



RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga y correlacionar el diagnóstico clínico- quirúrgico durante el año 2010.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de la prevalencia y Correlación Clínico- Quirúrgico de las Cesáreas, del periodo 2010, en el Hospital "José Carrasco Arteaga", estudiándose todo el universo. Se seleccionaron como variables: Edad, Estado civil, Instrucción, Residencia, Controles Prenatales, Motivo de la Cesárea, Trabajo de parto, Médico que realiza la intervención, tipo de incisión, Diagnóstico Quirúrgico.

Resultados: En el HJCA durante el año 2010, la intervención cesárea representa el 32.83% del total de nacimientos en ese año, las mujeres entre los 24-33 años, con instrucción secundaria y superior, son las que con mayor frecuencia se someten a este tipo de intervención, a pesar de haberse realizado un adecuado control prenatal. Del total de cesáreas, el 65.9% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal causa el antecedente de una cesárea anterior (36,54%), seguida de distocias fetales, Compromiso del bienestar fetal, y la Hipertensión arterial relacionada con el embarazo. Tan solo en un 51.84% existen correlación clínico- quirúrgica, en tanto que un 48.16% no presenta esta relación existiendo una variación del 10% entre los diagnósticos pre y post cesárea.

CONCLUSIÓN: El porcentaje de cesáreas ha ido incrementando considerablemente tanto el ámbito de salud privado como público, superando así lo recomendado por la OMS, por lo tanto es necesario establecer parámetros que permitan una mejor valoración clínica de la materna, para evitar una cesárea innecesaria, disminuyendo así el riesgo en la salud del binomio madre- hijos, así como también reducir gastos institucionales.

PALABRAS CLAVE.- CESÁREA, DIAGNÓSTICO CLÍNICO, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y OPERATIVOS, ESTUDIOS TRANSVERSALES - ESTADÍSTICAS Y DATOS NUMÉRICOS.



ABSTRACT

OBJETIVE: To establish the prevalence of cesareans in the José Carrasco Arteaga Hospital, and correlate the diagnosis clinical- surgical during the year 2010.

MATERIALS AND METHODS: we realized a descriptive retrospective study of the permanence and correlation clinical-surgical of the cesareans of the period 2010 in the José Carrasco Arteaga Hospital, further explored the whole universe. They were selected as variables: age, marital status, education, residence, prenatal controls, causes of the cesarean, labor work, doctor who realized the operation, type of incision, and surgical diagnosis.

RESULTS: In the José Carrasco Arteaga Hospital during the year 2010, the cesarean intervention represents 32,83% of the total of births during this year, women between 24 and 33 years with secondary and higher education, they are those who with major frequency choose this type of operation, although they had an appropriate prenatal control. Of the total of cesareans the 65, 9% corresponds to the realized ones for emergency; the principal reason for this was a previous cesarean (36, 54%), followed the fetal dystocia. Agreement of fetal welfare, and the high blood pressure related to the pregnancy. Only in 51, 84% they exist correlation clinical- surgical, while in 48, 16% does not present this relation so there is a variation of 10% between the diagnosis pre and post cesarean.

CONCLUSION: the percentage of cesareans had been increasing considerably in the areas of private and public health, exceeding this way the recommended for the OMS, for this reason it is necessary to establish parameters that allow a better clinical valuation of the maternal to avoid an unnecessary cesarean, and thus we can reduce the risk in the health of the binomial mother - children, as well as also to reduce institutional expenses.

KEY WORDS: CESAREAN, CLINICAL AND SURGICAL DIAGNOSIS.

**CONTENIDO**

1.1 INTRODUCCION	11
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.3 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	16
CAPÍTULO II	17
2.1 FUNDAMENTO TEORICO	17
CAPÍTULO III	31
OBJETIVOS.....	31
3.1 OBJETIVO GENERAL	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
CAPITULO IV.....	32
METODOLOGIA	32
4.1 Tipo de Estudio:	32
4.2 Área de Estudio:.....	32
4.3 Población de estudio:.....	32
4.4 Universo:.....	33
4.4.1Criterios de Inclusión.....	33
4.4.2Criterios de Exclusión	33
4.5 Variables:	33
4.5.1 Operacionalizacion de las variables.....	33
4.6 Métodos para la recolección de la información.	33
4.7 Plan de tabulación y análisis.....	33
4.8CONSIDERACIONES ÉTICAS.	34
CAPITULO V.....	35
RESULTADOS	35
TABLA N° 1.....	35
TABLA N° 3.....	37
TABLA N° 4.....	38
TABLA N° 5.....	39
GRÁFICO N° 6.....	40
TABLA N° 7.....	41



TABLA N° 8.....	42
TABLA N° 9.....	43
TABLA N° 10.....	44
TABLA N° 11.....	45
TABLA N° 12.....	46
TABLA N° 13.....	47
TABLA N° 14.....	48
TABLA N° 15.....	49
TABLA N° 16.....	50
TABLA N° 17.....	51
TABLA N° 18.....	52
CAPITULO VI.....	54
6.1 DISCUSIÓN.....	54
CAPÍTULO VII.....	58
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
6.1 CONCLUSIONES.....	58
6.2 RECOMENDACIONES.....	59
CAPÍTULO VIII.....	61
BIBLIOGRAFÍA.....	61
CAPÍTULO IX.....	64
ANEXOS.....	64



Nosotros, Daira Alejandra Patiño Mora, Andrea Paola Pineda Monge, Diana Natali Polo Tapia, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autoras.

Nosotros, Daira Alejandra Patiño Mora, Andrea Paola Pineda Monge, Diana Natali Polo Tapia, certificamos que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de las autoras



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO
DE PREVALENCIA Y CORRELACIÓN CLÍNICO - QUIRÚRGICO DE
CESÁREAS EN EL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA” AÑO 2010**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORAS: DAIRA ALEJANDRA PATIÑO MORA.
ANDREA PAOLA PINEDA MONGE
DIANA NATALI POLO TAPIA.**

DIRECTOR: DR. JAIME ÑAUTA

ASESORA: DRA. LORENA MOSQUERA V.

**CUENCA, ECUADOR
2011**



DEDICATORIA

Con el mayor aprecio del mundo dedico esta tesis a mis queridos padres, quienes constituyen mi mayor ejemplo de superación y crecimiento personal y a mi querida hermana, amiga incondicional de tantos avatares.

También a los futuros médicos gineco obstetras para que cuenten con un material de apoyo en su práctica diaria; y a la población femenina cuencana para que tengan una orientación adecuada al momento de su parto.

Daira Alejandra



DEDICATORIA

Para lograr y conseguir cada objetivo de la vida, no solamente es necesario el esfuerzo personal, por ello creo necesario reconocer y dedicar este trabajo a mi familia, en especial a mi padres que día a día, me han brindado su apoyo incondicional, sin importar las circunstancias, y sobre todo dedicar al autor de mi vida a mi Dios, quien me ha regalado a muchas personas especiales en esta vida, quienes también han contribuido para mi superación personal, además de brindarnos la capacidad para realizar nuestros proyectos.

Andrea Paola



DEDICATORIA

Cada meta que se consigue en la vida llega de un camino recorrido en donde nuestros padres nos han llevado de la mano dando su amor esfuerzo y dedicación, constituyendo el pilar en nuestra vida, hoy que se cumple un sueño mas le dedico a mis padres por la perseverancia que tuvieron día a día enseñándome a luchar y dar lo mejor de mi, a mis hermanos por el apoyo y el ejemplo que me brindaron, a mis compañeras por la dedicación que se puso en este trabajo, y sin duda a la persona que a compartido conmigo dándome su cariño, en quien encuentro el apoyo incondicional y las ganas de luchar por conseguir mis sueños.

Diana Natali



AGRADECIMIENTO

A nuestros estimados maestros Dr. Jaime Ñauta y Dra. Lorena Mosquera por su constante apoyo y guía para la elaboración de este trabajo; al Hospital “José Carrasco Arteaga” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y su personal por facilitarnos la obtención de datos para la debida investigación; y, a nuestros padres, por acompañarnos y enseñarnos a asumir retos y afrontar las dificultades de manera positiva.

Las Autoras.



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

Es conocido que el número de cesáreas ha aumentado mundialmente, estudios realizados a nivel local demuestran que hay una prevalencia del 24,9% de cesáreas en el hospital Vicente Corral Moscoso ⁽¹⁾ realidad que supera a la prevalencia estimada por la Organización Mundial de la Salud que es de 15% ⁽²⁾. En el hospital José Carrasco Arteaga, donde se realizó nuestro estudio, de un total de 1075 partos, el 44.74% fueron partos por cesárea, en el año 2010. ⁽²¹⁾

En los Estados Unidos, aproximadamente una de cada cuatro mujeres tienen sus niños de este modo. ⁽⁴⁾

El manejo de la paciente con dos o más cesáreas es motivo de controversia y se desaconseja intentar el parto vaginal en estas pacientes. Disminuir el porcentaje de cesárea ofreciendo parto vaginal a las pacientes con doble cesárea probablemente no sea la medida óptima, sino más bien, evitar las cesáreas en primigestas, y ofreciendo una prueba de parto vaginal segura a pacientes con una cesárea anterior. ⁽²²⁾

Varios son los causales de este incremento; la operación es relativamente segura para la madre y el niño. Sin embargo, puede provocar lesiones en los órganos vecinos, hemorragias, infecciones, lesiones en el feto, recién nacidos con problemas respiratorios, infecciones fetales, problemas de lactancia y complicaciones en futuros partos por inserción anómala de la placenta y el riesgo asociado a una intervención quirúrgica, a pesar de estos inconvenientes se siguen prefiriendo las cesáreas por la comodidad de poder programar el día del parto. ⁽³⁾

Se ha dicho que las cesáreas innecesarias son aquellas que deciden algunos médicos para poder programarse el trabajo con anterioridad y asegurarse un parto corto, así como las que piden algunas mujeres que no quieren sufrir los dolores del parto. ⁽³⁾



A través del tiempo y con los avances médicos, el riesgo materno debido a esta intervención ha disminuido ⁽⁶⁾, sin embargo es importante conocer cuántas mujeres que fueron sometidas a una cesárea tuvieron una verdadera indicación que justifique dicha intervención.

Existen varios trabajos que indican el aumento de las causas y la incidencia de las cesáreas, pero no hay trabajos que correlacionen el diagnóstico clínico de la cesárea con el diagnóstico post quirúrgico, de ahí la importancia de realizar un trabajo en el que se recojan éstos datos que servirán como referencia para no someter a una intervención quirúrgica innecesaria a la madre, y también porque no, para otras investigaciones

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La operación cesárea es un procedimiento quirúrgico realizado tanto en instituciones públicas como privadas, que según datos de investigaciones, el porcentaje a nivel mundial se ha incrementado notablemente, superando el recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es alrededor del 15%; diversos factores, incluyendo la percepción de mayor seguridad por parte de la madre, la edad materna, indicaciones y criterios médicos han contribuido a este aumento.

Un ejemplo en América Latina es el caso de Chile en donde se han reportado una de las tasas más altas a nivel mundial, generando preocupación por parte de la comunidad médica internacional.

En nuestro país, concretamente en Hospitales locales como son el Hospital “Vicente Corral Moscoso” y el Hospital “Homero Castañer Crespo” el porcentaje de cesáreas fluctúan alrededor del 25% y el 30% respectivamente.

En el hospital “José Carrasco Arteaga” también este porcentaje ha ido incrementando con el tiempo, así tenemos que en el 2009, de 971 nacimientos, de los cuales el 45.31% fueron atendidos por cesárea.

La operación cesárea al igual que otro procedimiento quirúrgico implica riesgos y complicaciones, en este caso es el binomio madre- hijo quienes sufren



complicaciones de la intervención, aumentado así la morbimortalidad materna y perinatal.

Según estudios entre las principales causas de primera cesárea se encuentran: signos de compromiso del bienestar fetal, distocias materno-fetales, además de factores como una falsa percepción de seguridad de este tipo de intervención respecto al parto vaginal.

Por tanto la cesárea es la solución quirúrgica en los diferentes casos de la práctica obstétrica, y es una decisión de gran importancia tanto para la madre como para el médico; ya que como se menciona no es un proceso inocuo, pues implica riesgos quirúrgicos y anestésicos, disminuyendo así su efecto beneficioso.

Por otro lado hay que rescatar que este proceso quirúrgico es uno de los más antiguos, y a medida que ha pasado el tiempo se ha ido perfeccionando, lo cual ha contribuido a una confiabilidad excesiva y a su uso irracional.

Por lo citado anteriormente la práctica de la cesárea, debería realizarse únicamente en los casos necesarios, en donde exista una indicación médica justificada, para lo cual se requiere un adecuado adiestramiento y preparación por parte de todo el personal de salud encargado en la atención del parto. De ahí la importancia de que los diagnósticos clínicos referidos como causales para la intervención sean muy bien establecidos, considerando que estos son susceptibles al análisis crítico del médico tratante, intentando así de cierta manera reducir el porcentaje de intervenciones innecesarias y disminuir los índices de cesárea; la comparación con el diagnóstico postquirúrgico nos orienta a evaluar la situación en la que se encuentran nuestros hospitales.

Sin embargo existen algunos factores que impiden que exista esta coordinación entre el diagnóstico previo y post cesárea. Claro está que la causa más importante es una inadecuada valoración clínica previa, pero muchas de estas



intervenciones son realizadas bajo diagnósticos influenciados por criterios de obstetras y neonatólogos que justifican la cesárea como una cirugía que ayuda a reducir la morbilidad y mortalidad perinatal, a esto se añade situaciones de tipo médico- legales, ya que muchas demandas se basan en el hecho de no realizar la intervención o realizarla tardíamente, además hay que recalcar que sobre todo a nivel de instituciones privadas el aumento de los honorarios médicos e ingresos por ese concepto constituye un elemento importante en el incremento del número de intervenciones y define en muchos lugares las características de las prácticas obstétricas.

Frente a este problema, es necesario considerar el factor económico, que en países como el nuestro toma gran importancia, es claro suponer que los costos económicos de un parto por cesárea son muy superiores a los de la vía vaginal, ya que implica un mayor consumo de medicamentos, se requieren a más profesionales médicos y de enfermería, y sobre todo aumenta el número de días de hospitalización; según datos de países como el Reino Unido los costos adicionales de una operación cesárea suponen unos 1200 € por parto normal.

Por tanto, el aumento del porcentaje de cesáreas a nivel de instituciones de salud pública, causa preocupación, ya que muchas veces los recursos a este nivel son limitados, y si bien se pueden cubrir costos en los servicios de ginecología y obstetricia, descuidan otras prestaciones a nivel hospitalario.

A nivel privado la situación es diferente, e incluso a algunas instituciones esta estrategia les conviene, pues consiguen utilizar durante más tiempo sus propios recursos, con el consiguiente incremento de productividad, así como un mayor índice de ocupación y facturación de sus unidades de hospitalización.

Es así que la búsqueda de la información sobre los diagnósticos tanto clínicos y quirúrgicos es de gran relevancia pues con ello nos acercamos a las causas que inciden en la cesárea y que tienen una relación directa con el desempeño del profesional de salud en la atención del trabajo de parto, pues resulta vital el



conocimiento de este último y su interpretación gráfica para una intervención oportuna; por ello será decisivo lograr la debida preparación del personal que asiste el proceso del parto y las eventualidades que de él se derivan, con la utilización adecuada del partograma, a fin de obtener mejores resultados tanto maternos como perinatales.



1.3 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

En estudios previos han evidenciado en incremento del porcentaje de cesáreas tanto en la práctica privada como pública, así como las causas e indicaciones más frecuentes, pero como lo explicamos anteriormente estos criterios para la realización de la intervención quirúrgica pueden estar influenciados por distintos factores.

El presente estudio pretende analizar la verdadera situación, en lo que se refiere a los diagnósticos clínicos y post quirúrgicos de la cesárea, en el Hospital “José Carrasco Arteaga” un hospital de referencia en el Austro de nuestro país, en que además de brindar atención a sus afiliados y familiares, también realiza actividades académicas, indispensables para la formación de nuevos médicos.

Los resultados que se obtendrán mediante la comparación entre el diagnóstico clínico previo y post cesárea, nos permitirán valorar los criterios que poseen los profesionales de salud, para indicar este procedimiento, indirectamente también podremos evaluar el nivel académico alcanzado por los médicos en cuanto a la atención y las complicaciones del parto, y las destrezas para realizar un buen diagnóstico clínico previo, además de obtener datos reales sobre la situación de en cuanto a la concordancia entre los diagnósticos previos y postquirúrgicos.

Además los resultados nos permitirán encaminar los criterios para la realización de una cesárea, y evitar el abuso irracional de la misma, pues sabemos que esta cirugía incluye una serie de complicaciones tanto maternas como neonatales, y así recomendar su práctica solamente en los casos necesarios y que sean beneficios para la madre y su hijo.



CAPÍTULO II

2.1 FUNDAMENTO TEORICO

Definición:

La operación cesárea es un procedimiento quirúrgico definido como el nacimiento del feto a través de incisiones en la pared abdominal (laparotomía) y la uterina (histerotomía).⁽⁵⁾

El avance del conocimiento médico a través del tiempo ha permitido disminuir el riesgo materno de esta intervención, y con ello la mortalidad perinatal. La operación cesárea en efecto, ha contribuido notablemente en mejorar la sobrevivencia de muchos recién nacidos, como también las condiciones de su nacimiento. Sin embargo, parece ser que en los últimos tiempos, a pesar del aumento de las cesáreas estas no ha guardado proporción con la disminución de la morbilidad perinatal.⁽⁶⁾

TIPOS DE CESÁREA

- * Primera Cesárea: Cuando la intervención se realiza por primera vez.
- * Cesárea Electiva: Es elegir la cesárea con el fin de evitar riesgos o sufrimientos para la madre y para el hijo.
- * Cesárea Iterativa: Cuando hay antecedente de 2 o más cesáreas.
- * Cesárea Programada: Se indica la cesárea dependiendo de factores maternos y fetales, que se hayan identificado durante el periodo prenatal, entre ellos tenemos:
 - Presentación pelviana.
 - Situación transversa.
 - Trastornos de la salud materna.
 - Prolapso del cordón umbilical.
 - Anomalías estructurales de la pelvis.
 - Deseo materno.



* Cesárea de Urgencia: cuando surge la necesidad de una operación cesárea debida a complicaciones surgidas después de iniciado la labor de parto. ⁽⁷⁾

Clasificación de la urgencia

En Reino Unido, el Nacional Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD), autorizado por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) y el Royal College of Anaesthetists (RCA) han catalogado su grado de urgencia, resultando de ello 4 categorías:

1) Riesgo de vida inmediato para la madre o el feto. 2) Compromiso materno o fetal con riesgo de vida no inmediato. 3) Sin compromiso materno o fetal pero con necesidad de acelerar el parto. 4) Parto programado entre la madre y el equipo médico (electivo). ⁽⁷⁾

A pesar de que la OMS recomienda que los partos por cesárea no rebasen el 15% del total de nacimientos, ⁽²⁾ en los últimos dos decenios la frecuencia de la operación cesárea se ha incrementado año a año, y han sido varios los factores que han contribuido al aumento en la incidencia de esta operación. ⁽⁸⁾

Las siguientes son algunas explicaciones;

1. Las mujeres tienen cada vez menos hijos, por lo que un mayor porcentaje de los nacimientos ocurre en nulíparas, que tienen un mayor riesgo de cesárea.
2. La edad materna promedio está aumentando y las mujeres añosas tienen mayor riesgo de cesárea.
3. 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 cardiaca fetal
4. Gran parte de los fetos en presentación pélvica se extrae hoy por cesárea.
5. La frecuencia de aplicaciones de fórceps medio y extracciones por vacío desde el plano medio ha disminuido.
6. Las tasas de inducción del trabajo de parto continúan aumentando y, sobre todo en nulíparas, que aumentan el riesgo de cesárea.



7. La prevalencia de obesidad ha aumentado de manera notoria y este trastorno también incrementa el riesgo de cesárea.

8. La preocupación por la posibilidad de litigios por negligencia médica ha contribuido mucho la tasa actual de cesáreas. Hace más de una década se informó que el no haber hecho cesárea para evitar los resultados neurológicos neonatales adversos o la parálisis cerebral era un fundamento de la queja predominante en obstetricia en Estados Unidos. Según Foley et al. (2002), la incidencia en convulsiones neonatales y parálisis cerebral no disminuyó conforme aumentó la tasa de cesáreas.

9. Hoy se hacen algunas cesáreas electivas por preocupación en cuanto a lesiones en el piso pélvico vinculadas con el parto vaginal. ⁽⁵⁾

La cesárea puede ser un procedimiento electivo o de emergencia (usualmente durante el trabajo de parto).

Según un análisis realizado en Estado Unidos entre las principales indicaciones para cesárea fueron: ⁽¹⁷⁾

- Compromiso del bienestar fetal (CBF). (16%)
- Cesárea Previa. (48%)
- Presentación Podálica. (5%)
- Macrosomía Fetal.
- Incompatibilidad Céfaló- Pélvica. (29%)
- Parto Múltiple(9)
- Dilatación Estacionaria.(10)

Además existen otras causas como:

- Infección activa de herpes genital
- Miomas uterinos grandes en la parte baja del útero cerca al cuello uterino
- Infección por VIH en la madre
- Cirugías uterinas previas y cesáreas anteriores. o Enfermedad grave en la madre, como cardiopatía, toxemia, pre eclampsia o eclampsia



- Placenta Previa.
- Desprendimiento Prematuro de la Placenta.
- Prolapso del Cordón Umbilical. ⁽¹¹⁾
- Solicitud de la Madre. ⁽⁹⁾

Entre las distocias tanto maternas como fetales se circunscriben todas las categorías del llamado *parto disfuncional*. Este último término es relativamente nuevo e incluye muchas veces todas las indicaciones imprecisas para respaldar, injustificadamente, la práctica de la cesárea. ⁽¹⁷⁾

Uno de los principales diagnósticos para indicación la operación cesárea es el compromiso del bienestar fetal; en un estudio realizado en Nicaragua, se correlacionó el Apgar al primer y al quinto minuto, encontrando que el 92% de las cesáreas realizadas por CBF mostraron un Apgar normal, y un 8% con Apgar menor de 7. ⁽¹⁸⁾

En general existen varias maneras para que los obstetras y otros médicos puedan diagnosticar las condiciones para que una cesárea sea indicada, el ultrasonido revela posición del feto y la placenta, además de estimar la edad gestacional; la privación de oxígeno puede ser determinado mediante la comprobación del líquido amniótico meconial, pH en sangre del cuero cabelludo del feto, por debajo de 7.2. ⁽¹⁹⁾

En nuestros hospitales, el diagnóstico pre cesárea es el que refiere al registro de parámetros que van a incidir en la realización de una cesárea; tales como el número de gestas de la paciente, controles prenatales, antecedentes Gineco obstétricos, la existencia y complicación del trabajo de parto, incluso situaciones de emergencia que obligan a esta intervención o simplemente una cesáreas electivas o programadas.

Muchas personas consideran que las cesáreas son intervenciones seguras, exentas de riesgo. Sin embargo, la situación no es así, tal y como refleja el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre esta práctica. El riesgo de ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos es 10 veces



mayor tras una cesárea selectiva planificada que después de un parto vaginal natural.

La cesárea es una de las principales operaciones abdominales realizadas con mayor frecuencia en mujeres tanto de países prósperos como de bajos recursos. Las tasas varían considerablemente entre los países y los servicios de salud.

Tras los informes sobre África y América (ambos realizados en 2005), la OMS presenta ahora la tercera fase de un proyecto global para recabar información acerca de la asistencia intraparto en el mundo. En países Asiáticos el incremento de las cesáreas es significativo así tenemos que en China existen 46.2% de nacimientos por cesárea, siendo la tasa más alta, seguido de Sri Lanka, Vietnam y Tailandia.

El continente asiático también ostenta el récord de cesáreas practicadas sin indicación médica (el 11,7%), una cifra mucho mayor que la de los demás estados analizados (Vietnam, el siguiente en la lista, registró sólo un 1%).

Una de las posibles razones que expliquen este elevado porcentaje de cesáreas podría residir en los incentivos financieros que el 62% de los hospitales incluidos en el informe ofrecen a sus trabajadores por practicar esta intervención.

Más riesgos para la madre y el niño

Comparando los alumbramientos naturales con la operación cesárea, ésta estaba asociada con un incremento de la morbilidad y la mortalidad maternas. Su práctica se asoció con más riesgo de requerir una transfusión o de histerectomía.

Las posibilidades de ingresar en la UCI eran 10 veces superiores para las mujeres sometidas a una cesárea selectiva planificada y 67 veces superiores si ésta se practicaba intraparto sin que existieran motivos médicos para realizarla. "Claramente, los partos por cesáreas, incluso en madres sin problemas subyacentes, pueden ser una amenaza para la vida", señala el comentario de la revista 'The Lancet'. ⁽¹²⁾



Riesgos y beneficios de una cesárea

Beneficios de la cesárea

Beneficios para la madre: El mayor beneficio materno de la cesárea es la potencial protección del piso pelviano que reduce la incidencia de incontinencia de heces, flatos y orina y el prolapso de los órganos pelvianos. El riesgo de tener una cirugía por prolapso o incontinencia de orina es del 11.1 %.

Otro potencial beneficio materno es evitar la cesárea de urgencia que aumenta la morbilidad, mejorando el vínculo entre madre e hijo.

Beneficios para el feto: Algunos resultados adversos neonatales podrían evitarse si se programaran las cesáreas a las 39 semanas de gestación. La tasa de muerte anteparto o intraparto desde la semana 39 es de 2 en 1000. Algunas de estas muertes podrían prevenirse al programar una cesárea.

Hay una mayor transmisión de enfermedades como el HIV, la hepatitis B, la hepatitis C y el HPV en el parto vaginal. Hay estudios que muestran que la falta de progresión en el trabajo de parto tiene una mayor incidencia de injuria cerebral en el feto. La parálisis cerebral también puede asociarse con eventos intraparto desfavorables. Sin embargo, el porcentaje atribuible a esto es muy bajo.

La tasa de complicaciones fetales como, las fracturas y la alteración de nervios se reduce con la cesárea. Sin embargo, salvo en los casos de alto riesgo como los fetos macrosómicos de madres con o sin diabetes, esta complicación es muy rara. Se deberían hacer más de 400 cesáreas para prevenir un solo caso de injuria permanente del plexo braquial.

Otra ventaja de la cesárea programada es la mejor utilización del recurso humano evitando el cansancio y los errores ocasionados por el mismo. Sin embargo, si se realizan los controles de rutina como ser el monitoreo intraparto, el análisis del HIV anteparto, etc. la mayoría de los eventos desfavorables podrían evitarse sin tener que recurrir a una cesárea programada.



Riesgos para la madre:

La muerte materna sigue siendo el punto más importante a tener en cuenta. La cesárea tiene un mayor riesgo de muerte materna. Esto es difícil de establecer ya que la tasa de muerte materna es baja y no hay datos suficientes para poder establecer una tendencia. Por otra parte, la morbilidad asociada a la cesárea ha disminuido a nivel mundial.

Las mujeres con el antecedente de una cesárea tienen mayor riesgo de tener rotura uterina, placenta previa, acreta, desprendimiento de placenta y embarazo ectópico. Dado que la tasa de cesárea aumentó en los últimos 50 años, la frecuencia de placenta acreta se incrementó unas 10 veces.

Hay que considerar las complicaciones quirúrgicas como las infecciones, la hemorragia y el daño visceral. Hay un 10% de infecciones luego de una cesárea incluso utilizando antibióticos. Esta tasa disminuye con las cesáreas programadas o aquellas que no están precedidas por un trabajo de parto o la rotura de membranas. La re hospitalización luego del nacimiento por infección uterina o hemorragia es más común luego de una cesárea que de un parto pero la diferencia es menos de 1 en 100 pacientes.

No está aún establecido el efecto de la formación de adherencias luego de la cesárea y su relación con la esterilidad secundaria. La cesárea se ha asociado con una mayor incidencia de depresión postparto.

Riesgos para el Feto:

Existen problemas pulmonares neonatales por la cesárea realizada antes de las 39 semanas. El distrés respiratorio iatrogénico es del 0.4%. La hipotensión materna por la anestesia puede causar una acidosis respiratoria fetal transitoria.⁽¹³⁾

Complicaciones post operatorias

Las hemorragias se producen en el posoperatorio precoz por atonía. Requiere transfusión, evacuación de los coágulos del útero y el cuello y la administración

de uterotónicos. La hemorragia tardía se asocia con endometritis y requiere antibióticos de amplio espectro. La posibilidad de retención de tejido placentario es muy baja por lo que deberá evitarse la exploración uterina en presencia de una cicatriz.

Con una incidencia menor al 10% se encuentran las infecciones, una sola dosis de antibióticos en el momento de la cirugía reduce la incidencia de endometritis e infecciones de la herida y urinarias; sin embargo esto es controversial, ya que estos medicamentos no son inocuos para el feto. ⁽¹⁴⁾

Resultados en recién nacidos después de una Cesárea

Los recién nacidos de parto por cesárea tuvieron mayores tasas de admisión en la unidad de terapia intensiva comparados con los niños del grupo Parto Vaginal Post Cesárea (9,3% comparado con 4.9%) y tasas más elevadas de suplemento de oxígeno en la sala de reanimación obstétrica (41,5% comparado con 23,2%) y posterior a la internación en la sala de terapia intensiva (5.8% comparado con 2,4%).

Estos hallazgos, dicen los autores, coinciden con muchos estudios que documentan la morbilidad respiratoria en los recién nacidos luego de una cesárea, en particular, el aumento del síndrome de distrés respiratorio, el síndrome de taquipnea del recién nacido, la hipertensión pulmonar persistente y, la necesidad de suplemento de oxígeno.

Los autores sostienen que es posible que la secreción de catecolaminas que se produce durante el trabajo de parto represente un papel importante en el clearance del líquido pulmonar fetal y el control glucémico luego del nacimiento.

Varios estudios muestran que los recién nacidos con esa alteración pueden evolucionar hacia una insuficiencia respiratoria grave, generando la necesidad de oxigenación por membrana extracorpórea o la muerte. ⁽¹⁵⁾

Por tanto la cesárea, es un procedimiento que se lo debe realizar únicamente cuando el beneficio supere al riesgo, y para disminuir su abuso y frecuencia se debe insistir en el parto vaginal, atención del parto pélvico. También es



necesario emplear adecuadamente el monitoreo fetal electrónico durante el trabajo de parto para evitar interpretaciones erróneas (falsos positivos) de estrés fetal que conduzcan a intervenciones innecesarias ⁽⁸⁾

Las nuevas guías dicen que un parto vaginal es seguro para la mayoría de las mujeres a las que se les ha realizado una cesárea con anterioridad. Entre el 60 y el 80% de las mujeres que comienzan un trabajo de parto tras haber tenido una cesárea con anterioridad logran dar a luz sin necesidad de volver a recurrir a esa cirugía. ⁽¹⁶⁾

Aunque no se puede negar que las cesáreas protegen las vidas de la madre y el niño en situaciones de emergencia, se debe considerar los riesgos del procedimiento. Además, aunque los médicos continúan debatiendo los méritos relativos al parto por cesárea, nadie discute los costos adicionales que el procedimiento impone en los sistemas de salud.

Por lo anterior, se hace necesario el diseño de estrategias para estabilizar y posteriormente revertir la tendencia al aumento de la frecuencia de cesáreas que se observa en la actualidad.

El conocer la frecuencia y las indicaciones actuales de la operación cesárea, permitirá actualizar y uniformar los criterios técnicos para la práctica de dicha intervención, manteniendo dentro de la normatividad correspondiente únicamente aquellas que a la luz de la información científica constituyen un beneficio incontrovertible para el bienestar materno y perinatal. ⁽²⁰⁾



A continuación se expone el protocolo de cesárea del “Componente Normativo Materno” del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. ⁽²²⁾

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL EMBARAZO POR CESAREA

PROTOCOLO DE MANEJO PREQUIRURGICO DE LA EMBARAZADA CON INDICACION DE CESAREA (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Control prenatal habitual hasta la semana 36. <ul style="list-style-type: none">• Si hay indicación de cesárea disponga la referencia a otra unidad de mayor resolución para atención por personal calificado; envíe con la paciente la hoja de regencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carne perinatal	X	X	X
2. Si la atención es de emergencia disponga de manera oportuna su ingreso a la unidad operativa o refiera en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
3. Realice o complete la historia Clínica Materno Perinatal		X	X
4. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición		X	X
5. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes		X	X
6. Brinde apoyo emocional continuo		X	X
7. Realice evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura		X	X



8. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método y examen vaginal		X	X
9. Canalice una vía periférica con Catlon 16 – 18. tome muestras de sangre para las pruebas necesarias antes de la administración de líquidos intravenosos y/o medicación		X	X
10. Registre la existencia en el control prenatal de exámenes de laboratorio previos: biometría hemática, TP, TPT, Plaquetas, glicemia, urea, creatinina, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado		X	X
11. Solicite aquellos exámenes que no consten en la Historia Clínica Materno Perinatal o necesiten ser actualizados		X	X
12. Tramite sangre o hemoderivados sanguíneos si Hb <7 mg/dl o el caso lo requiera.		X	X
13. Registre una nota explicativa con los hallazgos preoperatorios que justifican la cesárea		X	X
14. Firma del consentimiento informado por parte de la paciente o familiar autorizado		X	X
15. Parte operatorio firmado por médico de mayor experiencia		X	X
16. Comunique del caso al Servicio de Anestesiología para valoración preanestésica y tipo de anestesia.		X	X
17. Comunique del caso al Servicio de Neonatología		X	X
18. Mantenga a la paciente en ayuno desde el diagnóstico cesárea de emergencia o al menos por 6 horas si a indicación es de cesárea programada. Si la indicación de cesárea es de emergencia		X	X



administre antiemético: metoclopramida 1 amp IV			
19. Recorte el vello exclusivamente en el área operatoria (30 minutos antes de la cirugía). No rasure.		X	X
20. Considere la profilaxis de tromboembolia venosa con vendaje de miembros inferiores		X	X
21. Retire prótesis y joyas		X	X
22. Traslade a Sala de operaciones a la paciente en bata quirúrgica		X	X

PROTOCOLO DE MANEJO QUIRURGICO DE LA EMBARAZADA CON INICACION DE CESAREA.	NIVEL	
	II	III
PASOS A SEGUIR EN NIVEL II Y III (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)		
1. Ingreso a sala de operaciones	X	X
2. Comunique del ingreso a enfermería, anestesiología, y neonatología	X	X
3. Preparación por parte de enfermería de mesa de instrumentación, mesa Mayo y material quirúrgico necesario	X	X
4. Coloque a la paciente en la posición correcta para la anestesia indicada por médico anestesiólogo en la valoración preanestésica	X	X
5. Aplicación de anestesia peridural – raquídea o general, según la valoración preanestésica	X	X
6. Colocación de la embarazada en decúbito supino	X	X



7. Monitorización continua de tensión arterial, frecuencia cardiaca, respiratoria y nivel de conciencia.	X	X
8. Lavado quirúrgico de manos con 5ml de gluconato de clorhexidina al 2% y otro antiséptico, en dos tiempos de 1 y 5 minutos con enjuague intermedio.	X	X
9. Asepsia y antisepsia de campo quirúrgico abdominal y perineal con solución antiséptica	X	X
10. Colocación de sonda vesical Foley N ^o 16	X	X
11. Colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.	X	X
12. Colocación de campos quirúrgicos estériles	X	X
13. Realice incisión Phannestiel o media suprapúbica según el caso que compromete piel y tejido subcutáneo	X	X
14. Apertura transversal o longitudinal cortante de aponeurosis muscular	X	X
15. Apertura media de plano muscular y peritoneo parietal	X	X
16. Exposición de campo operatorio	X	X
17. Histerotomía, amniotomía y extracción de RN, doble pinzamiento y sección de cordón umbilical	X	X
18. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: 1 dosis de cefazolina 1g. IV luego de pinzar el cordón umbilical	X	X
19. Extracción manual de placenta y membranas con revisión de cavidad uterina.	X	X
20. Considere la necesidad del uso de uterotónicos adicionales al masaje realizado durante la revisión de cavidad uterina.	X	X



21. Histerorrafia en uno o dos planos festoneados según grosor del segmento uterino con sutura sintética absorbible 0 o 1	X	X
22. Peritonización de histerorrafia con sutura sintética absorbible 00. Dependiendo del caso y experiencia quirúrgica, ciertas técnicas quirúrgicas consideran opcional la síntesis de peritoneos	X	X
23. Retiro de material intaabdominal y revisión de hemostasia	X	X
24. Síntesis de peritoneo parietal con sutura sintética absorbible 00.	X	X
25. Síntesis con puntos sueltos de plano muscular con sutura sintética absorbible 00.	X	X
26. Síntesis festoneada o con puntos sueltos de aponeurosis muscular con sutura sintética absorbible 1.	X	X
27. Síntesis de piel con puntos sueltos o sutura subdérmica con sutura sintética no absorbible 00 o 000.	X	X
28. Registro y verificación del sangrado total y diuresis	X	X
29. Pase a sala de recuperación	X	X



CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la Prevalencia de Cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga y Correlacionar el Diagnóstico Clínico- Quirúrgico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Identificar la prevalencia de cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga

3.2.2 Caracterizar las variables demográficas de la población de estudio.

3.2.3 Establecer los datos del diagnóstico pre quirúrgico: cesárea planificada o no.

3.2.4 Número de gestas de la paciente, controles prenatales, motivo de la cesárea, si hubo trabajo de parto o no.

3.2.5 Identificar el diagnóstico post cesárea en el protocolo post quirúrgico.

3.2.6 Identificar el nivel profesional (R1, R2, R3) que realizó la intervención y el tipo de incisión quirúrgica.

3.2.7 Comparar los datos del recién nacido con las indicaciones de las cesáreas

3.2.8 Correlacionar el resultado clínico - quirúrgico de las cesáreas

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudio:

Estudio descriptivo que se cumplió a través de la información encontrada en las historias clínicas de las mujeres atendidas en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga, a quienes se les atendió el parto por vía abdominal, en un periodo de 12 meses.

4.2 Área de Estudio:

Departamento de Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca.

El Hospital José Carrasco Arteaga del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Se inauguró el 3 de noviembre del 2000, es zonal y docente, su área de gestión abarca las provincias de Azuay, Cañar, Morona Santiago, Loja, El Oro (zona alta) y Zamora Chinchipe. Labora en forma ininterrumpida durante los 365 días de año. La Consulta Externa funciona doce horas consecutivas (7:00 a 19:00 H.). Durante los fines de semana y feriados, el Servicio de Urgencias, Hospitalización y Cirugías de emergencia, laboran en forma permanente. Provee atención de salud ambulatoria de especialidad, de referencia y hospitalización en una especialidad o subespecialidad, destinado a brindar atención especializada de recuperación, rehabilitación y emergencias a los usuarios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas.

4.3 Población de estudio:

Se consideró población de estudio a todas las mujeres en cuyas historias clínicas tuvieron como diagnóstico una cesárea; siendo atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga.



4.4 Universo:

Se estudio todo el universo; es decir todas las historias clínicas de pacientes a quienes se les realizó la operación cesárea.

4.4.1 Criterios de Inclusión

Se incluyeron todas las cesáreas realizadas por indicación obstétrica, causas maternas o fetales.

4.4.2 Criterios de Exclusión

Las historias clínicas que tengan la información incompleta sobre la cesárea.

4.5 Variables:

Se consideraron variables del estudio a: edad, peso, talla de la madre, residencia de la madre, instrucción de la materna, estado civil de la madre, controles prenatales, motivo de la cesárea, trabajo de parto, tipo de incisión, médico que realiza la intervención (Obstetra, médico residente) , Diagnostico post quirúrgico, datos del recién nacido. (Según el formulario)

4.5.1 Operacionalizacion de las variables

Anexo 1

4.6 Métodos para la recolección de la información.

Se utilizó el método de la observación, como técnica se recogió la información de los registros de las cesáreas, solo las que cumplieron los requisitos de inclusión. El instrumento a utilizar es el formulario (Anexo1) en el cual se transcribió la información obtenida.

4.7 Plan de tabulación y análisis

Una vez recopilada la información fue ingresada en una matriz de datos de un programa estadístico de computadora, Epi Info y Excel.



Para la obtención de resultados fueron tabulados y analizados los datos según porcentajes, resultados que se utilizaron para el análisis del estudio descriptivo.

4.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Todos los datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes fueron tomados confidencialmente, y fueron utilizados únicamente con objetivos investigativos para el presente estudio.



CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

Se recopiló información de 12 meses, de enero a diciembre de 2010, de las historias clínicas de las pacientes atendidas durante ese año en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital “José Carrasco Arteaga” de la ciudad de Cuenca.

En este año se realizaron 1075 partos, de los cuales 480 fueron cesáreas, pero bajo los criterios de exclusión solo se tabularon 353 historias clínicas para el presente trabajo.

TABLA N° 1

Frecuencia de cesáreas en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca, 2010

Hospital “José Carrasco Arteaga”		
	Frecuencia	%
Número de Partos	1075	100
Número de Cesáreas	353	32.83

Realizado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos

PREVALENCIA: $353/1075 = 0.32$

La prevalencia de cesáreas en el hospital José Carrasco Arteaga es de 0.32, lo que indica que de cada 10 pacientes embarazadas que acuden a ésta casa de salud, 3 son sometidas a cesárea. Éste dato equivale en porcentaje a 32.83%, valor que duplica a lo estimado por la OMS (15%)



TABLA Nº 2
Frecuencia de Tipo de cesáreas en el Hospital “José Carrasco Arteaga”,
Cuenca, 2010

CESAREA	Frecuencia	%
Emergencia	229	64,90
Programada	124	35,10
Total	353	100,00

Realizado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos

De un total de 353 mujeres que fueron atendidas por cesárea, 64.9% fueron cirugías de emergencia, mientras que solo el 35.1% fueron cesáreas programadas.

TABLA Nº 3
Distribución, según grupos de edad, nivel de instrucción y residencia, de 353 mujeres intervenidas de cesárea en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca, 2010.

Grupos de Edad		%
14-23	57	16,15
24-33	215	60,91
34-43	80	22,66
>44	1	0,28
TOTAL	353	100
Nivel de Instrucción		
Analfabeta	0	0,00
Primaria	48	13,60
Secundaria	150	42,50
Superior.	155	43,90
TOTAL	353	100
Residencia		
Urbana	289	81,87
Rural	64	18,3
TOTAL	353	100

Realizado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos

Analizando los datos demográficos de la población en estudio, podemos concluir que las pacientes de 24 -33 años tienen una mayor frecuencia de cesárea. Las pacientes con nivel de instrucción superior y las que residen en una zona urbana en ellos fueron más frecuentes estas intervenciones.

TABLA N° 4
Cesáreas en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, según Número de Gestas, Cuenca, 2010

Numero de Gestas	Cesáreas	%
1	137	38.81
2	128	36.26
3	64	18.13
4	18	5.10
5	4	1.13
6	1	0.28
7	1	0.28
TOTAL	353	100

Elaborado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Análisis: Relacionando el número de gestas con la intervención cesárea, podemos concluir que las primigestas presentan un mayor porcentaje de cesárea (38,81%). Sin embargo, las pacientes con su segunda gestación, representan casi un porcentaje similar, 36.26%, porcentaje parecido al de las cesáreas anteriores (36.65)

Concomitantemente podemos observar en la tabla que existe un mínimo número de mujeres con más de 5 hijos, por lo cual la frecuencia de cesárea es menor en este grupo.



TABLA Nº 5
Cesáreas en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, según control prenatal,
Cuenca, 2010

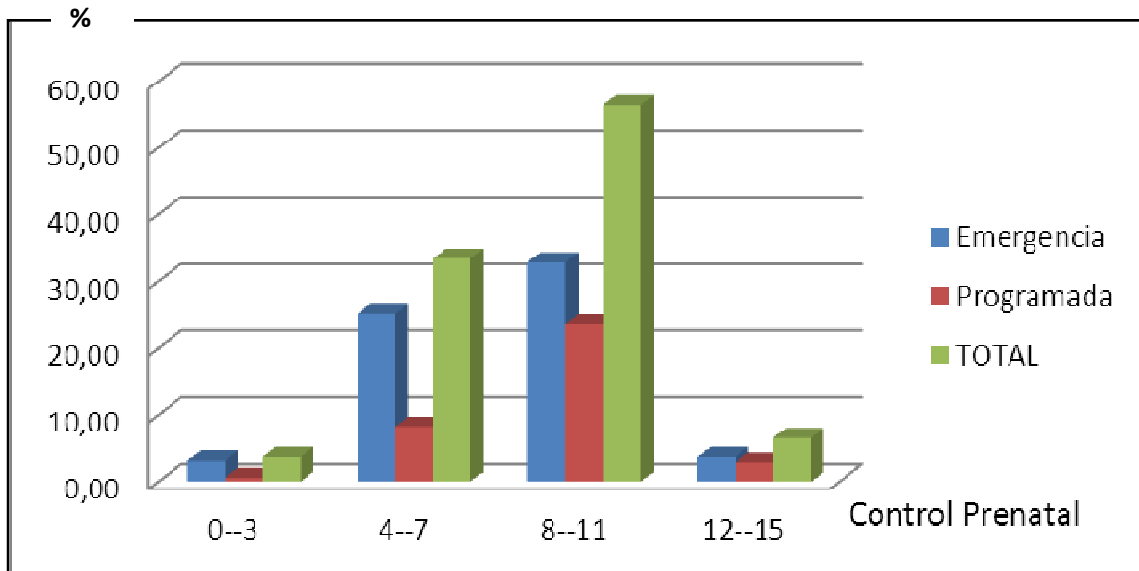
Número de Controles	Cesáreas	%
0 – 3	13	3.68
4 – 7	118	33.43
8 – 11	199	56.37
12 – 15	23	6.52
TOTAL	353	100

Realizado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis: En esta tabla podemos observar que la mayoría de mujeres de nuestro estudio se realizaron de 8 – 11 controles durante su gestación, 56.37%. En cambio solo el 3.68% de las mujeres tuvieron menos de cuatro controles prenatales. El 6.52% se realizaron de 12 a 15 controles prenatales y el 33.43% de las pacientes tuvieron de 4 a 7 controles en su embarazo. Concluimos que la mayor parte de la población de nuestro estudio se realiza un adecuado control prenatal.

GRÁFICO N° 6
Cesáreas en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, según control prenatal y tipo de cesárea, Cuenca, 2010



Realizado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis: En cuanto al gráfico de control prenatal, se observa que la mayoría de mujeres de nuestro estudio se realizaron de 8 – 11 controles durante su gestación, este es un porcentaje de 56.37% de los cuales un 32.86% resultaron en cesáreas de emergencia y el 23.51% fueron programadas. En cambio solo el 3.68% de las mujeres tuvieron menos de cuatro controles prenatales. El 6.52% se realizaron de 12 a 15 controles prenatales y el 33.43% de las pacientes tuvieron de 4 a 7 controles en su embarazo. Con lo cual podemos establecer que el número de controles prenatales no influye en el tipo de cesárea.

TABLA Nº 7

Frecuencia del Motivo de Cesárea registrado en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca, 2010.

Motivo de Cesárea.	Frecuencia	%
CESAREA ANTERIOR	129	36.54
HIPERTENSION ARTERIAL RELACIONADA AL EMBARAZO	42	11.90
DISTOCIAS FETALES	38	10.76
DISTOCIAS MIXTAS	37	10.48
COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL	37	10.48
DISTOCIAS MATERNAS DE PARTES BLANDAS	27	7.65
DISTOCIAS OSEAS	18	5.10
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	12	3.40
ALTERACIONES DE LÍQUIDO AMNIÓTICO.	8	2.27
DISTOCIAS MATERNAS DINAMICAS	5	1.42
TOTAL	353	100

Elaborado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Esta tabla nos indica los 10 principales motivos de cesárea registros en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, destacando la “Cesárea Anterior” como la principal causa, constituyendo el 36.54%, siendo la segunda causa Hipertensión relacionada con el embarazo con un 11.90%.

Para realizar esta tabla agrupamos dentro de la Hipertensión arterial relacionada con el embarazo a: Preeclampsia leve, moderada y severa, a la



Eclampsia, al Síndrome de HELLP. Existieron diagnósticos como Hipodinamia e Hiperdinamia uterina que fueron agrupados en las Distocias maternas dinámicas. Las Distocias maternas de partes blandas agrupa a las distocias cervicales, miomatosis y a la condilomatosis. La distocia materna ósea abarca a la estrechez pélvica. Dentro de las distocias fetales encontramos a la macrosomía fetal, hidrocefalia, presentaciones pelvianas y bregmáticas y a las malformaciones fetales. La desproporción céfalo pélvica es parte de las distocias mixtas. Existieron también diagnósticos de oligoamnios y polihidramnios, que fueron agrupados en las alteraciones del líquido amniótico. Por últimos, hubieron pocos casos de cesáreas realizadas por cesáreas iterativas, que se incluyeron dentro del diagnóstico de cesárea anterior.

TABLA N° 8
Cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga, según Trabajo de Parto,
Cuenca, 2010.

TRABAJO DE PARTO	CESAREAS	%
SI	197	55.81
NO	156	44.19
TOTAL	353	100

Realizado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis: En el Hospital “José Carrasco Arteaga”, de las cesáreas que se atendieron en el 2010, el 55.81% de las pacientes presentaron trabajo de parto, sin embargo también hay un gran porcentaje de mujeres que no presentaron trabajo de parto, lo que nos podría indicar que en ellas la cesárea probablemente fue planificada.

TABLA N° 9
Cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga, según Trabajo de Parto y tipo de cesárea, Cuenca, 2010.

TRABAJO DE PARTO						
CESAREA	Si	%	No	%	TOTAL	%
Emergencia	189	53.54	40	11.33	229	64.87
Programada	8	2.27	116	32.86	124	35.13
TOTAL	197	55.81	156	44.19	353	100

Realizado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos

Podemos notar en esta tabla que el 32.86% de las pacientes no presentaron trabajo de parto y en ellas la cesárea fue programada y solo el 11.33% fueron cesáreas de emergencia y sin trabajo de parto. Son pocas las pacientes a las cuales se programa su intervención y presentan trabajo de parto 8%.

TABLA N° 10
Frecuencia del Diagnóstico Post Cesárea, registrado en el Área de Gineco- Obstetricia del Hospital “José Carrasco Arteaga”, durante el año 2010.

Motivo de Cesárea.	Frecuencia	%
CESAREA ANTERIOR.	129	36.54
COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL	42	11.90
HIPERTENSION ARTERIAL RELACIONADA AL EMBARAZO	42	11.90
DISTOCIAS FETALES	31	8.78
DISTOCIAS MATERNAS DE PARTES BLANDAS	30	8.50
DISTOCIAS MIXTAS	30	8.50
DISTOCIAS MATERNAS OSEAS	23	6.52
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	12	3.40
ALTERACIONES DE LÍQUIDO AMNIÓTICO.	10	2.83
TOTAL	353	100.00

Elaborado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos

La tabla representa las 10 principales Diagnósticos Post Cesárea encontrados en las historias clínicas de las pacientes de Gineco- Obstetricia del Hospital “José Carrasco Arteaga” en donde cesárea anterior sigue siendo la primera causa, sin embargo el porcentaje de diagnósticos por compromiso del bienestar fetal aumentó a un 11.90%, mismo valor que representa la hipertensión relacionada con el embarazo.

TABLA N° 11
Cesáreas en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, según médico que Realiza la intervención y tipo de cesárea, Cuenca, 2010

MEDICO QUE REALIZA LA INTERVENCION									
CESAREA	R1	%	R2	%	R3	%	Tratante	%	TOTAL
Emergencia	1	0,28	35	9,92	113	32,01	79	22,38	228
Programada	0	0,00	5	1,42	20	5,67	100	28,33	125
TOTAL	1	0,28	40	11,33	133	37,68	179	50,71	353

Realizado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis: Al comparar al médico que realiza la intervención con el tipo de cesárea, observamos que la mayoría fueron realizadas por médicos tratantes del HJCA con un porcentaje de 50.71% y en este caso las cesáreas programadas fueron más (28.33%) y las de emergencia fueron 22.38%. en cambio los médicos residentes (R3) realizaron más cesáreas de emergencia que programadas, 32.01%, 5.67% respectivamente, con un total de 37.68%. Un 11.33% de las pacientes fueron intervenidas por los médicos R2 y de ellas el 9.92% fueron por emergencia y solo el 1.42% por cirugías programadas. Solo una paciente fue atendida de emergencia por un médico R1 y de ellos ninguno realizo una operación cesárea programada.

Al final de esto podemos concluir que los médicos tratantes planifican la mayoría de cesáreas, en tanto que los residentes son los encargados de realizar intervenciones de emergencia.

TABLA N° 12
Cesáreas en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, según Tipo de Incisión y Tipo de Cesárea, Cuenca, 2010

TIPO DE INSICIÓN						
CESAREA	Pfannenstiel	%	Media infraumbilical	%	TOTAL	%
Emergencia	219	62,04	10	2,83	229	64,87
Programada	114	32,30	10	2,83	124	35,13
TOTAL	333	94,34	20	5,66	353	100

Elaborado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Durante la realización de la cesárea la incisión más frecuente que se realiza es la de tipo Pfannenstiel con un 94,33%, este predominio se puede observar tanto en la cesárea de Emergencia como en la programada. Mientras que solo el 2.83% fueron cesáreas de emergencia a las que se realizaron incisión media infraumbilical.

TABLA Nº 13
Cesáreas en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, según talla del RN y diagnóstico Post cesárea, Cuenca, 2010

DIAGNOSTICO POST CESAREA (PROTOCOLO QUIRURGICO)												
TALLA RN	DCP	%	DISTOCIA PARTES BLANDAS	%	ESTRECHEZ PELVICA	%	MACROSOMIA FETAL	%	MALFORMACION FETAL	%	TOTAL	%
29-38	0	0	1	1.32	0	0	0	0	0	0	1	1.32
38-47	2	2.63	4	5.26	4	5.26	1	1.32	0	0	11	14.47
48-57	31	40.79	18	23.68	11	14.47	3	3.95	1	1.31	64	84.21
TOTAL	33	43.42	23	30.26	15	19.74	4	5.26	1	1.31	76	100.00

Realizado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos

Para comparar la talla del recién nacido tomamos los diagnósticos post cesárea que se relacionan con esta variable. También se agrupó en rangos la talla del neonato, siendo el más frecuente el de 48 – 57cm con un porcentaje de 84.21%. La desproporción céfalo pélvica (DCP) fue la más común con un porcentaje de 43.42% y un porcentaje de 40.79% pertenecen a la talla de 38 a 47cm. Le sigue en frecuencia la distocia de partes blandas 30.26%, luego la estrechez pélvica con un porcentaje de 19.74%. Con respecto a macrosomía fetal un 3.95% corresponde a una talla de 48-57.

TABLA N° 14
Cesáreas en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, según peso del RN y diagnóstico Post cesárea, Cuenca, 2010

DIAGNOSTICO POST CESAREA (PROTOCOLO QUIRURGICO)												
PESO RN	DCP	%	DISTOCIA PARTES BLANDAS	%	ESTRECHEZ PÉLVICA	%	MACROSOMIA FETAL	%	MALFORMACION FETAL	%	TOTAL	%
500-2200	0		1	1.27	0		0		0		1	1.27
2300-3500	25	31.64	21	26.58	14	35.44	2	2.53	3	3.80	65	82.28
>3600	8	10.13	1	1.27	1	2.53	2	2.53	1	1.27	13	16.46
TOTAL	33	41.77	23	29.11	15	37.97	4	5.06	4	5.06	79	100

Realizado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos

Al igual que con la tabla de la talla, el peso del recién nacido también se agrupó en rangos, siendo mayoría los que pertenecen a un peso entre 2300 – 3500gr con un porcentaje de 82.28%, que es el rango normal de peso para un neonato. La desproporción céfalo pélvica sigue siendo la causa frecuente de motivo de cesárea con un porcentaje de 41.77% y 31.64% que pertenece al peso entre 2300 – 3500gr. La distocia de partes blandas y la estrechez pélvica son otras causas comunes con porcentajes de 29.11% y 37.97% respectivamente. Hubo 2 de 4 niños recién nacidos con macrosomía fetal que pesaba más de 3600gr, que es indicación para una cesárea.

Como la mayoría de neonatos nacieron con un peso dentro de lo normal, la justificación para la realización de la cesárea tendría que explicarse por una distocia materna.

TABLA Nº 15
Cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga, según Perímetro cefálico y Diagnostico Post Cesárea, Cuenca, 2010.

DIAGNÓSTICO POST CESÁREA										
PERIMETRO CEFALICO	DISTOCIAS MATERNAS	%	HIDROCEFALIA	%	DCP	%	DISTOCIA FETAL	%	TOTAL	%
22.5-32	1	1.41	0	0.00	2	2.82	0	0	3	4.23
33-35	28	39.44	1	1.41	15	21.13	6	8.45	50	70.42
>35	3	4.23	2	2.81	13	18.31	0	0	18	25.35
TOTAL	32	45.07	3	4.22	30	42.25	6	8.46	71	100

Realizado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis: El perímetro cefálico de los recién nacidos varía en su rango de normalidad de 34 a 36cm, del total de partos se escogieron los partos en donde interesa saber el perímetro cefálico para poder relacionar con las causas de cesárea quedado en un número de 100; de los cuales 3 pertenecen en su diagnóstico a Hidrocefalia de los cuales 2 si pertenecen a cesáreas necesarias ya que presentaron perímetro cefálico mayor a 36. En la desproporción céfalo pélvica de un 42.25% el 18.31% corresponden a recién nacidos con mayor de 36 de perímetro cefálico. Correspondiendo el 70.42% a recién nacidos con medidas normales de perímetro cefálico.

TABLA Nº 16

Cesáreas en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, según Diagnóstico Post Cesárea (Compromiso del bienestar fetal) y el AGAR 1minuto, Cuenca, 2010

DIAGNÓSTICO POST CESÁREA (PROTOCOLO POSTQUIRÚRGICO)														
APGAR 1'	CBF	%	CBF—DCP	%	CBF — DISTOCIAS MATERNAS DINAMICAS	%	CBF — PREECLAMPSIA GRAVE	%	CBF — RPM	%	CBF — DPPNI	%	TOTAL	%
0—3	1	2.38	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.38	2	4.76
4—7	2	4.76	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4.76
8—10	23	54.76	2	4.76	2	4.76	2	4.76	9	21.42	0	0	38	90.48
TOTAL	26	61.90	2	4.76	2	4.76	2	4.76	9	21.42	1	2.38	42	100.00

Elaborado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos

Para esta tabla tomamos en cuenta los diagnósticos con compromiso del bienestar fetal, que en total son 42 de éstos diagnósticos, de éstos, el 90.48% fueron neonatos con un APGAR de 8 a 10, datos que no se relacionan como una causa para esta intervención.

TABLA Nº 17

Cesáreas en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, según Diagnóstico Post Cesárea (Compromiso del bienestar fetal) y el AGAR 5`, Cuenca, 2010.

DIAGNÓSTICO POST CESÁREA (PROTOCOLO POSTQUIRÚRGICO)														
APGAR 5`	CBF	%	CBF — DCP	%	CBF — DISTOCIAS MATERNAS DINAMICAS	%	CBF — PREECLAMPSIA GRAVE	%	CBF — RPM	%	CBF— DPPNI	%	TOTAL	%
0—3	1	2.38	0	0	0	0	0		0	0	1	2.38	2	4.76
4—7	1	2.38	0	0	0	0	0		1	2.38	0	0	2	4.76
8—10	24	57.13	2	4.76	2	4.76	2	4.76	8	19.04	0	0	38	90.48
TOTAL	26	61.9	2	4.76	2	4.76	2	4.76	9	21.42	1	2.38	42	100

Elaborado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos

Análisis: Esta tabla, al igual que la anterior, muestra que la mayoría de los neonatos presentaron APGAR dentro de lo normal, a pesar de haber sido intervenidas sus madres por un diagnóstico de compromiso del bienestar fetal.

TABLA N° 18
Cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga, según diagnóstico Pre cesárea y Diagnóstico Post Cesárea, Cuenca, 2010.

Motivo de Cesárea.	Diagnostico Pre quirúrgico		Diagnostico Postquirúrgico	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
CESAREA ANTERIOR	129	36.54	129	36.54
HIPERTENSION ARTERIAL RELACIONADA AL EMBARAZO	42	11.90	42	11.9
DISTOCIAS FETALES	38	10.76	31	8.78
DISTOCIAS MIXTAS	37	10.48	30	8.5
COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL	37	10.48	42	11.90
DISTOCIAS MATERNAS DE PARTES BLANDAS	27	7.65	30	8.5
DISTOCIAS MATERNAS OSEAS	18	5.10	23	6.52
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	12	3.40	12	3.4
ALTERACIONES DE LÍQUIDO AMNIÓTICO.	8	2.27	10	2.83
TOTAL	353	100	353	100

Realizado por: Autoras

Fuente: Formulario de recolección de datos



Análisis: Con respecto a la correlación del diagnóstico pre y post quirúrgico: las cesáreas por causa de cesárea anterior, hipertensión relacionada al embarazo y ruptura prematura de membranas coinciden con los diagnósticos post quirúrgicos, estableciendo así que existe correlación de 51.84%.

El diagnóstico que más variación tuvo en el diagnóstico post quirúrgico el del compromiso del bienestar fetal aumentando en un 1.42%. Esta variable junto con las distocias maternas óseas y de partes blandas y las alteraciones del líquido amniótico, también incrementaron en frecuencia al establecer el diagnóstico post cesárea.

Por lo tanto encontramos que en el 48.16 % de los procedimientos no existe correlación entre los diagnósticos, y realizando la diferencia entre estos, hallamos que hay una variación del 10% entre diagnósticos clínico y post quirúrgico de cada una de las variables.

CAPITULO VI

6.1 DISCUSIÓN

En los últimos años el incremento de cesáreas ha sido notorio, según la OMS la prevalencia estimada para esta intervención es del 15%, sin embargo la realidad en el hospital del Seguro Social de Cuenca sobrepasa este dato a más de la mitad, con un 32.83% de prevalencia en el año 2010. Este es un hecho que se presenta a nivel mundial, en un estudio realizado en la ciudad de México, documentado como “tendencia de cesáreas” la prevalencia fue del 32.80%. De acuerdo con un estudio publicado por la OMS, en ocho países de América Latina en alrededor de 100 mil mujeres de entre 24 y 43 años, el porcentaje de cesáreas se ubica en 33 por ciento. Además, el porcentaje de incremento de las cesáreas en México en los diez años recientes ha sido de poco más de uno por ciento, con 64 por ciento de procedimientos aplicados en instituciones privadas. Este incremento reciente ha colocado el porcentaje nacional de cesáreas en poco más de 35 por ciento, cifra comparable a la de Brasil y Chile. (Datos de la Organización mundial de la Salud)

Con respecto al motivo de cesáreas, en nuestro trabajo de investigación, las cesáreas realizadas por cesárea anterior ocupan el primer lugar en frecuencia, pero al comparar con un estudio realizado por Pavón et al, en el Instituto de ciencias de la salud de la Universidad de Veracruzana, la indicación más frecuente fue el Compromiso del Bienestar Fetal con un 28.3%, indicación que es la cuarta causa en nuestro estudio (10.48%), mismo valor representa las distocias mixtas, que en el estudio antes mencionado constituye la segunda causa de estas intervenciones con un porcentaje de 22.4%, los trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo, en nuestro estudio, son la segunda indicación para estas intervenciones (11.9%), en contraste con el 5% del estudio de la Universidad de Veracruzana.

Estos datos indican el gran porcentaje de pacientes con cesárea previa que se someten a ésta intervención, a pesar de que las Guías del Ministerio de Salud



Pública del Ecuador indican que una paciente puede practicar el parto vaginal con un cesárea anterior.

Según la “*GUIAS CLÍNICAS DE MEDICINA MATERNOFETAL Y PERINATAL DEL HOSPITAL CLINICO DE BARCELONA*” las cesáreas por compromiso del bienestar fetal ocupan un 20%, en nuestro estudio ésta causa representa el 10.48%, sin embargo, este tema es controversial, ya que al compararlo con el APGAR al primer minuto solo el 4.76% presentaron APGAR de 0 a 3 que se mantuvo en el APGAR del quinto minuto, las guías también indican que en las cesáreas por compromiso del bienestar fetal se incluyen indicaciones que muchas veces se basan en métodos biofísicos de valoración de bienestar del feto, y por tanto, poco sensibles. Por ello, aconseja realizar siempre una microtoma de sangre de la calota fetal, que confirmaría el diagnóstico de compromiso del bienestar fetal con un resultado de pH fetal inferior a 7.25. Con esto se intentaría obviar al máximo este tipo de indicación para cesárea. Empero, esta situación técnicamente no es posible en nuestro medio, por ejemplo no contamos con el reactivo y ésta prueba no se realiza aquí

En cuanto al grupo etáreo, en el estudio del Dr. Pavón y colaboradores, el porcentaje de cesáreas es más frecuente en las pacientes de 21 a 25 años, situación parecida en las usuarias del IESS de Cuenca, sin embargo, las pacientes mayores a los 36 años representan el 7%, en contraste con la realidad del presente estudio, donde encontramos que el 22.94% de las pacientes tienen entre 34 a 44 años, hecho que según la literatura es un factor de riesgo en el embarazo, sin embargo, ésta situación que se ha incrementado en los últimos años en el hospital, ya que con frecuencia acuden pacientes “añosas” y, según nuestro estudio, con niveles de instrucción superior.

En un estudio realizado en el Servicio de Obstetricia del Hospital III Essalud “Felix Torrealva Gutierrez” de la ciudad de Ica, donde se atendieron 3780 partos de los cuales 102 fueron por cesárea programada, en el Hospital José Carrasco Arteaga 124 de 363 cesáreas, fueron intervenciones programadas. Al igual que en nuestro trabajo, éste estudio también tiene un índice alto de



cesáreas realizadas en pacientes mayores a 35 años, 36.6%. Además el 70.6% de los recién nacidos en este estudio presentaron peso adecuado, en nuestro trabajo, el 82.28% de los neonatos presentaron peso dentro de los rangos normales, lo que demuestra, que en cuanto al peso del niño, son pocos los que en realidad son indicación para cesárea

Los autores de este estudio, en el que comparan la morbilidad neonatal con las cesáreas programadas, indican que sí existe relación entre estas variables, encontrando mayor morbilidad en aquellos recién nacidos obtenidos por la vía de parto por cesárea, a pesar de que el APGAR de la mayoría de los neonatos (96.7%) es mayor a 7, al igual que nuestro estudio en el cual el APGAR mayor a 7 al primer y al quinto minuto representa el 90.48%.

A pesar de que muchas personas consideran que las cesáreas son intervenciones seguras, exentas de riesgo, los informes de la OMS indican: "Baste un dato: el riesgo de ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos es 10 veces mayor tras una cesárea selectiva planificada que después de un parto vaginal natural", además indican: "su práctica se asoció con más riesgo de requerir una transfusión o de histerectomía"

Se han buscado estudios en los que relacionen el diagnóstico prequirúrgico con el pos cesáreas, sin encontrar resultados con los que se pueda comparar nuestro estudio. Al comparar los diagnósticos antes y después de las cesáreas, observamos que en nuestro hospital durante el año 2010, existe una correlación del 51.84%, en cambio el 48.16% no se relacionan.

Son muchos los estudios que indican el incremento de estas intervenciones, incluido el nuestro, razón por la cual la organización de Naciones Unidas está estudiando la relación de ese aumento con la salud de la madre y del niño; tratando de identificar las causas de que "muchos países tengan una tasa muy elevada, que pueden ser de tipo médico, pero también antropológico y cultural"; y las propuestas para poder revertir esa situación, y están realizando una evaluación que actualizará la recomendación, realizada por la OMS en 1985, de una tasa máxima de cesárea por razones médicas del 15 por ciento.



El ginecólogo francés Merialdi es uno de los ponentes que participa en el primer Congreso Interatlántico sobre Parto e Investigación en Salud Primal, señaló que el que la mayoría de los nacimientos no se produzcan de forma natural "es una situación totalmente nueva en la historia"

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- En el Hospital “José Carrasco Arteaga” durante el año 2010, la intervención cesárea representa el 32.87% del total de nacimientos en ese año, superando lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud. La prevalencia de cesáreas es de 0.32, lo que nos indica que de cada 10 maternas 3 se realizan este tipo de intervención.
- Del total de cesáreas realizadas el 64.9% son de emergencia y tan solo el 35.1% son programadas.
- Las mujeres entre los 24-33 años (60.91%), con un nivel de instrucción superior (43.90%) y del área urbana (81.91%), son el grupo con un mayor porcentaje de cesáreas, estos datos podrían estar influenciados por el tipo de paciente que recibe el Hospital del Seguro Social.
- Según el estudio las primigestas presentan un mayor porcentaje de cesáreas con un 38.81%.
- En relación al Control prenatal de las mujeres en el hospital de IESS, la mayoría de ellas se realizan entre 8-11 con un porcentaje de 56.37%, este grupo de maternas también tienen predominio tanto en la cesáreas de tipo programadas y de emergencia.
- Entre los principales motivos para realizar una cesárea, se encuentran el antecedente de una cesárea anterior (36.54%), a esta también se suma el compromiso Fetal Agudo (10.48%), alteraciones en la presión arterial durante el embarazo (11.90%), y con un menor porcentaje distocias tanto maternas como fetales.



- Previa a la realización de la cesárea solamente el 55.81% presentaron trabajo de parto, en tanto que el 44.19% no lo tuvo; hay que destacar que un 11.33% de cesáreas por emergencia no presento labor de parto.
- En relación al profesional de salud que realiza las cesáreas, observamos que es el médico tratante el que en un 22.3% realiza las de emergencia y en 28, 33% las programadas, lo indica que el mismo, también tiene parte de responsabilidad en decidir sobre realizar o no esta intervención.
- Analizando los parámetros que permitan comparar el Diagnóstico pre y post cesárea, encontramos que los recién nacidos en quienes el diagnóstico pre quirúrgico se relacionaba con compromiso fetal agudo, una gran porcentaje de ellos presentó un APGAR entre 8-10 (90.48%), en relación a la talla el 84,21% de los niños presentaron medidas entre 48-57 cm, lo que indica que en este caso, se justifica la realización de una cesárea, principalmente en pacientes con diagnósticos de distocias fetales; en tanto que el peso del 82.28% y el perímetro cefálico del 70,42% se encontraron entre 2300- 3500 gr y 33-35 cm respectivamente, demostrando que si en estos casos los diagnóstico pre-quirúrgicos fueron distocias fetales o mixtas, los mismo no se relacionan con los post quirúrgicos.
- Por lo tanto podemos decir que tan solo en un 51.84% existen correlación clínico- quirúrgica, en tanto que un 48.16% no existe esta relación existiendo una variación del 10% entre los diagnósticos pre y post cesárea.

6.2 RECOMENDACIONES.

Es necesario fijar criterios, que permitan establecer la necesidad o no de una cesárea, pero no solamente basadas en las recomendaciones de la OMS, sino ajustados a nuestro medio, considerando las debilidades y fortalezas del servicio de salud público de nuestro país. Además de que sería ideal que dichos criterios sean acogidos por instituciones privadas en donde la prevalencia de cesáreas es superior a la pública.



Sería importante que los profesionales de salud, dedicados al área de Obstetricia analicen los diagnósticos pre y post quirúrgicos, para posteriormente evaluar que tan acertadas son las valoraciones previas a una cesáreas, y si se justifica la misma, con el fin de identificar errores y corregirlos, además de mejorar el entrenamiento académico en relación a esta situación, la cual es muy importante ya que compromete el bienestar tanto de la madre como del niño.



CAPÍTULO VIII

BIBLIOGRAFÍA.

1. Carrasco I, Crespo S, Córdova J. Estudio comparativo de prevalencia de cesáreas en el hospital Vicente Corral Moscoso y en el Hospital Homero Castanier Crespo periodo enero 2006 diciembre 2008. Cuenca 2009.
2. Revista Desde la Red. Se abusa en México de las cesáreas. México 2009 disponible en: <http://www.desdelared.com.mx/2009/notas/09.en.12-cesareas.html>
3. Revista El Seguro Médico. El 5% de las cesáreas son innecesarias según la OMS. España septiembre del 2010. Disponible en: <http://www.elseguromedico.es/medicina-salud/El-5-de-las-cesareas-son-innecesarias-segun-la-OMS.htm>
4. Medline Plus. Cesarean Section. Enero 2011. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/cesareansection.html>
5. Gary F. et al. Obstetricia de Williams. Vigésimo segunda edición. Mc Graw Hill Interamericana. España 2006.
6. Bessio M. Cesárea vs Parto vaginal una perspectiva ética. Scielo. Chile 1999. disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000900014
7. Simm A, et al. Operación cesárea. Intramed. 2008. disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=53029>
8. Morales O, et all. Frecuencias e indicaciones de la cesárea en el hospital militar. Bireme BVS. México 1996. disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi->



bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LIL
ACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=181648&indexSearch=ID

9. The American Congress of Obstetricians and Gynecologists “Parto por cesárea” Whashintong, 2011. disponible en: http://www.acog.org/publications/patient_education/sp006.cfm
10. Molina C, et al. Índice de cesárea e indicaciones médicas de primera cesárea en el servicio de obstetricia del hospital San Juan de Dios, Bogotá. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=481407&indexSearch=ID>
11. Medline Plus. Cesárea. 2008. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002911.htm>
12. Martos Cristina. La cesárea solo debe realizarse si hay indicación médica. Intramed. España. 2010. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=63654>.
13. Minkoff H, et al. Riesgos y beneficios de realizar una cesárea programada. Intramed. NY 2003. Disponible en : <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=25779>
14. Smaill F, et al. Profilaxis antibiótica para la cesárea. Cochrane BVS, 2010. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=cesarea&lang=es>
15. Kamath Beena, et al. Parto por cesárea electiva: resultados en los recién nacidos. Intramed. 2009. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=61441>



16. Grady Denise. Nuevas guías sobre el uso de las cesáreas. Intramed. EEUU. 2010. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=66613>
17. Nápoles Méndez D, “Cesárea y Alternativas en las distocias del trabajo de parto, MEDISAN 2007, disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san14307.pdf
18. Martínez Cabrera O. “Correlación entre diagnóstico clínico de sufrimiento fetal agudo y hallazgos Transoperatorios en Cesárea de pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dr. Fernando Velez Paiz” Managua Julio a Diciembre 2007, Nicaragua, 2007, disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/Correlacion%20entre%20Diagnostico%20Clinico%20de%20Sufrimiento%20Fetal%20Agudo%20y%20hallazgos%20transoperatorios%20en%20Cesarea.pdf
19. Enciclopedia de Cirugía, “Cesárea”, 2011 disponible en: <http://translate.google.com/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.surgeryencyclopedia.com/Ce-Fi/Cesarean-Section.html>
20. Pavón León P, et al, “Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana”, México, 2002, disponible en: http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol2_num2/articulos/frec_indi_oper_cesa_heuv.html
21. Centro de Estadísticas del Hospital “José Carrasco Arteaga”.
22. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, “Norma y Protocolo Materno”, 2008.

CAPÍTULO IX**ANEXOS****ANEXO N 1****1.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Años transcurridos desde su nacimiento hasta la realización de la cesárea	Años Cumplidos	16-25 26-35 36-45 +45
Peso	Medida que sirve para saber la masa de un cuerpo.		Categórica
Talla	Medida de altura de una persona		Categórica
Residencia	Lugar donde habita la paciente		Urbano Rural
Instrucción	Nivel de preparación académica, de las mujeres incluidas en el estudio.	Nivel académico de la paciente.	Analfabeta Primaria Secundaria Superior.
Estado Civil	Condición de un individuo	Estado actual con respecto a su pareja	Soltera Casada Divorciado Viudo Unión libre Separado
Número de Control Prenatal	Controles que la gestante tuvo desde la concepción hasta el parto.		0-3 4-7 8-11 12-15
Medico que realiza la intervención	Profesional que realiza la cesárea		Obstetra R 1 R2 R3



Cesárea	Procedimiento quirúrgico definido como el nacimiento del feto a través de incisiones en la pared abdominal		Emergencia Programada
Trabajo de parto	Conjunto de fenómenos activos y pasivos, que tiene por objeto la expulsión del producto de la gestación.		Si No
Tipo de incisión	Maniobra mediante la cual se procede a la apertura de los tejidos,		Categórica
Motivo de la Cesárea	Reconocimiento de una patología a través de signos y síntomas antes de la operación		Categórica
Diagnostico Post Cesárea	Reconocimiento de una patología después de realizar una cesárea		Categórica
Datos del Recién Nacido	Información sobre el nacimiento.		Categórica



ANEXO N 2
UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Prevalencia y Correlación clínico - quirúrgico de las Cesáreas en el
Hospital "José Carrasco Arteaga" durante el Año 2010.

Número de historia clínica _____

Edad: _____ Peso: _____ (kg) Talla: _____ (cm)

Residencia: Urbano _____ Rural _____

Estado civil: Casada _____
Soltera _____
Divorciada _____
Unión libre _____
Separada _____Instrucción: Primaria _____
Secundaria _____
Superior _____
Analfabeta _____Control Prenatal: 0-3 _____ Gestas: _____
4-7 _____
8-11 _____
12-15 _____

Cesárea:

Emergencia: _____ Programada: _____ Motivo de Cesárea:

Trabajo de Parto: Si: _____ No: _____ Tipo de Incisión:

Datos de Recién Nacido:

Diagnóstico Post Cesárea (Protocolo Post
quirúrgico) _____Medico que realiza la intervención: Médico Tratante: _____ R1: _____
R2: _____ R3: _____

Responsable _____