo, desproporción feto-pélvica, presentación podálica y trastorno hipertensivo del embarazo (14).

Como vemos son múltiples las situaciones que pueden ser solucionadas con la operación cesárea. Sin embargo, ante un caso clínico concreto el médico debe basar su juicio en el criterio de que la cesárea se debe efectuar cuando el parto vaginal no es posible o cuando este signifique un mayor riesgo materno perinatal.

En un intento de sistematizar las indicaciones se las puede clasificar en indicaciones maternas, ovulares y fetales (5,13).

✓ **MATERNAS:**

○ Locales

- Distocia ósea
- Distocias dinámicas
- Distocias de partes blandas
- Tumores previos
- Inminencia de rotura uterina
- Plastías vaginales previas
- Herpes genital activo

○ Sistémicas

- Preeclampsia
- Hipertensión crónica grave
- Nefropatía crónica
- Tuberculosis pulmonar
- VIH – SIDA
- Cardiopatías

○ Fracaso de la Inducción

○ Antecedente de cesárea anterior

✓ **FETALES:**

- Colocaciones viciosas
 - Situación transversa
 - Pelviana
 - Frente cara
- Macrosomía fetal
- Vitalidad fetal comprometida
 - Sufrimiento fetal agudo
 - RCIU

✓ **MATERNO FETALES**

- Desproporción feto-pélvica
- Parto detenido

✓ **OVULARES**

- Placenta previa oclusiva total
- Desprendimiento normoplacentario
- Prolapso de cordón

4.1. INDICACIONES MATERNAS:

4.1.1. CAUSAS LOCALES:

4.1.1.1. Distocia ósea:

Cuando hablamos de distocias óseas nos referimos a la alteración en la pelvis con respecto a su tamaño, forma o inclinación; en esta clasificación podemos nombrar a la pelvis estrecha, en la cual hay disminución del diámetro del canal óseo, fundamentalmente el conjugado obstétrico; así mismo, en los casos de deformidad pélvica y tumores pélvicos.

Un factor considerado como contribuyente a la realización de la operación cesárea, es la raza, que interviene en las características de la pelvis, así como la talla y la edad, que son condicionantes de los diámetros de la pelvis. Una obstrucción marcada, que dificulte la salida del producto, puede justificar la realización de la operación cesárea, ya que si se intenta un parto normal podría producirse sufrimiento fetal agudo.

4.1.1.2. Distocias dinámicas.

Son aquellas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz e inadecuada para conseguir la dilatación cervical y/o el descenso de la presentación. Por lo tanto interfiere en la normal progresión del parto y en ocasiones puede producir deterioro del bienestar fetal (11). Entre las que encontramos a la inercia irreducible, la polisistolia, la hipertonía y el tetanismo, y la inversión de la triple gradiente descendente, siendo ésta una patología que se presenta con mayor frecuencia y su diagnóstico es eminentemente clínico. Además cabe mencionar en este rubro al trabajo de parto prolongado; algunos de los autores no lo refieren como causa de cesárea cuya complicación puede ser el sangrado del segmento inferior (15).

4.1.1.3. Distocia de partes blandas:

La distocia de canal blando del parto se produce a consecuencia de dos mecanismos, ya sea por un problema obstructivo o bien a una dificultad para la dilatación que sufren en el parto normal los órganos de la pelvis materna. Las principales causas de estos obstáculos se deben principalmente a tres fenómenos: malformaciones congénitas, tumoraciones (ya sean genitales o extragenitales) o lesiones ocupantes de espacio y atresias o cicatrices secundarias a traumatismos, infecciones o cirugías previas.

4.1.1.4. Tumor previo

Es una indicación de cesárea que se da ante cualquier estructura que se interponga entre la presentación fetal y el canal del parto, obstruyéndolo. Son causas frecuentes de tumor previo: la placenta previa oclusiva total, miomas uterinos, quistes ováricos. También se encuentran casos de riñón intrapélvico bajo prolapsado, tumores intestinales o vesicales.

4.1.1.6. Inminencia de rotura uterina

Indicación de cesárea de urgencia. En la cual la gestante empieza a presentar síntomas y signos característicos que si continúa en evolución podría conllevar a rotura uterina.

4.1.2. CAUSAS SISTÉMICAS:

4.1.2.1. Pre eclampsia-eclampsia

En la preeclampsia grave y en la eclampsia está indicada habitualmente la interrupción del embarazo como parte del tratamiento de la enfermedad. Debe intentarse el parto vaginal mediante la inducción oxitócica, a no ser que se asocien otras circunstancias como distocia de presentación, retardo de crecimiento fetal severo, evidencia de sufrimiento fetal frente a contracciones uterinas inducidas, o en condiciones obstétricas muy desfavorables (5).

4.1.2.2. Cardiopatías

La mayoría de los autores recomiendan el parto vaginal con aplicación de fórceps profiláctico para evitar los pujos del periodo expulsivo, reservando la operación cesárea para cuando existe indicación obstétrica. Sin embargo las cardiopatías con capacidad funcional III-IV concentran una mayor frecuencia de partos por

operación cesárea. La coartación de aorta con hipertensión arterial severa es aceptada como indicación de operación cesárea electiva para prevenir complicaciones graves como ruptura de la aorta y hemorragia arterial del territorio encefálico (5).

Cuando hay presencia de enfermedades sistémicas y médico quirúrgicas, éstas aumentan la morbi-mortalidad materno perinatal, además condicionando la operación cesárea. También es necesario considerar a las primigrávidas añosas, y los llamados "embarazos de alto riesgo", son aquellos que imponen un aumento probable o bien definido de los peligros para la vida o la salud de la madre o su descendiente.

Cabe recalcar que edades de la madre menores de 16 años y mayores de 35 años, número de embarazos (primigesta, multigesta), periodo intergenésico corto o prolongado, mala historia obstétrica (aborto, prematuridad, óbito fetal, hijos muertos menores de un mes de nacido, cesárea anterior, toxemia), presencia de enfermedades tales como anemia, enfermedad mental (psicosis, neurosis), enfermedad cardiovascular, pulmonar (TBC), cáncer, diabetes, enfermedades congénitas, antecedentes de ruptura uterina, cirugía cérvico-vaginal previa, LES, enfermedad del colágeno, entre otras son indicativas para catalogar un embarazo de alto riesgo y por lo mismo de la posibilidad de aplicación de cesárea (17).

4.1.3. Cesárea anterior

Hay pocos temas tan controvertidos en la obstetricia moderna como la atención de la mujer con una cesárea anterior. A pesar de que actualmente se está recuperando la práctica de parto vaginal post-cesárea, son pocos los sitios donde se intenta el parto vaginal a estas pacientes, aunque los hay con excelentes y buenos resultados (16).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ACOG (42) en el 2004 recomendó para la atención del parto por vía vaginal en mujeres con cesárea anterior que la conducta se tome de acuerdo a la complejidad del caso:

- a) **Nivel A:** Cesárea anterior con incisión segmentaria transversa, previa consulta con la paciente acerca del parto vaginal. La anestesia epidural puede usarse.
- b) **Nivel B:** Mujeres con incisión vertical baja que no se haya extendido al fondo uterino, no usar prostaglandinas para madurar el cuello o inducción del trabajo de parto.
- c) **Nivel C:** Contraindicado en mujeres con incisión clásica o en T y/o se haya extendido al fondo uterino. Roturas uterinas previas. Complicaciones médicas u obstétricas que impidan el parto vaginal.

La decisión debe ser tomada entre médico-paciente y la discusión documentada en la historia. Las roturas uterinas pueden ser catastróficas, el nacimiento por vía vaginal debe atenderse en instituciones equipadas para responder a las emergencias y médicos disponibles.

Los riesgos de rotura uterina en cesárea anterior según la ACOG (20) en relación al tipo de incisión son:

- ✓ Uterina clásica de 4.0 % a 9.0 %
- ✓ En forma de T de 4.0% a 9.0%
- ✓ Vertical baja 1.0 % a 7.0 %
- ✓ Transversa baja 0.2 % a 1.5 %

4.2. INDICACIONES FETALES

4.2.1. Distocias de presentación

Constituyen causa de operación cesárea la situación transversa en trabajo de parto con feto vivo, la presentación de frente con feto a término, la presentación de cara con el mentón en posición posterior, la prociencia de extremidad inferior en la presentación cefálica y en algunas circunstancias la presentación podálica. La presentación podálica en primigestas es aceptada en nuestro medio como indicación de cesárea, debido a que la pelvis no ha sido probada con un parto anterior. En múltiparas se indica operación cesárea, si el peso fetal estimado es menor a 2000 gr. y superior a 3500 gr., si se comprueba en el trabajo de parto, mediante ecografía, una deflexión o exceso de volumen cefálico, o si las condiciones obstétricas son desfavorables: rotura prematura de membranas con cuello uterino inmaduro, falta de progresión de la dilatación cervical, presentación muy alta, cesárea anterior, etc. El problema clínico más frecuente se refiere a casos con grados mínimos de deflexión craneana o a malas rotaciones en las que el trabajo de parto es irregular o a partos en podálica con indicaciones controvertidas.

4.2.2. Sufrimiento fetal agudo

En el año 2002 se utilizó vigilancia fetal electrónica en 85% de los trabajos de parto en Estados Unidos (18). Su uso aumenta la tasa de cesáreas tal vez hasta el 40% (19). Infortunadamente a pesar del optimismo inicial, se ha establecido que la atención basada en la vigilancia electrónica no es mejor para disminuir el riesgo de parálisis cerebral o muerte perinatal que la basada en la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal. De hecho el recurrir a una cesárea en si no ha tenido efecto en el pronóstico del desarrollo neurológico del lactante. Scheller y Nélon, en un informe de los National Institutes of Helth, y Lien et al., presentaron datos que

refutaron de manera específica cualquier vínculo entre cesárea y la parálisis cerebral y las convulsiones.

Con respecto al diagnóstico del sufrimiento fetal agudo, son recomendaciones de la American Academy of Pediatrics y del American College of Obstetricians and Gynecologists (2002) que los servicios de atención obstétrica tengan la capacidad para el inicio de una cesárea en los 30 minutos siguientes a la decisión de realizarla (20).

4.2.3. Fetos de muy bajo peso

El pronóstico de fetos de 500 a 1500 gr. en presentación cefálica, es similar en el parto vaginal y en la operación cesárea. En cambio en fetos de este rango de peso en presentación podálica, la operación cesárea ofrece mejores posibilidades de vida (17).

4.2.4. Anomalías fetales

La operación cesárea beneficia los casos de: hidrocefalia con o sin tubo neural expuesto, teratomas sacrocoxígeos de gran tamaño, arritmias cardíacas refractarias al tratamiento, defectos de la pared abdominal (gastrosquisis y onfalocele).

4.2.5. Embarazo múltiple

En general, se indica cesárea cuando el primer feto está en presentación podálica o situación transversa. Cuando se trata de un embarazo triple o de mayor número de fetos se recomienda cesárea por la frecuente coexistencia de prematuridad, discrepancia de pesos fetales y malas presentaciones.

4.2.6. Púrpura trombocitopénica autoinmune

Se indica cesárea cuando el recuento de plaquetas fetales obtenidas del cuero cabelludo fetales o cordocentesis indica menos de 50.000 plaquetas por mm (5).

4.3. INDICACIONES MATERNO-FETALES

4.3.1. Desproporción feto-pélvica:

Constituye una de las causas más frecuentes de indicación de operación cesárea.

En ocasiones este diagnóstico es evidente, ya sea por tratarse de una pelvis estrecha con un feto de tamaño normal, o de una pelvis límite con un feto macrosómico. O en otras ocasiones el diagnóstico no es tan evidente y debe recurrirse a la prueba de trabajo de parto para confirmarlo. En la práctica se abusa de este diagnóstico, vale decir, se rotula como desproporción feto-pélvica una relación de la pelvis con el ovoide fetal, no claramente demostrada como inadecuada.

La prueba de trabajo de parto que permite hacer el diagnóstico de desproporción feto-pélvica, debe realizarse en la fase activa del trabajo de parto, con una dilatación de cuello uterino mayor a 3 cm., con dinámica uterina de 4 contracciones en 10 minutos, con rotura artificial de membranas ovulares y con anestesia de conducción. En estas condiciones, la proporcionalidad feto-pélvica se refleja por el encajamiento de la presentación y el avance de la dilatación del cuello uterino en 1 a 2 cm por hora. Si al cabo de 2 a 3 horas la presentación no se encaja y la dilatación no progresa, se puede concluir que estamos frente a una desproporción feto-pélvica y a una prueba de trabajo de parto fracasada debiendo indicar operación cesárea con ese diagnóstico (5). La prueba de trabajo de parto debe ser realizada por un profesional competente, con permanente y rigurosa monitorización de la dinámica uterina, de las condiciones fetales y del progreso de trabajo de parto.

4.4. INDICACIONES OVULARES

4.4.1. Placenta previa:

Placenta previa oclusiva total es indicación de cesárea electiva, previa confirmación de la madurez pulmonar fetal. Independientemente del tipo de placenta previa la hemorragia grave es indicación absoluta de cesárea. El diagnóstico de la placenta previa marginal no excluye por sí misma el parto vaginal. Los síntomas y signos, el ultrasonido vaginal-abdominal y la edad gestacional son elementos importantes de juicio para la decisión de la vía de parto.

4.4.2. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con feto viable y vivo:

Se procede a practicar rotura artificial de membranas y cesárea inmediata, salvo que exista buen registro fetal (electrodo al cuero cabelludo fetal), documentación de tono intrauterino de reposo menor de 15 mmHg y estabilidad hemodinámica materna, en cuyo caso se podrá optar por el parto vaginal (5). También se realizará parto vaginal cuando la dilatación este muy avanzada y no sea factible el parto por cesárea. Con feto muerto se recomienda la rotura artificial de membranas, a la expectativa de un parto vaginal. El parto vaginal será alternativa dependiente del grado de desprendimiento placentario y del shock. Si se presenta compromiso progresivo del estado general o del músculo uterino se debe practicar cesárea con miras a salvar la vida de la madre y la integridad del útero.

4.4.3. Prolapso del cordón umbilical:

Es una indicación de cesárea de urgencia, a menos que el cérvix este plenamente dilatado y el feto encajado, donde la aplicación de un fórceps puede ser la elección. Cuando se produce el accidente y se decide la operación cesárea, mientras se extrae el feto, se debe colocar a la paciente en posición de Trendelenburg, en tanto un

ayudante mantiene la presentación por encima del cordón colocando sus dedos en el interior del cuello uterino entre la presentación y la pared uterina.

5. CONTRAINDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

En el momento actual la cesárea no tiene, virtualmente, contraindicación alguna, excepto el hecho de no estar correctamente indicada (13). No obstante, la cesárea se indica con menos frecuencia si el feto está muerto o si es demasiado pequeño para sobrevivir. Por otra parte siempre que el mecanismo de coagulación materna está seriamente trastornado, es muy aconsejable que en el parto se reduzca al mínimo las incisiones.

6. COMPLICACIONES MATERNAS DE LA OPERACIÓN CESÁREA

A pesar de la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal y aunque es indiscutible que las cesáreas bien indicadas protegen las vidas de la madre y el niño en situaciones de emergencia, no pueden soslayarse los riesgos del procedimiento. Hoy en día se reconoce que en el 46,8% de la mortalidad materna directa está presente, de una u otra forma, la cesárea (21,22).

Se pueden considerar las siguientes:

1. Intraoperatorias: las llamadas inmediatas que pueden producirse durante la operación:

1.1. Dependientes de la anestesia: pueden ser de origen respiratorio como la hiperventilación, hipoventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, broncoaspiración y broncoconstricción, apnea y paro respiratorio. Cardiovasculares como hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia y paro cardiaco.

1.2. Hemorragias: es la más común e importante, cuyo origen puede ser de la herida visceral, de los bordes de la misma o del sitio de la inserción placentaria.

1.3. Lesiones del aparato urinario: aunque las lesiones son poco frecuentes, la vejiga es el órgano más dañado.

1.4. Lesiones intestinales: son raras y se suelen vincular con laparotomías previas. Así mismo pueden afectar a ciego y sigmoides.

1.5. Dificultad para extraer el feto en cuyo caso deberá ampliarse la incisión.

2. Postoperatorias: se consideran las siguientes complicaciones:

2.1. Mediatas:

2.1.1. Dependientes de la anestesia. Tales como bronconeumonía, tos, vómitos, cefalea post-anestesia espinal, parestesias de miembros inferiores y/o impotencia funcional, meningismo y sepsis meníngea.

2.1.2. Infecciosas: La frecuencia de infecciones en partos vaginales es de 1.3%, cifra que contrasta con 13% observado entre mujeres con cesárea. Por su frecuencia, el desarrollo de infecciones constituye una de las principales complicaciones asociadas con la cesárea y uno de los principales motivos de rehospitalización (23). De entre éstas, la mayoría corresponde a afecciones de la herida quirúrgica, ocurre en el 2.5 a 16% de las cesáreas, generalmente a los 7 días, los factores de riesgo son la obesidad, diabetes y el aumento de tiempo en el cierre de la herida operatoria. La infección de las vías urinarias oscila entre 2 a 16%, se relaciona con el sondaje vesical.

2.1.3. Endometritis: La endometritis también ha sido asociada con la práctica de cesárea. Diversos estudios señalan una frecuencia de 13.24% en México (24); 14% en Canadá (25); y 20% en Estados Unidos de América del Norte en cesáreas en general y 16.9% en mujeres sometidas a cesáreas electivas de repetición. En algunos casos, la endometritis puede ser tan severa que ocasiona septicemias fatales (26,27).

2.1.4. Tromboembolismo pulmonar. Principal causa de muerte relacionada con la cesárea. Es 4 veces más frecuente que en el parto vaginal, lo que se incrementa cuando existen factores de riesgo en la mujer. Tromboflebitis y trombosis de venas profundas.

2.1.5. Íleo post-cesárea: se minimiza evitando la manipulación innecesaria de los intestinos y eliminando al máximo los residuos (sangre, agua, etc.).

2.2. Tardías:

2.2.1. Fístulas, eventraciones, dehiscencia de cicatriz uterina en partos ulteriores.

2.2.2. Absceso, hematoma de la pared abdominal.

2.2.3. Adherencias o bridas: (0.5 por 1000 cesáreas, contribuyen a obstrucción intestinal y a la incidencia de embarazo ectópico).

2.2.4. Placentación anormal.

7. COMPLICACIONES NEONATALES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

Diversos estudios señalan, un aumento tanto de la morbilidad neonatal asociada al nacimiento por cesárea (28), como de las mortalidades intraparto o neonatal temprana (29,30). Las cesáreas llevadas a cabo antes del término de la gestación se asocian con prematuridad iatrogénica, la cual propicia el desarrollo de cuadros respiratorios severos.

El hecho de que la cesárea se realice antes de iniciada la fase de labor, también aumenta la posibilidad de que los recién nacidos desarrollen patologías respiratorias (síndrome de dificultad respiratoria en el periodo neonatal). Se estima una incidencia de síndrome de dificultad respiratoria de

4.1 casos por cada mil cesáreas de repetición practicadas antes del inicio de labor.

La cesárea en sí misma y el momento en el cual se realiza no son los únicos factores asociados al desarrollo de patología respiratoria. El uso de anestesia regional se ha vinculado con la presentación de acidemia respiratoria aguda en niños nacidos por esta vía, al igual que la placenta previa. Por otra parte, se ha reportado un caso de rigidez de la pared torácica en un recién nacido por cesárea la cual se consideró secundaria a la administración de Fentanil a la madre. También se ha observado un impacto en la respuesta inmune de los recién nacidos debido a los medicamentos administrados a la madre.

La incisión quirúrgica también puede provocar daños al producto. Se encontró una incidencia de 1.8% de lesiones ocasionadas por el bisturí, en el total de cesáreas estudiadas (31). Aunque la mayoría de éstas no requirió tratamiento específico, en 25.8% se registró daño en zonas de importancia estética, como frente, pómulos o mejillas.

La prolongación de la estancia hospitalaria de niños nacidos por cesárea, aumenta el riesgo de adquirir una infección nosocomial debido a la intensa exposición a microorganismos, que además son muy diversos. Por otra parte, se ha encontrado que la flora entérica de los niños nacidos por cesárea con mayor frecuencia incluye, *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter* o *Citrobacter* (32). De igual forma, se observa una modificación en los patrones de colonización de la flora intestinal en estos niños, la misma que puede perdurar hasta seis meses después del nacimiento.

El nacimiento por cesárea también influye de manera indirecta en la posibilidad de presentar infecciones porque afecta las pautas de inicio y/o duración de la lactancia materna. Asimismo, diversas investigaciones indican: en Brasil, un acortamiento de la duración de la lactancia materna (33), y un

riesgo tres veces superior de interrumpirla durante el primer mes de vida (34); una tendencia a adoptar lactancia artificial en China (35).

8. CAUSAS DE INCREMENTO DE CESÁREAS

No se comprenden de manera completa los motivos por los que la tasa de cesáreas se multiplicó entre 1965 y 1988 y su continuo incremento, pero las siguientes son algunas explicaciones:

- ✓ Las mujeres tienen cada vez menos hijos, por lo que en mayor porcentaje de los nacimientos ocurre en nulíparas, que tienen mayor riesgo de cesárea.
- ✓ La edad materna promedio está aumentando y las mujeres añosas, en especial cuando son nulíparas, tienen mayor riesgo de cesárea.
- ✓ Hay un amplio uso de la vigilancia fetal por medios electrónicos, técnica que se vincula con una mayor tasa de cesáreas en comparación con la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal. Aunque la cesárea realizada principalmente por sufrimiento fetal constituye sólo una pequeña parte de esas operaciones, en muchos otros casos la preocupación por un trazo anormal o no alentador de la frecuencia cardíaca fetal disminuye el umbral para recurrir a la cesárea por avance anormal del trabajo de parto.
- ✓ La tasa de inducción de parto continúa aumentando y, sobretodo en nulíparas aumenta el riesgo de cesárea.
- ✓ La prevalencia de obesidad ha aumentado de manera notoria y ese trastorno también incrementa el riesgo de cesárea.
- ✓ La preocupación por la posibilidad de litigios por negligencia médica ha contribuido mucho a la tasa actual de cesáreas. Hace más de un decenio se informó que el no haber hecho una cesárea para evitar los resultados neurológicos neonatales adversos o la parálisis cerebral era fundamento de la queja predominante de obstetricia en Estados Unidos (Physicians Insurance Association of America, 1992). Aunque los datos más recientes se agregan de manera diferente, sugieren que esa cifra ha cambiado poco. De manera específica, en el año 2001 un lactante con daño cerebral fue la

causa de reclamaciones de 40% de todas las indemnizaciones médico-legales pagadas por gineco-obstetras (Physicians Insurance Association of America, 2002) (36). Esa realidad es especialmente problemática en vista a la bien demostrada falta de relación entre la cesárea y alguna disminución de los problemas neurológicos infantiles. Según Foley et al. (2002), la incidencia en convulsiones neonatales y parálisis cerebral no disminuyó conforme aumentó la tasa de cesáreas.

- ✓ Hoy se hacen algunas cesáreas electivas por preocupación en cuanto a lesiones del piso pélvico vinculadas con el parto vaginal.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

TITULO: “EVALUACIÓN DE INDICACIONES DE CESÁREA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO MÉDICO NAVAL – LIMA.2004”.

TESIS PARA TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO DE LA UCSM.

AUTOR: MAY MALAGA, LUIS RENATO

FECHA Y LUGAR: AREQUIPA – PERÚ 2005. PUBLICACIÓN 00569

RESUMEN: Realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el servicio de Obstetricia del Centro Médico Naval Lima con el objetivo de evaluar las indicaciones de cesárea en dicho centro, durante el año 2004. Encontrando que la incidencia de cesárea en el Servicio de obstetricia del Centro Médico Naval Lima durante el año 2004 fue de 40,62% (271 casos). Correspondiendo las cesáreas no justificadas a 20.30% (55 casos). Concluyendo que la incidencia de cesárea en este centro médico es una de las más altas y existen indicaciones en muchos casos no pertinentes del procedimiento siendo la cesárea anterior la principal.

TITULO: “ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO.

AREQUIPA 2000”. TESIS PARA TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO DE LA UCSM. AUTOR: LIRA BARRIALES MARÍA OLIVIA

LUGAR Y FECHA: AREQUIPA – PERÚ 2001. PUBLICACIÓN 0256

RESUMEN: Estudia en el hospital nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo ESSALUD Arequipa, la demanda de atención por cesárea, encontrando que esta tiene tendencia ascendente. Entre 1998 y el 2000, el incremento del número de cesáreas fue de 14-8%. En cuanto a características epidemiológicas tenemos que: a) El promedio de edad de las pacientes cesareadas fue de 31.5 años. El 30.94 % de las pacientes tuvo entre 25 y 29 años, b) El 75.33% de las cesareadas fueron primigestas nulíparas, c) 69.06% de pacientes no tuvieron ningún aborto, d) No tuvieron cesáreas previas el 63.68% de las pacientes, y un 12.11% tuvieron cesáreas iterativas. Encuentra también una concordancia diagnostica mas allá de la casualidad, entre pre y post – operatorio, de 90%.

TITULO: “EVALUACIÓN DE LA PERTINENCIA DE LA INDICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA”. TESIS PARA TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO DE LA UCSM.

AUTOR: TACO SÁNCHEZ MARÍA DEL ROSARIO.

LUGAR Y FECHA: AREQUIPA – PERÚ 2006. PUBLICACIÓN 00695

RESUMEN: Evalúa la pertinencia de la indicación y las características de la cesárea en el servicio de obstetricia del hospital regional Honorio delgado. Revisando una muestra representativa de 250 historias de gestantes sometidas a intervención cesárea que evalúan la justificación de la indicación , la oportunidad de la misma , otras acciones previas al procedimiento y su relación con el daño materno – fetal. Concluyendo que la frecuencia de la cesárea no pertinente es relativamente baja en comparación a otros establecimientos y que su indicación adecuada ha permitido la disminución de complicaciones tanto maternas como fetales.

TITULO: “INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA ENTRE EL 1 DE ENERO DEL 2006 HASTA EL 31 DICIEMBRE DEL 2010”. TESIS PARA TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO DE LA UNSA.

AUTOR: QUISPE MANCILLA, JOEL

LUGAR Y FECHA: AREQUIPA – PERÚ 2012.

RESUMEN: Donde se encuentra que la incidencia creció de 27.47 casos por cada 100 partos en el 2006 a 37.31 casos por 100 partos en el 2010. El 73.07% fueron cesáreas primitivas, el 60.92% se trato de casos de urgencia, y el 20.81% fue motivado por cesárea anterior.

4.- OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia y las principales indicaciones de cesárea en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a. Establecer la frecuencia de cesáreas realizadas en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013.
- b. Determinar cuáles son las principales indicaciones de cesárea en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013.
- c. Establecer las características epidemiológicas de las pacientes que fueron sometidas a operación cesárea en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013.
- d. Determinar las características Clínicas y somatométricas de los recién nacidos de pacientes con indicación de cesárea en Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013.
- e. Establecer la oportunidad de la Cesárea en pacientes atendidas en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013?
- f. Determinar la justificación de la Cesárea en pacientes atendidas en la Clínica Arequipa, Enero- Diciembre 2013?

5.- HIPOTESIS

Dada la naturaleza descriptiva y retrospectiva del presente estudio, no posee hipótesis.

III.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- Técnicas instrumentos y materiales de verificación

1.1 Técnica:

Utilizaremos el registro de datos descriptivo en una ficha de recolección propuestas en el anexo (1).

1.2 Instrumento

Ficha de recolección de datos

1.3 Materiales de verificación

- ✓ Fotocopias de ficha de recolección de datos
- ✓ Laptop
- ✓ Impresora
- ✓ Sistema operativo Windows 7
- ✓ Procesador de texto Word 2010
- ✓ Soporte estadístico SPSS for Windows.

2.- Campo de verificación:

2.1.- Ubicación espacial:

La investigación tendrá lugar en el Área de hospitalización de Clínica Arequipa SA.

2.2.- Ubicación temporal:

El presente estudio involucrará a la observación de todos los casos de cesárea realizados en el Clínica Arequipa, Enero – diciembre del 2013

2.3.- Unidad de estudio:

Tomaremos todos aquellos casos de cesárea que cumplan con los siguientes criterios.

2.3.1 Criterios de Inclusión:

- ✓ Pacientes gestantes a las que se les realizó cesárea en Clínica Arequipa de Enero a Diciembre del año 2013
- ✓ Partos por cesárea debidamente registrados

2.3.2 Criterios de Exclusión:

- ✓ Historias clínicas extraviadas
- ✓ Historias clínicas incompletas

2.3.3 Universo

Está constituido por todas las gestantes que fueron sometidas a una cesárea en Clínica Arequipa de Enero a Diciembre del año 2013

2.3.4 Tamaño de la muestra

Estará constituida por todas las gestantes que cumplen con los criterios de inclusión.

3. Estrategia de recolección de datos:

3.1.- Organización:

- ✓ Solicitud formal a la facultad de Medicina de la UCSM, contando con el proyecto de tesis.
- ✓ Planteamiento y permiso del Gerente médico de la Clínica Arequipa SA.

3.2.- Recursos

3.2.1.- Humanos:

- ✓ El Autor
- ✓ El Asesor
- ✓ El asesor estadístico
- ✓ Grupo recolector de datos

3.2.2.- Físicos

- ✓ Ficha de anotaciones

3.2.3.- Económicos:

- ✓ Autofinanciado

3.3 Pruebas estadísticas.

- ✓ Descriptiva: Análisis de frecuencia, Proporciones y medidas de centralización.

3.4 Criterios o estrategias para el manejo de resultados

Se ordenará la información que se obtenga, se analizará los resultados y de ser necesario se aplicará pruebas de estadística inferencial.

IV.- CRONOGRAMA DE TRABAJO:

TIEMPO ACTIVIDADES	2013								2014			
	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión bibliográfica												
Elaboración de proyecto												
Aprobación del proyecto												
Recolección de datos												
Procesamiento, análisis e interpretación de datos												
Elaboración del informe final												

Empieza el 2 de Noviembre del 2013, hasta el 25 Enero del 2014.

V. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. Kehlet H, Dahl IB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet*. 2003; 362(9399): 1921-28.
2. Leone T, Padmadas SS, Matthews Z. Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries. *SocSciMed*. 2008; 67(8): 1236-46.
3. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ*. 2000; 321(7275): 1501-5.
4. Turcotte L, Robst J, Polachek S. Medicaid coverage and medical interventions during pregnancy. *International journal of health care finance and economics*. 2005; 5(3): 255-71.
5. Pérez Sánchez Obstetricia. 3era Edición 2005 Publicaciones Técnicas mediterráneo Ltda. Chile.
6. Benson R, Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétricos. 3ra Edición. 1986 Editorial Manual Moderno S.A.
7. Instituto Peruano de Perinatología: Normas y procedimientos de obstetricia; Marzo 1995. Perú.
8. Llerena S. Operación cesárea en el Hospital Central Sur N°2, 1 de enero 1995-31 diciembre 1996. Tesis Br. En medicina 1998.
9. Current de Ginecología y Obstetricia. Diagnostico y tratamiento Gineco-obstétricos. 8va Edición. 2003 Editorial el Manual Moderno, S.A.
10. Bemal Z. La operación cesárea durante los años 1985-1989 en el servicio de Obstetricia del Hospital Goyoneche - Arequipa. Tesis de Medicina UNSA 1992.
11. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia SEGÓ. 2007 Grupo ENE Publicidad, S.A. Madrid.
12. Suárez Ocando D. Cesárea. En: Zighelbo.

13. Guariglia, editores. Clínica Obstétrica. 2ª edición. Bogotá: Editorial Disinlimed; 2007.
14. Belitzky R. El nacimiento por cesárea hoy. Salud Perinatal. Boletín del Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). 1999; 3:101.
15. Scharcz RL, Fescina R, Diverges C. Obstetricia. 6ª Edición. Buenos Aires. El Ateneo 2009.
16. Quiroz R, Operación cesárea: complicaciones en el Hospital Goyoneche, Diciembre 1998 - mayo 1999; Tesis de Br. En Medicina UNSA 1992.
17. ACOG Compendium of selected publications. 2007; 54:748-754.
18. Ortega R. Operación cesárea en el Hospital General Manuel Butrón de Puno Tesis Br en Medicina UNSA 1992
19. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: Final data for 2002. National Vital Statistics Reports, Vol 52, N° 10. Hyattsville, Md, National Center for Health Statistics, 2002.
20. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Gilstrap m LC, Hauth JH, Wenstrom KD. Obstetricia de Williams. 22ª edición. México: Mac Graw-Hill; 2006.
21. Makowsky EL. Results of management of patients with very low birth weight fetuses. Perinatal Resources, Inc Faculty Publications Lecture. 1999, Update in obstetrics and gynecology. St Thomas, US Virgin Islands, 1999.
22. Rigol R O. Obstetricia y Ginecología. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
23. Marocco A. "Cuatro de cada diez partos son por cesáreas". Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2006.
24. Lydon-Rochelle M, Hoft VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. JAMA 2000; 283(18):2411-6
25. Olivares-Morales AS, Santiago-Ramírez JA, Cortés-Ramírez P. Frecuencia e indicaciones de la cesárea en el Hospital Central Militar. Ginecol Obstet Mex 1996; 64:79-84.

26. Smith GC. A population study of birthweight and the risk of caesarean section: Scotland 1980-1996. *Br J Obstet Gynecol* 2000; 107 (6):740-4.
27. Parker KM, Embry JH. Fatal post-cesarean endometritis: report of two Alabama cases. *Ala Med* 1995; 64:13-6.
28. Urrio TF. Maternal deaths at Songea Regional Hospital, Southern Tanzania. 2001; 68:81-7.
29. Sandmire HF, DeMott RK. The Green Bay Cesarean Section Study. III. Falling cesarean birth rates without a formal curtailment program. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 170:1790-9.
30. Boo NY, Nasri NM, Cheong SK, Sivamohan N. A 2-year study of neonatal mortality in a large Malaysian hospital. *Singapore Med J*. 2001; 32:142-7.
31. Mavalankar DV, Trivedi CR, Gray RH. Levels and risk factors for perinatal mortality in Ahmedabad, India. *Bull World Health Org* 2001; 69:435-42.
32. Morini A, Cantonetti G, Spina V, Bonessio L. Lesiones fatales debidas a bisturí durante cesárea: un estudio de 58 casos. Los registros de 3,117 cesáreas ocurridas durante 5 años en el Instituto Clínico de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Roma "La Sapienza". *Minerva Ginecol* 2005; 47:305-14.
33. Adlerberth I, Carisson B, De Man P, Jalil F., Khan SR, Larsson P., et al. Intestinal colonization with Enterobacteriaceae in Pakistani and Swedish, 2001; 80:602-10.
34. Barros FC, Victora CG. Breastfeeding and diarrhea in Brazilian children. *Demographic and Health Surveys Further Analysis Series No. 3*. NY: The Population Council and Demographic and Health Surveys Program; 2000.
35. Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidencia y duración de la lactancia por tipo de parto: un estudio longitudinal en el sureste de Brasil. *Rev Saude Publica* 2008; 32:225-31.
36. Physicians Insurance Association of America: Data Sharing System, Report N°4 Pennington NI, PIAA, 2002.