



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado
Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**Indicaciones y complicaciones de las cesáreas de
emergencia en el Hospital Nacional Daniel Alcides
Carrión del Callao durante el año 2006**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Gineco-Obstetra

AUTOR

Luis Alfredo PAREDES LOLI

ASESOR

Julio Raymundo AGUILAR FRANCO

Lima, Perú

2007



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Paredes L. Indicaciones y complicaciones de las cesáreas de emergencia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el año 2006 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2007.

“INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LAS CESÁREAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO DURANTE EL AÑO 2006”

Autor

Luís Alfredo Paredes Loli.

Asesor

Aguilar Franco Julio

RESUMEN:

Objetivo:

Determinar el perfil epidemiológico, indicaciones y complicaciones de las obstetricias de las cesáreas de emergencia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el año 2006.

Método:

Estudio descriptivo retrospectivo, analítico, transversal

Resultados:

Durante el año 2006 se atendieron un total de 6226 partos (100%) siendo 2149 (34,51%) cesáreas. La incidencia de cesáreas fue 34,51%, mientras las cesáreas de emergencia fueron 321, teniendo una incidencia de 5,15%. La edad promedio de las pacientes sometidas a Cesáreas por Emergencia fue 29,31 años, con un rango de 14 a 41 años. Las multíparas fueron el 35%, las primíparas 27,41% y 37,59% las nulíparas, siendo el promedio de paridad por gestante de 3. Las principales causas de cesárea por emergencias fueron el sufrimiento fetal agudo, seguida en importancia por la desproporción cefalopélvica y el DPP. Las complicaciones son escasas, siendo las infecciones el 6% de la población.

Conclusión:

Las cesáreas de emergencia fueron 321, teniendo una incidencia de 5,15%. Siendo la principal indicación el sufrimiento fetal agudo y la principal complicación las infecciones.

Clave del proyecto:

Cesáreas, emergencia, Carrión.

INDICE

Introducción	-----	1
Antecedentes	-----	3
Marco Teórico.	-----	10
Objetivos.	-----	21
Materiales y Métodos.	-----	22
Resultados	-----	25
Discusión.	-----	32
Conclusiones	-----	34
Referencias Bibliográficas	-----	35

I. Introducción.

La cesárea es el parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero¹. La operación cesárea incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño, se ha ido incrementando en las últimas décadas particularmente a expensas de la cesárea iterativa ². Su frecuencia se ha incrementado a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. A medida que los hospitales tienen más años de funcionamiento, la cesárea iterativa es más frecuente ^{1,2,3}

A mediados de los años ochenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como estándar para los nacimientos por cesárea la cifra de 15%.⁴ A pesar de esta recomendación, los nacimientos quirúrgicos se han incrementado de manera notable en los últimos años en casi todos los países de ingresos altos y medios. En España su número se duplicó en los últimos 15 años y hoy alcanza 23% de los partos.⁵ En el Reino Unido los nacimientos por esta vía se incrementaron de sólo 4% en 1970 a más de 20% en el momento actual.⁶ En Estados Unidos de América los nacimientos quirúrgicos pasaron de 5% en 1988 a 23% en el año 2000.⁷ Japón, que hace un uso muy extensivo de las parteras tradicionales, es una de las pocas naciones desarrolladas –junto con Holanda y los países escandinavos que parece haber evitado esta epidemia, su porcentaje de nacimientos por cesárea es menor de 10%. Las cifras de los países de ingresos medios de América Latina son todavía más alarmantes. En Brasil más de 30% de los nacimientos son cesáreas.⁸ En Chile este porcentaje asciende a 40%.⁹

Actualmente, se conoce que en Lima las tasas de cesárea alcanzan, en algunos centros, cifras como 32,3% y 37,6%¹⁰. Motivados por estas estadísticas tomamos como objetivo conocer las principales indicaciones de las cesáreas en al emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao durante el año 2006.

II. Antecedentes del problema

Ciro Suárez, et al¹¹

En su trabajo titulado “Complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria”. Seleccionaron en ese período 480 puérperas (los 30 primeros partos y las 10 primeras cesáreas de cada mes). El grupo estudio se conformó por las puérperas que presentaron complicaciones de cualquier índole y el grupo control por las que egresaron sanas. Se analizaron las variables: número y tipo de complicación puerperal, edad materna, edad gestacional, paridad anterior, enfermedades prenatales asociadas y dependientes del embarazo, uso de instrumentación y uso de episiotomía en el parto, rotura de membranas ovulares de más de 24 horas, líquido amniótico meconial, la causa-técnica y la urgencia de la cesárea, el momento de aparición de las complicaciones y la estadía posnacimiento. Se concluye que las complicaciones puerperales más frecuentes fueron las hemorrágicas (51,93 %) y las sépticas (30,94 %); los factores de riesgo más importantes de las hemorrágicas fueron: el líquido amniótico meconial, la episiotomía, la nuliparidad, la instrumentación y la cesárea de urgencia y los más importantes de las sépticas fueron: la cesárea de urgencia, la episiotomía, la instrumentación, el líquido amniótico meconial y las membranas rotas con más de 24 horas. Las complicaciones hemorrágicas se observaron frecuentemente en las primeras 24 horas y las sépticas entre los 2 y 4 días posteriores al nacimiento del niño.

Caraballo Lopez, et al. ¹²

En su trabajo titulado “Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos”

Realizó un estudio retrospectivo con todas las pacientes sometidas a operación cesárea durante los años 1997 y 1998 en el Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro". Se procesó información sobre algunas variables recogidas en la base de datos del Sistema Automatizado para el registro de la operación cesárea como son diagnóstico de cesárea, frecuencia de complicaciones infecciosas, presencia de complicaciones según clasificación, uso correcto o incorrecto de antibióticos según clasificación de la intervención y ocurrencia de complicaciones infecciosas por el uso correcto o incorrecto de antibióticos. La principal indicación fue la cesárea anterior (34,1 %) seguida de la desproporción cefalopélvica (13,5 %). Presentó alguna complicación infecciosa, 17,1 % y la endometritis resultó la más frecuente (7,9 %). Las que más complicaciones infecciosas presentaron fueron las limpias (16,7 %) y las sucias (22,3 %), en ambos grupos fueron de pacientes donde mejor se emplearon los antibióticos (96,5 y 96,6 % respectivamente). Las pacientes con uso incorrecto de antibióticos tuvieron más complicaciones infecciosas (37,8 %), se encontró asociación estadística entre ambas variables $p = 7,569 \times 10^{-11}$

Echáiz José Fernando. ¹⁰

En su trabajo titulado “Cesárea. Experiencia En El Hospital General De Oxapampa” Determinaron especificar las principales indicaciones y complicaciones de los partos por cesárea Revisaron las historias clínicas e historias perinatales de 109 pacientes sometidas a parto por cesárea en el Hospital

General De Oxapampa, entre enero de 2001 y diciembre del 2002. La tasa de cesáreas para el periodo de estudio fue de 25,7%. La mayoría de las pacientes tenían entre 20 y 35 años (56,9%), educación primaria (35,8%), estado civil conviviente (54,1%) gestación a termino (77,6%). Las principales indicaciones para cesárea fueron: desproporción cefalopélvica (21,1%), sufrimiento fetal (20,2%), cesárea previa (11,9%) y presentación podálica (9,2%). Siete pacientes (6,3%) presentaron morbilidad puerperal, siendo la endometritis la infección de herida operatoria las principales causas (28,6%). No hubo muertes maternas. La tasa de mortalidad perinatal fue 8,7 por 1000 nacidos vivos.

Bustamante Angel Daniel y col. ¹³

En su trabajo titulado "Incidencia de cesárea y sus principales indicaciones en el hospital "Perrando Castelán" Determinaron la incidencia de cesárea en el Servicio de Tocoginecología del Hospital Perrando- Castelán en el año 2002 y reconocieron las principales indicaciones de cesáreas y compararlas con los datos obtenidos en los periodos 1999-2000 y 2000-2001. El número total de partos del año 2002 fue de 6340, de éstos, 984 correspondieron a partos cesárea. Esto da como resultado una incidencia del 15,52% de partos cesárea en el año 2002. En el año 1999 se registraron 5577 partos, de los cuales 675 correspondieron a cesáreas (12,10%), en el año 2000 se registraron 5125, de los cuales 714 correspondieron a cesáreas (13,93%) y en el año 2001 se registraron 5457 partos, de los cuales 738 correspondieron a partos cesárea (13,52%). Las principales indicaciones de parto por cesárea fueron las siguientes: por Sufrimiento Fetal Agudo: 292 casos (29,67%), por Presentación en Podálica: 220 (22,35%), por Cesárea Iterativa: 208 (21,13%), por Falta de Progresión y Descenso: 42 (4,24%), por Presentación

Transversa: 34 (3,45%), por Cérnix desfavorable: 28 (2,84%), por Desproporción Feto Materna: 16 (1,62%), por Presentación de Cara: 14 (1,42%), por Placenta Previa Oclusiva Total (PPOT): 10 (1,01%).

Garrido-Latorre F. y col ¹⁴

En su trabajo titulado “Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados“. Describieron el comportamiento de las cesáreas en México en los últimos 10 años y medir su relación con distintas variables. El porcentaje de nacimientos por cesárea en el ámbito nacional se incrementó en los últimos 10 años a un ritmo ligeramente superior a 1% anual. El ritmo de crecimiento fue considerablemente mayor en la seguridad social y el sector privado. El porcentaje de cesáreas a escala nacional en 1999 fue ligeramente superior a 35%. Los valores más altos correspondieron al sector privado con 53%. Las instituciones de seguridad social presentaron un porcentaje de cesáreas de 38.2%. Las variables con valores de asociación más intensa con el porcentaje de cesáreas fueron el porcentaje de médicos que son especialistas en el estado y el producto interno bruto per cápita.

Gonzalo Romero Alberto y col. ¹⁵

En su trabajo titulado “Incidencia y principales indicaciones de cesáreas” Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en el Servicio de Tocoginecologico del Hospital “J. R. Vidal”, de Corrientes (Capital), para conocer la incidencia y las indicaciones de cesáreas, y teniendo en cuenta la nueva normativa vigente de permitir a las pacientes con antecedentes de cesárea previa una prueba de trabajo de parto, ver la implicancia de esta nueva conducta. Para ello se consulto “Libros de Registros Diarios de Partos”, creandose una base de datos para permitimos

agrupar los diferentes datos y realizar un análisis de partos, de la frecuencia cualitativa y cuantitativa de las indicaciones de cesáreas insertando como punto de corte el cambio en la normativa vigente. Se registró el año 2002 una incidencia del 26,23%, y en el año 2003, del 25,55%, se tomó como punto de estudio desde el 1 de Junio del 2002 al 31 de Mayo del 2003 teniendo en cuenta, poner en un punto medio la nueva normativa vigente. Registrándose 4530 gestaciones de las cuales 1102 culminaron en parto cesáreas, con una incidencia de 24,32%, las cuales fueron discriminadas por orden de frecuencias de sus indicaciones; cesáreas alterativa: 249 (22,5%); Sufrimiento Fetal Agudo: 148 (13,5%); cesáreas Anterior: 120 (11%); Presentación podálica 111 (10%) y Gestación múltiple: 82 (7,5%). A pesar de disminuir casi completamente la indicación de cesáreas Anterior, la cifra de incidencia disminuye escasamente (0,68%), y esto es debido a la alta incidencia de cesáreas Iterativa que enfrenta el servicio. Destacando el poco aumento de la indicación Sufrimiento Fetal Agudo, causa principal que hace fallar la prueba de trabajo de parto y culminar en parto cesáreas.

Fernando García, Abelardo Donayre y col ¹⁶

En su trabajo titulado “Cesárea-Histerectomía En El Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima, Perú”. Determino la incidencia y resultados de la cesárea-histerectomía en un servicio de obstetricia. En su estudio retrospectivo. Hubo 30 851 partos en ese periodo; 8746 por cesárea, dando una incidencia de 28,3%. Las cesáreas -histerectomías representaron el 0,3% del total de cesáreas realizadas o una incidencia de 0,94 por 1000 partos. La edad promedio fue 34,6 años, 51,7% fueron añosas, grandes multíparas 20,7%, nulíparas 20,7% y paridad promedio 3,6. Hubo predominio de gestaciones pretérmino, cesareadas anteriores en 34,5%.

Las indicaciones para cesárea fueron: desprendimiento prematuro de placenta (DPP), placenta previa sangrante (PP), preeclampsia severa, sufrimiento fetal agudo, deflexión, cesareada dos a tres veces, embarazo prolongado, miomatosis y carcinoma in situ de córvix Las indicaciones para histerectomía fueron: acretismo placentario¹, atonía uterina, miomatosis, útero de Couvelaire, corioamnionitis, ruptura uterina y carcinoma in situ. El tiempo operatorio promedio fue 2 horas 28 minutos. Transfusión sanguínea promedio 3,6 paquetes globulares. Fueron complicaciones intraoperatorias: hematoma vesical, laceración vesical, laceración de epiplón, histerorrafia difícil por mioeatosis, hematoma de infundíbulo pélvico y coagulopatía. postoperatorias: anemia, infecciones, fístula vesicocutánea y tromboembolismo pulmonar Las cesáreas de emergencia versus las electivas se diferenciaron en un mayor tiempo operatorio, pérdidas sanguíneas y porcentaje de pacientes transfundidos ($p < 0,05$). Tiempo de hospitalización promedio 10 días (4-62 d). Mortalidad materna 0%. Recién nacidos: 9 óbitos y 20 recién nacidos vivos. Seguimiento y evolución de las pacientes fue favorable.

III. Marco Teórico.

CESAREA

Definición: ^{1,2,17}

A la cesárea se le han dado diferentes definiciones en el tiempo, como la del francés Jean Louis Baudelocque (1746 -1810) gran médico obstetra que decía: “Que en la operación llamada cesárea cualquier vía es abierta para la salida del niño que la destinada para ello por la naturaleza”. Aunque para este propósito nosotros a veces cortamos a través de cubiertas apropiadas del abdomen, estamos generalmente obligados a abrir también el útero y es particularmente en este último caso que la operación ha recibido el nombre de cesárea pues en el primero pudiera expresarse simplemente con el término de laparotomía.

Un siglo después los autores se expresaron para reconocer que sólo se podría llamar cesárea cuando se efectuara una incisión a través de la pared del útero sin quedar incluidos la ruptura uterina o el embarazo abdominal.

Hoy en día se puede definir a la operación cesárea a la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción vivo o muerto a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas.

Indicaciones: ^{18,19}

Las indicaciones de la operación cesárea también son un punto de controversia ya que han surgido múltiples indicaciones tanto para el feto como para la madre con el propósito de reducir la morbimortalidad perinatal. Al igual que con el índice, las indicaciones para los diversos centros hospitalarios de un país son distintos y de país a país también existen cambios significativos sin el afán de tratar de

igualar o buscar similitudes, los estudiosos del problema en Estados Unidos se han referido a cuatro grandes indicaciones. Distocia que para los obstetras puede tener un significado distinto, es la primera causa de operación; en ésta dos son las recomendaciones efectuadas para una disminución de la tasa: no efectuar cesárea en fase latente del trabajo de parto y en el caso de uso de ocitocina por prueba de trabajo de parto no interrumpirla si no existe problema fetal. La determinación para decidir cuando existe distocia en los diversos estudios de detención de la fase activa del trabajo de parto o falta de descenso durante el mismo conllevó la decisión rápida de operar sin efectuar una vigilancia obstétrica mayor, por lo que es aconsejable la supervisión en las instituciones en forma permanente de análisis de estos casos. La segunda causa es la cesárea de repetición. Se cree que si se evalúa a cada paciente en forma individual podría ser posible el dejar el trabajo de parto a un grupo de pacientes condenadas a una nueva cesárea; ya mencionamos en Europa un 50% de nacimientos en pacientes con cesárea anterior y sólo un 25% en los Estados Unidos. La tercera indicación es la presentación pélvica; en ésta la discusión está basada en la morbimortalidad fetal y su repercusión a largo plazo, aquí en los casos de prematuridad o malformaciones fetales pudiera ser un punto a discutir como problema de morbimortalidad y no la vía del nacimiento pero es caso universal esta indicación con pobre discusión ya que es poco probable un cambio. la cuarta indicación tiene un punto de apoyo importante que es la monitorización fetal y la toma de muestras de sangre en cuero cabelludo; lo que exige esta indicación es si se está diagnosticando el sufrimiento fetal adecuadamente o hay un abuso tecnológico, en base a la monitorización exclusivamente. La vigilancia electrónica pura puede desencadenar una tasa más

elevada de operaciones ya que no tiene el sustento de las pruebas sanguíneas que determinan con precisión el problema.

Es evidente que aquí el problema médico legal se incrementa pero de acuerdo a estudios sólo de 35 a 50% de las parálisis cerebrales se originan en el trabajo de parto. La falta de causa-efecto de los problemas neurológicos como son retraso mental, epilepsia u otros y el trabajo de parto todavía es oscuro para el clínico como para el neurólogo. Esto trae consigo una medicina defensiva contribuyendo a que el índice de nacimientos por cesárea se eleve. Como ya mencionamos, múltiples estudios de la literatura tienen análisis con un común denominador sobre todo los Anglosajones en que dividen las indicaciones en cuatro causas principales y una más engloban las restantes; si nosotros comparamos un estudio realizado en 21 años con nuestro Instituto donde tomamos 13 años podemos encontrar diferencias significativas. Con fines prácticos y estadísticos esta forma de análisis es adecuada pero cuando los interesados del tema quieren adentrarse en el problema, la división que sugerimos es en dos grandes categorías: Indicaciones absolutas y relativas; con ello lo que lograremos es hacer un análisis más adecuado y proponer cambios o normas para una nueva estrategia que lleve a menores porcentajes de morbimortalidad. Un ejemplo típico de hospital con un gran compromiso dentro de los aspectos médicos de tercer nivel punta de lanza en los aspectos normativos es el Instituto Nacional de Perinatología, que en su aspecto asistencial es trascendental teniendo un alto índice de operación cesárea, motivo por lo cual lo ponemos como un ejemplo para análisis de la misma. Este estudio fue publicado en la Revista de Ginecología y Obstetricia de México y abarcaba hasta 2002; lo hemos continuado y abarca del año de 1990 a 2002 donde

podemos apreciar primero un aumento progresivo en el índice de la operación cesárea de 31.9% en 1990 a 54% en 2002. En base a múltiples estudios médicos creemos que, dividir en absolutas y relativas va de acuerdo a la problemática, a la morbilidad y las opciones que pueda o no a un parto como factor de riesgo. En el transcurso del tiempo del estudio, hemos visto como las indicaciones absolutas disminuyen en comparación con las relativas que aumentan en forma progresiva. De las cesáreas de indicación absoluta analizaremos las primeras cinco; como encontramos existe una tendencia a disminuir en forma global, siendo la más aparente la cesárea de repetición o iterativa la que ha tenido un descenso importante de 17.2% en 1990 a 8.6% en 2001 y aumentando en forma no representativa a 11.2% en 2002; esto puede tener una explicación que la paridad es satisfecha con el segundo hijo y esto hace que la iterativa disminuya actualmente en nuestra población. La presentación pélvica tiene una tendencia muy discreta a disminuir en forma no significativa teniendo su máximo en el año de 1989 con 11.7% y actualmente 6.5%.

Quizas la indicación que ha sufrido un descenso más importante es sin duda el sufrimiento fetal ya que pasó de 9% a sólo 2.2%; esto se debe a que existe una mayor vigilancia obstétrica o el diagnóstico se efectúa con mayor antelación o simplemente estamos cambiándolo por el de baja reserva fetal como un diagnóstico alternativo que podemos comparar ya que no existen estudios de sangre de cuero cabelludo en el feto. Es evidente que el retardo del crecimiento intrauterino no tiene gran cambio y esto puede ser su etiología manteniendo una estadística muy similar en el tiempo con una oscilación de 0.6% al 3.3%. Una indicación que en otros sitios podría ser relativa y en nuestro caso es absoluta, aún

en pacientes con evidente trabajo de parto es el pretérmino; nuestras estadísticas de morbilidad neonatal nos ha llevado a esta determinación pero es obvio que no tiene tampoco un aumento o un porcentaje elevado del índice no contribuyendo a que éste sea significativo siendo su mínimo en 1992 con 0.3% y el máximo 4.4% en 2002. Dentro de las indicaciones relativas las que tienen mayor incidencia son desproporción céfalo pélvica, distocia dinámica, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, ruptura prematura de membranas, baja reserva fetal y electiva.

El análisis difiere de otros de la literatura donde se evidencia que la desproporción céfalo pélvica sigue siendo una indicación importante y de aumento progresivo; nosotros consideramos que todas las pacientes con diagnóstico presuncional debían de ser sometidas a prueba de trabajo de parto, con ello logramos abatir esta indicación logrando una disminución significativa de 26.7 a 10.3 actual, pero es obvio que la posibilidad de traslados a estas pacientes a un diagnóstico alternativo de distocia dinámica puede estar ocurriendo ya que existe un aumento importante de 2.2% a 7% en el último año. Una de las causas que han tenido un incremento progresivo es sin lugar a duda, posiblemente por ser un Hospital de tercer nivel y de referencia es la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo teniendo su menor índice en 1990 con 6.7 a 15.2 en 2002. La ruptura prematura de membranas que es una causa importante para la morbilidad perinatal por los riesgos que implica se mantiene en límites similares durante todos los años, siendo su máximo en 1990 con un 12.9% y su menor índice en 1989 con 4.12%. La baja reserva fetal ha tenido un incremento de porcentaje muy importante y tenemos el convencimiento que el diagnóstico se está usando con mayor

frecuencia que la realidad como un diagnóstico alternativo del sufrimiento fetal. La baja reserva fetal ha tenido un incremento muy importante que está relacionado con la vigilancia obstétrica monitorizada teniendo un índice de 0.2% en 1990 hasta alcanzar un máximo de 8.7% en 2002; con la exigencia de algunos aspectos de revisión de los casos quirúrgicos se logró una disminución a 7% pero será el punto justo de esta indicación o deberá hacerse un mejor análisis.

Complicaciones: ¹⁹

Uno de los grandes problemas en las décadas pasadas era la morbimortalidad de la cesárea, aunque es difícil tener cifras de estas complicaciones cuando menos 75% de las mujeres a finales del siglo XIX debieron tener alguna complicación. Con el advenimiento de las técnicas de asepsia, antisepsia, anestesia y recursos tecnológicos la tasa de complicaciones se redujo en forma drástica y progresiva, encontrando que en 1921 Williams informa 5.5% de mortalidad en el Hospital Johns Hopkins para el periodo de 1899 a 1920; informes posteriores en las décadas de los 30 y 40 entre 800 a 2500 por 10 000 intervenciones, con un descenso importante en la década de los 50 a 500 por 100 000 operaciones. Múltiples artículos evaluando los resultados han sido publicados, pero con la disminución progresiva estos también fueron disminuyendo y en la actualidad existe un porcentaje mínimo de publicación y refiere en algunos tasas de mortalidad de 0% y en algunas otras tasas de 3.8% a 5.7% siendo las más elevadas. Hoy en día la mayoría de las muertes maternas no pueden ser atribuibles directamente a la cesárea. Se puede asegurar que ha salvado muchas vidas y seguirá siendo una intervención benéfica con baja mortalidad y con morbilidad no despreciable La morbilidad puede ser transoperatoria y postoperatoria; siendo una

cirugía mayor tiene relación con lesiones que no se producen durante el nacimiento por la vía vaginal; esta lista incluye lesiones a vejiga, intestino, uretero, vasos sanguíneos, laceraciones del cérvix y vagina y ligamentos anchos. En las postoperatorias la hemorragia, embolia pulmonar, íleo paralítico, infección de vías urinarias, deciduomimetritis y absceso de pared. Es evidente que algunas complicaciones son más comunes y otras son ocasionales tanto de una institución a otra. También existen datos diferentes así como en el tiempo de análisis (Cuadro 4). De las complicaciones durante la cirugía más importantes son la hemorragia, la cual es difícil evaluar por la mezcla de líquidos biológicos y sangre considerando como una pérdida habitual la menor a 700 ml. La pérdida sanguínea en su mayoría es debida a vascularización de segmento en cirugías efectuadas en forma programada, placentas de inserción baja o lesión a los vasos por desgarro de la comisura, los cuales deberán ser saturados con cuidado ya que los puntos profundos pueden lesionar el uretero o al colon del lado izquierdo; asimismo deberá cuidarse la formación de hematomas los cuales deben ser drenados antes de realizar la peritonización ya que si estos continúan aumentando de tamaño pueden ameritar una nueva cirugía siendo éstas habitualmente complicadas para la paciente y difíciles para el cirujano. Para evitar la lesión de vejiga, lo primero que deberá efectuarse es el vaciamiento y drenaje durante la cirugía, la disección y descenso de la misma con los cuidados quirúrgicos ya conocidos deberá llevarse a cabo sobre todo en caso de cesárea repetida y en su defecto cuando esto no es posible está indicado el efectuar una cesárea clásica. La lesión de vejiga al reconocerla deberá ser suturada en dos planos y dejar una sonda Foley durante 10

días, evitando el riesgo de una fístula vesicouterina; esta lesión ocurre en 0.19% en la primera cesárea y 0.6% en la repetición.

De las complicaciones postoperatorias con gran impacto a la paciente y familiares la primera que sucede es la de íleo paralítico muy común en mujeres con trabajo de parto prolongado, hemorragia durante la cirugía o dificultades técnicas de la misma; en estos casos es preferible pensar que puede ocurrir dejando a la paciente en ayuno, antes de que el cuadro se inicie con la ingesta de líquidos. El tratamiento habitual es a base de soluciones parenterales, sonda nasogástrica, ayuno y reposición de electrolitos. La complicación más importante por el riesgo futuro de fertilidad, estancia hospitalaria larga y asociación con otras es sin duda la infección que se ha visto modificada en el tiempo con el uso de antibióticos. Las tasas según diversos autores es de 3 a 7% pero con el uso de antibióticos disminuye notablemente a 1 ó 2% lo que deja ver la necesidad o no de la aplicación profiláctica de éstos sobre todo cefalosporinas de primera generación, refiriendo además que otras infecciones pueden ser evitadas o disminuidas por el antibiótico, como son las infecciones de vías urinarias. La infección de herida quirúrgica también es un problema frecuente y ocurre de 1.6 a 5.8% de acuerdo a diversos autores. Este hecho está relacionado a todas aquellas pacientes que tuvieron trabajo de parto prolongado o ruptura prematura de membranas y múltiples tactos que son situaciones predisponentes a la infección, recomendándose en ellas un cuidado esmerado al cierre de la pared, lavado del tejido graso y hemostasia exagerada así como el uso de antibióticos en forma indicada.

Si de acuerdo con la literatura el uso de los antibióticos profilácticos ha disminuido

en forma importante el riesgo de infección puerperal debemos tomar los siguientes puntos como norma:

1. El uso de antibióticos profilácticos debe ser en pacientes de riesgo como es trabajo de parto prolongado, ruptura de membranas, múltiples tactos y cesárea de urgencia.
2. El uso de antibiótico profiláctico será de tres dosis iniciando después del nacimiento del feto.
3. El antibiótico que ha demostrado su eficacia es la cefalosporina de primera generación.
4. En caso de datos de infección deberá ser evaluado cada caso aún con la aplicación de dosis profiláctica.
5. En el caso de ser un problema médico importante el uso de antibióticos y el tipo del mismo queda bajo cuidado del cirujano.

Las complicaciones como ya mencionamos son múltiples pero evidentemente el cirujano debe estar pendiente del riesgo de cada una de ellas y jamás minimizar la sintomatología o la posibilidad de una complicación ya que ésta ocurre sin respetar jerarquías o experiencia de los cirujanos.

IV. Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Determinar cuales son las indicaciones y complicaciones de las cesáreas de emergencia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el año 2006.

Objetivos específicos

- Determinar la incidencia de cesáreas en el HNDAC durante año 2006.
- Determinar el tiempo de estancia hospitalaria
- Conocer las características maternas

V. Materiales y Métodos:

Tipo de Estudio:

Estudio descriptivo, tipo analítico, retrospectivo, transversal.

Diseño de Investigación:

Descriptivo

Población Universo:

Se incluyeron en este estudio todas las pacientes que tuvieron una cesárea por emergencia dentro del periodo en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el año 2006

Unidad de estudio:

Es la paciente que tuvo una cesárea por emergencia dentro del año 2006 en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao.

Criterios de Inclusión:

Pacientes mayores de 14 años con cesárea de emergencia

Datos de filiación y quirúrgicos completos

Criterios de exclusión:

Pacientes menores de 14 años con cesárea de emergencia

Datos de filiación y quirúrgico incompleto

Variable:

Independiente:

- Indicaciones y complicaciones

Dependiente:

- Cesárea de emergencia.

Método de recolección de datos

Utilizando una hoja de recolección de datos, el cual es un cuestionario estructurado y elaborado en base a instrumentos validados para la identificación de casos, destinado a la obtención de respuestas sobre las indicaciones y complicaciones de las cesáreas de emergencia así como los resultados maternos y perinatales, fueron objetivas con alternativas múltiples.

Técnica y Método de Trabajo

Se utilizó una hoja de recolección de datos, el cual es un cuestionario estructurado y elaborado en base a instrumentos validados para la identificación de casos.

Tareas específicas para logro de resultados, recolección de datos u otros.

La hoja de recolección de datos fue llenado por el investigador, utilizando para ello las historias clínicas de los pacientes operados que figuren en los datos estadísticos del servicio de hospitalización de gineco-obstetricia del HNDAC.

Una vez recogidos y depurados los datos, la información fue llevada a una base de datos en SPSS versión 14 donde se realizó el análisis estadístico.

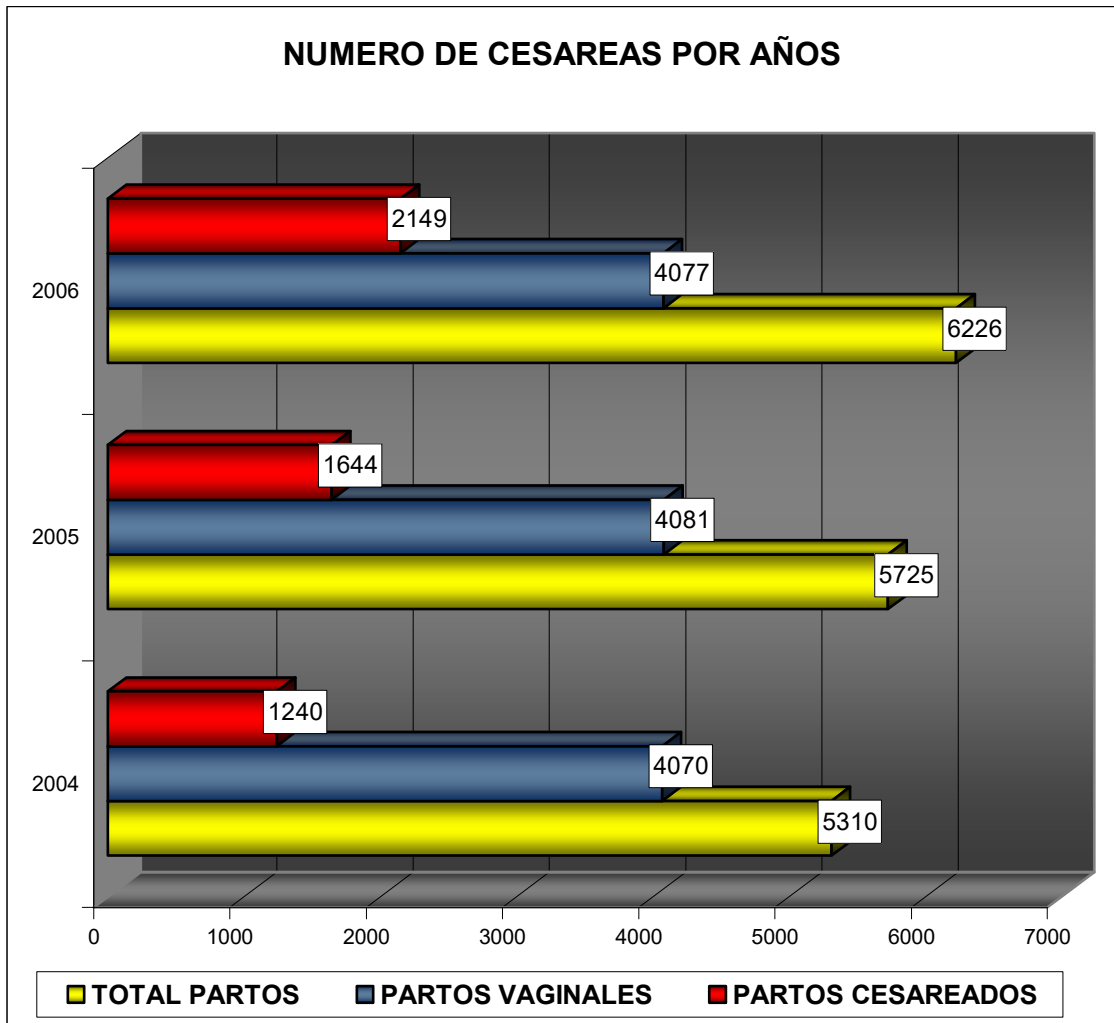
Análisis de datos

En la primera fase se realizó el análisis descriptivo: se usó la distribución de frecuencias, porcentajes, promedios, desviación estándar e incidencia para la determinación de la magnitud y características de las variables en estudio. En la segunda fase, cuando las 2 variables son cualitativas o están categorizadas, el test estadístico a aplicado es el de chi-cuadrado.

VI. Resultados.

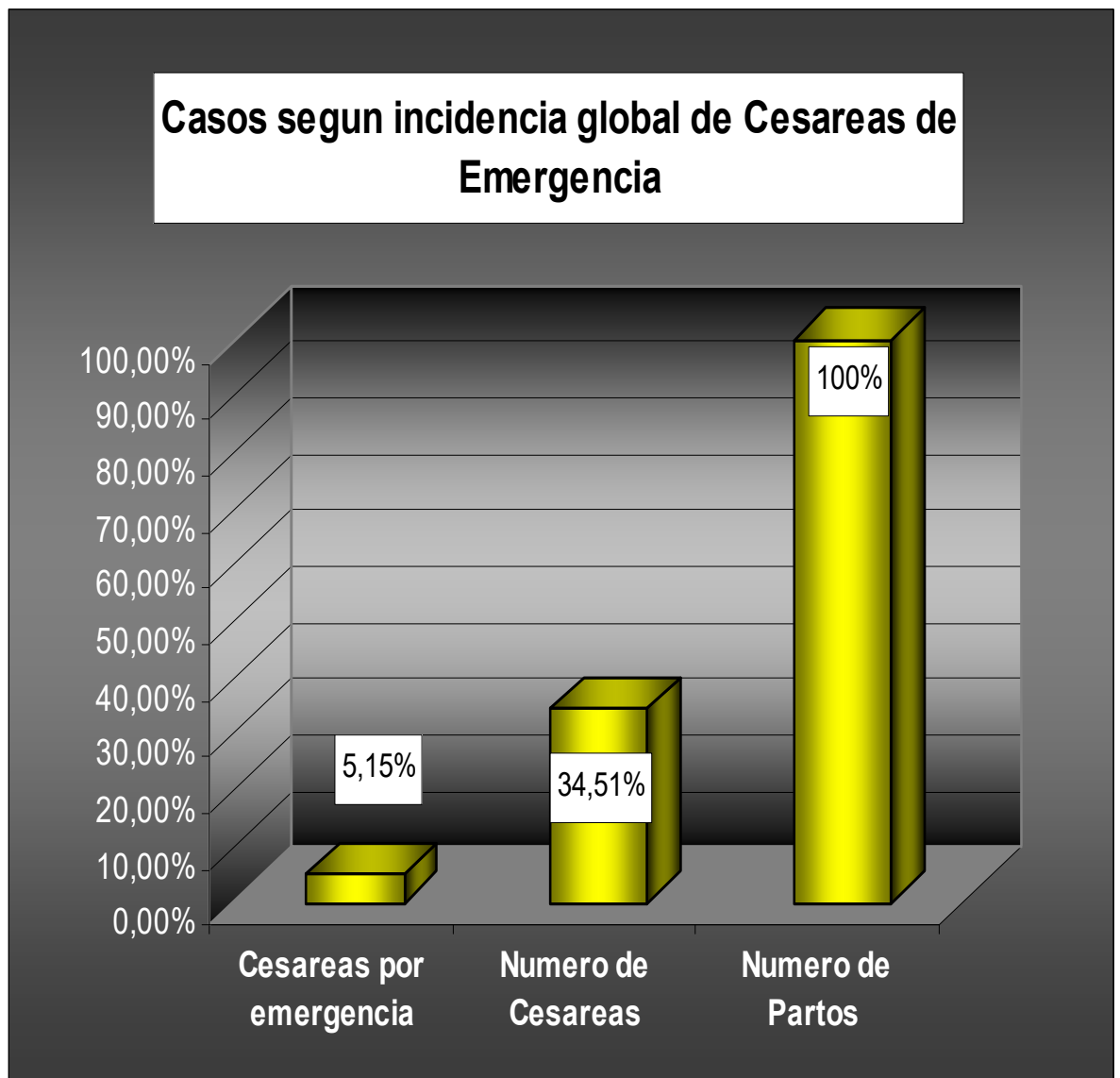
Durante el año 2006 se atendieron un total de 6226 partos siendo el 100% de la población, de la cuales 2149 (34,51%) fueron cesáreas, comparando con los años 2003 y 2004, encontramos que el numero de cesáreas se incrementa todos los años $p < 0.005$

Grafico 1



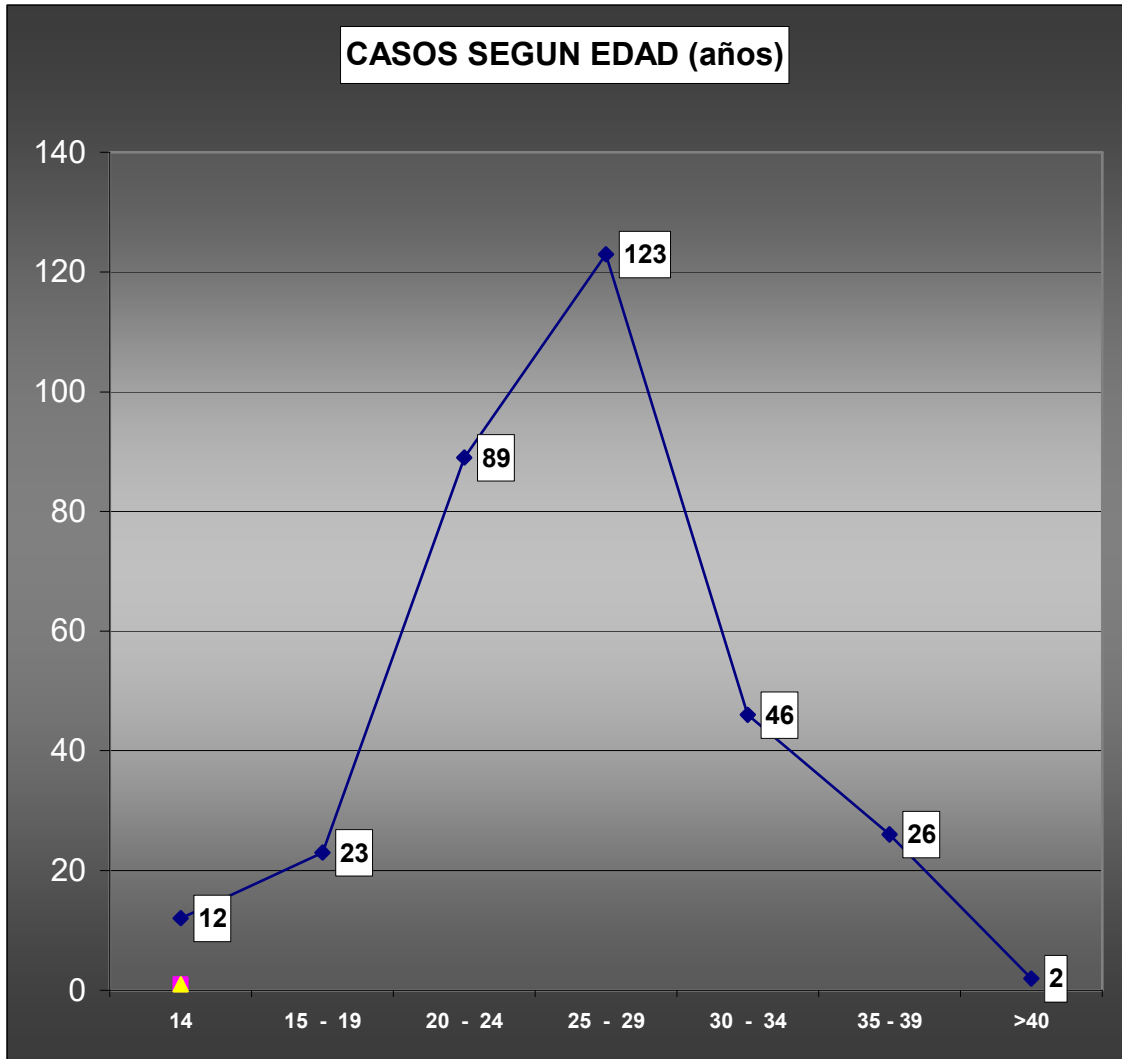
Durante el periodo de estudio de estudio hubo 6226 partos, 2149 por cesárea, dando una incidencia de 34,51%. Las cesáreas de emergencia fueron 321, teniendo una incidencia global de 5,15%.

Grafico 2



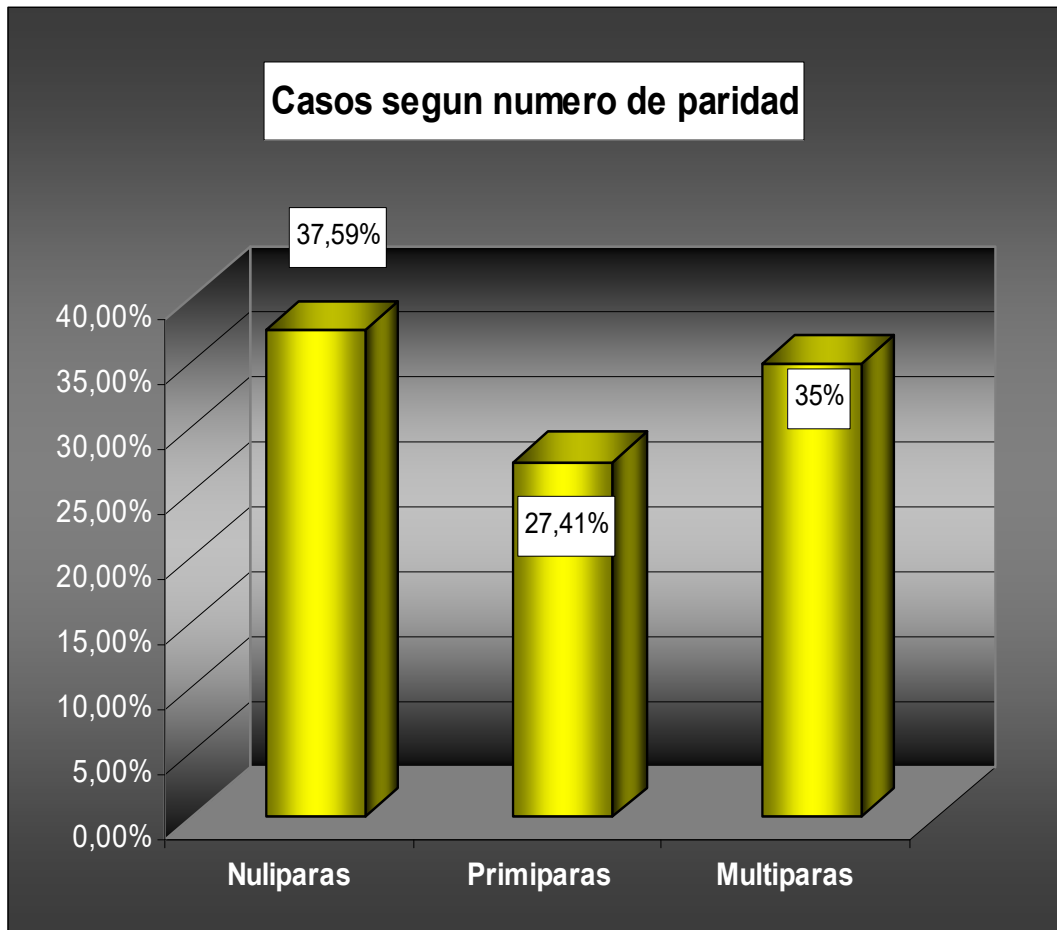
La edad promedio de las pacientes sometidas a Cesáreas por Emergencia fue 29,31 años, con un rango de 14 a 41 años. $P < 0.05$

Grafico 3



Las múltiparas fueron el 35%, las primíparas 27,41% y 37,59% las nulíparas, siendo el promedio de paridad por gestante de 3.

Grafico 4



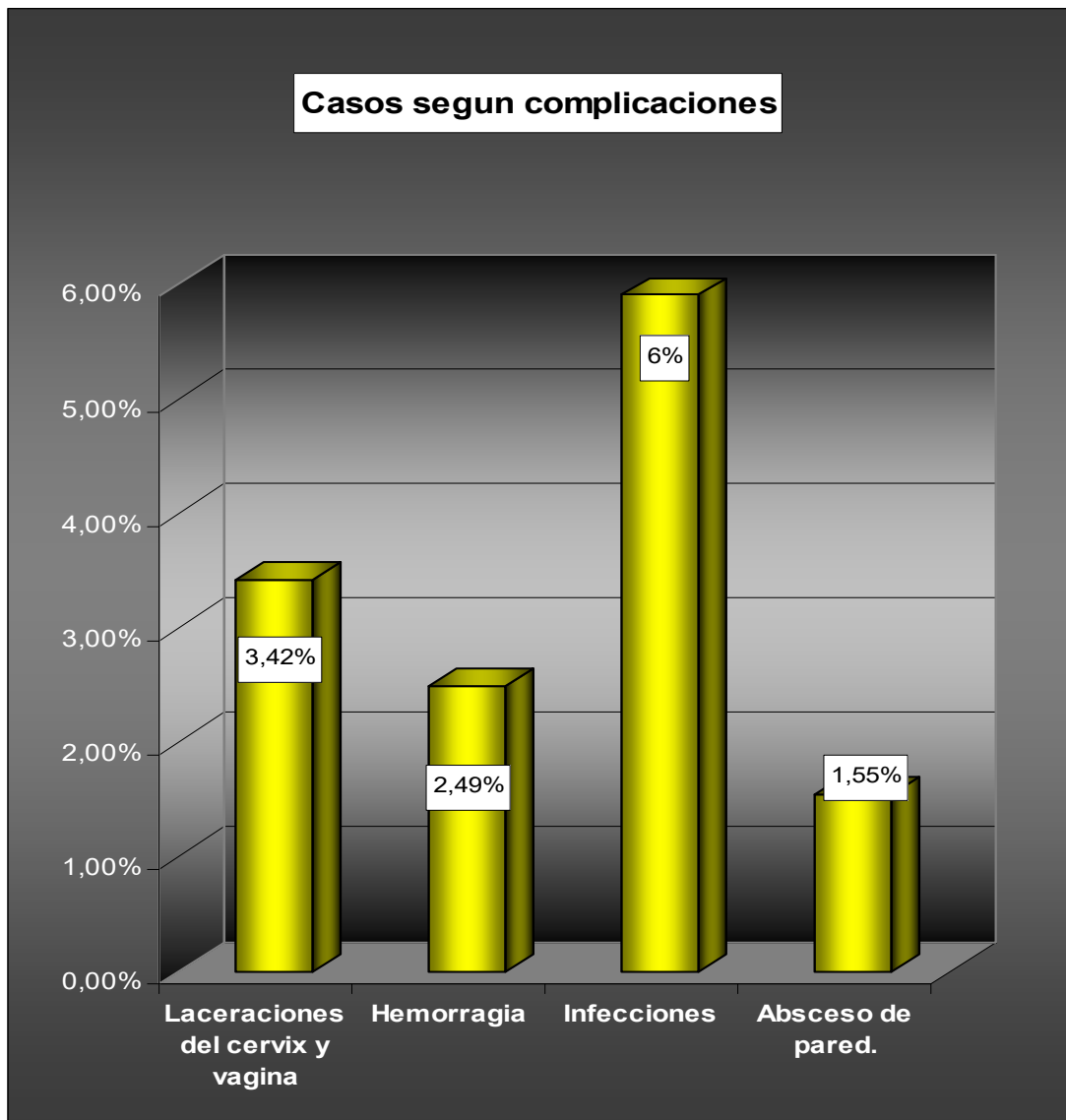
Tablas 1 nos indica el motivo de las 321 cesáreas de emergencia, estando como primera el sufrimiento fetal agudo, seguida en importancia por la desproporción cefalopélvica y el DPP $p < 0.05$

Tabla 1

Motivo	N	%
Sufrimiento fetal agudo	90	28,03
Incompatibilidad cefalopélvica	61	19,00
Desprendimiento prematuro de placenta	22	6,85
Toxemia severa	21	6,54
Trabajo de parto disfuncional	19	5,91
Rotura prematura de membranas	15	4,67
Insuficiencia placentaria	15	4,67
Primigesta añosa	8	2,49
Cesareada anterior	7	2,18
Presentación podálica	7	2,18
Embarazo prolongado	7	2,18
Placenta previa	7	2,18
Otros	42	13,08
Total	321	100,00

Dentro de las complicaciones tenemos que son escasas pero de las que mas destacan encontramos a las infecciones que representan el 6% de la población seguido de las laceraciones del cervix y vagina $p>0.05$

Grafico 5



VII. Discusión:

La emergencia de una institución de salud mide la actividad que un hospital realiza con respecto a la atención de pacientes. No se ha comunicado estudios similares en Hospital Daniel Alcides Carrión. A nuestro, hospital convergen pacientes mujeres con patología aguda, a *motu proprio* o generalmente referidas de un nivel inferior para una atención de mayor complejidad.

Las tasas de cesárea en el mundo occidental se han incrementado en los últimos años,²⁻⁴, a que se ha impuesto una tasa límite para los partos por cesárea (15% de todos los partos institucionales)^{7,8} y que se tiene un pobre conocimiento de las indicaciones, complicaciones y características de la paciente cesareada en varias regiones periféricas de nuestro país, hay la necesidad de identificar a estas pacientes y hacer una revisión crítica de sus características, para poder mejorar la salud reproductiva de la mujer.

El grupo estudiado fue de mujeres con una edad promedio de 29,31 años, similar a otros estudios^{8,9} pero difiere de los hallazgos de Díaz, quien halló una edad de 26,9 años¹⁰. Las nulíparas representaron el 37,59%, igual a otros estudios^{10,12}, y las grandes multíparas fueron 35%, muy mayor que el trabajo de Orderique¹². Las indicaciones de cesárea de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo, incompatibilidad cefalo pélvica y DPP muy similar a los trabajos realizados por otros autores²⁶. El tiempo operatorio, tiempo de hospitalización, complicaciones intra y postoperatorias son similares con otros estudios¹²⁻¹⁷ Donde las infecciones son la primera complicación encontrada. La mortalidad materna en nuestro estudio fue cero, semejante a otros estudios realizados^{8,17,18} aunque algunos

estudios tienen mortalidad materna de diferente magnitud¹⁹⁻²⁹. En el seguimiento de las pacientes, todas presentaron evoluciones favorables.

VIII. Conclusiones

1. Durante el año 2006 se atendieron un total de 6226 partos (100%) siendo 2149 (34,51%) cesáreas.
2. La incidencia de cesáreas fue 34,51%, mientras las cesáreas de emergencia fueron 321, teniendo una incidencia de 5,15%.
3. La edad promedio de las pacientes sometidas a Cesáreas por Emergencia fue 29,31 años, con un rango de 14 a 41 años.
4. Las multíparas fueron el 35%, las primíparas 27,41% y 37,59% las nulíparas, siendo el promedio de paridad por gestante de 3.
5. Las principales causas de cesárea por emergencias fueron el sufrimiento fetal agudo, seguida en importancia por la desproporción cefalopélvica y el DPP.
6. Las complicaciones son escasas, siendo las infecciones el 6% de la población.

IX. Referencias Bibliograficas

1. Schwarcz RL, Duverges CA, Díaz AG, Fescina RH. Obstetricia. 5ª ed. (9ª reimp) Bs. As.: El Ateneo; 2003: 600–608.
2. Cumingham G, Grant N, Levedo K, Gilstrap L, Harth J, Wenstrom K. Williams - Obstetricia. 21ª ed. Bs. As.: Panamericana; 2002: 463–469.
3. Mena P. Operación cesárea. En: Perez-Sanchez A, Donoso-Siña E. Perez Sánchez – Obstetricia. 2ª ed. Santiago-Chile: Mediterráneo; 1996; 27: 290-300.
4. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2:436-437.
5. Cerda H. Uno de cada cuatro niños nace por cesárea. El País 2001; octubre 30:28.
6. Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? BMJ 2002;324:892-895.
7. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park MM. Births: Final data for 2000. Natl Vital Stat Rep 2002;(5):1-101.
8. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: Ecological study. BMJ 2004;319:1397-1402.
9. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: Qualitative and quantitative study. BMJ 2000;321:1501-1505.
10. Echáis José Fernando Cesárea. Experiencia En El Hospital General De Oxapampa Ginecol. obstet. 2004; 50 (2) : 106-110
11. Ciro Suárez, Piloto Manuel. Complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(1):42-8
12. Caraballo Lopez, Selkis, Garcia Romero, Yumara y Nunez Alvarez, Alfredo. Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos. Rev Cubana Med Trop, Mayo-ago. 2001, vol.53, no.2, p.106-110.
13. Bustamante Angel Daniel; Freschi Silvana; Incidencia de cesárea y sus principales indicaciones en el hospital "Perrando Castelán" Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 123 – Enero 2003 Pág. 25-28
14. Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. Salud Publica Mex 2004;46:16-22.

15. Gonzalo Romero Alberto, Maris Lind Stella Incidencia y principales indicaciones de cesáreas Revista de Posgrado de la VIa Cátedra Medicina, 2004 - med.unne.edu.ar
16. Fernando García, Abelardo Donayre. Cesárea-Histerectomía En El Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima, Perú. Ginecología y Obstetricia - Vol. 45 N°4 Octubre 1999
17. Díaz-Bolaños H, y col. Histerectomía por complicación de la Cesárea. Rev Obstet Ginecol Venezuela 1984; 44(2): 134-9.
18. Franco A. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. Hospital Nacional Docente Madre Niño, San Bartolomé. Lima-Perú 1994.
19. Orderique L, Chumbe O. Cesárea histerectomía en el Hospital María Auxiliadora. Ginecol Obstet (Perú) 1998; 44(1): 61-4.
20. Espinoza GR, y col. Histerectomía obstétrica. Rev Chil Obstet Ginecol 1988; 53(6): 329-33.
21. Ortega A, S y cols. Cesárea Histerectomía. Rev Boliv Ginecol Obstet 1982; 6(2): 20-1.
22. Korejo R y cols. Obstetric hysterectomy five year experience. J Pak Med Assoc 1995; 45: 86-8.
23. Stanco LM y col. Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors. Am J Obstet Ginecol 1993; 168 (3 Pt 1): 879-83.
24. Zelop ZM y col. Emergency peripartum hysterectomy. Am J Obstet -Ginecol 1993; 168(5): 1443-8.
25. Chesnut DH, Eden RD, Gall SA, et al. Peripartum hysterectomy: a review of cesarean and postpartum hysterectomy. Obstet Gynecol 1985; 65: 365.
26. Gonsoulin W, Kennedy RT, Guidry KH. Elective versus emergency cesarean hysterectomy cases in a residency program setting: a review of 129 cases from 1984 to 1988. Am J Obstet Gynecol 1991; 165:91.
27. Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. Obstet Gynecol 1985; 66: 89.
28. Clark SL, Yeh SY, Phelan JP, et al. Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol 1984; 64: 376.

29. Yaspik FS y col. Cesárea Histerectomía en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre.
Ginecol Obstet Méx. 1987; 55: 234-8.