

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS:

“Grado de confiabilidad del diagnóstico médico para la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD-Tarapoto. Noviembre 2012 - Mayo 2013”

Para obtener el Título Profesional de
OBSTETRA

AUTORES:

Bachilleres en obstetricia:

Gladis Stefany Tuesta Acuña

Diana Castillo Guerrero

ASESOR:

Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

TARAPOTO – PERÚ

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“Grado de confiabilidad del diagnóstico médico para la operación
cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2
ESSALUD-Tarapoto. Noviembre 2012 - Mayo 2013”**

JURADO CALIFICADOR:

Obsta. Mg. Marina V. Huamantumba Palomino
Presidente

Obsta. Mg. Consuelo Dávila Torres
Miembro

Obsta. Patricia Vásquez Pinchi
Miembro

DEDICATORIA

*A nuestros padres, por su amor y apoyo constante que guían nuestra vida.
Nuestra gratitud eterna.*

*A nuestro asesor, por su orientación y tiempo brindado en la realización del
presente trabajo.*

*A nuestra Universidad, que nos albergó durante estos años, en cuyas aulas
nuestros docentes nos brindaron conocimientos y experiencias que
encaminaran nuestra vida profesional.*

*Gladis Stefany Tuesta Acuña
Diana Castillo Guerrero*

AGRADECIMIENTO

A Dios, por estar presente en nuestra vida e iluminarnos día a día.

A nuestros padres, ya que sin su apoyo no hubiésemos realizado nuestro sueño de ser profesionales.

A nuestro asesor, por el apoyo constante en la elaboración del presente trabajo.

A nuestra universidad, por ser muy acogedora y formarnos como profesionales.

*Gladis Stefany Tuesta Acuña
Diana Castillo Guerrero*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Dedicatoria.....	iii
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Marco conceptual.....	1
1.2. Antecedentes.....	5
1.3. Bases Teóricas.....	12
1.4. Justificación.....	44
1.5. Problema.....	46
II. OBJETIVOS	
2.1. General.....	47
2.2. Específicos.....	47
III. FORMULACION DE LA HIPOTESIS	
3.1 Hipótesis.....	48
3.2 Identificación de variables.....	48
3.3 Operacionalización de variables.....	49
IV. MATERIALES Y MÉTODOS	
4.1 Tipo de estudio	50
4.2 Diseño de investigación	50
4.3 Población y muestra	50
4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	51
4.5 Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	51
4.6 Plan de tabulación y análisis de datos.....	52

V. RESULTADOS	54
VI. DISCUSION.....	65
VII. CONCLUSIONES.....	72
VIII. RECOMENDACIONES.....	73
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	74
X.ANEXOS.....	80

ÍNDICE DE TABLAS

N° de tabla	Título	N° de Pág.
01	Frecuencia de atención prenatal de la postcesareada primaria atendida en el Hospital II-2 EsSalud-Tarapoto. Noviembre 2012 - mayo 2013.....	55
02	Frecuencia de cesáreas por meses en pacientes atendidas en el hospital II-2 EsSalud-Tarapoto. Noviembre 2012 – mayo 2013.....	57
03	Frecuencia de cesáreas primarias en relación a cesáreas anteriores por meses en pacientes atendidas en el Hospital II-2 EsSalud-Tarapoto. Noviembre 2012 – mayo 2013.....	59
04	Frecuencia de la posibilidad de error diagnóstico para la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 EsSalud-Tarapoto. Noviembre 2012 – mayo 2013.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N° de gráfico	Título	N° de pág.
01	Porcentaje de edad en postcesareada primaria atendida en el Hospital II-2 EsSalud-Tarapoto. Noviembre 2012-mayo 2013.....	54
02	Porcentaje de la vía de resolución de embarazo en pacientes atendidas en el Hospital II-2 EsSalud-Tarapoto. Noviembre 2012-mayo 2013.....	56
03	Porcentaje de cesáreas primarias en relación a cesáreas anteriores en pacientes atendidas en el Hospital II-2 EsSalud-Tarapoto Noviembre 2012-mayo2013.....	58
04	Porcentaje de diagnóstico para la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 EsSalud-Tarapoto. Noviembre2012- mayo2013.....	60
05	Porcentaje del tipo de cesárea para la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 EsSalud-Tarapoto. Noviembre2012-mayo2013.....	61
06	Porcentaje de correspondencia del diagnóstico pre y post – operatorio cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 EsSalud-Tarapoto Noviembre 2012-mayo 2013.....	62
07	Escala de confiabilidad de Richardson adaptado.....	63
08	Respuesta de la postcesareada a la pregunta quién determinó la realización de la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 EsSalud –Tarapoto. Noviembre2012-Mayo 2013.....	80
09	Diagnóstico asignado a los casos de postcesareadas que respondieron haber elegido la operación cesarea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 EsSalud-Tarapoto. Noviembre 2012-mayo 2013.....	80

RESUMEN

La presente investigación titulada: “Grado de confiabilidad del diagnóstico médico para la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II – 2 EsSALUD Tarapoto noviembre 2012 mayo 2013”; fue planteada como una investigación cuantitativa, descriptivo simple, retrospectivo, y según la recolección de datos de tipo transversal. La muestra estuvo conformada por 150 pacientes post cesareadas primarias. Se utilizó una ficha de registro validada por juicio de expertos para vaciar los datos registrados en el informe post operatorio del procedimiento quirúrgico de la cesárea así como los datos de la madre y recién nacido.

El abordaje del estudio demandó contar además con la ficha perinatal SIP 2000; habiéndose llegado a los siguientes resultados: el 76% de las post cesareadas primarias se ubican en el grupo de edad de 21 a 35 años; y el promedio de edad es de 28 años; el 59.9% de la pacientes tuvieron parto por cesárea primaria y el 40.1% con el diagnóstico de cesareadas anteriores; el 69.2% de las pacientes en estudio tuvieron como patología maternas o fetales los principales diagnósticos preoperatorios en orden de precedencia: distocia de presentación, feto macrosómico, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia y desproporción pélvico fetal; el 64.7% de las pacientes fueron cesáreas no programadas; es decir se decidió una operación cesárea en el curso del parto o como cesárea urgente al ingreso por el servicio de emergencia; el 52.2% con diagnóstico pre operatorio de macrosomía fetal, tuvieron su peso menor de 4000 gr; el 85% con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, presentaron puntuación Apgar 8 – 10 al minuto y líquido amniótico claro; el 55% con diagnóstico de preeclampsia no registran signos premonitorios y su presión arterial menor igual a 120/80 mmHg. Concluyéndose: que el grado de confiabilidad del diagnóstico médico preoperatorio para la operación cesárea primaria es baja.

Palabras claves: Cesárea primaria, diagnóstico médico, grado de confiabilidad.

ABSTRACT

The present study titled "Degree of reliability of medical diagnosis for primary cesarean section in patients treated at the Hospital II - 2 EsSALUD Tarapoto November 2012 May 2013", was raised as a simple quantitative research, descriptive, retrospective, and as the collection cross-sectional data. The sample consisted of 150 primary cesarean patients post. A registration validated by expert judgment to empty the data recorded in the report of postoperative cesarean surgical procedure and the data of the mother and newborn was used.

The approach of the study claimed to have perinatal tab SIP 2000; having obtained the following results: 76% of post primary cesarean lie in the age group of 21-35 years and the average age is 28 years, 59.9% of the patients had primary cesarean delivery and 40.1% with the diagnosis of previous cesarean, 69.2% of patients in study had as maternal or fetal pathology major preoperative diagnosis in order of precedence: presentation dystocia, fetal macrosomia, fetal distress, preeclampsia and fetal pelvic disproportion, the 64.7% of patients were unscheduled cesarean e decided a cesarean section delivery during cesarean delivery or admission by the emergency, and the 52.2% with preoperative diagnosis of fetal macrosomía, had their weight less than 4000 g., the 85% diagnosed with fetal distress, Apgar score showed 8 to 10 per minute and clear amniotic fluid, 55% with no recorded diagnosis of preeclampsia premonitory signs and blood pressure less than or equal to 120/80 mmHg. Concluding: the degree of reliability of preoperative medical diagnosis for primary cesarean section is low.

Keywords: primary cesarean, medical diagnosis, degree of reliability.

GRADO DE CONFIABILIDAD DEL DIAGNÓSTICO MÉDICO PARA LA OPERACIÓN CESÁREA PRIMARIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD-TARAPOTO. NOVIEMBRE 2012 - MAYO 2013.

I. INTRODUCCIÓN.

1.1. Marco Conceptual.

La operación cesárea (OC) es el acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, la placenta y los anexos ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y la pared uterina. (1)

El curso de los embarazos y su culminación natural fueron históricamente eventos sociales que incorporaban a la familia y a su comunidad, sin ninguna o con muy poca participación médica, pues su desarrollo resultaba normal en más del 90 % de las veces. Hoy son sucesos más médicos que sociales, una mutación que ha transformado paulatinamente en pacientes a las mujeres embarazadas y a las parturientas normales. Este proceso de creciente medicalización, a veces excesivo, ha producido efectos no siempre deseables, entre los que se destaca el aumento dramático en las tasas de operación cesárea, que de un moderado 5 % en la década de 1960, en Puerto Rico, llegó a oscilar entre 29 % para 1985, mientras que en Holanda era de 6,5 %.(17)

Dentro de las recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento, señaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece que “no existe justificación en ninguna región geográfica específica para tener más de un 10 a 15% de cesáreas, ya que no existen evidencias de que se requiera una operación cesárea después de una cesárea transversa segmentaria

inferior. Se deberían favorecer los partos vaginales en cesareadas anteriores, en lugares donde existan las facilidades quirúrgicas en caso de emergencia”.

Un reciente estudio realizado en ocho países de América Latina, entre ellos Perú, mostró una frecuencia global de 30%. Datos que contrastan con los de las décadas de 1960 y 1970, cuando oscilaba alrededor del 10%. (2)

El aumento en la tasa de OC que se registra en Latinoamérica representa un grave problema de salud pública, de causas no claramente investigadas y su resolución pasa por una adecuada gestión entre sus diferentes actores. (19)

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea, constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Los aportes científicos y tecnológicos que ocurrieron en el siglo XX, que permitieron la introducción de técnicas quirúrgicas con asepsia y anestesia confiables y de métodos sofisticados para la detección temprana del sufrimiento fetal agudo y crónico, contribuyeron en forma por demás importante al incremento en el uso de la operación cesárea que se observó en la década de los años sesenta en todos los países alrededor del mundo. (4)

En el Perú, la tasa de cesáreas en los hospitales de la DISA V Lima-Ciudad no sólo supera largamente el límite recomendado por la OMS (15% cesáreas) sino que su tendencia significativamente positiva contribuye a suponer que ésta seguirá aumentando con el transcurso de los años. Se requieren estudios posteriores para evaluar qué factores asociados a este incremento pueden ser

corregidos por el bien de la salud pública en nuestro país. Entre los años 2000 y 2009, el porcentaje de cesáreas en instituciones del ministerio de salud se ha incrementado de 13% a 21%, a nivel nacional. En el área urbana el 29% de los nacimientos fue por cesárea frente a solo el 8% en el área rural. Se presenta, también, un mayor porcentaje en Lima Metropolitana (38%) (5)

Una cesárea se debe realizar solamente si es necesario. El médico debe tener una responsabilidad ética con su paciente. Mientras que el promedio nacional de estas intervenciones se mantiene hace varios años en 21%, en el sector privado el porcentaje ya supera el 60%. (19)

Respecto a la cesárea a petición de la paciente, aunque el argumento de llevar a cabo una cesárea sin indicación médica es anti ético, en muchos países los médicos obstetras llevan a cabo a elección de la paciente. En el caso que la paciente solicita la operación cesárea, estas recomendaciones son: el requerimiento materno no es propio de una indicación para la operación cesárea y las razones específicas para el requerimiento deben ser exploradas, discutidas y registradas.

Finalmente se puntualiza la necesidad de conocer si el diagnóstico médico para la operación cesárea se ajusta a las normas establecidas en el protocolo de la operación cesárea que rige en las instituciones del ministerio de salud del Perú y en los establecimientos de salud EsSalud, ya que esto contribuiría a reducir las cesáreas innecesarias bajo el costo y riesgo de la mujer la familia y la sociedad que tiene el derecho de una maternidad segura.

1.2. Antecedentes.

García, A y Col. (España, 2011), en un estudio titulado: “El aumento de las cesáreas en los hospitales públicos: Un análisis de la capacidad hospitalaria y de los incentivos médicos”; informa que las cesáreas han crecido mucho en los últimos años, no solo en los países más desarrollados sino también, y especialmente, en los países en desarrollo. En España uno de cada cuatro partos es una cesárea. Los factores clínicos y demográficos no parecen explicar completamente el crecimiento de este tipo de intervención médica y es, por ello, muchos trabajos se han centrado en explorar la influencia de factores no clínicos. Entre los factores no clínicos que pueden explicar el aumento de las cesáreas se encuentran: la medicina defensiva, los cambios en el estilo de práctica médica, el cambio de actitud de los pacientes, la preferencia que los médicos puedan tener por el ocio y los incentivos económicos. Estos últimos se han identificado como uno de los factores más relevantes que explican el crecimiento de las cesáreas, especialmente en el sector privado, en donde los médicos habitualmente son retribuidos mediante un esquema de pago por servicio. (13)

OMS (2009), datos de la Organización Mundial de la Salud muestran que en Asia y Latinoamérica las cesáreas se sitúan en torno al 27% y 35% sobre el total de nacimientos; en China, Ecuador y Paraguay, este porcentaje se eleva hasta alcanzar el 50%. Estas cifras son también muy elevadas en países más desarrollados como Estados Unidos (con un 32,3% de cesáreas sobre el total de nacimientos) e Italia, con un 38,4 cesáreas por cada 100 nacidos vivos en 2009. Estima que del total de cesáreas anuales que se realizan en España, un poco más de un tercio son innecesarias. (14)

Villaverde, M (España, 2009). En un estudio sobre "Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud; reporta que la incidencia observada en el uso de la cesárea fue de un 22,66 %, siendo de un 18,91 % en el caso de mujeres de bajo riesgo, de un 15,27% para cesáreas primarias de bajo riesgo y de un 3,04% para cesáreas primarias en mujeres sanas y partos de muy bajo riesgo obstétrico. Considerando el total de partos, la probabilidad de recibir una cesárea está relacionada con la edad, aumentando entre un 4% y un 6% dicha probabilidad por cada año de vida de la madre. No obstante, este factor individual controlado, explica como máximo un 57% de la variación. Así mismo, la probabilidad también depende de algunas características del hospital donde la parturienta es atendida presentando menos riesgo las mujeres atendidas en hospitales terciarios y docentes dotados de un mayor número de paritorios. El riesgo de sufrir una cesárea es mayor en hospitales dotados de un mayor número de médicos especialistas en obstetricia y ginecología o dotados de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. (15)

Cabré S y Col (Barcelona, 2005), en un estudio realizado sobre la evolución a lo largo de 17 años del número de cesáreas practicadas en el Hospital Universitari Sant Joan de Déu, servicio de obstetricia. Encontraron que durante estos años se realizaron un total 36.453 partos, y de éstos 6.017 han finalizado en cesárea, lo que representa un 16,5%. Se han confeccionado cinco grupos para definir la indicación de cesáreas. Distocia, cesárea anterior, presentación podálica, sufrimiento fetal y otras causas. Como resultados se detectaron un aumento del 7 al 24% anual en cuanto a la proporción por año de partos

finalizados por cesárea. Apreciaron un cambio en las indicaciones anuales, con un mantenimiento de la proporción de distocias y un significativo aumento de la indicación de cesárea anterior. Muchas son las causas que tradicionalmente se han asociado con este incremento detectado, destacando el factor médico personal aislado como el más influyente para la realización de una cesárea en un caso individual (41).

Conde-Agudelo A. (2003) en un comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS sobre, Cesárea programada para parto en presentación podálica a término, describe que en un 3 a 4% por ciento de los embarazos de feto único a término se complican por presentación podálica. En un estudio anterior realizado en América Latina, informamos que el riesgo de muerte durante el período intraparto fue casi diez veces más alto para los fetos en presentación podálica que para los fetos en presentación cefálica, independientemente de la edad gestacional (2).

Los datos provenientes de la base de datos del Sistema de Información Perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (Montevideo, Uruguay) revelan que el 66% de los partos a término de fetos únicos en presentación podálica termina en cesárea. Además, los fetos nacidos a término en presentación podálica por vía vaginal, comparados con los fetos nacidos a término en presentación podálica por cesárea, tuvieron un riesgo casi nueve veces mayor de mortalidad perinatal. (16)

Patiño, G (Perú. 2011), en una tesis de investigación: Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011), reporta que el aumento de

la tasa de cesárea en los hospitales de Tumbes es motivo de preocupación. En el hospital de apoyo I-2 José Alfredo Mendoza Olavarría, la tasa de cesárea varió entre el 35 % y 49 % durante los años 2003-2005, mientras que el hospital I EsSalud registró una tasa del 45 % en el año 2006. Asimismo, encontró que en el Hospital del Ministerio de Salud, la edad promedio fue de 26,4 años, mientras que en el de EsSalud fue de 29,4. En cuanto al control prenatal, fueron gestantes controladas con más de 6 controles prenatales y con embarazos previos a quienes se les explicó el motivo pero no las probables complicaciones de la cesárea. Los recién nacidos en el hospital del Ministerio de Salud tuvieron en promedio un peso de 3194 gr y un Apgar de 9,1, mientras que en la seguridad social el peso fue de 3200 gr y un Apgar promedio de 9,2. La frecuencia de cesáreas fue muy alta en los dos hospitales de Tumbes, y mucho mayor en el hospital Carlos Cortés Jiménez de EsSalud (58,7 %), en comparación con el hospital José Alfredo Mendoza Olavarría del MINSA (49,52 %); comprobó que los factores asociados a la cesárea son fundamentalmente maternos. Esclarece que no se realiza una educación a la mujer embarazada para formarse una opinión con tiempo suficiente para tomar decisiones. Con relación a la conducta de la gestante y los familiares informa que en la mayoría de las clases de preparación para el parto, se evita hablar de las circunstancias que rodean la práctica de una cesárea, con la excusa de no causar preocupación a las embarazadas. De esta afirmación puede deducirse que se plantean dudas acerca de la información que recibe la mujer durante las clases preparto, y que si esto se confirma, no es el mejor camino para conseguir el objetivo deseado. En Tumbes, la información que se brinda no es uniforme, y es necesaria mayor información, educación en las gestantes y en la

pareja o los familiares para que conozcan las probables complicaciones y riesgos de la intervención cesárea, a fin de que puedan tomar una decisión consensuada, considerando el principio ético de autonomía.(17)

Gonzalo, Alberto y Col. (Lima 2006), en artículo publicado sobre incidencia y principales indicaciones de cesáreas; da cuenta que se registró en el año 2002 una incidencia del 26,23%, y en el año 2003, del 25,55%. De 4530 gestaciones, 1102 culminaron en parto cesárea, con una incidencia de 24,32%, las cuales fueron discriminadas por orden de frecuencias de sus indicaciones; Cesárea Iterativa: 249 (22,5%); Sufrimiento Fetal Agudo: 148 (13,5%); Cesárea Anterior: 120 (11%); Presentación Podálica: 111 (10%) y Gestación Múltiple: 82 (7,5%. A pesar de disminuir casi completamente la indicación por Cesárea Anterior, la cifra de incidencia disminuye escasamente (0,68%), y esto es debido a la alta incidencia de Cesárea Iterativa que enfrenta el servicio, destacando el poco aumento de la indicación por Sufrimiento Fetal Agudo, causa principal que hace fallar la prueba de trabajo de parto y culminar en parto cesárea. (18)

Medina Pinto Sofía Esther; Ortiz Gavilán, Analía Valeria; Miño, Laura Cecilia; Itatí Abreo Griselda; (Argentina, 2010) en una revisión científica sobre la incidencia e indicaciones de cesáreas, informa que se registraron 4016 nacimientos, con incidencia de cesáreas de 32% (n=1299). Indicaciones obstétricas de cesáreas: 30,94% por cesárea anterior, 16 % sufrimiento fetal agudo, 9,76% falta de progresión del trabajo de parto, 9,04% distocia de presentación, 9,04% negativa al parto, 5,45% ginecorragia de la segunda mitad del embarazo, 3,80% desproporción feto pélvica, 3,30% embarazo gemelar, 13,13% otras en un total de 1393 pacientes. Indicaciones por patologías

maternas asociadas: 46% hipertensión arterial, 21,60% diabetes, 8,40% corioanmionitis, 7,60% cáncer de cérvix, 5,20% ruptura prematura de membrana, 4% cardiopatías. Concluye que las cesáreas han aumentado significativamente, respecto de años anteriores, principalmente a expensas de la cesárea anterior e iterativa. Y las patologías maternas asociadas hipertensión arterial y diabetes fueron las de mayor incidencia. (19)

Manzano, G (Perú, 2010). Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Revista Horizonte Médico Volumen 11(2), Julio – Diciembre 2011. Diseño transversal y descriptivo, en el que se revisó todas las historias clínicas de adolescentes multigestas, determinando la incidencia de cesáreas iterativas, así como los factores asociados. Resultados: Se registró 584 partos de adolescentes multigestas. 264 correspondieron a cesáreas iterativas, lo que significó una incidencia de 45 cesáreas iterativas por cada 100 gestaciones (45%). El promedio de edad fue de 18.2 ± 1.1 años (14 a 19 años). Conclusiones: la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multigestas, fue de 45% asociado a desproporción céfalo–pélvica y con menor indicación por el mayor número de hijos vivos y abortos previos. (20)

Cerda-Collado, G y Col. En una investigación retrospectiva de 4 años sobre indicación de cesáreas en dos maternidades, cuyo universo lo constituyeron 15,874 cesáreas; de estas 10,109 fueron realizadas en la maternidad Dr. Manuel E. Perdomo y 5,765 en el Hospital Dr. Luis E. Aybar. Durante el periodo de estudio encontraron una menor frecuencia de cesáreas en el Hospital Dr. Luis E. Aybar con un 25.48%. En la Maternidad Dr. Manuel E.

Perdomo la frecuencia más elevada de operaciones cesáreas fue en el alto de 1992 con un 40.74% y en el Hospital Dr. Luis E. Aybar con un 33.08%. Las tres causas más frecuente de indicación de operación de cesáreas lo ocupa: 1. Cesáreas previa. 2. Sufrimiento fetal. 3. Pre eclampsia severa. (21).

El Diario (Ecuador 2013), Los médicos apuntan principalmente a los malos diagnósticos de los ecografistas; otros a la facilidad que buscan las madres y también a que los médicos residentes quieren practicar en este tipo de cirugías. Si hay error del ecografista el bebé que nace por cesárea viene prematuro y su vida corre serios riesgos. El jefe del área de ginecología y obstetricia del hospital Verdi Cevallos considera que “los estudios ecográficos están bastante equivocados, y no se equivoca el equipo, sino la persona que hace el análisis. Le dicen a la paciente que tiene 40 semanas de gestación y que el embarazo está a término, cuando no es así. (48)

Menacho M. Ivany y Col. La cesárea electiva se está convirtiendo en una cirugía de primera elección en las grandes zonas urbanas, preferida por gestantes primigestas y jóvenes. Se realiza con mayor frecuencia en hospitales o clínicas de tipo privado. Es una cirugía que se está volviendo comercial con fines estéticos. En algunos países de América Latina, su práctica ha llegado a ser tan abusiva que sobrepasó el 80 % del total de los nacimientos. Se recomienda no indicar una cesárea sin justificación porque se estaría elevando el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el producto de la gestación y si aun así la madre opta por la cesárea, hacer hincapié en los riesgos y consecuencias que podría sufrir. Conviene otorgar siempre información completa para beneficio de los pacientes. (49)

1.3. Bases Teóricas.

Operación cesárea

Datos históricos:

La palabra Cesárea viene del latín "Caedere" (cortar) y en Roma se llamaban "Caesones" a los nacidos por cesárea. Esto nos demuestra que aunque fuese postmortem, en Roma se practicaba con cierta frecuencia. Sin embargo el verdadero creador del nombre de la operación cesárea fue el médico francés Francois Rousset (1530 – 1603) que en 1581 escribe una monografía sobre dicha intervención quirúrgica.

Haciendo una revisión histórica de la operación Cesárea, Huamán Berríos Julio César (23), refiere que en el libro de Skinner sobre el origen de los términos médicos, se incluye la siguiente afirmación: "Se ha dicho que Julio César nació de esta manera, de aquí el nombre de Operación Cesárea". Plinio el Viejo en su Historia Natural al referirse al primero de los Césares refiere que lleva su nombre por el útero escindido de su madre y hace derivar el nombre de de cesárea de la palabra *caesus* que quiere decir cortado. Al respecto Huamán Berríos (23), hace referencia a J. A. Young (1944) que dice: "No es en modo alguno probable la popular creencia de que Julio César llegó a este mundo por operación cesárea, ya que Aurelia -su madre- aún vivía cuando el emperador llevó a cabo la invasión de Gran Bretaña; tal recuperación en un tiempo en que la anatomía y la cirugía estaban en sus albores, apenas puede creerse". (23)

Definición:

La cesárea es la intervención obstétrica que consiste en extraer al feto de la cavidad uterina a través de una incisión abdominal y el útero, eludiendo a la vía vaginal del parto. Es el acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, la placenta y los anexos a través de una incisión en el útero y pared abdominal. Se excluye de esta definición a la extracción del feto libre en la cavidad abdominal como consecuencia de la rotura uterina o de un embarazo ectópico. (Revisado el 29 de abril del 2013) (24)

La cesárea constituye la operación obstétrica más comúnmente efectuada. Es la más antigua y moderna de las operaciones y ha llegado a un grado de perfeccionamiento que ha motivado una confiabilidad excesiva y un uso irracional. La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer al feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas. La operación cesárea (OC) es la acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, la placenta y los anexos ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y la pared uterina. (25)

Operación Cesárea es la técnica quirúrgica con la que el hombre procuró resolver uno de los problemas más dramáticos que le presentaban las distocias en el parto y sus complicaciones y como tardó casi dos milenios en alcanzar plenamente su dominio. (26)

Es un procedimiento quirúrgico que tiene por objeto extraer al feto vivo o muerto a través de laparotomía e incisión de la pared uterina. Después de que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal. (22)

Es la extracción del feto a través de una incisión de las paredes del abdomen y del útero. Ésta debe darse sólo ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal. (28)

Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la Operación Cesárea (27)

Las indicaciones más frecuentes de la operación cesárea, son: desproporción céfalo pélvico; cesarea previa; sufrimiento fetal; ruptura prematura de membranas; presentación pélvica.

Indicaciones de la operación cesárea: La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: maternas, fetales o mixtas.

a. Causas maternas

Distocia de partes óseas (desproporción céfalo pélvica)

- Estrechez pélvica
- Pelvis asimétrica o deformada
- Tumores óseos de la pelvis

Distocia de partes blandas

- Malformaciones congénitas
- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cerviz, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto

- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas
- Cirugía previa del cervix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo de parto
- Distocia de la contracción
- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)

b. Causas fetales:

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso del cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contra indicación para parto vaginal
- Cesárea postmortem

c. Causas mixtas

- Síndrome de desproporción cefalopelvica
- Preeclampsia-eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Isoinmunización materno-fetal

Indicaciones más frecuentes de la operación cesárea. Criterios en la toma de decisión:

Desproporción céfalo-pélvica

Condición de origen materno, fetal o mixto, dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal. La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal, con buena actitud.
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud
- Pelvis y feto normales con relaciones fetopélvicas ajustadas, después de una prueba de trabajo de parto infructuosa

El diagnóstico de la desproporción cefalopélvica, se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.

Prueba de trabajo de parto

Es el procedimiento obstétrico a que se somete una parturienta con relación cefalopélvica límite y mediante su vigilancia y conducción, sin riesgo materno; tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, venciendo obstáculos previstos y presumiblemente franqueables.

Toda prueba de trabajo de parto debe apegarse estrictamente a los requisitos para su inicio, la metodología para su ejecución y la decisión oportuna del momento de su terminación. En algunas instituciones la prueba de trabajo de parto se realiza en mujeres con cesárea previa pacientes con fetos en presentación pélvica.

Ruptura prematura de membranas

Es la salida de líquido amniótico, a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares, en embarazo mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 hs antes de inicio del trabajo de parto.

Diagnóstico. El diagnóstico clínico se realiza mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico, a través del orificio cervical en el examen con espejo vaginal, o mediante maniobras que hagan evidente la salida de líquido amniótico como: la compresión del fondo uterino con una mano, mientras con la otra se rechaza ligeramente la presentación (maniobra de Tarnier) o se le indica a la paciente que puje (maniobra de Valsalva); en algunas ocasiones puede ser difícil establecer el diagnóstico y se requiere del apoyo de métodos auxiliares de laboratorio y de gabinete.

Conducta ante la ruptura prematura de membranas

La conducta obstétrica en estos casos depende de: tiempo de evolución de la ruptura; sospecha o certeza de infección; edad gestacional y madurez fetal así como las condiciones obstétricas.

Cuando no existe evidencia de infección, se realizará un manejo conservador de la paciente, que deberá incluir: estrecha vigilancia clínica, limitando la práctica de

tactos vaginales y la realización de exámenes de laboratorio y gabinete para la detección oportuna de signos y síntomas de infección amniótica y en casos específicos, se requerirá de antibioticoterapia profiláctica y esquema de maduración pulmonar. En general, la atención de la embarazada en estos casos, requiere que la unidad de atención cuente con servicios especializados para la atención del neonato. En aquellos casos en que la ruptura de membranas ocurra entre la semana 26 y 32, se valorará el uso de útero-inhibidores.

La conducta obstétrica en los casos de ruptura prematura de membranas, es la siguiente:

- a) Menor de 26 semanas de gestación: interrupción del embarazo por vía vaginal con el consentimiento de la mujer
- b) Entre 26 y 28 semanas de gestación: cuando se cuente con los recursos mínimos para la atención del neonato, se realizará operación cesárea; cuando no se cuente con éstos, preferentemente se buscará el traslado de la paciente a otro nivel de atención, si no es posible, la vía de elección para la resolución del embarazo será vaginal
- c) Entre 29 y 32 semanas de gestación: se realizará operación cesárea
- d) Entre las semanas 33 y 36 de gestación: se valorarán las condiciones obstétricas y se resolverá el embarazo por la vía más favorable
- e) De la semana 37 en adelante: sin trabajo de parto, con el feto en presentación cefálica, flexionada y sin sufrimiento fetal, se inducirá maduración cervical con prostaglandinas durante 12 hs, con una inductoconducción subsecuente del trabajo de parto con oxitocina. En caso de que no se cuente con

prostaglandinas, se mantendrá una actitud expectante durante 24 hrs. en espera del inicio espontáneo del trabajo de parto, de no suceder esto, se procederá a la inducción del trabajo de parto con oxitocina.

En caso de que se sospeche infección, debe tomarse una muestra de líquido amniótico para cultivo y antibiograma, y establecer un esquema de antibioticoterapia, de acuerdo a los protocolos del Comité para el uso racional de antibióticos de la unidad hospitalaria, además está indicado resolver inmediatamente el embarazo, independientemente de la edad gestacional y del grado de madurez pulmonar fetal.

Una vez realizado el diagnóstico de corioamnionitis, no existe un plazo temporal para la terminación del embarazo con el fin de evitar complicaciones fetales y maternas; sin embargo, la insistencia en intentar un parto vaginal en estas pacientes puede resultar potencialmente peligrosa; la conducta propuesta es no esperar más de 6 horas después de establecido el diagnóstico.

Estrategia de la segunda opinión en la toma de decisión para la realización de operaciones cesáreas. (26)

Los beneficios de contar con una Segunda Opinión en apoyo a la toma de decisiones terapéuticas en diferentes disciplinas médicas ha sido bien documentada, particularmente cuando proviene de un profesional con formación y experiencia similar o equivalente a quien tomó inicialmente la decisión (consulta entre pares) o de un especialista con mayor experiencia y/o jerarquía institucional. En el área de la cirugía obstétrica la experiencia de la Segunda Opinión es reciente y aún limitada; se inicia en la década de los años ochenta

cuando ante el impresionante incremento en la práctica de la operación cesárea, algunos investigadores de diversos países alrededor del mundo, iniciaron estudios aleatorizados para evaluar diversas estrategias que lograron reducir el número de intervenciones quirúrgicas en la resolución de los embarazos cuando no tenían una correcta indicación médica. los estudios en su conjunto, aunque no específicamente diseñados para evaluar el impacto de la Segunda Opinión, señalaban que esta estrategia era favorable y que debería ser implementada en las instituciones o establecimientos de salud que brindan atención perinatal.

En Latinoamérica existen algunas evidencias aisladas que dan testimonio de la utilidad de la Segunda Opinión en la práctica obstétrica. Con estos antecedentes el Centro latinoamericano de Perinatología (Montevideo, Uruguay) tomó la iniciativa de realizar y coordinar un estudio aleatorizado multicéntrico en cinco países de la región incluido México, para evaluar la estrategia de la Segunda Opinión.

El estudio se realizó en Argentina, Brasil, Chile, Cuba y México, en el año de 1998 y concluyó hacia fines de 1999. Actualmente los resultados de esta investigación están en análisis, sin embargo los datos preliminares indican que la estrategia de la Segunda Opinión tuvo un impacto favorable en las instituciones participantes.

Consideraciones actuales sobre la operación cesárea.(26)

Presentación pelviana

La presentación pelviana constituye alrededor de 2–4 % de los nacimientos; sin embargo, la asistencia al parto en estos casos siempre ha requerido de la

experiencia de quien lo asiste, de ahí el axioma “*Más vale venir al mundo con la cabeza baja que no con los pies delante*”. De esto se deriva que este fuera considerado por Berutis como un parto paraeutócico (cerca de lo eutócico) o anfitócico (cerca de lo distócico).

Desde décadas pasadas, una de las indicaciones más controversiales de la cesárea ha sido el parto de nalgas; sin embargo, en muchos servicios basta con la condición de primigesta, aunque otra influencia en el aumento del indicador ha sido la presentación pelviana en embarazo gemelar.

La presentación pelviana ha sido la indicación para la cesárea en la que más investigaciones han coincidido respecto a los beneficios que proporciona esta operación programada en relación con el parto vaginal. Es consideración unánime que el parto en esa presentación incrementa las tasas de morbilidad y mortalidad materno-perinatales, por los grandes riesgos que implica para la salud del binomio madre-hijo.

Inducción fallida.

Teniendo en cuenta que el indicador de inducción se eleva cada vez más debido a la introducción de nuevos conceptos, así como de novedosas tecnologías que aumentan este procedimiento, la cesárea por inducción fallida ha aumentado considerablemente en los últimos tiempos.

Como bien se conoce, al final del embarazo el cérvix experimenta una serie de cambios bioquímicos y físicos que modifican su estructura y favorecen su borramiento y dilatación.

El cuello uterino está compuesto de músculo liso, cuyo contenido varía de arriba hacia abajo de 25 a 6 %, en colágeno, que es el material básico, tejido conectivo y una pequeña cantidad de fibras elásticas. A la colágena se le conceden aproximadamente 21 isoformas y en su composición participan diferentes tipos de aminoácidos: prolina, hidroxiprolina, leucina e isoleucina, además de calcio, magnesio, fósforo, oro y manganeso, los cuales disminuyen su síntesis al final del embarazo.

Cuando el proceso de maduración cervical no se produce adecuadamente, el cuello se mantiene en estado rígido, con poca respuesta al proceso inductivo. En estos casos, las prostaglandinas son los fármacos destinados para actuar en la remodelación cervical facilitando la respuesta a la inducción.

Por tanto, la realización del proceder preinductivo constituye la piedra angular de respuesta a la inducción definitiva, la droga propuesta como de elección en nuestro medio es el misoprostol, prostaglandina muy efectiva que se conserva a temperatura ambiente, es de bajo costo y utilizada de forma protocolada garantiza eficacia y seguridad.

Sufrimiento fetal:

Es un estado crítico debido a una alteración en el intercambio anabólico y catabólico entre la madre y el feto, que produce modificaciones bioquímicas, hemodinámicas, manifestadas por: Hipoxia, hipercapnia, desequilibrio ácido base, alteraciones de la frecuencia cardíaca y en ocasiones por presencia de meconio en líquido amniótico.

Los medios de diagnósticos para evaluar el bienestar fetal han pasado por múltiples etapas; sin embargo, la introducción de la cardiotocografía (CTG) y la ecografía, básicamente en lo concerniente a la biometría funcional, han elevado el indicador de cesárea. En otra etapa, el tratamiento con betamiméticos y la mejoría del estado fetal permitían una atención más conservadora; sin embargo, es elemental la evaluación bioquímica del feto para permitir el parto vaginal.

La cesárea previa

La práctica de parto transpelviano en pacientes con cesárea previa es cada vez más común, dado que esta conducta reduce los riesgos de la cesárea iterada, siempre que se trabaje teniendo en cuenta diferentes criterios de selección. Esta es la indicación de cesárea que ocupa el primer lugar en casi todas las estadísticas internacionales y tiene además influencia en las características de las prácticas obstétricas, pues el índice de cesárea primitiva de un servicio influirá en el indicador de iterada en el futuro, si no se permite el parto transpelviano. Téngase en cuenta además que 70 % de las cesáreas primitivas se realizan en nulíparas, lo que compromete aún más el futuro obstétrico de estas pacientes.

Estudios recientes controlados señalan que la realización de una prueba de parto a pacientes con cesárea previa ha permitido incrementar los nacimientos por vía vaginal, con mínimas complicaciones y un rango aceptado para dehiscencia de cicatriz de 0,45 a 0,6 %.

Se decidirá la ejecución de una prueba de parto en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo y tercer niveles de atención, con personal

capacitado para enfrentar competentemente cualquier complicación que pudiera presentarse.

La Preeclampsia

La Preeclampsia se define por la presencia de hipertensión acompañada de proteinuria, edema generalizado o ambos. La preeclampsia se presenta en aproximadamente un 8% del total de los embarazos y hay un incremento en el riesgo en los casos de primer embarazo, embarazos múltiples, madres adolescentes, madres de avanzada edad, mujeres afroamericanas y mujeres con antecedentes de diabetes, hipertensión o enfermedad renal. Clásicamente se la define como leve o severa .Preeclampsia leve : Hipertensión de al menos 140/90 mmHg en dos ocasiones, con seis horas de diferencia después de la semana 20 de embarazo y proteinuria significativa de > 300 mg en 24 horas, edema moderado y volumen urinario en 24 horas > 500 ml. Preeclampsia severa : Tensión arterial > 160/90 mmHg en dos ocasiones con seis horas de diferencia después de la semana 20 de gestación ; TA sistólica > 60 mmHg sobre el valor basal ; TA diastólica > 30 mmHg sobre el valor basal ; proteinuria > 5g en 24 horas , edema masivo , oliguria (< 400 ml en 24 hs) , síntomas sistémicos como edema de pulmón , cefalea, alteraciones visuales , dolor en hipocondrio derecho, elevación de las enzimas hepáticas o trombocitopenia .(32)

Eclampsia

Se define como la presencia de convulsiones o coma, o ambos, en un paciente con clínica de preeclampsia. Se deben excluir otras causa de crisis. Si bien la eclampsia es usualmente asociado con proteinuria significativa, se ausenta en un 20% de los casos. La eclampsia se puede presentar en el anteparto, intraparto o

postparto. Aproximadamente un 50% de los casos ocurren en el anteparto, usualmente durante el tercer trimestre; unos pocos ocurren entre las 21 y 27 semanas de gestación y raros casos se presentan antes de las 20 semanas. Todos los pacientes refieren dolor de cabeza con o sin alteraciones visuales 1 a 4 días previo al ataque. (32)

Macrosomía fetal.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, define a la macrosomía fetal (también denominado hipertrófico), como aquel feto que pesa al nacer más de 4.000 grs., o que tiene un peso fetal estimado por ecografía de más de 4.500 grs. (35)

Habitualmente se define como macrosómico a un recién nacido con peso al nacer igual o superior a 4.000 grs. Su incidencia es de 7 a 10% de los recién nacidos vivos(34). Los factores de riesgo asociados a la macrosomía fetal son diabetes y obesidad materna, multiparidad, edad materna avanzada y embarazo prolongado aunque gran parte de los fetos macrosómicos nacen de embarazos sin estos factores de riesgo(2). El parto de un feto macrosómico lo expone teóricamente a un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad secundaria a traumatismo obstétrico y asfixia intraparto. Esta potencial complicación implica que muchos de los embarazos de fetos macrosómicos culminen en cesárea.

El parto de estos fetos grandes ocasiona traumatismo tanto en la madre como en el feto. Históricamente, la macrosomía fetal ha estado asociada a una alta tasa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, dos veces mayor que la de la población general.

El peso al nacer de 4 000 g. o más que representa aproximadamente al 5% de todos los nacimientos ha sido considerado en la mayoría de los estudios como sinónimo de macrosomía fetal. Por otro lado, el feto grande para la edad de gestación (GEG) que representa al 10% de la población general de recién nacidos, ha recibido hasta el momento poca atención por parte de los investigadores; es decir, un 5% de los fetos grandes no son clasificados en la actualidad como macrosómicos y no se benefician del enfoque de riesgo perinatal. Por lo tanto, la definición más correcta de macrosomía es la de considerar la edad gestacional y el percentil 90, los cuales tienen significativo mayor riesgo perinatal que los fetos de tamaño normal. (36)

Cesárea electiva a petición materna

La vía fisiológica de finalización de un embarazo es la vaginal. El parto no es un proceso patológico, por lo que en principio no requiere de intervención médica, debiendo evolucionar espontáneamente según las leyes de la naturaleza.

La O.M.S. acepta como tasa máxima deseable el 15% de embarazos que culminan en cesárea; y por lo conocido que no hay beneficios para la madre y el feto por razones médicas. Que "...las ventajas de una parto vaginal seguro sobre una operación cesárea son claras: un parto vaginal se asocia con menores morbilidades maternas y neonatales, menor tiempo de hospitalización y su costo es menor. Considera asimismo que la incidencia de operación cesárea ha crecido de manera tan dramática en los últimos 25 años debido: Menor tolerancia a la toma de; menor tolerancia a la toma de riesgos; miedo al litigio médico legal; mayor utilización de la anestesia peridural; incremento en el uso del monitoreo

electrónico de la electrónico de la frecuencia cardiaca fetal; así como la conveniencia del médico. (33)

Sin embargo, dado el incremento del riesgo al que madre e hijo están sometidos, y paralelamente al desarrollo científico y tecnológico, la obstetricia ha ido incrementando el número de acciones tanto de control del bienestar como de finalización del embarazo, con el fin de mejorar de forma progresiva los resultados perinatales. Multitud de intervenciones preventivas y terapéuticas son asumidas hoy con el fin de proteger la salud de la mujer y el bienestar fetal, algunas no exentas de riesgo para la madre ni para el feto e incluso sin indicación médica como es la amniocentesis por deseo materno, sin que por ello el médico se sienta un mero técnico.

La operación cesárea se ha incrementado a nivel mundial. La cesárea electiva es la opción hoy en día preferida por muchos obstetras sobre el parto vaginal, existiendo muchas ventajas sobre éste. Se ha incluso sugerido que el parto vaginal ya no es la consecuencia deseada de la gestación, una conclusión que indica tanto ventajas médicas como conveniencia por parte del paciente y del obstetra. El fenómeno de las cesáreas sin indicación obstétrica, médica o fetal, resalta la importancia de establecer protocolos basados en evidencias que permitan homogeneizar el juicio clínico en cada tipo de nacimiento en base a sus riesgos y beneficios particulares. (31)

Una cesárea sin motivo es un peligro para el bebé por nacer que puede afectar a su salud respiratoria, aunque esta sería sólo una de las muchas consecuencias de esta intervención quirúrgica. Los especialistas recomiendan el parto natural, evitar la cesárea a no ser que existan complicaciones que la justifiquen. Cada

vez es mayor el número de expertos que intentan reducir el número de cesáreas que se practican en el mundo, muchas de ellas en realidad son innecesarias y en algunas ocasiones se encuentran sujetas a los deseos de las futuras mamás.(31)

PROTOCOLO DE LA OPERACIÓN CESÀREA –ESSALUD

Para los fines del presente Protocolo se considera Operación Cesárea: a toda intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción vivo o muerto) de la cavidad uterina después de las 28 semanas.

CLASIFICACION:

- a) Cesárea Primaria: Es aquella que se realiza por primera vez.
- b) Cesárea Iterativa: Es aquella que se practica en gestantes que tienen antecedente de cesárea previa.
- c) Cesárea Electiva: Es aquella que se elige la fecha para culminar la gestación.
- d) Cesárea de Emergencia: Es aquella que se practica en gestantes en quienes el Trabajo de Parto Vaginal no es posible o pone en riesgo a la madre y/o al feto.

INDICACIONES:

A. EXTRACCION FETAL URGENTE EN EL TRABAJO DE PARTO:

- 1. Sufrimiento fetal agudo.
- 2. Procidencia de cordón umbilical.
- 3. Presentación impactada.

B. TERMINACION RAPIDA DEL PARTO POR COMPLICACION O INTERCURRENCIA SEVERA EN INTERES DE LA MADRE:

- 1. Eclampsia.
- 2. Desprendimiento prematuro de placenta.

3. Amenaza de ruptura uterina.
4. Cardiopatía descompensada.
5. Tuberculosis avanzada.

C. OBSTACULOS EN EL CANAL DEL PARTO:

1. Incompatibilidad o desproporción feto/pélvica.
2. Presentación anormales, situación transversa, presentación de frente, presentación podálica.
3. Trabajo de parto disfuncional.
4. Tumores previos.

D. FACTORES QUE HACEN PELIGROSA LA VIA BAJA:

1. Placenta previa.
2. Cesárea iterativa.
3. Cáncer de cérvix.
4. Procesos vulvovaginales hemorrágicos.
5. Infección vulvovaginal: Herpes genital, condilomatosis.
6. Anomalías congénitas del canal vaginal.

E. EXTRACCION FETAL, PROFILACTICA ANTES DEL PARTO (FETO VALIOSO):

1. Diabetes.
2. Enfermedad hipertensiva del embarazo.
3. Muerte fetal habitual.
4. Eritroblastocis fetal.
5. Embarazo prolongado.
6. Sufrimiento fetal crónico.

MANEJO ESPECÍFICO DE LAS INDICACIONES MÁS FRECUENTES

CESAREADA ANTERIOR

1. DEFINICION

Es aquella que se practica en gestantes que tienen antecedentes de cesárea previa. Suele ser la primera indicación materna para la cesárea, con una frecuencia entre 30 y 35%.

2. CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO

El antecedente obstétrico de cesárea previa, recogido en la primoconsulta califica a la paciente como Alto Riesgo Obstétrico.

Las circunstancias que rodean a cada caso deben ser analizadas muy cuidadosamente. Las cesáreas clásicas o corporales han demostrado mayor facilidad para la ruptura que las reglamentarias.

Este accidente (RUPTURA) en lo corporal sucede con frecuencia antes de la iniciación del parto. Por el contrario, las segmentarias se rompen generalmente durante el Trabajo de Parto. La técnica empleada en la histerorrafia y la aparición de infección en el Post-Operatorio, deben investigarse a fondo, pues son factores determinantes de la ruptura uterina en la mayor parte de los casos.

3. MANEJO

PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA

Una cesárea por sí sola no constituye motivo para una nueva operación a menos que la causa de la primera cesárea se repita en el embarazo subsecuente ó exista otra indicación para efectuarla.

En este caso se realiza la intervención al iniciarse el trabajo de Parto.

Si el motivo de la primera Cesárea no es recurrente, en el embarazo actual se permitirá la prueba del Trabajo de Parto en un hospital que cuente con Banco de sangre, anesthesiólogo y garantía de acto quirúrgico en un tiempo no mayor de 30 minutos siempre que reúna las siguientes condiciones:

- No debe haber otra indicación adicional a Cesárea .
- Debe tratarse de un feto único, en presentación cefálica no deflexionada.
- El trabajo de parto debe ser cuidadosamente controlado.
- El peso fetal estimado debe ser menos de 3500 grms.
- Que no haya antecedente de una operación Cesárea clásica o miomectomía previa.
- Período intergenésico mayor d 2 años.
- No debe haber antecedentes de puerperio febril, mala consolidación de la herida e infección Post Cesárea previa.

SUFRIMIENTO FETAL INTRAPARTO

1. DEFINICION

Es un estado crítico debido a una alteración en el intercambio anabólico y catabólico entre la madre y el feto, que produce modificaciones bioquímicos, hemodinámicas, manifestadas por: Hipoxia, hipercapnia, desequilibrio ácido base, alteraciones de la frecuencia cardíaca y en ocasiones por presencia de meconio en líquido amniótico.

El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico y ambos pueden reconocer causas maternas, fetales y de anexos ovulares.

2. CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO

SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

El sufrimiento fetal agudo, generalmente se establece durante el Trabajo de Parto y puede presentarse en una gran variedad de circunstancias relacionadas con problemas o accidentes propios del Trabajo de Parto anormal, en un feto previamente normal, o bien en un feto con sufrimiento fetal crónico, que hace un episodio agudo, durante un Trabajo de Parto no necesariamente anormal.

Las manifestaciones clínicas más precoces en el sufrimiento fetal agudo son los cambios en el latido cardíaco fetal.

La presencia de abundante meconio en el líquido amniótico, excepto en las presentaciones pélvicas es otro signo de sufrimiento fetal, pero puede no estar presente aun cuando el feto esté sufriendo en forma importante.

SUFRIMIENTO FETAL CRONICO

El sufrimiento fetal crónico es el resultado de alteraciones prolongadas de la fisiología fetoplacentaria, susceptible de encontrarse en una diversidad de cuadros patológicos maternos, fetales o placentarios igual por su frecuencia se pueden citar los estados hipertensivos, isoimmunización materno fetal, diabetes, embarazo prolongado, etc.).

En el sufrimiento fetal crónico las manifestaciones clínicas son muy variadas, son poco significativas cuando se presentan aisladamente y están representadas por las modificaciones de la frecuencia y ritmo del latido cardíaco fetal, disminución de la frecuencia y/o intensidad de los movimientos fetales, discrepancia entre el crecimiento fetal y la edad cronológica, alteraciones en la cantidad de líquido amniótico, presencia de meconio, etc.

Pueden prestar una gran ayuda los parámetros bioquímicos y biofísicos que evalúan la condición del feto, es necesario que se realicen en forma seriada y

sistemática. De ser factible establecer la valoración global de los índices del medio fetal.

3. MANEJO

Ante la presencia de sufrimiento fetal agudo durante el Trabajo de Parto, es indispensable tratar de precisar la etiología, la cual generalmente está relacionada con problemas de circulación fetomaterna, brevedad real ó adquirida de cordón, compresiones del mismo, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, distocias dinámicas, etc.) o un episodio agudo en un producto con sufrimiento fetal crónico durante un Trabajo de Parto normal o anormal.

Se debe practicar la evaluación biofísica de la frecuencia cardiaca fetal y de la contractilidad uterina, amnioscopia.

Es deseable en casos seleccionados el uso de útero inhibidores como recurso de manejo y/o para mejorar las condiciones fetales antes de su extracción.

Como medidas inmediatas aplicar las siguientes:

- Decúbito lateral, oxígeno a la madre y administración de solución glucosada al 10%.
- Extracción del producto en un plazo corto dependiendo de la gravedad y etiología del sufrimiento fetal.
- El método de extracción está supeditado a las condiciones en que se encuentre en ese momento, así como a la causa del sufrimiento fetal.
- El diagnóstico de sufrimiento fetal crónico debe establecerse en la forma más precisa posible, para poder hacer valoraciones en cuanto al riesgo que corre un determinado feto dentro del útero, tomando en cuenta la causa del sufrimiento, la edad gestacional, el funcionamiento feto

placentario, etc. La adecuada evaluación de los de los diferentes parámetros antes de decidir la operación clínicos y de laboratorio permitirá establecer el momento oportuno y el método de interrupción del embarazo.

- Antes de decidir la operación cesárea, tener en cuenta que muchos fetos en sufrimiento fetal pueden responder favorablemente a la administración de tratamientos como oxígeno, cambios de posición materna, interrupción de Oxitocina, corrección de hipo o hipertensión materna, empleo temporal de útero inhibidores, evitando de esta manera cesáreas innecesarias.

DESPROPORCION FETOPELVICA

1. DEFINICION

Se designa con este nombre a la falta de armonía entre la pelvis materna y el feto, lo que impide el nacimiento por vía vaginal, el problema puede residir en la pelvis materna, en el feto o en ambos y no necesariamente porque los dos factores sean anormales sino porque no exista una proporción adecuada entre ellas.

Como causa de distocia, la desproporcion fetopélvica es frecuente, sin embargo, la valoración superficial determina que se abuse el diagnostico. Por otra parte, la identificación tardía del problema puede ser causa de complicaciones graves para la madre, feto y/o recién nacido.

2. CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO

La pelvis materna puede presentar problema cuando existe estrechez o deformidad. La disminución ostensible de los diámetros puede ser lo mismo a nivel del estrecho superior que del medio o del inferior, sin embargo, una pelvis con diámetros reducidos no necesariamente creara problema de

desproporción si el feto es pequeño y al contrario, una pelvis de forma y dimensiones normales pueden causar distocia si el feto es muy grande. El estudio para determinar la morfología y dimensiones de la pelvis es básicamente clínico.

Los problemas fetales más frecuentes son la macrosomías y las anomalías congénitas entre las cuales destaca la hidrocefalia.

El Trabajo de Parto generalmente se prolonga en los casos de desproporción fetopélvica, lo que constituye un dato para el diagnóstico tardío del problema.

El alargamiento de primer periodo del Trabajo de Parto lleva el riesgo de distocias de contracción, anillo patológico de retracción y posible ruptura uterina. Para el feto el riesgo es la hipoxia consecutiva a la polisistolía. El alargamiento del segundo período del Trabajo de Parto con moldeamiento cefálico con traumatismo craneoencefálico y repercusiones inmediatas, mediatas y tardías.

3. MANEJO

- La plena identificación de desproporción fetopélvica debe ser resuelta mediante operación cesárea.
- La estrechez pélvica por sí sola no es motivo de cesárea, se requiere que el volumen fetal sean incompatible con el canal óseo. Es igual forma, la macrosomía por sí sola, no es indicación de operación cesárea, es necesario que el volumen fetal sean incompatibles con las dimensiones pélvicas presentes.
- En los casos de dudas de desproporción y en presentación de vértice debe realizarse prueba de Trabajo de Parto.

- Decidida la operación cesárea y no habiendo contraindicación materna o fetal se deberá practicar de preferencia al inicio de trabajo de parto.

PRESENTACIONES ANORMALES

1 .DEFINICION

Se incluyen solamente las anomalías de presentación, de posición o de actitud, ya que otro tipo de distocias también de origen fetal como la macrosomía o hidrocefalia se describen en el de desproporción feto pélvica.

Se analizan las anomalías de situación, oblicua y transversal, de posición, occipitoposteriores y transversas persistentes y de actitud, presentaciones de cara y de frente.

2. CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO

EL DIAGNOSTICO De todas estas anomalías reviste capital importancia solamente durante el Trabajo de Parto.

LA SITUACION OBLICUA Es fácil de diagnosticar por palpación abdominal corroborando los datos por exploración vaginal, en estos casos es importante descartar desproporción feto pélvica, tumoración previa, anomalía uterina congénita o adquirida por tumoraciones, inserción baja de la placenta y brevedad real o adquirida de cordón.

SITUACION TRANSVERSAL Los mismos elementos de diagnóstico que se mencionan para la situación oblicua.

OCCIPITO POSTERIORES Y TRANSVERSAS PERSISTENTES

Generalmente en el mecanismo de parto de estas variedades de posición el descenso es de mas lento por encontrarse la presentación ligeramente deflexionada y presentar una circunferencia mayor. El período expulsivo se prolonga y la rotación interna requiere un esfuerzo mayor por parte del útero y

de la prensa abdominal, por lo tanto es frecuente no contar con estos dos elementos en forma satisfactoria, lo que hace persistente estas presentaciones sin relación con la morfología pélvica que puede contribuir a que se presente este tipo de Distocia.

PRESENTACIONES DE CARA Al ser secundaria a la extensión de la cabeza inicialmente en presentación de vértice, la mentoderecha posterior es la más frecuente siguiéndole la mentoizquierda anterior donde el parto puede ser vaginal, si el progreso es normal.

A la exploración vaginal no siempre es fácil el diagnóstico si la presentación esta libre y las membranas íntegras, igualmente se dificulta si esta descendida pero edematosa

PRESENTACION DE FRENTE Es la intermedia entre presentación de vértice y la de cara.

En la exploración vaginal no siempre es fácil la identificación de punto toconómico, debido a que estas presentaciones generalmente se encuentran libres.

3. MANEJOTERAPÉUTICO

- **SITUACIÓN OBLICUA** Es la mayoría de las ocasiones y con Trabajo de Parto avanzando se corrige espontáneamente la longitudinal ya sea cefálica o pélvica. Si esto no ocurre o hay signos de sufrimiento fetal debe efectuarse operación cesárea.
- **SITUACIÓN TRANSVERSAL** Hecho el diagnóstico y si la paciente se encuentra en Trabajo de Parto, practicar operación cesárea, debe preferirse incisión longitudinal segmento corporal.

- OCCIPITO POSTERIORES Y TRANSVERSAS PERSISTENTES Para determinar persistentes a esta variedad de posición se requiere que haya transcurrido el tiempo aceptado como máximo para un período expulsivo con buena contractilidad (60 minutos), siempre y cuando no se presenten, antes de este tiempo, signos de sufrimiento fetal, la terminación del parto debe efectuarse conforme a la altura de la presentación.
- PRESENTACIÓN DE CARA
 - Mento-Anteriores, en general se resuelven espontáneamente sin mayor problema en pacientes multíparas, con pelvis muy amplias y si se atienden con los procedimientos habituales de otras presentaciones normales, en otros casos es prudente indicar una operación cesárea.
 - Mento-posteriores, en general es incompatible con la vía vaginal, sin embargo, en casos muy seleccionados puede permitirse el parto.
- PRESENTACIÓN DE FRENTE Es una presentación intermedia y puede evolucionar hacia una de cara ó flexionarse hacia una de vértice, en caso de persistir esta actitud deberá realizarse operación cesárea.

ECLAMPSIA

1. DEFINICIÓN

Crisis de convulsiones generalizadas, que puede sobrevivir bruscamente en la enfermedad hipertensiva del embarazo y que se correlacionan bien con el grado de hipertensión.

2. MANEJO

- Cuando la crisis convulsiva y las cifras tensionales se normalizan aceptablemente: Inducir al parto, el cual debe ser estrictamente monitorizado.

- Cuando la crisis convulsiva es difícil de dominar ó las cifras tencionales difíciles de estabilizar, lo más adecuado es realizar de entrada la operación cesárea con anestesia general, sin esperar a estabilizar el proceso.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA

1. DEFINICIÓN

Es el desprendimiento ó separación prematura de una placenta normalmente inserta, después de la semana 20 de gestación y antes del tercer estadio del parto.

2. MANEJO

- Si el feto está vivo, se realizará una cesárea inmediata, pues la demora puede significar la muerte fetal
- Si el feto está muerto, la cesárea debe efectuarse sin demora en los siguientes casos:

Shock hipovolémico.

Trastornos de coagulación grave.

Insuficiencia renal aguda.

Inducción del parto fallida.

PLACENTA PREVIA

1. DEFINICION

Es aquella que se inserta en el segmento inferior del utero, puede ser marginal, parcial o total.

2. MANEJO

Si la hemorragia es grave, se efectuará una cesárea inmediata sea cual sea la edad de la gestación. Si la gestante tiene más de 37 semanas si n

sangrado, pero con diagnóstico confirmado se efectuará una cesárea electiva, después de comprobar madurez fetal.

GRADO DE CONFIABILIDAD.

Se refiere a la consistencia de los resultados. Se busca que los resultados de un cuestionario concuerden con los resultados del mismo cuestionario en otra ocasión. Es el grado de precisión que una medición ofrece. Si esto ocurre se puede decir que hay un alto grado de confiabilidad. También se habla de confiabilidad cuando dos o más evaluadores evalúan al mismo estudiante sobre el mismo material y se obtienen puntuaciones semejantes.

En términos de confiabilidad lo que preocupa es la consistencia de los resultados. Se necesita la confiabilidad para poder hablar de resultados válidos, puesto que no es posible evaluar algo que cambia continuamente. Sin embargo, es posible que un cuestionario sea confiable, puesto que sus resultados son consistentes, pero que no mida lo que se espera que mida. En ese caso tenemos un ejemplo claro de un cuestionario con confiabilidad pero carente de validez. Se dice que la confiabilidad es una condición necesaria, pero no suficiente para la validez. Las evidencias de validez siempre han de ir de la mano con las evidencias de confiabilidad. La confiabilidad indica el grado de consistencia, pero no dice si las inferencias que se hacen y las decisiones que se toman partiendo del cuestionario son defendibles. (46)

La confiabilidad se expresa como un número decimal positivo que fluctúa entre 0.00 y 1.00. Una r de 1.00 indica una confiabilidad perfecta, y una r de 0.00 indica una falta absoluta de confiabilidad de la medición. Como la varianza de las calificaciones reales no puede calcularse de manera directa, la confiabilidad se estima analizando los efectos de variaciones en las

condiciones de la administración y el contenido de la prueba en las calificaciones observadas. Cada uno de los diversos métodos para estimar la confiabilidad toma en consideración los efectos de circunstancias algo diferentes que pueden producir cambios no sistemáticos en las puntuaciones y, por ende, afectan la varianza de error y el coeficiente de confiabilidad. La confiabilidad es una razón (47)

Coeficiente de consistencia interna.

Se dispone de formas paralelas para una serie de pruebas, en particular para pruebas de habilidad (aprovechamiento, inteligencia, aptitudes especiales). Sin embargo, una forma paralela de una prueba a menudo es costosa y difícil de elaborar. El método de consistencia interna es un método directo que toma en cuenta los efectos de diferentes muestras que incluye el método de división por mitades de Spearman, las fórmulas de Kuder-Richardson y el coeficiente alfa de Cronbach. Sin embargo, los errores de medición causados por diferentes condiciones o momentos de aplicación, no se reflejan en un coeficiente de consistencia interna. En consecuencia, este tipo de coeficientes no pueden verse como verdaderos equivalente de los coeficientes test-retest o de formas paralelas.

Método de división por mitades.

En este enfoque simplificado, de la consistencia interna una sola prueba se considera compuesta por dos partes (formas paralelas) que miden la misma cosa. De este modo, puede aplicarse una prueba y asignar calificaciones separadas a sus dos mitades seleccionadas de manera arbitraria.

Factores que afectan la confiabilidad

Homogeneidad del grupo.

La confiabilidad es una propiedad del cuestionario para un grupo particular de sujetos. Por lo tanto el coeficiente de confiabilidad se afecta por la variabilidad entre los sujetos.

Mientras mayor es la dispersión de las puntuaciones, mayor es la confiabilidad. Esto ocurre pues es difícil que las personas cambien de posición en rangos cuando las distancias en puntuación entre ellos es grande. Por lo tanto es posible que un cuestionario que se haya construido con una población heterogénea muestre un coeficiente de confiabilidad mucho menor cuando se aplica a una población más homogénea.

Es importante, cuando se adquiere un instrumento construido para otra población asegurarse que el coeficiente de confiabilidad se obtuvo con una población semejante a la que va a utilizar el instrumento.

Tiempo

Si un cuestionario tiene un tiempo límite para completarse algunos sujetos van a terminar a tiempo y otros no. Por lo tanto nos encontramos ante otra variable que va a aumentar la dispersión de puntuaciones en el cuestionario. La varianza de esta variable "rapidez en responder se añade a la varianza de las puntuaciones y aumenta la confiabilidad del instrumento.

Para evitar este tipo de aumento artificial de la confiabilidad del instrumento, la mejor estrategia es dar suficiente tiempo para que todos o casi todos los sujetos puedan contestar todos los ítems.

La confiabilidad de los cuestionarios en los que la rapidez para contestar es una variable importante, debe ponerse en duda.

Tamaño del cuestionario

Mientras más largo es el instrumento, mayor es la confiabilidad. Esto ocurre por dos razones principales: primero, en un cuestionario más largo la muestra de ítems es mayor y el universo del constructo está mejor representado. Segundo, la varianza de un cuestionario aumenta cuando aumenta el número de ítems (Compuesto). Por lo tanto mientras más ítems, más varianza y por lo tanto más confiabilidad.

Cuando hay varias partes en un cuestionario y se calcula la confiabilidad de cada sub parte, estas por lo general son bajas, pues dependen de muy pocos ítems.

Objetividad del proceso de asignar puntuaciones

Mientras más objetivo es el proceso para determinar las puntuaciones, mayor es la confiabilidad. Esto ocurre pues se elimina la variable extraña de la subjetividad de los jueces y con ello la dispersión de la puntuaciones depende de una variable menos.

El grado de confiabilidad esperado

El grado de confiabilidad que se espera de los instrumentos de medición depende de la decisión que se vaya a tomar con los resultados del instrumento.

La confiabilidad puede ser baja si las decisiones no tienen consecuencias importantes.

La escala de valores que determina la confiabilidad está dada por los siguientes valores:

CRITERIO DE CONFIABILIDAD VALORES

No es confiable	:	<1 a 0
Muy baja confiabilidad	:	0.01 a 0.20
Baja confiabilidad	:	0.21 a 0.40
Moderada confiabilidad	:	0.41 a 0.60
Alta confiabilidad	:	0.61 a 0.80
Muy Alta confiabilidad	:	0.81 a 1.0

MÉTODO KUDER RICHARDSON.

El método Kuder Richardson, se trata de la misma fórmula que el Alfa de Cronbach solo que esta última es expresada para ítems continuos y Kuder Richardson para ítems dicotómicos.

Coeficiente alfa de Cronbach. Este coeficiente desarrollado por J. L. Cronbach requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. Su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento de medición, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente.

Coeficiente KR-20. Kuder y Richardson (1937) desarrollaron un coeficiente para estimar la confiabilidad de una medición, su interpretación es la misma que la del coeficiente alfa de Cronbach.

Técnica: Alfa de Cronbach

Características:

- Requiere solo una aplicación del instrumento de medición.
- Produce valores que oscilan entre cero (0) y uno (1)-
- No es necesario dividir en mitades los ítems del instrumento.

- Se aplica la medición y se calcula el coeficiente.

Técnica. Kuder Richardson KR-20

Características

- Permite calcular la confiabilidad con una sola aplicación del instrumento.
- No requiere el diseño de pruebas paralelas.
- Es aplicable solo en instrumentos con ítems dicotómicos, que puedan ser codificados con 1 – 0 (correcto-incorrecto, presente-ausente, a favor o en contra, etc.)

1.4. Justificación.

Una cesárea es el acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, la placenta y los anexos a través de una incisión en el útero y pared abdominal, que puede planificarse con anticipación llamándose a esta como electiva, o cuando algún problema de salud materno o fetal así lo aconseja o bien puede surgir la necesidad de practicar la cesárea de forma más o menos inmediata por complicaciones o dificultades en el parto. (28)

Se estima que entre un 20%-30% de todos los nacimientos son por cesárea. Sin embargo el hecho de no estar exenta de peligros y que las complicaciones se dan con mayor frecuencia durante la cesárea que con el parto vaginal, hace que sólo se indique la práctica de una cesárea cuando exista una estricta indicación médica. (8)

En el Instituto Nacional Materno Perinatal el cual solo en el 2008 hubieron 7105 cesáreas el cual corresponde a aproximadamente el 40% de todos los partos atendidos en dicha institución y que a su vez la mayoría de estos son en gestantes adolescentes cuya cifras son de 953 cesáreas, lo cual representa el 34% de todas las cesáreas realizadas en el periodo del 2008. (10)

Desde hace varias décadas la cesárea es un procedimiento que está en aumento en todo el mundo y las razones de que esto suceda van desde lo subjetivamente emocional hasta lo prácticamente económico. La Organización Mundial de la Salud establece que en ninguna parte del globo existen razones suficientes para que el porcentaje de cesáreas supere el 15%. Además, advierte que hay diez veces más posibilidades de terminar en la unidad de

cuidados intensivos tras una cesárea selectiva planificada, que tras un parto vaginal. Debido a esto, recomiendan fuertemente dejar la intervención quirúrgica sólo para casos en los que no sea factible la otra opción. (28)

Una cesárea puede planificarse con antelación (electiva), o cuando algún problema de salud materno o fetal así lo aconseja o bien puede surgir la necesidad de practicar la cesárea de forma más o menos inmediata por complicaciones o dificultades en el parto.

El aumento del indicador cesárea constituye actualmente un problema a escala universal y está determinado por problemas multifactoriales, que pueden ser de difícil control, situación que ha generado una pérdida de las habilidades prácticas de los médicos que practican esta disciplina y donde la búsqueda de mejoras en los resultados perinatales ha tenido una influencia determinante, además de ser considerado como un procedimiento mediante el cual los médicos se protegen de reclamaciones legales; sin embargo, su incremento aumenta los costos y se relaciona de alguna manera con el ascenso de la morbilidad y mortalidad maternas. Por tanto, es deber de todo profesional que ejerza la obstetricia efectuar la cesárea basándose solo en una fuerte decisión científica: realizar una técnica depurada y un seguimiento estricto luego del proceder que aseguren el éxito. (12)

La cesárea electiva se suele realizar una o dos semanas antes de la fecha prevista para el nacimiento. De este modo se garantiza que el bebé esté lo suficientemente desarrollado y maduro como para vivir por sí solo fuera del vientre materno. La madre debe ser consciente por tanto de que la cesárea ha

de tener siempre una indicación médica que la justifique y que nunca se podrá realizar siguiendo voluntad de la paciente.

Para tener un mejor conocimiento y una oportuna reflexión sobre las estadísticas actuales se determinó describir el diagnóstico médico para la operación cesárea en pacientes atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD-Tarapoto; de tal manera que nos permita identificar las expectativas de las post cesareadas con la atención recibida y la molestias postoperatorias; confirmación de diagnóstico clínico con diagnóstico pre cesárea, así como el diagnóstico pre y pos cesárea en pacientes pos operadas. (11)

El presente trabajo sobre el diagnóstico médico para la operación cesárea debe de constituirse en un valioso recurso informativo para una mejor orientación del diagnóstico médico que le de soporte científico y criterio humanista frente a la indicación de la culminación del parto a través de la operación cesárea, de tal manera que se incremente la calidad de la atención materno perinatal en los servicios de salud; asimismo sirva como un documento informativo que contribuya a una buena elección de la vía de terminación del parto disminuyendo los riesgos materno perinatales y sobre todo el pronóstico.

1.5. Problema.

¿Cuál es grado de confiabilidad del diagnóstico médico para la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 EsSalud-Tarapoto. Noviembre 2012 - Mayo 2013?

II. OBJETIVOS

2.1. General

Determinar el grado de confiabilidad del diagnóstico médico para la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 EsSalud-Tarapoto. Noviembre 2012 - Mayo 2013”

2.2. Específicos.

- Identificar el grupo de edad prevalente para la operación cesárea primaria.
- Determinar el porcentaje de partos por cesárea primaria en relación a cesáreas anteriores.
- Identificar las principales patologías maternas y fetales de la operación cesárea.
- Identificar el tipo de cesárea para la operación cesárea primaria (electiva o programada; en curso de parto o urgente).
- Verificar el porcentaje de correspondencia del diagnóstico entre el pre y el postoperatorio de la operación cesárea primaria.

III. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.

3.1. Hipótesis.

Hipótesis implícita.

3.2 Identificación de variables.

- Grado de confiabilidad
- Diagnóstico médico para la operación cesárea primaria.

3.3. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	Indicadores
Grado de confiabilidad	Se refiere a la consistencia de los resultados. Se busca que los resultados de un cuestionario concuerden con los resultados del mismo cuestionario en otra ocasión. Es el grado de precisión que una medición ofrece.	Se busca que los resultados diagnóstico médico pre operatorio concuerden con los resultados diagnóstico médico post operatorio.	No es confiable	- < 0
			Muy baja confiabilidad	- 0.01 – 0.20
			Baja confiabilidad	- 0.21 – 0.40
			Moderada confiabilidad	- 0.41 a 0.60
			Alta confiabilidad	- 0.61 a 0.80
			Muy Alta confiabilidad	- 0.81 a 1.0

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	Indicadores
Diagnóstico médico de operación cesárea primaria	Es el resultado de la evaluación clínica y ayuda diagnóstica que realiza el equipo médico en la gestante o parturienta y que conduce a determinar la operación cesárea. Este procedimiento está debidamente sustentado y documentado en la historia clínica.	El diagnóstico médico es realizado por el equipo médico especializado que identifica la patología materna o fetal que en muchos casos no coincide el diagnóstico pre y post operatorio.	Sufrimiento fetal agudo (SFA):	<ul style="list-style-type: none"> - Bradicardia fetal. DIP-II - Doppler patológico - PTC +
			Falta de progresión del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de descenso de la presentación. - Dilatación estacionaria.
			Distocia de presentación	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación podálica - Presentación de cara - Presentación de frente - Presentación de bregma. - Situación transversa/oblicua
			Desproporción feto-pélvica	<ul style="list-style-type: none"> - Estrechez pélvica - Macrosomía fetal
			Ginecorragia de la segunda mitad	<ul style="list-style-type: none"> - Placenta previa - Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera
			Embarazo gemelar.	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de 2 o más fetos
			Negativa al parto	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades mentales o desórdenes conductuales
			Cesárea a demanda.	<ul style="list-style-type: none"> - A solicitud de la parturienta

IV. MATERIALES Y METODOS.

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo de corte transversal, de pacientes postcesareadas primarias atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital II-2 EsSalud Tarapoto.

4.2. DISEÑO DE INVESTIGACION

Descriptivo simple.

X →

Dónde:

X: Pacientes cesareadas por primera vez.

→ : Metodología

: Grado de confiabilidad diagnóstico médico para operación cesárea primaria.

4.3. POBLACION Y MUESTRA.

UNIVERSO:

Está constituida por pacientes post cesareadas en el Hospital II-2 ESSALUD -Tarapoto.

POBLACION:

Lo constituyen 272 pacientes post cesareadas atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD –Tarapoto en el periodo Noviembre 2012 – Mayo 2013.

MUESTRA:

Para el presente estudio de investigación se realizó un muestreo no probabilístico constituida por 150 pacientes postcesareadas por primera vez que cumplen con los criterios de inclusión atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD –Tarapoto en el periodo Noviembre 2012 – Mayo 2013.

UNIDAD DE ANALISIS:

Una paciente postcesareada primaria.

4.4. CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Paciente sometida a una operación cesárea por primera vez
- postcesareada mediata con una edad gestacional mayor igual a 27 semanas.

4.5. CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Cesareada anterior.
- Registro de datos incompletos (H.C., reporte post operatorio).

4.6. METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

En el presente trabajo de investigación se recolectaron los datos mediante la revisión de historias clínicas y los reportes postoperatorios de todas las pacientes cesareadas por primera vez en el periodo de estudio. Asimismo se verificó la información gestacional de cada una de las postcesareadas mediante el Programa SIP 2000 PERINATAL. Después se colocaron los datos en una hoja de registro con los ítems necesarios para este proyecto. Luego los datos se pasaron a una base de datos en Excel.

4.7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes atendidas en el Servicio Gineco-Obstetricia el Hospital II-2 EsSalud Tarapoto, en el período de Noviembre 2012 - Mayo 2013. Para su realización, se vaciaran en una hoja de registro las siguientes variables: número total de nacimientos y número total de OC. Estas últimas serán clasificadas de acuerdo con sus distintas indicaciones obstétricas, obteniéndose una base de datos. Adicionalmente, se anotará datos informativos sobre las patologías maternas asociadas. Los datos obtenidos serán tabuladas en tablas y en gráficos estadísticos a través de la aplicación Excel de Microsoft, y posteriormente serán analizados.

Debido a la variabilidad de los datos que se encuentren se agruparan las mismas del siguiente modo:

Sufrimiento fetal agudo (SFA): que incluye bradicardia fetal, doppler patológico, prueba de la tolerancia a las contracciones positivo (PTC+), CASA no reactivo; Cesara anterior (CA): que incluye la doble cesárea anterior, y la cesárea iterativa; Falta de progresión del trabajo de parto: que incluye falta de descenso de la presentación; Distocia de presentación: que incluye las diferentes presentaciones (podálica, de cara, de frente, etc.) y la situación oblicua; Desproporción feto-pélvica; Ginecorragia de la segunda mitad: que incluye desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPNNI), y placenta previa; Negativa al parto; Embarazo gemelar. Cesárea a demanda.

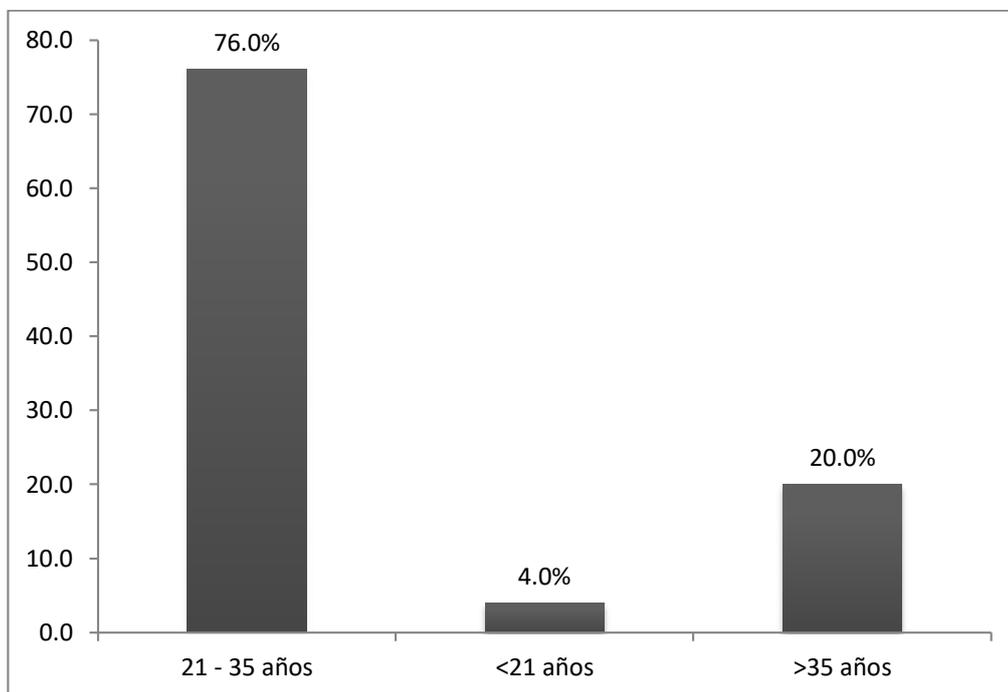
Se calculará la incidencia de operación cesárea del período en cuestión. Y sus indicaciones serán ordenadas según su frecuencia.

Los resultados obtenidos en la discusión se compararon con la bibliografía nacional e internacional, a través del servidor informe e Internet. Después del proceso de comparación, análisis y síntesis se arribaron a conclusiones.

V. RESULTADOS.

GRAFICO N° 01

PORCENTAJE DE EDAD EN POSTCESAREADA PRIMARIA ATENDIDA EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD-TARAPOTO. NOVIEMBRE 2012 - MAYO 2013.



*Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio

En relación a la edad de la post cesareada primaria atendida en el Hospital II-2 ESSALUD-Tarapoto, se observa que 76.0% se ubican en el grupo de edad óptimo para la maternidad de 21 a 35 años (promedio de edad 27.5 años); el 20.0% se ubican en el grupo de alto riesgo obstétrico, mayores de 35 años (promedio de edad 38 años); y solo el 4.0%, se ubican en el grupo de edad de riesgo menores de 21 años (promedio 18 años).

TABLA N° 01

FRECUENCIA DE ATENCION PRENATAL DE LA POSTCESAREADA PRIMARIA ATENDIDA EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD-TARAPOTO. NOVIEMBRE 2012 - MAYO 2013”

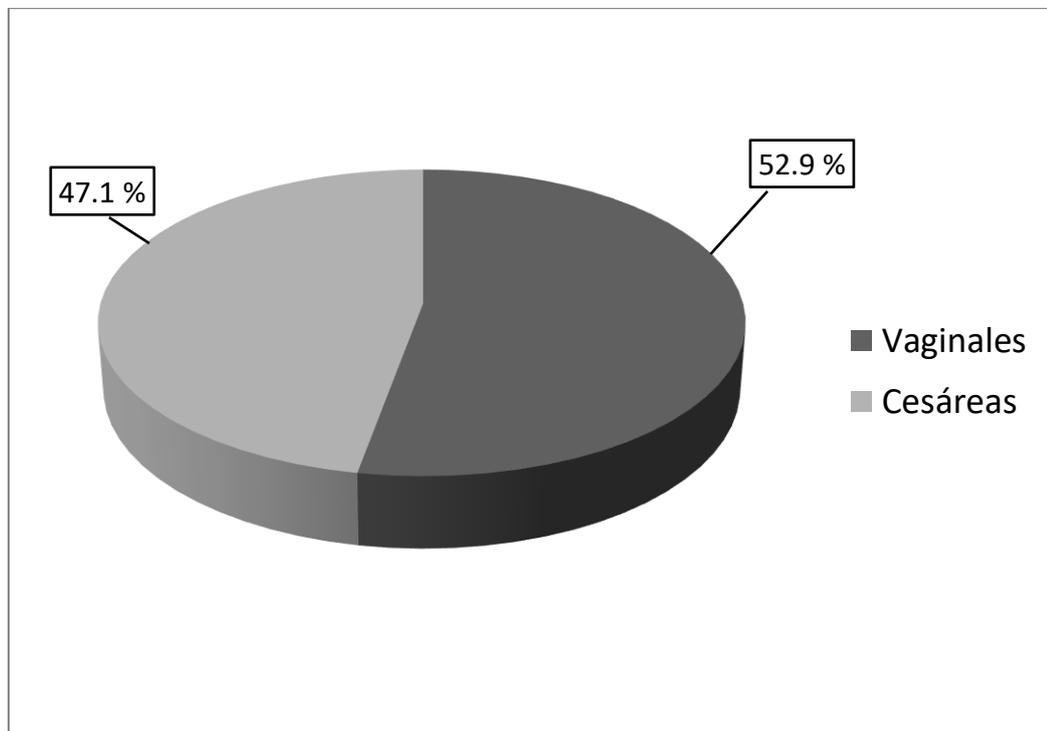
N° controles	Frecuencia	%
>=4	17	11.3
5	16	10.7
6	28	18.7
7	39	26.0
8	20	13.3
9	18	12.0
10	11	7.3
11	1	0.7
Total	150	100

*Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio

En relación al número de atenciones prenatales de la post cesareada primaria atendida en el Hospital II-2 ESSALUD-Tarapoto, se observa que el 78% de las pacientes alcanzaron la condición de embarazo controlado (igual o mayor a 6 controles); y el 22% de las pacientes tuvieron menos de 6 controles prenatales.

GRAFICO N° 02

PORCENTAJE DE LA VIA DE RESOLUCION DE EMBARAZOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD-TARAPOTO. NOVIEMBRE 2012 - MAYO 2013”



*Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio

En relación a la vía de resolución del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD-Tarapoto, se observa que el 52.9% de las pacientes tuvieron partos vaginales y el 47.1% de la pacientes tuvieron parto por cesárea.

TABLA N° 02

FRECUENCIA DE CESAREAS POR MESES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD-TARAPOTO. NOVIEMBRE 2012 - MAYO 2013"

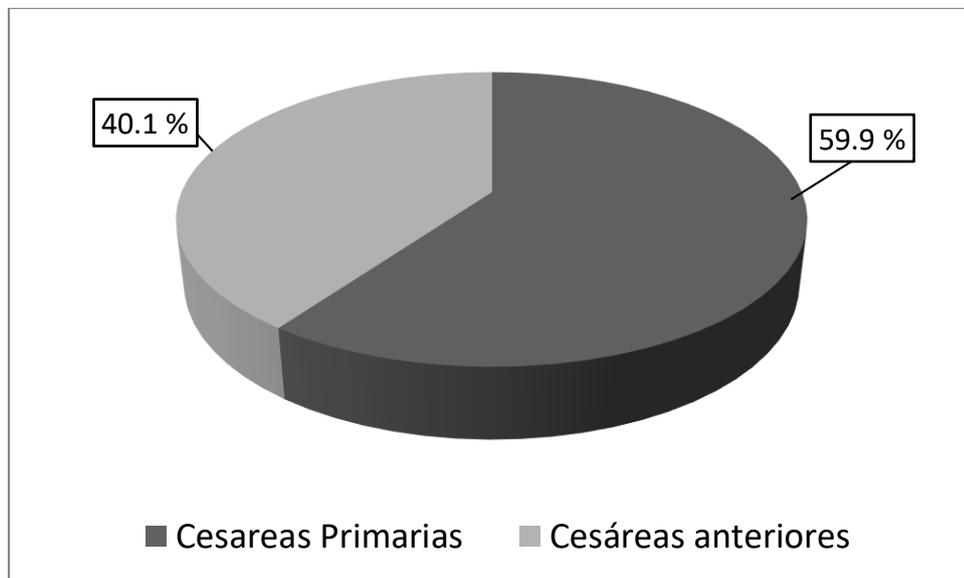
Meses	Parto vaginal	%	Cesárea	%
Noviembre	54	58.7	38	41.3
Diciembre	42	47.2	47	52.8
Enero	58	57.4	43	42.6
Febrero	58	53.2	51	46.8
Marzo	43	48.9	45	51.1
Abril	50	51.0	48	49.0
Total	305	52.9	272	47.1

*Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio

En relación a la frecuencia de cesáreas por meses en pacientes atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD-Tarapoto, se observa que en el mes de noviembre la frecuencia de cesáreas es el 41.3%, en diciembre la frecuencia de cesáreas es el 52.8%, enero el 42.6%, febrero el 46.8%, en marzo 51.1%, y en el mes de abril el 49.0%.

GRAFICO N° 03

PORCENTAJE DE CESAREAS PRIMARIAS EN RELACION A CESAREAS ANTERIORES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD-TARAPOTO. NOVIEMBRE 2012 - MAYO 2013”



*Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio

La frecuencia de cesáreas primarias en relación a las cesáreas anteriores en pacientes atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD-Tarapoto; se observa que el 59.9% con el diagnóstico médico fueron cesareadas por primera vez y el 40.1 con el diagnóstico de cesareadas anteriores.

TABLA N° 03

FRECUENCIA DE CESAREAS PRIMARIAS EN RELACION A CESAREAS ANTERIORES POR MESES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD-TARAPOTO. NOVIEMBRE 2012 - MAYO 2013”

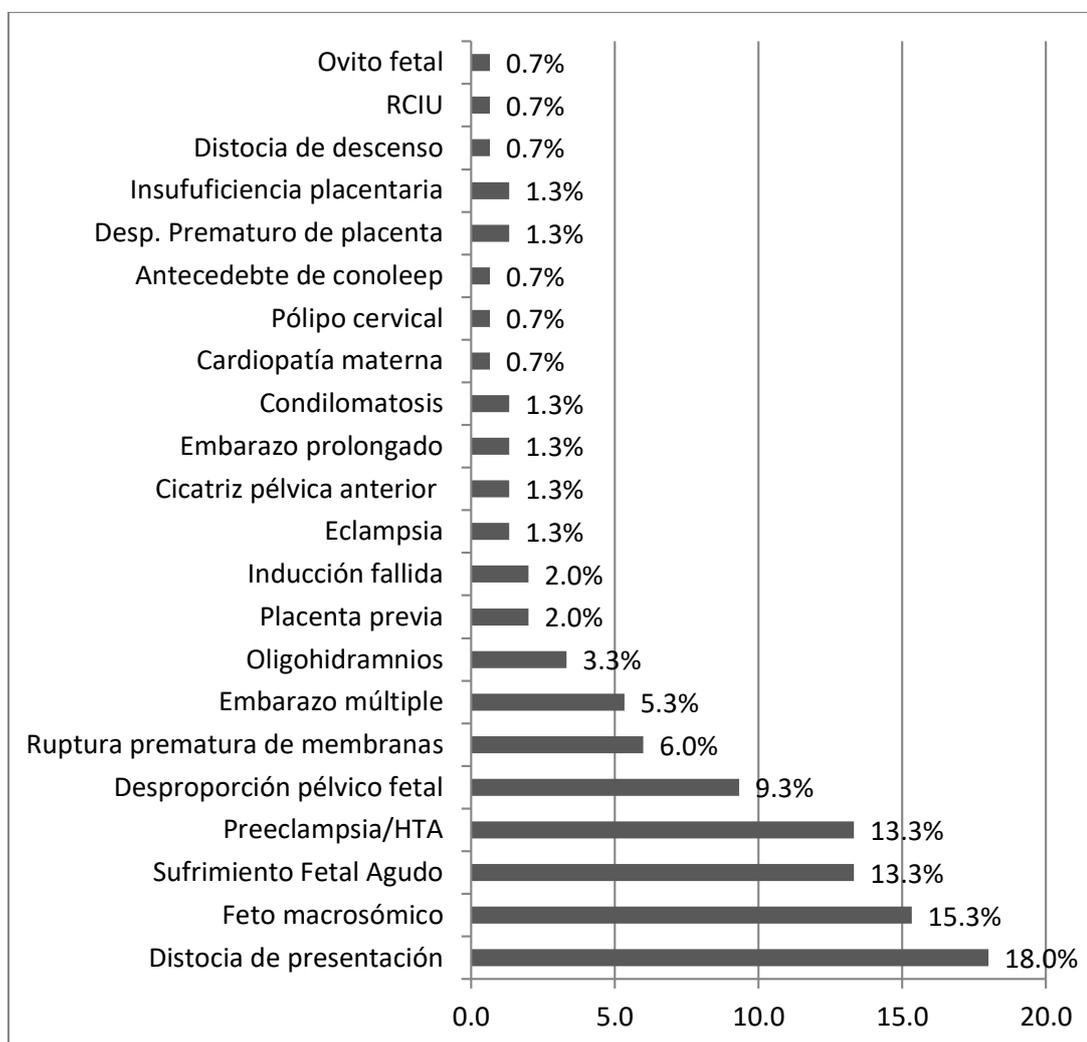
Meses	Cesárea Primaria	%	Cesárea anterior	%
Noviembre	19	50.0	19	50.0
Diciembre	33	70.2	14	29.8
Enero	31	72.1	12	27.9
Febrero	23	45.1	28	54.9
Marzo	31	68.9	14	31.1
Abril	26	54.2	22	45.8
Total	163	59.9	109	40.1

*Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio

La frecuencia de cesáreas primarias en relación a cesáreas anteriores por meses en pacientes atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD, se observa que en el mes de noviembre el 50.0% son cesareadas por primera vez, en diciembre el 70.2%, enero 72.1%, febrero 45.1%, marzo 68.9%, abril 54.2%.

GRAFICO N° 04

PORCENTAJE DE DIAGNOSTICO PARA LA OPERACIÓN CESAREA PRIMARIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD-TARAPOTO. NOVIEMBRE 2012 - MAYO 2013”

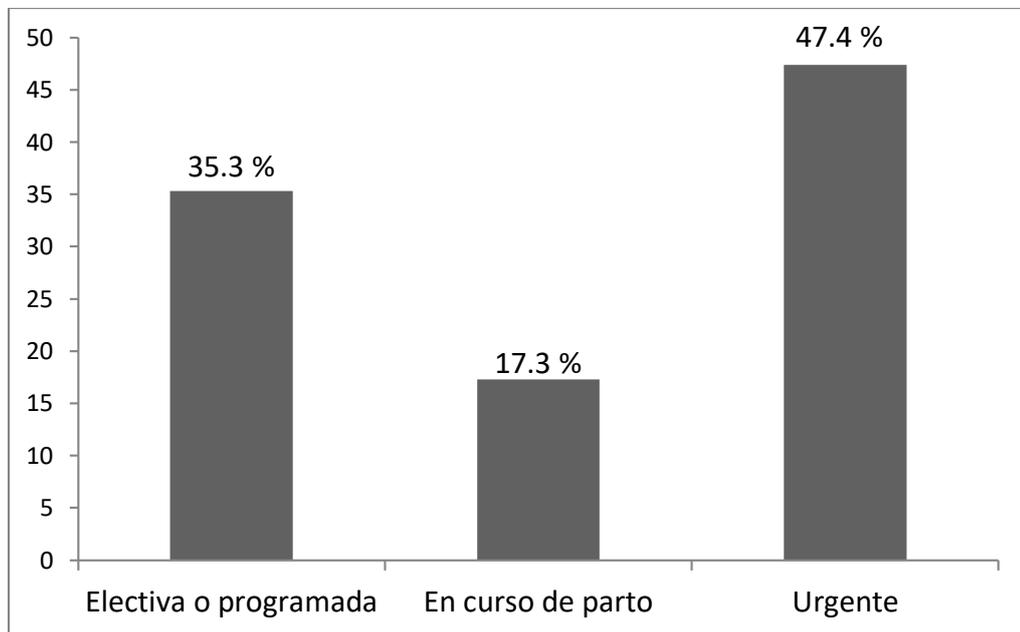


*Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio

En relación al diagnóstico para la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD, se observa que el 69.2% de las pacientes en estudio presentaban como principales diagnósticos preoperatorios en orden de precedencia: distocia de presentación, feto macrosómico, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia y desproporción pélvico-fetal y el 30.8% se distribuye en otras patologías como diagnóstico.

GRAFICO N° 05

PORCENTAJE DEL TIPO DE CESAREA PARA LA OPERACIÓN CESAREA PRIMARIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD-TARAPOTO. NOVIEMBRE 2012 - MAYO 2013”



*Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio

En relación al tipo de cesárea para la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD, el 47.4%, fueron intervenidas como tipo de cesárea urgente; el 35.3% su cesárea fue de tipo electiva o programada; y el 17.3% la cesárea fue programada en el curso de parto. El 64.7% de las pacientes se decidió su operación cesárea en el curso de parto o como cesárea urgente al ingreso por el servicio de emergencia.

TABLA N° 04

FRECUENCIA DE LA POSIBILIDAD DE ERROR DIAGNOSTICO PARA LA OPERACIÓN CESAREA PRIMARIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD-TARAPOTO. NOVIEMBRE 2012 - MAYO 2013.

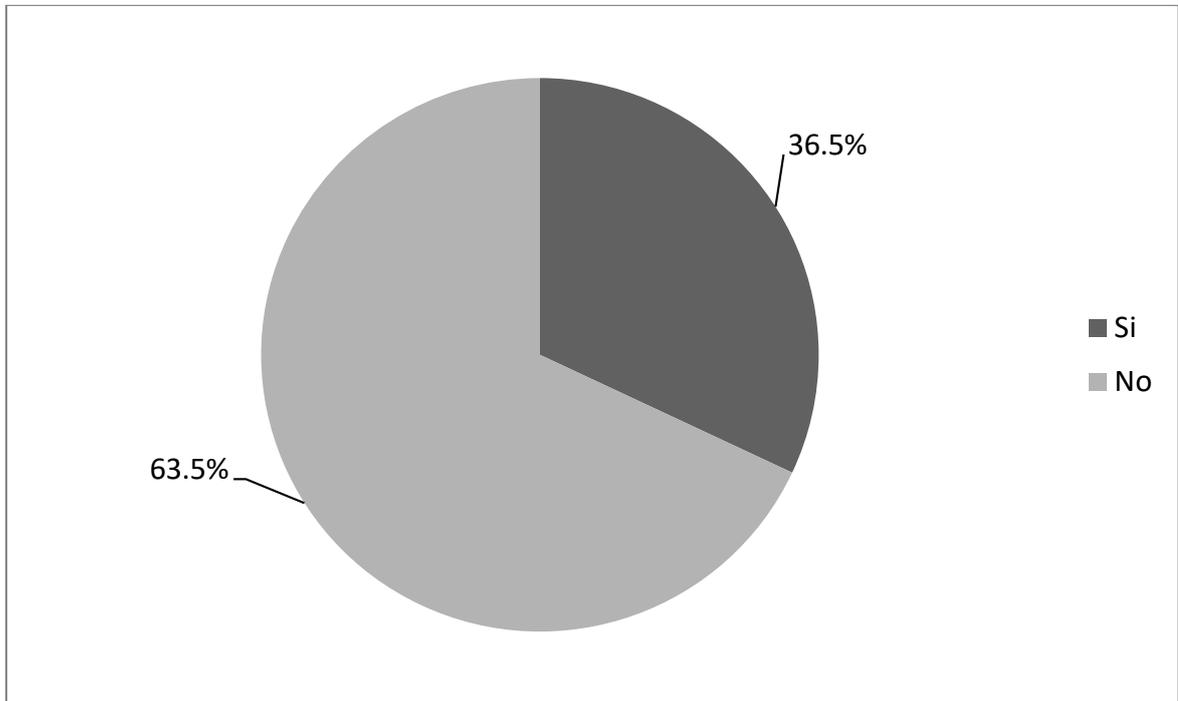
DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO	n	%
MACROSOMIA FETAL		
Si (Peso \geq 4000 gr.)	11	47.8
No (Peso $<$ 4000 gr.)	12	52.2
	23	100.0
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO		
RN Apgar \leq 7	3	15.0
RN Apgar 8 - 10	17	85.0
	20	100.0
PREECLAMPSIA		
Confirmado	9	45.0
Sin signos premonitorios y P.A. \leq 120/80 mmHg	11	55.0
	20	100.0

*Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio

En relación a la posibilidad de error diagnóstico para la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD-Tarapoto; se observa que el 52.2% con diagnóstico pre operatorio de macrosomía fetal, tuvieron su peso menor de 4000 gr.; el 85% con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, presentaron puntuación Apgar 8 – 10 al minuto; el 55% con diagnóstico de preeclampsia no registran signos premonitorios y su presión arterial menor igual a 120/80 mmHg.

GRÁFICO N° 06

PORCENTAJE DE CORRESPONDENCIA DEL DIAGNOSTICO PRE Y EL POST OPERACIÓN CESAREA PRIMARIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD-TARAPOTO. NOVIEMBRE 2012 - MAYO 2013”

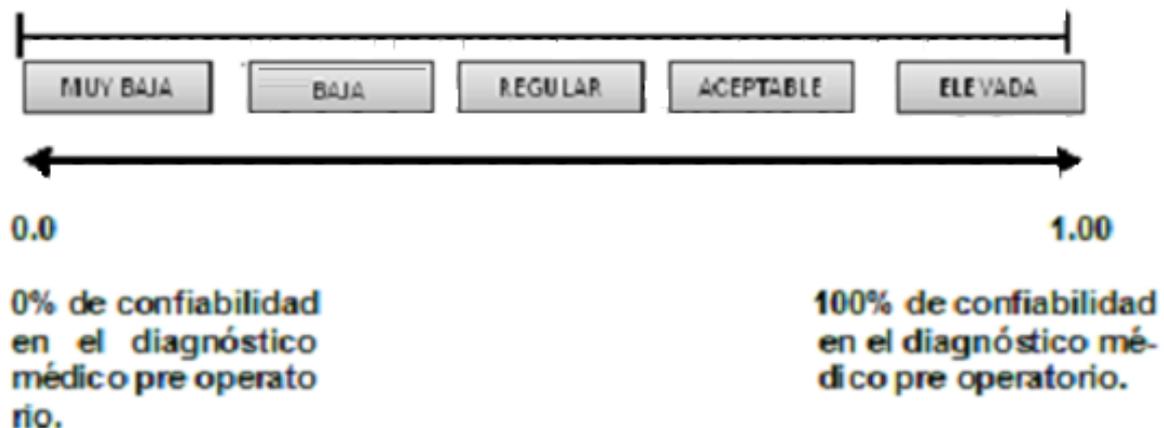


*Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del estudio

En relación a la correspondencia del diagnóstico pre y post operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD, se observaron las variables de macrosomía fetal, sufrimiento fetal agudo y HTA/preeclampsia en el 36.5% de las cesareadas primarias hay correspondencia entre el diagnóstico pre y pos operatorio.

GRÁFICO N° 07

ESCALA DE CONFIABILIDAD DE RICHARDSON ADAPTADO



En relación a la confiabilidad, tomando como referencia la tabla N° 04 y el gráfico N° 06 se observa que solo el 36.5% de los diagnósticos preoperatorios para las cesáreas primarias tienen correspondencia con el diagnóstico post operatorio. Ubicando esta proporción en la Escala de Confiabilidad de Richardson se determina que existe baja confiabilidad en el diagnóstico médico pre operatorio para la operación cesárea primaria.

VI. DISCUSION.

En la presente tesis se investigó el grado de confiabilidad del diagnóstico médico para la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 EsSalud - Tarapoto.

El número de cesáreas practicadas en relación con el total de partos ha sufrido un considerable aumento en los últimos años como se desprende de los estudios realizados en diferentes naciones (41). En las últimas dos décadas, el aumento de los nacimientos por cesárea ha sido dramático, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. En Perú, la tasa de cesárea se ha incrementado sostenidamente en los últimos 50 años. (38).

De nuestros hallazgos, tal como se muestra en el Gráfico N°1, en relación a la edad de la postcesareada primaria atendida en el Hospital II-2 ESSALUD-Tarapoto, se observa que 76% se ubican en el grupo de edad óptimo para la maternidad de 21 a 35 años (promedio de edad 27.5 años). Este promedio coincide con los resultados reportados por Sherri Jackson (39) en los países desarrollados la edad promedio de la paciente cesareada fue de 29.2 años; en el Perú, Cam Gerardo y col. (40) reportó la edad más frecuente (59.0%) de las pacientes cesareadas en el Instituto Materno Perinatal Canto Grande, se ubica en el rango de edad de 20 a 35 años. Villaverde, María (15) informa que la probabilidad de Cesárea está relacionada con la edad, aumentando un 4% a 6% dicha probabilidad cada año de vida de la madre. Pero informa asimismo que la probabilidad también depende de algunas características del hospital donde la parturienta es atendida; que el riesgo de sufrir una cesárea es mayor en hospitales dotados de un mayor número de médicos especialistas en obstetricia y ginecología.

En la Tabla N° 01, en relación al número de controles prenatales de la postcesareada primaria atendida en el Hospital II-2 ESSALUD-Tarapoto, se observa que el 78% de las pacientes alcanzaron la condición de embarazo controlado (mayor igual a 6 controles); con un promedio de controles de 7.5. Patiño (17) Tumbes, en el MINSA se encontró que un 40 % tuvo entre 7 y 8 controles; en EsSalud, un 50 % tuvo entre 6 y 7 controles.

Al respecto llama la atención que, a pesar de tener las gestantes la condición de controladas con un muy buen promedio de controles registrados, en los que se debería evaluar la posibilidad del parto vaginal con antelación, se opta en el en el último momento un parto cesárea con los riesgos de complicaciones materno perinatales no informados.

En el Gráfico N° 02, en relación a la vía de resolución del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD-Tarapoto, se observa que el 52.9% de las pacientes tuvieron partos vaginales y el 47.1% de la pacientes tuvieron parto por cesárea. Los resultados de la frecuencia de cesáreas por meses tal como lo presentamos en el Cuadro N° 02, se observa que en los meses diciembre y marzo la frecuencia de cesáreas superó fácilmente el 50%.

Nuestros resultados al respecto coinciden con los reportados por Patiño (17) quien informa el hallazgo de un promedio de Cesáreas en hospitales de Tumbes: en el Minsa 49.52%; en el Hospital EsSalud, un promedio de 58.76%. Sin embargo también nuestros datos difieren con los reportes brindados por Quispe y Col. (5), - reportó un promedio de cesáreas de 36.9% \pm 9.1% en siete hospitales públicos de Lima -; y la OMS que muestran que en Asia y Latinoamérica las cesáreas se sitúan en torno al 27% y 35% sobre el total de nacimientos.

Es indudable que el número de cesáreas en nuestro estudio es elevado, habría que hacer una revisión de los protocolos así como deslindar la responsabilidad de los profesionales y una revisión de la conducta social, entendiéndose que no hay una conciencia colectiva y social de los riesgos que representa una cesárea; además el incremento desproporcionado de su utilización, cuestiona los beneficios de su empleo.

Con relación a los datos en el Gráfico N° 03, sobre la frecuencia de cesáreas primarias en relación a las cesáreas anteriores en pacientes atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD-Tarapoto; se observa que el 59.9% con el diagnóstico médico fueron cesareadas por primera vez y el 40.1 con el diagnóstico de cesareadas anteriores. En el cuadro N° 03, se presenta la frecuencia de cesáreas primarias por meses observándose que en los meses de diciembre 2012 el 70.2%, enero 72.1%, y marzo 68.9% 2013. Estos resultados expuestos están notablemente por encima del promedio de todos los estudios revisados; como Villaverde Royo (15) España 2009, reporta de un 15,27% para cesáreas primarias de bajo riesgo y de un 3,04% para cesáreas primarias en mujeres sanas y partos de muy bajo riesgo obstétrico.

Se hace necesario que la alta dirección de la institución hospitalaria obligue a obstetras y ginecólogos a revisar y a poner en práctica el protocolo de cesáreas de EsSalud que aún está vigente y al mismo tiempo se obligue a actualizarlo; también es importante puntualizar la necesidad urgente de organizar y ejecutar un programa de información y educación a la población usuaria como una forma de controlar el incremento de la operación cesárea primaria.

En el Gráfico N° 04, en relación al diagnóstico para la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD Tarapoto, se observa que el

69.2% de las pacientes en estudio presentaban como principales diagnósticos preoperatorios en orden de precedencia: distocia de presentación, feto macrosómico, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia y desproporción pélvico fetal y el 30.8% se distribuye en otras patologías como diagnóstico.

Estos datos coinciden con los reportados por Manzano Espejo (20); Gonzalo Romero y Col. (18) en Lima y Patiño (17) en Tumbes; siendo las más frecuentes: preeclampsia o HTA; macrosomía fetal; Sufrimiento Fetal Agudo; distocia de presentación; RPM; desproporción pélvico fetal; y además gestación múltiple.

En el Gráfico N° 05, en relación al tipo de cesárea para la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD, el 35.3% su cesárea fue de tipo electiva o programada; el 64.7% fueron cesáreas de emergencia (47.4% cesárea urgente; y 17.3% la cesárea programada en el curso de parto). Estos datos difieren notablemente con los hallazgos presentados por Paima Peña y Col (42) Lima-Perú; en el año 2011 reportaron que el 54% fueron cesáreas programadas y el 46% fueron cesáreas no programadas.

Esta diferencia notable es sugerente, nos invita a indagar de donde provienen las gestantes con indicación de cesárea de emergencia; y que a pesar de que las pacientes tuvieron control prenatal periódico, terminaron la mayoría en parto por cesárea no programada en el hospital II-2 EsSalud- Tarapoto

En la Tabla N° 04, en relación a la posibilidad de error diagnóstico pre operatorio para la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 EsSalud-Tarapoto; se observa que el 52.2% con diagnóstico pre operatorio de macrosomía fetal, tuvieron su peso menor de 4000 gr; el 85% con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, presentaron puntuación Apgar 8 – 10 al minuto y líquido

amniótico claro; el 55% con diagnóstico de preeclampsia no registran signos premonitorios y su presión arterial menor igual a 120/80 mmHg.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, define a la macrosomía fetal (también denominado hipertrófico), como aquel feto que pesa al nacer más de 4.000 grs., o que tiene un peso fetal estimado por ecografía de más de 4.500 grs. (35) Habitualmente se define como macrosómico a un recién nacido con peso al nacer igual o superior a 4.000 grs. Su incidencia es de 7 a 10% de los recién nacidos vivos (34).

En el protocolo de Operación Cesárea de EsSalud se establece que, la Macrosomía por sí sola, no es indicación de operación cesárea, es necesario que el volumen fetal sean incompatibles con las dimensiones pélvicas presentes (44). Con respecto al sufrimiento fetal agudo refiere que, generalmente se establece durante el trabajo de parto y puede presentarse en una gran variedad de circunstancias relacionadas con problemas o accidentes propios del trabajo de parto anormal, en un feto previamente normal, o bien en un feto con sufrimiento fetal crónico, que hace un episodio agudo, durante un trabajo de parto no necesariamente anormal. Las manifestaciones clínicas más precoces en el sufrimiento fetal agudo son los cambios en el latido cardíaco fetal; la presencia de abundante meconio en el líquido amniótico, excepto en las presentaciones pélvicas es otro signo de sufrimiento fetal. (44)

Canchola M. (32) 2003; la preeclampsia se define por la presencia de hipertensión acompañada de proteinuria, edema generalizado o ambos. La preeclampsia se presenta en aproximadamente un 8% del total de los embarazos y hay un incremento en el riesgo en los casos de primer embarazo, embarazos

múltiples, madres adolescentes, madres de avanzada edad, mujeres afroamericanas y mujeres con antecedentes de diabetes, hipertensión o enfermedad renal. La preeclampsia leve se manifiesta con hipertensión de al menos 140/90 mmHg en dos ocasiones, con seis horas de diferencia después de la semana 20 de embarazo y proteinuria significativa de > 300 mg en 24 horas, edema moderado y volumen urinario en 24 horas > 500 ml. (32). Es necesario tomar en cuenta estas observaciones, cumpliendo con los protocolos los protocolos de atención y las teorías con respecto a los diagnósticos para la operación cesárea primaria.

En el gráfico N° 07, en relación a la confiabilidad, tomando como referencia la tabla N° 04 y el gráfico 06 se observa que solo el 36.5% de los diagnósticos preoperatorios para las cesáreas primarias tienen correspondencia con el diagnóstico post operatorio, tomando en nuestro estudio como parámetros medibles y revisables: macrosomía fetal (MF), sufrimiento fetal agudo (SFA) y HTA/Preeclampsia. Ubicando esta proporción en la Escala de Confiabilidad de Richardson se determina que existe baja confiabilidad en el diagnóstico médico pre operatorio para la operación cesárea primaria.

Esta baja confiabilidad del diagnóstico médico de la operación cesárea primaria se explicaría con los hallazgos de Menacho M. Ivany y Col.-Bolivia (49) que refiere que la cesárea electiva se está convirtiendo en una cirugía de primera elección en las grandes zonas urbanas, preferida por gestantes primigestas y jóvenes. Se realiza con mayor frecuencia en hospitales o clínicas de tipo privado. Es una cirugía que se está volviendo comercial con fines estéticos. En algunos países de América Latina, su práctica ha llegado a ser tan abusiva que sobrepasó el 80 % del total de los nacimientos. Se recomienda no indicar una

cesárea sin justificación porque se estaría elevando el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el producto de la gestación.

Esta condición hace que los especialistas médicos, no estén tomando con responsabilidad la obligación de aplicar el protocolo para la operación cesárea. Y consideramos asimismo que es la actitud del profesional, que no saber esperar es uno de los principales motivos de las tasas de cesáreas inadecuadas, el trabajo de parto tiene sus fases y cada uno de ellos tiene su tiempo, y valdría la pena refrescar este conocimiento imprescindible en obstetricia.

Al respecto Patiño, Gladis (17) 2011, además esclarece que no se realiza una educación a la mujer embarazada para formarse una opinión con tiempo suficiente para tomar decisiones. Que se evita hablar de las circunstancias que rodean la práctica de una cesárea, con la excusa de no causar preocupación a las embarazadas.

VII. CONCLUSIONES.

Producto del análisis de datos, se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. El 76% de las post cesareadas primarias se ubican en el grupo de edad de 21 a 35 años; siendo la edad promedio 27.5 años.
2. El 59.9% de la pacientes tuvieron parto por cesárea primaria.
3. El 69.2% de las pacientes en estudio tuvieron patología maternas: desproporción céfalo-pélvica, y fetales: feto macrosómico, distocia de presentación, sufrimiento fetal agudo y mixtas: desproporción pélvico fetal, preeclampsia.
4. El 64.7% de las pacientes fueron cesáreas no programadas decididas en el curso del trabajo de parto o parto como cesárea urgente.
5. El 36.5% de las cesareadas primarias no establece correspondencia entre los diagnósticos pre y pos operatorio.
6. El grado de confiabilidad del diagnóstico médico pre operatorio para la operación cesárea primaria, es bajo.

VIII. RECOMENDACIONES.

- El MINSA debería generar políticas o directivas que permitan elaborar o actualizar los protocolos de cesáreas y su aplicabilidad por el equipo de salud.
- El área de Recursos Humanos de las entidades de salud deben realizar cursos de actualización dirigido al equipo de salud para mejorar los diagnósticos de la operación cesárea primaria.
- En la atención prenatal debe educarse a la mujer para parto vaginal con antelación, y reducir la opción de parto cesárea ya que existe riesgos y complicaciones maternas perinatales no informadas.
- Promover estudios cualitativos que permitan ampliar la información desde los usuarios.
- Que los médicos especialistas antes de indicar el procedimiento quirúrgico de la operación cesárea primaria evalúen minuciosamente cada caso y cumplan con el protocolo para la operación cesárea vigente.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mena P. Operación cesárea. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. Obstetricia 3a ed. Santiago de Chile: Panamericana; 2005.
2. Ceriani Cernadas J, Miriani G, Pardo A, Aguirre A, Pérez C, Brener P y col. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. Arch Argent Pediatr 2010.
3. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Las operaciones obstétricas. En: Obstetricia. 6a ed. Bs As: El Ateneo; 2008.
4. Salinas Portillo H, Naranjo B, Pastén J, Retamales B. Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. Revista HCUCh 2007.
5. Quispe, Antonio; Santivañez-Pimentel, Álvaro; Leyton-Valencia, Imelda; Pomasunco, Denis. CESÁREAS EN SIETE HOSPITALES PÚBLICOS DE LIMA: ANÁLISIS DE TENDENCIA EN EL PERIODO 2001-2008. RevPeruMedExp Salud Pública. 2010.
6. Revista Panamericana de Salud Pública. Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales. *Print versión* ISSN 1020-4989 RevPanam Salud Publica vol.21 n.4 Washington Apr. 2007.
7. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. Lima; 2007.
8. <http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=452> – Tomado el 26-03-2013.

9. Olza I. **Repercusiones psicológicas y sociales del nacimiento por cesárea.** Revista Trabajo social y Salud, num 45 p221-230. 2003.
10. Tapia Conyer, Roberto. Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal. Tomado.
11. Perú, Ministerio de Salud. Análisis de Situación de salud DISA V Lima-Ciudad. Lima: DISA V Lima Ciudad - Perú; 2006.
12. Torres Contreras. Hayder Ronald. Complicaciones maternas y perinatales del parto vaginal en gestantes con ruptura prematura de membranas mayor de 34 semanas : Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima - Perú, 2008.
13. García Prado, Ariadna; Arrieta, Alejandro. El aumento de las cesáreas en los hospitales públicos: Un análisis de la capacidad hospitalaria y de los incentivos médicos. Perú, 2011.
14. Organización Mundial de la Salud. Biblioteca de la Salud Reproductiva. Cesárea programada para parto en presentación podálica a término. OMS Ginebra: septiembre 2003.
15. Villaverde Royo, María V; Bernal Delgado; Enrique; Carlos Aibar Remón. “Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. Zaragoza, 2009.
16. Conde-Agudelo. Cesárea programada para parto en presentación podálica a término. Documento de la BSR-OMS. Ginebra – 2003.
17. Patiño, Gladis. Tesis: Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011). Tumbes – Perú. 2011.
18. Gonzalo Romero, Alberto; Stella, Maris Lind; Arce, Ramona; Bazán, Claudia Roxana INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREAS. Hospital “J. R. Vidal”, de Corrientes (Capital). Revista de

Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 135 – Febrero 2004. Argentina -2004.

19. Medina Pinto Sofía Esther; Ortiz Gavilán, Analía Valeria; Miño, Laura Cecilia; Itatí Abreo Griselda. Incidencia e indicaciones de cesáreas. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Servicio de Tocoginecología del Hospital “Dr. José R. Vidal”. Corrientes – República Argentina – 2010.
20. Manzano Espejo, Giancarlo. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Revista Horizonte Médico Volumen 11(2), Julio – Diciembre 2011. Lima-Perú, 2010.
21. Cerda-Collado, Gladys; Rodríguez-Lora, Ingrid; Draper-Féliz, Rafael A.; Yudelka Almonte; Emilia Cid. “Indicación de cesáreas en dos maternidades”. Dr. Luis E. Aybar (S.E.S.P.A.S.) y el Materno- Infantil Dr. Manuel E. Perdomo (I.O.S.S.), de la ciudad de Santo Domingo, en el periodo Enero 1990- diciembre 1994.
22. Medina Pinto, Sofía Esther; Ortiz Gavilán, Analía Valeria; Miño, Laura Cecilia. Servicio de Tocoginecología del Hospital “Dr. José R. Vidal”. Corrientes – República Argentina Universidad Nacional del Nordeste. *Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. N° 207 – Junio 2011 .*
23. Huamán Berríos, Julio Enrique ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA OPERACION CESAREA EN HUANCAYO. Huancayo – Perú, 2003.
jehb@correo.dnet.com.pe
24. <http://manosquedanvida.blogspot.com/2010/10/cesaria.html>, revisado el 29 de abril del 2013.

25. Anay Conde Rebozo; María Alvarez Conde; Ailed E. Rodríguez Jiménez; Yamelis Silva Cruz; Maydelis Rubio Hernández. Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba. 2008 <http://www.16deabril.sld.cu>.
26. Nápoles Méndez, Danilo; Piloto Padrón, Mercedes . Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. MEDISAN vol.16 no.10 Santiago de Cuba oct. 2012.
27. www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL6170.doc (ff)
28. Paima Peña Rosario de Jesús; Vásquez Jara, Ruth Isabel. Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal". UNMSM. Lima – Perú, 2011.
29. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. Lima; 2007.
30. Cesárea sin motivo. 25 de octubre de 2008. <http://pequelia.es/1693/cesarea-sin-motivo/>. Tomado 26-03-2013
31. Conde Fernández, J. La cesárea: Una perspectiva Bioética. Discurso leído en el acto de su recepción como académico correspondiente en Lanzarote. 2009. Tomado 26-03-2013
32. Canchola Mauricio, Martínez. PRE-ECLAMPSIA, ECLAMPSIA. Hospital General de México - Instituto Politécnico Nacional. México, 2003.
33. Sebastiani, Mario. Cesárea a demanda. ¿Existe una correcta definición de lo que es una cesárea innecesaria?. Buenos Aires – Argentina-2002.

34. Martínez, José Luis; Pardo, Jack. Macrosomía fetal: ¿Riesgo Perinatal?.
Rev. Med. Clin Las Condes., 2003 - clc.cl.
http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_14_3/Macrosomiafetal.pdf
35. Salazar de Dugarte, G.; González de Chirivella, X. y Fainete Antique, P.
Incidencia y factores de riesgo de macrosomía fetal. Revista Obstetricia –
Ginecología- Venezuela, ene. 2004, vol.64, no.1, p.15-21.
36. Ticona Rendón, Manuel; Huanco Apaza Diana. Macrosomía fetal en el
Perú: prevalencia, factores de Riesgo y resultados perinatales. Ministerio de
Salud del Perú en el año 2005.
37. Saucedo Delgado, Marcelo. La adolescencia ¿es un factor de riesgo para la
Cesárea?. Universidad de Colima. Facultad de Medicina. Colombia – 2007.
38. Manzano Espejo Giancarlo. Incidencia y factores asociados a cesárea
iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Perú 2005 -
2009.
39. Sherri Jackson, Laura Fleege, Moshe Fridman, Kimberly Gregory, Carolyn
Zelop, Jorn Olsen. Morbilidad después del parto por cesárea primaria.
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74782>
40. Cam, Gerardo; Andrade, trisolini; Oscanoa, Anibal. Estudio descriptivo de las
cesáreas en el Instituto Materno Perinatal Canto Grande. Lima – Perú. 2005.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/ginecologia/vol51_n4/pdf/a04v51n4.pdf
41. Cabré S.; Rodríguez M.; Vela A.; Borrás M.; Laila JM; Incidencia de
cesáreas. Evolución. Causas. Análisis de 17 años. Barcelona. Mayo. 2005.
42. <http://www.monografias.com/trabajos904/tasas-cesarea-lili/tasas-cesarea-lili2.shtml#ixzz2bCS8kUrM>
43. Paima Peña Rosario de Jesús; Vásquez Jara Ruth Isabel. prevalencia y
asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en

postcesareadas adolescentes en el Instituto nacional Materno Perinatal.
Lima Perú. 2011.

44. Instituto Peruano de Seguridad Social. PROTOCOLO DE LA OPERACIÓN CESÁREA. Gerencia Central de Producción de servicios de Salud. Primavera 1991. (Vigente).
45. Fernando Echáis, J. "Cesárea, experiencia en el Hospital General de Oxapampa". Revista Ginecol. Obstet. 2004.
46. Menéndez, A . Confiabilidad. Taller de confiabilidad Estadística.
<http://www.gobierno.pr/NR/rdonlyres/CC1286A8-310F-48CF-AB2C-D30417D9AF78/0/15confiabilidad.pdf> (visitado el 18-09-2013)
47. http://biblio3.url.edu.gt/Libros/tests_p/4.pdf
48. <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/45431-mal-diagnostico-mas-cesareas/> (Visitado el 19 – 09 – 2013)
49. MENACHO M. Ivany², ARANCIBIA U. F.L. Cesárea Electiva. Revistas Bolivianas. Trabajo de revisión bibliográfica. Santa Cruz – Bolivia. 2010.
<http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php> (Visitado el 22 – 09 – 2013)

ANEXOS

ANEXO 01:

FICHA DE REGISTRO

Introducción: A continuación presentamos la siguiente ficha de registro, que consta de 3 tipos de registros de acuerdo al tipo de cesárea realizada. La cual tiene como finalidad realizar la comparación entre el diagnóstico pre y post operatorio.

H.C. N° : **Datos del Recién Nacido**

Edad: **Sexo:**

Formula obstétrica:..... **Peso:**

Atención prenatal : No..... Si.....N°..... **Talla:**

Edad gestacional: **Apgar:**

Tipo de cesárea	Factor	Diagnóstico pre operatorio		Diagnóstico post operatorio	
				Confirmado	Otro (Anótelos)
E L E C T I V A P R O G R A M A D A	M A T E R N A	Placenta Previa			
		HTA/Preeclampsia			
		Cirugías uterina anteriores (CUA)			
		Seropositivo			
		Negativa al parto vaginal			
		Desproporción pélvico fetal			
	Otro				
	F E T A L	Feto macrosómico			
		Embarazo múltiple			
		Distocia de la presentación			
Otro					

.....

.....

FICHA DE REGISTRO

H.C. N° : **Datos del Recién Nacido**
Sexo:
Edad: **Peso:**
Formula obstétrica:..... **Talla:**
Atención prenatal : No Si.....N°..... **Apgar:**
Edad gestacional:

Tipo de cesárea	Factor		Diagnóstico pre operatorio	Diagnóstico post operatorio	
				Confirmado	Otro (Anótelos)
Cesárea en curso de parto	M A T E R N O		Desproporción pélvico fetal		
			Inducción Fallida		
			Distocia de descenso		
			Distocia de dilatación		
	F E T A L		Parto Estacionado		
			Hemorragia		
			Sufrimiento Fetal		
			HTA		

.....

FICHA DE REGISTRO

H.C. N° : **Datos del Recién Nacido**

Edad: **Sexo:**

Formula obstétrica:..... **Peso:**

Atención prenatal : No Si.....N°..... **Talla:**

Edad gestacional: **Apgar:**

Tipo de cesárea	Factor		Diagnóstico pre operatorio		Diagnóstico post operatorio	
					Confirmado	Otro (Anótelo)
Cesárea urgente	M A T E R N O		Preclampsia			
			Eclampsia			
			Síndrome Hellp			
			Otro			
	F E T A L		SFA			
			Dilatación estacionaria			
			Cordón breve			
			Otro			

.....

.....

.....

.....

ANEXO 02

ENCUESTA

Introducción: A continuación presentamos la siguiente encuesta, que consta de 5 preguntas con respecto al tipo de parto vaginal y cesárea. La cual tiene por finalidad ver la preferencia del tipo de parto y conocer las opiniones sobre la cesárea. Encierre en un círculo la respuesta que considere correcta y/o complete los espacios en blanco de manera concisa. Sugerimos mucha sinceridad. Muchas gracias por su consideración.

H.C. N° :

Edad :

Formula obstétrica :.....

Atención prenatal : No..... Si.....N°.....

1. Si usted, su hija o hermana u otro familiar estuviera esperando ser atendida para el parto; ¿Cuál sería su elección o recomendación?:
 - a. Someterse a una cesárea.
 - b. Optar por el parto vaginal o que intente parto vaginal.

2. ¿Prefiere usted parto vaginal o cesárea?
 - a. Cesárea
 - b. Parto vaginal.

3. Si la respuesta es la alternativa “a” del numeral anterior; Responda
 - a. Es menos doloroso y rápido.
 - b. El bebé nace más sano y vigoroso.
 - c. Tengo miedo al parto vaginal porque me dicen que es doloroso.
 - d. Corres menos riesgo de morir.
 - e. Es menos dañino para la madre.
 - f. Es menos dañino para el bebé.
 - g. Otro.....

4. Fue el médico o fue usted quien eligió la operación cesárea?
 - a. Yo elegí.
 - b. Fue orden médica.

5. Si la respuesta es la alternativa “b”; mencione el diagnóstico.

ANEXO 03

**OPERACIÓN CESÀREA
EVALUACIÓN PRE OPERATORIA**

Nombre: _____ Edad: _____

N Seguro: ASEG DEP Fecha de ingreso: _____

G: P: TG: _____ Hora: _____

I. ANTECEDENTES OBSTETRICOS

ALTO RIESGO OBSTETRICO: SI NO Causa.....

CESAREA PREVIA: SI NO Cuantas:....Fecha:....

CAUSA: 1..... 2.....

TIPO: SEGMENTARIA CORPORAL DUDA

ÚLTIMO PARTO: FECHA..... NORMAL SI NO

PORQUE:

II. GESTACION ACTUAL CPN: SI NO

DIAGNOSTICO DE INGRESO: 1.....

2.....

PARTOGRAMA ALTERACION DE LA FCF SI NO

DILATACION O DESCENSO ESTACIONARIO SI NO

OBSERVACIONES.....

III. DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO

OPERACIÓN ELECTIVA EMERGENCIA

FECHA HORA.....

1.....

2.....

ANEXO 04

GRAFICO N° 08

RESPUESTA DE LA POSTCESAREADA A LA PREGUNTA ¿QUIEN DETERMINO LA REALIZACION DE LA OPERACIÓN CESAREA PRIMARIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD-TARAPOTO. NOVIEMBRE 2012 - MAYO 2013?

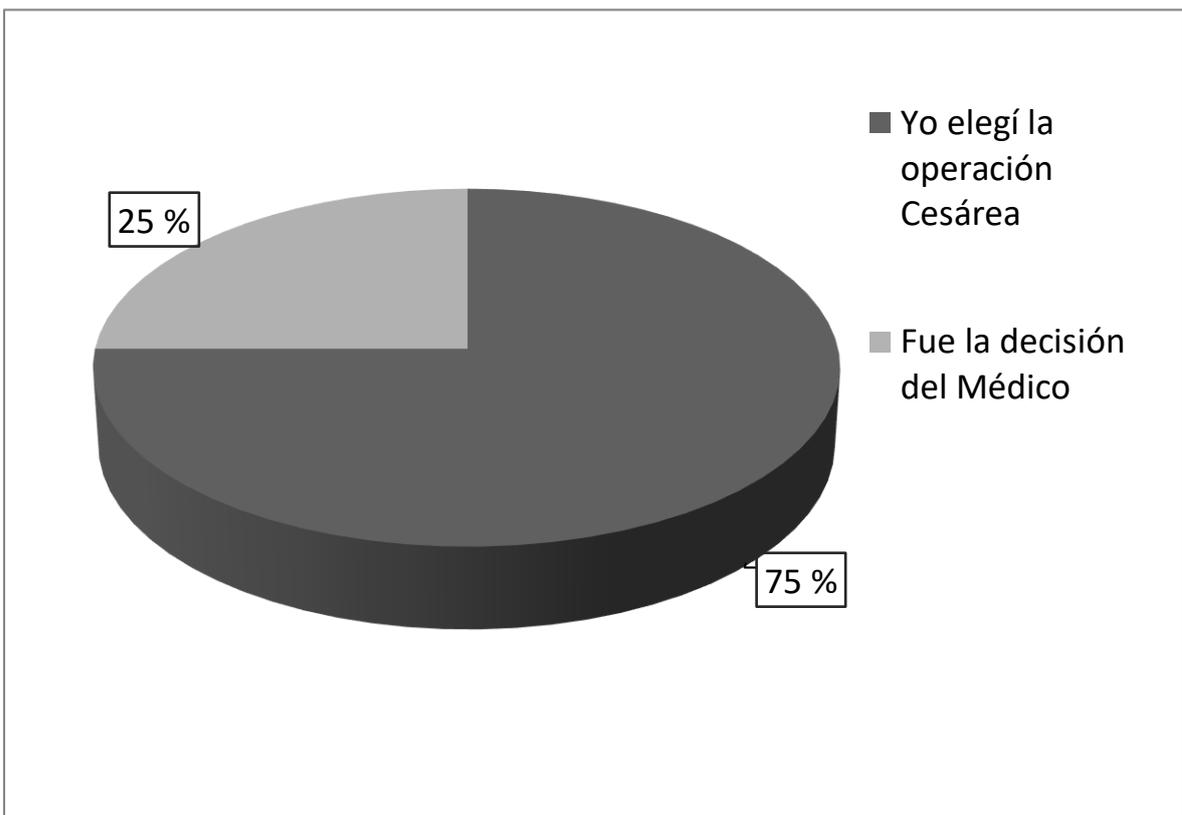


GRAFICO N° 09

DIAGNOSTICO ASIGNADO A LOS CASOS DE POSTCESAREADA QUE RESPONDIERON HABER ELIGIDO LA OPERACIÓN CESAREA PRIMARIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD-TARAPOTO. NOVIEMBRE 2012 - MAYO 2013.

