



NACIONES UNIDAS

C E L A D E

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
CEPAL (COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE)

**ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE LAS CESAREAS
EN LA PROVINCIA DE ÑUBLE-CIUDAD DE CHILLAN**

Mauricio A. Jara Lavín

Docente: José Miguel Guzmán

**CURSO DE POSTGRADO EN POBLACION Y DESARROLLO
SANTIAGO, CHILE, 1991**



**PROGRAMA GLOBAL DE FORMACION EN POBLACION Y DESARROLLO
(AUSPICIADO POR EL FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS, UNFPA)**

CASILLA 91 / TELEX 340295 UNSTGO CK / CABLE: UNATIONS / FAX (562) 2080196 - 2085051 / STGO, CHILE / FONO: 2085051

**CELADE - SISTEMA DOCPAL
DOCUMENTACION
SOBRE POBLACION EN
AMERICA LATINA**

Nota

A

C E L A D E
PROGRAMA GLOBAL

=====

ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE LAS CESAREAS EN LA
POVINIA DE ÑUBLE-CIUDAD DE CHILLAN

UNA APROXIMACION A SUS DETERMINANTES Y CONSECUENCIAS
1985 - 1990

=====

AUTOR: MAURICIO A. JARA LAVIN

Tutor: ?

Santiago de Chile, octubre 1991.

CELADE - SISTEMA DOCPAL
DOCUMENTACION
SOBRE POBLACION EN
AMERICA LATINA

I N D I C E
=====

	PAGINA
INTRODUCCION.....	1
RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	4
CAPITULO I: MARCO REFERENCIAL.....	8
CAPITULO II: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	18
CAPITULO III: ANALISIS DE COSTOS.....	29
CAPITULO IV : REFLEXIONES FINALES.....	32
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

INDICE DE ANEXOS

=====

NUMERO Y NOMINACION DE LA TABLA

=====

ANEXO NRO. 1.

=====

- 1.- Tasa de cesáreas por cada 100 partos en distintos países durante 1970, 1975, 1980 y 1983.
- 2.- Método de asistencia del parto según Servicio de Salud de Chile año 1987.
- 3.- Distribución de edad y paridad en 918 cesarizadas. Octubre 1987 a Marzo 1989. Maternidad Hospital Dr.G. Fricke.
- 4.- Distribución de peso del recién nacido en 918 pacientes cesarizadas en la maternidad del Hospital Dr.G. Fricke. Octubre 1987 a marzo 1989.
- 5.- Seis principales indicaciones de cesárea en 918 pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital Dr.G. Fricke. Octubre 1987 a marzo 1989.
- 6.- Diferentes estadísticas extranjeras de indicación de cesáreas (en porcentaje de todos los nacimientos).
- 7.- Diferentes estadísticas nacionales de indicación de cesáreas (en porcentaje de todos los nacimientos).
- 8.- Estadística forma de término del parto en 273 casos, pacientes con cesárea previa en el parto inmediatamente anterior, en la Maternidad del Hospital J.J. Aguirre año 1976.
- 9.- Diagnóstico causal de la cesárea. 180 casos Maternidad J.J. Aguirre año 1976.
- 10.- Patología del embarazo actual en mujeres con cesárea previa. 273 casos Maternidad Hospital J.J. Aguirre. Año 1976.
- 11.- Edad de las mujeres con cesárea previa según forma de término del parto. 273 casos Maternidad del Hospital J.J. Aguirre. Año 1976.

- 12.- Paridad de las mujeres con cesárea previa según forma de término del parto. 273 casos Maternidad Hospital J.J. Aguirre. Año 1976.
- 13.- Peso del recién nacido en mujeres con cesárea previa según forma de término del parto. 273 casos Maternidad Hospital J.J. Aguirre. Año 1976.
- 14.- Complicaciones maternas en mujeres con cesárea previa, según forma de término del parto. 273 casos Maternidad del Hospital J.J. Aguirre. Año 1976.
- 15.- Morbilidad del recién nacido en hijos de mujeres con cesárea previa, según forma de término del parto. 273 casos Maternidad del Hospital J.J. Aguirre. Año 1976.
- 16.- Características de los grupos considerados en el estudio antimicrobiano profilácticos en cesárea. Maternidad del Hospital Paula Jaraquemada. Noviembre 1978 a octubre 1979.
- 17.- Causa principal de indicaciones de cesárea por grupo de estudio. Maternidad del Hospital Paula Jaraquemada. Noviembre 1978 a octubre 1979.
- 18.- Infecciones según grupo de estudio. Maternidad del Hospital Paula Jaraquemada. Noviembre 1978 a octubre 1979.

A N E X O N R O. 2.

=====

- 1.- Total partos vaginales y cesáreas en el sistema estatal y sistema privado de salud en Chile. 1986 a 1990.
- 2.- Distribución porcentual, partos atendidos en establecimientos del sistema estatal de salud en Chile. 1987 a 1989.
- 3.- Partos por cesárea y partos totales en la Provincia de Ñuble, en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Clínica Chillán. 1985 a 1990.
- 4.- Infecciones intrahospitalarias. Total Hospital de Chillán y Servicio de Ginecología y Obstetricia del mismo Hospital. 1985 a 1990.
- 5.- Tasa de ataque de las infecciones intrahospitalarias del Hospital de Chillán y del Servicio de Ginecología y Obstetricia del mismo Hospital. 1985 a 1990.

- 6.- Principales indicaciones de cesárea en pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 7.- Riesgo perinatal de la madre. Pacientes cesarizadas Maternidad del Hospital de Chillán y Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 8.- Paridad pacientes cesarizadas. Maternidad del Hospital de Chillán y Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 9.- Cesáreas previas según paridad de las madres. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 10.- Edad de la madre. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 11.- Antecedentes mórbidos de la madre. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 12.- Control prenatal de la madre. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 13.- Uso de anticonceptivos previos al embarazo. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 14.- Muertes postcesárea. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 15.- Partos gemelares. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 16.- Alcohol ingerido por la madre y el padre. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 17.- Talla del recién nacido (en cms.). Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 18.- Peso del recién nacido (en grs.). Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 19.- Sexo del recién nacido. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.

- 20.- Antecedentes patológicos del recién nacido. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 21.- Estado civil de la madre. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 22.- Escolaridad de la madre. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 23.- Ocupación de la madre. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 24.- ¿ La madre estaba trabajando al momento del parto ?. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 25.- Previsión de salud de la madre. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 26.- Residencia de la madre. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 27.- Tipo de vivienda que habita la madre. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Clínica Chillán. Muestra año 1990.
- 28.- Existencia de agua potable y alcanterillado en la vivienda de la madre. Pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán. Muestra año 1990.

A N E X O N R O . 3 .
=====

- A.- Costo unitario de la cesárea en la Maternidad del Hospital de Chillán.
 - 1.- Costos directos de los procedimientos.
 - 2.- Otros costos unitarios de la cesárea.
 - 3.- Total costo unitario de la cesárea.

- B.- Costo unitario parto vaginal en la Maternidad del Hospital de Chillán.
 - 1.- Costos directos de los procedimientos.
 - 2.- Otros costos unitarios del parto vaginal.
 - 3.- Total costo unitario del parto vaginal.

- C.- Diferencial de costos unitarios del parto vaginal y partos por cesáreas.

A N E X O N R O . 4 .
=====

- A.- Procedimientos e insumos utilizados en la Maternidad del Hospital de Chillán, para los partos vaginales (normales).
- B.- Procedimientos e insumos utilizados en la Maternidad del Hospital de Chillán, para las cesáreas.
- C.- Exámenes de laboratorio, costos en \$ de octubre de 1991, para los procedimientos del parto vaginal y parto por cesárea en la Maternidad del Hospital de Chillán.

ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE LAS CESAREAS PROGRAMADAS EN LA CIUDAD DE CHILLAN, ÑUBLE-OCTAVA REGION DEL BIO-BIO, UNA APROXIMACION A SUS DETERMINANTES Y CONSECUENCIAS, 1990.

=====

I N T R O D U C C I O N

De acuerdo a la opinión de muchos facultativos especialistas en la materia, es preocupante el aumento que ha venido experimentando el método de la cesárea en el parto y al cual están recurriendo las mujeres en forma programada y preferente, método que a juicio de estos especialistas puede estar incidiendo en forma negativa sobre aspectos tales como: la salud de la madre y/o del niño, mayor propensión a las infecciones intrahospitalarias, y por otra parte, mayores recursos, tanto para el Estado como para el sistema previsional de salud y para los propios pacientes. Existe en la actualidad un vacío en el conocimiento científico sobre las reales determinantes y consecuencias que el método de la cesárea podría estar generando sobre estos aspectos, así como de sus determinantes y consecuencias sobre las **variables demográficas**, tales como: la mortalidad, la fecundidad, el crecimiento de la población. Por esto, surgen las siguientes interrogantes:

¿ Como este aumento significativo en las cesáreas puede estar incidiendo sobre la fecundidad, variable demográfica fundamental en el crecimiento de la población ?, ¿ cómo y cuales son los factores que están incidiendo en la búsqueda programada de este método ?, ¿ cuales son la características de las pacientes sometidas a cesáreas ?, ¿ es significativa la proporción de partos por cesárea y esta proporción tiene un comportamiento evolutivo similar en el país y en otras partes del mundo ?, ¿ cuáles son la consecuencias que la cesárea puede estar generando en la salud de la madre y en la del niño ?, ¿ cuáles son la consecuencias que la cesárea genera en términos del gasto público y privado en salud, en comparación al parto normal ? . Para contestar estas preguntas, es necesario tratar de aproximarse a la determinación de la incidencia de los partos por cesáreas, a los factores que están determinando esa incidencia y a las consecuencias que esta forma de parto genera, siendo éste el tema de la presente investigación, teórica exploratoria con utilización de datos empíricos relevantes en el período de estudio, la cual quisiera convertirse en un esfuerzo primario que motive a los técnicos para que se aboquen a la realización de estudios e investigaciones, en todas las dimensiones, sobre este importante tema.

El CAPITULO I, MARCO REFERENCIAL DEL PAIS, muestra tres investigaciones realizadas en Chile sobre el tema del parto por cesárea: la primera realizada en el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar entre octubre de 1987 y marzo de 1989, la segunda realizada en el Hospital José Joaquín Aguirre en el año 1976 y, por último, una investigación realizada en el Hospital Paula Jaraquemada entre noviembre de 1978 y octubre de 1979.

Estos estudios constituyen un marco referencial a considerar, mostrándose algunas tablas estadísticas de sus resultados, perteneciendo los comentarios al autor del presente artículo.

EL CAPITULO II, ANALISIS DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO, muestra el resultado de la investigación y el análisis de los mismos, en la Maternidad del Hospital Herminda Martín de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán, una muestra del año 1990.

Se presenta también en este Capítulo II, la evolución que el parto por cesárea ha tenido en el País, la Región y la Provincia en los últimos 5 años.

EL CAPITULO III, ANALISIS DE LOS COSTOS UNITARIOS Y TOTALES DE LOS PARTOS POR CESAREA Y VAGINALES EN EL HOSPITAL DE CHILLAN-OCTUBRE 1991, muestra la dimensión económica-financiera de la investigación, un costeo de los procedimientos del parto por cesárea y del parto vaginal, realizado en moneda de octubre de 1991 y con la competencia y definición de los propios profesionales que laboran en la Maternidad del establecimiento.

El análisis se realizará en el año 1990, pero cada vez que se crea conveniente se considerará otros períodos.

La investigación, si bien pretende obtener resultados que puedan ser aplicados de manera general, se circunscribe a la ciudad de Chillán, capital de la provincia de Ñuble, Octava Región del Bio-Bio de Chile, tomando como referentes otras investigaciones realizadas sobre el tema en otras partes del país y del mundo.

Dentro de la exploración de las determinantes y consecuencias del problema, se investiga y analiza los factores sociológicos que pueden estar incidiendo, esto es: grupos y estratos sociales, pautas culturales, estructura familiar.

Así también, se pretende explorar variables tales como: nivel de ingresos familiares de las mujeres que utilizaron este método, actividad y/u ocupación de estas mujeres, sistema previsional de salud que ellas tienen, gastos públicos y privados involucrados, estructura por edad, distribución espacial dentro de la ciudad, fecundidad, mortalidad.

En materia de salud pública, se pretende el análisis de variables tales como la letalidad materno-infantil, aspectos técnicos-médicos, aspectos administrativos de la organización del sistema de salud, recursos involucrados (humanos, físicos, financieros)

Dado el tiempo disponible para la realización de la investigación, se trabajó con las fichas clínicas de las pacientes, como documento fuente de la información. Se supuso que los datos allí contenidos son verdaderos, no efectuándose verificación en terreno de los mismos.

Producto de la muy poca disponibilidad de información teórica sobre el tema de investigación, esto es, los escasos estudios, análisis u otras investigaciones anteriores relacionadas con la materia del presente estudio, el marco teórico y conceptual del tema es muy restringido.

La presente investigación tendrá sus objetivos cumplidos si es que logra establecer un nexo o patrón de comportamiento que permita aproximar una relación entre la baja de la fecundidad y la incidencia del número cesáreas en el total de parto, a través de los nexos que puedan establecerse entre esta proporción y los determinantes próximos de la fecundidad, establecer un nexo o patrón de comportamiento que permita aproximar una relación entre el parto por cesárea y la salud del niño y de la madre, comparar el gasto que significa la adopción del método por cesárea en el parto, en comparación al parto vaginal, establecer un nexo o patrón de comportamiento que permita aproximar una relación entre el parto por cesárea y grupos socio-económicos de las pacientes.

M E T O D O L O G I A U T I L I Z A D A

a.- Se tomó una muestra del 10% anual del total de pacientes cuyo parto fué por cesárea, el año 1990, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hermina Martín de Chillán del Servicio Salud de Ñuble, como referente del sector público de salud y, una muestra de igual proporción del total de pacientes cuyo parto fué por cesárea, el año 1990, en la Maternidad de la Clínica Chillán, institución privada de la ciudad de Chillán dedicada a la atención de partos, como referente de este sector de salud.

b.- Se extrajo, desde la fichas clínicas de las pacientes de la muestra anual, los datos relevantes para la investigación, estos son:

DE LA MADRE:

- * fecha nacimiento
- * ocupación
- * estado civil
- * previsión
- * residencia
- * trabaja actualmente (si o no)
- * esolaridad de la madre del recién nacido
- * ingesta de drogas madre y padre del recién nacido
- * tipo de vivienda de la familia
- * agua potable
- * red alcantarillado
- * antecedentes de partos anteriores
- * uso y tipo de anticonceptivos previos
- * antecedentes mórbidos de la madre

Producto de la muy poca disponibilidad de información teórica sobre el tema de investigación, esto es, los escasos estudios, análisis u otras investigaciones anteriores relacionadas con la materia del presente estudio, el marco teórico y conceptual del tema es muy restringido.

La presente investigación tendrá sus objetivos cumplidos si es que logra establecer un nexo o patrón de comportamiento que permita aproximar una relación entre la baja de la fecundidad y la incidencia del número cesáreas en el total de parto, a través de los nexos que puedan establecerse entre esta proporción y los determinantes próximos de la fecundidad, establecer un nexo o patrón de comportamiento que permita aproximar una relación entre el parto por cesárea y la salud del niño y de la madre, ~~establecer un nexo o patrón de comportamiento que permita aproximar una relación entre el parto por cesárea y las estadísticas de infecciones intrahospitalarias en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, comparar el gasto que significa la adopción del método por cesárea en el parto, en comparación al parto vaginal, establecer un nexo o patrón de comportamiento que permita aproximar una relación entre el parto por cesárea y grupos socio-económicos de las pacientes.~~ R.

M E T O D O L O G I A U T I L I Z A D A

a.- Se tomó una muestra del 10% anual del total de pacientes cuyo parto fué por cesárea, el año 1990, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Herminda Martín de Chillán del Servicio Salud de Ñuble, como referente del sector público de salud y, una muestra de igual proporción del total de pacientes cuyo parto fué por cesárea, el año 1990, en la Maternidad de la Clínica Chillán, institución privada de la ciudad de Chillán dedicada a la atención de partos, como referente de este sector de salud.

b.- Se extrajo, desde la fichas clínicas de las pacientes de la muestra anual, los datos relevantes para la investigación, estos son:

DE LA MADRE:

- * fecha nacimiento
- * ocupación
- * estado civil
- * previsión
- * residencia
- * trabaja actualmente (si o no)
- * esolaridad de la madre del recién nacido
- * ingesta de drogas madre y padre del recién nacido
- * tipo de vivienda de la familia
- * agua potable

- * red alcantarillado
- * antecedentes de partos anteriores
- * uso y tipo de anticonceptivos previos
- * antecedentes mórbidos de la madre
- * embarazo actual:
 - control/grado de riesgo perinatal/otros que sean relevantes.

DEL RECIEN NACIDO:

- * talla
- * peso
- * sexo
- * nació vivo o muerto
- * antecedentes patológicos
- * otros que sean relevantes

OTROS

- * infecciones intrahospitalarias
- * financieros/económicos

c.- De otras fuentes de información complementaria, como son los registros de estadísticas vitales, registros de hospitalización, libros y registros de partos e intervenciones quirúrgicas, informes de asistencia social, informes y registros económicos y financieros, etc.; se extrajeron los datos que no estaban disponibles en la ficha clínica de la paciente y que eran relevantes para la investigación.

d.- Se consultó los anuarios de estadísticas vitales de la Región del Bio-Bio y del País, extrayéndose desde allí la información relevante para la investigación, al nivel regional y al nivel nacional.

e.- Se creó una base de datos computacional con los datos obtenidos desde las fichas clínicas.

f.- Se analizó los datos ordenados en la base y la información empírica y teórica de que se dispuso, considerando los propósitos y objetivos de la investigación y los resultados esperados de la misma.

g.- Con lo anterior, se obtuvo las conclusiones a las cuales se llegó con la investigación.

h.- Finalmente, se realizaron las propuestas y recomendaciones pertinentes sobre la materia, a la autoridad de salud provincial.

RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACION

=====

En 1986, por cada 100 partos que se producían en el Sistema Nacional de Servicios de Salud de Chile, 26 eran mediante el expediente de la cesárea. En 1990, esa cifra alcanzó a 27 por cada cien partos realizados.

En el Sistema Isapres, Sistema de Salud Privado en Chile, los resultados son distintos, puesto que en 1986 la proporción de cesáreas era de 55 por cada cien partos producidos en ese sistema y en 1990 fué de 45 por cada cien partos.

En cuanto al Hospital de Chillán, en 1986 por cada 100 partos, 32 se realizaron mediante el método de la cesárea y en 1990, 34 por cada cien partos realizados en la Maternidad de ese Establecimiento fueron por cesárea. En 1988, 1989 y 1990, la Clínica Chillán, como referente y principal establecimiento de salud privado de la ciudad, presentó proporciones de 47%, 80% y 69% de partos por cesárea en su Maternidad.

En 1989, el Servicio de Salud de Ñuble fué el segundo Servicio de Salud del País en presentar la proporción más elevada de cesáreas de todo el Sistema Nacional, 31 por cada cien partos fueron mediante este sistema, siendo que la media para todos los Servicios fué, para ese año, el 25.3% . Esa tendencia se mantiene en 1990, con una tasa a nivel Provincial del 31.5%, en circunstancias que el promedio del País alcanzó ese año el 27% .

Compárese lo señalado en los párrafos anteriores con la tasas de otros países sobre esta materia, siendo la más alta presentada en este artículo la de los EE.UU. de Norteamérica, del orden del 20.3% en 1983. Ese mismo año países Europeos, sin embargo, presentaban tasas de entre 9 al 12 por ciento.

Através de la investigación, y en comparación con otros estudios realizados sobre el tema y que fueron analizados por este autor, es posible inferir que Chillán no difiere del resto del País y del Mundo, en cuanto al explosivo aumento que en los últimos años a venido presentando el método de la cesárea en el parto, aumento que puede explicarse, en gran medida, por el vigente principio de algunos profesionales de la salud: "una vez cesárea, siempre cesárea", lo que se refleja en la significativa proporción de "cesáreas repetidas de elección" como principal causal de ocurrencia de este tipo de intervención quirúrgica.

La investigación muestra que en Chillán, al igual que en el resto del País, están recurriendo en mayor proporción a la cesárea las mujeres provenientes del sector urbano, con mayor nivel de instrucción escolar, las con mejor situación económica familiar, las que tuvieron cesárea previa y por elección llegan a otra

cesárea al parto actual, las que se atendieron en la Clínica Chillán.

Es posible verificar en la muestra analizada que, un gran porcentaje de las mujeres cesarizadas, tanto en el Hospital de Chillán como en la Clínica Chillán, no presentaron riesgo perinatal, 45% y 77% respectivamente. Así también, en gran proporción no presentaron antecedentes mórbidos de ninguna clase, antes y durante el parto, 47% en la Maternidad del Hospital y 30% en la de la Clínica. Dable es de mencionar que, un 98% de la pacientes de la muestra del Hospital de Chillán tuvieron su control prenatal adecuadamente. Tal dato no fué posible de verificar para el caso de la Clínica.

Importante es de señalar que un 97% de los recién nacidos provenientes de las pacientes del Hospital y, un 100% de los provenientes de las pacientes de la Clínica, no registraron antecedente patológico alguno, antes y durante del parto por cesárea.

Lo expresado en los dos párrafos precedentes, tiende a inferir sobre el porcentaje de mujeres cesarizadas que llegan al parto sin riesgos registrados que explique y respalde, desde un punto de vista técnico-médico exclusivamente, la decisión de la intervención en estos casos.

Si el Servicio de Salud de Ñuble alcanzara sólo los niveles promedios de cesáreas del resto del País, en 1990 se habrían realizado 372 cesárea menos en la Provincia, lo que hubiese redundado en un menor gasto de \$ 9,872,136 (U.S.\$ 27,500 aprox.), más los costos de depreciación de la maquinaria-equipos y edificio. Si este Servicio de Salud, tan sólo redujera a la mitad las "cesáreas electivas de repetición", hubiese significado realizar 393 cesáreas menos, en 1990 solamente, con un menor gasto de \$10,429,434 (U.S.\$ 29,000 aprox.) más los costos de depreciación de la maquinaria-equipos y edificio.

Lo señalado anteriormente, pareciera poder lograrse, puesto que existe, por ejemplo, el referente de la Maternidad del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar en la aplicación del método de control del embarazo denominado en la literatura como "**manejo activo del parto**", aplicado por primera vez en la Maternidad de Dublín, Irlanda del Norte, método que le significó reducir la proporción de cesáreas al Hospital de Viña del Mar, por ejemplo, desde 23.9% en 1984 al 15.1% en marzo de 1989. Téngase presente que la Maternidad Nacional de Dublín es uno de los establecimientos con más baja incidencia de cesáreas en todo el mundo.

Al parecer, dado la experiencia del Hospital G. Fricke de Viña del Mar, el método de control del embarazo denominado "**manejo activo del parto**", es altamente recomendable y posible de ser importado y aplicado a nuestra propia realidad local.

Dicho método, de control de embarazo, por otra parte, también le ha significado reducir la proporción de fórceps practicado en la Maternidad del Hospital de Viña del Mar, por ejemplo, desde 10.1% en 1984 a 1.8% en marzo de 1989.

El "manejo activo del parto", puede ser consultado por los especialistas en la publicación del profesor Kieran O'Driscoll, de la Maternidad Nacional de Dublín de Irlanda del Norte, autor de este método de control del embarazo.

Así entonces, si bien es cierto no hay pleno consenso en la actualidad respecto de los **determinantes y consecuencias** que el método de la cesárea genera en las mujeres que son sometidas a esta intervención quirúrgica, a través de esta investigación y otras consideradas como marco referencial para este artículo, le es posible al autor proponer que los **determinantes** de esta forma de parto, al menos en la muestra analizada, vienen dado por una forma de control del embarazo que ha resultado ser poco eficaz en la propensión del parto vaginal como forma de parto natural y el más inocuo de los alumbramientos, y ésto, por ejemplo, a pesar que hoy en día los profesionales de la salud cuentan con medios de diagnósticos tremendamente más sofisticados que hace un década. La decisión de intervenir o no a una paciente, en este caso, debe basarse, a juicio de este autor, **en criterios estrictamente técnicos**, basados en el método científico, como debe ser en la resolución de los problemas de salud de la población.

Lo propuesto en el párrafo anterior, viene dado por las posibles **consecuencias** que el método de la cesárea puede estar generando, lo cual fué posible inferir en esta investigación y en las otras consideradas como referenciales para el presente estudio y que se exponen en el texto, tales como: mayores riesgos de infecciones post-parto de la madre, específicamente septicemia; limitación del número de hijos nacidos post-cesárea y por esta vía limitación del tamaño de la familia, en especial las familias de mayores recursos que son desde donde proceden mayoritariamente la mujeres sometidas a esta intervención; mayores costos y recursos para el Sistema de Salud, en la investigación fué posible determinar que una cesárea significa por lo menos \$ 26,538 (en moneda de octubre de 1991) adicionales en comparación a un parto vaginal, sin considerar la depreciación de la maquinaria, del equipo y del edificio y los costos que significa mejorar a una paciente con infección intrahospitalaria, infecciones que son más frecuentes en mujeres sometidas a cesárea.

En el transcurso del texto, se exponen con mayor profundidad los tópicos aquí señalados.

CAPITULO I

=====

M A R C O R E F E R E N C I A L D E L P A I S

=====

ANALISIS Y COMENTARIOS

ESTUDIO REALIZADO POR LOS DRS. REINALDO LEONARDO VALDES Y LUIS MARTINEZ P. EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE DE VIÑA DEL MAR, ENTRE OCTUBRE DE 1987 Y MARZO DE 1989.-

Chile registraba tasas del orden del 4.7% de cesáreas, sobre los partos totales, en el año 1960. La Tabla nro.2 del Anexo nro.1, muestra el porcentaje de cesáreas según servicios de salud en 1987, en Chile, existiendo solo dos servicios con tasas menores al 20%, Arica con un 14.9% y Viña del Mar con una tasa del 19.8%, siendo el promedio nacional en ese año 23.7% de cesáreas sobre los partos totales ocurridos en el país, lo cual representa un aumento del orden del 400% entre 1960 y 1987.

A partir de octubre de 1987, los facultativos Drs. Reinaldo Leonardo Valdés y Luis Dan Martínez del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, deciden realizar una auditoría de todos los partos distócicos de ese Servicio, que incluían las cesáreas, partos operatorios con fórceps y los partos podálicos, como un modo de evaluación y corrección inmediata de la metódica de trabajo. Dicha auditoría la realizan los facultativos hasta marzo de 1989, comprendiendo un total de 1082 casos, de los cuales se excluyen 30 por datos incompletos, correspondiendo 918 de los 1052 restantes a partos por cesáreas, 104 a partos operatorios con fórceps y 30 partos podálicos.

De tal investigación, se muestran resumidamente algunos resultados que importan al presente estudio, cuyos comentarios que se consignan pertenecen al autor de este artículo.

a.- En la Tabla nro.3 del Anexo nro.1, se observa la edad y paridad de 918 pacientes cesarizadas entre octubre de 1987 y marzo de 1989, 404 pacientes son primíparas (44%), 493 multíparas y 21 grandes multíparas. La mayoría de las pacientes se ubican entre los 21 y los 30 años (60.5%). Tres pacientes son menores de 15 años (0.3%) y 16 mayores de 40 años (1.9%).

Es destacable que del grupo de pacientes nulíparas, 404 (44%), 390 de ellas tienen edades entre 16 y 35 años, pleno período reproductivo, lo cual podría estar condicionando la cantidad de embarazos futuros y por ende su fecundidad.

b.- La distribución de peso de los recién nacidos se observa en la Tabla nro.4 del Anexo nro. 1, de un total de 939 niños, 158 son menores de 2500 grs. (16.8%). La serie registra 21 partos gemelares.

c.- La Tabla nro.5 del Anexo nro.1, muestra las principales causas del diagnóstico de cesáreas en ese Servicio en el período ya

embarazo en pacientes sin trabajo de parto, con un 32% del total de cesáreas. En segundo lugar, aparece la causa por tener dos o más cicatrices, con un 18.4% . El sufrimiento fetal durante el trabajo de parto, aparece en tercer lugar con un 17.9%, seguido de la distocia con un 14.5%, la detención del progreso del trabajo de parto con un 12.5% y finalmente la inducción fallida con el 4.7% del total de cesáreas ocurridas en el período del estudio.

Es considerable la causa "dos o más cicatrices de cesáreas previas" (18.4%), lo cual indica que en gran medida una cesárea previa al embarazo actual condiciona otra cesárea en este embarazo, preconditionando por esta vía el número de hijos futuros a tener, post-intervención, y en consecuencia la fecundidad de las mujeres sometidas a una cesárea.

d.- El análisis de las causas del diagnóstico de cesáreas en las pacientes primíparas, arrojó que la categoría de interrupción del embarazo resultó ser la primera frecuencia con un porcentaje de 32.3%, el sufrimiento fetal durante el trabajo de parto constituyó la segunda causa con un 26%, el tercer lugar lo ocupó la causa presentación distócica con el 19.6%, la detención del progreso de trabajo de parto viene a ocupar la cuarta categoría con un 17.8% y por último se registraron las inducciones fallidas con el porcentaje restante.

e.- El grupo de las multíparas, 514, presentaba las siguientes categorías y frecuencias:

- * por ser portadoras de dos o más cicatrices, 32.9% del total de cesáreas de las multíparas.
- * interrupción del embarazo, 31.9%
- * sufrimiento fetal, 11.5%
- * presentación distócica, 10.5%
- * la distocia, con un 8.4%
- * inducciones fallidas, 4.9%

Aquí aparece más claro la observación realizada anteriormente, esto es que una cesárea previa al parto actual condiciona en gran medida el tipo de término del parto presente. En efecto, del total de cesáreas practicadas en mujeres multíparas, un 32.9% se debe a "por ser portadoras de dos o más cicatrices previas".

f.- Las patologías asociadas a la causa, primera, de interrupción del embarazo por cesárea (294 casos), son: la hipertensión arterial (31.3%), hallazgo de meconio anteparto (27.6%), DPPNI-oligoamnios y/o RCIU-RPM y/o infección ovular, con un porcentaje del 9% cada una ocupan el tercer lugar y otras patologías (placenta previa, CIE, distocia de canal óseo, embarazo prolongado, diabetes, hidrocefalia y otras) el porcentaje restante.

g.- A la luz de estos hechos y como una alternativa concreta de

indicado, agrupadas en seis categorías. El grupo mayoritario corresponde a las cesáreas derivadas de la interrupción del embarazo en pacientes sin trabajo de parto, con un 32% del total de cesáreas. En segundo lugar, aparece la causa por tener dos o más cicatrices, con un 18.4%. El sufrimiento fetal durante el trabajo de parto, aparece en tercer lugar con un 17.9%, seguido de la presentación distócica con un 14.5%, la detención del progreso del trabajo de parto con un 12.5% y finalmente la inducción fallida con el 4.7% del total de cesáreas ocurridas en el período del estudio.

Es considerable la causa "dos o más cicatrices de cesáreas previas" (18.4%), lo cual indica que en gran medida una cesárea previa al embarazo actual condiciona otra cesárea en este embarazo, preconditionando por esta vía el número de hijos futuros a tener, post-intervención, y en consecuencia la fecundidad de las mujeres sometidas a una cesárea.

d.- El análisis de las causas del diagnóstico de cesáreas en las pacientes primíparas, arrojó que la categoría de interrupción del embarazo resultó ser la primera frecuencia con un porcentaje de 32.3%, el sufrimiento fetal durante el trabajo de parto constituyó la segunda causa con un 26%, el tercer lugar lo ocupó la causa presentación distócica con el 19.6%, la detención del progreso de trabajo de parto viene a ocupar la cuarta categoría con un 17.8% y por último se registraron las inducciones fallidas con el porcentaje restante.

e.- El grupo de las multíparas, 514, presentaba las siguientes categorías y frecuencias:

- * por ser portadoras de dos o más cicatrices, 32.9% del total de cesáreas de las multíparas.
- * interrupción del embarazo, 31.9%
- * sufrimiento fetal, 11.5%
- * presentación distócica, 10.5%
- * la distocia, con un 8.4%
- * inducciones fallidas, 4.9%

Aquí aparece más claro la observación realizada anteriormente, esto es que una cesárea previa al parto actual condiciona en gran medida el tipo de término del parto presente. En efecto, del total de cesáreas practicadas en mujeres multíparas, un 32.9% se debe a "por ser portadoras de dos o más cicatrices previas".

f.- Las patologías asociadas a la causa, primera, de interrupción del embarazo por cesárea (294 casos), son: la hipertensión arterial (31.3%), hallazgo de meconio anteparto (27.6%), DPPNI-oligoamnios y/o RCIU-RPM y/o infección ovular, con un porcentaje del 9% cada una ocupan el tercer lugar y otras patologías (placenta previa, CIE, distocia de canal óseo, embarazo prolongado, diabetes, hidrocefalia y otras) el porcentaje restante.

g.- A la luz de estos hechos y como una alternativa concreta de solución, esto es tratar de disminuir las tasas ascendentes de cesáreas, los facultativos antes individualizados, implementaron a partir de abril de 1985, en la Maternidad del Hospital Dr. Gustavo Fricke, el método de control de embarazo denominado "El Manejo Activo del Parto" descrito por el profesor Kieran O'Driscoll de la Maternidad Nacional en Dublín, Irlanda. A cuatro años de puesto en práctica el método, uno de los resultados ha sido la reducción de la tasa de cesáreas y la modificación del aspecto de las indicaciones de cesáreas, que refleja la utilidad del método.

En efecto, en el siguiente cuadro se puede apreciar, en las estadísticas, lo señalado en el párrafo anterior:

año	% cesáreas	% fórceps
1984	23.9	10.1
1985	19.6	7.5
1986	16.5	4.9
1987	15.4	4.7
oct.1987 a mar.1989	15.1	1.8

La diferencia del porcentaje de fórceps entre 1984 y años posteriores a 1985 también resultaron estadísticamente significativos.

h.- La Tabla nro.7 del Anexo nro.1, muestra diferentes publicaciones con estadísticas de causas de diagnóstico de cesáreas, en distintos períodos, en Chile. Sobre el particular, es significativo el aumento que ha venido experimentando la causa "cesárea anterior" que ha pasado de un 7.6% el año 1966 a 35.4% el año 1984 y, la causa "sufrimiento fetal" con un 23.7% en 1966 ha pasado al 17.7% en 1984, que coincide con la casuística encontrada por los DRS. Valdés y Martínez en la Maternidad del Hospital G. Fricke de Viña del Mar, antes de que allí se implementara el método del "manejo activo del parto".

i.- Así también, al analizar la estadística de otros países (ver Tabla nro.1 del Anexo nro.1) se verifica que el aumento de las tasas de participación de las cesáreas sobre los partos totales ha sido una cuestión mundial, de manera más elocuente en los Estados Unidos de América, donde de una tasa del 5.5% de cesáreas sobre los partos totales, en el año 1970, ha pasado al 20.3% en 1983, tasa similar a la que presentaba la Maternidad del Hospital de Viña del Mar en 1894, antes de la puesta en práctica del método de control ya señalado anteriormente.

j.- La Tabla nro.6 del Anexo nro.1, muestra la estadística de diferentes causas que motivaron cesáreas en distintos países y en distintos períodos, destacándose allí la incidencia de la causa "cesárea previa", en todos los países y en todas las épocas.

Similar es el resultado encontrado por los facultativos del Hospital de Viña del Mar en la investigación aquí analizada, con el consignado para Dublín en 1982 (1.1% del total de nacimientos) para causal "cesárea previa", los cuales consignaron un 18.4%, del total de cesáreas, por esta causa, lo que corresponde al 2.78% del total de partos (18.4% del 15.1% de partos por cesáreas sobre el total de partos ocurridos en la Maternidad del Hospital G. Fricke). Cabe hacer presente que el método de control "manejo activo del parto" fué puesto en práctica por primera vez precisamente en la Maternidad Nacional de Dublín, en Irlanda.

ANALISIS Y COMENTARIOS
INVESTIGACION REALIZADA POR EL DR. RAMIRO MOLINA
EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL JOSE JOAQUIN AGUIRRE
EN EL AÑO 1976.-

Se analizaron 7091 egresos por partos del año 1976 de la Maternidad del Hospital J.J. Aguirre y se seleccionaron el total de casos correspondientes a embarazadas con el antecedente de una cesárea previa en su parto inmediatamente anterior, lo cual correspondió a 273 casos (3.8%).

En la Tabla nro.8 del Anexo nro.1, se muestra la estadística de la forma de término del parto en pacientes con cesárea previa en el parto inmediatamente anterior, 273 casos (3.8%), en la Maternidad del Hospital J.J. Aguirre en el año 1976. Allí se verifica que el 65.9% de este tipo de pacientes, vuelve al método de la cesárea en el parto actual, es decir, un 65.9% de las pacientes registran parto por cesárea de repetición.

Los principales resultados al cual llega el Dr Ramiro Molina en su investigación, son los siguientes:

a.- La Tabla nro.9 del Anexo nro.1, muestra las 180 pacientes con cesárea previa que llegan a otra cesárea en el parto actual. De ellas, 84 (46.6%) lo hacen exclusivamente porque tuvieron cesárea anterior, lo cual representa un 31% del total de pacientes con cesárea previa (el 46.6% del 65.9% que representan las cesáreas actuales en paciente con cesárea previa).

La Tabla nro.9 del Anexo nro.1, muestra también las otras causas por lo cual las pacientes con cesárea previa llegan a otra cesárea en el parto actual.

b.- La Tabla nro.10 del Anexo nro.1, indica que de las 273 pacientes exploradas con cesárea previa al parto actual, 105, esto es el 38.5%, no presentaron patologías durante el embarazo. El resto de las pacientes, esto es 168 pacientes (61.5%), presentaron

alguna patología en el período de su embarazo actual, las que se detallan en la misma Tabla nro.10 del Anexo nro.1. Sin embargo, el 42% (114 pacientes) presentaron colestasia intrahepática del embarazo, toxemia o infección urinaria, por lo que su condición de riesgo no solo estaba asociado a su condición de cesárea previa.

c.- La Tabla nro.11 del Anexo nro.1, informa la edad del grupo en estudio, según forma de término del parto.

De las 180 mujeres que llegaron con cesárea previa y a las cuales se les realizó otra vez cesárea en el parto actual, las que representaron un 65.9% del total de las mujeres con estas características, 152 (84.4%) tenían entre 15 y 34 años de edad, pleno período de fecundidad, el resto (28 pacientes) presentaban edades superiores a los 35 años, ninguna menor de 15 años.

En las pacientes con cesárea previa, todos los grupos de edades que se estudiaron, mostraron mayor porcentaje de cesáreas en el parto actual, esto es: el grupo de 15 a 24 años un 55.1%, el grupo de 25 a 34 años un 71.5% y el grupo de 35 años y más un 73.6% , asimismo, es fácilmente comprobable, en la Tabla nro.11 del Anexo nro.1, el bajo porcentaje de partos espontáneos que este grupo de pacientes presentó, reafirmando que este grupo tiene una muy alta probabilidad de terminar un segundo o tercer embarazo venidero, bajo la modalidad de cesárea, independientemente de su edad en el parto, solo por la condición de haber sido sometida a una cesárea previa.

d.- La gran multípara, esto es la mujer con paridad mayor a 4 hijos, y que presenta cesárea previa, presentó una frecuencia del 70.0% de partos por cesárea en el parto actual; las pacientes con estas mismas características y con 1 a 3 hijos, presentaron un 65.5% de frecuencia de partos con cesárea, en el parto actual. Esto se muestra en la Tabla nro.12 del Anexo nro.1.

De la misma Tabla nro.12 del Anexo nro.1, se puede verificar que de las 273 pacientes con cesárea previa al parto actual, solo 20 de ellas presentaban una paridad de 4 hijos o más, esto representa un 7.33%, con lo cual se puede deducir que las mujeres que son sometidas a una cesárea en el transcurso de su vida fértil, tienen una alta probabilidad de tener 3 o menos hijos, afectando ésto las tasas de fecundidad global.

e.- El niño de muy bajo peso (1999 grs.) tiene una mayor frecuencia de parto espontáneo, en tanto el niño de 2000 grs. a 2999 grs. claramente termina, en un alto porcentaje, en cesárea. En el niño de 3000 grs. y más aumenta la frecuencia del fórceps, haciendo notar el autor de la investigación que hubo 15 niños con más de 4000 grs., de los cuales un 87% terminó en cesárea.

Así entonces, a mayor peso del recién nacido, mayor es la probabilidad del parto por cesárea en las pacientes con cesárea

alguna patología en el período de su embarazo actual, las que se detallan en la misma Tabla nro.10 del Anexo nro.1. Sin embargo, el 42% (114 pacientes) presentaron colestasia intrahepática del embarazo, toxemia o infección urinaria, por lo que su condición de riesgo no solo estaba asociado a su condición de cesárea previa.

c.- La Tabla nro.11 del Anexo nro.1, informa la edad del grupo en estudio, según forma de término del parto.

De las 180 mujeres que llegaron con cesárea previa y a las cuales se les realizó otra vez cesárea en el parto actual, las que representaron un 65.9% del total de las mujeres con estas características, 152 (84.4%) tenían entre 15 y 34 años de edad, pleno período de fertilidad, el resto (28 pacientes) presentaban edades superiores a los 35 años, ninguna menor de 15 años.

En las pacientes con cesárea previa, todos los grupos de edades que se estudiaron, mostraron mayor porcentaje de cesáreas en el parto actual, esto es: el grupo de 15 a 24 años un 55.1%, el grupo de 25 a 34 años un 71.5% y el grupo de 35 años y más un 73.6% , asimismo, es fácilmente comprobable, en la Tabla nro.11 del Anexo nro.1, el bajo porcentaje de partos espontáneos que este grupo de pacientes presentó, reafirmando que este grupo tiene una muy alta probabilidad de terminar un segundo o tercer embarazo venidero, bajo la modalidad de cesárea, independientemente de su edad en el parto, solo por la condición de haber sido sometida a una cesárea previa.

d.- La gran multípara, esto es la mujer con paridad mayor a 4 hijos, y que presenta cesárea previa, presentó una frecuencia del 70.0% de partos por cesárea en el parto actual; las pacientes con estas mismas características y con 1 a 3 hijos, presentaron un 65.5% de frecuencia de partos con cesárea, en el parto actual. Esto se muestra en la Tabla nro.12 del Anexo nro.1.

De la misma Tabla nro.12 del Anexo nro.1, se puede verificar que de las 273 pacientes con cesárea previa al parto actual, solo 20 de ellas presentaban una paridad de 4 hijos o más, esto representa un 7.33%, con lo cual se puede deducir que las mujeres que son sometidas a una cesárea en el transcurso de su vida fértil, tienen una alta probabilidad de tener 3 o menos hijos, afectando ésto las tasas de fecundidad global.

e.- El niño de muy bajo peso (1999 grs.) tiene una mayor frecuencia de parto espontáneo, en tanto el niño de 2000 grs. a 2999 grs. claramente termina, en un alto porcentaje, en cesárea. En el niño de 3000 grs. y más aumenta la frecuencia del fórceps, haciendo notar el autor de la investigación que hubo 15 niños con más de 4000 grs., de los cuales un 87% terminó en cesárea.

Así entonces, a mayor peso del recién nacido, mayor es la probabilidad del parto por cesárea en las pacientes con cesárea

previa al parto actual. Ello se puede verificar en la Tabla nro.13 del Anexo nro.1.

f.- En el universo de mujeres que este estudio abarcó, 76.5% no presentó complicaciones maternas, de éstas, sin embargo, 139 terminaron en otra cesárea en el parto actual, esto es un 66.5% de este grupo de pacientes que no presentaron complicaciones previas al parto actual.

Por otra parte, el 77.2% de las pacientes con cesárea previa y que llegaron a otra cesárea en el parto actual, esto es 139 pacientes de un total de 180, no tenían complicaciones maternas previas. La Tabla nro.14 del Anexo nro.1 muestra esta situación claramente.

Se puede afirmar entonces que, la cesárea diagnosticada en el parto actual a mujeres que presentaban cesárea previa, no se debe a las mayores complicaciones maternas que éstas presentaron durante su embarazo, dado que solo un 22.8% de las pacientes que presentaban estas características, tuvieron complicaciones maternas previas, reafirmando, una vez más, que una cesárea practicada en una mujer, condiciona en gran medida, y solo por este hecho, las formas de partos venideros y por lo tanto, también el número de hijos que nacerán en el futuro.

g.- Un 73.6%, esto es 201 niños de un total de 273 que consideró la muestra, de madres con cesárea previa al parto actual, no presentaron complicaciones ni morbilidad al momento del parto. Sin embargo, 130 de ellos nacieron bajo la modalidad de cesárea, esto es un 65% . Ahora bien, de los 180 niños que nacieron vía cesárea, de los 273 casos que compusieron la muestra, 130 de ellos no presentaron complicaciones ni morbilidad en el momento del parto, lo que representa un 72.2% del total de niños nacidos bajo esta modalidad y provenientes de madres con cesárea previa al parto actual.

Se tiene entonces que, de los 273 casos que consideró el estudio, 130 niños nacieron por la vía de la cesárea, sin que presentaran complicaciones ni morbilidad en el momento de nacer, alcanzando esta cifra al 48% del total de nacimientos de madres con cesárea previa al parto actual.

La información analizada en este punto, se muestra en la Tabla nro.15 del Anexo nro.1.

previa al parto actual. Ello se puede verificar en la Tabla nro.13 del Anexo nro.1.

f.- En el universo de mujeres que este estudio abarcó, 76.5% no presentó complicaciones maternas, de éstas, sin embargo, 139 terminaron en otra cesárea en el parto actual, esto es un 66.5% de este grupo de pacientes que no presentaron complicaciones previas al parto actual.

Por otra parte, el 77.2% de las pacientes con cesárea previa y que llegaron a otra cesárea en el parto actual, esto es 139 pacientes de un total de 180, no tenían complicaciones maternas previas. Así entonces, un 51% del total de pacientes con cesárea previa al parto actual, llegan a otra cesárea en este parto a pesar de que no presentaban complicaciones maternas previas. La Tabla nro.14 del Anexo nro.1 muestra esta situación claramente. } ?

Se puede afirmar entonces que, la cesárea diagnosticada en el parto actual a mujeres que presentaban cesárea previa, no se debe a las mayores complicaciones maternas que éstas presentaron durante su embarazo, dado que solo un 22.8% de las pacientes que presentaban estas características, tuvieron complicaciones maternas previas, reafirmando, una vez más, que una cesárea practicada en una mujer, condiciona en gran medida, y solo por este hecho, las formas de partos venideros y por lo tanto, también el número de hijos que nacerán en el futuro.

g.- Un 73.6%, esto es 201 niños de un total de 273 que consideró la muestra, de madres con cesárea previa al parto actual, no presentaron complicaciones ni morbilidad al momento del parto. Sin embargo, 130 de ellos nacieron bajo la modalidad de cesárea, esto es un 65% . Ahora bien, de los 180 niños que nacieron vía cesárea, de los 273 casos que compusieron la muestra, 130 de ellos no presentaron complicaciones ni morbilidad en el momento del parto, lo que representa un 72.2% del total de niños nacidos bajo esta modalidad y provenientes de madres con cesárea previa al parto actual.

Se tiene entonces que, de los 273 casos que consideró el estudio, 130 niños nacieron por la vía de la cesárea, sin que presentaran complicaciones ni morbilidad en el momento de nacer, alcanzando esta cifra al 48% del total de nacimientos de madres con cesárea previa al parto actual.

La información analizada en este punto, se muestra en la Tabla nro.15 del Anexo nro.1.

ANALISIS Y COMENTARIOS
INVESTIGACION SOBRE ANTIMICROBIANOS PROFILACTICOS
EN CESAREAS. MATERNIDAD DEL HOSPITAL
PAULA JARAQUEMADA. NOVIEMBRE 1978 A OCTUBRE 1979.-
RELIZADO POR PROFESIONALES DEL DEPTO Y SERVICIO DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE ESE HOSPITAL.-

Pese a los grandes avances terapéuticos, la infección puerperal constituye una de las principales causas de muerte en pacientes obstétricas.

Se ha demostrado que la mayoría de las infecciones microbianas en obstetricia son de origen endógeno, donde las intervenciones son "potencialmente contaminadas" y se justificaría el uso de antibiótico profiláctico. El aumento de la frecuencia de la operación cesárea en los últimos años se ha traducido en una menor morbimortalidad perinatal, pero ha significado, en cambio, un aumento de la morbilidad infecciosa de la madre.

En la maternidad del Hospital Paula Jaraquemada de Santiago, en el año 1978, con un índice ocupacional de camas del 93.2%, con egresos del 98%, la frecuencia de operación cesárea fue del 25%, en un total de 8096 partos. Tal porcentaje ocupacional de cama y con esa magnitud de egresos hospitalarios, como en casi la mayoría de las maternidades de los hospitales públicos de nuestro país, equivale a un sistema de "camas calientes", con una alta probabilidad de ocurrencia de infecciones intrahospitalarias, más aún en pacientes con operación cesárea, lo que acarrea alto costo económico por hospitalización prolongadas y enfermas de alto riesgo que distraen equipos técnico y humano.

Con este panorama, un grupo de profesionales de la Maternidad del Hospital Paula Jaraquemada se abocó a la realización de un estudio prospectivo, entre noviembre 1978 a octubre 1979, de 200 casos de embarazadas sometidas a operación cesárea durante el lapso señalado, distribuidas al azar en cuatro grupos: 1) de control, 2) grupo con solución alcohólica yodada, 3) grupo en dosis de 500 mg. oral de ampicilina, 4) grupo en dosis de 2 millones de unidades de penicilina sódica y cloramfenicol 500 mg. oral.

En la Tabla nro.16 del Anexo nro.1, se muestra las características de los grupos considerados en el estudio.

La Tabla nro.17 del Anexo nro.1, señala las causas de indicación de la cesárea por grupos de estudio, siendo significativo la causalidad "cesárea anterior" con un 13% del total de pacientes cesarizadas que consideró el estudio y la causalidad "esterilidad", con un 5% de ese mismo universo, refiriéndose esta última causalidad a pacientes sometidas a cesárea por que además debía practicársele la esterilización. De la Tabla NRO.16 se puede

ANALISIS Y COMENTARIOS
INVESTIGACION SOBRE ANTIMICROBIANOS PROFILACTICOS
EN CESAREAS. MATERNIDAD DEL HOSPITAL
PAULA JARAQUEMADA. NOVIEMBRE 1978 A OCTUBRE 1979.-
RELIZADO POR PROFESIONALES DEL DEPTO Y SERVICIO DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE ESE HOSPITAL.-

Pese a los grandes avances terapéuticos, la infección puerperal constituye una de las principales causas de muerte en pacientes obstétricas.

Se ha demostrado que la mayoría de las infecciones microbianas en obstetricia son de origen endógeno, donde las intervenciones son "potencialmente contaminadas" y se justificaría el uso de antibiótico profiláctico. El aumento de la frecuencia de la operación cesárea en los últimos años se ha traducido en una menor morbimortalidad perinatal, pero ha significado, en cambio, un aumento de la morbilidad infecciosa de la madre.

En la maternidad del Hospital Paula Jaraquemada de Santiago, en el año 1978, con un índice ocupacional de camas del 93.2%, con egresos del 98%, la frecuencia de operación cesárea fue del 25%, en un total de 8096 partos. Tal porcentaje ocupacional de cama y con esa magnitud de egresos hospitalarios, como en casi la mayoría de las maternidades de los hospitales públicos de nuestro país, equivale a un sistema de "camas calientes", con una alta probabilidad de ocurrencia de infecciones intrahospitalarias, más aún en pacientes con operación cesárea, lo que acarrea alto costo económico por hospitalización prolongadas y enfermas de alto riesgo que distraen equipos técnico y humano.

Con este panorama, un grupo de profesionales de la Maternidad del Hospital Paula Jaraquemada se abocó a la realización de un estudio prospectivo, entre noviembre 1978 a octubre 1979, de 200 casos de embarazadas sometidas a operación cesárea durante el lapso señalado, distribuidas al azar en cuatro grupos: 1) de control, 2) grupo con solución alcohólica yodada, 3) grupo en dosis de 500 mg. oral de ampicilina, 4) grupo en dosis de 2 millones de unidades de penicilina sódica y cloramfenicol 500 mg. oral.

En la Tabla nro.16 del Anexo nro.1, se muestra las características de los grupos considerados en el estudio.

La Tabla nro.17 del Anexo nro.1, señala las causas de indicación de la cesárea por grupos de estudio, siendo significativo la causalidad "cesárea anterior" con un 13% del total de pacientes cesarizadas que consideró el estudio y la causalidad "esterilidad", con un 5% de ese mismo universo, refiriéndose esta última causalidad a pacientes sometidas a cesárea por que además debía practicársele la esterilización. De la Tabla NRO.16 se puede

verificar que la edad promedio del grupo en estudio fué de 25.1 años.

La Tabla nro.18 del Anexo nro.1, permite verificar que el 11.4% de las pacientes del grupo de control (sin antimicrobianos) tuvieron infección postoperatoria, el 6.9% de la pacientes del grupo con yodo vaginal también, el 12% de la pacientes del grupo con ampicilina se infectaron y el 2.3% del grupo de pacientes con penicilina y cloramfenicol, lo que comprueba que si las pacientes sometidas a cesárea no reciben un antimicrobiano, sea penicilina y cloramfenicol, tienen una alta probabilidad de contraer infección post-intervención, redituando, ello, en los mayores y significativos costos que el tratamiento antinfeccioso involucra en estos casos.

ANALISIS Y COMENTARIOS A OTRAS INVESTIGACIONES RELEVANTES DE CONSIDERAR

1.- Desde enero de 1986 hasta junio 1989, se atendieron 10835 partos en el Hospital Municipal de Bronx New York, de la cuales 711 (6.6%) fueron cesarizadas previas. Se intentó parto vaginal en 424 pacientes y fué exitoso en 312 (73.6%).

Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. nro.5, año 1990, pag.373.-

2.- El Colegio Americano de Obstetras y Ginecológos recomiendan permitir el parto por vía vaginal en pacientes con una cicatriz previa. Se excluyen de esta recomendación las mujeres con dos o más cesáreas por el riesgo de rutura uterina.

Sin embargo, al efectuar medición de fibrosis, en el año 1988 en la Maternidad del Hospital del Cobre de Rancagua, en una muestra de cicatriz uterina, se encontró que el porcentaje más alto de fibrosis (35.7%) correspondió al grupo con una cesárea previa, concluyéndose entonces que la cicatriz uterina es de características similares después de 1, 2 o más cesáreas previas, y el riesgo de ruptura sería similar. De allí la importancia que el médico evalúe correctamente y en conciencia la prescripción de cesárea en pacientes primíparas.

Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.nro.5, año 1989, pags. 307 a la 309.-

3.- Un estudio prospectivo de 10 años, 24644 partos, terminado en 1989 en U.S.A., determinó que 2036 pacientes habían sido sometidas a operación cesárea previamente. En 1008 pacientes de este grupo se hizo prueba de trabajo y 92.2% tuvo parto vaginal. La incidencia de rutura uterina en los casos con prueba de trabajo fué 0.6% en comparación con el 0.4% en todo el grupo. Los autores de la

verificar que la edad promedio del grupo en estudio fué de 25.1 años.

La Tabla nro.18 del Anexo nro.1, permite verificar que el 11.4% de las pacientes del grupo de control (sin antimicrobianos) tuvieron infección postoperatoria, el 6.9% de la pacientes del grupo con yodo vaginal también, el 12% de la pacientes del grupo con ampicilina se infectaron y el 2.3% del grupo de pacientes con penicilina y cloramfenicol, lo que comprueba que si las pacientes sometidas a cesárea no reciben un antimicrobiano, sea penicilina y cloramfenicol, tienen una alta probabilidad de contraer infección post-intervención, redituando, ello, en los mayores y significativos costos que el tratamiento antinfecioso involucra en estos casos.

→ **ANALISIS Y COMENTARIOS A
OTRAS INVESTIGACIONES RELEVANTES DE CONSIDERAR**

1.- Desde enero de 1986 hasta junio 1989, se atendieron 10835 partos en el Hospital Municipal de Bronx New York, de la cuales 711 (6.6%) fueron cesarizadas previas. Se intentó parto vaginal en 424 pacientes y fué exitoso en 312 (73.6%).

Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. nro.5, año 1990, pag.373.-

2.- El Colegio Americano de Obstetras y Ginecológos recomiendan permitir el parto por vía vaginal en pacientes con una cicatriz previa. Se excluyen de esta recomendación las mujeres con dós o más cesáreas por el riesgo de ruptura uterina.

Sin embargo, al efectuar medición de fibrosis, en el año 1988 en la Maternidad del Hospital del Cobre de Rancagua, en una muestra de cicatriz uterina, se encontró que el porcentaje más alto de fibrosis (35.7%) correspondió al grupo con una cesárea previa, concluyéndose entonces que la cicatriz uterina es de características similares después de 1, 2 o más cesáreas previas, y el riesgo de ruptura sería similar. De allí la importancia que el médico evalúe correctamente y en conciencia la prescripción de cesárea en pacientes primíparas.

Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.nro.5, año 1989, pags. 307 a la 309.-

3.- Un estudio prospectivo de 10 años, 24644 partos, terminado en 1989 en U.S.A., determinó que 2036 pacientes habían sido sometidas a operación cesárea previamente. En 1008 pacientes de este grupo se hizo prueba de trabajo y 92.2% tuvo parto vaginal. La incidencia de ruptura uterina en los casos con prueba de trabajo fué 0.6% en comparación con el 0.4% en todo el grupo. Los autores de la

nota: cicatriz no lleva cuenta.

investigación destacan que la ruptura de cicatriz no produjo complicaciones serias en la madre ni el recién nacido. El parto vaginal se consideró, por ésto, la vía más segura en estas pacientes.

Revist. Chilena de Obst.y Ginecologías.nro.5, año 1989, pag.340.-

CAPITULO II

=====

A N A L I S I S D E R E S U L T A D O S

D E L E S T U D I O

=====

**ANALISIS PARTOS POR CESAREA PARA LA CIUDAD DE CHILLAN
AÑO 1990.-**

=====

1.- La Tabla NRO.1 del Anexo NRO.2, muestra la evolución de los partos por cesárea, desde 1986 a 1990, en Chile.

EN 1986, de cada 100 partos que se producían en el Sistema Estatal de Chile, 26 eran mediante el expediente de la cesárea. En 1990, esa cifra de mantiene en 27 por cada cien partos.

Sin embargo en el Sistema Privado de Salud en Chile, estas cifras difieren bastantes con las del sector público, siendo que en 1986 este sector privado presentaba una proporción de 55% de partos por cesárea, en 1990 esa proporción alcanzó la cifra del 45%, en ambos casos bastante mayor a lo mostrado por el sector estatal.

Lo anterior podría ratificar la postura de algunos autores sobre esta materia, en el sentido de que si se parte de la base que es en el sector privado donde se concentran las pacientes de mayores ingresos, éstas están recurriendo en mayor proporción a la cesárea como forma de parto, condicionándose por esta vía el número de hijos a tener en el futuro post-cesárea, por ende a la fecundidad de este sector de mujeres, y en última instancia, a través de la cesárea, a afectar el tamaño de la población. Aparece paradójal incluso que, si es este el sector que concentra los mayores progresos en materia de salud en Chile, mejores técnicas y profesionales- mejores infraestructura hospitalaria y medios de diagnósticos, sea precisamente el que muestra un menor índice de partos naturales de las pacientes adcritas a este sistema.

2.- El Servicio de Salud de Ñuble, cuya capital provincial es la ciudad de Chillán, en 1989 fué el segundo Servicio de Salud de País, después del Servicio de Salud de Magallanes, en ostentar la proporción más alta de cesáreas de todo el territorio nacional, con una tasa del 30.8%; en 1987 fué el sexto Servicio del País con una tasa del 26.8% de cesáreas. En dos años, en consecuencia, el Servicio de Salud de Ñuble aumento su proporción de cesáreas, sobre los partos totales, en un 15%, en ese mismo período el promedio de todos los Servicios de Salud aumentó en 6.8% la proporción de cesáreas en el País, pasando de un 23.7% al 25.3% de cesáreas sobre los partos totales.

Compárese estas cifras con las mostradas en la Tabla NRO.1 del Anexo NRO.1 para otros países en distintos años, la cual señala la tasa más alta para EE.UU. en 1983, esta fué del 20.3%

3.- La Tabla NRO.3 del Anexo NRO.2, muestra la evolución de la proporción de los partos por cesárea, entre 1985 y 1990, sobre los partos totales, en la provincia de Ñuble, en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán.

**ANALISIS PARTOS POR CESAREA PARA LA CIUDAD DE CHILLAN
AÑO 1990.-**

=====

1.- La Tabla NRO.1 del Anexo NRO.2, muestra la evolución de los partos por cesárea, desde 1986 a 1990, en Chile.

EN 1986, de cada 100 partos que se producían en el Sistema Estatal de Chile, 26 eran mediante el expediente de la cesárea. En 1990, esa cifra de mantiene en 27 por cada cien partos.

Sin embargo en el Sistema Privado de Salud en Chile, estas cifras difieren bastantes con las del sector público, siendo que en 1986 este sector privado presentaba una proporción de 55% de partos por cesárea, en 1990 esa proporción alcanzó la cifra del 45%, en ambos casos bastante mayor a lo mostrado por el sector estatal.

Lo anterior podría ratificar la postura de algunos autores sobre esta materia, en el sentido de que si se parte de la base que es en el sector privado donde se concentran las pacientes de mayores ingresos, éstas están recurriendo en mayor proporción a la cesárea como forma de parto, condicionandose por esta vía el número de hijos a tener en el futuro post-cesárea, por ende a la fecundidad de este sector de mujeres, y en última instancia, a través de la cesárea, a afectar el tamaño de la población. Aparece paradójal incluso que, si es este el sector que concentra los mayores progresos en materia de salud en Chile, mejores técnicas y profesionales- mejores infraestructura hospitalaria y medios de diagnósticos, sea precisamente el que muestra un menor índice de partos naturales de las pacientes adcritas a este sistema.

2.- El Servicio de Salud de Ñuble, cuya capital provincial es la ciudad de Chillán, en 1989 fué el segundo Servicio de Salud de País, después del Servicio de Salud de Magallanes, en ostentar la proporción más alta de cesáreas de todo el territorio nacional, con una tasa del 30.8%; en 1987 fué el sexto Servicio del País con una tasa del 26.8% de cesáreas. En dos años, en consecuencia, el Servicio de Salud de Ñuble aumento su proporción de cesáreas, sobre los partos totales, en un 15%, en ese mismo período el promedio de todos los Servicios de Salud aumentó en 6.8% la proporción de cesáreas en el País, pasando de un 23.7% al 25.3% de cesáreas sobre los partos totales.

Compárese estas cifras con las mostradas en la Tabla NRO.1 del Anexo NRO.1 para otros países en distintos años, la cual señala la tasa más alta para EE.UU. en 1983, esta fué del 20.3%

3.- La Tabla NRO.3 del Anexo NRO.2, muestra la evolución de la proporción de los partos por cesárea, entre 1985 y 1990, sobre los partos totales, en la provincia de Ñuble, en la Maternidad del Hospital de Chillán y en la Maternidad de la Clínica Chillán.

*pero
hombre
mejor
buen
fe c.*

Al respecto, es importante hacer notar que, a nivel provincial, esta proporción ha aumentado desde un 27.0% en 1985 a 31.5% en 1990, lo que representa un aumento del orden del 17% de las cesáreas en el período considerado.

En el mismo período, las pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán, pasaron de una proporción del 31.0% en 1985, sobre los partos totales, a una proporción del 34.1% en 1990, lo cual representa un aumento del 10%.

Asimismo, la Maternidad de la Clínica Chillán, presentaba una proporción del 47.3% de pacientes cesarizadas, en 1988, alcanzando en 1990 a una proporción del 69.1%, sobre los partos totales, lo que significa un aumento del 46%, pasando en 1989, incluso, por un porcentaje de mujeres cesarizadas en este establecimiento de salud privado, del orden del 80.2% . No se tuvo acceso a la información de otros años para la Clínica.

4.- Las infecciones intrahospitalarias en la Maternidad del Hospital de Chillán, uno de los riesgos involucrados en la operación cesárea, se han matenido, en términos nominales, en alrededor de 420 casos en el período en estudio, con las fluctuaciones que se muestran en la Tabla NRO.4 del Anexo NRO.2. Estas representan un porcentaje del orden del 60% del total de infecciones intrahospitalarias del Hospital de Chillán, alcanzando en el año 1988 la proporción más alta, esto es que del total de infecciones intrahospitalarias ocurridas en el Hospital de Chillán, un 79% ocurrieron en la Maternidad de dicho establecimiento, coincidente con la tasa más alta de cesáreas realizadas en el período, la que fué de un 34.9%.

5.- La tasa de ataque de las infecciones intrahospitalarias, esto es el porcentaje de egresos hospitalarios que presentaron este tipo de infecciones, se muestra en la Tabla NRO.5 del Anexo NRO.2 para el período 1985 -1990, separadas la Maternidad de Hospital de Chillán y el total del establecimiento.

Mientras que en la totalidad del Hospital, dicha tasa alcanzaba para 1990, por ejemplo, 3.5%, la Maternidad del establecimiento presentaba para el mismo año un 5.8%, es decir, un 66% superior a la tasa media del recinto hospitalario, mostrándose también aquí la importancia que tal patología alcanza en el Servicio de Ginecología y Obstetricia. Importante es hacer notar que en el año 1988, año de mayor proporción de cesáreas en el Hospital de Chillán, la tasa de ataque alcanzó al 6.6%, lo que quiere decir que de 100 pacientes egresadas de la Maternidad, un promedio de 6.6 presentaron cuadros de infecciones intrahospitalarias. La tasa de ataque más alta registrada en el período de estudio, se verifica en el año 1986, donde la proporción de cesáreas alcanzó al 32.3%, también bastante alta.

Al respecto, es importante hacer notar que, a nivel provincial, esta proporción ha aumentado desde un 27.0% en 1985 a 31.5% en 1990, lo que representa un aumento del orden del 17% de las cesáreas en el período considerado.

En el mismo período, las pacientes cesarizadas en la Maternidad del Hospital de Chillán, pasaron de una proporción del 31.0% en 1985, sobre los partos totales, a una proporción del 34.1% en 1990, lo cual representa un aumento del 10%.

Asimismo, la Maternidad de la Clínica Chillán, presentaba una proporción del 47.3% de pacientes cesarizadas, en 1988, alcanzando en 1990 a una proporción del 69.1%, sobre los partos totales, lo que significa un aumento del 46%, pasando en 1989, incluso, por un porcentaje de mujeres cesarizadas en este establecimiento de salud privado, del orden del 80.2%. No se tuvo acceso a la información de otros años para la Clínica.

4.- Las infecciones intrahospitalarias en la Maternidad del Hospital de Chillán, uno de los riesgos involucrados en la operación cesárea, se han matenido, en términos nominales, en alrededor de 420 casos en el período en estudio, con las fluctuaciones que se muestran en la Tabla NRO.4 del Anexo NRO.2. Estas representan un porcentaje del orden del 60% del total de infecciones intrahospitalarias del Hospital de Chillán, alcanzando en el año 1988 la proporción más alta, esto es que del total de infecciones intrahospitalarias ocurridas en el Hospital de Chillán, un 79% ocurrieron en la Maternidad de dicho establecimiento, coincidente con la tasa más alta de cesáreas realizadas en el período, la que fué de un 34.9%.

5.- La tasa de ataque de las infecciones intrahospitalarias, esto es el porcentaje de egresos hospitalarios que presentaron este tipo de infecciones, se muestra en la Tabla NRO.5 del Anexo NRO.2 para el período 1985 -1990, separadas la Maternidad de Hospital de Chillán y el total del establecimiento.

Mientras que en la totalidad del Hospital, dicha tasa alcanzaba para 1990, por ejemplo, 3.5%, la Maternidad del establecimiento presentaba para el mismo año un 5.8%, es decir, un 66% superior a la tasa media del recinto hospitalario, mostrándose también aquí la importancia que tal patología alcanza en el Servicio de Ginecología y Obstetricia. Importante es hacer notar que en el año 1988, año de mayor proporción de cesáreas en el Hospital de Chillán, la tasa de ataque alcanzó al 6.6%, lo que quiere decir que de 100 pacientes egresadas de la Maternidad, un promedio de 6.6 presentaron cuadros de infecciones intrahospitalarias. La tasa de ataque más alta registrada en el período de estudio, se verifica en el año 1986, donde la proporción de cesáreas alcanzó al 32.3%, también bastante alta.

*JM
Compendio*

6.- La Tabla NRO.6 del Anexo NRO.2, señala las principales causas de indicaciones de cesáreas, tanto para la maternidad del Hospital de Chillán como para la Maternidad de la Clínica Chillán, muestra del año 1990.

Allí se verifica que, un 27% de la muestra del Hospital, registra diagnóstico de "cesárea repetida" y un 30% "distócía", siendo ambas las principales causales de la prescripción de cesárea. Asimismo, la maternidad de la Clínica Chillán registra, para el mismo año, un 31% de "cesáreas repetidas" y un 16% para "distócía", también las dos principales causas de la prescripción.

Al respecto, tal como se comentara para las investigaciones mostradas en la primera parte de este estudio, importante es determinar el porcentaje de cesáreas que se sustentaron únicamente en la existencia de una cicatriz anterior, sin asociación de causas patológicas anexas, con el objetivo de determinar el porcentaje de cesáreas que podrían haberse evitado.

7.- Una aproximación a lo señalado en el párrafo anterior, podría encontrarse en la estadística mostrada en la Tabla NRO.7 del Anexo NRO.2, esto es, la proporción de pacientes con y sin riesgo perinatal al momento de ser cesarizadas.

Sobre el particular, para el Hospital de Chillán, se verifica que el 48% de la mujeres sometidas a cesárea, fueron catalogadas como de alto riesgo perinatal, en la muestra tomada para el año 1990. Sin embargo, también se registró que un 45% de las pacientes no tenían riesgo perinatal. En la Clínica Chillán, se verifica un 77% de mujeres sometidas a cesárea sin riesgo perinatal y un 21% con alto riesgo perinatal

8.- Un 37%, en la maternidad del Hospital de Chillán, y un 46%, en la Clínica Chillán, para la muestra considerada en 1990, eran nulíparas, tal y como se indica en la Tabla NRO.8 del Anexo NRO.2, el resto con uno, dos, tres y hasta cuatro hijos previos al actual, (ver Tabla).

Como se aprecia, un gran porcentaje de las mujeres cesáreadas eran nulíparas al momento de la cesárea actual, lo cual es muy importante, ya que, de acuerdo a lo analizado en la primera parte de este artículo, una cesárea condiciona en alta medida la forma de parto futura de la mujer, esto es otra(s) cesárea(s), condicionando, por esta vía, el número de hijos posibles de tener en el futuro, por lo tanto la fecundidad de las mujeres.

9.- Pero para visualizar de mejor manera lo indicado en el párrafo anterior, se muestra la Tabla NRO.9 del Anexo NRO.2, donde se verifica que un 37% de la mujeres actualmente sometidas a cesárea, de la muestra considerada para 1990, un 37% de ellas habían sido cesarizadas previamente. En el Hospital de Chillán esa cifra alcanza al 44% y en la Clínica Chillán al 9%.

6.- La Tabla NRO.6 del Anexo NRO.2, señala las principales causas de indicaciones de cesáreas, tanto para la maternidad del Hospital de Chillán como para la Maternidad de la Clínica Chillán, muestra del año 1990.

Allí se verifica que, un 27% de la muestra del Hospital, registra diagnóstico de "cesárea repetida" y un 30% "distocia", siendo ambas las principales causales de la prescripción de cesárea. Asimismo, la maternidad de la Clínica Chillán registra, para el mismo año, un 31% de "cesáreas repetidas" y un 16% para "distocia", también las dos principales causas de la prescripción.

Al respecto, tal como se comentara para las investigaciones mostradas en la primera parte de este estudio, importante es determinar el porcentaje de cesáreas que se sustentaron únicamente en la existencia de una cicatriz anterior, sin asociación de causas patológicas anexas, con el objetivo de determinar el porcentaje de cesáreas que podrían haberse evitado.

7.- Una aproximación a lo señalado en el párrafo anterior, podría encontrarse en la estadística mostrada en la Tabla NRO.7 del Anexo NRO.2, esto es, la proporción de pacientes con y sin riesgo perinatal al momento de ser cesarizadas.

Sobre el particular, para el Hospital de Chillán, se verifica que el 48% de la mujeres sometidas a cesárea, fueron catalogadas como de alto riesgo perinatal, en la muestra tomada para el año 1990. Sin embargo, también se registró que un 45% de las pacientes no tenían riesgo perinatal. En la Clínica Chillán, se verifica un 77% de mujeres sometidas a cesárea sin riesgo perinatal y un 21% con alto riesgo perinatal

8.- Un 37%, en la maternidad del Hospital de Chillán, y un 46%, en la Clínica Chillán, para la muestra considerada en 1990, eran nulíparas, tal y como se indica en la Tabla NRO.8 del Anexo NRO.2, el resto con uno, dos, tres y hasta cuatro hijos previos al actual, (ver Tabla).

Como se aprecia, un gran porcentaje de las mujeres cesáreadas eran nulíparas al momento de la cesárea actual, lo cual es muy importante, ya que, de acuerdo a lo analizado en la primera parte de este artículo, una cesárea condiciona en alta medida la forma de parto futura de la mujer, esto es otra(s) cesárea(s), condicionando, por esta vía, el número de hijos posibles de tener en el futuro, por lo tanto la fecundidad de las mujeres.

9.- Pero para visualizar de mejor manera lo indicado en el párrafo anterior, se muestra la Tabla NRO.9 del Anexo NRO.2, donde se verifica que un 37% de la mujeres actualmente sometidas a cesárea, de la muestra considerada para 1990, un 37% de ellas habían sido cesarizadas previamente. En el Hospital de Chillán esa cifra alcanza al 44% y en la Clínica Chillán al 9%.

cómo determinar el riesgo perinatal?

También allí se muestra el número de mujeres con cesárea previa, cero-una-dos-tres, según paridad previa al parto actual, comprobándose que de las mujeres con uno a dos hijos previos al parto actual, por lo menos un 44% de ellas habían sido sometidas a cesárea previamente y que el 59% con tres o más hijos previos también, comprobándose, una vez más, que la cesárea condiciona en gran medida la forma de parto futuro de la mujer y por esta vía el número de hijos futuros.

10.- El 51% de la muestra considerada, en la Maternidad del Hospital de Chillán, y el 43% en la Clínica Chillán, presentaba pacientes cesarizadas con edades entre 25 y 34 años, pleno período reproductivo de la mujer en Chile y de menor riesgo para la paciente. El porcentaje restante, se distribuyó en los grupos de 15 a 24 años, un 31% en el Hospital y un 18% en la Clínica, y de 35 y más años, 15% y 39% respectivamente.

Tal información, puede ser comprobada en la Tabla NRO.10 del Anexo NRO 2.-

11.- La Tabla NRO.11 del Anexo NRO.2, también podría dar señales de la cuestión planteada en la presente investigación, esto es el porcentaje de cesáreas que pudieran ser evitadas con un mejor diagnóstico. En efecto, un 47% de la muestra de pacientes sometidas a cesáreas en el Hospital de Chillán, no tenían antecedentes mórbidos y un 30% en la Clínica Chillán, el resto de la muestra presenta antecedentes patológicos de las pacientes sometidas a cesárea, indicándose los principales antecedentes.

12.- Ahora bien, un antecedente importante de chequear es el control prenatal de las mujeres sometidas a la operación cesárea, dado que está comprobado que la ausencia de dicho control es un factor de riesgo importante para la resultante del parto.

No se encontró registro, para esta variable, en la maternidad de la Clínica Chillán. En el Hospital de Chillán, sin embargo, se verificó, para la muestra considerada, que el 98% de las pacientes allí cesarizadas habían tenido su control prenatal como corresponde y que, el 2% restante no lo había tenido.

Se comprueba así que, a pesar del alto porcentaje de mujeres con su control prenatal al día, siempre se registra una alta tasa de cesáreas en la maternidad del Hospital de Chillán, lo que podría estar indicando que dicho control no es eficaz hacia la propensión de partos naturales o que el diagnóstico de la cesárea se realiza en forma poco efectiva en pacientes que podrían estar no necesiándola.

La Tabla NRO.12 del Anexo NRO.2, señala esta información.

13.- Es interesante analizar la Tabla NRO.13 del Anexo NRO.2, que indica el uso de anticonceptivos previos al embarazo actual, en las

También allí se muestra el número de mujeres con cesárea previa, cero-una-dos-tres, según paridad previa al parto actual, comprobándose que de las mujeres con uno a dos hijos previos al parto actual, por lo menos un 44% de ellas habían sido sometidas a cesárea previamente y que el 59% con tres o más hijos previos también, comprobándose, una vez más, que la cesárea condiciona en gran medida la forma de parto futuro de la mujer y por esta vía el número de hijos futuros.

10.- El 51% de la muestra considerada, en la Maternidad del Hospital de Chillán, y el 43% en la Clínica Chillán, presentaba pacientes cesarizadas con edades entre 25 y 34 años, pleno período reproductivo de la mujer en Chile y de menor riesgo para la paciente. El porcentaje restante, se distribuyó en los grupos de 15 a 24 años, un 31% en el Hospital y un 18% en la Clínica, y de 35 y más años, 15% y 39% respectivamente.

Tal información, puede ser comprobada en la Tabla NRO.10 del Anexo NRO 2.-

11.- La Tabla NRO.11 del Anexo NRO.2, también podría dar señales de la cuestión planteada en la presente investigación, esto es el porcentaje de cesáreas que pudieran ser evitadas con un mejor diagnóstico. En efecto, un 47% de la muestra de pacientes sometidas a cesáreas en el Hospital de Chillán, no tenían antecedentes mórbidos y un 30% en la Clínica Chillán, el resto de la muestra presenta antecedentes patológicos de las pacientes sometidas a cesárea, indicándose los principales antecedentes.

12.- Ahora bien, un antecedente importante de chequear es el control prenatal de las mujeres sometidas a la operación cesárea, dado que está comprobado que la ausencia de dicho control es un factor de riesgo importante para la resultante del parto.

No se encontró registro, para esta variable, en la maternidad de la Clínica Chillán. En el Hospital de Chillán, sin embargo, se verificó, para la muestra considerada, que el 98% de las pacientes allí cesarizadas habían tenido su control prenatal como corresponde y que, el 2% restante no lo había tenido.

Se comprueba así que, a pesar del alto porcentaje de mujeres con su control prenatal al día, siempre se registra una alta tasa de cesáreas en la maternidad del Hospital de Chillán, lo que podría estar indicando que dicho control no es eficaz hacia la propensión de partos naturales o que el diagnóstico de la cesárea se realiza en forma poco efectiva en pacientes que podrían estar no necesitándola.

La Tabla NRO.12 del Anexo NRO.2, señala esta información.

13.- Es interesante analizar la Tabla NRO.13 del Anexo NRO.2, que indica el uso de anticonceptivos previos al embarazo actual, en las

Dr. J. J. J. J.

pacientes cesarizadas en la maternidad del Hospital de Chillán y en la maternidad de la Clínica Chillán, para la muestra considerada en el año 1990.

Al respecto, se puede comprobar que el 56% de la muestra de pacientes del Hospital de Chillán y, el 64% en la Clínica Chillán, no usaban anticonceptivos previo al embarazo actual y que un 39% y un 36%, respectivamente, si los usaban, siendo el ACO el de mayor uso en las pacientes de ambos establecimientos.

14.- La Tabla NRO.14 del Anexo NRO.2, informa sobre las muertes postcesáreas ocurridas en ambos establecimientos, según la muestra del año 1990 analizada en el presente estudio.

En el Hospital de Chillán, se registraron 2 casos (2%) de muertes postcesárea del hijo y un caso en donde murió la madre y el hijo después de la cesárea, los 147 casos restantes que consideró la muestra, no registraron muertes. En la Clínica Chillán, no se registraron muerte en la muestra analizada.

Lo anterior comprueba la baja tasa de muertes postcesárea que existe en la actualidad en la mayoría de los establecimientos hospitalarios del mundo, sean públicos o privados, contractándose ello con las tasas de principio y mediados de siglo donde la muerte de mujeres sometidas a esta intervención quirúrgica era altísima, con cifras cercanas, incluso a principio de siglo, al 100%. Esta evolución ha sido posible gracias al adelanto de la ciencia y la técnica médica, con recursos humanos, físicos e infraestructura mejor dotada, mejores condiciones de asepsia, mejores medios de diagnóstico, etc.

Producto de esta casi aparente total inocuidad que esta intervención presenta en la actualidad, a juicios de muchos especialistas, es lo que ha motivado que tanto profesionales como pacientes estén recurriendo a ella con mayor facilidad.

15.- Un 2% de los casos estudiados, tanto para el Hospital como para la Clínica, presentaron parto gemelar, lo cual se puede comprobar en la Tabla NRO.15 Anexo NRO.2, pudiendo ser un indicador de la necesidad que, por esta causal, se tenía de practicar cesárea en ellos, lo que efectivamente se realizó.

16.- Dado que el área de estudio presenta índice altos de alcoholismo, el investigador decidió incorporar esta dimensión al análisis del estudio, lo cual se expone en la Tabla NRO.16 del Anexo NRO.2, comprobándose, en primer lugar, que a pesar de ser un importante problema de salud pública en la ciudad, esta información es escasa y en la mayoría de los casos se omite.

En efecto, en el Hospital de Chillán, de la muestra que se tomó para el presente artículo, el 95.5% de las fichas clínicas no registraba el dato para el caso de las madres y, un 49% para el

caso de los padres. En este establecimiento de salud pública, el 4% de las madres cesarizadas que consideró la muestra se declaró bebedora moderada y el 0.5% excesiva; en los padres el 49% se consignó como bebedor moderado y el 2% como excesivo.

La Clínica Chillán, no registró este dato para las madres y, registró un 23% de bebedores moderados, para el caso de los padres y, un 0% excesivos, no registrándose el 77% de los casos.

Es muy importante que los profesionales consignen y registren este dato en Chillán, puesto que es un factor de riesgo presente en gran proporción en la ciudad, factor que el facultativo debe considerar, de entre muchos otros, al momento de tomar la decisión de intervenir o no.

17.- Tanto en el Hospital de Chillán como en la Clínica Chillán, el 61% de los recién nacidos provenientes de mujeres de la muestra que considera el presente estudio, presentaron talla de entre 48 a 51 cms. y, un 23% talla de entre 44 y 47 cms, con porcentajes menores para los otros grupos analizados. Ver Tabla NRO.17 del Anexo NRO.2.-

Por otra parte, la Tabla NRO.18. del Anexo NRO.2, muestra el peso del recién nacido en pacientes cesarizadas según la muestra comprendida, señalándose que un 44% se ubicaron en pesos de entre 2801 a 3400 grs. y, un 27% en pesos de entre 3401 y 4000 grs., para el Hospital de Chillán, sumando entre ambos grupos 71% . Asimismo, la Clínica presenta un 47% de niños con peso de entre 2801 a 3400 grs. y un 30% con peso de entre 3401 a 4000 grs., sumando entre ambos 77% .

Se comprueba una distribución similar, tanto por peso como por talla, del recién nacido de pacientes cesarizadas en ambos establecimientos.

18.- El 54% de los recién nacidos de la muestra en la Maternidad del Hospital de Chillán, fueron del sexo femenino, en cambio idéntico porcentaje se verificó para el sexo masculino en la Maternidad de la Clínica Chillán.

Dicha información puede consultarse en la Tabla NRO.19 del Anexo Nro.2.

19.- En la Maternidad del Hospital de Chillán, el 97% de los recién nacidos de la muestra no presentaron antecedentes patológicos de ninguna clase, lo cual puede estar señalando que esta causal no podría esgrimirse como importante y justificativa de gran parte de las cesáreas que se practicaron en el período del estudio, manteniendo constante los otros factores de riesgo. Igual situación presenta la Maternidad de la Clínica Chillán, donde aparecen 43 recién nacidos sin antecedente patológicos de la muestra considerada.

Tal información puede verificarse en la Tabla NRO.20 del Anexo NRO.2

20.- El 71% de la madres cesarizadas, de la muestra que se tomó para el estudio, estaban casadas al momento del parto, en la Maternidad del Hospital de Chillán. Un 96% de la madres cesarizadas en la Clínica Chillán también lo estaban. (Ver Tabla NRO.21 del Anexo NRO.2).

Es significativa la proporción de madres solteras que la muestra presentó para el caso del Hospital de Chillán, casi el 30%, lo cual puede estar asociado a un factor que incida en un mayor número de cesáreas practicada a este grupo, puesto que se puede inferir, en la mayoría de los casos de madres solteras, embarazos con mayores complicaciones que pueden tener su origen en embarazos no deseados, mayor stress de la madre, complicaciones en el parto en consecuencia. No así en el caso de la Clínica Chillán, donde no podría buscarse, en esta característica, una explicación a la propensión de una mayor proporción de cesáreas practicadas en la actualidad.

21.- Es importante analizar la información que la Tabla NRO.22 del Anexo NRO.2 muestra, y que dice relación con el nivel de instrucción escolar de las madres cesarizadas de la muestra, puesto que permite aproximarse a una realación, si la hubiera, entre esta variable y la frecuencia de cesáreas practicadas.

En la muestra del Hospital de Chillán, un 3% de la madres eran analfabetas, un 49% con educación básica, un 67% con educación media y solo un 3% con educación superior. En cambio, en la Clínica Chillán, no se verificó madres analfabetas ni madres con educación básica, el 98% de ellas tenían educación media cursada y el 2% con educación superior.

La muestra de la Clínica Chillán, presentó niveles de escolaridad superior, pero al mismo tiempo en la maternidad de este establecimiento se verifica una proporción mayor de mujeres cesarizadas, lo cual podría estar indicando que a mayor instrucción escolar de las madres mayor es la propensión que éstas tienen hacia la cesarea, lo cual es compatible con otras investigaciones realizadas sobre este tema.

Es cierto que, a mayor nivel de instrucción de las madres, mayor es su grado de preparación en la solución, o busqueda de solución, de sus propios problemas de salud y la de los suyos, por lo que aparece como obvio que de una muestra de mujeres cesarizadas la mayor parte de ellas aparezca con niveles medios de educación, puesto que estarían en mejores condiciones para solicitar y hasta, aveces, exigir la intervención quirúrgica en el parto.

22.- La Tabla NRO.23 del Anexo NRO.2, muestra la ocupación de las madres muestreadas en este estudio.

En efecto, un 87% de la mujeres cesarizadas de la muestra, declararon ser dueñas de casa, en la Maternidad del Hospital de Chillán, en cambio ese mismo porcentaje se verificó en la Clínica Chillán para las "sin registro". Es muy importante que los establecimientos de atención de salud registren este dato, dado que podría estar señalando los factores de riesgo asociado a una determinada patología, en el historial clínico de los pacientes.

De ser así esta situación, estaría verificándose que no siempre las mujeres que participan en el mercado laboral están más propensa a la cesárea que otras que no participan en este mercado, lo cual se reafirma con la información que la Tabla NRO.24 del Anexo NRO.2 registra, donde aparece que solo el 8% de la mujeres estaban efectivamente trabajando al momento del parto por cesárea, en la Maternidad del Hospital de Chillán, porcentaje que sin embargo se eleva al 34% en la muestra de la Clínica Chillán y es en este establecimiento, de los dos analizados en esta investigación, donde aparece la mayor proporción de mujeres cesarizadas, por lo que sí, por este lado, podría verificarse la hipótesis que a mayor propensión a la participación en el mercado laboral de la mujeres, mayor será la propensión a buscar la cesárea como forma de parto, la que podría estar encubriendo, incluso, los deseos que éstas tendrían en limitar el tamaño de su familia, es así como no pocas veces se verifica que junto a una cesárea existe una esterilización.

23.- La Tabla NRO.25 del Anexo NRO.2, es de extraordinaria importancia para tratar de aproximarse a una caracterización de la mujeres muestreadas en este estudio.

Allí se puede verificar que, en la Maternidad del Hospital de Chillán, el 56% de las pacientes de la muestra eran indigentes, es decir, sin ingresos monetarios declarados. En el mismo establecimiento, un 29% de la pacientes que se consideraron para el estudio tenían ingresos de entre \$ 0 y \$ 37019, un 5% ingresos de entre \$ 37020 y \$ 57841, un 1% con ingresos mensuales superiores a \$ 57842, un 3% eran particulares sin previsión de salud pero no indigentes, un 3% de pacientes atendidas en el Hospital estaban afiliadas a una ISAPRE y al 3% restante no se le registró el dato en su ficha clínica.

De allí puede verificarse que si consideramos la sumatoria de todas las pacientes indigentes, más las que presentaban ingresos de entre \$ 0 y \$ 37019, más las que ingresaban entre \$ 37020 y \$ 57841, éstas alcanzaban el 90% de la muestra, las que sumadas a las pacientes que no se les registró el dato pero que presentaban ingresos clasificables en algunos de estos tramos, más parte de ese 1% de las que presentaron ingresos mayores a \$ 57841, puede verificarse, se señaló, que más del 90% de la muestra analizada presentaba características de pacientes pobres, de acuerdo a la definición de pobreza que el Ministerio de Planificación Nacional entrega para el país, esto es que son pobres todas aquellas

familias que no alcanzan a cubrir dos canastas básicas (hoy en día dos canastas básicas significan \$ 72000 aprox.). Así también, dentro de éstas pacientes, por lo menos un 85% de ellas serían consideradas como indigentes por el mismo Ministerio antes nombrado, dado que un 85% de las pacientes no ganan ni siquiera para cubrir una canasta básica (hoy en día \$ 36000 aprox.). Recuérdese que se es indigente, según el Ministerio de Planificación Nacional, cuando el ingreso familiar no alcanza ni siquiera a cubrir las necesidades de sobrevivencia.

Ahora bien, no es igual la situación en la Clínica Chillán, donde el 43% de las pacientes estaban adscritas al sistema de previsión privado, el 5% eran pacientes sin previsión pero no indigente y el 36 % presentaba ingresos mensuales superiores a \$ 57842. No se registraron pacientes indigentes en la la Clínica, ni tampoco pacientes clasificables en el tramo de \$ 0 a \$ 37019.

Si consideramos lo planteado anteriormente, y haciendo una comparación entre las pacientes atendidas en las maternidades que este estudio abarca, podemos afirmar que el nivel económico de las pacientes cesarizadas en la Clínica es superior al nivel de las pacientes atendidas en el Hospital, pero es en la Clínica donde se registra una mayor proporción de pacientes cesarizadas, por lo que podría ser que a mayor poder económico de la paciente, mayor será la propensión a la práctica de la cesárea como forma de parto.

24.- Al analizar la residencia de las madres cesarizadas de la muestra considerada para el Hospital de Chillán en este estudio, se puede comprobar que el 57% de las pacientes tenían su residencia en el radio urbano de Chillán, el otro 43% en el sector rural. En la Clínica Chillán, estos porcentajes son bastantes distintos, siendo que el 91% de las pacientes de la muestra tenían residencia en el casco urbano y el 9% en el sector rural.

De todas maneras, tanto para el caso del Hospital como para el caso de la Clínica, existe una clara mayor tendencia de la cesárea en las pacientes de la ciudad en comparación a las pacientes provenientes del campo, lo cual podría significar que la ciudad ofrece condicionantes que favorecen a esta mayor propensión, tales como: mayor y mejor acceso a los profesionales de la salud; mejores condiciones de llegada a las instalaciones e infraestructura de los servicios de educación y medios de comunicación social, por lo que la mujer urbana presenta mayores niveles sobre estos aspectos, comparadas con la paciente del sector rural. Se señaló anteriormente sobre cómo podrían estar influyendo la variable educación en esta problemática. Así también, el mercado del trabajo en el área urbana favorece una mayor participación en él por parte de la mujer, la que se encuentra incentivada, en mayor medida, a entrar en la fuerza de trabajo con el tamaño de una familia que sea acorde e estas pretenciones, la que busca la cesárea en forma simultánea a la esterilización. Esta información puede verificarse en la Tabla NRO.26 del Anexo NRO.2.-

25.- En la Tabla NRO.27 del Anexo NRO.2, puede constatarse que el 31% de las pacientes de la muestra en la Maternidad del Hospital de Chillán, habitaban en vivienda que no eran casa ni departamento. Este porcentaje se reduce a cero en el caso de la Clínica Chillán, donde el 100% de las pacientes cesarizadas vivían en casa o en departamento.

Sin embargo, el 79% de la pacientes de la muestra, cesarizadas en el Hospital de Chillán, habitaban en casa al momento de la intervención quirúrgica. Ello, unido al 100% que muestra la Clínica Chillán en este aspecto, permite deducir que la vivienda no ha resultado ser un factor de riesgo en la práctica de la cesárea, puesto que la mayor parte de las pacientes cesarizadas vivían en condiciones consideradas aceptables, lo cual se ratifica si se analiza la Clínica en forma separada.

Pero también es altamente interesante, unido a lo anterior, verificar si esas viviendas presentaban los servicios básicos necesarios, tales como agua potable y alcantarillado por ejemplo, para tratar de aproximarse a sí la carencia de estos elementos podrían estar resultando factores que hagan propender a una mayor proporción de cesáreas en la zona de estudio.

En la Tabla NRO. 28 del Anexo 2, se constata que el 47% de las pacientes no tenían alcantarillado en sus casas, en el caso de la Maternidad del Hospital de Chillán, y que el 33%, de este mismo grupo de pacientes, no tenían agua potable. No así en la Clínica Chillán, donde el 100% de las paciente presentaban estos elementos en sus casas.

Fuera de permitir caracterizar el nivel socio-económico de ambos grupos de pacientes, Hospital de Chillán y Clínica Chillán, los cuales se encuentran bastante identificados por los anteriores elementos presentes en esta investigación, estos factores podrían estar señalando con su ausencia que las mujeres podrían estar más propensas a complicaciones en su embarazo y por ende en el parto, lo que traería consigo una mayor propensión a la cesárea en caso de complicaciones durante el trabajo del alumbramiento y, en caso de que no fuera así, esto es que si efectivamente estos elementos estuvieran presentes, la cesárea no tendría factor de riesgo, considerando sólo esta causalidad, que la explicara.

Es así que, al incluir estos factores en el análisis, se podría señalar que bajo estas circunstancias, las cesáreas practicadas en el Hospital de Chillán estarían más justificadas que sus pares en la Clínica Chillán, puesto que las condiciones de la vivienda, la existencia de agua potable y alcantarillado, es más deficitaria en las pacientes atendidas en el Hospital que en el establecimiento privado de salud considerado en el estudio.

pacientes cesarizadas en la maternidad del Hospital de Chillán y en la maternidad de la Clínica Chillán, para la muestra considerada en el año 1990.

Al respecto, se puede comprobar que el 56% de la muestra de pacientes del Hospital de Chillán y, el 64% en la Clínica Chillán, no usaban anticonceptivos previo al embarazo actual y que un 39% y un 36%, respectivamente, si los usaban, siendo el ACO el de mayor uso en las pacientes de ambos establecimientos.

14.- La Tabla NRO.14 del Anexo NRO.2, informa sobre las muertes postcesáreas ocurridas en ambos establecimientos, según la muestra del año 1990 analizada en el presente estudio.

En el Hospital de Chillán, se registraron 2 casos (2%) de muertes postcesárea del hijo y un caso en donde murió la madre y el hijo después de la cesárea, los 147 casos restantes que consideró la muestra, no registraron muertes. En la Clínica Chillán, no se registraron muertes en la muestra analizada.

Lo anterior comprueba la baja tasa de muertes postcesárea que existe en la actualidad en la mayoría de los establecimientos hospitalarios del mundo, sean públicos o privados, contratándose ello con las tasas de principio y mediados de siglo donde la muerte de mujeres sometidas a esta intervención quirúrgica era altísima, con cifras cercanas, incluso a principio de siglo, al 100%. Esta evolución ha sido posible gracias al adelanto de la ciencia y la técnica médica, con recursos humanos, físicos e infraestructura mejor dotada, mejores condiciones de asepsia, mejores medios de diagnóstico, etc.

Producto de esta casi aparente total inocuidad que esta intervención presenta en la actualidad, a juicios de muchos especialistas, es lo que ha motivado que tanto profesionales como pacientes estén recurriendo a ella con mayor facilidad.

15.- Un 2% de los casos estudiados, tanto para el Hospital como para la Clínica, presentaron parto gemelar, lo cual se puede comprobar en la Tabla NRO.15 Anexo NRO.2, pudiendo ser un indicador de la necesidad que, por esta causal, se tenía de practicar cesárea en ellos, lo que efectivamente se realizó.

16.- Dado que el área de estudio presenta índice altos de alcoholismo, el investigador decidió incorporar esta dimensión al análisis del estudio, lo cual se expone en la Tabla NRO.16 del Anexo NRO.2, comprobándose, en primer lugar, que a pesar de ser un importante problema de salud pública en la ciudad, esta información es escasa y en la mayoría de los casos se omite.

En efecto, en el Hospital de Chillán, de la muestra que se tomó para el presente artículo, el 95.5% de las fichas clínicas no registraba el dato para el caso de las madres y, un 49% para el

*no se dice que
tanto como no
se registraron
los datos de
obstetricia
y de
pediatria*

caso de los padres. En este establecimiento de salud pública, el 4% de las madres cesarizadas que consideró la muestra se declaró bebedora moderada y el 0.5% excesiva; en los padres el 49% se consignó como bebedor moderado y el 2% como excesivo.

La Clínica Chillán, no registró este dato para las madres y, registró un 23% de bebedores moderados, para el caso de los padres y, un 0% excesivos, no registrándose el 77% de los casos.

Página ?
Es muy importante que los profesionales consignen y registren este dato en Chillán, puesto que es un factor de riesgo presente en gran proporción en la ciudad, factor que el facultativo debe considerar, de entre muchos otros, al momento de tomar la decisión de intervenir o no.

17.- Tanto en el Hospital de Chillán como en la Clínica Chillán, el 61% de los recién nacidos provenientes de mujeres de la muestra que considera el presente estudio, presentaron talla de entre 48 a 51 cms. y, un 23% talla de entre 44 y 47 cms, con porcentajes menores para los otros grupos analizados. Ver Tabla NRO.17 del Anexo NRO.2.-

Por otra parte, la Tabla NRO.18. del Anexo NRO.2, muestra el peso del recién nacido en pacientes cesarizadas según la muestra comprendida, señalándose que un 44% se ubicaron en pesos de entre 2801 a 3400 grs. y, un 27% en pesos de entre 3401 y 4000 grs., para el Hospital de Chillán, sumando entre ambos grupos 71%. Asimismo, la Clínica presenta un 47% de niños con peso de entre 2801 a 3400 grs. y un 30% con peso de entre 3401 a 4000 grs., sumando entre ambos 77% .

Se comprueba una distribución similar, tanto por peso como por talla, del recién nacido de pacientes cesarizadas en ambos establecimientos.

18.- El 54% de los recién nacidos de la muestra en la Maternidad del Hospital de Chillán, fueron del sexo femenino, en cambio idéntico porcentaje se verificó para el sexo masculino en la Maternidad de la Clínica Chillán.

Dicha información puede consultarse en la Tabla NRO.19 del Anexo Nro.2.

19.- En la Maternidad del Hospital de Chillán, el 97% de los recién nacidos de la muestra no presentaron antecedentes patológicos de ninguna clase, lo cual puede estar señalando que esta causal no podría esgrimirse como importante y justificativa de gran parte de las cesáreas que se practicaron en el período del estudio, manteniendo constante los otros factores de riesgo. Igual situación presenta la Maternidad de la Clínica Chillán, donde aparecen 43 recién nacidos sin antecedente; patológicos de la muestra considerada.

Tal información puede verificarse en la Tabla NRO.20 del Anexo NRO.2

20.- El 71% de la madres cesarizadas, de la muestra que se tomó para el estudio, estaban casadas al momento del parto, en la Maternidad del Hospital de Chillán. Un 96% de la madres cesarizadas en la Clínica Chillán también lo estaban. (Ver Tabla NRO.21 del Anexo NRO.2).

Es significativa la proporción de madres solteras que la muestra presentó para el caso del Hospital de Chillán, casi el 30%, lo cual puede estar asociado a un factor que incida en un mayor número de cesáreas practicada) a este grupo, puesto que se puede inferir, en la mayoría de los casos de madres solteras, embarazos con mayores complicaciones que pueden tener su origen en embarazos no deseados, mayor stress de la madre, complicaciones en el parto en consecuencia. No así en el caso de la Clínica Chillán, donde no podría buscarse, en esta característica, una explicación a la propensión de una mayor proporción de cesáreas practicadas en la actualidad.

21.- Es importante analizar la información que la Tabla NRO.22 del Anexo NRO.2 muestra, y que dice relación con el nivel de instrucción escolar de las madres cesarizadas de la muestra, puesto que permite aproximarse a una relación, si la hubiera, entre esta variable y la frecuencia de cesáreas practicadas.

En la muestra del Hospital de Chillán, un 3% de la madres eran analfabetas, un 49% con educación básica, un 67% con educación media y solo un 3% con educación superior. En cambio, en la Clínica Chillán, no se verificó madres analfabetas ni madres con educación básica, el 98% de ellas tenían educación media cursada y el 2% con educación superior.

La muestra de la Clínica Chillán, presentó niveles de escolaridad superior, pero al mismo tiempo en la maternidad de este establecimiento se verifica una proporción mayor de mujeres cesarizadas, lo cual podría estar indicando que a mayor instrucción escolar, de las madres mayor es la propensión que éstas tienen hacia la cesarea, lo cual es compatible con otras investigaciones realizadas sobre este tema.

Es cierto que, a mayor nivel de instrucción de las madres, mayor es su grado de preparación en la solución, o busqueda de solución, de sus propios problemas de salud y la de los suyos, por lo que aparece como obvio que de una muestra de mujeres cesarizadas la mayor parte de ellas aparezca con niveles medios de educación, puesto que estarían en mejores condiciones para solicitar y hasta, aveces, exigir la intervención quirúrgica en el parto.

22.- La Tabla NRO.23 del Anexo NRO.2, muestra la ocupación de las madres muestreadas en este estudio.

En efecto, un 87% de la mujeres cesarizadas de la muestra, declararon ser dueñas de casa, en la Maternidad del Hospital de Chillán, en cambio ese mismo porcentaje se verificó en la Clínica Chillán para las "sin registro". Es muy importante que los establecimientos de atención de salud registren este dato, dado que podría estar señalando los factores de riesgo asociado a una determinada patología, en el historial clínico de los pacientes.

De ser así esta situación, estaría verificándose que no siempre las mujeres que participan en el mercado laboral están más propensas a la cesárea que otras que no participan en este mercado, lo cual se reafirma con la información que la Tabla NRO.24 del Anexo NRO.2 registra, donde aparece que solo el 8% de la mujeres estaban efectivamente trabajando al momento del parto por cesárea, en la Maternidad del Hospital de Chillán, porcentaje que sin embargo se eleva al 34% en la muestra de la Clínica Chillán y es en este establecimiento, de los dos analizados en esta investigación, donde aparece la mayor proporción de mujeres cesarizadas, por lo que sí, por este lado, podría verificarse la hipótesis que a mayor propensión a la participación en el mercado laboral de la mujeres, mayor será la propensión a buscar la cesárea como forma de parto, la que podría estar encubriendo, incluso, los deseos que éstas tendrían en limitar el tamaño de su familia, es así como no pocas veces se verifica que junto a una cesárea existe una esterilización.

23.- La Tabla NRO.25 del Anexo NRO.2, es de extraordinaria importancia para tratar de aproximarse a una caracterización de la mujeres muestreadas en este estudio.

Allí se puede verificar que, en la Maternidad del Hospital de Chillán, el 56% de las pacientes de la muestra eran indigentes, es decir, sin ingresos monetarios declarados. En el mismo establecimiento, un 29% de la pacientes que se consideraron para el estudio tenían ingresos de entre \$ 0 y \$ 37019, un 5% ingresos de entre \$ 37020 y \$ 57841, un 1% con ingresos mensuales superiores a \$ 57842, un 3% eran particulares sin previsión de salud pero no indigentes, un 3% de pacientes atendidas en el Hospital estaban afiliadas a una ISAPRE y al 3% restante no se le registró el dato en su ficha clínica.

De allí puede verificarse que si consideramos la sumatoria de todas las pacientes indigentes, más las que presentaban ingresos de entre \$ 0 y \$ 37019, más las que ingresaban entre \$ 37020 y \$ 57841, éstas alcanzaban el 90% de la muestra, las que sumadas a las pacientes que no se les registró el dato pero que presentaban ingresos clasificables en algunos de estos tramos, más parte de ese 1% de las que presentaron ingresos mayores a \$ 57841, puede verificarse, se señaló, que más del 90% de la muestra analizada presentaba características de pacientes pobres, de acuerdo a la definición de pobreza que el Ministerio de Planificación Nacional entrega para el país, esto es que son pobres todas aquellas

Confianza
Se trata de ingresos familiares

familias que no alcanzan a cubrir dos canastas básicas (hoy en día dos canastas básicas significan \$ 72000 aprox.). Así también, dentro de éstas pacientes, por lo menos un 85% de ellas serían consideradas como indigentes por el mismo Ministerio antes nombrado, dado que un 85% de las pacientes no ganan ni siquiera para cubrir una canasta básica (hoy en día \$ 36000 aprox.). Recuérdese que se es indigente, según el Ministerio de Planificación Nacional, cuando el ingreso familiar no alcanza ni siquiera a cubrir las necesidades de sobrevivencia.

Ahora bien, no es igual la situación en la Clínica Chillán, donde el 43% de las pacientes estaban adscritas al sistema de previsión privado, el 5% eran pacientes sin previsión pero no indigente y el 36 % presentaba ingresos mensuales superiores a \$ 57842. No se registraron pacientes indigentes en la la Clínica, ni tampoco pacientes clasificables en el tramo de \$ 0 a \$ 37019.

Si consideramos lo planteado anteriormente, y haciendo una comparación entre las pacientes atendidas en las maternidades que este estudio abarca, podemos afirmar que el nivel económico de las pacientes cesarizadas en la Clínica es superior al nivel de las pacientes atendidas en el Hospital, pero es en la Clínica donde se registra una mayor proporción de pacientes cesarizadas, por lo que podría ser que a mayor poder económico de la paciente, mayor será la propensión a la práctica de la cesárea como forma de parto.

24.- Al analizar la residencia de las madres cesarizadas de la muestra considerada para el Hospital de Chillán en este estudio, se puede comprobar que el 57% de las pacientes tenían su residencia en el radio urbano de Chillán, el otro 43% en el sector rural. En la Clínica Chillán, estos porcentajes son bastantes distintos, siendo que el 91% de las pacientes de la muestra tenían residencia en el casco urbano y el 9% en el sector rural.

De todas maneras, tanto para el caso del Hospital como para el caso de la Clínica, existe una clara mayor tendencia de la cesárea en las pacientes de la ciudad en comparación a las pacientes provenientes del campo, lo cual podría significar que la ciudad ofrece condicionantes que favorecen a esta mayor propensión, tales como: mayor y mejor acceso a los profesionales de la salud; mejores condiciones de llegada a las instalaciones e infraestructura de los servicios de educación y medios de comunicación social, por lo que la mujer urbana presenta mayores niveles sobre estos aspectos, comparadas con la paciente del sector rural. Se señaló anteriormente sobre cómo podrían estar influyendo la variable educación en esta problemática. Así también, el mercado del trabajo en el área urbana favorece una mayor participación en él por parte de la mujer, la que se encuentra incentivada, en mayor medida, a entrar en la fuerza de trabajo con el tamaño de una familia que sea acorde e estas pretenciones, la que busca la cesárea en forma simultánea a la esterilización. Esta información puede verificarse en la Tabla NRO.26 del Anexo NRO.2.-

no es
cualquier

25.- En la Tabla NRO.27 del Anexo NRO.2, puede constatar que el 31% de las pacientes de la muestra en la Maternidad del Hospital de Chillán, habitaban en vivienda que no eran casa ni departamento. Este porcentaje se reduce a cero en el caso de la Clínica Chillán, donde el 100% de las pacientes cesarizadas vivían en casa o en departamento.

Sin embargo, el 79% de las pacientes de la muestra, cesarizadas en el Hospital de Chillán, habitaban en casa al momento de la intervención quirúrgica. Ello, unido al 100% que muestra la Clínica Chillán en este aspecto, permite deducir que la vivienda no ha resultado ser un factor de riesgo en la práctica de la cesárea, puesto que la mayor parte de las pacientes cesarizadas vivían en condiciones consideradas aceptables, lo cual se ratifica si se analiza la Clínica en forma separada.

Pero también es altamente interesante, unido a lo anterior, verificar si esas viviendas presentaban los servicios básicos necesarios, tales como agua potable y alcantarillado por ejemplo, para tratar de aproximarse a sí la carencia de estos elementos podrían estar resultando factores que hagan propender a una mayor proporción de cesáreas en la zona de estudio.

En la Tabla NRO. 28 del Anexo 2, se constata que el 47% de las pacientes no tenían alcantarillado en sus casas, en el caso de la Maternidad del Hospital de Chillán, y que el 33%, de este mismo grupo de pacientes, no tenían agua potable. No así en la Clínica Chillán, donde el 100% de las paciente presentaban estos elementos en sus casas.

Fuera de permitir caracterizar el nivel socio-económico de ambos grupos de pacientes, Hospital de Chillán y Clínica Chillán, los cuales se encuentran bastante identificados por los anteriores elementos presentes en esta investigación, estos factores podrían estar señalando con su ausencia que las mujeres podrían estar más propensas a complicaciones en su embarazo y por ende en el parto, lo que traería consigo una mayor propensión a la cesárea en caso de complicaciones durante el trabajo del alumbramiento y, en caso de que no fuera así, esto es que si efectivamente estos elementos estuvieran presentes, la cesárea no tendría factor de riesgo, considerando sólo esta causalidad, que la explicara.

Es así que, al incluir estos factores en el análisis, se podría señalar que bajo estas circunstancias, las cesáreas practicadas en el Hospital de Chillán estarían más justificadas que sus pares en la Clínica Chillán, puesto que las condiciones de la vivienda, la existencia de agua potable y alcantarillado, es más deficitaria en las pacientes atendidas en el Hospital que en el establecimiento privado de salud considerado en el estudio.

no cre
ten que
resulta
que en

no creo
que
exista
una
relación
clara

medir entre estos
cond. y la incidencia
de la cesárea

CAPITULO III

=====

**ANALISIS DE LOS COSTOS UNITARIOS Y
TOTALES DE LOS PARTOS POR CESAREA Y VAGINALES
EN EL HOSPITAL DE CHILLAN. OCTUBRE 1991.-**

=====

**ANALISIS DE LOS COSTOS UNITARIOS Y
TOTALES DE LOS PARTOS POR CESAREA Y VAGINALES
EN EL HOSPITAL DE CHILLAN. OCTUBRE 1991.-**

=====

1.- En base a los procedimientos descritos en el Anexo NRO.4 de esta investigación, determinados por profesionales del Establecimiento, se calcularon los costos unitarios para la cesárea y para un parto vaginal en el Hospital de Chillán, valorizados en moneda de octubre del presente año. No se consideró la depreciación de la maquinaria, equipo, ni edificio, dado lo engorroso que resultaba el prorrateo para llevarlo a la acción que nos ocupa, esto es la cesárea y el parto vaginal, costos que debieran ser considerados en un estudio más acabado posteriormente.

2.- Es así como se determinó un costo unitario para la cesárea realizada en la Maternidad del Hospital de Chillán de \$ 43162 y para un parto vaginal de \$ 16624, con lo que con menos resulta un diferencial entre ambos procedimientos de \$ 26538.

3.- Si se considera las cesáreas realizadas en el Hospital el año 1990, estas fueron 1712 cesáreas, al valor unitario de \$ 43162, resulta un costo total de \$ 73,893,344, U.S.\$ 205,000 aprox., y esto sin considerar el costo de depreciación ya señalado anteriormente.

4.- Ahora bien, siempre considerando el año 1990, supongamos que el Hospital de Chillán hubiera tenido un comportamiento, en materia de cesáreas realizadas, similar a la media nacional, esto es una tasa del 27% de cesáreas sobre los partos totales, le habrían significado 1357 partos por cesárea en el año 1990, lo que hubiera redundado en un ahorro de \$ 9,420,990 , U.S.\$ 26,000 aprox. sin considerar los costos de depreciación y sólo suponiendo una meta similar al promedio nacional.

5.- A nivel de todo el Servicio de Salud de Ñuble, el ahorro calculado para el Hospital de Chillán en el punto anterior, hubiera significado \$ 9,872,136 , U.S.\$ 27,500 aprox. en el año 1990 solamente.

6.- Si el Hospital de Chillán y el total del Servicio de Salud de Ñuble, en el año 1990, hubiese presentado tasas de cesáreas similares a las tasas registradas en el Servicio de Salud de Arica para el año 1989, este fué el Servicio con tasa más bajas ese año, hubiera significado realizar 852 cesáreas menos en el Hospital de Chillán y 1196 cesáreas menos a nivel de todo el Servicio de Salud de Ñuble, con ahorros del orden de \$ 22,610,376 (U.S.\$ 63,000 aprox.) para el Hospital de Chillán y de \$ 31,739,448 (U.S.\$ 88,000 aprox.) para todo el Servicio de Salud de la Provincia.

7.- Suponiendo que del total de cesáreas cuya causal registra "cesárea repetida", un 31% en el Hospital de Chillán, la mitad se deban a cesárea electiva de repetición, esto es un 15% del total de cesáreas practicadas en el Establecimiento, hubiere significado 257 cesáreas menos en el Hospital de Chillán y 393 menos a nivel de todo el Servicio de Salud de Ñuble, considerando solamente el año 1990. Ello habría redituado ahorros del orden de \$ 6,820,266 (u.s.\$ 19000 aprox.) para el Hospital y \$ 10,429,434 para todo el Servicio de Salud Provincial (U.S.\$ 29,000 aprox.), más los costos de depreciación de la maquinaria, equipo y edificio.

8.- Debemos considerar lo señalado en el texto de este estudio, en términos de los mayores riesgos de infecciones intrahospitalarias que una paciente sometida a una operación cesárea sufre, más aún cuando el Hospital de Chillán está alcanzando índices de ocupación de camas en el Servicio de Ginecología superiores incluso al 100%, lo cual es equivalente a decir que allí se opera en forma casi permanente con el llamado sistema de "camas calientes", lo que hace más riesgoso aún la realización de intervenciones, en términos de las infecciones intrahospitalarias.

Lo señalado anteriormente, lleva implícito los elevados costos que una mayor propensión a la cesárea involucra, esta vez en términos del tratamiento y cura a la paciente que sufra una infección intrahospitalaria, costos que suelen ser bastantes significativos en la mayoría de los casos, y que en una investigación futura debieran abordarse.

CAPITULO IV

=====

ALGUNAS REFLEXIONES DEL ESTUDIO

=====

REFLEXIONES FINALES DEL ESTUDIO

=====

C E S A R E A : Histerotomía abdominal. Es un método adecuado para la extracción del feto. Hay muchos motivos para la mayor difusión de que goza esta operación, que se ha convertido en intervención quirúrgica inocua para la paciente en virtud de las mejores técnicas quirúrgicas, evitar la sepsia, asistencia preoperatoria y postoperatoria más adecuada, mejor anestesia y muchos otros aspectos de los adelantos de la medicina.

Sin embargo el nacimiento normal por la vía vaginal sigue siendo el método más inocuo para la extracción que la operación cesárea, y la morbilidad de esta última es mucho mayor, mayores riesgos para la madre y para el niño.

El nombre de operación cesárea proviene de la *lex caesarea*, que exigía efectuar operación post mortem para extraer al niño de una mujer que hubiese muerto durante el trabajo de parto. Desde entonces esta operación se ha llamado cesárea.

En los EE.UU., durante los últimos 20 años, hubo un aumento espectacular en el índice de partos por cesárea, que pasó de menos de un 5% de todos los partos en 1965 a más del 15% en 1978. En 1981, el índice de natalidad por cesárea en los EE.UU era de 17.9%, y en algunos lugares superiores al 20%, en mujeres de todas las edades y estado civil.

Aunque EE.UU tiene el mayor incremento en el índice de partos por cesárea, otros países informan haber observado esta misma tendencia.

Muchos autores, al observar la notable disminución de la mortalidad perinatal que coincidió con el aumento del índice de cesáreas, pensaron que la caída de la mortalidad perinatal era el resultado del incremento de la frecuencia de cesáreas, pero este tipo de razonamiento puede ser engañoso, dado que en algunas regiones ocurrió el mismo descenso en la mortalidad perinatal aunque su índice de cesáreas permaneció bajo y estable.

El parto mediante operación cesárea, está asociada con una mortalidad y morbilidad materna más elevada, así como a mayores gastos para el sector salud, ante esta situación cabe preguntarse, si ¿ realmente es necesaria la cesárea ?. Esta pregunta, debe plantearse el obstetra cada vez que decida realizar una operación de este tipo.

Mientras que la población médica y la población general no acepten que la cesárea no necesariamente protege al niño, la espiral ascendente de casos por cesárea seguirá subiendo.

Trabajos publicados en 1981 en los EE.UU, establecieron que habían cuatro categorías diagnósticas fácilmente identificable que eran la causa de la mayor parte del incremento del índice de natalidad por cesárea, **la distocia** (término americano para descubrir cualquier parto prolongado y terminarlo) con un 31% de todos los partos por cesárea en 1978, **la cesárea repetida** con un 25% al 30%, **sufrimiento fetal** y **la presentación de nalgas** entre un 10% y un 15%, y **otras causas** el porcentaje restante.

Asimismo, estudios más recientes, señalan que una mujer sometida al parto por cesárea, tiene mayores riesgos de infecciones que una mujer sometida a parto normal, como la **endometria**, que suele llegar a una frecuencia del 12% al 95% en mujeres expuestas a la cesárea, mientras que despues del parto vaginal raramente pasa del 3%. En términos generales el riesgo es 5 a 10 veces superior despues de la cesárea. Asimismo, se han observado más casos de muertes por **septicemia** despues de la cesárea, el cual es 81 veces mayor despues del parto por cesárea que despues del parto vaginal, segun estudios efectuados en los Estados de Rhode Island y en Los Angeles California en U.S.A.. Sin embargo el riesgo es mucho menor cuando la cesárea ha sido programada de manera electiva, que cuando se practica de urgencia o de manera no electiva, asimismo el riesgo está asociado a factores socio-económicos y culturales de la paciente, según los resultados del mismo estudio.

A pesar de que la ciencia médica ha avanzado mucho en la materia, el **riesgo de la anestesia** es otro factor ha considerar en los estudios recientes efectuados en los EE.UU sobre operaciones cesárea. En 1981, el 41% de las cesáreas se hacía con anestesia general en U.S.A., un 35% espinal y un 21% epidural. Los estudios demuestran que, independientemente del método de anestesia utilizado, el riesgo derivado de este factor es otro más asociado al parto por cesárea, tanto para la madre como para el recién nacido.

Siendo la **cesárea repetida** uno de los principales factores causales de la cesárea cabe preguntarse, una vez que se práctica una cesárea debe practicarse en los partos posteriores de la mujer necesariamente?, estudios realizados en los EE.UU han demostrado que, con un buen control del embarazo, no necesariamente una mujer debe llegar a una segunda y/o tercera cesárea como consecuencia de una primera. Una consideración de orden financiero que debe tomarse en cuenta es el impacto de la cesárea electiva de repetición sobre el costo de la atención de salud. En la actualidad, en U.S.A., se están practicando más de 200.000 cesáreas electivas de repetición al año, lo que representa, a un costo unitario de us\$ 3.000 adicionales por cesárea en comparación al parto vaginal y de acuerdo a los análisis económicos efectuados, us\$ 600 millones adicionales al año, sobre el costo de nacimientos por vía vaginal.

Por otra parte, sobre la **distocia**, principal causa de las cesáreas, que originan entre el 30% y 40% de todos los partos mediante

cesáreas, se ha demostrado mediante investigaciones, también en los EE.UU, que es posible disminuir la frecuencia del alumbramiento por cesáreas por esta causa, mediante la mejora en la precisión diagnóstica y la prevención; ("**distocia**" :del griego **dys= malo o anormal y tokos= nacimiento, se usa para describir cualquier parto prolongado**).

Así entonces, por su relativa inocuidad, la cesárea se ha convertido en una respuesta fácil y común a las anormalidades del trabajo de parto. La distocia y el sufrimiento fetal son las indicaciones más comunes de origen de la cesárea y, cuando se diagnostican correctamente, las más apropiadas. Sin embargo, los temores legítimos tanto de las pacientes como de los médicos sobre las consecuencias maternas y fetal de la distocia y el sufrimiento, no excusan la imprecisión indebida o la precipitación de hacer estos diagnósticos. La atención cuidadosa pueden prevenir ambos procedimientos, antes y durante el trabajo del parto, y reducir al mínimo su frecuencia. En la misma forma, el cuidado en el establecimiento de ambos diagnósticos pueden conducir a una reducción en las cesáreas practicadas por distocia y sufrimiento fetal sin perjudicar a la madre o al niño.

En el caso de Chile 1990, en la Revista NRO. 1 de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, los Drs. Reinaldo Leonardo Valdés y Luis Dan Martínez, publicaron uno de los escasos trabajos que se registran sobre el tema en Chile, una investigación realizada en la Maternidad del Hospital Dr. Gustavo Frike de la ciudad de Viña del Mar.

En dicho trabajo, los facultativos determinan que desde la aplicación del método de control del embarazo denominado "**manejo activo del parto**" en 1985, se ha observado una disminución significativa de las cesáreas.

Al estudiar las cesáreas en 918 pacientes operadas entre octubre de 1987 y marzo de 1989, comprobaron que la primera causa de cesáreas corresponde a "cesáreas electivas" en embarazos patológicos con un 32.3%, las "cesáreas de repetición" en segundo lugar con un 18.4%, el sufrimiento fetal en trabajo de parto en tercer lugar con un 17.9%, el cuarto lugar corresponde a la presentación distócica, generalmente de nalgas, con un 14.5%. La detención del trabajo de parto o distocia que aparece en el caso de los EE.UU como una de las principales causas en la cesárea, en este trabajo aparece en quinto lugar con una frecuencia de tan solo un 12.5% .-

A la luz de esos hechos, y producto del significativo mayor gasto que significa para el sector salud el parto por cesárea por sobre el parto vaginal, se implantó a partir de abril de 1985 en la maternidad del hospital de Viña del Mar, el método denominado "el manejo activo del parto", descrito por el profesor Kieran O'Driscoll de maternidad Nacional en Dublín - Irlanda, a cuatro años de puesto en práctica el método, uno de los resultados ha sido

cesáreas, se ha demostrado mediante investigaciones, también en los EE.UU, que es posible disminuir la frecuencia del alumbramiento por cesáreas por esta causa, mediante la mejora en la precisión diagnóstica y la prevención; ("**distocia**" :del griego **dys= malo o anormal** y **tokos= nacimiento**, se usa para describir cualquier parto prolongado).

ingente
Así entonces, por su relativa inocuidad, la cesárea se ha convertido en una respuesta fácil y común a las anomalías del trabajo de parto. La distocia y el sufrimiento fetal son las indicaciones más comunes de origen de la cesárea y, cuando se diagnostican correctamente, las más apropiadas. Sin embargo, los temores legítimos tanto de las pacientes como de los médicos sobre las consecuencias maternas y fetal de la distocia y el sufrimiento, no excusan la imprecisión indebida o la precipitación de hacer estos diagnósticos. La atención cuidadosa pueden prevenir ambos procedimientos, antes y durante el trabajo del parto, y reducir al mínimo su frecuencia. En la misma forma, el cuidado en el establecimiento de ambos diagnósticos pueden conducir a una reducción en las cesáreas practicadas por distocia y sufrimiento fetal sin perjudicar a la madre o al niño.

En el caso de Chile 1990, en la Revista NRO. 1 de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, los Drs. Reinaldo Leonardo Valdés y Luis Dan Martínez, publicaron uno de los escasos trabajos que se registran sobre el tema en Chile, una investigación realizada en la Maternidad del Hospital Dr. Gustavo Frike de la ciudad de Viña del Mar.

En dicho trabajo, los facultativos determinan que desde la aplicación del método de control del embarazo denominado "**manejo activo del parto**" en 1985, se ha observado una disminución significativa de las cesáreas.

gesta' abdo
Al estudiar las cesáreas en 918 pacientes operadas entre octubre de 1987 y marzo de 1989, comprobaron que la primera causa de cesáreas corresponde a "cesáreas electivas" en embarazos patológicos con un 32.3%, las "cesáreas de repetición" en segundo lugar con un 18.4%, el sufrimiento fetal en trabajo de parto en tercer lugar con un 17.9%, el cuarto lugar corresponde a la presentación distócica, generalmente de nalgas, con un 14.5%. La detención del trabajo de parto o distocia que aparece en el caso de los EE.UU como una de las principales causas en la cesárea, en este trabajo aparece en quinto lugar con una frecuencia de tan solo un 12.5% .-

A la luz de esos hechos, y producto del significativo mayor gasto que significa para el sector salud el parto por cesárea por sobre el parto vaginal, se implantó a partir de abril de 1985 en la maternidad del hospital de Viña del Mar, el método denominado "el manejo activo del parto", descrito por el profesor Kieran O'Driscoll de maternidad Nacional en Dublín - Irlanda, a cuatro años de puesto en práctica el método, uno de los resultados ha sido

la reducción de la tasa de cesáreas, que deja de manifiesto la utilidad del método en el manejo de las pacientes en el trabajo de parto y que a las cesáreas es posible darle un manejo bastante más racional por parte de los facultativos que la indican.

De la investigación de los Drs. Valdés y Martínez, es posible extraer algunos resultados interesantes para nuestra investigación, que son: de 918 pacientes cesarizadas en el período en estudio, esto es entre octubre 1987 y marzo 1989, un 4.4% eran primíparas, un 53.7% multíparas y un 2.3% grandes multíparas. El grueso de las pacientes se ubican entre los 21 y 30 años, esto es un 60.5%; tres pacientes (0.3%) eran menores de 15 años y 16 mayores de 40 años (1.9%). El 16.8% de los niños nacidos por cesárea, registraron peso menor de 2.500 grs. al nacer. Por aplicación del método "manejo activo del parto", se observa a partir del año de su aplicación, un descenso de los partos por cesárea:

1984 =	23.9%	(sin método).
1985 =	19.6%	(con método).
1986 =	16.5%	(con método).
1987 =	15.4%	(con método).
1988 =	15.1%	(con método).

Las causas por cesárea en las primíparas, se sitúan de la siguiente forma:

interrupción del embarazo =	32.3%
sufrimiento fetal =	26.0%
presentación de nalgas =	19.6%
distocias =	17.8%
otras =	el porcentaje restante.

En el caso de las multíparas, las causas de las cesáreas fueron las siguientes:

cesárea electiva de repetición =	32.9%
interrupción del embarazo =	31.9%
sufrimiento fetal =	11.5%
presentación de nalgas =	10.5%
distocias =	8.4%
otras =	el porcentaje restante.

Otro estudio, el del Dr. Molina en la Maternidad del Hospital J.J. Aguirre en el año 1976, sobre 7091 pacientes con antecedente de cesárea previa anterior al parto actual, también fué posible extraer resultados relevantes para este estudio, tales como: el 65.9% de este tipo de pacientes volvió a otra cesárea en el parto actual, y de ellas un 46.6% lo hacen exclusivamente porque tuvieron cesárea anterior. Un 51% del total de pacientes con cesárea

previa al parto actual, llegaron a otra cesárea en este parto a pesar que no presentaron complicaciones maternas previas. Por otra parte, un 73.6% de los niños nacidos en este grupo de pacientes, no presentaron complicaciones ni morbilidad al momento del parto, sin embargo un 65% de ellos nacieron bajo el método de la cesárea. Del total de mujeres con cesárea previa al parto actual y que llegaron a otra cesárea en este parto, 84.4% tenían entre 15 y 34 años de edad, pleno período de fertilidad. Del total de pacientes de la muestra, solo un 7.33% de ellas presentaban una paridad de 4 hijos o más, con lo cual se puede deducir que las mujeres que son sometidas a una cesárea en el transcurso de su vida fértil, tiene una alta probabilidad de tener 3 o menos hijos, afectando ello las tasa de fecundidad global de la población y por esta vía el tamaño de la familia y el crecimiento de la población, operando la cesárea como un real anticonceptivo, acompañada la mayoría de las veces con una esterilización encubierta.

Otra investigaciones en otras maternidades de hospitales de Chile, algunas de las cuales se muestran en este estudio, muestran resultados análogos a éstos.

A través del presente estudio, fué posible determinar que el Servicio de Salud de Ñuble viene ostentando de un tiempo a esta parte, la marca de ser el segundo Servicio de Salud del País con tasas más elevadas de cesáreas, un 31.5% en 1990 por ejemplo, la que aparece elevadísima si se compara con otros Servicios de Salud del País y con otros partes del Mundo.

En realidad la investigación ratifica, para la ciudad de Chillán, las tendencias que en otros estudios se han podido determinar para otras realidades y lugares, como es las caracterización de las pacientes que están recurriendo a la cesárea como forma natural del parto, estas son: las mujeres con mayores niveles económicos, las con mayor nivel educativo, las que viven en la ciudad (un 57% en el Hospital de Chillán y un 91% en la Clínica Chillán), las que tuvieron cesárea previa al parto actual, las que son atendidas en el sector privado de salud. Gran parte de ellas, no presentaron patologías previas al parto (un 45% de las mujeres de la muestra en el Hospital de Chillán y un 77% de la muestra de la Clínica fueron catalogadas como sin riesgo al momento del parto) así como gran parte de los recién nacidos de este grupo de pacientes (un 97% en el Hospital de Chillán y un 100% en la Clínica) no presentaron morbilidad que justificara la intervención quirúrgica.

Lo anterior, a pesar que el 98% de la pacientes en la Maternidad del Hospital de Chillán tuvieron su control de embarazo adecuadamente, dato que no fué posible de chequear en el caso de la Clínica Chillán

El mayor porcentaje de las indicaciones de cesárea, tanto en el Hospital como en la Clínica, son las repetidas (un 27% y un 31% en ambos establecimientos respectivamente) y las distocias (un 30% y un 16% en el primero y en el segundo). Ambas indicaciones, más las características de las pacientes de las muestras, investigadas en este estudio, puede dar ideas de que existe en la actualidad en la Provincia de Ñuble, con características similares a otras partes del País y del Mundo, una parte importante de pacientes cesarizadas que, desde un punto de vista técnico-médico exclusivamente, no han necesitado tal intervención quirúrgica como forma de alumbramiento, cesáreas practicadas que han podido ser evitadas con un mejor control del embarazo, adecuado en la propensión al parto vaginal como forma natural de nacimiento de los seres humanos, dejando la cesárea para aquellos casos patológicos en que no es posible el parto vaginal, dado el diagnóstico que en conciencia ha realizado el profesional, teniendo a la vista los antecedentes particulares de cada caso.

La importancia de propender a un mejor manejo de la indicación de la cesárea en el parto, viene dado, a nuestro juicio, en que si bien es cierto dicha intervención puede ser aplicada en la mayoría de los casos sin consecuencias para la mujer y el hijo, no existe pleno consenso en el mundo científico respecto de si efectivamente la cesárea es todo lo inocua que aparenta ser o en realidad trae consecuencias, como efectivamente las investigaciones sobre esta problemática, escasas por cierto aún, han demostrado.

Más incierto aún es determinar las consecuencias que la cesárea puede generar en las variables demográficas. Pero, y producto de este estudio y de otros considerados en la investigación, nos permite aproximar que efectivamente la forma de dar a luz de las mujeres sí puede estar incidiendo en estas variables.

Estudios, también éste, han mostrado que la gran mayoría de las mujeres sometidas a cesárea, en su período fértil, tienen paridad menor o igual a tres. En efecto, las investigaciones han demostrado que una cesárea condiciona en gran medida el tamaño de la familia, limita el número de hijos a nacer postcesárea, condiciona la forma de parto futuro, aún se mantiene plenamente vigente, tanto en los profesionales como en las pacientes, el principio de "una vez cesárea, siempre cesárea", principio que en las maternidades más avanzadas del mundo se ha ido abandonando, dado a las conclusiones que en sentido contrario han ido arribando los especialistas.

Por esta vía, en consecuencia, se es posible manipular la fecundidad de las mujeres, en última instancia la tasa de crecimiento de la población. No sería raro encontrar una gran correlación, a nivel de los países y de las regiones, entre la mayor propensión a la cesárea y la baja de la fecundidad y de la tasa de crecimiento de la población de esas áreas, tema que sería altamente interesante de investigar.

El mayor porcentaje de las indicaciones de cesárea, tanto en el Hospital como en la Clínica, son las repetidas (un 27% y un 31% en ambos establecimientos respectivamente) y las distocias (un 30% y un 16% en el primero y en el segundo). Ambas indicaciones, más las características de las pacientes de las muestras, investigadas en este estudio, puede dar ideas de que existe en la actualidad en la Provincia de Ñuble, con características similares a otras partes del País y del Mundo, una parte importante de pacientes cesarizadas que, desde un punto de vista técnico-médico exclusivamente, no han necesitado tal intervención quirúrgica como forma de alumbramiento, cesáreas practicadas que han podido ser evitadas con un mejor control del embarazo, adecuado en la propensión al parto vaginal como forma natural de nacimiento de los seres humanos, dejando la cesárea para aquellos casos patológicos en que no es posible el parto vaginal, dado el diagnóstico que en conciencia ha realizado el profesional, teniendo a la vista los antecedentes particulares de cada caso.

La importancia de propender a un mejor manejo de la indicación de la cesárea en el parto, viene dado, a nuestro juicio, en que si bien es cierto dicha intervención puede ser aplicada en la mayoría de los casos sin consecuencias para la mujer y el hijo, no existe pleno consenso en el mundo científico respecto de si efectivamente la cesárea es todo lo inocua que aparenta ser o en realidad trae consecuencias, como efectivamente las investigaciones sobre esta problemática, escasas por cierto aún, han demostrado.

Más incierto aún es determinar las consecuencias que la cesárea puede generar en las variables demográficas. Pero, y producto de este estudio y de otros considerados en la investigación, nos permite aproximar que efectivamente la forma de dar a luz de las mujeres sí puede estar incidiendo en estas variables.

Estudios, también éste, han mostrado que la gran mayoría de las mujeres sometidas a cesárea, en su período fértil, tienen paridad menor o igual a tres. En efecto, las investigaciones han demostrado que una cesárea condiciona en gran medida el tamaño de la familia, limita el número de hijos a nacer postcesárea, condiciona la forma de parto futuro, aún se mantiene plenamente vigente, tanto en los profesionales como en las pacientes, el principio de "una vez cesárea, siempre cesárea", principio que en las maternidades más avanzadas del mundo se ha ido abandonando, dado a las conclusiones que en sentido contrario han ido arribando los especialistas.

Por esta vía, en consecuencia, se es posible manipular la fecundidad de las mujeres, en última instancia la tasa de crecimiento de la población. No sería raro encontrar una gran correlación, a nivel de los países y de las regiones, entre la mayor propensión a la cesárea y la baja de la fecundidad y de la tasa de crecimiento de la población de esas áreas, tema que sería altamente interesante de investigar.

cuando
Pero en
relacion
no se
de ley
absol
hacer
Causa

Por otra parte, la cantidad de recursos que la cesárea necesita en su aplicación, es bastante más elevado que la de un parto vaginal. Este estudio hace un análisis, en este sentido, para el caso de la Maternidad del Hospital de Chillán, análisis que ha podido demostrar que una cesárea involucra, por lo menos, \$ 26,538 adicionales en comparación a un parto vaginal, sin contar el costo de depreciación de la maquinaria, del equipo y del edificio. En esta misma dimensión económica, se encontraría los mayores costos que para el sistema de salud involucra la cesárea, en términos de las infecciones intrahospitalarias, ya que está demostrado que una paciente sometida a dicha intervención tiene un riesgo considerablemente mayor de contraer infecciones intrahospitalarias que una paciente de parto vaginal, más aún en los Hospitales Fiscales, donde la mayoría de la veces se opera con el sistema de "camas calientes", dado la escasez de infraestructura y las necesidades de la población, realidad de la cual no escapa la Maternidad del Hospital de Chillán.

Considérese, por ejemplo, que si el Servicio de Salud de Ñuble tuviera una proporción de cesárea igual al promedio nacional, en 1990 le hubiera significado realizar 372 cesáreas menos, con un menor gasto de \$ 9,872,136, más los costos de depreciación de la maquinaria, equipo y edificio, y si hubiese realizado solo la mitad de las cesárea "electivas de repetición", habría significado (ese mismo año) 393 cesáreas menos, con un menor gasto de \$ 10,429,434, más los costos de depreciación de la maquinaria, equipo y edificio, valorizado en moneda de octubre de 1991.

Lo expresado, no hace más que confirmar la importancia de que este tipo de intervención quirúrgica sea lo más eficazmente diagnosticada por el médico tratante, en términos de procurar que la cesárea llegue a la paciente que realmente la necesite, lo cual dice relación, sin lugar a dudas, con un buen control del embarazo, un buen control en el trabajo de parto, un buen manejo de los medios de diagnóstico al alcance de los profesionales.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- REVISTA CHILENA DE OBSTERICIA Y GINECOLOGIA. NRO. 1. AÑO 1990.
- 2.- REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. NRO. 2. AÑO 1981.
- 3.- COMPLICACIONES QUIRURGICAS DEL EMBARAZO. BUENOS AIRES. PANAMERICANA, 1978. AUTOR: H.R. BARBER Y E. GRABER.
- 4.- CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS. VOLUMEN 4/1985. MEXICO. IBERAMERICANA, 1978. AUTORES: ROY M. PITKIN Y JAMES R. SCOTT.

=====

A N E X O S

=====

ANEXO NRO.1

=====

=====

T A B L A S E S T A D I S T I C A S

OTROS ESTUDIOS RERENCIALES DEL PAIS

=====

TABLA NRO. 1

**TASA DE CESAREAS POR CADA 100 PARTOS EN DISTINTOS PAISES
DURANTE 1970, 1975 , 1980 Y 1983.**

PAIS	A N O S			
	1970	1975	1980	1983
Australia	4.2	8.2	13.2	-.-
Canadá	5.7	9.6	15.9	-.-
Checoslovaquia	2.3	2.8	4.4	6.3
Dinamarca	5.7	7.5	-.-	12.8
Holanda	5.3	5.9	8.9	11.4
Hungría	6.2	6.5	8.0	9.5
Noruega	2.2	4.1	8.3	9.4
Nueva Zelandia	3.9	-.-	-.-	-.-
Portugal	6.1	8.9	9.5	12.9
Inglaterra	5.0	6.0	9.0	10.1
Escocia	5.9	8.5	11.7	-.-
EE.UU	5.5	10.4	16.5	20.3

Fuente: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.nro.1,1990.-

TABLA NRO. 2

**METODO DE ASISTENCIA DEL PARTO SEGUN SERVICIO DE SALUD
DE CHILE AÑO 1987.**

SERVICIO	NORMAL %	CESAREA %	OTROS %
Arica	82.6	14.9	2.5
Iquique	75.2	21.8	3.0
Antofagasta	60.3	26.4	4.3
Coquimbo	72.0	20.5	7.5
Valparaíso	67.0	25.1	7.9
Viña del Mar	74.5	19.8	5.7
A. Metropolitana	71.4	22.4	6.2
L.B.O'Higgins	62.9	27.3	9.8
Maule	72.1	24.2	3.7
Concepción	72.6	24.9	2.5
Araucanía	68.2	25.0	6.8
Valdivia	57.6	21.7	20.7
Llanquihue	69.7	28.0	2.3
Aysén	66.0	29.8	4.2
Magallanes	66.3	28.4	5.3

Fuente: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología nro.1, 1990.

TABLA NRO. 3

**DISTRIBUCION DE EDAD Y PARIDAD EN 918 CESARIZADAS
OCTUBRE 1987 A MARZO 1989
MATERNIDAD HOSPITAL DR. G.FRICKE**

EDAD	NULIPARAS	MULTIPARAS	GRANDES MULTIPARAS	TOTAL
< 15 años	3	-.-	-.-	3 (00.3%)
16-20 años	126	21	-.-	147 (16.0%)
21-25 años	166	123	-.-	289 (31.5%)
26-30 años	77	182	8	267 (29.0%)
31-35 años	21	102	3	126 (13.7%)
36-40 años	8	56	6	70 (07.6%)
>40 años	3	9	4	16 (01.9%)
TOTAL	404 (44.0%)	493 (53.7%)	21 (2.3%)	919 (100%)

Fuente: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, nro.1, 1990.-

TABLA NRO.4

**DISTRIBUCION DE PESO DEL RECIEN NACIDO EN 918 PACIENTES
CESARIZADAS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL DR. G. FRICKE
OCTUBRE 1987 A MARZO 1989.**

PESO GRS.	NRO.de CASOS	%
< 1000	3	0.3
1000-1499	32	3.4
1500-1999	55	5.7
2000-2499	68	7.3
2500-2999	166	17.8
3000-3499	345	36.6
3500-3999	208	22.2
4000>	63	6.7
TOTAL	939	100.0

*La serie registra 21 partos gemelares.

Fuente:Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.nro.1;1990.

TABLA NRO. 5

**SEIS PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA EN 918 PACIENTES
CESARIZADAS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL DR. G.FRICKE
ENTRE OCTUBRE 1987 Y MARZO 1989.**

CAUSAS	NRO.CASOS	%
Interrupción del embarazo sin trabajo de parto.	294	32.0
Dos o más cicatrices de cesáreas previas.	169	18.4
Sufrimiento fetal durante trabajo de parto.	164	17.9
Presentación distócica	133	14.5
Detención del progreso del trabajo de parto.	115	12.5
Inducción fallida	43	4.7
TOTAL	918	100.0

Fuente: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.NRO.1,1990.

TABLA NRO.6

**DIFERENTES ESTADISTICAS EXTRANJERAS DE INDICACION
DE CESAREAS
(en porcentaje de todos los nacimientos)**

INDICACION	USA 1978	USA 1981	TORONTO 1982	DUBLIN 1982	INGLATERRA 1985
Distocia	4.7	3.7	3.4	0.7	1.8
Cesárea previa	4.7	5.6	7.2	1.1	-.-
Podálica	1.8	2.9	2.0	0.6	2.7
Suf.fetal	0.8	0.7	1.5	0.5	3.8
Otros	3.2	-.-	4.6	1.9	1.8

Fuente: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología,nro.1.1990.-

TABLA NRO.7

**DIFERENTES ESTADISTICAS NACIONALES DE INDICACION DE CESAREAS
(en porcentaje del total de cesáreas)**

INDICACION	1966	1967	1981	1983	1984
Suf.Fetal	23.7	20.9	40.8	32.5	17.7
Cés.anterior	7.6	3.2	-.-	28.3	35.4
Desprop.C-P	2.4	17.1	32.4	9.5	5.5
Pres.distoc.	5.9	5.0	16.9	11.8	12.3
Primip.tardía	1.3	3.2	-.-	4.6	3.5
Dilat.estac.	6.4	12.2	4.2	4.2	3.3
HTA	-.-	4.7	4.2	3.2	4.4
Metrorrogia	18.3	14.7	14.3	4.2	2.5
Otras	-.-	19.0	-.-	18.0	5.7

Fuente:Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.nro.1;1990.-

TABLA NRO. 8

**ESTADISTICA FORMA DE TERMINO DEL PARTO EN 273 CASOS (3.8%),
PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL PARTO INMEDIATAMENTE ANTERIOR,
EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL J.J. AGUIRRE AÑO 1976**

FORMA DE TERMINO	NRO	%
Espontáneo	19	7.0
Fórceps	74	27.1
Cesáreas	180	65.9
TOTAL	273	100.0

Fuente:Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.nro.2; 1981.

TABLA NRO.9
DIAGNOSTICO CAUSAL DE LA CESAREA. 180 CASOS MATERNIDAD
J.J. AGUIRRE AÑO 1976

DIAGNOSTICO (*)	NRO.	%
Cesárea anterior	84	46.6
Distocia ósea	48	26.5
Sufrimiento fetal	20	11.0
Presentación podálica	9	5.0
Placenta previa	3	1.7
Infección ovular	3	1.7
Distocia de cuello	3	1.7
Rotura prematura de membranas	3	1.7
Inminente rotura uterina	1	0.6
Isoinmunización Rh	1	0.6
Conización por capcinoma	1	0.6
Presentación de tronco	3	1.7
TOTAL	180	100.0

Nota(*): Diagnóstico más importante.

Fuente: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, nro.2.1981.-

TABLA NRO.10
PATOLOGIA DEL EMBARAZO ACTUAL EN MUJERES CON CESAREA PREVIA.
273 CASOS MATERNIDAD HOSPITAL J.J. AGUIRRE. AÑO 1976.

PATOLOGIAS	NRO.	%
Sin patología	105	38.5
Colestacia intrahepática	49	17.9
Toxemia	33	12.1
Infección urinaria	32	11.7
Rh negativa sensibilizada	8	2.9
Rh negativa no sensibilizada	6	2.2
Diabetes	6	2.2
Anemia	6	2.2
Placenta previa	4	1.5
Hidroamnios	4	1.5
Síntomas parto prematuro	3	1.1
Cardiopatías	3	1.1
Síntomas de abortos	2	0.7
Otras	12	4.4
TOTAL	273	100.0

Fuente: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. nro.2, 1981.-

TABLA NRO.11

EDAD DE LAS MUJERES CON CESAREA PREVIA SEGUN FORMA DE TERMINO DEL PARTO. MATERNIDAD DEL HOSPITAL J.J. AGUIRRE. AÑO 1976. 273 CASOS.

EDAD	ESPONTANEO		FORCEP		CESAREA		TOTAL	
	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%
15-24	7	7.1	37	37.8	54	55.1	98	100
25-34	7	5.1	32	23.4	98	71.5	137	100
35 y +	5	13.2	5	13.2	28	73.6	38	100
TOTAL	19	7.0	74	27.1	180	65.9	273	100

Fuente:Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.NRO.2. 1981.-

TABLA NRO.12

PARIDAD DE LAS MUJERES CON CESAREA PREVIA SEGUN FORMA DE TERMINO DEL PARTO. 273 CASOS. MATERNIDAD HOSPITAL J.J. AGUIRRE. AÑO 1976.

PARIDAD	ESPONTANEO		FORCEP		CESAREA		TOTAL	
	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%
1 - 3	16	6.3	71	28.1	166	65.6	253	100
4 Y +	3	15.0	3	15.0	14	70.0	20	100
TOTAL	19	7.0	74	27.1	180	65.9	273	100

Fuente:Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.nro.2; 1981.-

TABLA NRO.13

PESO DEL RECIEN NACIDO EN MUJERES CON CESAREA PREVIA SEGUN FORMA DE TERMINO DEL PARTO. 273 CASOS. MATERNIDAD HOSPITAL J.J. AGUIRRE. AÑO 1976.-

PESO GRS.	ESPONTANEO		FORCEP		CESAREA		TOTAL	
	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%
< = 1999	4	33.3	1	8.3	7	58.4	12	100
2000-2999	2	2.3	18	20.7	67	77.0	87	100
>= 3000	13	7.5	55	31.6	106	60.9	174	100
TOTAL	19	7.0	74	27.1	180	65.9	273	100

Fuente:Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.nro.2. 1981.-

TABLA NRO.14

COMPLICACIONES MATERNAS EN MUJERES CON CESAREA PREVIA SEGUN FORMA DE TERMINO DEL PARTO. 273 CASOS. MATERNIDAD J.J. AGUIRRE. AÑO 1976.-

COMPLICACIONES MATERNAS	ESPONTANEO		FORCEP		CESAREA		TOTAL	
	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%
Sin complicaciones	15	78.9	55	74.3	139	77.2	209	76.5
Endometritis	1	5.3	3	4.0	18	10.0	22	8.1
Hemorragia (*)	2	10.5	8	10.8	4	2.2	14	5.1
Rotura uterina(**)	1	5.3	5	6.8	0	0.0	6	2.2
Otras	0	0.0	3	4.1	19	10.6	22	8.1
TOTAL	19	100.0	74	100.0	180	100.0	273	100.0

Fuente:Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. nro.2; 1981.-

TABLA NRO.15
MORBILIDAD DEL RECIEN NACIDO EN HIJOS DE MUJERES CON CESAREA
PREVIA SEGUN FORMA DE TERMINO DEL PARTO. 273 CASOS.
MATERNIDAD HOSPITAL J.J. AGUIRRE. AÑO 1976.

MORBILIDAD	ESPONTANEO		FORCEP		CESAREA		TOTAL	
	NRO.	%	NRO	%	NRO.	%	NRO	%
Sin morbilidad	13	68.3	58	78.4	130	72.1	201	73.6
Hiperbilirru- binemia	1	5.3	5	6.8	19	10.6	25	9.1
Malformaciones	3	15.8	4	5.4	4	2.2	11	4.0
Síndrome dificul- tad respiratoria	--	--	2	2.7	5	2.7	7	2.6
Desnutrición intrauterina	1	5.3	--	--	5	2.8	6	2.2
Traumatismo del parto	1	5.3	2	2.7	1	0.6	4	1.5
Otras	--	--	3	4.0	16	8.9	19	7.0
TOTAL	19	100.0	74	100.0	180	100.0	273	100.0

Fuente: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. NRO 2. 1981.-

TABLA NRO.16
CARACTERISTICAS GRUPOS CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO
ANTIMICROBIANO PROFILACTICOS EN CESAREA
MATERNIDAD DEL HOSPITAL PAULA JARAQUEMADA
ENTRE NOVIEMBRE 1978 Y OCTUBRE 1979.

CARACTERISTICAS	CONTROL	YODO	AMPICILINA	CLORANFENICOL
NRO.DE CASOS	44	44	50	42
EDAD PROMEDIO	24.2	24.7	27	24.4
PARIDAD PROMEDIO	3.6	3.4	3.2	3.0
DIAS ESTADAS POST- OPERATORIO PROMED.	5.1	4.8	6.0	4.3
DIAS ESTADAS PROME- DIO CON INFECCION.	10.6	10.6	18	13

Fuente: REVISTA CHILENA DE OBSTERICIA Y GINECOLOGIA. NRO.2.1981.-

TABLA NRO.17

**CAUSA PRINCIPAL DE INDICACION DE CESAREA
POR GRUPO DE ESTUDIO
MATERNIDAD DEL HOSPITAL PAULA JARAQUEMADA
NOVIEMBRE 1978 A OCTUBRE 1979.**

CAUSA	CONTROL		YODO		AMPICILINA		CLORANFENICOL	
	NRO	%	NRO	%	NRO	%	NRO	%
SUFRIMI.FETAL	14	32	14	32	14	28	13	31
CESAREA.ANTER.	4	9	1	2	8	16	10	24
PODALICA PRIM.	5	11	2	4	5	10	2	5
PELVIS ESTRECH.	8	18	7	16	4	8	4	10
ESTERILIDAD	3	7	3	7	1	2	2	5
OTRAS	10	23	17	39	16	32	11	25
TOTAL	44	100	44	100	50	100	42	100

Fuente: REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.NRO.2.1981.-

TABLA NRO.18

**INFECCIONES SEGUN GRUPOS DE ESTUDIO
MATERNIDAD DEL HOSPITAL PAULA JARAQUEMADA
NOVIEMBRE 1978 A OCTUBRE 1979.**

	CONTROL		YODO		AMPICILINA		CLORAMFENICOL	
SIN INFECCION	39	88.6%	41	93.1%	44	88%	41	97.3%
CON INFECCION	5	11.4%	3	6.9%	6	12%	1	2.3%

Fuente: REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.NRO.2.1981.-

ANEXO NRO.2

=====

T A B L A S E S T A D I S T I C A S

ESTUDIO DE LA CIUDAD DE CHILLAN

=====

TABLA NRO.1

**TOTAL PARTOS VAGINALES Y CESAREAS SISTEMA ESTATAL Y
SISTEMA PRIVADO DE SALUD. CHILE 1986 A 1990.-**

AÑOS	SISTEMA ESTATAL (L.ELECCION + INSTITUCIONAL)		SISTEMA PRIVADO (ISAPRES)		TOTAL		TASA POR 100 HBTS.	
	NRO.	%	NRO.	%	NRO.	%		
PARTO VAGINAL								
1986	173000	94.8	9522	5.2	182522	100	1.5	
1987	180990	92.4	14878	7.6	195868	100	1.6	
1988	187950	88.0	25500	12.0	213450	100	1.7	
1989	188379	89.2	22984	10.8	211363	100	1.6	
1990	191492	85.2	33431	14.8	224923	100	1.7	
PARTO POR CESAREA								
1986	58475	83.5	11560	16.5	70035	100	0.6	
1987	62324	82.6	13139	17.4	75463	100	0.6	
1988	66263	66.6	33288	33.4	99551	100	0.8	
1989	69982	70.4	29378	29.6	99360	100	0.8	
1990	71430	72.2	27559	27.8	98989	100	0.8	
TOTAL DE PARTOS								
1986	228475	91.7	21082	8.3	249557	100	2.0	
1987	243314	89.6	28017	10.4	271331	100	2.2	
1988	254213	81.2	58788	18.8	313001	100	2.5	
1989	258361	83.1	52362	16.9	310723	100	2.4	
1990	262922	81.2	60990	18.8	323912	100	2.5	

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A DEPTO DE INFORMATICA DEL SSN. OCTUBRE 1991.

TABLA NRO.2

DISTRIBUCION PORCENTUAL, PARTOS ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS
DEL SISTEMA ESTATAL DE SALUD EN CHILE. AÑOS 1987 Y 1989.-

SERVICIOS DE SALUD	PARTO NORMAL		PARTO FORCEP		PARTO CESAREA	
	1987	1989	1987	1989	1987	1989
ARICA	82.6	80.9	2.5	2.0	14.9	17.1
IQUIQUE	75.2	73.1	3.0	2.9	21.8	23.9
ANTOFAGASTA	69.3	67.4	4.3	3.2	26.4	29.4
ATACAMA	52.8	66.7	19.6	5.2	27.6	28.1
COQUIMBO	72.0	73.4	7.5	4.3	20.5	22.3
VALP.SN ANT.	67.0	69.8	7.9	4.2	25.1	25.9
VIÑA.QUILLO.	74.5	70.3	5.7	5.9	19.8	23.8
S.FEL.LOS A.	74.7	71.6	1.7	1.6	23.6	26.7
LB.B.O'HIGG.	62.9	63.1	9.7	8.6	27.4	28.2
MAULE	72.1	70.4	3.7	2.4	24.2	27.2
ÑUBLE	68.4	66.8	4.8	2.4	26.8	30.8
CONCEP.ARAU.	72.6	72.3	2.5	2.6	24.9	25.1
TALCAHUANO	75.5	75.7	3.0	2.4	21.5	21.8
LOS ANGELES	58.6	66.5	15.6	5.2	25.5	28.4
ARAUCANIA	68.2	67.7	6.8	4.6	25.0	27.7
VALDIVIA	57.2	73.1	20.7	5.3	21.7	21.6
OSORNO	74.2	69.5	1.6	1.8	24.2	28.7
LLANCHIPAL	69.7	69.3	2.3	2.0	28.0	28.6
AYSEN	66.0	70.5	4.2	3.2	29.8	26.3
MAGALLANES	66.3	62.3	5.3	4.9	28.4	32.8
STGO.NORTE	70.4	72.2	5.1	4.7	24.5	23.0
STGO.OCCID.	73.8	70.8	5.7	6.0	20.5	23.2
STGO.CENTR.	69.9	68.5	5.4	4.8	24.7	26.7
STGO.ORIEN.	65.0	71.7	8.4	4.1	26.6	24.1
STGO.SUR	74.7	74.5	5.3	4.9	20.0	20.6
STGO.SURORIE.	69.6	70.1	8.5	5.9	21.9	24.0
TOTAL	69.8	70.3	6.5	4.4	23.7	25.3

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A DEPTO. DE INFORMATICA. SSN. OCTUBRE
1991.-

TABLA NRO.3

**PARTOS POR CESAREA Y PARTOS TOTALES EN LA PROVINCIA DE ÑUBLE,
EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
(HHMch) Y
EN LA CLINICA PRIVADA DE CHILLAN (CPCh). 1885 a 1990.-**

TIPO DE PARTO	PROVINCIA		HHMch		CPCh	
	NRO	%	NRO	%	NRO	%
1 9 8 5						
CESAREAS	1719	27.0	1068	31.0	s/i	s/i
TOTALES	6369	100.0	3450	100.0	557	100.0
1 9 8 6						
CESAREAS	2066	27.2	1384	32.3	s/i	s/i
TOTALES	7593	100.0	4278	100.0	742	100.0
1 9 8 7						
CESAREAS	2099	26.8	1349	31.5	s/i	s/i
TOTALES	7831	100.0	4285	100.0	682	100.0
1 9 8 8						
CESAREAS	2411	30.3	1573	34.9	330	47.3
TOTALES	7949	100.0	4504	100.0	698	100.0
1 9 8 9						
CESAREAS	2484	30.8	1629	34.9	513	80.2
TOTALES	8060	100.0	4671	100.0	640	100.0
1 9 9 0						
CESAREAS	2619	31.5	1712	34.1	382	69.1
TOTALES	8322	100.0	5028	100.0	553	100.0

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A DEPTO DE INFORMATICA DEL SERVICIO DE SALUD DE ÑUBLE.1991.

TABLA NRO. 4

**INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.
TOTAL HOSPITAL HERMINDA MARTIN DE CHILLAN Y
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTERTRICIA DEL MISMO HOSPITAL.
1985 AL 1990.-**

	1985		1986		1987	
	NRO	%	NRO	%	NRO	%
MATERNIDAD	415	67	535	68	370	69
H.H.M.Ch.	619	100	787	100	535	100

	1988		1989		1990	
	NRO	%	NRO	%	NRO	%
MATERNIDAD	485	79	406	64	438	57
H.H.M.Ch.	612	100	634	100	774	100

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A DEPTO.INFORMATICA SERVICIO SALUD ÑUBLE.1991.

TABLA NRO.5

**TASA DE ATAQUE (*) INFECCIONES INTRAHOSPITALARIA
HOSPITAL HERMINDA MARTIN DE CHILLAN Y
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTERICIA DEL MISMO HOSPITAL
1985 AL 1990**

(%)	1985	1986	1987	1988	1989	1990
MATERNID.	6.6	7.8	5.6	6.6	5.5	5.8
H.H.M.Ch.	3.2	4.3	2.6	2.7	2.7	3.5

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A DEPTO.INFORMATICA DEL SERVICIO SALUD DE ÑUBLE.1991.

NOTA (*) : La tasa de ataque se calcula: nro. de infecciones intrahospitalarias del servicio sobre nro. de egresos totales del mismo servicio, multiplicado por cien.

TABLA NRO.6

**PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES CESARIZADAS
EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y
EN LA MATERNIDAD DE LA CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.**

CAUSAS	NRO. CASOS	PORCENTAJE
CLINICA CHILLAN		

REPETIDAS	12	27 %
DISTOCIA	13	30 %
SUFRIMIENTO FETAL	1	2 %
PRESENTACION DE NALGAS	1	2 %
OTRAS	17	39 %
TOTAL	44	100 %
HOSPITAL DE CHILLAN		

REPETIDAS	46	31 %
DISTOCIA	24	16 %
SUFRIMIENTO FETAL	9	6 %
PRESENTACION DE NALGAS	5	3 %
OTRAS	65	43 %
SIN REGISTRO	1	1 %
TOTAL	150	100 %

**Fuente: ELAB. PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES
MUESTRA AÑO 1990.-**

TABLA NRO.7

**RIESGO PERINATAL DE LA MADRE. PACIENTES CESARIZADAS
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD
DE LA CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

GRADO DEL RIESGO	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO.	%	NRO.	%
SIN RIESGO	68	45 %	34	77 %
MENOR RIESGO	7	5 %	0	0 %
ALTO RIESGO	72	48 %	9	21 %
SIN REGISTRO	3	2 %	1	2 %
TOTALES	150	100 %	44	100 %

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES MUESTRA AÑO 1990.-

TABLA NRO.8

**PARIDAD. PACIENTES CESARIZADAS
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD
DE LA CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

PARIDAD	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO.	%	NRO.	%
CERO	55	37 %	20	46 %
UNO	45	30 %	9	20 %
DOS	32	21 %	9	20 %
TRES	13	9 %	5	11 %
CUATRO	2	1 %	0	0 %
SIN REGISTRO	3	2 %	1	3 %
TOTALES	150	100 %	44	100 %

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES MUESTRA AÑO 1990.-

TABLA NRO.9
CESAREAS PREVIAS SEGUN PARIDAD DE LAS MADRES.
PACIENTES CESARIZADAS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y
MATERNIDAD DE LA CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-

NRO.CESAREAS PREVIAS AL PARTO ACTUAL	CERO A DOS HIJOS PREVIOS		TRES Y MAS HIJOS PREVIOS		TOTALES	
	NRO	%	NRO	%	NRO	%

HOSPITAL DE CHILLAN

CERO	73	91	7	9	80	100
UNA	37	95	2	5	39	100
DOS	20	87	3	13	23	100
TRES	--	--	5	100	5	100
SIN REGIS.	--	--	--	--	3	100
TOTALES	130	87	17	11	150	100

CLINICA CHILLAN

CERO	34	87	5	13	39	100
UNA	3	75	1	25	4	100
DOS	0	0	0	0	0	100
TRES	0	0	0	0	0	100
SIN REGIS.	0	0	0	0	1	100
TOTALES	38	86	6	14	44	100

NUMERO DE CESAREAS PREVIAS

	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN		TOTALES	
	NRO	%	NRO	%	NRO	%
CERO	80	54	39	89	119	61
UNA	39	26	4	9	43	22
DOS	23	15	0	0	23	12
TRES	5	3	0	0	5	3
SIN REGIS.	3	2	1	2	4	2
TOTALES	150	100	44	100	194	100

Fuente:ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES
 MUESTRA AÑO 1990.-

TABLA NRO.10

**EDAD DE LA MADRE. PACIENTES CESARIZADAS
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD DE LA
CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

GRUPO DE EDAD (EN AÑOS)	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO	%	NRO	%
15 A 24 AÑOS	46	31	8	18
25 A 34 AÑOS	77	51	19	43
35 Y MAS AÑOS	22	15	17	39
SIN REGISTRO	5	3	0	0
TOTAL	150	100	44	100

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES MUESTRA AÑO 1990.-

TABLA NRO.11

**ANTECEDENTES MORBIDOS DE LA MADRE
PACIENTES CESARIZADAS MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN
Y MATERNIDAD DE LA CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

ANTECEDENTE	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO.	%	NRO.	%
NINGUNO	70	47 %	13	30 %
CARDIOPATIA	1	1 %	3	7 %
NEFROPATIA	2	1.5 %	0	0 %
HIPERTENCION	1	1 %	5	11 %
DIABETES	0	0 %	2	5 %
COLECISTOPATIA	1	1 %	2	5 %
CANCER	2	1.5 %	0	0 %
INTERVEN. QUIRUR.	23	15 %	10	23 %
TRANSFUSIONES	3	2 %	0	0 %
OTROS	47	30 %	9	19 %
TOTALES	150	100 %	44	100 %

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES MUESTRA AÑO 1990.-

TABLA NRO.12

**CONTROL PRENATAL DE LA MADRE. PACIENTES CESARIZADAS.
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD
DE LA CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO.	%	NRO.	%
SI	147	98 %	SIN	REGISTRO
NO	3	2 %	SIN	REGISTRO
TOTALES	150	100 %	SIN	REGISTRO

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES MUESTRA AÑO 1990.-

TABLA NRO.13

**USO DE ANTICONCEPTIVOS PREVIOS AL EMBARAZO.
PACIENTES CESARIZADAS. MATERNIDAD DEL
HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD DE LA CLINICA CHILLAN.
MUESTRA AÑO 1990.-**

TIPO DE ANTICON- CEPTIVO.	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO	%	NRO	%
" T "	11	7 %	0	0 %
LIPPES	4	3 %	0	0 %
DIU	10	7 %	5	11 %
ACO	30	20 %	11	25 %
INYECCIONES	3	2 %	0	0 %
CON ANTICONCEPTIVOS	58	39 %	16	36 %
SIN ANTICONCEPTIVOS	84	56 %	28	64 %
REGISTRO	8	5 %	0	0 %
TOTALES	150	100 %	44	100 %

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES MUESTRA AÑO 1990.-

TABLA NRO.14

**MUERTE POST-CESAREA. PACIENTES CESARIZADAS.
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD DE LA
CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO.	%	NRO.	%
DE LA MADRE	0	0 %	0	0.0 %
DEL HIJO	2	1 %	0	0.0 %
DE LOS DOS	1	0.5 %	0	0.0 %
NINGUNO	147	98.5 %	44	100.0 %
TOTALES	150	100.0 %	44	100.0 %

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES
MUESTRA AÑO 1990.-

TABLA NRO.15

**PARTOS GEMELARES. PACIENTES CESARIZADAS.
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD DE LA
CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO	%	NRO	%
	3	2.0 %	1	2.0 %
TOTAL PARTOS	150	100.0 %	44	100.0 %

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES
MUESTRA AÑO 1990.-

TABLA NRO.16

**ALCOHOL INGERIDO POR LA MADRE Y EL PADRE. PACIENTES CESARIZADAS.
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD DE LA
CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

	MODERADO		EXCESIVO		NO REGISTRA		TOTAL	
	NRO	%	NRO	%	NRO	%	NRO	%
HOSPITAL DE CHILLAN								

MADRE	6	4%	1	0.5%	143	95.5%	150	100%
PADRE	73	49%	4	2%	73	49%	150	100%
CLINICA CHILLAN								

MADRE	N O		R E G I S T R A					
PADRE	10	23%	0	0%	34	77%	44	100%

**Fuente: ELAB.PROPIA EM BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES
MUESTRA AÑO 1990.-**

TABLA NRO.17

**TALLA DEL RECIEN NACIDO (EN CMS.). PACIENTES CESARIZADAS.
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD
DE LA CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

TALLA	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO.	%	NRO	%
MENOR A 40 CMS.	4	3.0	0	0.0
ENTRE 40 Y 43 CMS.INCLUSIVE	2	1.5	0	0.0
ENTRE 44 Y 47 CMS.INCLUSIVE	34	23.0	10	23.0
ENTRE 48 Y 51 CMS.INCLUSIVE	89	61.0	26	61.0
MAYOR A 51 CMS.	18	11.5	7	16.0
TOTALES	147	100.0	43	100.0

**Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES
MUESTRA AÑO 1990.-**

TABLA NRO.18

**PESO DEL RECIEN NACIDO (EN GRS.). PACIENTES CESARIZADAS.
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD
CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

PESO	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO	%	NRO	%
MENOR A 1000	2	1	0	0
1001 A 1600	2	1	0	0
1601 A 2200	6	4	0	0
2201 A 2800	25	17	6	14
2801 A 3400	65	44	20	47
3401 A 4000	39	27	13	30
MAYOR A 4001	8	6	4	9
TOTAL	147	100	43	100

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES
MUESTRA AÑO 1990.-

TABLA NRO.19

**SEXO DEL RECIEN NACIDO. PACIENTES CESARIZADAS.
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD DE LA
CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

SEXO	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO	%	NRO	%
FEMENINO	80	54	20	46
MASCULINO	67	46	23	54
TOTAL	147	100	43	100

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES
MUESTRA AÑO 1990.-

TABLA NRO.20

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS DEL RECIEN NACIDO.
 PACIENTES CESARIZADAS.
 MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD DE LA
 CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO.	%	NRO.	%
NO TIENE ANT. PATOLOGICOS	142	97	43	100
SIN REGISTRO	5	3	0	0
TOTALES	147	100	43	100

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES
 MUESTRA AÑO 1990.-

TABLA NRO.21

**ESTADO CIVIL DE LA MADRE. PACIENTES CESARIZADAS.
 MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD DE LA
 CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

ESTADO CIVIL	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO.	%	NRO.	%
CASADAS	106	71	42	96
SOLTERAS	44	29	2	4
TOTALES	150	100	44	100

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LA PACIENTES
 MUESTRA AÑO 1990.-

TABLA NRO.22**ESCOLARIDAD DE LA MADRE. PACIENTES CESARIZADAS.
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD DE LA
CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

NIVEL (*)	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO.	%	NRO.	%
ANALFABETAS	5	3	0	0
BASICA	74	49	0	0
MEDIA	67	45	43	98
SUPERIOR	4	3	1	2
TOTALES	150	100	44	100

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LA PACIENTES
MUESTRA AÑO 1990.-

NOTA(*): se consideró con el nivel completo cursado.-

TABLA NRO.23

**OCUPACION DE LA MADRE. PACIENTES CESARIZADAS.
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD DE LA
CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

OCUPACION	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO.	%	NRO.	%
PROFESIONAL	2	1	1	2
TECNICAS	5	3	0	0
EMPLEADAS PAR- TICULARES	5	3	1	2
DUEÑAS DE CASA	130	87	4	9
PEQUEÑA EMPRE- SARIA	1	0.5	0	0
ESTUDIANTE	3	2	0	0
SIN REGISTRO	4	3.5	38	87
TOTAL	150	100	44	100

**Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES
MUESTRA AÑO 1990.-**

TABLA NRO.24

**¿ LA MADRE ESTABA TRABAJANDO AL MOMENTO DEL PARTO ?
PACIENTES CESARIZADAS
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y DE LA
CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO.	%	NRO.	%
SI	12	8	15	34
NO	138	92	29	66
TOTAL	150	100	44	100

**Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES.
MUESTRA AÑO 1990.-**

TABLA NRO.25

**PREVISION DE SALUD DE LA MADRE. PACIENTES CESARIZADAS.
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD DE LA
CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

PREVISION	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO	%	NRO	%
INDIGENTES (SIN INGRESOS MENSUALES)	84	56	0	0
FONASA TRAMO B (CON INGRESOS MENSUALES DE \$ 0 A \$ 37019)	43	29	0	0
FONASA TRAMO C (CON INGRESOS MENSUALES DE \$ 37020 A \$ 57841)	6	5	7	16
FONASA TRAMO D (CON INGRESOS MENSUALES SUPERIO- RES A \$ 57842)	2	1	16	36
PARTICULARES SIN PREVISION NO IN- DIGENTES	5	3	2	5
ISAPRES	5	3	19	43
NO REGISTRA EL DATO	5	3	0	0
TOTAL	150	100	44	100

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES
MUESTRA AÑO 1990.-

TABLA NRO.26

**RESIDENCIA DE LA MADRE. PACIENTES CESARIZADAS.
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD DE LA
CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

RESIDENCIA	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO.	%	NRO.	%
URBANA	85	57	40	91
RURAL	65	43	4	9
TOTALES	150	100	44	100

**Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES
MUESTRA AÑO 1990.-**

TABLA NRO.27

**TIPO DE VIVIENDA QUE HABITA LA MADRE. PACIENTES CESARIZADAS.
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD DE LA
CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-**

TIPO VIVIENDA	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO.	%	NRO.	%
CASA	117	78.0	40	91.0
DEPARTAMENTO	2	1.0	4	3.0
MEDIAGUA	20	13.0	0	0.0
MEJORA	1	0.6	0	0.0
OTROS	10	7.4	0	0.0
TOTAL	150	100.0	44	100.0

**Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES
MUESTRA AÑO 1990.-**

TABLA NRO.28

EXISTENCIA DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO EN LAS VIVIENDAS QUE HABITAN LAS MADRES. PACIENTES CESARIZADAS. MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN Y MATERNIDAD DE LA CLINICA CHILLAN. MUESTRA AÑO 1990.-

	HOSPITAL DE CHILLAN		CLINICA CHILLAN	
	NRO.	%	NRO.	%
A L C A N T A R I L L A D O *****				
SI	79	53	44	100
NO	71	47	0	0
TOTALES	150	100	44	100
A G U A P O T A B L E *****				
SI	101	67	44	100
NO	49	33	0	0
TOTALES	150	100	44	100

Fuente: ELAB.PROPIA EN BASE A LAS FICHAS CLINICAS DE LAS PACIENTES MUESTRA AÑO 1990.-

ANEXO NRO.3

=====

**COSTOS PARTO VAGINAL Y PARTO CESAREA.
HOSPITAL DE CHILLAN. EN MONEDA DE OCTUBRE DE 1991.-**

=====

**COSTO UNITARIO CESAREA
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN**

=====

A.- COSTOS DIRECTOS DE LOS PROCEDIMIENTOS.-

A.1. ASEO GENITAL:

RR.HH.	\$	71.25
INSUMOS	\$	607.46
TOTAL	\$	678.71

A.2. ASEPSIA VAGINAL:

RR.HH.	\$	42.75
INSUMOS	\$	518.42
TOTAL	\$	561.17

A.3. SONDEO VESICAL:

RR.HH.	\$	28.50
INSUMOS	\$	979.25
TOTAL	\$	1007.75

A.4. PREPARACION DE ABDOMEN:

RR.HH.	\$	42.75
INSUMOS	\$	416.76
TOTAL	\$	459.51

A.5. ADMINISTRAR MEDIACAMENTOS INTRA-MUSCULAR:

RR.HH.	\$	15.17
INSUMOS	\$	161.79
TOTAL	\$	176.96

A.6. ASEO QUIRURGICO MANOS PERSONAL:

RR.HH.	\$	367.04
INSUMOS	\$	8.06
TOTAL	\$	375.10

A.7. ANESTESIA REGIONAL:

RR.HH.	\$	300.92
INSUMOS	\$	4929.70
TOTAL	\$	5230.62

A.8. ADMINISTRACION DE RETRACTORES DE FIBRA UTERINA:

RR.HH.	\$	15.17
INSUMOS	\$	599.63
TOTAL	\$	614.80

A.9. CESAREA:

RR.HH.	\$	1430.84
INSUMOS	\$	6077.20
TOTAL	\$	7508.04

A.10. ATENCION NEONATAL:

RR.HH.	\$	289.62
INSUMOS	\$	586.18
TOTAL	\$	875.80

A.11. MANEJO ROPA SUCIA Y DESHECHOS:

RR.HH.	\$	91.40
INSUMOS	\$	35.00
TOTAL	\$	126.40

A.12. ASEO DE INSTRUMENTAL:

RR.HH.	\$	91.40
INSUMOS	\$	50.00
TOTAL	\$	141.40

TOTAL COSTOS DIRECTOS UNITARIOS CESAREA: \$ 17757

TOTAL OTROS COSTOS UNITARIOS CESAREA : \$ 25405

EX. LABORATORIOS	\$	9456
LAVANDERIA	\$	1557
ESTERILIZACION	\$	2381
ASEO	\$	526
AGUA/LUZ/GAS	\$	758
ALIMENTACION	\$	4267
ADMINISTRACION	\$	6460

=====

TOTAL COSTO UNITARIO POR CESAREA : \$ 43162

=====

**COSTO UNITARIO PARTO VAGINAL
MATERNIDAD HOSPITAL DE CHILLAN.-**

=====

B.- COSTOS DIRECTOS DE LOS PROCEDIMIENTOS.

B.1. ASEO GENITAL:

RR.HH.	\$	15.17
INSUMOS	\$	537.46
TOTAL	\$	562.63

B.2. PINCELADA ZONA GENITAL:

RR.HH.	\$	10.12
INSUMOS	\$	41.59
TOTAL	\$	51.71

B.3. ASEO QUIRURGICO MANOS DEL PERSONAL:

RR.HH.	\$	67.12
INSUMOS	\$	330.82
TOTAL	\$	397.94

B.4. PARTO:

RR.HH.	\$	285.00
INSUMOS	\$	679.64
TOTAL	\$	964.64

B.5. ADMINISTRAR RETRACTORES FIBRA UTERINA:

RR.HH.	\$	15.17
INSUMOS	\$	599.63
TOTAL	\$	614.80

B.6. ATENCION NEONATAL:

RR.HH.	\$	289.62
INSUMOS	\$	586.18
TOTAL	\$	875.80

B.7. MANEJO ROPA SUCIA Y DESHECHOS:

RR.HH.	\$	91.40
INSUMOS	\$	35.00
TOTAL	\$	126.40

B.8. ASEO INSTRUMENTAL:

RR.HH.	\$	91.40
INSUMOS	\$	50.00
TOTAL	\$	141.40

TOTAL COSTO UNITARIO DIRECTO DE PARTO NORMAL: \$ 3735

TOTAL OTROS COSTOS UNITARIOS DE PARTO NORMAL: \$ 12889

EX. LABORATORIO	\$	3320
LAVANDERIA	\$	934
ESTERILIZACION	\$	1428
ASEO	\$	316
LUZ/AGUA/GAS	\$	455
ALIMENTACION	\$	2560
ADMINISTRACION	\$	3876

=====

TOTAL COSTO UNITARIO DE PARTO NORMAL : \$ 16624

=====

DIFERENCIAL COSTO UNITARIO POR CESAREA Y COSTO UNITARIO DEL PARTO VAGINAL:

\$ 26538
=====

- Nota: i.- No se consideró depreciación de maquinaria, equipo ni del edificio.
ii.- Costos unitarios de octubre de 1991, en la ciudad de Chillán.
iii.- El costeo se realizó en base a los procedimientos descritos en el Anexo NRO.4 de esta investigación.

ANEXO NRO.4

=====

**PROCEDIMIENTOS E INSUMOS UTILIZADOS EN LA
MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE CHILLAN, PARA LAS
CESAREAS Y EN LOS PARTOS VAGINALES.-**

=====

IDENTIFICACION DE PROCEDIMIENTOS E INSUMOS
UTILIZADOS EN LA ATENCION DE PARTOS VAGINAL Y CESAREA
EN MATERNIDAD HOSPITAL HERMINDA MARTIN 1991

C E S A R E A

PROCEDIMIENTO	INSTRUMENT.	TIEMPO	EQUIPO	INSUMOS
PREOPERATORIO				
ASEO VAGINAL	MATRONA	5 Min.	Budinera 2 Tachos lit.	4 Tómulas grandes Jabón sanigermin Papel higiénico 1 par guantes desechables
ASEPSIA VAGINAL	MATRONA	3 Min.	Irrigador vaginal	Agua hervida fría 500cc 15cc Povidona yodada Apósito.
SONDEO VESICAL	MATRONA	2 Min.		Sonda Foley Nº 16 ó Nelaton Nº16 Guantes estériles.
PREP. DE ABDOMEN	MATRONA	3 Min.	Ritón Máq. rasurar	Jabón sanigermin Agua 3 Tómulas grandes 1 Hoja afeitar Alcohol yodado pincelar
ADM. MEDICAMENTO INTRAMUSCULAR	AUXILIAR	3 Min.	Jeringa 2cc	3 Tómulas eticas alcohol Aguja desechable 8 Z1 1 Amp. atropina
VESTUARIO CIRCULACION RESTRI- GADA MAS ASEO QUIRUR. DE MANOS	2 MEDICOS C 1 MEDICO 3 AUXILIAR. 1 MATRONA	5 C/U	Borros Botas Pantalón c/botas Mascarillas	5cc. jabón clorhex c/u
ANESTESIA REGIONAL	MEDICO A AUX ANEST	5 Min. 45 Min	Bandeja Trocar Jeringas Compresas ligadura Máq. anest. y sus resp. insumos.	Tómulas algodón c/alcohol Lidocaina 5X Succinil colina 1000 suero glucosado 1 equipo fiabo Mariposa Nº 19 Cateter venoso Nº16

ADM. DE RETRACTORES FIBRA UTERINA	AUXILIAR	3 Min.	Jeringa 2cc	1 Aguja desechable G21 1 Amp. Methergin 500cc suero gl 5% 1 Equipo flabo 1 Mariposa N2 21 10 u de Syntocinon
CESAREA	2 MEDICOS C	35 Min.	1 paq.ropa	1 Apósito mediano
	1 AUX. MAT.	35 Min.	1 paq. compra.	Tela adhesiva 3 tiras 30 cm.
	1 AUX. MAT.	45 Min.	1 caja cesare	Torulero
			1 c. revisión	15cc alcohol yodado
			1 Sond. asp. centr.	1 Amp. gentamicina o 1 frasco CAF
			1 Jeringa 5cc	1 Aguja desechable N221 B
				1 Torula chica c/alcohol
				1 Bisturí
				4 Pares de guantes.
				3 Catgut 2 simple s/aguja o
				3 Catgut 1 simple c/aguja
				1 Catgut 1 simple c/aguja
				1 Catgut 2 simple c/aguja
				1 Catgut 2/0 simple c/aguja
				1 vicky: 0-1 o 1
				Tablilla lino 40
				1 Catgut 1 cromado s/aguja
				1 Catgut 0 simple s/aguja
				1 Tablilla lino 80 o Seda negra
				1 Catgut 2/0 simple c/aguja
				2 Catgut 2/0 simple s/aguja
ATENCIÓN NEONATAL	MATRONA	15 Min.	1 Eq. asp. Neon.	1 Sonda asp. N25-10
	AUXIL.	15 Min.	1 Pipeta Lee	40cc suero fisiológico 0% 1 Pitilla hilo bolsa estéril 1 alcohol yodado 1 Aguja desechable N225-1/2 2 Frascos examen de cordón 2 Etiquetas frascos 1 Brazalete 1 Par guantes estériles 4 Gotas colirio CAF 1 Amp. Vitk 1cc 1 Sobre profilaxis ocular 1 Amp. agua bidestilada
MANEJO DE ROPA SUCIA Y DESHE- CHABLE	AUX SERV.	10 Min.	Traperos	1 Bolsa basura 70x90
	AUX ENFER.	10 Min.		1 Bolsa basura 50x70 1 Bolsa nylon 30x42
ASEO INSTRUMEN- TAL	AUX SERV.	10 Min.	Baldes	Detergente
	AUX ENFER.	10 Min.	Cubetas	Agua

PARTO NORMAL

ABEO GENITAL	AUX ENFER.	3 Min.	Budinera	4 Tórculas grandes Jabón senigermín 1 par guantes desechables
PINCELAR ZONA GENITAL	AUX ENFER.	3 Min.	Porta	1 Tórcula grande 5cc.povidona yodada
VESTUARIO CIRCULACION MAS ABEO QUIRURGICO MANOS	MATRONA AUXILIAR	4 Min. 2 Min.	Sorro Mascarilla botas	5 Clorodex Guantes 2 pares
PARTO	MATRONA	20 Min.	Paq.parto Daja parto Jeringa 10cc Jeringa 2cc	Aguja desechable 21 G. Lidocaina 2% 10cc 1 Catgut o simple s/aguja 1 Catgut o cruzados c/aguja Bolsa nylon 30x40 Bolsa basura 50x70 2 Frasco examen 2 Agujas sutura
ADM. DE RETRACTORES FIBRA UTERINA	AUXILIAR	3 Min.	Jeringa 2cc	1 Aguja desechable 62% 1 Amp. nethergin 500 granos gl.5% 1 Equ. flebo 1 Mariposa Nº 21 10 U de Syntocinon
TRASLADO PACIENTE A FUERPERIO	AUXILIAR	3-5 Min.	Camilla Ropa de Cama Sabanilla	

1.- Paciente recibe desde su ingreso otras atenciones como:

- Toma muestra examen
- Control LDF - DIA
- Monitorización
- Aminioscopia
- T.V.

2.- Se debe tener disponible medicamentos varios I.M. E.V. fleboclisis

- Incubadora transporte
- Oxígeno
- Equipos de reanimación
- Tº Ambiente o en pantalla de calor
- Frascos para exámenes no rutinarios

3.- No se hizo cálculos de tiempo proporcional utilizado en registros:

Libro partos

Ficha Partos

Ficha recién nacido

Ordenes Exámenes

Identificación Recién Nacido

Etc.

4.- No se consideró el tiempo Auxiliar utilizado en preparación de equipos -paquetes para su esterilización ni la preparación previa a su uso.

5.- Período promedio estada parto normal = 3 días

Período promedio estada cesarea = 5 días

EXAMENES DE LABORATORIO
 COSTOS EN \$ A OCTUBRE DE 1991
 BASE: HOSPITAL HERMINDA MARTIN DE CHILLAN

PARTO NORMAL

PARTO CON CESAREA

EXAMENES CONTROL EMBARAZO

2	Glicerinas	\$ 360.-		2	Glicerinas	\$ 360.-	
2	V.D.R.L.	\$ 800.-		2	V.D.R.L.	\$ 800.-	
2	Hematocritos	\$ 360.-		2	Hematocritos	\$ 360.-	
2	Hemoglobinas	\$ 360.-		2	Hemoglobinas	\$ 360.-	
1	Grupo Sanguineo ABD v RHO	\$ 640.-		1	Grupo Sanguineo ABD v RHO	\$ 640.-	
T O T A L			\$2.520.-	T O L A L			\$2.520.-

Set de exámenes previos a una
transfusión: \$4.500.-

Costo equipos para una
transfusión Sanguínea:
1 Bolsa recolectora \$1.156.-
1 Eq. Administración \$ 680.-

Para ambos casos habría que analizar la calidad del producto. si es un recién nacido normal. se agrega a los costos anteriores:

1	Examen V.D.R.L.	\$ 800.-		1	Examen V.D.R.L.	\$ 800.-	
TOTAL COSTO			\$3.320.-	TOTAL COSTO			\$9.456.-

En el caso de tener un recién nacido con patologías. hay que conocer el diagnóstico diferencial para ir clasificando los exámenes de Laboratorio que corresponden a cada caso.

