

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL
SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

MARTHA DEL PILAR GONZALES VALDIVIA

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS

DIRECTOR DE TESIS

DR. MOISÉS GUILLÉN, DR. PEDRO AGUIRRE

ASESORES DE TESIS

LIMA – PERÚ

2016

AGRADECIMIENTO

A Dios, el creador de todas las cosas, por su infinito amor.

A mis padres y hermanos por su apoyo total e incondicional.

A mis maestros de la Universidad y de los Hospitales en los que tuve el privilegio de formarme y sentar las bases de mi carrera, les agradezco por sus sabias enseñanzas, no solo para mi vida profesional sino para mi vida personal.

A mis compañeros y compañeras de estudios, amigos y amigas de toda la vida por estar conmigo siempre, aún a la distancia brindándome su cariño y apoyo.

Martha del Pilar Gonzales Valdivia

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis, en primer lugar a Dios, por llenarme de su Espíritu Santo y darme fortaleza para continuar cuando sentía que no podía más, y permitirme llegar a este momento tan importante de mi vida y mi carrera profesional.

A mis Padres Julio Roger y María Rosario, por darme la vida, amor y educación; especialmente por creer en mí, por sus sabios consejos, por su paciencia y por el apoyo total e incondicional que me brindaron durante todos estos años de estudio para el logro de mis objetivos. Son los mejores padres.

A mis hermanos Roger y Julio por todo su cariño y apoyo moral. No imagino la vida sin ustedes.

A mis maestros quienes con sus sabias enseñanzas me ayudaron a lograr alcanzar la meta y concluir mis estudios profesionales.

A mis familiares: mi Abuelita Martha, mis tías y tíos, primas y primos por sus sabios consejos, sus oraciones y sus buenos deseos, porque aún a la distancia siempre me mostraron su apoyo total.

A mis amigos de la infancia, del colegio, de la universidad, del internado médico, porque siempre estuvieron conmigo, compartiendo buenos y malos momentos, quienes me animaron cada vez que lo necesité.

Martha del Pilar Gonzales Valdivia

RESUMEN

Introducción: La cesárea ha sido incorporada a la práctica médica obstétrica con el fin de prevenir la morbilidad materna y perinatal; sin embargo, su frecuencia se ha incrementado a tal punto que actualmente se considera un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida.

Objetivos: Conocer las indicaciones que determinan un parto por cesárea, así como su frecuencia y las características de las pacientes en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Comas-Lima-Perú durante el período 2014.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 338 casos de cesárea en dicho hospital. La información fue recolectada principalmente del registro de sala de operaciones y de las Historias Clínicas respectivas, para lo cual se empleó una ficha de recolección de datos. Los resultados se analizaron en el programa informático Microsoft Office Excel 2010.

Resultados: Se encontró una frecuencia de la operación cesárea de 42,07%. Las principales indicaciones de cesárea fueron: Cesárea Anterior con 24.26%; Desproporción Céfalopélvica con 16.57%; Pre-eclampsia o Eclampsia con un 10.95%; Macrosomía Fetal con 9.47% y Ruptura Prematura de Membranas con 8.87%.

Conclusión: Las indicaciones de cesárea por causa materna fueron las más frecuentes representando 63.02% del total y dentro de éstas la cesárea anterior fue la principal causa con 24.26%. La frecuencia de la operación cesárea fue de 42,07%, cifra superior a lo recomendado por la OMS que es un 10-15%.

Palabras Claves: Indicaciones de Cesárea, Frecuencia de Cesárea, Cesárea Anterior.

ABSTRACT

Introduction: Cesarean section has been incorporated into obstetric medical practice in order to prevent maternal and perinatal morbidity and mortality; however, their frequency has increased to the point that today is considered a problem by excessive liberalization that has been conducted.

Objectives: To determine the indications that a cesarean delivery, and the frequency and characteristics of the patients in the Department of Gynecology and Obstetrics Hospital Nacional Sergio E. Bernales Comas-Lima-Peru for the period 2014.

Materials and Methods: A descriptive, retrospective, cross-sectional quantitative study was conducted. The sample consisted of 338 cases of caesarean section in the hospital. The information was collected mainly from record operating room and the respective medical records, for which a data collection sheet was used. The results were analyzed in the computer program Microsoft Office Excel 2010.

Results: The frequency of cesarean section 42.07% was found. The main indications for cesarean section were: Previous Cesarean with 24.26%; Cephalopelvic Disproportion with 16.57%; Pre-eclampsia or Eclampsia with 10.95%; Fetal Macrosomia with 9.47% and Premature Rupture of Membranes with 8.87%.

Conclusion: The indications of cesarean in maternal causes were the most frequent representing 63.02% of the total and within these previous cesarean was the main cause with 24.26%. The frequency of cesarean section was 42.07%, higher than recommended by the WHO figure is 10-15%.

Keywords: Indications of Caesarea, frequency Caesarea, Caesarea Previous.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía). Dicho procedimiento ha sido incorporado a la práctica médica obstétrica con el fin de prevenir la morbilidad materna y perinatal; sin embargo, durante los últimos años su frecuencia se ha incrementado a tal punto que actualmente se considera un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. La Organización Mundial de la Salud recomienda realizar una cesárea por indicaciones médicas en porcentajes no mayores al 15%; pero por el contrario, hoy en día la prevalencia de la misma se encuentra en la mayor parte del mundo por encima de ese rango, y además, se realizan cesáreas por petición materna. La decisión de realizar una cesárea depende de cada médico, basándose en su experiencia y en protocolos o guías clínicas del lugar en donde trabaja si las hay, ya que no existe un consenso para las indicaciones de cesárea. Más allá de algunas variaciones entre países, sectores de salud u hospitales, se describe un patrón de indicaciones de Cesárea bastante similar, las cesáreas anteriores e iterativas, las distocias, y el sufrimiento fetal agudo, son las principales, en orden de frecuencia.

Ciertamente, la cesárea no es un procedimiento inocuo y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos, Se calcula que su morbilidad es 20 veces superior si se la compara con las cifras propias del parto vaginal. Por lo tanto,

resulta de gran importancia la indicación adecuada de tal procedimiento, que podría causar complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido. Adicionalmente, las cesáreas innecesarias representan un aumento en el costo de los servicios.

Nuestro país no es ajeno a ésta tendencia del aumento de cesáreas, muchas sin indicaciones justificadas en las instituciones tanto del sector público como del privado, siendo motivo de preocupación para el sistema de salud.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 Planteamiento del Problema	11
1.2 Formulación del Problema	12
1.3 Justificación de la Investigación	12
1.4 Delimitación del Problema.....	13
1.5 Objetivos de la Investigación.....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1 Antecedentes de la Investigación	15
2.2. Bases teóricas – estadísticas	25
2.3 Definición de conceptos operacionales	40
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	40
3.1. Hipótesis.....	40
3.2. Operacionalización de Variables	41
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	45
4.1. Tipo de Investigación.....	45
4.3. Población y Muestra.....	46
4.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	47
4.5. Recolección de datos.....	47
4.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos	48
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
5.1. Resultados	48
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	68
Conclusiones	68
Recomendaciones	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	77

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

La cesárea ha sido incorporada a la práctica médica obstétrica con el fin de prevenir la morbilidad materna y perinatal. En los últimos años se ha observado que las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo (1). Su frecuencia se ha incrementado a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. (2)

En la medida que la morbilidad asociada a cesárea ha disminuido sus indicaciones han aumentado, tanto en el manejo de patología materna así como fetal. En la actualidad incluso es aceptada su realización a solicitud de la paciente; factor que ha sido relevante en el aumento de su incidencia (3). Sin embargo, a pesar del progreso en las técnicas quirúrgicas y anestésicas, en el reemplazo de sangre y en los cuidados post-operatorios, el riesgo de complicaciones maternas y fetales en la cesárea es más alto que el encontrado en el parto vaginal. Además conllevan un costo económico, tanto para la población como para los servicios de salud. Es por ello que se debe enfatizar la necesidad de revisar los criterios bajo los cuales se llevan a cabo, con el propósito de lograr que toda cesárea efectuada esté justificada médicamente. (4)

En nuestro país la tasa de nacimientos por cesárea en los establecimientos de salud pública representa el 20% de los partos,

mientras que en los establecimientos privados de salud se observa tasas de cesáreas cercanas al 50%. Hoy en día, en Lima las tasas de cesárea alcanzan cifras entre el 32,3% - 37,6%. Más allá de algunas variaciones entre países, sectores de salud u hospitales, se describe un patrón de indicaciones de operación cesárea bastante similar, las cesárea anterior e iterativas, las distocias, y el sufrimiento fetal agudo, son las principales, en orden de frecuencia. (5)

La alta frecuencia de operación cesárea ya se considera un problema de salud pública a nivel mundial y particularmente en países en vías de desarrollo como el Perú. El Hospital Nacional Sergio E. Bernales no escapa a esta tendencia de las cesáreas, por tal motivo se ha decidido realizar este estudio con la intención de conocer cuáles son las indicaciones más frecuentes de esta intervención quirúrgica.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son las indicaciones que determinan un parto por Cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el período 2014?

1.3 Justificación de la Investigación

Actualmente en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales las indicaciones para realizar la operación cesárea no se encuentran protocolizadas de

manera eficiente y sería necesario entender los diferentes factores que se asocian a las indicaciones establecidas para dicha intervención quirúrgica, permitiendo conocer de esta manera la situación real en el hospital y aportar información que contribuirá en cierta forma a la toma de decisiones, replantear estrategias de manejo, con el fin de disminuir complicaciones materno - perinatales, logrando una atención de calidad en la prevención y solución del problema, y a la vez realizar de ésta forma la menor cantidad posible de cesáreas innecesarias, sin la necesidad de invertir abundantes recursos económicos. Además los datos obtenidos podrán servir de base para la realización de estudios posteriores.

1.4 Delimitación del Problema

La investigación se realizó en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, el cual se encuentra ubicado en la Avenida Túpac Amaru N° 8000 del Distrito de Comas, Lima-Perú, en el Servicio de Gineco-Obstetricia durante el período Enero – Diciembre del año 2014, recolectando información del Registro de Sala de Operaciones, así como de las Historias Clínicas de las pacientes que culminaron su embarazo por cesárea; para analizar aspectos epidemiológicos y clínicos.

1.5 Objetivos de la Investigación

Objetivo General

- Conocer las indicaciones que determinan un parto por cesárea en las pacientes que se atendieron en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales del Distrito de Comas, Lima-Perú durante el periodo 2014.

Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales del Distrito de Comas, Lima-Perú durante el periodo 2014.
- Conocer las características epidemiológicas de la paciente cesareada en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales del Distrito de Comas, Lima-Perú durante el periodo 2014.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda 10-15% como tasa aceptable de cesáreas, utilizando como criterio que luego de esa cifra el aumento de las cesáreas no se correlaciona con mejores resultados maternos ni neonatales (1). La distribución del porcentaje de cesáreas a nivel mundial es, como las realidades socioeconómicas y políticas, extremadamente desigual y oscila entre el déficit y el exceso. (42)

Actualmente, la cesárea es la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia en obstetricia, y ello debido a factores como introducción de técnicas quirúrgicas con asepsia y anestesia confiables, disminución de sus riesgos (antibióticos, bancos de sangre) y métodos sofisticados para la detección temprana del sufrimiento fetal agudo y crónico. Sin embargo, la morbilidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal. (43)

Durante los últimos años la tasa de cesáreas ha aumentado tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Así mismo, se ha reportado un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea (11), lo cual es motivo de interés para la investigación médica.

Para la realización del presente estudio se han revisado algunas investigaciones, tanto a nivel internacional como nacional, que se detallan a continuación:

A nivel internacional podemos mencionar:

Dávila G (Ecuador, 2014) en su investigación titulada Prevalencia y causas de cesárea en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín en el primer semestre del 2013, analizó 793 historias clínicas de pacientes cuyo embarazo culminó mediante cesárea, independientemente de la edad materna o edad gestacional, la prevalencia de cesáreas fue de 50,32% (IC 95%: 48,1% - 52,5%). Por otro lado, la principal causa de parto por cesárea fue la cesárea previa con un 40,2% (IC 95%: 36,6% - 43,5%), seguida de la desproporción céfalo-pélvica con 13,5% (IC 95%: 11,2% - 15,9%) y en tercer lugar la mala presentación fetal con 11% (IC 95%: 9,0% - 13,4%). Finalmente se concluyó que todas las madres participantes en este estudio presentaron al menos una indicación de cesárea y que las principales indicaciones encontradas son comparables con las principales causas de cesárea en Latinoamérica. (26)

Jáuregui M y Col (Ecuador, 2012) en un estudio descriptivo titulado Principales Causas de cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo en Cuenca-Ecuador, encontró que la principal indicación de cesárea fue por causas maternas con un 68.1%, siendo la primera indicación la cesárea anterior con un 47.5%, luego el sufrimiento fetal agudo con un 8%, desproporción céfalo - pélvica con un 7.8%, dilatación estacionaria con un 7,3%, trastornos hipertensivos del embarazo con 7.3%, distocias de presentación con un 6.4%,

ruptura prematura de membranas con un 4.1%, cesárea iterativa 1 con un 3.4%, distocias óseas con un 3.1% y macrosomía fetal con un 2%. (28)

Romero A, et al (Argentina, 2004) en su investigación titulada Incidencia y Principales Indicaciones de Cesáreas en el Servicio de Tocoginecología del Hospital “J. R. Vidal”, en el período de estudio del 1º de Junio del 2002 al 31 de Mayo del 2003, reportaron que en el año 2002 hubo una incidencia del 26.23%, y en el 2003 fue del 25.55%, registrándose 4530 gestaciones de las cuales 1102 culminaron en parto cesárea, con una incidencia de 24.32%, las cuales fueron discriminadas por orden de frecuencias de sus indicaciones; Cesárea Iterativa: 249 (22.5%); Sufrimiento Fetal Agudo: 148 (13.5%); Cesárea Anterior: 120 (11%); Presentación Podálica: 111 (10%) y Gestación Múltiple: 82 (7.5%) a pesar de disminuir casi completamente la indicación por Cesárea Anterior, la cifra de incidencia disminuye escasamente (0.68%), y esto es debido a la alta incidencia de Cesárea Iterativa que enfrenta el servicio. (30)

Pavón L, et al (México, 2002) efectuaron una investigación, titulada Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, en la cual se revisaron un total de 1,080 expedientes clínicos de pacientes embarazadas atendidas durante el año 1997, de las cuales se les practicó cesárea a 402 pacientes. Encontrándose como resultados que la frecuencia de cesáreas fue de 36.7%, con relación al número de nacimientos. Las indicaciones más frecuentes fueron: sufrimiento fetal agudo (28.4%), desproporción céfalo-pélvica (22.4%) y cesárea previa (15.2%). F concluye que

el estudio revela una frecuencia elevada si se toma como ideal el 15% sugerido por la normatividad. (24)

Vélez E y Col (México, 2013) efectuaron un estudio epidemiológico de Casos y Controles, titulado Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de Gineco-Pediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. En dicho estudio se incluyeron 654 expedientes clínicos, 327 de mujeres sometidas a cesárea (casos) y 327 de mujeres de parto por vía vaginal (controles). Se concluyó que la operación cesárea está asociada a factores de riesgo como Nuliparidad RM 7.57, IC: 4.52 – 12.67, p0.000; Cesárea previa RM 40.16, IC: 9.48 – 170.07, p 0.000; y Peso Materno mayor o igual a 80 kg RM 1.72, IC: 1.04 -2.83, p 0.0212; factor protector: inductoconducción, RM 0.12, IC 0.05 – 0.23, p 0.000. (29)

Campero L, et al (México, 2007) realizaron una investigación titulada Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto, en una muestra de 992 nacimientos de 847 mujeres que participaron en clases prenatales. Los resultados descriptivos de los 992 nacimientos indican que la tasa promedio de (OC) fue de 32.80% por cada 100 nacimientos. La media de edad de las mujeres fue 30.2, con una desviación estándar de 4.2. El nivel educativo de las mujeres fue considerablemente alto en relación con el promedio de escolaridad de la población femenina en México, ya que para este trabajo 83.27% contaban con estudios universitarios. (7)

Ceriani J, et al (Argentina, 2010) en su investigación titulada: “Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo”: efectos sobre la morbilidad neonatal, pudieron determinar que en el período de estudio hubo un total de 3642 RN vivos. De ellos se incluyeron 2258 y 237 fueron eliminados posteriormente por datos faltantes y errores en el criterio de inclusión. Por lo tanto, se analizaron 2021 historias de recién nacidos, 1120 nacieron por vía vaginal y 901 por cesárea. El porcentaje de cesáreas en la cohorte incluida en el estudio fue de 46,3% y en la población analizada de 44,6%. Esta diferencia se debió a que en la auditoría de los datos se detectó una mayor frecuencia de inconsistencias y datos faltantes en el grupo cesárea. (25)

A nivel nacional podemos mencionar:

Carpio W (Perú, 2015) realizó una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal y analítico, titulada Incidencia e Indicaciones de Cesárea en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo durante el periodo enero-diciembre 2012. La muestra estuvo conformada por 154 casos de cesárea en dicho hospital, encontrándose una incidencia de la operación cesárea de 27.70%. Entre las principales indicaciones de cesárea se encontró: Cesárea segmentaria previa con 23.4%; presentación Podálica con 22.7%; Desproporción céfalo-pélvica 21.4%; Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8.4%, Macrosomía Fetal Mayor de 4.500 gr 6.5% y cesareada a término 90.0%. Según los datos obtenidos se concluyó que la incidencia se encuentra en porcentaje superior al recomendado por la OMS,

constituyendo las indicaciones absolutas en un 50.6% y las relativas en un 49.4%, haciendo presente que estas cifras podrían no corresponder exactamente pues un buen número de pacientes fueron transferidas para la operación cesárea a un centro de mayor resolución. (19)

Paiba M. y Dayani G. (Perú, 2015) realizaron un estudio retrospectivo, comparativo titulado Causas de las Cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, mediante la revisión de 140 historias clínicas de partos por cesárea y un mismo número por parto vaginal. En su estudio encontraron que las pacientes sometidas a cesáreas se caracterizaron porque el 70.7%, tuvieron de 19 a 34 años; el 65.7% provenían de los “pueblos de Lambayeque”, existió un predominio de monitoreo adecuado de 60.7%. El número de profesionales que atienden fue adecuado solo en 57%. En la indicación del profesional predominó el riesgo obstétrico con 98.6%. La comodidad del profesional y de la paciente fue mayor con 98.6% y 87.1% respectivamente. Además, las causas maternas asociadas al parto por cesárea fueron la cesárea previa, las distocias del canal del parto, el periodo intergenésico corto y enfermedad hipertensiva del embarazo. Las causas fetales fueron malformaciones congénitas, RCIU y la muerte fetal previa; mientras que el Oligohidramnios, el DPP y la placenta previa constituyeron causas específicas del parto por cesárea. Finalmente concluyeron que existen causas maternas, fetales y ovulares de partos por cesárea. (20)

Bustamante M. y Col (Perú, 2014) en un Artículo Original titulado Frecuencias e Indicación de cesáreas, en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2010-2011, concluyó: La frecuencia de cesáreas practicadas en el HPDBL fue 33.6%; la indicación más frecuente fue cesárea segmentaria previa (25.6%); seguidas por sufrimiento fetal agudo (13.9%), pre eclampsia eclampsia(12.1%), presentación podálico (10.6%), macrosomía fetal mayor de 4.500 gr. (10.3%); oligohidramnios severo (9.2%); dos o más cesáreas previas (8%); desproporción céfalo-pélvica (7.4%); expulsivo prolongado (6.2%); y otras indicaciones (31.8%). (6)

Gálvez E (Perú, 2014) realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo titulado Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital San José del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013. La población estuvo constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y la muestra fue de 160 pacientes. En dicho estudio se obtuvo la tasa de incidencia de cesárea de 42 % respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40% registrado en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18% fueron cesáreas emergencia y el 24% fueron de tipo electivas. Adicionalmente se encontró que las 5 principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron: Desproporción céfalo- pélvica y macrosomía fetal (12%), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%). (21)

Patiño G (Perú, 2011) en su trabajo titulado Tasa de Incidencia y Factores Determinantes de la Cesárea en los Hospitales de Tumbes 2011; encontró que la frecuencia de cesárea en el hospital de EsSalud fue de 58.76 %, y de 49.52 % en el hospital del MINSA. Además comprobó que los factores asociados a la cesárea son fundamentalmente maternos, siendo la principal indicación las cesáreas anteriores en las pacientes mayores de 25 años, con una gestación previa y más de seis controles prenatales. (22)

De La Cruz Galarza A (Perú, 2004) realizó una investigación de tipo transversal, retrospectivo, descriptivo comparativo, no experimental, titulada: Incidencia e Indicaciones de Operación Cesárea en los Hospitales Antonio Lorena y Regional del Cuzco durante el año 2004. Se obtuvo que la incidencia de cesárea en el Hospital Antonio Lorena fue de 10.74 % y en el Hospital Regional del Cuzco 27.55%, Los resultados obtenidos para el Hospital Lorena fueron los siguientes, el 56.9% de las gestantes tuvieron entre 20 a 29 años, el 63.6% fueron convivientes, el 34% tuvo secundaria completa y el 18.3% algún grado de educación superior, el 65.2% fueron amas de casa y provienen de zona urbana el 58.8%, el 56.1% tiene más de 6 controles. Las principales indicaciones de cesárea fueron: presentación podálica 18.3%, sufrimiento fetal agudo 11.3%, desproporción céfalo pélvica 10.8%, trabajo de parto disfuncional 8.6%, cesárea iterativa 8.6%. Por otra parte En el Hospital Regional, el 49.2% de las gestantes tuvieron entre 20 y 29 años, el 15.9% fueron gestantes adolescentes (<19 años), el 68.96% fueron convivientes, el 32.2% tuvo secundaria completa y el 20.6% algún grado de educación superior, el 68.8%

fueron amas de casa y provienen de zona urbana el 53.9%, el 44.2% tuvo más de 6 controles. En relación a las principales indicaciones de cesárea fueron: estrechez pélvica 17.0%, cesareada anterior 10.3%, sufrimiento fetal agudo 10.2%, desproporción céfalo pélvica 8.8%, pre eclampsia 8.6%, presentación podálica 7.4%. Finalmente se concluye que existen discrepancias marcadas en los porcentajes de las causas de cesárea entre los hospitales del MINSA de Cuzco. Según estos resultados el Hospital Lorena cumple con el estándar internacional de cesáreas (15 %) y el Hospital Regional del Cuzco supera este estándar. (36)

Cárdenas G, Ávila K y col (Perú, 2002) realizaron una investigación, titulada: “Incidencia e Indicaciones de las cesáreas practicadas en El Instituto Materno Perinatal”. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo de todos los casos de cesárea ocurridos en el Instituto Materno Perinatal (IMP) en el año 2000. De un total de 20094 partos atendidos se obtuvieron 6465 mujeres cesareadas. Las variables estudiadas fueron edad, estado civil, paridad, tipo de atención e indicaciones. Teniendo como resultado una incidencia de cesáreas del 32.2%, la edad materna más frecuente estuvo entre los 26 y 30 años (34.2%), la convivencia se presentó en 57.3%. La indicación más frecuente de cesárea fue sufrimiento fetal agudo (20.06%), seguida de cesareada anterior (12.6%), parto podálico (10.5%), estrechez pélvica (9.5%) y distocia (7.3%). Finalmente se concluyó que la incidencia de operación cesárea es alta en el IMP, siendo el sufrimiento fetal agudo su principal indicación. Además fue más frecuente en adultas que en adolescentes y casi en su totalidad son de emergencia. (37)

Echais JF (Perú, 2004) realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo, titulado Cesárea: Experiencia en el Hospital General De Oxapampa, en el cual revisó las historias clínicas e historias perinatales de 109 pacientes sometidas a parto por cesárea en el Hospital General De Oxapampa, entre enero de 2001 y diciembre del 2002. La tasa de cesáreas para el periodo de estudio fue de 25.7%. La mayoría de las pacientes tenían entre 20 y 35 años (56.9%), educación primaria (35.8%), estado civil conviviente (54.1%) gestación a término (77.6%). Las principales indicaciones para cesárea fueron: desproporción céfalo-pélvica (21.1%), sufrimiento fetal (20.2%), cesárea previa (11.9%) y presentación podálica (9.2%). La tasa de mortalidad perinatal fue 8.7 por 1000 nacidos vivos. (23)

Manzano Espejo (Perú, 2009) realizó un estudio: Incidencia y Factores Asociados a Cesárea Iterativa en Adolescentes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Este estudio logró demostrar que la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multigestas, fue 45 %. A la vez encontró que existía una mayor asociación a desproporción céfalo-pélvica y con menor indicación por el mayor número de hijos vivos y abortos previos. (40)

Oshiro Romero (Perú, 2007) en su investigación titulada Cesárea, Tasa, Indicaciones y Factores de Morbimortalidad Materno Perinatal Asociados en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el período 2003-2005, logró demostrar que la tasa de cesárea se encuentra por encima del 10% propuesto por la OPS.

La principal indicación para cesárea fue la cesárea previa y la principal complicación de la cesárea fue la infección urinaria. (41)

Chávez Zevallos (Perú, 2005) realizó un estudio: Análisis Estadístico de los Factores de Riesgo que Influyen en el Médico para la Operación por Cesárea a Pacientes Atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal en el Año 2002, donde encontró que el sufrimiento fetal agudo (14.0%), la estrechez pélvica materna (12.3%), la ruptura prematura de membranas prolongada (10.5%), la incompatibilidad feto pélvica (9.8%), la pre - eclampsia severa (7.6%), la presentación fetal pélvica (7.0%); así como el control pre natal inadecuado, influyeron en la determinación del médico para la operación cesárea. (38)

2.2. Bases teóricas – estadísticas

Historia de la Cesárea

La cesárea es uno de los procedimientos más utilizados conocido por la humanidad desde la antigüedad. La extracción del feto a través de las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía), es practicada por el hombre desde la prehistoria. Magia, leyenda, misterio, sangre y muerte, son palabras que se grabarían en la historia de la operación cesárea desde su origen hasta el ocaso de la era moderna. (8)

Etimológicamente, el nacimiento de una criatura por corte de las paredes abdominales viene del verbo latino *caedere* (cortar). A los recién nacidos por esa vía se les llamaba *cesones* o *caesares* en la Roma Imperial, precisamente debido a la indicación de la operación. Sin embargo, el verdadero origen del término cesárea es indefinido siendo objeto de múltiples y discutibles versiones. (8,10) Se han sugerido tres explicaciones principales:

La primera explicación, y la más popular de todas, se desprende del nacimiento de Cayo Julio César (101-44 a.n.e), quien según Gaius Plinius Secundus (Plinio el Viejo 23-79) vino al mundo y llevó su nombre por el útero escindido de su madre. Varias circunstancias debilitan ésta hipótesis. En primer lugar, el hecho de que Aurelia viviera muchos años después del alumbramiento en el año 100 a.c. y hasta el siglo XVII la intervención quirúrgica era casi invariablemente letal, relacionándola más bien con el mito del “parto inmaculado” con el que se hacía nacer a los dioses en muchas culturas de la antigüedad. En segundo lugar, el procedimiento efectuado en mujeres

vivas o muertas, no se menciona en escrito médico alguno antes de la Edad Media. (8,9, 10)

La segunda explicación al posible origen de su nombre derivaba de la llamada Lex Regia o “Ley del Rey” de Numa Pompilio, soberano de Roma entre los años 715 y 773 a.n.e.; ley que bajo los Césares habría tenido el apelativo de cesárea, y que imponía que se realizara el procedimiento en mujeres que morían en las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al feto. (8,9,10). A pesar de las referencias existentes en la mitología griega, así como en textos hindúes y hebreos, y tomando en cuenta que en la época de Numa Pompilio no se consideraba ser humano al feto por nacer, es muy probable que la cesárea post-mortem no fuera práctica común hasta una época más avanzada del cristianismo, hecho que queda demostrado cuando ni Hipócrates de Samos (460-377 a.n.e), Aurelius Cornelius Celsus (27 a.n.e-50 n.e), Sorano de Éfeso (98-138), o Claudius Galeno (131-201) la mencionaron dentro de sus obras. (8)

La tercera explicación es que la palabra cesárea se originó en algún momento de la Edad Media a partir del verbo latino caedere, el cual significa cortar. Esta explicación parece muy lógica; pero no se sabe con exactitud cuándo se aplicó por primera vez para referirse a dicho procedimiento. Puesto que corte proviene del verbo latino seco, que también significa cortar, la denominación operación cesárea parece tautológica, por lo cual se usa la de cesárea. (10)

El primer dato que se tiene de una mujer que sobrevivió a una cesárea fue en Alemania en 1500: Se cree que Jacob Nufer, un castrador de cerdos, le hizo esta operación a su esposa Elizabeth Alice Pachín, tras una prolongada labor y ante la imposibilidad del nacimiento empleó una navaja de rasurar para abrir el abdomen de la mujer y el niño nació vivo, sin lesión alguna, posteriormente suturó la herida abdominal según costumbre veterinaria, con la sorprendente supervivencia tanto de la madre como del niño (8,9). La madre tuvo 5 hijos más, lo que pudiera señalarse como uno de los primeros partos vaginales después de una cesárea, aspecto que en la actualidad cobra vigencia y defensores. (9)

Cesárea

La cesárea es un procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía).

Se excluye de esta definición la extracción del feto de la cavidad abdominal en el caso de ruptura del útero, embarazo abdominal y la histerotomía abdominal; la cesárea puede ser primitiva, iterada y electiva o programada cuando respectivamente se realiza por primera vez, por segunda o más veces. (10)

Tipos de Cesárea

A. Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- Primera: Es la que se realiza por primera vez.
- Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

B. Según indicaciones

- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

C. Según técnica quirúrgica

- Corporal o clásica.
- Segmento corporal (Tipo Beck).
- Segmento arciforme (Tipo Kerr). Cesárea electiva:

Indicaciones de Cesárea

Las Indicaciones para ordenar la realización de una cesárea, se categorizan atendiendo si su causa primaria es de origen materno, fetal u ovular, las cuales a su vez, pueden se consideran con criterio de absolutas o relativas.

Indicaciones Absolutas

Incluye a todas aquellas morbilidades y/o comorbilidades propias al embarazo-parto o asociadas a la gestación que la medicina basada en evidencia ha mostrado que el parto vaginal no es posible, o bien de estar presentes, se asocian con altísimas probabilidades de muerte materna o fetal en caso de ocurrir un parto vaginal.

Indicaciones Relativas

Incluye aquellas patologías las cuales ameritan unas condiciones de atención (infraestructura, recursos humanos, apoyos diagnósticos, etc.) que de no tenerse, no se puede garantizar plenamente un buen pronóstico de la salud del binomio madre-feto durante la atención del parto vaginal.

A) Causas maternas

- Distocia de partes óseas (desproporción céfalo pélvica):
 - Estrechez pélvica.
 - Pelvis asimétrica o deformada.
 - Tumores óseos de la pelvis.
- Distocia de partes blandas:
 - Malformaciones congénitas.
 - Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.
 - Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
 - Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.

- Distocia de la contracción:
 - Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)
 - Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.

B) Causas fetales:

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción céfalo pélvica.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso de cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Cesárea posmortem

C) Causas Ovulares:

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta,
- Placenta previa oclusiva total.
- Prolapso de cordón con feto vivo.
- Oligohidramnios severo.
- Placentas Previas oclusivas parciales.
- RPM con infección ovular.
- Polihidramnios Severo.

Complicaciones de las Cesáreas

Relacionadas con el parto vaginal, la morbimortalidad materna es mayor. Alrededor de un tercio de la totalidad de las muertes maternas, están relacionadas con esta intervención. La ocurrencia es de 1 por cada 1636 cesáreas (6,1 x 100.000), de estas menos de la mitad se deben a la cirugía., y las restantes están asociadas a la persistencia o agravamiento de la patología de base.

La Mortalidad Perinatal global –no corregida – es mayor en los nacimientos por cesárea, cuando se relaciona con los partos vaginales. Pero cuando se compara los nacimientos por cesáreas de gestaciones a término y sin patologías graves presentes o asociadas, tanto las Tasas de morbimortalidad perinatales como el pronóstico es similar al de los recién nacidos por vía vaginal.

Actualmente los adelantos en las técnicas anestésicas, en el monitoreo permanente de la paciente, en la antibioticoterapia, la mejor calidad de sangre y de hemoderivados, han disminuido pero no han eliminado el riesgo de las complicaciones de esta cirugía; sigue siendo fundamental para alcanzar resultados maternos y perinatales exitosos el comportamiento ético y profesional de los obstetras y el apego a la aplicación de los Protocolos médicos.

Se presentan a continuación las complicaciones relacionadas con esta cirugía, en principio asociadas al riesgo operatorio propio de la misma, y seguidamente precisando el momento de ocurrencia de las mismas.

1. Propias de todo acto operatorio.

1.1. Accidentes Anestésicos.

- 1.2. Dolor.
- 1.3. Sangrado.
- 1.4. Íleo.
- 1.5. Recuperación anestésica.
- 1.6. Encamamiento.
- 1.7. Limitación a la deambulaci3n.
- 1.8. Ayuno.
- 1.9. Stress.
- 1.10. Infecciones.
- 1.11. Lesiones de otras v3sceras.

2. Propias del Puerperio.

- 2.1. Hemorragia Post Parto.
- 2.2. Riesgo de Tromboembolismo.
- 2.3. Hipotensi3n.
- 2.4. Infecci3n Puerperal.
- 2.5. Fatiga y Debilidad.
- 2.6. Reajustes hormonales.
- 2.7. Redistribuci3n del l3quido extracelular.
- 2.8. Constipaci3n.

3. Propias de la Maternidad.

- 3.1. Dificultades para desempe1ar el rol de madre.
- 3.2. Dificultad para el manejo del Reci3n Nacido.
- 3.3. Dependencia de otros.

Las Complicaciones Intraoperatorias:

Son las menos frecuentes, pero de mayor morbilidad. Constituyen el 1-2% de los casos. Son más frecuentes en las cesáreas de urgencias o en las que existe cirugía previa.

Elas incluyen:

- Lesiones viscerales: generalmente vesicales. Más raras ureterales o intestinales.
- Hemorragias, por atonía uterina, lesión vascular, anomalías placentarias y extensiones de la incisión uterina.
- Embolismo de líquido amniótico: Asociado a Polihidramnios, descompresiones bruscas, DPPNI, con membranas intactas.

Las Complicaciones postoperatorias mediatas:

Son las que se presentan con mayor frecuencia, en el siguiente orden:

- Endometritis: 40% en frecuencia. Riesgo aumentado en bolsas rotas, trabajo de parto prolongado, mala técnica quirúrgica y manipulaciones intrauterinas. La profilaxis antibiótica disminuye su incidencia y las complicaciones (abscesos, tromboflebitis pélvica y shock pélvico).
- Infección urinaria: 2 al 15%. Se relaciona al sondaje vesical.
- Infección de la pared abdominal: Especialmente en pacientes obesas se evita esta complicación cuidando la asepsia, la hemostasia correcta y la profilaxis antibiótica.
- Tromboflebitis: se evita favoreciendo la movilización precoz. En pacientes con várices es conveniente utilizar vendajes compresivos

las primeras horas. En todas las pacientes con factores de riesgo utilizar heparina profiláctica.

- Obstrucción intestinal por bridas.
- Dehiscencia de la cicatriz: Se evita realizando una correcta hemostasia y no dejando espacios muertos.
- Íleo: se disminuye manipulando lo menos posible las vísceras intestinales y realizando una correcta limpieza de la cavidad abdominal antes de cerrar.

Las Complicaciones tardías:

- Adherencias abdominales.
- Obstrucción intestinal secundaria.
- Endometriosis de la incisión uterina.
- Placenta previa o acreta en gestaciones posteriores.
- Cesárea en gestaciones posteriores.
- Rotura uterina en partos posteriores.

Entre las complicaciones FETALES, encontramos:

- Síndrome de distrés respiratorio transitorio.
- Depresión. Generalmente relacionada con la anestesia y con el tiempo que se tarda en la extracción.
- Traumatismos por lesión directa con el bisturí o por las maniobras de extracción.

Cesárea en el mundo

La OMS (Organización Mundial de la Salud) desde la declaración de Fortaleza de 1985 recomienda que la tasa ideal de cesáreas debe oscilar entre 10 y 15% (1); sin embargo la distribución del porcentaje de cesáreas a nivel mundial es (como las realidades socioeconómicas y políticas) extremadamente desigual y oscila entre el déficit y el exceso. Por ejemplo, 33 países (24% del total) tienen una tasa menor de 5% que puede considerarse insuficiente (falta de acceso), considerando un 10% de tasa (también insuficiente) incluye 54 países (40% de los países). Contrasta con las cifras latinoamericanas que se ubican en el rango de exceso, para el 2012, Brasil tenía una tasa de 45,9%, México 37,8%, Uruguay 31,9%. Los países nórdicos tienen rangos entre 16% y 20%. (42)

En el mundo anualmente se realizan aproximadamente 18,5 millones de cesáreas (13). En el estudio de Zizza y colaboradores en relación a las cesáreas a nivel mundial se usaron datos de 142 naciones y se encontró que el 47,2% de países tiene una prevalencia de cesáreas >15%, en el 27,5% de países tienen una prevalencia de alrededor del 5% al 15% y en el 25,3% de países tienen una prevalencia menor al 5% (14). En el mismo estudio, los países de América Latina y el Caribe (20 países) tuvieron un promedio de cesáreas de 23,7%, con cifras que van desde un 3% en Haití, hasta un 41,9% en República Dominicana. (14)

En América Latina la prevalencia de cesáreas se encuentra en alrededor del 18,6% en Bolivia hasta un 30,7% en Chile, siendo la principal causa de cesáreas que la madre tenga un antecedente de cesárea previa en un embarazo anterior (15). Pese a los grandes avances tecnológicos y la

preparación de los equipos de salud, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces mayor que la de un parto vaginal (16), además el incremento de la mortalidad neonatal en Estados Unidos luego de un nacimiento por cesárea es 1,5 veces mayor comparado con un nacimiento vaginal, sin embargo, este aumento de mortalidad se asume que se debe a una mayor existencia de embarazos de alto riesgo que culminan mediante una operación cesárea (17).

Aunque la recomendación de la OMS sobre la cifra en relación a la prevalencia adecuada de cesáreas es del 10 al 15%, en ciertos países del mundo, entre ellos países de África, Asia, Latino América y el Caribe existe un déficit de 3,18 millones de procedimientos al año, las cuales tendrían un costo de 432 millones de dólares aproximadamente; en el lado opuesto, en otros países se realizan 6,2 millones de cesáreas al año innecesarias, cuyo costo es de alrededor de 2,32 billones de dólares y de las cuales China y Brasil son responsables de 3,1 millones de procedimientos innecesarios (13).

Aunque la prevalencia de cesáreas en ciertos países se encuentra dentro del rango recomendado por la OMS o incluso la prevalencia de cesáreas es menor al recomendado, 3,2 millones de cesáreas médicamente justificadas no se están realizando anualmente en 54 países del mundo, en los mismos, las tasas de cesárea fueron <10%, de los cuales 68,5% son países de África, 29,6% de Asia y un país de Latino América y el Caribe, lo cual aumenta la morbimortalidad materna e infantil y nos indica una posible falta de recursos para realizar el procedimiento; sin embargo el uso excesivo de

este procedimiento resulta también en una mayor morbilidad materna y perinatal. (13)

En la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS (WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health), que se realizó entre 2004 y 2005 en 24 regiones de ocho países de América Latina y que obtuvo datos de todas las mujeres admitidas para el parto en 120 instituciones seleccionadas aleatoriamente, la mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33%, y en hospitales privados se observaron tasas de hasta el 51% (44). Según lo reportado en la literatura, su incidencia varía; siendo en países en vías de desarrollo de más del 80% de los casos en adolescentes (45). Más del 20% de las mujeres latinas, se embarazan antes de los 20 años, terminando más de la tercera parte en cesárea.(46,47,48) Las estimaciones globales indican una tasa de cesárea a nivel mundial del 15%, con una variación del 3,5% en África, a un 29,2% en Latinoamérica y el Caribe. Los estudios de Estados Unidos, el Reino Unido y China reportan tasas entre un 20% y un 25%. Un estudio en Latinoamérica descubrió una variación del 1,6% en un hospital Haitiano, al 40% en Chile, y por encima del 50% en la mayoría de los hospitales privados. Las tasas de los países africanos del oeste y el este variaron entre un 0,3% en Níger y un 10,5% en Kenia Antes de 1970, las tasas de cesárea en la mayoría de los países con recursos medios y altos variaban entre un 3% y un 5%.

Cesárea en el Perú

En nuestro país la tasa de nacimientos por cesárea en los establecimientos de salud pública representa el 20% de los partos, mientras que en los establecimientos privados de salud se observa tasas de cesáreas cercanas al 50%. (20)

Según la Primera Encuesta Global de la OMS en Salud Materna y Perinatal 2005: Resultados del Perú, determinaron que durante el año 2004 el 34% de nacimientos en los principales Hospitales de Lima, Trujillo y Piura fue por cesárea; siendo además la principal indicación para la misma la cesárea previa (32.4%) y otras razones fueron el sufrimiento fetal (17%), las distocias y desproporción céfalo-pélvica (27.9%), la preeclampsia (11.8%) en algunos casos hubo más de una razón y la suma fue más del 100%. (20)

Según ENDES 2013 Perú, la tasa de cesáreas se incrementó de 21,4% a 26,5% entre los años 2009 y 2013. Al desagregar la cifra por características de la madre, se revelan importantes contrastes. Se observó que las cesáreas se realizaron en el 49,4% entre las mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza, 43,3% entre aquellas con educación superior, 41,7% que pertenecen al cuarto quintil de riqueza y 32,7% entre las que tuvieron el primer nacimiento. De acuerdo con el ámbito geográfico, fue 44,6% en Tumbes, 39,3% en Lima Metropolitana y 38,2% en Lambayeque. Por otro lado, se mantiene en niveles bajos entre las mujeres ubicadas en el quintil inferior de riqueza (8,9%) y con el sexto o posterior nacimiento (9,6%); y por ámbito geográfico, en el departamento de Amazonas (10,6%) y en el área rural (11,5%). (18)

2.3 Definición de conceptos operacionales

Cesárea: Intervención quirúrgica en la que se realiza una incisión del abdomen y el útero produciéndose el nacimiento transabdominal del feto.

Cesárea Electiva: Cesárea programada durante la atención prenatal.

Cesárea de Emergencia: Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.

Indicación de cesárea: Causas determinantes de parto por cesárea.

Edad: Número de años cumplidos, la escala de medición será cuantitativa.

Estado Civil: Variable cualitativa nominal, nos indicará la Situación jurídica de la gestante.

Grado de instrucción: Variable cualitativa ordinal, nos indicará el nivel que se alcanza al superar determinado grado de estudio, pudiendo ser clasificado como: Analfabeta, Primaria, Secundaria y Superior.

Paridad: Número de partos a término; número de alumbramiento pretérmino, número de embarazos fallidos y número de hijos nacidos vivos.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

- **Hipótesis Nula (H₀):**

Las indicaciones que determinan un parto por cesárea en las pacientes que se atendieron en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2014 no son indicaciones maternas en su mayor porcentaje, siendo la frecuencia de cesáreas menor al 20%.

- **Hipótesis Alternativa (Ha):**

Las indicaciones que determinan un parto por cesárea en las pacientes que se atendieron en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2014 son indicaciones maternas en su mayor porcentaje, siendo la frecuencia de cesáreas mayor al 20%.

3.2. Operacionalización de Variables

3.2.1 Edad Materna

EDAD MATERNA	
TIPO	Cuantitativa
NATURALEZA	Discreta
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	De razón
INDICADOR	< 20 años 20 - 34 años > 34 años
UNIDAD DE MEDIDA	Años
CATEGORÍA	No aplica
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Años cumplidos al momento de la cesárea referidos en la Historia Clínica.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

3.2.2 Estado Civil

ESTADO CIVIL	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Discreta

FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Soltera Casada Conviviente
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	No aplica
DIMENSIÓN	Social
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Estado civil registrado en la Historia Clínica.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Situación en que se encuentra una persona en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos

3.2.3 Grado de Instrucción

GRADO DE INSTRUCCIÓN	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Discreta
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Ordinal
INDICADOR	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	No aplica
DIMENSIÓN	Académica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Nivel de estudios registrado en la Historia Clínica.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Grado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están incompletos

3.2.4 Paridad

PARIDAD	
TIPO	Cuantitativa
NATURALEZA	Discreta

FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Primípara: 1 vez Multípara >1 vez Gran Multípara: >= 6veces
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	No aplica
DIMENSIÓN	Biológica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Número de partos registrado en la Historia Clínica.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Número total de partos de un feto viable vivo o muerto.

3.2.5 Cesárea

TIPO DE CESÁREA	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Discreta
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Programada: Electiva No programada: Emergencia
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	No aplica
DIMENSIÓN	Clínica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Tipo de cesárea registrada en la Historia Clínica.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y útero

3.2.6 Control Prenatal

CONTROL PRENATAL	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Discreta
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Ordinal

INDICADOR	No: 0 Inadecuado: <6 Adecuado: >o=6
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	No aplica
DIMENSIÓN	Clínica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Número de controles prenatales registrados en la Historia Clínica.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Procedimientos periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que pueden condicionar morbilidad materna y perinatal

3.2.7 Indicaciones Maternas de Cesárea

CAUSAS MATERNAS	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Discreta
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	Cesárea Anterior Desproporción céfalo-pélvica Dilatación estacionaria Expulsivo prolongado Infecciones sistémicas: HIV, Condilomatosis Pre-eclampsia o eclampsia
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	No aplica
DIMENSIÓN	Clínica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Causas de origen materno registradas en la Historia Clínica
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Condiciones maternas que determinan el parto por cesárea.

3.2.8 Indicaciones Fetales de Cesárea

CAUSAS FETALES	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Discreta
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal

INDICADOR	Embarazo múltiple Macrosomía Fetal Feto en Podálico Feto en Transverso Sufrimiento Fetal Agudo RCIU
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	No aplica
DIMENSIÓN	Clínica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Causas de origen fetal registradas en la Historia Clínica
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Condiciones del feto que determinan el parto por cesárea.

3.2.9 Indicaciones Ovulares de Cesárea

CAUSAS OVULARES	
TIPO	Cualitativa
NATURALEZA	Discreta
FORMA DE MEDICIÓN	Directa
ESCALA DE MEDICIÓN	Nominal
INDICADOR	DPP Placenta previa total RPM Circular doble de cordón
UNIDAD DE MEDIDA	No aplica
CATEGORÍA	No aplica
DIMENSIÓN	Clínica
DEFINICIÓN OPERACIONAL	Causas de origen ovular registradas en la Historia Clínica
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Condiciones de las membranas ovulares que determinan el parto por cesárea.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Tipo de Investigación

4.1.1 Diseño

No experimental, retrospectivo, transversal

4.1.2 Tipo – nivel

Descriptivo

4.1.3 Enfoque

Cuantitativo

4.2. Método de Investigación

El método de la investigación es Cuantitativo porque se utiliza la recolección y análisis de datos para contestar nuestra pregunta de investigación y probar las hipótesis ya establecidas con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer con exactitud patrones de comportamiento de nuestra población.

4.3. Población y Muestra

4.3.1 Población

La población estuvo constituida por 2,764 Historias Clínicas de pacientes que culminaron su gestación por cesárea de un total de 6,570 partos en el Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Comas, durante el año 2014.

4.3.2 Muestra

La muestra fue representativa y se calculó con la fórmula de muestreo aleatorio simple utilizando el software estadístico EPIDAT 3.1 con las

siguientes condiciones: una proporción esperada del 50%, considerándose un nivel de confianza de 95%, tolerancia de error o precisión del 5%. Obteniéndose una muestra de 338 historias clínicas.

4.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para la aplicación de los instrumentos necesarios para el recojo de la información, la cual fue trascendental para el presente estudio, se gestionó la autorización de la Dirección del Hospital Nacional Sergio E. Bernales y de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación. (Anexo 2)

Posteriormente, se realizó un análisis documental para lo cual se utilizaron dos fuentes principales: El registro de sala de operaciones y las historias clínicas.

En el registro de sala de operaciones se reportan todas las cirugías realizadas, incluyendo las cesáreas. Los datos obtenidos del mismo fueron: fecha del procedimiento, número de historia clínica e indicación de la cesárea. Así mismo se revisaron las historias clínicas de las pacientes sometidas a cesárea para obtener datos epidemiológicos como edad, estado civil, grado de instrucción, controles prenatales, entre otros; que nos permiten ver las características de la paciente cesareada

4.5. Recolección de datos

Para la recolección de la información, previa autorización de la Dirección del Hospital Nacional Sergio E. Bernales y de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, se utilizó una Ficha de Recolección de Datos, la cual fue empleada en una investigación previa similar al presente estudio, la cual ya se

encontraba validada; siendo modificada de acuerdo a los objetivos de nuestra investigación, los datos se registraron luego de la revisión del registro de sala de operaciones y las historias clínicas seleccionadas del servicio de Gineco-Obstetricia de las pacientes que han culminado su gestación con cesárea en el periodo enero – diciembre 2014, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. (Anexo 1)

4.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos se organizaron en una base de datos a través del vaciamiento de la Ficha de Recolección en una matriz editora utilizando el programa informático Microsoft Office Excel 2010, para Windows. Posteriormente se analizaron y tabularon los datos, lo que permitió estimar la frecuencia e indicaciones de cesárea y las características de las pacientes que culminaron su gestación por cesárea. Los resultados se organizaron en tablas y gráficos estadísticos.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Resultados

5.1.1 Frecuencia de Partos por Cesárea

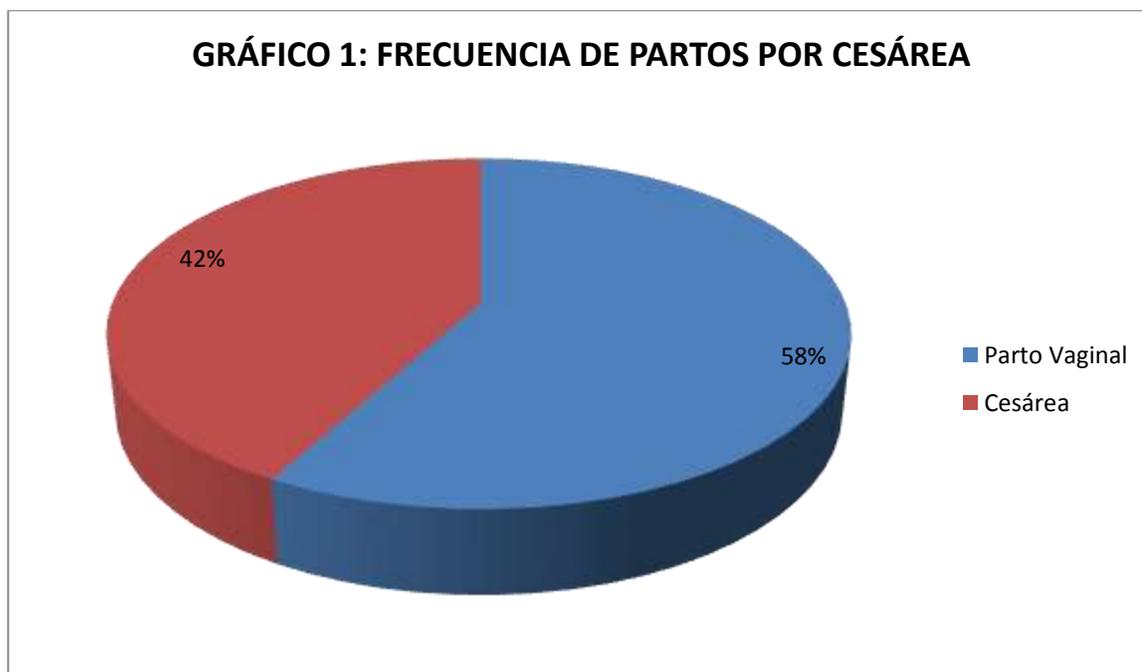
Hubo 6570 partos en total en el período estudiado, con un total de 2764 cesáreas, lo que hace una frecuencia de 42,07% (Tabla 1).

Tabla 1: Frecuencia de partos por cesárea

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea	2764	42.07%
Parto vaginal	3806	57.93%
Total	6570	100.00%

Fuente: Oficina de Estadística del HNSEB

Gráfico 2: Frecuencia de partos por Cesárea



5.1.2 Distribución por Edad de las pacientes sometidas a Cesárea

Se revisaron 338 historias clínicas de pacientes cesareadas (correspondiente a la muestra) en el periodo Enero – Diciembre 2014. Se encontró que el 88.76%

de los casos tuvo edades entre 20 y 34 años, siendo éste el porcentaje más elevado. Así mismo, se encontró que 4.44 % fueron menores de 20 años y 6.80% fueron mayores de 34 años. (Tabla 2)

Tabla 3: Distribución por Edad de las pacientes sometidas a cesárea

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<20 años	15	4.44%
20- 34 años	300	88.76%
>34 años	23	6.80%
Total	338	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 4: Distribución por Edad de las pacientes sometidas a cesárea



5.1.3 Distribución por Estado Civil de las pacientes sometidas a Cesárea

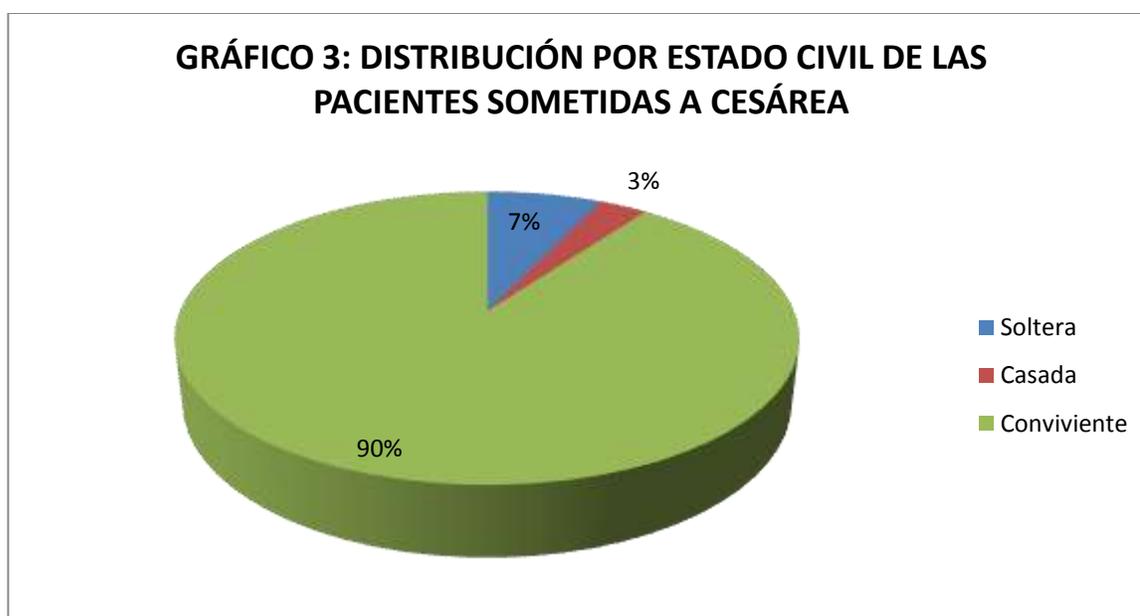
Se encontró de un total de 338 historias clínicas de pacientes cesareadas que 304 pacientes (89.94%) fueron convivientes, 10 pacientes (2,96%) fueron casadas y 24 pacientes (7,10%) fueron solteras. (Tabla 3)

Tabla 3: Distribución por Estado Civil de las pacientes sometidas a Cesárea

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	24	7.10%
Casada	10	2.96%
Conviviente	304	89.94%
Total	338	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 3: Distribución por Estado Civil de las pacientes sometidas a Cesárea



5.1.4 Distribución por Grado de Instrucción de las pacientes sometidas a Cesárea

De los 338 casos revisados, el 1.95% no tuvo ningún tipo de estudio, el 3.13% tuvo estudios primarios, el 89.06% tuvo estudios secundarios y el 5.86% tuvo grado de instrucción superior. (Tabla 4)

Tabla 4: Distribución por Grado de Instrucción de las pacientes sometidas a Cesárea

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	6	1.77%
Primaria	12	3.55%
Secundaria	300	88.76%
Superior	20	5.92%
Total	338	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 4: Distribución por Grado de Instrucción de las pacientes sometidas a Cesárea



5.1.5 Distribución por Paridad de las pacientes sometidas a Cesárea

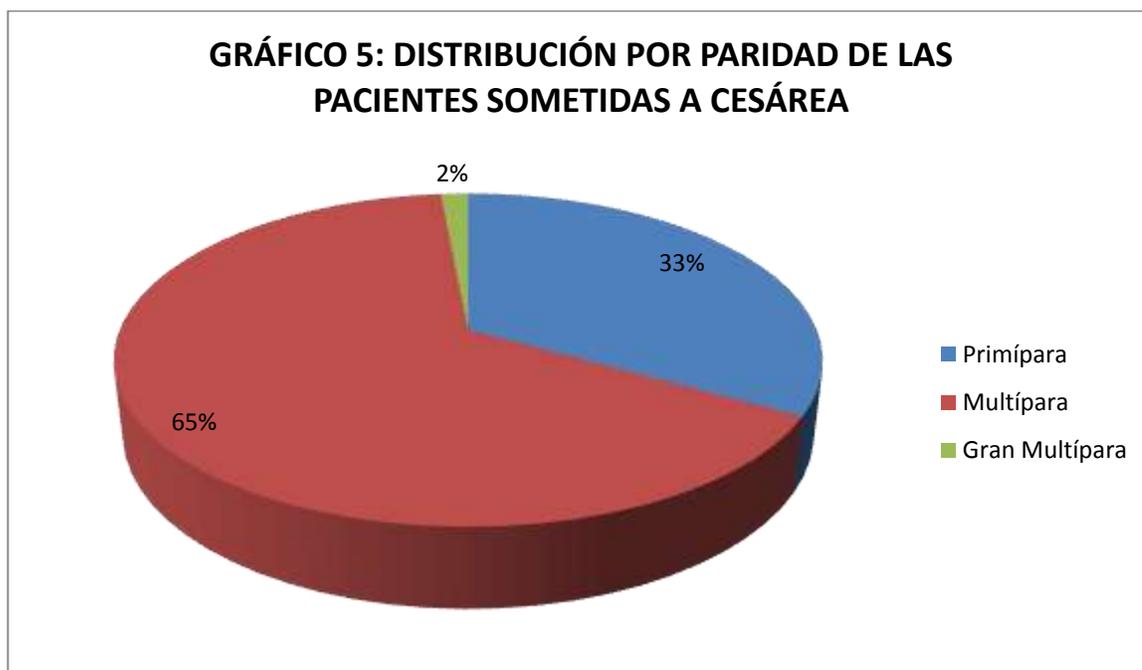
El 33.14% de las gestantes fueron primíparas, el 65.38% fueron multíparas y el 1.48% fueron grandes multíparas. (Tabla 5)

Tabla 5: Distribución por Paridad de las pacientes sometidas a Cesárea

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primípara	112	33.14%
Multípara	221	65.38%
Gran Multípara	5	1.48%
Total	338	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 5: Distribución por Paridad de las pacientes sometidas a Cesárea



5.1.6 Distribución de las pacientes por Tipo de Cesárea

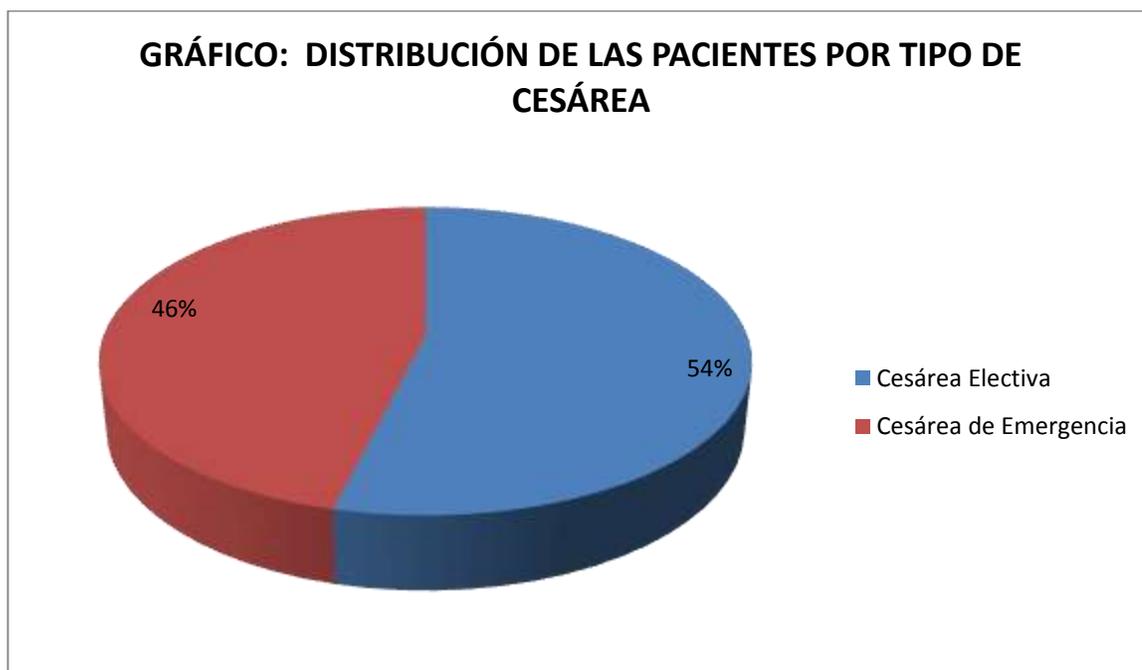
Respecto al tipo de cesárea se observa que el 53.85% de la muestra (182 pacientes) fue de tipo electivo y el 46.15% de la muestra (156 pacientes) corresponde a cesáreas de emergencia. (Tabla 6)

Tabla 6: Distribución de las pacientes por Tipo de Cesárea

Tipo de Cesárea	Frecuencia	Porcentaje
Electiva	182	53.85%
Emergencia	156	46.15%
Total	338	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 6: Distribución de las pacientes por Tipo de Cesárea



5.1.7 Distribución por Control Prenatal de las pacientes sometidas a Cesárea

El 71.30% de los casos tuvo control prenatal adecuado, 22.49% inadecuado y 6.21% no tuvo control prenatal. (Tabla 7)

Tabla 7: Distribución por Control Prenatal de las pacientes sometidas a Cesárea

Control Prenatal	Frecuencia	Porcentaje
No	21	6.21%
Adecuado	241	71.30%
Inadecuado	76	22.49%
Total	338	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 7: Distribución por Control Prenatal de las pacientes sometidas a Cesárea



5.1.8 Indicaciones de Cesárea según Origen

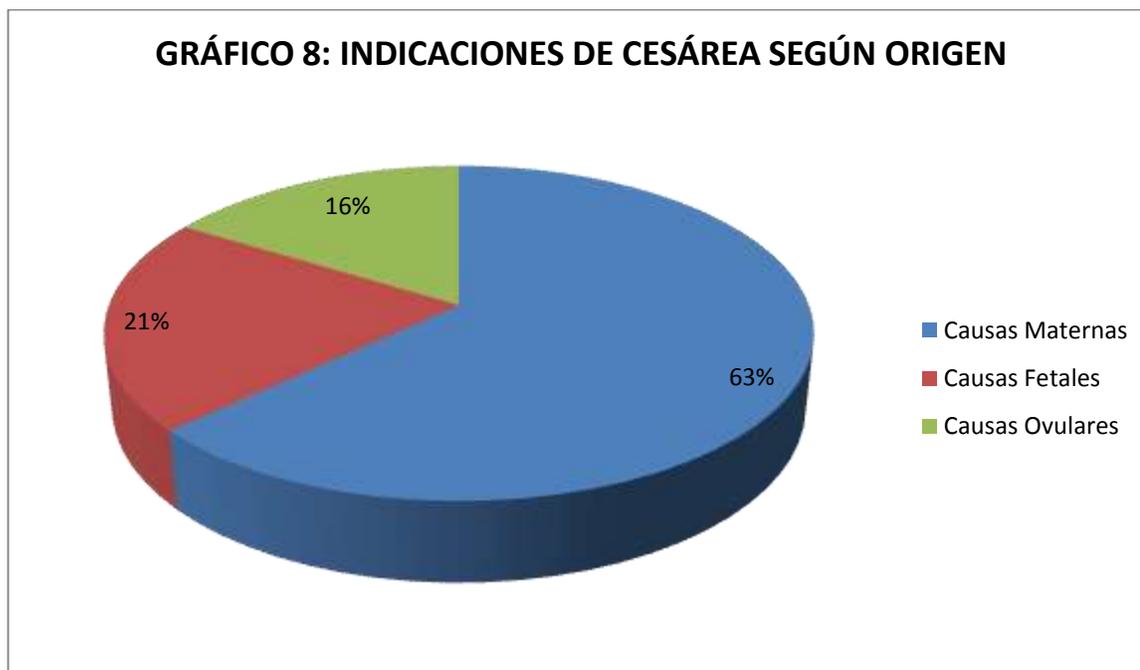
Las principales indicaciones de cesárea son las debidas a causas maternas que representan un 63.02%, seguidas de las causas fetales con un 20.71% y finalmente las causas ovulares con un 16.27%. (Tabla 8)

Tabla 8: Indicaciones de Cesárea según Origen

Indicaciones de Cesárea	Frecuencia	Porcentaje
Causas Maternas	213	63.02%
Causas Fetales	70	20.71%
Causas Ovulares	55	16.27%
Total	338	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 8: Indicaciones de Cesárea según Origen



5.1.9 Indicaciones de Cesárea

Las Indicaciones de Cesárea debidas a Causas Maternas en orden de frecuencia, fueron las siguientes: Cesárea Anterior con 24.26%, Desproporción céfalo-pélvica con 16.57%, Pre-eclampsia o eclampsia con 10.95%, Expulsivo Prolongado con 4.43%, Dilatación Estacionaria con 3.84% e Infecciones Sistémicas con 2.97%.

Las Indicaciones de Cesárea debidas a Causas Fetales en orden de frecuencia, fueron las siguientes: Macrosomía Fetal con 9.47%, Sufrimiento Fetal Agudo con 4.73%, Feto en Podálico con 3.55%, Embarazo Múltiple con 1.78%, Feto en Transverso con 1.18% y RCIU 0%

Las Indicaciones de Cesárea debidas a Causas Ovulares en orden de frecuencia, fueron las siguientes: Ruptura Prematura de Membranas con 8.87%, Doble Circular de Cordón con 3.55%, Placenta Previa Total con 2.37% y Desprendimiento Prematura de Placenta con 1.48%

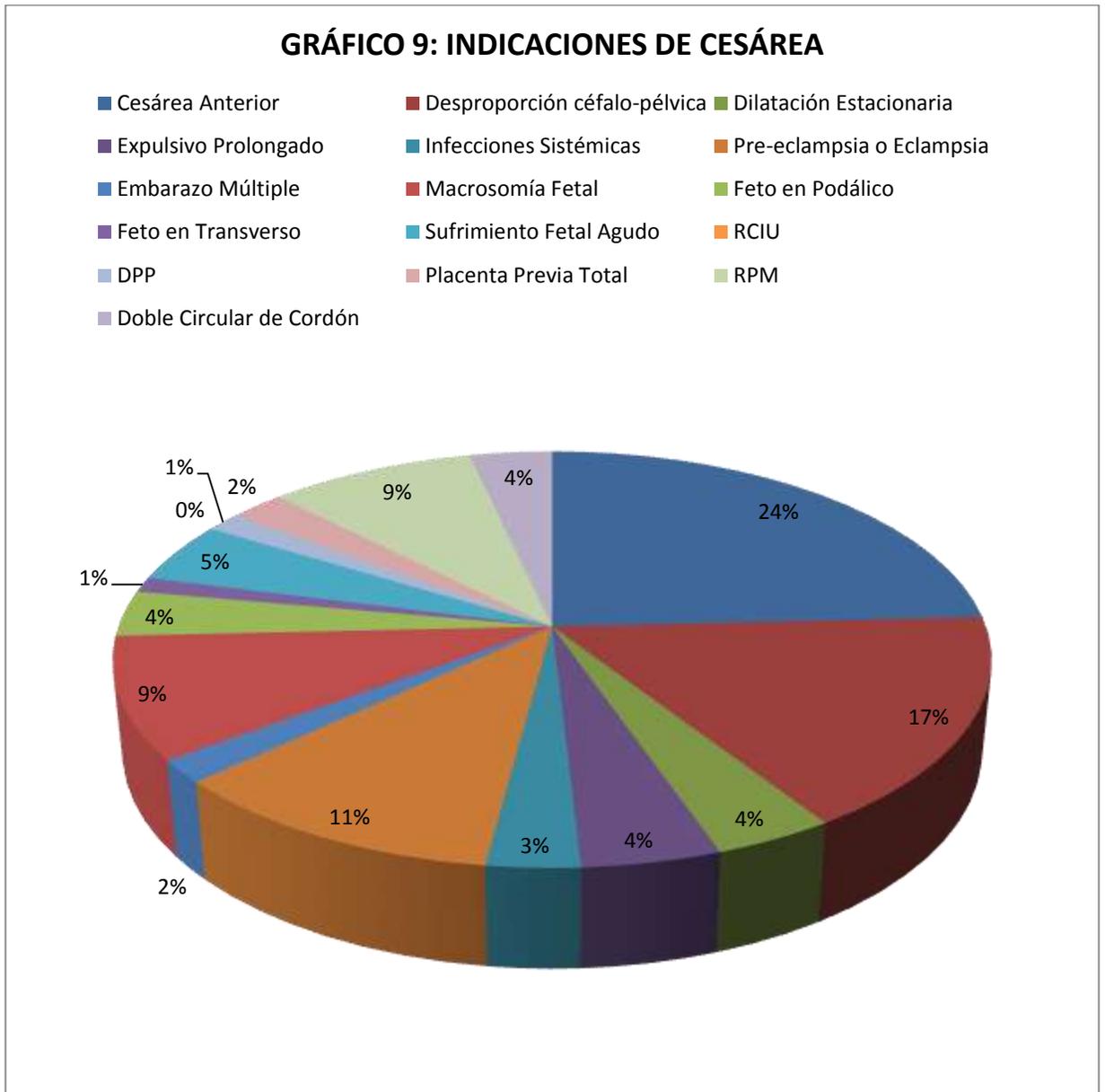
Las principales indicaciones de cesárea encontradas fueron: Cesárea anterior con 24.26%; Desproporción céfalo-pélvica con 16.57%; Pre-eclampsia o eclampsia con un 10.95%; Macrosomía Fetal con 9.47% y Ruptura Prematura de Membranas con 8.87%. (Tabla 9)

Tabla 9: Indicaciones de cesárea

Indicaciones de Cesárea		Frecuencia	Porcentaje
	Cesárea Anterior	82	24.26%
	Desproporción céfalo-pélvica	56	16.57%
Causas Maternas	Dilatación Estacionaria	13	3.84%
	Expulsivo Prolongado	15	4.43%
	Infecciones Sistémicas	10	2.97%
	Pre-eclampsia o eclampsia	37	10.95%
	Subtotal	213	63.02%
Causas Fetales	Embarazo Múltiple	6	1.78%
	Macrosomía Fetal	32	9.47%
	Feto en Podálico	12	3.55%
	Feto en Transverso	4	1.18%
	Sufrimiento Fetal Agudo	16	4.73%
	RCIU	0	0%
	Subtotal	70	20.71%
Causas Ovulares	DPP	5	1.48%
	Placenta Previa Total	8	2.37%
	RPM	30	8.87%
	Doble Circular de Cordón	12	3.55%
	Subtotal	55	16.27%
Total		338	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 9: Indicaciones de cesárea



5.2. Discusión de Resultados

El constante crecimiento del número de cesáreas en el mundo durante los últimos años es considerado un problema actual, lo cual motivó a realizar un estudio con la finalidad de conocer las principales indicaciones que determinan un parto por cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el Periodo 2014. Así mismo conocer la frecuencia con la cual se realiza dicha práctica y las características de la paciente cesareada. Para ello se analizaron 338 historias clínicas de pacientes que culminaron su embarazo mediante cesárea en el periodo enero-diciembre del 2014 en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, de donde se obtuvo respecto a la frecuencia de cesáreas un 42.07%, cifra que se encuentra por encima del estándar internacional fijado por la OMS de 10-15% (1). Además es superior a las reportadas en otros estudios como José Fernando (Oxapampa, 2004) con un valor de 25,7% (23), Carpio W. (Chiclayo, 2015) con una incidencia de 27.70% (19), por Bustamante M. y Col. (Lambayeque, 2014) con una frecuencia de 33,56% (6), por Medina S. (Argentina, 2010) con una incidencia de 32 %. (5), por Campero L (México, 2007) con un valor de 32.8% (7), por Pavón L. (México, 2002) con un valor de 37,2% (24). Si comparamos este resultado con otros estudios podemos apreciar que la frecuencia obtenida es inferior al estudio realizado por el Dr. Ceriani J. (Argentina, 2010) donde concluyó con una incidencia de cesárea de 46,3% (25), por Dávila G. (Quito, 2014) cuya prevalencia de cesáreas se encuentra en 50,32% (26); y es similar al estudio realizado por Gálvez E. (Callao, 2014) con una tasa de incidencia de cesáreas en el Hospital San José del 42% (21), por Jáuregui M. (Cuenca, 2012) con una prevalencia de cesáreas del 43.38% (28).

Se puede establecer esta alta frecuencia de cesáreas por la mayor cobertura de atención profesional del parto, así como por mejores métodos y pautas para diagnosticar distocias durante el trabajo de parto, para evitar la mortalidad de la paciente o el recién nacido; sin embargo se ha señalado la presencia de factores no clínicos, indicaciones injustificadas y cesáreas innecesarias, haciendo la salvedad que existen indicaciones definidas, claras y poco discutibles, catalogadas como absolutas (19). Durante los últimos años muchas cosas han cambiado, por lo cual podemos señalar dentro de estos factores algunos gineco-obstetras que consideran el nacimiento por cesárea como una mejor opción que el parto vaginal, principalmente por motivos relacionados con mayor conveniencia en su ejercicio profesional, hecho quizá debido en nuestros tiempos a la cultura de la demanda, además porque optando por ésta, resuelven el nacimiento en minutos, mientras que el parto vaginal, podría demandar hasta 12 horas en primigestas (42). Así mismo la incorporación de médicos residentes en los servicios de gineco-obstetricia, quienes se encuentran en formación, puede ser otro factor que conlleva al incremento de la práctica de cesáreas. También se puede mencionar que existen pacientes que eligen la cesárea, probablemente por una utilización inadecuada del principio de autonomía y por el mayor acceso que tienen a la información (sobre todo a través de internet), argumentando mayor seguridad para su hijo y por miedo al dolor principalmente, lo cual se origina en la falsa percepción de que la cesárea es más segura que el parto vaginal, tanto para la madre como para el feto (42, 49). Ante lo cual, el médico es el responsable de aconsejar a la gestante acerca de los pro y los contra de las distintas opciones, guiándose por sus conocimientos y su criterio

profesional y ético. Además la gestante debería contar con adecuada preparación física y psíquica para llegar a la culminación de su embarazo de la manera más fisiológica y con el mayor bienestar materno-fetal posible, a corto y largo plazo. (49)

En el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, vemos que las principales indicaciones de cesárea son las debidas a causas maternas que representan un 63.02%, seguidas de las causas fetales con un 20.71% y finalmente las causas ovulares con un 16.27%, siendo la primera indicación de cesárea la Cesárea anterior con un 24.26% del total, lo cual es comparable con el estudio realizado por Jáuregui M. (Cuenca, 2012) donde la principal indicación de cesárea fue por causas maternas con un 68.1% siendo la primera indicación la cesárea anterior con un 47.5% (28). Como ya se mencionó anteriormente el antecedente de una cesárea anterior, propició la práctica de una nueva cesárea hasta en un 24.26%, hecho que concuerda con otros autores quienes hallaron que la primera causa de cesárea fue la cesárea anterior como Vélez E. (México, 2013) con 35.78%, Jáuregui M. (Cuenca, 2012) con 32.4% y Bustamante M. y Col. (Lambayeque, 2014) con 25,6% (29, 28, 6). Según otros estudios como los realizados por Pavón L. (México, 2002), Alberto G. (Argentina, 2004), ésta indicación se encuentra en 3er lugar (24, 39); y en diferentes estudios hechos en Perú se encuentra en 2do lugar y 3er lugar (37, 36). Sin lugar a dudas se puede decir que uno de los conflictos obstétricos más grandes es someter a trabajo de parto a una paciente que tiene una cesárea anterior. Este problema nace del postulado emitido por Edward Cragin en 1916, quien decía “una vez cesárea, siempre cesárea”, manteniéndose vigente por mucho tiempo, ya que

la práctica de este procedimiento quirúrgico se encuentra vinculado dentro de las indicaciones más frecuentes en la práctica operatoria obstétrica actual, lo cual puede deberse en estos tiempos al riesgo de demandas legales y a la comodidad que implica programar la cesárea frente a la imprevisibilidad de un parto natural. Así mismo, al derecho de autonomía que la bioética actual establece para que las pacientes decidan sobre su cuerpo, en lugar de exponerse al resultado dramático y funesto de la presencia de la dehiscencia de la cicatriz uterina o de la ruptura del útero que se observa en menos del 1% así como a la pérdida neonatal. Sin embargo, se han realizado investigaciones (32, 33, 34, 35), donde se demuestra que el parto vaginal posterior a cesárea es una forma de tratamiento seguro con exitosos resultados de hasta un 70-80%, siempre y cuando se sigan los protocolos ya establecidos y la paciente reúna una serie de condiciones muy específicas para ello.

La segunda indicación de cesárea en la población estudiada fue la desproporción céfalo-pélvica con 16.57%, lo cual difiere de otros estudios como los realizados por Carpio W. (Chiclayo, 2015) con 21.4%, José Fernando (Oxapampa, 2004) con 21.1% y Pavón L. (México, 2002) con 22.4% (19, 23, 24); sin embargo, la evaluación de la pelvis materna con respecto al feto es una medición subjetiva que puede reflejarse en un aumento de diagnósticos de desproporción céfalo-pélvica sin que estos realmente lo sean.

La tercera indicación de cesárea fue Pre-eclampsia o Eclampsia con un valor de 10.95%. Este hallazgo es comparable con otros autores como Bustamante M. y Col. (Lambayeque, 2014) con 12,1%, ocupando también el 3er lugar (6); pero difiere de otros estudios como los realizados por De La Cruz Galarza, A.

(Cuzco, 2004) en el Hospital Regional quedando en 5to lugar con un valor 8,6% y por Pavón L. (México, 2002) quedando en 6to lugar con el 5% (36, 24). Por ello la importancia de los controles prenatales adecuados, ya que constituyen una herramienta eficaz para detectar la comorbilidades existentes y posteriormente establecer su manejo.

La Macrosomía Fetal representó un 9.47% siendo la cuarta indicación de cesárea en nuestra población, la cual podríamos relacionar con la 2da indicación (Desproporción Céfalo-Pélvica) que se encontró en un 16.57%.

La Ruptura Prematura de Membranas representó un 8.87%, siendo la quinta indicación de cesárea en nuestra población, lo cual difiere de otros estudios como los realizados por Jáuregui M. (Cuenca, 2012) con 4.1%, Alvia K. y Col. (Ecuador, 2009) con 4% y José Fernando (Oxapampa, 2004) con 3.97% (28, 27, 23). Esto podría explicarse porque muchas veces no se define claramente el diagnóstico principal para realizar la intervención quirúrgica en la Historia Clínica, ya que por sí sola la Ruptura Prematura de Membranas es una indicación relativa de cesárea, que depende del tiempo de latencia, inicio del trabajo de parto y condiciones de bienestar fetal, prefiriéndose siempre la vía vaginal. Quizás el diagnóstico más adecuado sería Oligohidramnios, el cual se reporta en estudios como el de Dávila G. (Quito, 2014) con 11.4% y Bustamante M. y Col. (Lambayeque, 2014) con 9,2% (26, 6), cifras más parecidas a la encontrada en la presente investigación.

Las demás indicaciones de cesárea encontradas fueron: Sufrimiento Fetal Agudo con un 4.73%, Expulsivo Prolongado con un 4.43%, Dilatación Estacionaria con un 3.84%, Feto en Podálico y Doble Circular de Cordón con

un 3.55% cada una, las mismas que representan las diez primeras indicaciones generales de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el período 2014, siendo las más importantes las mencionadas anteriormente.

En cuanto al tipo de cesárea, se ha podido apreciar que la frecuencia de cesárea de tipo electiva (53.85%) es mayor que la frecuencia de cesáreas de emergencia (46.15%); lo cual es preocupante por el temor de que este procedimiento quirúrgico deje de ser utilizado con fines netamente médico-asistenciales y se vuelva una intervención quirúrgica realizada por razones de carácter subjetivo. Por otro lado, al ser intervenciones programadas, tenemos a pacientes que ingresan al hospital preparadas para una cirugía, es decir en las mejores condiciones posibles, lo cual podría verse reflejado en menores complicaciones post-operatorias, si es que comparamos con las pacientes que deben ser intervenidas de emergencia.

En lo que se refiere a las características de las pacientes que culminaron su gestación por cesárea, podemos ver que respecto a la Edad Materna de realización de este evento quirúrgico se observó con mayor frecuencia en el grupo de 20–34 años correspondiéndole el 88.76%, muy similar a lo reportado por Paiba M. y Col. (Lambayeque, 2015) cuyo mayor porcentaje de casos tuvo edades de 19 a 34 años con un 70.7% (20), en el estudio de Alvia K. y Col. (Ecuador, 2009) cuyo mayor porcentaje de casos fue entre los 21 a 34 años con un 58% (27), y en el estudio de Vélez E. y Col. (México, 2013) cuyo mayor porcentaje de casos fue entre los 20 a 29 años con un 61.48% (29). Si bien las edades extremas: menor de 20 años (4.44%) y mayores de 34 años (6.80%)

representan porcentajes menores, estos grupos son los de mayores riesgos obstétricos por las implicancias orgánicas y fisiológicas en su reproducción.

Respecto al Estado Civil, el 89.94% de las pacientes cesareadas fueron convivientes, representando el mayor porcentaje en el presente estudio. El 7.10% de las pacientes fueron solteras y 2.96% fueron casadas. Lo cual es similar a lo encontrado en el estudio de José Fernando (Oxapampa, 2004) donde el mayor porcentaje de pacientes cesareadas fueron convivientes con 54,2% (23)

En relación al Grado de Instrucción el mayor porcentaje de pacientes tuvo estudios secundarios con un 88.76%, lo cual es comparable con el estudio realizado por De La Cruz Galarza, A. (Cuzco, 2004) en el Hospital Antonio Lorena con 34% y en el Hospital Regional del Cuzco 32,2% (36), aunque con variación en los porcentajes; pero difiere con el estudio de Campero (México, 2007) donde obtuvo que el mayor porcentaje contaba con estudios universitarios con 83,27% (7). Así mismo el 5.92% de las pacientes tuvo estudios superiores, mientras que el 3.55% tuvo estudios primarios y 1.77% no tuvo ningún tipo de estudio, lo cual se convierte en una debilidad cuando se trata de ofertar un adecuado control prenatal por parte de los servicios de salud. En lo referente a la Paridad el mayor porcentaje se encontró en multíparas (2 a 5 partos) con 65.38%, seguido de las primíparas con 33.14%, y finalmente las grandes multíparas (6 a más partos) con 1.48%. Esto podría explicarse porque la multiparidad se asocia a mayor número de distocias y/o el criterio de cesárea igual cesárea, sin propiciar el trabajo de parto luego de una cesárea.

En el presente estudio el 71.30% de las pacientes atendidas tuvo Controles Prenatales adecuados (>6 controles), cifras similares a las obtenidas en los estudios realizados por José Fernando (Oxapampa, 2004) donde se halló que el 71,5% presentó controles prenatales adecuados (23), De La Cruz Galarza, A. (Cuzco, 2004) en el Hospital Antonio Lorena y en el Hospital Regional de Cuzco se obtuvo 56.1% y 44.2% presentó 6 a más controles prenatales respectivamente (36). Por otro lado el 22.49% tuvo controles prenatales inadecuados (<6 controles) y el 6.21% no tuvo ningún control prenatal. Podemos mencionar que en la actualidad, el aporte del Seguro Integral de Salud permite que un gran porcentaje de pacientes tengan acceso al control prenatal; sin embargo todavía existe un grupo cercano al 30% que tiene controles prenatales inadecuados o no tiene ningún control prenatal, lo cual calificamos de alto riesgo obstétrico.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Las indicaciones de cesárea por causa materna fueron las más frecuentes en la población de estudio, representaron el 63.02% del total y dentro de éstas la cesárea anterior con un 24.26% fue la de mayor presentación.
- Las principales indicaciones de cesárea encontradas en el presente estudio fueron: Cesárea Anterior con 24.26%; Desproporción Céfalo-Pélvica con 16.57%; Pre-eclampsia o Eclampsia con un 10.95%; Macrosomía Fetal con 9.47% y Ruptura Prematura de Membranas con 8.87%.
- La frecuencia de la operación cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el Periodo 2014 fue de 42.07%, cifra que se encuentra por encima de lo recomendado por la OMS que es un 10-15%.
- Las pacientes que culminaron su gestación por cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el Periodo 2014 se caracterizaron por lo siguiente: El 88.76% de las pacientes tuvo edades entre 20 y 34 años, el 89.94% de las pacientes fueron convivientes, el 89.06% de las pacientes tuvo estudios secundarios, el 65.38% de las pacientes fueron multíparas (2 a 5 gestaciones) y el 71.30% de las pacientes tuvo control prenatal adecuado (>6 controles). Además, el 53.85% de la muestra (182 pacientes) tuvo cesárea de tipo electivo, mientras que el 46.15% de la muestra (156 pacientes) corresponde a cesáreas de emergencia.

Recomendaciones

- Establecer el uso de normativas y/o guías de manejo institucional, con el fin de justificar los diagnósticos operatorios y disminuir el número de cesáreas.
- Capacitar al personal profesional para aplicar los protocolos establecidos en parto vaginal posterior a cesárea.
- Para evitar una frecuencia elevada de cesáreas se recomienda la prevención como factor fundamental, poniendo énfasis durante el control pre-natal en los factores de riesgo obstétrico.
- Definir claramente en las Historias Clínicas el Diagnóstico Principal para realizar la intervención quirúrgica. Así mismo, tener especial cuidado al momento de recabar los datos de las pacientes, con el fin de obtener registros completos, que ayuden a realizar nuevas investigaciones en el futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
2. Távara Orosco L. Cesárea en el Perú: Presente y Futuro. Perú, 2006. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_39n15/cesarea_peru.htm
3. Dr. Carlos Schnapp S, Dr. Eduardo Sepúlveda S, Dr. Jorge Andrés Robert S. Operación Cesárea. Unidad de Medicina Materno Fetal. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Clínica Las Condes. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2014; 25(6) 987-992]
4. Rosario Cárdenas. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Gaceta Médica de México.
5. Sofía Esther Medina Pinto; Analía Valeria Ortiz Gavilán; Laura Cecilia Miño Dra. Griselda Itatí Abreo. Incidencia e Indicaciones de Cesáreas. Profesora adjunta de la Cátedra del Internado Rotatorio área materno-infantil. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Lugar: Servicio de Tocoginecología del Hospital "Dr. José R. Vidal". Corrientes – República Argentina.
6. Julio Miguel Bustamante-Núñez, Oscar Eduardo Vera-Romero, Jorge Limo-Peredo, Julio Patazca-Ulfe. Frecuencia e Indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque 2010-2011.

7. Campero L, Hernández B, Leyva A, Estrada F, Osborne J, Morales S. Ampero L., Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la ciudad de México. México, 2007. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n2/a07v49n2.pdf>
8. Ricardo Arencibia Jorge. Técnico en Información Científico-técnica y Bibliotecología. Operación Cesárea: Recuento Histórico. Departamento de Información Científica. Centro Nacional de Investigaciones Científicas. Apartado Postal 6414, La Habana, Cuba. Rev. Salud Pública. 4 (2): 170 -185, 2002.
9. Dr. Miguel Lugones Botell. La Cesárea en la Historia. Policlínico Docente “26 de Julio”. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(1):53-6.
10. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. Williams Obstetricia. Capítulo 25: Operación cesárea e histerectomía periparto. 23a Edición.
11. Dirección General de Salud Reproductiva. Cesárea Segura. México.
12. Julio Iván Espinoza Moya. Estrategia educativa para disminuir la incidencia de cesáreas en el instituto ecuatoriano de seguridad social Ambato Enero-Junio del 2014. 1
13. Gibbons, L., Belizán, J., Lauer, J., Beltrán, A., Merialdi, M., & Althabe, F. (2010). The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *WHO, Health Systems Financing*, 30, 1-47.
14. Zizza, A., Tinelli, A., Malvasi, A., Barbone, E., Stark, M., De Donno, A., et al. (2011). Caesarean section in the world: a new ecological approach. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 52, 161-173.

15. Hurtado La Rosa, R., & Ramos, M. (2011). perfil de género y salud de la subregión andina-2010. Organización panamericana de la salud, 1-85.
16. Lepore, G., sampor, C., & Storni, M. (2005). Incidencia y principales indicaciones de cesárea. *Revista de postgrado de la Vla cátedra de medicina* (150), 1-12.
17. Signore, C., & Klebanoff, M. (2008). Neonatal Morbidity and mortality After Elective Cesarean Delivery. *Clinics in perinatology*, 35 (2), 361-vi.
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-Perú, 2013.
19. Carpio Baron, Walter Vidauro. Operación Cesárea: Incidencia e Indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012.
20. Manuel Bernardo Paiba Samamé y Glenda Dayani Salazar Guadalupe. Causas de Cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2014.
21. Edgar Mario Galvez Liñan. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del Callao, periodo enero-diciembre 2013.
22. Gladys Patiño. Mg. Gerencia de Servicios de Salud, Dirección Regional de Salud – Tumbes. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes, 2011.
23. Echáis José Fernando, Cesárea: Experiencia en el Hospital General De Oxapampa. Perú 2004. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol50_n2/a05.htm

24. Pavón L, Gogeoascoechea T, Ramírez M, Landa O., frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el hospital escuela de la universidad veracruzana. México 2002. Disponible en: http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol2_num2/articulos/frec_indi_oper_cesa_heuv.html
25. Ceriani J, Gonzalo M, Amorina P, Adolfo A, Cecilia P, Pablo B, et al, Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. Argentina, 2010. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2010/v108n1a05.pdf>
26. Gonzalo Alberto Dávila Valdivieso. Prevalencia y causas de cesárea en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín (H.C.A.M.) en el primer semestre de 2013. Quito-Ecuador
27. Alvia Masías, Karla Paola y Andrade Farfán, Marcelo Eduardo. Caracterización de la Cesárea en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Octubre 2008-Marzo 2009. Manta-Manabí-Ecuador. 2009.
28. María Paz Jáuregui Calle. Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero-Diciembre 2011.
29. Eduardo Vélez-Pérez, Víctor José Tovar-Guzmán, Felipe Méndez-Velarde, Carlos Rosario López-López, Eduardo Ruiz-Bustos. Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de GinecoPediatria del IMSS de Hermosillo, Sonora, México. 2013.

30. Romero A, Maris S, Arce R, Bazán V, Incidencia y principales indicaciones en el hospital J. R. Vidal. Argentina, 2004. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista135/inc_pri.htm
31. José Manuel Muñoz-Enciso, Enrique Rosales-Aujang, Guillermo Domínguez-Ponce, César Leopoldo Serrano-Díaz. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Revista de Ginecología y Obstetricia, México 2011; 79(2):67-74
32. Ricci AP, Perulla PE, Altamirano AR. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición. Rotura uterina, una complicación probable. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2003; 68(6): 523 – 8.
33. Sánchez GR, Ortiz OHI, Chávez MA. Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa. Rev. Fac Med. UNAM 2003; 46(1): 28 – 31.
34. Shipp TD. Prueba de trabajo de parto con cesárea previa: ¿cuáles son los riesgos? Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. McGraw-Hill Interamericana editores, S.A. de C.V. México. 2004: 349-60.
35. Campos FJ, Alvarez J, García P, Rojas M, Nemer C. Parto vaginal después de una cesárea. Rev. Hosp. Mat. Ramón Sardá 2007; 26(1):15 – 20
36. De la Cruz Galarza A, García C, Loayza S, Palomino C, Velazco C.: Frecuencia e Indicaciones de Operación Cesárea en los Hospitales Antonio Lorena y Regional del Cusco durante el año 2004. Perú, 2004.
37. Cárdenas G, Ávila K, Masías L, De la Peña M, Peching G, Gonzáles E., Frecuencia e indicaciones de las cesáreas practicadas en el instituto materno

perinatal. Perú 2000. Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_48n32002/xiv_congreso.htm

38. Chávez R. Análisis estadístico de los factores de riesgo que influyen en el médico para la operación por cesárea a pacientes atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal – 2002. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.

39. Alberto G, Stella M, Ramona V, Claudia R., Frecuencia y principales indicaciones de Cesárea en el hospital J. R. Vidal. Argentina, 2004. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista135/inc_pri.htm

40. Manzano E. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres; 2011.

41. Oshiro E. Cesárea, tasa, indicaciones y factores de morbimortalidad materno perinatal asociados en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el período 2003-2005. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.

42. Dr. Francisco Cópola. Clínica Ginecotocológica A, Cesáreas en Uruguay. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay. Rev Méd Urug 2015; 31(1):7-14.

43. Danforth DN. Cesarean section: state of the art/review. JAMA 1985, 253:811-818.

44. Organización Mundial de la Salud. Técnicas quirúrgicas para la cesárea. 2007. Disponible en:

http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004662_abalosse_com/es/index.html

45. Zeck W, Walcher W, Tamussino K, Lang U. Adolescent primiparas: changes in obstetrical risk between 1983-1987 and 1999-2005. *J ObstetGynaecol Res.* 2008; 34(2):195-198.
46. Sterling S, Sadler L. Contraceptive use among adolescent Latinas living in the United States: the impact of culture and acculturation. *J PediatrHealthCare* 2009; 23(1):19-28.
47. Vashishtha V. The State of the World's Children 2009: maternal health is the key to achieve MDGs 4 and 5. *IndianPediatr* 2009; 46(3):233-234.
48. Lahariya C. State of the World's Children 2008. *IndianPediatr* 2008; 45(3):222-223.
49. Juan Carlos Melchor Marcos. Presidente-Coordenador. Sección de Medicina Perinatal SEGO. Cesárea a Demanda. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid 2008.

ANEXOS

ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

1. Edad:
2. N° de H.C:.....
3. Estado Civil: Soltera Casada Conviviente
4. Grado de Instrucción: Analfabeta Primaria Secundaria Superior
5. Paridad: Primípara Multípara Gran Multípara
6. Tipo de Cesárea: Electiva Emergencia
7. Número de Cesáreas Anteriores:
8. Número de Controles Prenatales:

II. DATOS OBSTETRICOS

- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| 1. Causas Maternas: | Si () No () |
| a) Cesárea Anterior | () () |
| b) Desproporción céfalo-pélvica | () () |
| c) Dilatación estacionaria | () () |
| d) Expulsivo Prolongado | () () |
| e) Infecciones Sistémicas* | () () |
| f) Pre-eclampsia o eclampsia | () () |
| 2. Causas Fetales: | Si () No () |
| a) Embarazo múltiple | () () |
| b) Macrosomía Fetal | () () |
| c) Feto en Podálico | () () |
| d) Feto en Transverso | () () |
| e) Sufrimiento Fetal Agudo | () () |
| f) RCIU | () () |
| 3. Causas Ovulares: | Si () No () |
| a) DPP | () () |
| b) Placenta previa total | () () |
| c) RPM | () () |
| d) Doble Circular de Cordón | () () |

*HIV, Condilomatosis

**Ficha de Recolección de Datos tomada de MANUEL BERNARDO PAIBA SAMAMÉ y GLENDA DAYANI SALAZAR GUADALUPE Modificada.

ANEXO 2. AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Comas. 23 DIC 2015

MEMORANDO N° 298 - OF-ADEI-HNSEB-2015

A : Medico Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia
 DE : Medico Jefe de la Oficina de Docencia e Investigación
 ASUNTO : Autorización para ejecución de proyecto de tesis
 Ref : Exp. N° 019619/2015

Mediante el presente saludo a usted cordialmente, y en atención al documento de la referencia informarle que el Alumna: **MARTHA DEL PILAR GONZALES VALDIVIA**, Interna de Medicina del presente año, de la Universidad Ricardo Palma; Solicita autorización para obtener información de Historias Clínicas del Servicio de Gineco Obstetricia-I Período 2014, para la aplicación y ejecución del Proyecto de Tesis: **"INDICACIONES DE CESAREA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, DURANTE EL PERIODO 2014"**. Esta Oficina:

Autoriza : "EJECUCION DE PROYECTO DE TESIS"

Sin otro particular me suscribo de usted,

Atentamente,

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
 Santiago Antonio Martínez Bernales
 Médico Cirujano Ginec. y Obst. RNEC 14475
 Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

Oficina DE GINECO OBSTETRICIA
 Inicial Opref.
 Fecha 23/12/15
 Hora 10:35am

C.c.
 • Archivo
 SAHMI/Sofía

Av. Túpac Amaru Nº 8000
 Comas Lima 07, Perú
 Central Tlf. (511) 158-0186
 Of. Docencia e Investigación