

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



“FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

JOSE LUIS MEDINA HUIZA

JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS

DIRECTOR DE LA TESIS

DAISY DALMIRA SANCHEZ PADILLA

ASESOR

LIMA – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A mis amados padres José Luis y Olga que siempre se han esforzado por darme lo mejor, gracias por sus enseñanzas. Son los mejores padres.

AGRADECIMIENTOS

A los profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, que vertieron sus conocimientos y experiencias para nuestra formación.

A mis compañeros, hermanos son parte importante en la formación de esas experiencias inolvidables.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de Enero a Diciembre del 2015.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal, en el cual se revisó el Libro de Reporte Operatorio del Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Resultados: En el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2015, el porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos en ese año de 57,5%. Las gestantes entre 20 y 35 años son las que con mayor frecuencia se someten a dicha intervención. Del total de cesáreas, el 68,7% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal indicación la cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande, sufrimiento fetal agudo.

Conclusiones: La tasa de incidencia de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015 fue de 57,5% respecto del total de nacimientos registrados en es ese periodo de tiempo, evidenciándose un valor muy por encima de lo estipulado por la OMS. La principal indicación materna es placenta previa, la principal indicación fetal es feto grande, y la principal indicación ovular es la ruptura prematura de membranas.

Palabras clave: cesárea, incidencia, causas, fetal, materna, ovular

SUMMARY

Objective: To determine the factors associated with cesarean indication in the Dos de Mayo National Hospital in the period from January to December 2015.

Materials and Methods: A retrospective, observational cross-sectional study, which was reviewed in the Book of Operative Obstetrics Report Service Center of the National Hospital Dos de Mayo was performed.

Results: In the Dos de Mayo National Hospital during 2015, the percentage of Caesarean births to total that year of 57.5%. Pregnant women between 20 and 35 years are most often subjected to such intervention. Of all cesareans, 68.7% were made by the emergency, the main indication prior cesarean section (37.5%), followed by narrow pelvis, large fetus, fetal distress.

Conclusions: The incidence rate of cesarean in the Dos de Mayo National Hospital in 2015 was 57.5% of total births are registered in that period of time, showing a value well above what is stipulated by WHO . The main indication is maternal placenta previa, fetal indication is the main large fetus, and the main display is ovular premature rupture of membranes.

Keywords: cesarean section, incidence, causes, fetal, maternal, ovular

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	7
1.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN.....	7
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.4 JUSTIFICACIÓN	9
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.6 HIPÓTESIS.....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1 BASES TEÓRICAS.....	11
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	15
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.....	22
3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	22
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO	22
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	23
3.4 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	25
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
CONCLUSIONES.....	39
RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	46

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN

La investigación se realizara en el Hospital Nacional Dos de Mayo, en el Servicio de Gineco-Obstetricia durante el período Enero - Diciembre 2015, recolectando información de las Historias Clínicas de las pacientes cesareadas, así como del Libro de Partos y Libro de Registro de operaciones de Centro Obstétrico.

El Hospital Nacional Dos de Mayo, se encuentra ubicado el Parque "Historia de la Medicina Peruana" s/n Alt. Cdra. 13 Av. Grau - Cercado de Lima - Lima, Perú.

La zona geográfica de influencia está definida por los distritos de Lima Cercado, los distritos del cono Este y Sur de la ciudad, y en menor escala los conos del Norte y Oeste.

Los orígenes de esta gran institución se remontan al Hospital Nuestra Señora de la Concepción. Quince años después deriva en lo que fue el Hospital Real de San Andrés y desde 1875 se denomina Hospital Dos de Mayo. Como primera y legendaria institución de salud ha sido y es partícipe del desarrollo de la Medicina Moderna Nacional.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS envió un pronunciamiento en que recuerda que lo ideal es mantener una tasa de cesáreas entre el 10% y el 15% de todos los nacimientos. El documento aclara que las cesáreas sí son eficaces para salvar la vida de la madre y del bebé o para evitar enfermedades o complicaciones, pero esos casos no son tan frecuentes. ¹

Entre 2004 y 2005, se realizó la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS en 24 regiones de ocho países de América Latina. En la encuesta se obtuvieron datos de todas las mujeres que ingresaron para tener el parto

en 120 instituciones seleccionadas al azar. La mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados fue del 51%.²

De la misma forma se ha visto una tendencia al incremento en nuestro país. 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%).³

Pese a que la cesárea, como procedimiento, tiene un alto grado de seguridad, esta sigue siendo una cirugía con los riesgos propios como: aumento del sangrado, infecciones de herida operatoria, daño accidental al intestino y/o vejiga, reacción adversa a medicamentos, muerte materno-fetal (muy poco frecuente) y posibles daños al neonato. Además de tener presente las implicaciones médico-legales que obligan a justificar plenamente los riesgos de la ejecución de este procedimiento.⁴

Puesto a que la cesárea fue incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño, se ha ido incrementando en las últimas décadas a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se considera un problema de salud pública por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida.⁵

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Enero a Diciembre del 2015?

1.4 JUSTIFICACIÓN

El conocer que la realización de la operación cesárea se ha incrementado en todo el mundo, subestimándose de esta forma la capacidad natural de la mujer para parir y de esta forma aumentar las probabilidades de complicaciones al someterlas a un riesgo anestésico y quirúrgico, ha sido el motivo de constantes trabajos de investigación. Teniendo como problema cual son los factores causales de las indicaciones de cesárea, y si realmente estos han sido justificables desde el punto de vista médico.

Por todo lo mencionado, el objetivo del presente trabajo es conocer nuestra realidad hospitalaria con respecto a la cesárea, determinando sus indicaciones más comunes, y compararlos con distintos trabajos realizados en el Perú y el mundo.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar los factores asociados a indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de Enero a Diciembre del 2015.

Objetivos Específicos:

- Estimar la frecuencia de gestantes sometidas a operación cesárea en el Hospital Dos de Mayo en el periodo de Enero a Diciembre del 2015.
- Identificar las causas maternas asociadas a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de Enero a Diciembre del 2015.

- Identificar las causas fetales asociadas a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de Enero a Diciembre del 2015.
- Identificar las causas ovulares asociadas a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de Enero a Diciembre del 2015.
- Ordenar las indicaciones para la operación cesárea según su frecuencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de Enero a Diciembre del 2015.

1.6 HIPÓTESIS

La incidencia de cesárea en el Hospital Nacional Dos De Mayo es mayor al 20% siendo las indicaciones más frecuentes: cesárea previa, sufrimiento fetal agudo, desproporción céfalo pélvica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 BASES TEÓRICAS

La cesárea se define como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía). Sin embargo esta definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura uterina o de un embarazo en esa localización.⁶

Una de las explicaciones del término cesárea, se baso en la leyenda que julio cesar nació de esa manera, por lo cual el procedimiento de llamo cesárea. Otra explicación es que el nombre proviene de una ley romana creada en el siglo VIII a.C por Numa Pompilio, que ordenaba que se hicieran el procedimiento en mujeres que morían en las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño. Y por último se cree que la palabra cesárea se origino en algún momento de la edad media a partir del verbo latino caedere, que significa cortar.⁶

El avance del conocimiento médico a través del tiempo ha permitido disminuir el riesgo materno de esta intervención, y con ello la mortalidad perinatal. La operación cesárea en efecto, ha contribuido notablemente en mejorar la sobrevivida de muchos recién nacidos, como también las condiciones de su nacimiento. Sin embargo, parece ser que en los últimos tiempos, a pesar del aumento de las cesáreas estas no ha guardado proporción con la disminución de la morbilidad perinatal.⁷

Dentro de los tipos de cesárea podemos tener que esta puede ser:

Cesárea primaria, cuando la intervención se realiza por primera vez; **cesárea electiva**, es elegir la cesárea con el fin de evitar riesgos o sufrimientos para la madre y para el hijo; **cesárea iterativa**, cuando hay antecedente de 2 o más cesáreas; y la **cesárea de Urgencia**, cuando surge la necesidad de una operación cesárea debida a complicaciones surgidas después de iniciado la labor de parto.⁸

En cuanto a los tipos de cesárea tenemos:

- Cesárea electiva que es aquella que se realizara en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal, siendo considerada también como una intervención programada.
- Cesárea en curso de parto o de recurso que se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvico fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. En este caso no hay riesgo inminente para la madre ni para el feto.
- Cesárea urgente: es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.⁹

Las indicaciones de operación cesárea en cuanto a los tipos descritos anteriormente tenemos, que en la cesárea electiva de acuerdo con la evidencia médica disponible son indicaciones la presentación de nalgas o transversa, la macrosomía fetal considerándose la necesidad de practicar una cesárea electiva cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 5000g y en pacientes diabéticas tipo I cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 4500g , la placenta previa, las infecciones maternas como las portadoras de condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando y pacientes VIH+, antecedente de ≥ 2 cesáreas anteriores (riesgo de ruptura uterina del 1,4%), las Gestantes sometidas a cirugía uterina previa con apertura de cavidad endometrial (miomectomía), una cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en "T" (riesgo de ruptura uterina del 1.6% y 6% respectivamente), compromiso fetal que contraindique la inducción-monitorización de la FCF del parto

(malformaciones fetales, alteraciones Doppler, alteraciones del RCTG arritmias fetales...), patología médica materna que desaconseje parto vaginal (cardiopatía, riesgo AVC...), y en algunos casos de prematuridad, CIR y gestaciones múltiples donde se dependerá de las circunstancias individuales de cada caso, y se actuará según los protocolos específicos. Este procedimiento se debe programar en lo posible a las 39 semanas de gestación, siendo este periodo el adecuado porque se evita el riesgo de inmadurez pulmonar fetal y se minimiza el riesgo que implica un inicio espontáneo de trabajo de parto en estas pacientes.⁹

La indicación de cesárea en curso de parto o de recurso se debe constar claramente en la HC. El motivo para indicar una cesárea de recurso suele ser la distocia: dentro del cual tenemos al fracaso de inducción, considerado fracaso cuando tras 12 horas de oxitocina ev, no se hayan alcanzado condiciones establecidas de parto (cérvix borrado un 50%, dilatado 2-3 cm, con dinámica uterina activa); el parto estacionado considerado estacionado cuando, habiéndose establecido condiciones de trabajo activo de parto, hayan transcurrido más de 3 horas sin progresión de las condiciones obstétricas (dilatación o borramiento); la desproporción pelvi fetal diagnosticado cuando en dilatación completa, dinámica activa y pujos activos, el punto guía de la presentación no llegue al tercer plano tras un periodo de tiempo que dependerá de la paridad y la analgesia (Sin analgesia epidural: 1 hora en multíparas y 2 horas en primíparas - Con analgesia epidural: 2 horas en multíparas y 3 horas en primíparas); las cesáreas electivas que inician trabajo de parto espontáneo; y por último son también cesáreas de recurso las mal posiciones detectadas durante el trabajo de parto: frente/bregma.⁹

Las indicaciones de cesárea urgente/emergente más frecuentes son: la Sospecha/pérdida de bienestar fetal, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), el Prolapso de cordón, la Ruptura uterina, la Embolia de líquido amniótico, etc.⁹

Otra forma de agrupar las indicaciones para cesárea es quien sea el supuesto beneficiario de la intervención: maternas, fetales y ovulares. De acuerdo con la comisión de Bioética de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) se acepta que existen indicaciones absolutas de cesáreas que no plantean problemas en la toma de decisiones por la evidencia de su necesidad; otras de justificación más discutible, son las que hoy proporcionan buena parte de la alta incidencia de cesáreas.¹⁰

El detalle de las causas de la cesárea son:

a) Maternas, considerando como Absolutas a: Desproporción Céfalo-pélvica, Estrechez pélvica, Obstrucciones mecánicas de la vagina, Fibrosis cervical, Plastia vaginal o del piso pélvico previas, Tumor avanzado del TGI, Cerclaje abdominal permanente, dos o más cesáreas previas, Cesárea corporal, Cirugía previa sobre el cuerpo uterino, Persistencia de la causa de la cesárea previa, Cesárea previa complicada (dehiscencia, Infección), Herpes genital activo, Condilomatosis florida obstructiva, Cardiopatía descompensada, Aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral, Fistulas urinarias o intestinales operadas; y Relativas: Pre eclampsia-eclampsia, Una cesárea segmentaria previa, Distocias dinámicas refractarias a manejo médico, Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración, Embarazo Prolongado.

b) Fetales, siendo Absolutas: Feto en Situación Transversa, Feto en presentación Podálica, Feto en variedad de Frente, Embarazo múltiple (dos o más), Gemelar monoamniótico monocorial, Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica, Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto, Distocias de posición persistentes, Macrosomía Fetal mayor de 4.500 gr. y Relativas: Anomalías congénitas, Restricción del crecimiento intrauterino, Bienestar fetal ante parto comprometido ante las contracciones uterinas, Peso fetal menor a 1000 gr. (atendiendo la sobrevida en UCI), Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 gr.).

c) Ovulares (Materno-Fetales): considerando como Absolutas a: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, Placenta previa oclusiva total. Prolapso de cordón con feto vivo, Oligohidramnios severo, y Relativas: Placentas Previas oclusivas parciales, RPM con infección ovular, Polihidramnios Severo ¹¹

La operación cesárea es un procedimiento quirúrgico alternativo a la vía de nacimiento natural, razonablemente seguro tanto para la madre como para el feto, sin embargo, las complicaciones no son siempre previsibles o evitables, de tal manera que existen evidencias que establecen que el nacimiento por cesárea está asociado a complicaciones que van del 12 al 15%. De las complicaciones maternas, las que más frecuentemente se presentan son: infección, hemorragia y procesos tromboembólicos ¹². Sin embargo no existen contraindicaciones absolutas, puesto que no es una técnica exenta de riesgos, la decisión debe estar fundamentada en la obtención de beneficios sustanciales para la madre y/o el feto. Si no existe una contraindicación para el parto vaginal, no está indicada la cesárea. ¹³

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Gladys Patiño, 2011, Lima-Perú, realizó un trabajo: Tasa de Incidencia y Factores Determinantes de la Cesárea en los Hospitales de Tumbes 2011. El objetivo del presente estudio fue conocer los factores maternos y fetales asociados a la cesárea y la frecuencia de la operación en las cesareadas de los hospitales del ministerio de salud y EsSalud durante el año 2011. Encontrándose que la frecuencia de cesárea en el hospital de EsSalud fue de 58,76 %, y de 49,52 % en el MINSA. Los factores maternos para la indicación de cesárea en los dos hospitales de Tumbes estudiados durante el 2011 fueron las cesáreas anteriores en las pacientes mayores de 25 años, con una gestación previa y más de seis controles prenatales. Se comprueba que los factores asociados a la cesárea son fundamentalmente maternos.¹⁴

Manuel Bernardo Paiba Samamé, Glenda Dayani Salazar Guadalupe, en su trabajo: causas de cesáreas en el hospital provincial docente belén de Lambayeque, 2014, planteo determinar las causas que conducen al parto por cesárea con la finalidad de mitigar con prevención la tasa de incremento que según la Organización Mundial de la Salud es 15 %, pero en Perú existe un alto incremento con diversas consecuencias. Fue un estudio retrospectivo, comparativo mediante la revisión de 140 historias clínicas de partos por cesárea y un mismo número por parto vaginal. Se encontró que las causas maternas asociadas al parto por cesárea son la cesárea previa, las distocias del canal del parto, el periodo intergenésico corto y enfermedad hipertensiva del embarazo. Las causas fetales son malformaciones congénitas, RCIU y la muerte fetal. ⁵

Edgar Mario Galvez Liñan. En su trabajo para Determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital "San José" del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo; en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero – Diciembre 2013. La población está constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y el espacio muestral corresponde a 160 pacientes. Se encontró al analizar las 160 historias que el 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9% , sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha , periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%.¹⁵

Daira Alejandra Patiño Mora. Andrea Paola Pineda Monge. Diana Natali Polo Tapia. Realizaron un estudio para Determinar la prevalencia de cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga y correlacionar el diagnóstico clínico-quirúrgico durante el año 2010. Fue un estudio descriptivo retrospectivo, de la prevalencia y Correlación Clínico- Quirúrgico de las Cesáreas, del periodo 2010, en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, estudiándose todo el universo. Del presente estudio se encontró que el 32.83% del total de nacimientos en ese año, las mujeres entre los 24-33 años, con instrucción secundaria y superior, son las que con mayor frecuencia se someten a este tipo de intervención, a pesar de haberse realizado un adecuado control prenatal. Del total de cesáreas, el 65.9% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal causa el antecedente de una cesárea anterior (36,54%), seguida de distocias fetales, Compromiso del bienestar fetal, y la Hipertensión arterial relacionada con el embarazo. Tan solo en un 51.84% existen correlación clínico- quirúrgica, en tanto que un 48.16% no presenta esta relación existiendo una variación del 10% entre los diagnósticos pre y post cesárea.¹⁶

Karla Paola Alvia, Marcelo Andrade realizaron un estudio para establecer las características de los partos por cesárea en el Hospital provincial de Portoviejo durante los meses de octubre 2008 a marzo 2009; siendo un trabajo descriptivo retrospectivo longitudinal, cuya población constituyo cada una de las pacientes cesareadas en dicho hospital. Concluyendo que la prevalencia de cesáreas en dicho periodo es del 23%. Además fueron las causas fetales (desproporción céfalo pélvica) la mayor indicación la terminar el embarazo por cesárea y en segundo lugar representa la cesárea anterior.¹⁷

José Fernando Echáis en su trabajo Cesárea. Experiencia En El Hospital General De Oxapampa. Su objetivo fue determinar especificar las principales indicaciones y complicaciones de los partos por cesárea. Fue un estudio observacional descriptivo y retrospectivo donde se reviso las historias clínicas e historias perinatales de 109 pacientes sometidas a parto por cesárea. Concluyendo que: 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 cefalopélvica (21,1%), sufrimiento fetal (20,2%), cesárea previa (11,9%) y presentación podálica (9,2%). Siete pacientes (6,3%) presentaron morbilidad puerperal, siendo la endometritis la infección de herida operatoria las principales causas (28,6%).No hubo muertes maternas. La tasa de mortalidad perinatal fue 8,7 por 1000 nacidos vivos. ¹⁸

Gisel Díaz Díaz, Yanara Salas Villaurrutia et al. Realizaron el trabajo Comportamiento de algunas variables relacionadas con la cesárea primitiva. Fue un estudio observacional descriptivo donde el universo estuvo constituido por 3001 partos realizados en ese período y la muestra quedó conformada por 1048 pacientes operadas de cesáreas primitivas. Sus resultados muestran que la mayoría de las gestantes son intervenidas con un embarazo a término, la enfermedad que más se asoció al embarazo fue la anemia y de las que complican el embarazo la más frecuente fue el oligohidramnios. Concluyendo que el móvil predominante de la indicación quirúrgica fue el estado fetal intranquilizante.¹⁹

En el ámbito internacional, el estudio realizado por Casagrandi C, Perez P, et al. 2007 Habana- Cuba con el título "Tendencias de Algunos Indicadores Relacionados con la Cesárea". Afirman que el índice de cesáreas se ha

incrementado considerablemente en los últimos años y que el estudio de sus factores relacionados es de gran importancia. El índice de cesáreas se incrementó de 18.3% en el año 1996 a 29.2% para el año 2005. Los indicadores más frecuentes en el año 1996 fueron la desproporción cefalopelvica (13.1%) y la presentación pelviana (11.1%); mientras que en el año 2005 fueron el sufrimiento fetal agudo (15.1%) y las afecciones medicas asociadas (12.1%). También se encontró un descenso en la frecuencia de todas las complicaciones postoperatorias (30 %, 26 %, 11 %, en los años 1996, 1999 y 2005, respectivamente) y de las complicaciones infecciosas (15 %, 11 %, 4 %, en los años 1996, 1999 y 2005, respectivamente); mientras se incrementaron las transfusiones de hemoderivados (4,3 %, 4 %, 8,1 %, en los años 1996, 1999 y 2005, respectivamente).²⁰

En el trabajo de Thiago M, Paulo F, et al. Factors associated with cesarean section rates in a university hospital. Es un estudio transversal realizado en el hospital universitario de Florianópolis, Sur de Brasil, de 2001 a 2005; cuyo objetivo fue analizar los factores asociados a la realización de la operación cesárea. Se evidencio que las tasas de cesáreas aumentaron de 27.5% a 36.5% en dicho periodo y que se mostraron positivamente asociados con la cesárea previa, la presentación no cefálica, uso de ocitocina, dilatada al ser admitida y obstetra con tasa de cesárea superior a 35%.²¹

Maimoona H, et al realizan su trabajo Prevalence and Indications of Caesarean Section in a Teaching Hospital. Es un estudio transversal llevado a cabo en el Departamento de Obstétrica y Ginecología en un periodo de un año en el Teacher's Hospital de Lahore-Pakistán. El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia y las diferentes indicaciones de cesárea en un hospital universitario, donde se encontró que la prevalencia de cesárea en la población estudiada fue 21,40%; siendo la causa más común para la indicación de la

cesárea: la cesárea anterior (22,76%), seguido por falla en el progreso de labor de parto (18,29%), sufrimiento fetal (15,44%) y la presentación de nalgas (14,25%), respectivamente. Concluyendo que el incremento de la prevalencia de cesárea se debió principalmente a la cesárea anterior.²²

María Paz Jáuregui. Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero – Diciembre de 2011. Es un estudio descriptivo en un Hospital Jaramillo- Ecuador de III nivel 2011, donde concluye que la primera causa de cesárea fue la cesárea anterior con un 32.4%, 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%.²³

Trujillo B. Tene C. Ríos M. en su estudio, Factor de Riesgo para cesárea: un enfoque epidemiológico del año 2000, determina que el antecedente de cesárea confirió mayor riesgo para una nueva intervención quirúrgica (OR= 12.7, $p < 0.0001$). Ser nulípara (OR= 6.6, $p < 0.001$), segundigesta (OR= 1.8, $p = 0.002$) o con antecedente de abortos (OR= 1.8, $p = 0.04$) fueron factores mayormente asociados a cesárea. Concluyendo que deben replantearse las indicaciones precisas de esta intervención quirúrgica, sobre todo en casos de nuliparidad o de cesárea previa para disminuir su elevada frecuencia.²⁴

En México, Pavón L, et al, 2002, efectuaron una investigación, titulada: Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, se revisaron un total de 1,080 expedientes clínicos de pacientes embarazadas atendidas durante el año de 1997, de las cuales a 402 se les practicó cesárea. 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 céfalopélvica (22.4%) y cesárea previa (15.2%). Donde se concluye que el estudio revela una frecuencia elevada si se toma como ideal el 15% sugerido por la normatividad.²⁵

En Argentina, Romero A, et al, en el año 2004, en su investigación: 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.²⁶

Walter Vidauro Carpio en su estudio: Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el periodo Enero – Diciembre 2012, cuyo trabajo fue una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal y analítico en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo. La muestra estuvo conformada por 154 casos de cesárea en dicho hospital. Los resultados obtenidos del trabajo fue una incidencia de la operación cesárea de 27.70%; siendo la principal indicación la cesárea segmentaria previa con 27,7% seguido de la presentación podálica con 22,7%; Desproporción cefalopelvica 21,4%; Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8,4%. Concluyendo que la incidencia se encuentra en un porcentaje superior al recomendado por la OMS y que las indicaciones absolutas representan un 50,6%.²⁷

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de diseño observacional, de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Enero a Diciembre del 2015.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO

Población

La población del estudio está constituida por 1666 las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo de Enero a Diciembre del 2015 y que cumplan con los criterios de inclusión; de un total de 2896 partos ocurridos en dicho periodo.

Muestra

La muestra fue representativa y se calculó con la fórmula para estudios descriptivos donde la variable principal es cualitativo y población finita, con las siguientes condiciones: nivel de confianza (Z) del 95%, un nivel de precisión absoluta (d) de 0.05 y una proporción esperada del 50%.

Calculamos la muestra correcta

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N - 1) + z^2pq}$$

Donde:

$$N = 1666$$

$$Z = 1.96$$

$$P = 0,5$$

$$q = 0,5$$

$$d = 0,05$$

Resolviendo:

$$n = \frac{1666 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 \cdot (1666 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n \approx 312$$

3.1.1 Muestreo

Para la selección de las Historias Clínicas que conforman la muestra se uso la técnica de muestreo estratificado y luego muestreo aleatorio simple.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios De Inclusión

- Se incluirán a las pacientes que tuvieron parto por cesárea, ya sea electiva o atendida por emergencia durante el periodo de Enero a Diciembre del año 2015, con indicación obstétrica, materna o fetal.

Criterios de Exclusión

- Se excluirán a las pacientes con las historias clínicas o registro operatorio que tengan la información incompleta sobre la cesárea.
- Pacientes con enfermedades crónicas, o recomendación de cesárea por otra especialidad.

3.4 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se revisaron de las historias clínicas y del libro de reporte operatorio de Centro Obstétrico del Hospital Nacional Dos de Mayo para la obtención de los datos.

INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y METODOS PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE DATOS

Se utilizaron fichas para la recolección de datos de las historias clínicas que incluyeron las características clínicas y epidemiológicas y la posterior revisión de la información recolectada.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis estadístico de los datos recolectados se realizará utilizando los programas Office Excel 2003-2007 y SPSS versión 23.0. Para el procesamiento y análisis estadístico de los datos se utilizarán las técnicas estadísticas descriptivas. En la estadística descriptiva se confeccionará tablas bivariadas con sus respectivas frecuencias absolutas y relativas.

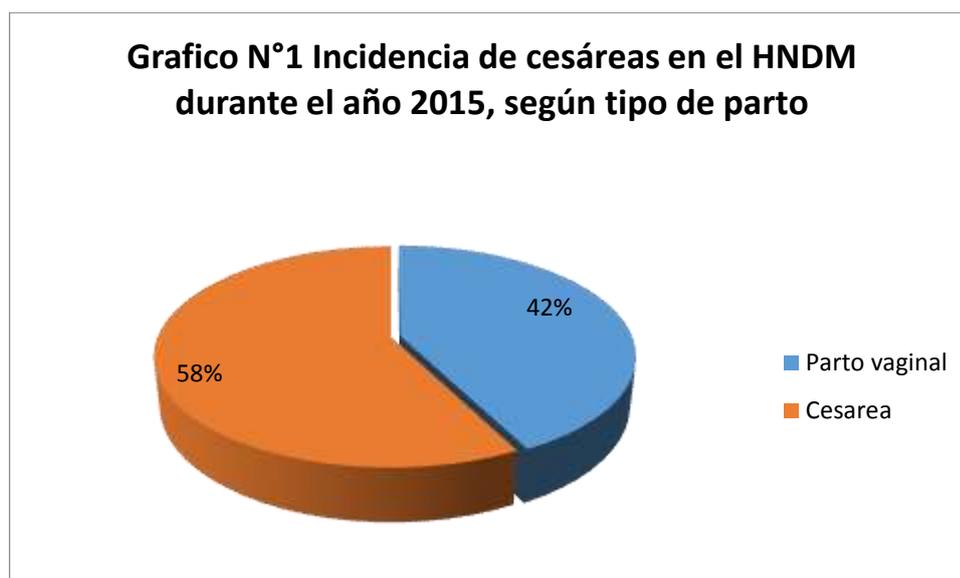
La información de la base de datos serán procesados en un sistema computarizado bajo el programa Excel versión 2007.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Tabla N°1: Incidencia de cesáreas en el HNDM durante el año 2015, según tipo de parto

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Parto vaginal	1230	42.50%
Cesárea	1666	57.50%
Total	2896	100%

Fuente: oficina de informática y estadística, HNDM 2015.



Fuente: oficina de informática y estadística, HNDM 2015

Como se observa en la tabla N°1, acerca de la incidencia de cesáreas en el Hospital Nacional dos de Mayo durante el 2015, se pueden destacar los siguientes resultados: el total de partos institucionales es 2896, el total de cesáreas es 1666 dando como resultado una incidencia de cesáreas de 57.5%; resultados que son más representativos en el grafico N°1.

Tabla N°2: Estadísticos de la edad materna en el HNMD de Enero a Diciembre del 2015

Edad del paciente		
N	Válido	312
	Perdidos	0
Media		27,37
Mediana		28,00
Moda		33
Desviación estándar		6,786
Rango		31
Mínimo		13
Máximo		44
Percentiles	25	22,00
	50	28,00
	75	32,00

Fuente: ficha de recolección de datos

Analizando los estadísticos en la Tabla N° 2 de la edad materna en estudio, podemos concluir que el promedio de la edad fue 27 años, el punto medio es 28 años, la edad que más se repite es de 33 años, la mínima edad registrada fue de 13 años y el máximo de 44 años, la diferencia entre la mayor edad y la menor fue de 31 años. En cuanto a los percentiles el 25% tenía menos de 22 años y el 75% tenía más de 22 años.

Tabla N°3 Edad de las gestantes cesareadas atendidas en el HNDM de Enero a Diciembre del 2015.

Edad (años)		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Menor de 19	47	15,1	15,1
	20 - 35	228	73,1	88,1
	Mayor de 35	37	11,9	100,0
	Total	312	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretando los datos de la tabla N° 3 podemos concluir que las pacientes de 20 a 35 años representan el grupo con mayor frecuencia de cesárea con un porcentaje de 73,1%; mientras que las edades extremas (menor de 19 años y mayor de 35 años) representaron el menor porcentaje.

Tabla N°4: Estadísticos de la edad gestacional de las gestantes cesareadas en el HNMD de Enero a Diciembre del 2015.

Edad gestacional		
N	Válido	312
	Perdidos	0
Media		38,59
Mediana		39,00
Moda		38
Desviación estándar		1,924
Rango		20
Mínimo		22
Máximo		42
Percentiles	25	38,00
	50	39,00
	75	40,00

Fuente: ficha de recolección de datos

Analizando los estadísticos en la Tabla N°4 de la edad gestacional de las gestantes cesareadas en estudio, se puede concluir que el promedio de edad gestacional fue 38 semanas, el punto medio fue 39 semanas, la edad que más se repitió fue de 38 semanas, la mínima edad gestacional fue de 22 semanas y la máxima fue de 42 semanas.

Tabla 5: Edad gestacional al momento de la cesárea en el HNMD de Enero a Diciembre del 2015.

Edad gestacional		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	< 37 semanas	22	7,1	7,1	7,1
	37 a 41 semanas	288	92,3	92,3	99,4
	> 42 semanas	2	,6	,6	100,0
	Total	312	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla N°5 donde se agrupa la edad gestacional en pre término, a término, post término se concluye que la gestante cesareadas menor de 37 semanas represento el 7.1%; el grupo de 37 a 41 semanas (a término) represento el 92.3%; y el grupo mayor de 42 semanas represento el 0.6%.

Tabla N°6: Frecuencia de tipo de cesárea en el HNMD de Enero a Diciembre del 2015.

Tipo de cesárea		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Emergencia	214	68,6	68,6	68,6
	Electiva	98	31,4	31,4	100,0
	Total	312	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla N°6, de la muestra que representaron 312 mujeres cesareadas, según el tipo de cesárea, el 68.6% fueron cirugía de emergencia, mientras que solo el 31.4% fueron cesáreas electivas.

Tabla N°7: Indicaciones de cesárea en las gestantes cesareadas atendidas en el HNDM de Enero a Diciembre del 2015.

Motivos de indicación	Respuestas	
	N	Porcentaje de casos
Cesárea anterior	117	37,5%
Pelvis estrecha	46	14,7%
Feto grande	34	10,9%
Sufrimiento fetal agudo	26	8,3%
Presentación alta a termino	26	8,3%
Macrosomía fetal	25	8,0%
RPM	24	7,7%
Preeclampsia	23	7,4%
Oligoamnios	21	6,7%
Circular simple	19	6,1%
Circular doble	14	4,5%
Distocia dinámica	13	4,2%
Presentación Podálico	12	3,8%
Feto en oblicuo	9	2,9%
Desproporción céfalo pélvica	8	2,6%
Gestación doble	7	2,2%
Distocia de posición	7	2,2%
Pelvis limite	6	1,9%
Condilomatosis	6	1,9%
Corioamnionitis	4	1,3%
Placenta previa total	3	1,0%
Desprendimiento Prematuro de Placenta	3	1,0%
VIH	2	0,6%

Fuente: ficha de recolección de datos

Analizando la tabla N° 7 se observa las principales indicaciones de cesárea en orden descendente; siendo la principal indicación la cesárea anterior con un 37,5%, pelvis estrecha con un 14,7%, feto grande con un 10,9%, sufrimiento fetal agudo y presentación alta a término ambas con un 8,3%, macrosomía fetal con un 8% , ruptura prematura de membranas con un 7,7% y preeclampsia con 7,4%; las cuales representan las 10 primeras causas general de indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo de Enero a Diciembre del 2015.

Tabla N°8: Indicaciones maternas de cesárea en las gestantes cesareadas atendidas en el HNMD de Enero a Diciembre del 2015.

Causas maternas	Respuestas	
	N	Porcentaje de casos
Cesárea anterior	117	37,5%
Pelvis estrecha	46	14,7%
Preeclampsia	23	7,4%
Distocia dinámica	13	4,2%
Desproporción céfalo pélvica	8	2,6%
Pelvis limite	6	1,9%
Condilomatosis	6	1,9%
VIH	2	0,6%

Fuente: ficha de recolección de datos

Dentro de las causas maternas, según la tabla N° 8, la principal indicación fue la cesárea anterior con un 37,5%, seguido de pelvis estrecha con un 14,7% y preeclampsia con un 7,4%.

Tabla N°9: Indicaciones fetales de cesárea en las gestantes cesareadas atendidas en el HNMD de Enero a Diciembre del 2015.

Causas fetales	Respuestas	
	N	Porcentaje de casos
Feto grande	34	10,9%
Presentación alta a termino	26	8,3%
Sufrimiento fetal agudo	26	8,3%
Macrosomía fetal	25	8,0%
Circular doble	19	6,1%
Circular simple	14	4,5%
Presentación Podálico	12	3,8%
Feto en oblicuo	9	2,9%
Distocia de posición	7	2,2%
Gestación doble	7	2,2%

Fuente: ficha de recolección de datos

Dentro de las causas fetales, en la tabla N° 9, la principal indicación fue la presencia de feto grande con un 10,9%, seguido de presentación alta a término con un 8,3% en el segundo lugar y sufrimiento fetal agudo con un 8,3%.

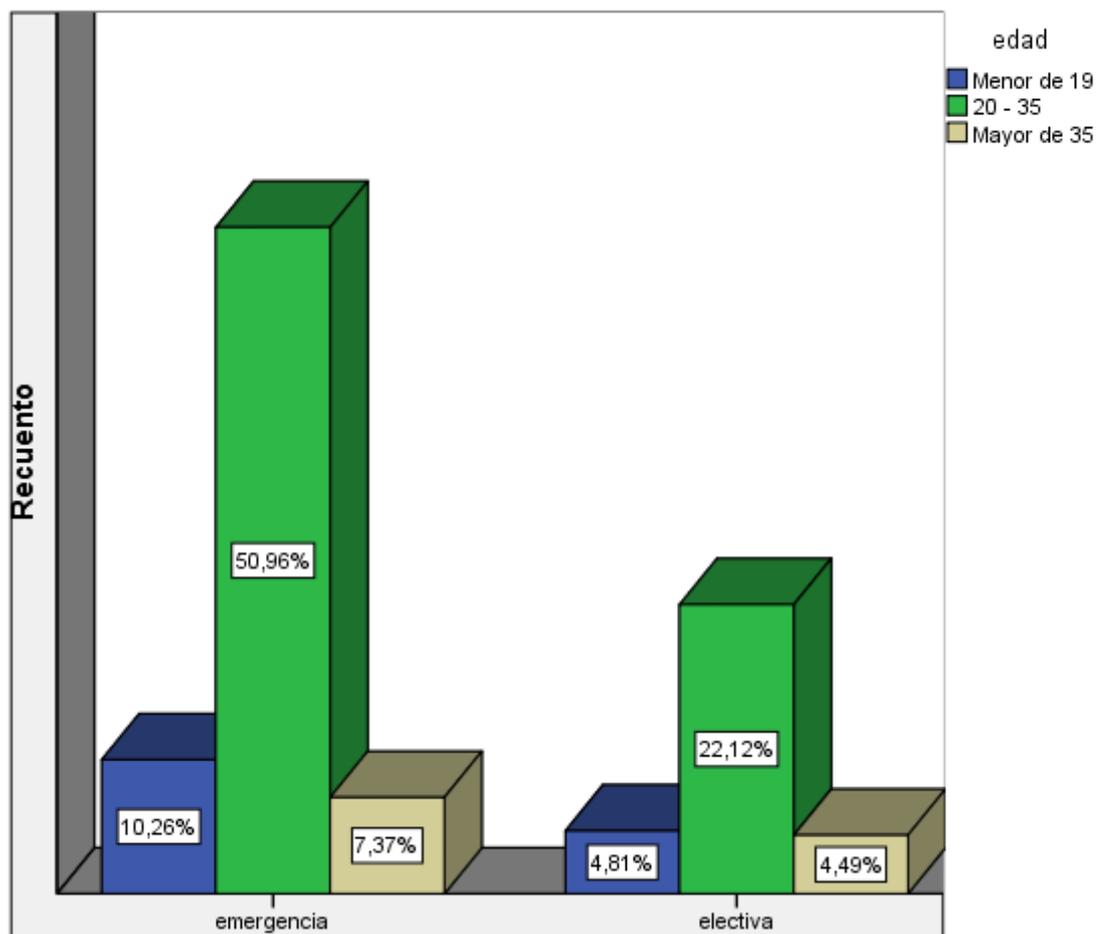
Tabla N°10: Indicaciones ovulares de cesárea en las gestantes cesareadas atendidas en el HNMD de Enero a Diciembre del 2015.

causas ovulares	Respuestas	
	N	Porcentaje de casos
RPM	24	7,7%
Oligoamnios	21	6,7%
Corioamnionitis	4	1,3%
Placenta previa total	3	1,0%
Desprendimiento Prematuro de Placenta	3	1,0%

Fuente: ficha de recolección de datos

Dentro de las causas ovulares, según la tabla N°10, la principal indicación fue la ruptura prematura de membranas con un 7,7%, seguido de oligoamnios con un 6,7% y corioamnionitis con 1,3%.

Gráfico N° 2: Gestantes cesareadas en el HNMD según tipo de cesárea y grupo etario.



Fuente: ficha de recolección de datos

En cuanto al gráfico N°2 se observa que tanto las cesáreas de tipo emergencia y electiva, fueron el grupo de edad de 20 a 35 años las de mayor porcentaje con 50,96% y 22,12% respectivamente; mientras que el grupo de mayores de 35 años representó los de menor porcentaje.

Gráfico N° 3: Trabajo de parto en gestantes cesareadas atendidas en el HNDM de enero a diciembre del 2015



Fuente: ficha de recolección de datos

Según el gráfico N° 3, de las cesáreas que se atendieron en el 2015, el 63,14% de las pacientes presentaron trabajo de parto, mientras que un porcentaje menor no presentó trabajo de parto durante la indicación de cesárea.

Tabla N°11: Gestantes cesareadas en el HNMD según el tipo de cesárea y trabajo de parto

Tipo de cesárea		trabajo de parto durante la indicación de la cesárea		Total
		TdP	No TdP	
Emergencia	Recuento	187	27	214
	% del total	59,9%	8,7%	68,6%
Electiva	Recuento	10	88	98
	% del total	3,2%	28,2%	31,4%
Total	Recuento	197	115	312
	% del total	63,1%	36,9%	100,0%

Fuente: ficha de recolección de datos

Se aprecia en la tabla N°11 la cesárea de tipo emergencia con trabajo de parto represento el 59,9% del total del estudio; mientras que el 28,2% de las pacientes no presentaron trabajo de parto y en ellas la cesárea fue electiva.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En la presente investigación, la prevalencia de cesárea durante el periodo de Enero a Diciembre del 2015 llego a ser el 57,5% respecto del total de partos; cifra que se encuentra muy por encima de los parámetros fijados por la OMS de 10-15%¹; sin embargo estos resultados son similares a los encontrados por Gladys Patiño¹⁴ en los hospitales de ESSALUD y MINSA con una frecuencia de 58,76% y 49,52% respectivamente durante el año 2011. Otras cifras elevadas pero menor a la nuestra se observa en el estudio de Edgar Galvez¹⁵ donde la incidencia de cesárea fue de 42%, Karla Alvia¹⁷ con un 23% en el Hospital Provincial de Portoviejo, Thiago M, et al²¹ en el hospital Universitario de Florianópolis, Sur de Brasil, una tasa de cesárea de 36,5%, Maimoona H, et al²² con un 21,4% en el Teacher's Hospital de Lahore-Pakistán. De igual manera la cifra encontrada en nuestro trabajo es mucho mayor que la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS en 24 regiones de ocho países de América Latina donde la mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33%.

Respecto a las características de la edad materna en el estudio de las mujeres cesareadas se obtuvo una edad promedio de 27,37% y una mediana de 28%, que si se agrupan la edad de 20 – 35 años, este representaría el 73%, porcentajes muy similar al obtenido en el estudio de Edgar Galvez¹⁵ donde la edad de 20-34 años en el Hospital San José del Callao represento el 74%. A su vez los datos de nuestro estudio son equiparables con Walter Carpio²⁷ con edad media de 29,79% en el Hospital Naylamp de EsSalud Chiclayo. Esto es debido a que en el servicio de Centro Obstétrico de nuestro hospital, la mayor demanda de personas son mujeres mayores de 20 años quienes están en edad reproductiva.

Según la edad gestacional, se obtuvo en el estudio que el 92% se encontraba a término, lo cual es comparable con el estudio realizado por Walter Carpio²⁷ con 90,9%, y con el estudio de José Fernando¹⁸ de 76,6% en el Hospital General de Oxapampa. Explicando de esta forma que un gran porcentaje de gestantes acuden a su control prenatal a su centro de salud y son transferidas

oportunamente al centro hospitalario, y además que la gestación se finaliza de preferencia a término y en un menor porcentaje pre termino y post termino.

Con respecto al tipo de cesárea en el estudio se observa que de las 312 mujeres sometidas al procedimiento cesárea el 31,4% (98 pacientes) fue de tipo electivo, siendo el 68,6% un procedimiento de emergencia. Datos similares al estudio se encontraron con Daira Patiño, et al ¹⁶ donde 35,13% fue electiva y el 64,87% fue emergencia en el Hospital José Carrasco Arteaga; sin embargo nuestros datos difieren con los de Edgar Galves¹⁵ donde la cesárea electiva represento 56,8% y emergencia 43,2%.

En el Hospital Nacional Dos de Mayo, centro de referencia de tercer nivel, vemos que la primera causa de cesárea fue la cesárea anterior con un 37,5% del total cifra que nos parece elevada por el aforismo que cesareada anterior debe ser cesareada. En trabajos similares vemos que los porcentajes obtenidos por indicación de cesárea anterior se encuentran en primer lugar con 23,4% de Walter Carpio²⁷ en Chiclayo, 36,5% de Daira Patiño, et al ¹⁶ del Hospital José Carrasco, y con 31% de Edgar Gálvez en el Hospital San José. Sin embargo se contradice con lo encontrado por Pavon, et al ²⁵ donde la indicación más frecuente es el compromiso del bienestar fetal con un 28,3% ocupando la cesárea anterior el tercer lugar con un 15,2%.

Estos datos indican el gran porcentaje de pacientes con cesárea anterior que se someten nuevamente a esta intervención; pese a que se ha demostrado que parto vaginal posterior a cesárea es una forma tratamiento seguro, siempre y cuando se sigan los protocolos ya establecidos y la paciente reúna una serie de condiciones para ello.²⁸

En este estudio la presencia de pelvis estrecha (14,7%) representa la segunda indicación más frecuente (18,6%), seguido de feto grande en tercer lugar (10,9%), y sufrimiento fetal agudo (8,3%) en el cuarto lugar. Observándose que presencia de feto grande no es necesariamente una indicación de cesárea, sin embargo son los datos encontrados en el estudio. Estas indicaciones difieren a su vez por las encontradas por Walter Carpio ²⁷ donde

la presentación podálico es la segunda indicación (22,7%), desproporción céfalo pélvico (21,4%) la tercera y desprendimiento prematuro de placenta (8.4%) en cuarto lugar. Según la Fundación Humanitario Pablo Jaramillo²³ en su población estudiada fue el sufrimiento fetal agudo con 8% la segunda causa de cesárea, la desproporción céfalo pélvica con 7,8% la tercera causa y la dilatación estacionaria con 7.3% como cuarto lugar. Evidenciándose de esta forma discordancias en cuanto a las principales indicaciones por otros estudios por el cual las pacientes fueron sometidas a cesárea.

Analizando los datos estadísticos del espacio muestral, podemos apreciar que el 62,5% de la cesáreas no tenían antecedentes de cesárea anterior y fueron sometidas por primera vez a este procedimiento quirúrgico en el periodo de Enero a Diciembre del 2015, además se aprecia que el 33,7% de las pacientes eran primigestas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. La tasa de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo de Enero a Diciembre del 2015 represento un 57,5% del total de nacimientos registrados es ese periodo de tiempo, evidenciándose un valor muy por encima de lo estipulado por la OMS.
2. La principal indicación de cesárea encontrada en nuestro estudio fue la cesárea anterior con 37,5%, siendo esta una indicación materna y siendo similar a otros estudios.
3. La presencia de feto grande fue la principal indicación fetal encontrada en nuestro estudio.
4. La principal indicación ovular para cesárea fue la presencia de ruptura prematura de membranas.
5. Las edades, comprendidas entre los 20 y 35 años, representaron al grupo con mayor frecuencia a quienes se le realizaron la cesárea.
6. Con respecto a la edad gestacional, el mayor porcentaje de las cesáreas ocurre en gestantes a término.

RECOMENDACIONES

1. Creación de políticas institucionales para una evaluación constante del desempeño profesional, de esta manera se mejore la capacidad resolutive antes de realizar una cesárea.
2. Se defina claramente en las historias clínicas y el libro de reporte operatorio el diagnostico principal para realizar la intervención quirúrgica.
3. Ofrecer un intento de parto por vía vaginal a las mujeres con cesárea previa, una vez se descarten las contraindicaciones y se informe a la gestante de los riesgos y beneficios del parto vaginal.
4. Difundir a las gestantes mediante folletos sobre los riesgos y consecuencias que amerita una cesárea.
5. Dar a conocer mensualmente sobre la tasa de incidencia de cesáreas, identificando los principales motivos para su realización y a los médicos asistentes con más alta tasa de incidencia de cesárea.
6. Disminuir la incidencia de cesáreas de emergencia, mejorando la calidad de atención prenatal con el fin de que las pacientes sean programadas de manera electiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 WHO.net [Internet]. Ginebra: WH, 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1
- 2 Abalos E. Técnicas y materiales alternativos para cesárea: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de abril de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004663_abalose_com/es
- 3 Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-Perú, 2013. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/Libro.pdf
- 4 Dr. Carlos Schnapp s. operación cesárea Rev. Med. Clin. condes. 2014; 25(6) 987-992.
- 5 Manuel Bernardo Paiba Samamé, Glenda Dayani Salazar Guadalupe. causas de cesáreas en el hospital provincial docente belén de Lambayeque, 2014 [tesis]. Lambayeque: universidad nacional Pedro Ruiz gallo. facultad de medicina humana; 2015
- 6 Gary Cunningham, F et al. Obstetricia de Willians. Vigésima segunda edición. Mexico: Mc Graw Hill; 2011.

- 7 Besio R Mauricio. Cesárea versus parto vaginal.: Una perspectiva ética. Rev. méd. Chile [Internet]. 1999 Sep [citado 2015 Oct 08]; 127(9):1121-1125. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000900014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98871999000900014>.
- 8 Andrew Simm. Darly Mathew. Operación cesárea. Obstetrics, Gynaecology And Reproductive medicine [Internet]. 2008[citado 21 de May 2008]; 18:4;94-98. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=53029>
- 9 Protocols Medicina Fetal I Perinatal Servei De Medicina Maternofetal – Icgon – Hospital Clínic Barcelona
- 10 Pacheco J, Saona P. Cesárea. Ginecología Obstetricia y Reproduccion. 2007; 2°ed.Lima: 1322-24
- 11 Smith BL, Martin JA, Ventura SJ. Births and deaths: preliminary data for July 1997-June 1998. Nad. Vital Star Rep 1999; 47:1-22.
- 12 Anaya-Prado Roberto, Madrigal-Flores Susana et al. Morbilidad Materna Asociada a Operación Cesárea. Cir. Ciruj. 2008; 76: 467-72.
- 13 Guillermo V. Cesárea. Colombia: CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C; Noviembre, 2009. Disponible en: <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf>
- 14 Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. [Sitio en internet]. Consultado : 15 Mayo 2012.Disponible en: http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_1502_Esp_03.pdf

- 15 Edgar Galvez Liñan. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013 [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina Humana; 2014.
- 16 Daira P, Andrea P, Diana P. Estudio Descriptivo De Prevalencia y Correlación Clínico - Quirúrgico De Cesáreas En El Hospital “José Carrasco Arteaga” Año 2010 [tesis]. Ecuador: Universidad de Cuenca. Facultad de ciencias medicas escuela de medicina; 2011.
- 17 Karla A, Marcelo A. Caracterización de la Cesárea en el Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, octubre 2008-Marzo 2009 [tesis]. Ecuador: Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabi. Facultad de ciencia medicas facultad de medicina; 2009.
- 18 José Fernando E. CESÁREA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE OXAPAMPA. Ginecol. obstet. 2004; 50 (2): 106-110
- 19 Gisel Díaz D, Yanara Salas V et al. Comportamiento de algunas variables relacionadas con la cesárea primitiva. MEDICIEGO 2015; Vol. 21 No.1
- 20 Casagrandi C, Perez P. Areces D, et al. Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007; 33(3): 1
- 21 Sakae Thiago Mamôru, Freitas Paulo Fontoura, d'Orsi Eleonora. Factors associated with cesarean section rates in a university hospital. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2009 June [cited 2015 Nov 03]; 43(3):472-480. Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300011&lng=en.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300011&lng=en) [http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000300011.](http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000300011)

- 22 Maimoona H, Asthma Y, et al. Prevalence and Indications of Caesarean Section in a Teaching Hospital. JIMSA 2014; 27(1): 3
- 23 Paz M, Tapia I, Duque S. Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero – Diciembre de 2011. Revista Médica HJCA 2014; 6(1): 46-50.
- 24 Trujillo B. Tene C. Ríos M. Factor de Riesgo para cesárea: un enfoque epidemiológico. Ginecol.obstet.Mex:68(7):306-11,jul.2000
- 25 Pavón L, Gogeochea T, Ramírez M, Landa O., frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el hospital escuela de la universidad veracruzana. México 2002 [acceso 15 de agosto, 2012]. Disponible en: http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol2_num2/articulos/frec_indi_oper_cesa_heuv.html
- 26 Romero A, Maris S, Arce R, Bazán V, Incidencia y principales indicaciones en el hospital J. R. Vidal. Argentina, 2004 [acceso 20 de julio, 2012]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista135/inc_pri.htm
- 27 Walter Vidauro Carpio, Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el periodo Enero – Diciembre 2012 [tesis]. Chiclayo: universidad San Martín de Porres. Facultad De Medicina Humana; 2015.

28 Ricci A. Paolo, Perucca P. Ernesto, Altamirano A. Roberto. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición: rotura uterina, una complicación posible. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2003 [citado 2016 Ene 27]; 68(6): 523-528. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000600013>.

ANEXOS

ANEXOS 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I.- DATOS GENERALES.

N° de ficha	Fecha de cesárea:
Edad:	
Edad Gestacional:	Numero de gestaciones
Trabajo De Parto: a) SI b)NO	
Cesárea: a)Emergencia b) Programada	

II.- DATOS OBSTETRICOS.

a) CAUSAS MATERNAS

	SI ()	NO ()
1. Cesárea previa		
2. Pelvis estrecha	()	()
3. Distocias dinámicas*	()	()
4. Infecciones sistémicas**	()	()
5. Enf. Hipertensiva	()	()
6. Pre-eclampsia o eclampsia previa	()	()
Periodo intergenésico:		
7. Corto	()	()
8. Largo	()	()

b) CAUSAS FETALES

1. Embarazo múltiple	SI ()	NO ()
2. Distocias del producto***	()	()
3. Estado Fetal no tranquilizador	()	()
4. Muertes fetales previas	()	()
5. Malformaciones fetales	()	()
6. RCIU	()	()

c) CAUSAS OVULARES

1. DPP	SI ()	NO ()
2. Placenta previa total	()	()
3. Oligohidramnios severo	()	()

d) OTRAS: _____

*Dilatación estacionaria, expulsivo prolongado.

**HIV, Herpes genital activo, Condilomatosis florida, ITU complicada.

***Podálico, transverso, posiciones persistentes, macrosomía fetal.

ANEXO 2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIAS O VALORES	INDICADOR	FUENTE
Edad Materna	Independiente Cuantitativa	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del parto de la madre.	- 16-25 - 26-35 - 36-45 - +45	Intervalo	Años cumplidos.	Fecha de Nacimiento.	Historia clínica
cesárea	Dependiente cualitativa nominal	Procedimiento quirúrgico definido como el nacimiento del feto a través de incisiones en la pared abdominal	Consiste en la medición de las cesáreas de emergencia y las electivas.	nominal	-cesárea electiva -cesárea de emergencia	Gestante sometida a procedimiento o quirúrgico	Libro de sala de operaciones
Indicación de cesárea	Independiente Cualitativa Nominal	Motivo principal para la realización de la cesárea.	Las distintas indicaciones ya sean maternas, fetales u ovulares para la realización de la cesárea	Nominal	Todas las causas maternas fetales u ovulares.	Causas maternas, fetales u ovulares que obliguen a terminar el embarazo por cesárea.	Historia clínica
Vía de terminación del embarazo	Independiente Cualitativa Nominal	Región materna por donde se expulsa el producto de la gestación y sus anexos.	Existen dos formas de finalizar el embarazo. Mediante la vía vaginal o por cesárea.	Nominal	-parto vaginal -cesárea	Gestante fueron sometidas a procedimiento o quirúrgico o parto vaginal.	Libro de sala de operaciones