

22

MED.
Tesis
52112
2008
22

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POST GRADO
CAJA NACIONAL DE SALUD

INDICE

	Página
1. Introducción	1
2. Hipótesis	2
3. Objetivos	2
4. Marco teórico	4
5. Metodología	4
6. Resultados	6
7. Conclusiones	13
8. Referencias	14
9. Anexos	15

**INCIDENCIA Y CAUSAS DE CESAREAS
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL OBRERO N° 2
CAJA NACIONAL DE SALUD
(2005-2007)**



Luis Bazan Arteaga
MEDICO GINECOLOGO
1st. Prof. B-129 C.N.S.

Investigador responsable: Dra. Karla Sanchez S.G.
Residente - I G.O.B

Tutor: Dr. Luis Bazan Arteaga
Ginecólogo - Obstetra

Cochabamba, Febrero- 2008

[Signature]
DR. MED. ERWIN HOCHSTÄTTER
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
MAT. PROF. H - 80

18/11

INCIDENCIA Y CAUSAS DE CESÁREAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICA DEL HOSPITAL OBRERO No. 1

1. INTRODUCCION

La operación cesárea representa un dilema **INDICE** ética cotidiana del medico ginecoobstetra, ya que esta intervención quirúrgica, es realizada con mayor frecuencia en el servicio, como indicación para resolver problemas obstétricos, a fin de disminuir la morbilidad materno fetal.

	Pagina
1. Introducción	1
2. Hipótesis	2
3. Objetivos	2
4. Marco Teórico	2
5. Metodología	4
6. Resultados y Análisis	5
7. Conclusiones	13
8. Recomendaciones	14
9. Bibliografía	15

Anexos

La operación cesárea como procedimiento médico, no es mencionado en los escritos de Hipócrates, Galeno, Celso, Paulo o Sorano. Esta operación fue realizada in vivo solo en casos excepcionales y desesperados desde la segunda mitad del siglo XVI, y era por lo general mortal. Su altísima tasa de mortalidad continuo hasta principios del siglo XX.

La primera publicación médica sobre la operación cesárea fue la efectuada por Francois Mauriceau en 1668. En 1882, Max Sanger introdujo un gran avance técnico: la sutura de la histerotomía. En 1908 Wilhelm Litzlo propuso la cesárea intraperitoneal como solución preventiva de la peritonitis post operatoria. En 1912 Kronig describió la incisión longitudinal del segmento inferior del útero y la sutura del peritoneo sobre ella. En 1926 Kerr recomendó una importante modificación la histerotomía sagmenteal transversal, que dio origen a la técnica de la operación actual. En 75 años se habrían logrado las soluciones técnicas para responder a las tres grandes amenazas de la operación cesárea, la hemorragia y la infección.

INCIDENCIA Y CAUSAS DE CESAREAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICA DEL HOSPITAL OBRERO No. 2

1. INTRODUCCION

La operación cesárea representa un dilema en la práctica cotidiana del medico ginecoobstetra; ya que esta intervención quirúrgica, es realizada con mayor frecuencia en el servicio, como indicación para resolver problemas obstétricos, a fin de disminuir la morbilidad materno fetal.

En los diferentes hospitales de especialidad, el universo de pacientes que son atendidas en el último periodo de embarazo, son sujetas a la presencia de indicadores y la evolución particular de cada caso, situación que determinara, si el parto será eutócico o estará sujeto a una intervención quirúrgica.

En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció como parámetro del 15 % la cifra más alta aceptable de cesáreas, con tasas de mortalidad perinatal más bajas del mundo. De acuerdo a diferentes estudios realizados en América Latina, se encontró que en menos de la mitad de centros de especialidad el índice de cesáreas es menor del 15%, siendo el porcentaje mayor a 16 % en otros. Por ejemplo el 23 % en Argentina, Cuba y Uruguay, a 35 % y 36 % en México, Brasil y Chile 40 %. De acuerdo a una investigación realizada por un periódico de circulación nacional, realizada el año 2006 en la ciudad de Cochabamba se observo que los embarazos terminan con operación cesárea en un 70 % en clínicas privadas, 50 % en Cajas Nacionales de Seguridad Social, y el 40 % con el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

Los Médicos especialistas en salud pública, opinan que estos elevados porcentajes de cesáreas son una aberración, causada por factores financieros, educativos y políticos, que crean incentivos para la realización de operaciones innecesarias.

El presente trabajo propone determinar la incidencia y los indicadores más frecuentes para el procedimiento de operación cesárea, así como su posible influencia sobre la disminución de la mortalidad perinatal y complicaciones derivadas de las mismas.

1.1 Historia

En el año 1280 A. C. la iglesia en el concilio de colonia decreto la cesárea posmortem para que el alma del niño fuera salvado. El origen del termino cesárea no es claro se planteo que se origina en el nacimiento de Julio Cesar quien habría nacido mediante este procedimiento lo cual es poco probable ya que la madre de Julio Cesar vivió muchos años después de este parto y hasta fines del siglo XVII, la cesárea era mortal para la madre. Otros historiadores mencionan el origen de este nombre en una ley romana que ordenaba la extracción del feto en madres que fallecían en las ultimas semanas del embarazo: cesárea sin embargo en la explicación del origen del nombre proviene del verbo latino Caedere: cortar.

La operación cesárea como procedimiento médico, no es mencionado en los escritos de Hipócrates, Galeno, Celso, Paulo o Sorano. Esta operación fue realizada in vivo solo en casos excepcionales y desesperados desde la segunda mitad del siglo XVI, y era por lo general mortal. Su altísima tasa de mortalidad continuo hasta principios del siglo XX.

La primera publicación médica sobre la operación cesárea fue la efectuada por Francois Mauriceau en 1668. En 1882, Max Sanger introdujo un gran avance técnico: la sutura de la histerotomía. En 1908 Wilhelm Latzko propuso la cesárea intraperitoneal como solución preventiva de la peritonitis posoperatoria. En 1912 Kronig describió la incisión longitudinal del segmento inferior del útero y la sutura del peritoneo sobre este. En 1926 Kerr recomendó una importante modificación la histerotomía segmentaria transversal, que dio origen a la técnica de la operación actual. En 75 años se habrían logrado las soluciones técnicas para responder a las dos grandes amenazas de la operación cesárea, la hemorragia y la infección.

1.2. Antecedentes y justificativo del estudio

Durante los últimos 30 años la incidencia de este procedimiento, ha aumentado a un ritmo constante, en parte por la difusión de técnicas de monitoreo del feto que permiten predecir ciertos riesgos perinatales. En algunos países el temor a demandas legales por negligencia médica también ha incentivado la realización de esta operación.

Aunque es indiscutible que las cesáreas bien indicadas protegen las vidas de la madre y el niño en situaciones de emergencia, no pueden soslayarse los riesgos del procedimiento para la madre y el recién nacido.

El justificativo de este trabajo, es determinar la incidencia de esta practica operatoria en el Servicio de Ginecoobstetricia (GOB) del hospital Obrero N° 2 de la C.N.S. en un periodo de tres años así como las indicaciones e indicadores para resolver problemas obstétricos que aminoren los riesgos para la madre y el producto.

2. HIPOTESIS

La incidencia de cesáreas presenta indicaciones maternas, fetales y ovulares en base a los diagnósticos clínicos realizados.

Variables:

Independientes:

Pacientes con operación cesárea realizadas en el Departamento de Ginecoobstetricia de la C.N.S.

Dependientes:

- 1.- Indicaciones más frecuente de cesárea.
- 2.- Grupo etareo.
- 3.- Edad gestacional.
- 4.- Antecedentes ginecoobstetricos.
- 5.- Complicaciones frecuentes.
- 6.- Condición del R.N.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la incidencia, las principales indicaciones de la operación cesárea y el resultado perinatal en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital Obrero N° 2.

Objetivo especifico

- A.- Conocer la frecuencia de edades de las pacientes sometidas a cesárea.
- B.- Determinar la edad gestacional en la que termino el embarazo.
- C.- Identificar las complicaciones asociados a la operación cesárea.
- E.- Conocer antecedentes ginecoobstetricos. (G.P.A.C.)
- F.- Conocer los diagnósticos mas frecuentes de las operaciones cesáreas.
- H.- Conocer morbilidad del R.N.

4. MARCO TEORICO

La cesárea es un tipo de parto que se lleva a cabo en la segunda mitad de gestación, mediante la practica una incisión quirúrgico operatorio en el abdomen (laparotomía) a dos centímetros del borde superior del pubis (Pfannestiel) o mediana infraumbilical para extraer uno o más fetos de la concepción y sus anexos.

La cesárea esta indicada cuando un parto vaginal esta contraindicado y puede conducir a complicaciones médicas al binomio madre niño bajo anestesia epidural y raquídea. Debido a una variedad de factores médicos y sociales, las cesáreas alcanzan alrededor de 26 % en el año 2001 de todos los partos en los Estados Unidos.

4.1 Clasificación de cesárea

Hay 3 tipos de cesáreas:

1. Segmentarea (de menor morbilidad) con mejor pronostico obstétrico en gestaciones subsecuentes.
2. Corporal o clásica
3. Una combinación de ambas.

4.2 Indicadores para determinar la cesárea

La decisión para llevar a cabo una cesárea puede depende de múltiples factores y antecedentes médicos de la mujer. Algunas de las causas para esta operación son:

Indicadores fetales

1. Colocaciones viciosas:
Situación transversa
Presentación pelviana
Presentación frente
Presentación cara
2. Macrosomía fetal
3. Vitalidad fetal comprometida: Sufrimiento fetal agudo
Retardo de crecimiento intrauterino.
Enfermedad hemolítica fetal grave.
Muerte habitual del feto.

Indicadores maternas

1. Patologías locales:
Distocia ósea
Distocias dinámicas y adinámicas
Distocia de partes blandas
Tumores previos
Rotura uterina
Cesárea anterior
Plástias vaginales previas
Herpes genitales.
2. Patologías sistémicas:
Preeclampsia
Hipertensión crónica grave
Nefropatía crónica
Tuberculosis pulmonar grave
Diabetes
3. Fracaso de la inducción.

Indicadores Maternofetales

- Desproporción fetopelvica.
- Parto detenido.

Indicadores Ovulares

- Placenta previa
- Desprendimiento normoplacentario
- Procidencia del cordón.

Toda operación cesárea deberá estar sujeta a una valoración obstétrica previa.

4.3 Riesgos DE EXCLUSIÓN:

Una cesárea es una cirugía mayor y como toda cirugía de este tipo conlleva riesgos. El dolor en la incisión puede ser intenso, y la recuperación completa de la movilidad puede tomar semanas. Algunos riesgos son más altos después de una cesárea que después de un parto vaginal, como ser:

- Riesgos anestésicos:
- Reacciones a la medicación.
- Problemas respiratorios.
- Sangrados transoperatorios y posoperatorios.
- Hemorragias.
- Anemias secundarias.
- Infecciones.
- Los riesgos adicionales incluyen.
- Infección urinarias, endometritis.
- Lesión del tracto urinario.
- Morbilidad del recién nacido.

Hoy las operaciones cesáreas se han vuelto procedimientos muy seguros, con una morbilidad y mortalidad son extremadamente bajas.

4.4 Frecuencia de cesáreas

Las estadísticas de los noventa sugirieron que menos de una mujer por cada 2.500 cesáreas morirá, comparado con una en 10.000 para el parto vaginal. La mortalidad sigue en descenso, y según el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido declaró que el riesgo de muerte es tres veces el de un parto vaginal. Sin embargo, no es posible comparar directamente las tasas de mortalidad de los partos vaginales y por cesárea, con las mujeres que tuvieron la cirugía previa las cuales tenían mayor riesgo.

La Organización Mundial de la Salud estima que la tasa de cesáreas entre todos los nacimientos en los países desarrollados está entre el 10% y el 15%, comparado con cerca de 20% en el Reino Unido y 23% en Estados Unidos. En 2003, la tasa de cesáreas en Canadá fue de 21%, con variaciones regionales.

En años recientes se han generado preocupación porque la operación se realice frecuentemente por otras razones diferentes a la necesidad médica. Por ejemplo, a los críticos les preocupa que las cesáreas se realicen porque económicamente dan más utilidad para el hospital, o porque una cesárea rápida es más conveniente para un obstetra que un largo parto vaginal. Se han formado organizaciones para aumentar la conciencia pública sobre las cesáreas y su incidencia que crece considerablemente. Los partos atendidos por parteras y fuera del hospital se asocian a una tasa mucho menor de cesáreas, controlada por todos los indicadores maternos y fetales relevantes.

5. METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

POBLACION

El presente trabajo investigo durante un periodo de tres años, registrando el número total nacimientos por vía vaginal y nacimientos por cesárea con una población de pacientes de 775, 803 y 832 para los años 2005, 2006 y 2007 respectivamente, totalizando 2410 casos.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes embarazadas que tuvieron la resolución de su embarazo con operación cesárea durante el periodo señalado.
- Pacientes con reporte de complicación.