

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



PREVALENCIA DE CESÁREAS EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ESSALUD II-CAÑETE
DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL
2014

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

CYNTHIA CELESTE MEJIA LEON

DR. JHONNY ALBERTO DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE LA TESIS

MBA LUCY ELENA CORREA LOPEZ
ASESORA

LIMA – PERÚ
2016

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mis padres por el apoyo incondicional que me brindaron día tras día durante mi vida universitaria,

A mi hermano por creer en mí y que llegaría a cumplir este sueño.

A las pacientes que inspiraron el desarrollo de esta tesis.

A usted, por compartir conmigo el triunfo que estoy alcanzando y ser testigo del fruto de mi esfuerzo para llegar a ser médico.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer de manera sincera a mi asesora Lucy Correa López por su guía, dirección e infinita paciencia en la realización de esta tesis.

Un agradecimiento muy especial para los trabajadores de Hospital EsSalud II-Cañete tanto doctores, licenciadas y demás profesionales de la salud que supieron guiar mis pasos como interna y sobre todo a las obstetras del servicio de Maternidad.

Por ultimo agradecer a Gian Marco Arango Rojas por su apoyo desinteresado en la elaboración de esta tesis.

RESUMEN

Objetivo Determinar la prevalencia de cesáreas en el Hospital ESSALUD II de Cañete durante el periodo de enero a diciembre del 2014.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo de tipo descriptivo, en el Hospital EsSalud II Cañete durante el periodo de enero a diciembre del 2014. La población está constituida por 285 pacientes que fueron sometidas a operación cesárea tanto electiva como de emergencia, cabe resaltar que se tomó como muestra a la misma población. La información fue recolectada de las Historias Clínicas respectivas, así como del Libro de Registros de partos que se encuentra en el Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital. Los resultados se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 22.

Resultados:

Al analizar las 285 historias clínicas, se encontró que la prevalencia de la operación cesárea fue de 29,8%. Entre las principales indicaciones de cesárea tenemos: cesárea anterior con un 23,5%, seguido por sufrimiento fetal y trabajo de parto disfuncional cada uno con 9,1%, además desproporción céfalo pélvica con 8,4%.

El grupo etario más frecuente fue el de edad materna intermedia (de 20 a 34 años) con un 70,9%. Además la edad gestacional más frecuente de neonatos nacidos por cesárea fue la de 40 semanas con un 47,4%, asimismo un 94,4% fueron recién nacidos a término.

Conclusión: La prevalencia de cesáreas en el Hospital ESSALUD II Cañete durante el periodo de enero a diciembre del 2014 fue de 29,8%. Por lo que sobrepasa al porcentaje recomendado por la OMS (10 a 15%).

Palabras clave: Cesárea, prevalencia, edad gestacional.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of cesarean sections in the ESSALUD II Cañete Hospital during the period from January to December 2014.

Materials and methods: An observational, retrospective, descriptive study was conducted in EsSalud II Cañete Hospital during the period from January to December 2014. The population consists of 285 patients who underwent cesarean section both elective and emergency, it should be noted that It was sampled the same population. The information was collected from the respective medical records, as well as the Book of records of births that is the service of Gynecology and Obstetrics Hospital. The results were analyzed in SPSS version 22.

Results:

By analyzing 285 medical records, it was found that the prevalence of caesarean section was 29.8%. Among the main cesarean indications are: previous cesarean section with 23.5%, followed by fetal distress and dysfunctional labor with 9.1% each, along with cephalopelvic disproportion 8.4%.

The most common age group was intermediate maternal age (20-34 years) with 70.9%. Besides the most common gestational age of infants born by cesarean was 40 weeks with 47.4%, 94.4% also were term infants.

Conclusion: The prevalence of cesarean sections in ESSALUD II Cañete Hospital during the period from January to December 2014 was 29.8%. This percentage exceeds the recommended by WHO(10-15%).

Keywords: Cesarean section, prevalence, gestational age

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1 Planteamiento del problema	8
1.2 Formulación del problema.....	10
1.3 Justificación de la investigación	11
1.4 Delimitación del problema.....	12
1.5 Objetivos	12
1.5.1 Objetivo general.....	12
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	13
2.1 Antecedentes de la investigación	13
2.2 Bases teóricas.....	18
2.2.1 Definición	18
2.2.2 Historia.....	18
2.2.3 Tipos de Cesárea	19
2.2.4 Contraindicaciones.....	21
2.2.5 Técnica de operación cesárea.....	22
2.2.6 Complicaciones	24
2.3 Definición de conceptos operacionales:	24
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	25
3.1 HIPOTESIS GENERAL.....	25
3.2 VARIABLES.....	25
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	26
4.1 Tipo y Diseño general de investigación.....	26
4.2 Método de investigación	26
4.3 Población de estudio, selección y tamaño de muestra, tipo de muestreo, unidad de análisis.....	26
4.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	27
4.5 Recolección de datos	27

4.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	27
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
5.1 Resultados.....	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	57
Conclusiones	57
Recomendaciones.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	59
ANEXOS	63

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El parto es el término del embarazo que en promedio, y en condiciones normales dura 40 semanas. La operación cesárea es un método que se desarrolló alrededor del mundo para reducir la morbilidad neonatal, perinatal y materna bajo ciertas circunstancias que dificultaban el parto vaginal del producto de la gestación o que precisaban una terminación del embarazo de forma inmediata (1)

La Organización Mundial de la salud, desde el año 1985 hasta la actualidad, ha considerado que a pesar de que la cesárea es un método de rescate contra un parto vaginal que no se puede llevar a cabo, este porcentaje de cesáreas debería encontrarse entre un 10% a un 15% de los partos, por los riesgos agregados que conllevaría (1). Existe preocupación entre los profesionales de la salud alrededor del mundo, sobre la prevalencia de cesáreas, ya que se ha visto que este porcentaje ha ido incrementándose con el paso de los años, convirtiéndose en el procedimiento quirúrgico más realizado en mujeres en edad reproductiva tanto en países desarrollados como los que están en vías de desarrollo.

En British Columbia Perinatal health Program: Caesarean Birth Task Force Report un estudio realizado en los Estados Unidos en el 2006 presentó un porcentaje de nacimientos por vía abdominal de 31.1%, con un incremento del 50% en la última década. Así mismo en los países asiáticos por ejemplo China, la cesárea representa un porcentaje cercano al 40% de los nacimientos.

En América Latina, Belizán y col. reportaron que la tasa de cesárea va incrementándose alarmantemente, y actualmente está por encima de la tasa recomendada por la OMS. Entre los países Latinoamericanos Chile encabeza la lista con mayor porcentaje de cesáreas en la población general con el 40%, seguido de Brasil con 27%, Argentina con 25% y México con 24%.

En los estudios en Perú, uno de ellos realizado por Távora Orozco L. se muestra que la prevalencia de cesáreas ya había superado largamente el 20% para el año 1992. Y más aún según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2014 la prevalencia de cesáreas se incrementó de 21,4% a 28,6% entre los años 2009 y 2014; y este panorama parece aún más sombrío debido a que en el sector privado, el porcentaje llega a ser a 48.6%. Estas prevalencias reflejan un origen multicausal, en primer lugar debido a las indicaciones de esta, puesto que no siempre involucra un estado de salud alterado de la madre y/o del feto, y esto ocasiona que influyen en las condiciones económicas, socioculturales, problemas legales de mal praxis, entre otros.

Según The American Congress of Obstetricians and gynecologist (ACOG) en el 2008, las indicaciones más frecuentemente asociadas a cesáreas en Estados Unidos, se encuentra la existencia de cesárea previa, seguidas de otras patologías como distocias de presentación y sufrimiento fetal representando el 85% del total. Por el contrario British Columbia Perinatal Health Program realizó un estudio en Canadá, y determinó la distocia de presentación como principal indicación de cesáreas con un porcentaje de 6%.

La provincia de Cañete, ubicada al sur de Lima, no es ajena a este problema y actualmente en el Hospital Essalud II-Cañete, no hay estudios documentados sobre esta problemática.

1.2 Formulación del problema

Se hace evidente entonces que la alta prevalencia de cesáreas a nivel mundial es alarmante, y en el Perú, siendo un país en vías de desarrollo es alta.

La operación cesárea al igual que otro procedimiento quirúrgico implica riesgos y complicaciones, en este caso al binomio madre-hijo quienes sufrirán las consecuencias de la intervención, pudiendo así aumentar la morbimortalidad materna y perinatal.

Si bien, la cesárea entre sus primeras indicaciones es aliviar la patología obstétrica y ayuda a resolver estos casos, es una decisión de gran importancia para la madre y el médico, ya que no es proceso inocuo, como se mencionó pues los riesgos quirúrgicos y anestesiológicos, por citar algunos, disminuyen su beneficio.

La prevalencia de cesáreas, y más aún de sus indicaciones no está bien determinada; por ello y con el fin de conocer estos datos, se determinó la prevalencia de cesáreas en el Hospital EsSalud II-Cañete durante el periodo de enero a diciembre del 2014, por medio del análisis de las historias clínicas de las mujeres gestantes sometidas a cesárea en este periodo. Lo que nos lleva a preguntarnos:

¿Cuál es la prevalencia de cesáreas en el Hospital ESSALUD II de Cañete durante el periodo de enero a diciembre del 2014?

1.3 Justificación de la investigación

El presente trabajo tiene en cuenta la importancia de la operación cesárea como reflejo del sistema de salud, y de sus posibles repercusiones en el binomio madre-niño.

En el Perú, se cuenta con poca evidencia acerca de la cada vez más frecuente tasa de cesáreas y sobre todo a nivel de las instituciones pertenecientes a la seguridad social (EsSalud). El Ministerio de Salud (MINSA), en el 2014 indicó que el parto institucionalizado ha ido en aumento llegando hasta un 89.2% a nivel nacional, con grandes rangos de diferencia entre zonas urbanas y rurales, y la frecuencia de cesárea también ha seguido el mismo curso.

La cesárea es un reflejo en parte, de un uso excesivo de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos innecesarios en el caso del sector privado que ha mostrado una tendencia de las tasas de cesáreas desde 1991-1993 de 28.6% a un alarmante 48.6% en el periodo 2002 al año 2005.

Y no es solo el reflejo del sector de salud de un país, sino que la cesárea incrementa también la probabilidad de muerte del recién nacido y lo vuelve más propenso a ciertas enfermedades. Mac Dorman y col. Estima que la probabilidad de muerte neonatal es 2.9 veces mayor en casos de parto por cesárea que en el de parto vaginal. Un resultado similar es encontrado en Villar et al. en el año 2006, quien muestra además que las cesáreas incrementan la probabilidad de que un recién nacido entre a cuidados intensivos.

Por lo tanto es importante el desarrollo de esta tesis porque de acuerdo a los resultados obtenidos se va a tener el conocimiento de la situación actual en donde nos encontramos sobre la cesárea, en el hospital estudiado y poder

determinar las medidas que pueden ayudar a contribuir a la disminución de esta problemática.

1.4 Delimitación del problema

La presente tesis, se desarrolló en el Hospital II de Cañete, de Essalud en Lima, que pertenece a la Red Asistencial Rebagliatti. Se realizó durante el periodo Enero a Diciembre del año 2014, periodo en el cual se tenía mayor accesibilidad a los datos, se analizó las historias clínicas de este periodo. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo.

Además se tomó en cuenta las indicaciones de cesáreas, realizadas en este periodo ya que es un reflejo de las patologías más frecuentes y cuales se pueden abordar tempranamente con el fin de terminar en esta intervención quirúrgica.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

- Determinar la prevalencia de cesáreas en el Hospital EsSalud II-Cañete durante el periodo de enero a diciembre del 2014

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer el grupo etario más frecuente en pacientes que fueron sometidas a cesárea del Hospital EsSalud II-Cañete durante el periodo de enero a diciembre 2014
- Determinar la edad gestacional más frecuente de neonatos nacidos por cesárea en el Hospital EsSalud II -Cañete durante el periodo de enero a diciembre del 2014.
- Identificar las indicaciones más frecuentes de Cesárea en el Hospital EsSalud II - Cañete durante el periodo de enero a diciembre del 2014

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Dentro de los estudios más importantes realizados a nivel nacional se encuentra el de Gladys Patiño 2011, quien realizó un trabajo: Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. Dicho estudio se realizó en un hospital de MINSA y otro de EsSalud. En el hospital MINSA la tasa de cesárea varió entre el 35 % y 49 % durante los años 2003-2005, mientras que el hospital I EsSalud registró una tasa del 45 % en el año 2006. Dentro de las indicaciones más frecuentes en el MINSA encabezan la lista :ser cesareada anterior, 20 %; enfermedad hipertensiva del embarazo, 13,3%. En EsSalud, la presentación alta mostró un 20%, la cesareada anterior, 10 %, y el resto, otras causas. (4)

Un reciente estudio realizado por Carpio Barón 2015: “Operación cesárea: Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud –Chiclayo durante el periodo enero-diciembre 2012” en donde se encuentra una incidencia de la operación cesárea de 27.7% ; y entre las principales indicaciones se encuentran : Cesárea segmentaria previa con 23,4%, presentación podálica con 22.7% , desproporción céfalo-pélvica 21,4% y las operaciones fueron realizadas en un 90% en gestantes a término.(5)

Según el estudio de Galvez Liñan E. Lima 2014 realizó el trabajo: Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del Callao, periodo enero-diciembre 2013, se evidenció que la tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero-Diciembre 2013 fue de 42 %, correspondiendo un 18% de cesáreas de emergencia y el resto a lectivas . Además se encontró que las 5 principales indicaciones de cesárea durante ese

año fueron: Desproporción céfalo- pélvica y macrostomia fetal con un 12 %, preeclampsia 9%, sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%.(6)

Un importante trabajo fue el de Bustamante-Núñez J. Realizó un estudio: Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010 – 2011 donde se encontró que la frecuencia de cesáreas practicadas en ese hospital fue de 33.6%, siendo esta una tasa alta; además la indicación más frecuente de cesárea fue cesárea segmentaria previa, así mismo se halló una asociación entre indicación de cesárea absoluta y las variables antecedentes de cesáreas e incisión abdominal (7)

Otro estudio resaltante fue el planteado por Manzano Espejo, 2009, Lima-Perú, quien realizó el estudio “Incidencia y Factores Asociados a Cesárea Iterativa en Adolescentes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 – 2009”.En este estudio se halló que la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multigestas, fue 45 %. Además se encontró mayor asociación a desproporción cefalopelvica y con menor indicación por el mayor número de hijos vivos y abortos previos.(8)

En el estudio de Albornoz Aliaga Lima Perú 2013: “Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010-2012”se encontró que la tasa de cesáreas de adolescentes en el 2010 represento 44.6%, en el 2011 42.5% y en el 2012 fue 38.8%. El 96,8% de adolescentes pertenecían al periodo de adolescencia tardía, mientras que el 3,2% al de Adolescencia temprana. Además la principal causa de cesárea fue Sufrimiento Fetal Agudo con 9,6% y la mayor parte de cesáreas fueron de emergencia (71,9%) (9).

Asimismo Abad Pedro 2004, realizó el estudio “Cesárea en adolescentes. Hospital Hipólito Unanue. Lima, Perú” donde se encontró que Casi 20% de las gestaciones fue de adolescentes y de ellas 17,9% terminó su gestación por cesárea, siendo causas principales de cesárea la desproporción cefalopélvica y la distocia de presentación (10).

En el plano internacional uno de los estudios más significativos fue el de MacDorman y Menacker F Estados Unidos 2008 “Cesarean birth in the United States : Epidemiology, Trends and Outcomes”, donde se describe que el porcentaje de Cesareas en los Estados Unidos se ha incrementado de 20,7% en 1996 a 31,1 en el 2006, y principalmente en cesáreas electivas en mujeres sin ningún riesgo obstétrico. Asociado a esto diferentes estudios revelan un incremento del riesgo en la mortalidad neonatal y materna en cesáreas, comparada con el parto vaginal (11)

Otro estudio importante fue el de Estrada-Aguilar CG et al “Incidencia de cesáreas en un hospital general de la zona”, este fue un estudio retrospectivo que se desarrolló en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Zacapu donde se encontró una incidencia de cesárea del 70%, los diagnósticos más frecuentes fueron cesárea iterativa(27,8%) , desproporción cefalopélvica(25,6%) y sufrimiento fetal agudo(14,4%).(12)

Otro estudio resaltante a nivel de Sudamérica fue el de Medina Pinto Sofia 2011 “Incidencia e indicaciones de cesárea”; fue realizado Servicio de Tocoginecología del Hospital “Dr. José R. Vidal”. Corrientes – República Argentina donde se encontró una incidencia de cesáreas de 32% , las indicaciones más frecuentes fueron cesárea anterior 30,94%, sufrimiento fetal

agudo 16%, falta de progresión de trabajo de parto 9.04% ,distocia de presentación: 9.04%, al igual que negativa al parto 9.04%.(13)

De igual modo Julián Librero 2014 realizó el trabajo “Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes” que fue un estudio tipo retrospectivo, desarrollado en hospitales públicos en Valencia durante el periodo 2005 a 2010. Aquí se dividió a la población en bajo y alto riesgo; el porcentaje de cesáreas en el grupo de bajo riesgo fue de 11,9%, mientras que la incidencia total fue de 24,4%. Se plantea además el uso del porcentaje de cesáreas como indicador de calidad de atención obstétrica.(14)

De igual manera Villaverde Royo, 2009, Zaragoza- España en el estudio “Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud” encontró que la incidencia del uso de la cesárea fue 22,66%, siendo 18,91% en el caso de mujeres de bajo riesgo, 15,27% para cesáreas primarias de bajo riesgo y 3,04% para cesáreas primarias en mujeres sanas y partos de muy bajo riesgo obstétrico (15)

Otro estudio significativo fue el de Astudillo Jarrín y Guillén Sarmiento Cuenca –Ecuador 2012: Prevalencia de parto por cesárea e identificación de su etiología en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. Período 2011. Se halló que la prevalencia de cesárea fue de 61,6%, tasa que sobrepasa por mucho a las recomendada por la OMS. El grupo de edad en el que predominio esta intervención fue el de 20 a 30 años. La principal indicación de cesárea en eta población fue la de cesárea anterior con un 32,2%.(16)

Un estudio de Varas J, Ana M , Patricio G Chile 2008 “Indicación de operación cesárea: desafío para los servicios de Obstetricia y Ginecología” se observó que durante el período 1994 - 2000 en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital del Salvador la frecuencia de la operación cesárea que varía entre 29% y 32%. En contraste en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. Luis Tisné Brousse en el período 2003 - 2007 la frecuencia de operación cesárea entre 28,5% y 30,9% (17)

De igual forma Muñoz-Enciso, Rosales-Aujang Aguascalientes-Mexico 2011: Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Realizado en cuatro hospitales principales de segundo nivel del estado de Aguascalientes, encontraron una tasa de cesárea global de 40.3% asimismo se hallaron 45 indicaciones diferentes de cesárea.(18)

Otro estudio trascendental fue realizado por Hernandez Gomez y Salazar Romano Guatemala 2014: “Caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes con operación cesárea” se encontró que las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con diagnóstico de cesárea fueron: población adulta joven comprendida entre 20 a 24 años, con escolaridad baja (primaria), sin control prenatal continuo, la mayoría con una cesárea anterior, por lo que se relaciona la alta prevalencia de pacientes con resolución de parto por medio de operación cesárea, siendo de 44.20% para el hospital de Chimaltenango y 54.84% para el de Antigua.(19)

A nivel de Costa Rica Morena SM 2013 realizó el trabajo: Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica donde se incluyeron

24 hospitales: 3 nacionales generales, 1 nacional especializado, 7 regionales y 13 periféricos. Se obtuvo que la tasa de cesárea era del 19.4%, la mitad de los hospitales estudiados presentaron tasas de cesárea fuera del rango recomendado de la OMS (20)

Otro estudio trascendental fue realizado por Casagrandi C, Pérez P, Areces D, et al. 2007, Habana – Cuba, quienes realizaron la investigación titulada: Tendencias de Algunos Indicadores Relacionados con la Cesárea. En dicho estudio encontraron que el índice de cesáreas se incrementó (de 18,3% a 29,2%, en los años 1996 y 2005, respectivamente). Las indicaciones más frecuentes en 1996 fueron la desproporción cefalopélvica (13,1 %) y la presentación pelviana (11,1 %), mientras que en el 2005 fueron el sufrimiento fetal agudo (15,1 %) y las afecciones médicas asociadas (12,1 %) (21)

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Definición

Se define a la cesárea como la terminación quirúrgica del embarazo o parto mediante la apertura operatoria del útero.

.2 Historia

El parto por cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos de la historia, se han encontrado registros que datan desde los 800 a.c (1). Sin embargo su uso estaba limitado principalmente en gestantes post mortem(2,3)

De acuerdo a la mitología griega Apolo removi6 a Asclepio, Esculapio para los romanos, quien fuera el dios de la Medicina y la curaci6n, del abdomen de su madre. Adem6s existen numerosas referencias a la ces6rea en la cultura Hind6, egipcia, romana (22,24). Antiguamente esta cirug6a solo se realizaba cuando la gestante estaba muerta o moribunda, y era un 6ltimo intento

para salvar la vida del feto. Por lo que el mito de que el emperador Julio Cesar haya nacido por un parto por cesárea pierde credibilidad, ya que hay algunos registros adonde señalan que su madre Aurelia se encontraba viva cuando el invadió Britania y Germania (22). Es por tanto erróneo creer que el término cesárea se acuñaría por el nombre del emperador (23)

2.2.3 Tipos de Cesárea

Según antecedentes obstétricos de la paciente:

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

Según indicaciones:

Cesárea programada o electiva: Se realiza antes del inicio del trabajo de parto; un control prenatal eficiente permitirá clasificar a la gestante de riesgo y de esa manera determinar la probabilidad de que el embarazo culmine con cesárea.

Cesárea de emergencia: Es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o el feto con riesgo vital o del pronóstico neurológico fetal. A su vez pueden dividirse en absolutas y relativas

Absolutas: Sufrimiento fetal (SF), pérdida del bienestar fetal desproporción feto pélvica (DFP), desprendimiento prematuro de placenta severo (DPP), placenta previa sangrante (PPS), prolapso del cordón, cesárea previa y presentación podálica.

Relativas: trastornos hipertensivos del embarazo (THE), distocias de rotación (DR), detención de la dilatación, descenso de la cabeza y fracaso de la inducción

Indicaciones

Los partos por cesárea se realizaron inicialmente para separar a la madre y al feto en un intento de salvar el feto de un paciente moribundo. Posteriormente desarrollaron para resolver complicaciones maternas o fetales no susceptibles de parto vaginal, ya sea por limitaciones mecánicas o contemporizar entrega para beneficio materna o fetal.

Las principales indicaciones para la cesárea (85 %) son la cesárea anterior , la presentación de nalgas , distocia , y sufrimiento fetal (24)

Indicaciones maternas para el parto por cesárea incluyen los siguientes:

- Parto por cesárea a repetición
- Lesiones obstructivas en el tracto genital inferior, incluyendo tumores malignos, grandes condilomas vulvovaginales
- Septos vaginales obstructivos y leiomiomas del segmento uterino inferior que interfieren con la participación de la cabeza fetal
- Anomalías pélvicas que impidan compromiso o interfieren con el descenso de la presentación fetal en el parto

Indicaciones fetales para el parto por cesárea incluyen los siguientes:

- Situaciones en las que la morbilidad neonatal y la mortalidad podría reducirse en la prevención de los traumatismos
- Malpresentaciones (por ejemplo, presentaciones de nalgas prematuro, los fetos no francas plazo de nalgas)
- Ciertas malformaciones congénitas o trastornos esqueléticos
- Infección
- Acidemia prolongada

Las indicaciones para la cesárea que benefician a la madre y el feto son los siguientes:

Placentación anormal (por ejemplo, placenta previa, placenta adherida)

- Trabajo anormal debido a la desproporción céfalo-pélvica
- Situaciones en las que está contraindicado el trabajo

2.2.4 Contraindicaciones

Hay pocas contraindicaciones para la realización de una cesárea. En algunas circunstancias, un parto por cesárea se debe evitar, tales como los siguientes:

Cuando el estado de la madre puede verse comprometida (por ejemplo, la madre tiene una enfermedad pulmonar grave)

Si el feto tiene una anomalía conocida cariotípica (trisomía 13 o 18) o anomalía congénita conocida que puede llevar a la muerte (anencefalia)(25,26)

Cesárea a solicitud de la madre

Existe controversia en relación con el parto por cesárea electiva a petición de la madre. El 2013 del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), el Comité de Práctica Obstétrica(26) y en el 2006 Institutos Nacionales de Salud (NIH) con los comités de consenso determinaron que la evidencia que apoya este concepto no fue concluyente y que se necesita más investigación .

Ambos comités concuerdan en que a menos que haya indicaciones maternas o fetales para el parto por cesárea, el parto vaginal se debe recomendar (26,27). Las cesáreas a petición de la madre no deben realizarse antes de 39

semanas de gestación sin verificar la madurez pulmonar fetal, debido a un posible riesgo de problemas respiratorios para el bebé.

2.2.5 Técnica de operación cesárea

Paciente en posición supina con ligera lateralización uterina hacia izquierda lo que permite mejor retorno venoso.

Laparotomía de Pfannenstiel: Se realiza incisión transversa de 10- 12 cm de longitud por sobre el pubis. Sección del celular subcutáneo y aponeurosis también en forma transversa. Disección del plano muscular sub-aponeurótico partiendo por la línea media, teniendo especial cuidado con la hemostasia de vasos perforantes. Se separan en sentido vertical los rectos abdominales hasta identificar el peritoneo parietal y se penetra a la cavidad peritoneal identificándose la zona del segmento uterino (28).

Histerotomía: La incisión uterina más frecuentemente utilizada es la transversa baja, que tiene dentro de sus ventajas una menor pérdida de sangre así como un menor riesgo de ruptura en embarazos posteriores.

Se identifica el segmento uterino (de menor grosor y con adherencia laxa al peritoneo visceral), se abre transversalmente el peritoneo visceral y se desciende la vejiga. La incisión uterina se realiza de manera transversa y arciforme para evitar la lesión de los vasos del ligamento ancho.

Una vez expuesto, el amnios se secciona y se procede con la extracción fetal, siendo las maniobras de extracción dependientes del tipo de presentación. El alumbramiento manual no ha mostrado beneficio en comparación con el alumbramiento espontáneo (29). Extraída la placenta, se realiza una revisión instrumental y manual, con el fin de reducir el riesgo de retención de restos

ovulares. Completado el alumbramiento y revisión, habitualmente se administra oxitocina o similar, según protocolo local a fin de favorecer la retracción uterina.

Histerorrafía: La técnica más frecuentemente utilizada es la sutura continúa en uno o dos planos corridos. También puede realizarse una sutura con puntos separados invaginantes.

El material de sutura puede ser catgut crómico o vicril # 0 o #1. Se ha visto que en un estudio de CORONIS reveló una menor tasa de transfusiones en el grupo que utilizó catgut crómico, aun cuando los mismos autores no son categóricos en la implicancia de este hallazgo. El cierre del peritoneo visceral actualmente puede o no realizarse. Si se realiza se utiliza una sutura corrida o con puntos separados con material reabsorbible. Al concluir la histerorrafía debe ejecutarse una revisión cuidadosa de la hemostasia, así como de los anexos, recuento de agujas y compresas y lavado prolijo de la cavidad pelviana.

Cierre peritoneo parietal, afrontamiento de músculos rectos abdominales y cierre de aponeurosis: El cierre del peritoneo parietal se realiza con una sutura corrida adelante con material reabsorbible o con puntos separados en conjunto con afrontamiento muscular.

La fascia aponeurótica se cierra habitualmente con material reabsorbible (vicril) # 0 con sutura corrida. Se debe ser cuidadoso en la hemostasis por la posibilidad de sangrado de perforantes y la formación de un hematoma subaponeurótico.

Cierre plano celular y piel: Se realiza hemostasia y cierre del tejido celular subcutáneo con sutura corrida o puntos separados con material reabsorbible # 00. La piel puede afrontarse con sutura subdérmica o con puntos separados. Si se utiliza material no reabsorbible debe retirarse a los 7-10 días posterior a la operación.

2.2.6 Complicaciones

En comparación con un parto vaginal, la mortalidad materna y, especialmente, la morbilidad aumenta con parto por cesárea a aproximadamente el doble de la tasa después de un parto vaginal. (30) La tasa general de mortalidad materna es 6-22 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, con aproximadamente un tercio a la mitad de las muertes maternas después del parto por cesárea de ser directamente atribuibles a la intervención quirúrgica en sí. Parte de este aumento de la mortalidad es la asociada a un procedimiento quirúrgico y, en parte, en relación con las condiciones que pueden haber llevado a la necesidad de realizar un parto por cesárea.

Las fuentes principales de morbilidad y mortalidad pueden estar relacionadas con las secuelas de la infección, la enfermedad tromboembólica, complicaciones anestésicas, y la lesión quirúrgica.

2.3 Definición de conceptos operacionales:

Los conceptos operacionales que se evaluaron en este estudio fueron:

- Variables epidemiológicas: Edad, estado civil
- Edad: número de años cumplidos, la escala de medición será cuantitativa
- Estado civil: variable cualitativa nominal, indica la situación jurídica de la gestante.
- Prevalencia de cesáreas: número de intervenciones quirúrgicas que tienen como fin extraer al feto a través de la cavidad abdominal por medio de una incisión en el útero.
- Edad gestacional: duración de la gestación medida en semanas, desde el primer día de la última menstruación hasta el nacimiento.
- Indicación de cesárea: causas determinantes de indicación cesárea.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPOTESIS GENERAL

La prevalencia de cesáreas en el Hospital ESSALUD II-Cañete durante el periodo enero a diciembre del 2014 excede la tasa recomendada por la OMS que es del 15%.

3.2 VARIABLES

- Edad : variable cuantitativa
- Estado civil: variable cualitativa nominal
- Prevalencia de cesáreas: variable cuantitativa. Se obtuvo según la fórmula de prevalencia de cesárea.
- Edad gestacional: variable cuantitativa
- Número de gestación: variable cuantitativa
- Indicación de cesárea: variable cualitativa

La operacionalización de variables se encuentra en el ANEXO 1

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y Diseño general de investigación

El estudio realizado fue de diseño observacional, tipo descriptivo retrospectivo en el Hospital EsSalud II-Cañete en el periodo de Enero a Diciembre del año 2014.

4.2 Método de investigación

El presente es un estudio no experimental con enfoque cuantitativo

4.3 Población de estudio, selección y tamaño de muestra, tipo de muestreo, unidad de análisis

El universo de estudio fueron todas las historias clínicas de las mujeres embarazadas que concluyeron en parto en el Hospital II Cañete. La población fueron todas las historias clínicas de las mujeres sometidas a cesárea tanto electiva como de emergencia durante el periodo de Enero a Diciembre del año 2014, la misma que fue tomada como muestra en la realización de este trabajo.

La unidad de análisis, fueron las historias clínicas de las mujeres gestantes que fueron sometidas a cesárea en el Hospital EsSalud II de Cañete durante el periodo de Enero a Diciembre 2014.

Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión

Historias Clínicas de las mujeres gestantes quienes fueron sometidas a cesárea, en el Hospital II Cañete en el periodo Enero a Diciembre 2014.

- Criterios de exclusión

Historias Clínicas con información incompleta y/o no legible

4.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Se utilizó una ficha simple de recolección de datos (Anexo 2), en el cual se vació la información recolectada de las historias clínicas, y del libro de registros de partos del servicio de obstetricia, dichos datos que fueron ingresados fueron previamente revisados para que estén adecuadamente llenados y legibles de las mismas fuentes de información

4.5 Recolección de datos

Se gestionó la autorización y el permiso respectivo al jefe del servicio del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Essalud II-Cañete para la realización de este estudio. De la misma manera, se dio conocimiento al director del hospital, y a la jefa de obstetricas para uso de los ambientes, y del libro de registros de partos.

La fuente de información fueron las historias clínicas de las mujeres gestantes sometidas a cesárea en el Hospital II Cañete en el periodo Enero a Diciembre del año 2014, y uso del libro de registro de partos de ese mismo año, se obtuvo datos de filiación como la edad, estado civil, entre otros. Además de indicación de cesárea, antecedentes obstétricos de importancia, y la edad gestacional.

La información obtenida fue llenada en una ficha simple de recolección de datos diseñada para este estudio, el cual se encuentra adjunto (ANEXO 2).

4.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial al 95% de confiabilidad. Se organizaron los datos de acuerdo a tablas y gráficos y se usaron medidas de dispersión y tendencia central. Todos los datos obtenidos fueron procesados bajo el programa SPSS versión 22.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

Se presentan los resultados del estudio realizado en el Hospital II-Cañete, durante el periodo enero a diciembre 2014.

Se realizó la tabulación de los datos a través del vaciamiento del instrumento de recolección en una matriz editora del programa informático Microsoft Office Excel 2010, luego los datos fueron traspasados hacia el programa SPSS versión 22 donde se analizaron los datos, para la posterior tabulación y elaboración de las tablas y gráficos, lo que permitió estimar la tasa de prevalencia y principales indicaciones de cesárea, características clínicas y antecedentes gineco-obstétricos, de las pacientes cesareadas correspondiente a la población objeto de estudio.

Se presentaran en primer lugar los resultados correspondientes al objetivo específico número 1 de esta tesis, seguido de los resultados correspondientes al objetivo número 2, en tercer lugar se responderá al objetivo número 3 y se finalizara con el objetivo general.

Obteniendo los siguientes resultados:

Objetivo específico N°01:

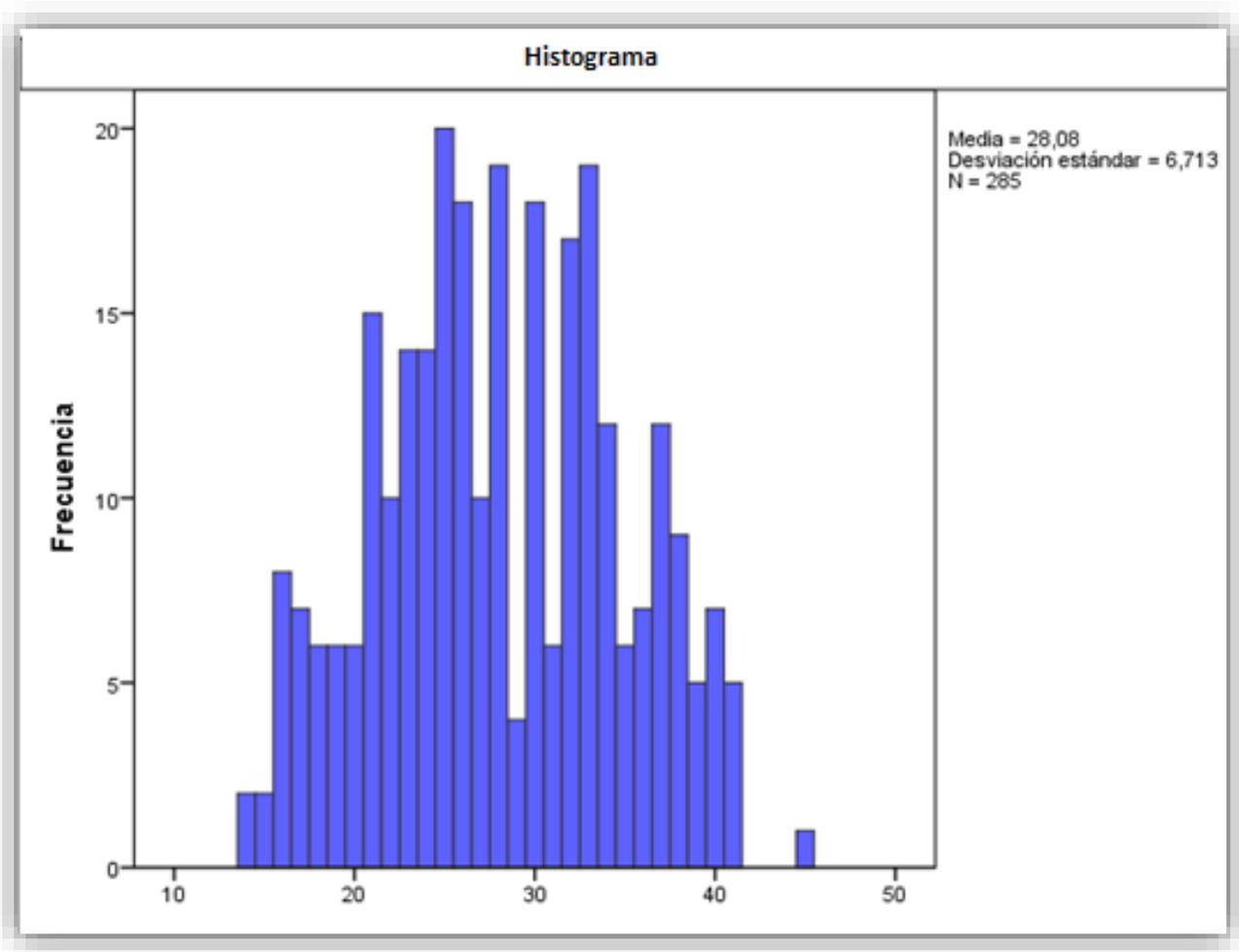
Conocer el grupo etario más frecuente en pacientes que fueron sometidas a cesárea del Hospital EsSalud II-Cañete durante el periodo de enero a diciembre 2014

Tabla N ° 01: Edad

N	Válido	285
	Perdidos	0
Media		28,08
Mediana		28,00
Moda		25
Desviación estándar		6,713
Mínimo		14
Máximo		45

En la tabla N°01 se evidencia que en el estudio realizado en 285 gestantes a las que se le practicó la operación cesárea presentan una media de edad de 28,08 años, una moda de 25 años y desviación estándar de 6,713. Además la edad mínima fue de 14 y la máxima de 45 años.

Gráfico N° 01: Edad



En el Gráfico N°01 observamos que de una población de 285 gestantes sometidas a operación cesárea en el Hospital II- Cañete en el periodo de enero a diciembre, con relación a la edad obtenemos que la mayor proporción de

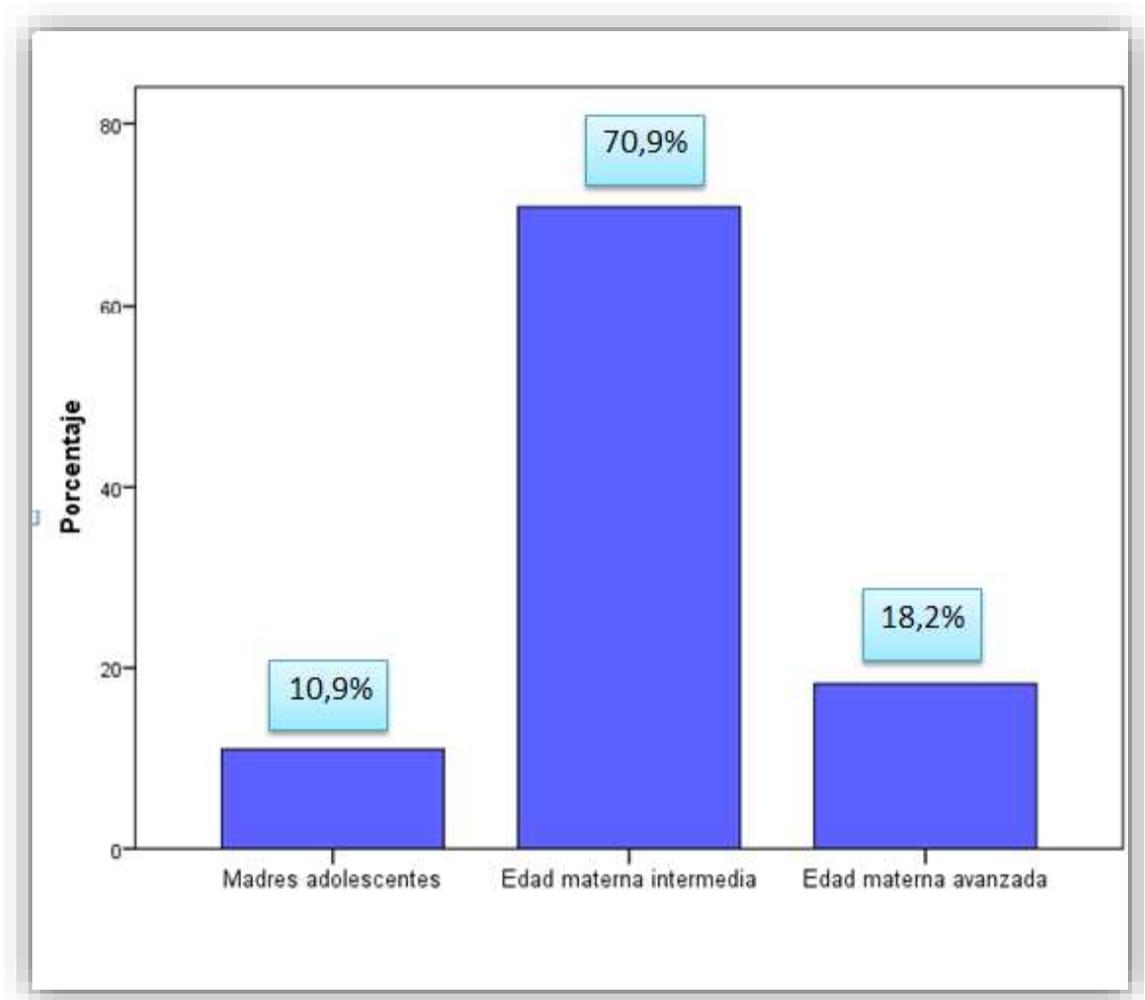
gestantes presentan 25 y 28 años, seguidos de 30 y 26 en la misma proporción. Además en menor frecuencia encontramos la edad de 14,15 y 45 años.

Tabla N°02: Grupos etarios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Madres adolescentes	31	10,9	10,9	10,9
Edad materna intermedia	202	70,9	70,9	81,8
Edad materna avanzada	52	18,2	18,2	100,0
Total	285	100,0	100,0	

En la tabla N°02 del actual estudio realizado a 285 gestantes sometidas a operación cesárea, se observa que según el grupo etario, se realizaron cesáreas en mayor porcentaje en el grupo de edad materna intermedia (20 a 34 años), con 70,9%; seguido de edad materna avanzada (35 años en adelante) con un porcentaje de 18,2% y en último lugar al grupo madres adolescentes (menores de 20 años) con un 10,9%.

Gráfico N°02: Grupos etarios



En el Gráfico N°02 observamos con respecto al grupo etario, que el grupo de edad materna intermedia representa el de mayor frecuencia de la muestra,

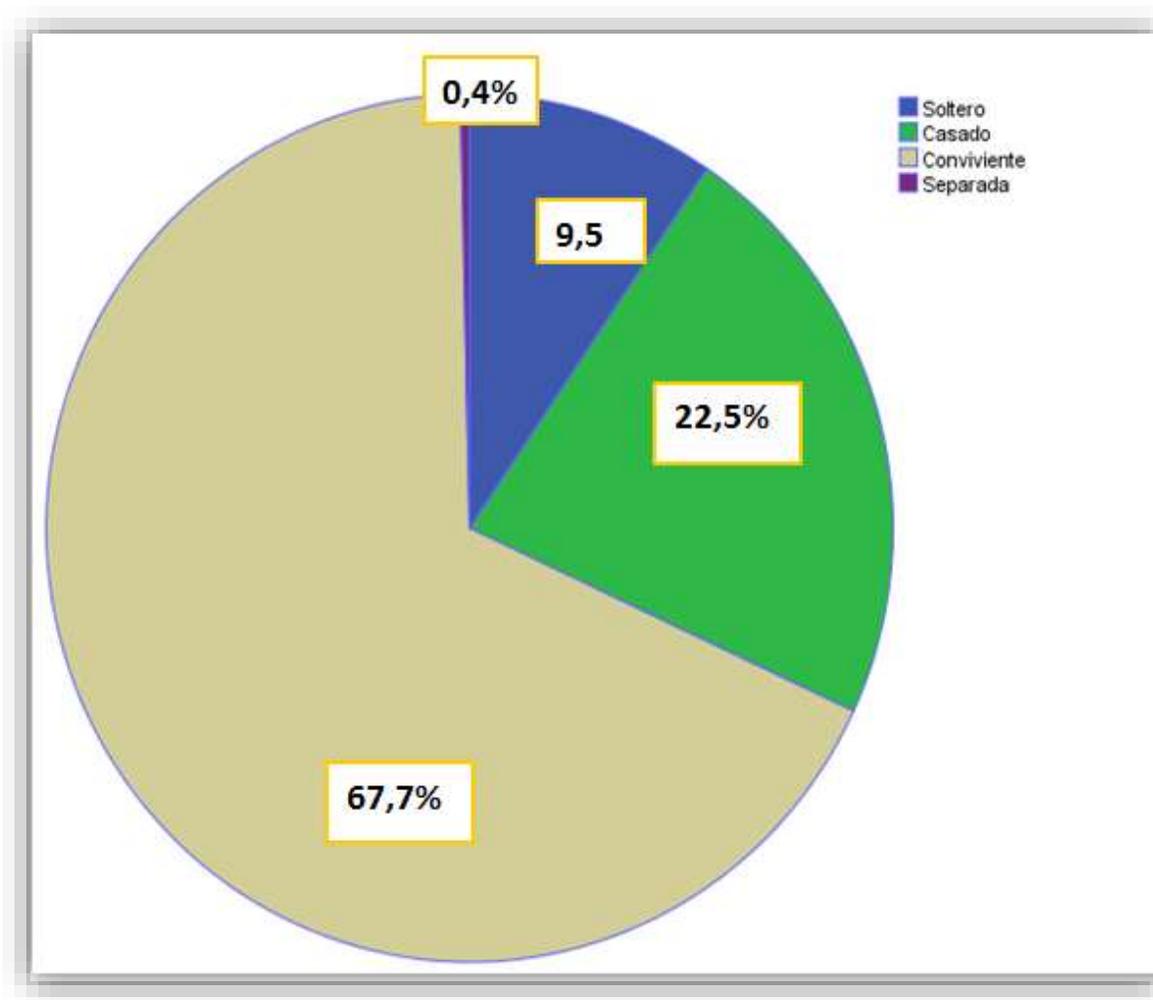
seguido del grupo de edad materna avanzada, y en tercer lugar el grupo de madres adolescentes.

Tabla N °03: Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	27	9,5	9,5	9,5
	Casada	64	22,5	22,5	31,9
	Conviviente	193	67,7	67,7	99,6
	Separada	1	,4	,4	100,0
	Total	285	100,0	100,0	

En la Tabla N°03 se obtuvo que de la 285 pacientes sometidas a operación cesárea, con respecto al estado civil, el 67,7% de las gestantes eran convivientes, el 22,5% casadas; mientras que el 9,5% eran solteras, asimismo se encontró que un 0,4% estaban separadas

Grafico N ° 03: Estado civil



En el Gráfico N°03 se aprecia visualmente con respecto al estado civil, que el grupo de mayor frecuencia lo ocupan las gestantes convivientes, seguido del

grupo de casadas, luego vienen las gestantes solteras y menor frecuencia las separadas.

Objetivo específico N° 02:

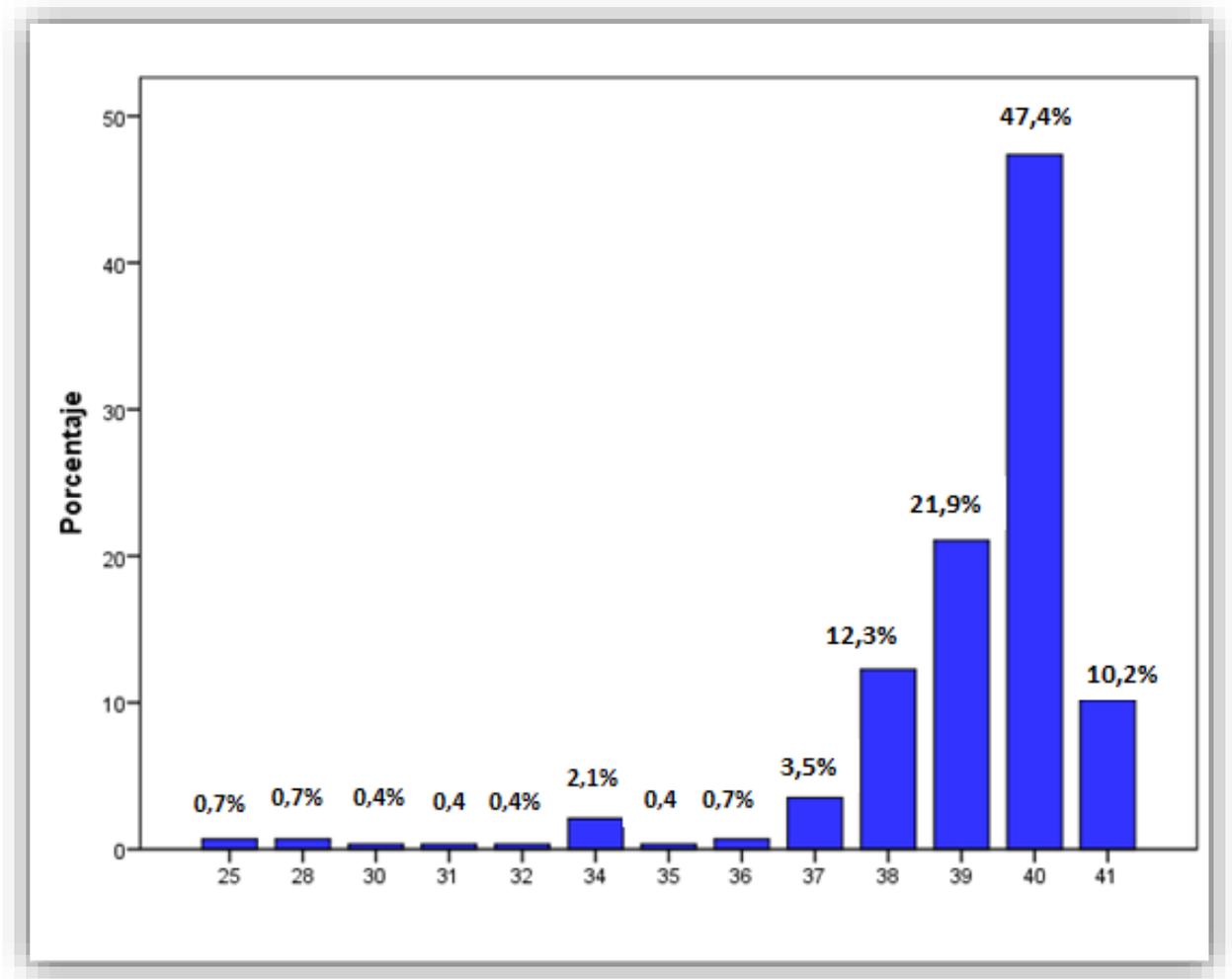
Determinar la edad gestacional más frecuente de neonatos nacidos por cesárea en el Hospital EsSalud II -Cañete durante el periodo de enero a diciembre del 2014

Tabla N°04: Semanas gestacionales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 25	2	,7	,7	,7
28	2	,7	,7	1,4
30	1	,4	,4	1,8
31	1	,4	,4	2,1
32	1	,4	,4	2,5
34	6	2,1	2,1	4,6
35	1	,4	,4	4,9
36	2	,7	,7	5,6
37	10	3,5	3,5	9,1
38	35	12,3	12,3	21,4
39	60	21,1	21,1	42,5
40	135	47,4	47,4	89,8
41	29	10,2	10,2	100,0
Total	285	100,0	100,0	

En la Tabla N°04 del presente estudio realizado en 285 gestantes sometidas a cesáreas se observa que de las edades gestacionales, la edad gestacional predominante fue de 40 semanas con 135 pacientes representando un 47,4%, seguido de 39 semanas con un 21,1%, en tercer lugar se ubicó la edad gestacional de 38 semanas con 12,3%. Además se encontró que el grupo de 41 semanas, presenta el 10,2%, 37 semanas con 3,5%, 34 semanas con 2,1%, además 25,28 y 36 semanas con 0,7% respectivamente. Finalmente el grupo de 30, 31,32 y 35 semanas presento un 0,4%respectivamente

Gráfico N°04: Semanas gestacionales



En Gráfico N°04 del presente estudio realizado en 285 gestantes sometidas a cesárea, se observa que predomina en mayor frecuencia el grupo de edad

gestacional de 40 semanas, seguido de 39 semanas y en tercer lugar se ubicó 38 semanas.

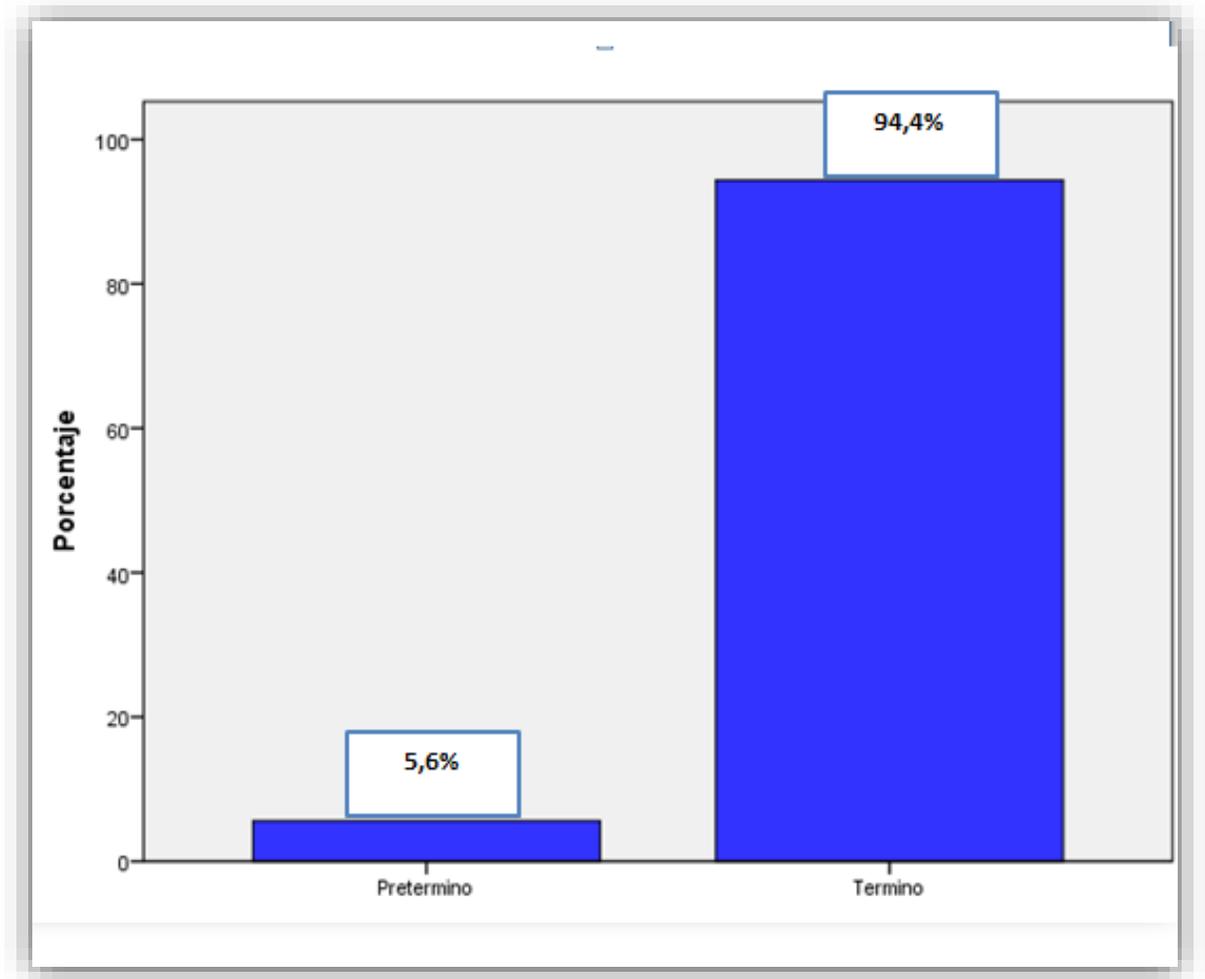
Tabla N°05: Edad gestacional agrupada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Pretérmino	16	5,6	5,6	5,6
Término	269	94,4	94,4	100,0
Total	285	100,0	100,0	

En la Tabla N°05 del presente estudio realizado a 28² **21,9%** gestantes sometidas a cesáreas, se observa que en relación a los rangos de edad gestacional, tenemos que el grupo de gestación a término ocupó el mayor porcentaje con 94,4%, seguido del grupo de gestación pretérmino con 5,6%.

No se encontraron gestaciones pos término en la muestra

Gráfico N°05: Edad gestacional agrupada



En el Gráfico N°05 del presente estudio realizado en 285 gestante sometidas a operación cesárea, se ilustra con respecto a la edad gestacional de los neonatos

nacidos por cesárea que el grupo predominante fueron recién nacidos a término, y en menor proporción el grupo de recién nacidos pretérmino.

Tabla N°06: Numero de gestaciones estadísticas

Estadísticos

N	Válido	285
	Perdidos	0
Media		2,20
Mediana		2,00
Moda		1
Desviación estándar		1,366
Mínimo		1
Máximo		8

En la Tabla N°06 del actual estudio realizado en gestantes sometidas a cesáreas de una muestra de 285 pacientes, se encontró que en relación al número de gestaciones de las pacientes la media fue de 2,2 gestaciones, la mediana de 2 gestaciones, la moda de 1gestacion y la desviación estándar de 1,366.

Tabla N°07: Número de Gestaciones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	107	37,5	37,5	37,5
2	91	31,9	31,9	69,5
3	49	17,2	17,2	86,7
4	13	4,6	4,6	91,2
5	15	5,3	5,3	96,5
6	7	2,5	2,5	98,9
7	2	,7	,7	99,6
8	1	,4	,4	100,0
Total	285	100,0	100,0	

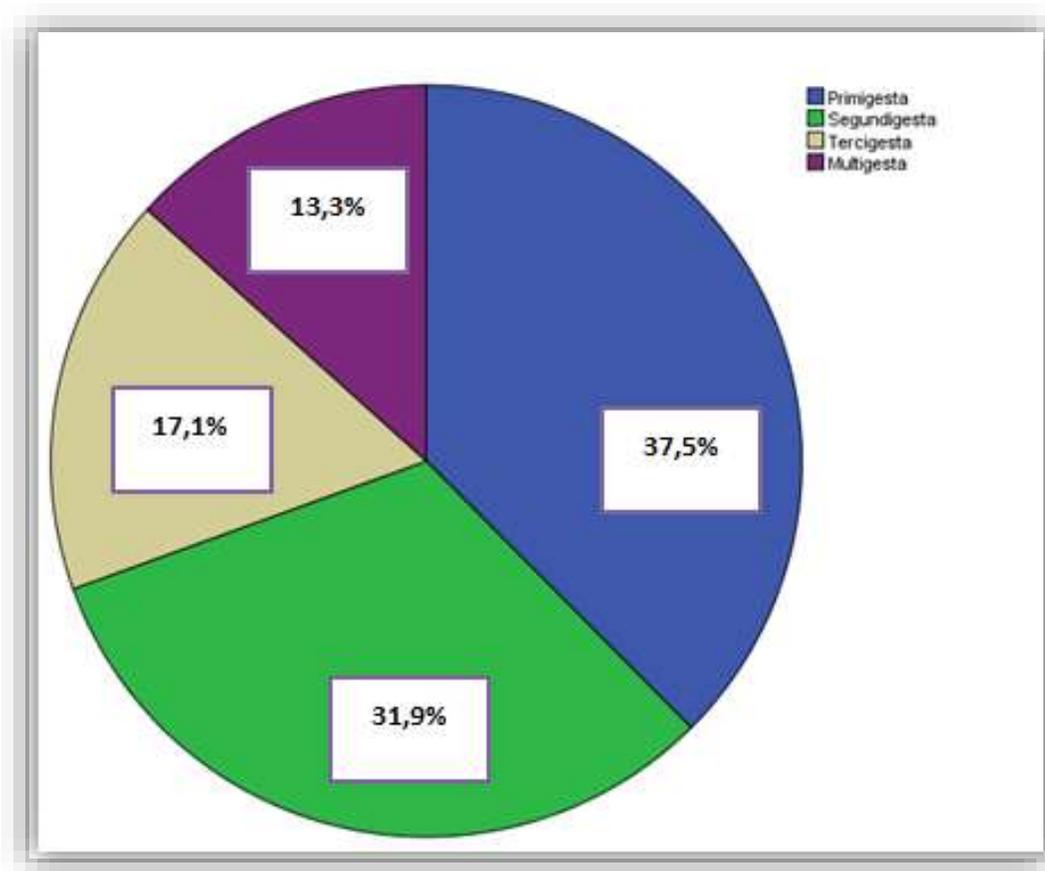
En la tabla N°07 se observa en relación al número de gestaciones que el 37,5% de gestantes eran primigestas, el 39,9% eran segundigestas, 17,2% tercigestas, además un 13,4% correspondió a multigestas.

Tabla N°08: Gravidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primigesta	107	15,9	37,5	37,5
	Segundigesta	91	13,6	31,9	69,5
	Tercigesta	49	7,3	17,2	86,7
	Multigesta	38	5,7	13,3	100,0
	Total	285	42,5	100,0	

En la Tabla N°08 del presente estudio nos indica que de una muestra de 285 gestantes sometidas a operación cesárea, en relación al número de gestaciones, el mayor porcentaje lo ocupó el grupo de gestantes primigestas con 37,5%, el grupo de segundigestas representa el 31,9%, además el grupo de tercigestas constituye el 17,2%, por último el grupo de multigestas representa el 13,3%.

Gráfico N° 06: Número de gestaciones



El Gráfico N°06 del presente estudio nos indica que de una muestra de 285 gestantes sometidas a operación cesárea, en relación al número de gestaciones, el mayor porcentaje lo ocupó el grupo de gestantes primigestas, seguido del grupo de segundigestas, luego el grupo de tercigestas, y en menor proporción el grupo de multigestas.

Objetivo específico N° 03:

Identificar las indicaciones más frecuentes de Cesárea en el Hospital EsSalud

II - Cañete durante el periodo de enero a diciembre del 2014

Tabla N°09: Indicaciones de cesáreas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CESAREA ANTERIOR	67	23,5	23,5	23,5
	DISTOCIA FUNICULAR	14	4,9	4,9	28,4
	SUFRIMIENTO FETAL	26	9,1	9,1	37,5
	MACROSMIA	17	6,0	6,0	43,5
	DESPROPORCION				
	CEFALOPELVICA	24	8,4	8,4	51,9
	PODALICO	21	7,4	7,4	59,3
	TRABAJO DE PARTO				
	DISFUNCIONAL	26	9,1	9,1	68,4
	OLIGOAMNIOS	15	5,3	5,3	73,7
	INDUCCIÒN FALLIDA	1	,4	,4	74,0

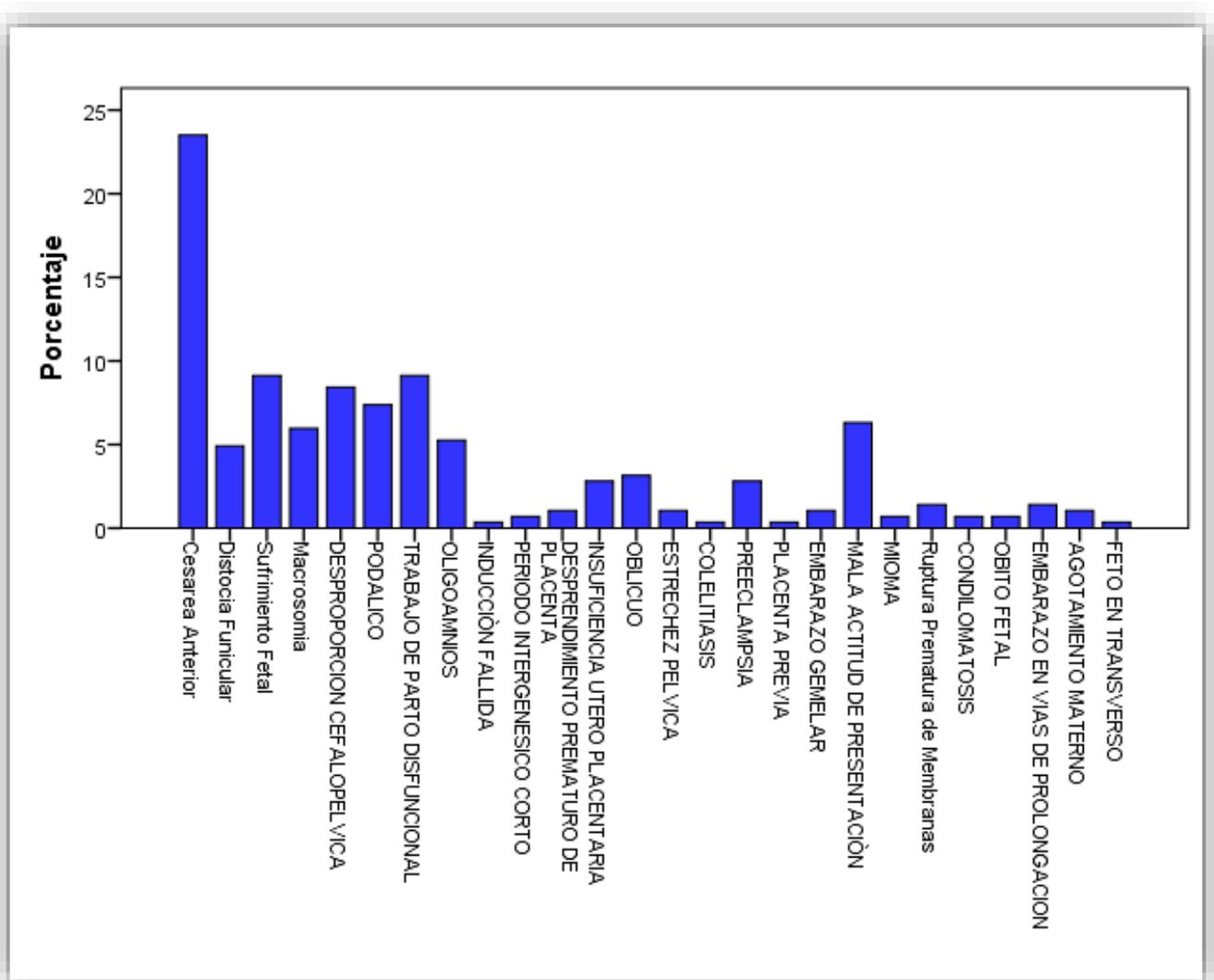
PERIODO				
INTERGENESICO	2	,7	,7	74,7
CORTO				
DESPRENDIMIENTO				
PREMATURO DE	3	1,1	1,1	75,8
PLACENTA				
INSUFICIENCIA UTERO	8	2,8	2,8	78,6
PLACENTARIA				
OBLICUO	9	3,2	3,2	81,8
ESTRECHEZ PELVICA	3	1,1	1,1	82,8
COLELITIASIS	1	,4	,4	83,2
PREECLAMPSIA	8	2,8	2,8	86,0
PLACENTA PREVIA	1	,4	,4	86,3
EMBARAZO GEMELAR	3	1,1	1,1	87,4
MALA ACTITUD DE	18	6,3	6,3	93,7
PRESENTACION				
MIOMA	2	,7	,7	94,4
Ruptura Prematura de	4	1,4	1,4	95,8
Membranas				
CONDILOMATOSIS	2	,7	,7	96,5
OBITO FETAL	2	,7	,7	97,2
EMBARAZO EN VIAS DE	4	1,4	1,4	98,6
PROLONGACION				
AGOTAMIENTO	3	1,1	1,1	99,6
MATERNAL				

FETO EN TRANSVERSO	1	,4	,4	100,0
Total	285	100,0	100,0	

En el Tabla N°09 del presente estudio en donde se tomó como muestra a 285 gestantes sometidas a cesárea, podemos evidenciar que la indicación por Cesárea anterior fue la más frecuente con 23,5%, seguida de sufrimiento fetal y trabajo de parto disfuncional en la 9,1% cada uno, luego se ubica desproporción céfalo pélvica con 8,4%, en seguida presentación podálica con 7,4%, mala actitud de presentación con 6,3% y oligoamnios con 5,3%.

Le siguen distocia funicular con 4,9%, feto en situación oblicua con 3,2%, insuficiencia útero placentaria y preeclampsia ambos con 2,8%, ruptura prematura de membranas y embarazo en vías de prolongación con 1,4%, luego con 1,1% se encuentra desprendimiento prematuro de membrana, estrechez pélvica, embarazo gemelar y agotamiento materno. En mínimas proporciones encontramos a periodo intergenésico corto, mioma, condilomatois y óbito fetal cada uno con 0,7%, además de placenta previa, colelitiasis, inducción fallida y feto en situación transversa con 0,4% cada uno.

Gráfico N°07: Indicaciones de cesáreas



En el Gráfico N°07 del presente estudio en donde se tomó como muestra a 285 gestantes sometidas a cesárea, podemos evidenciar que la indicación por Cesárea anterior fue la más frecuente, seguida de sufrimiento fetal y trabajo de parto disfuncional en la misma proporción, luego se ubica desproporción céfalo pélvica, en seguida mala actitud de presentación y oligoamnios.

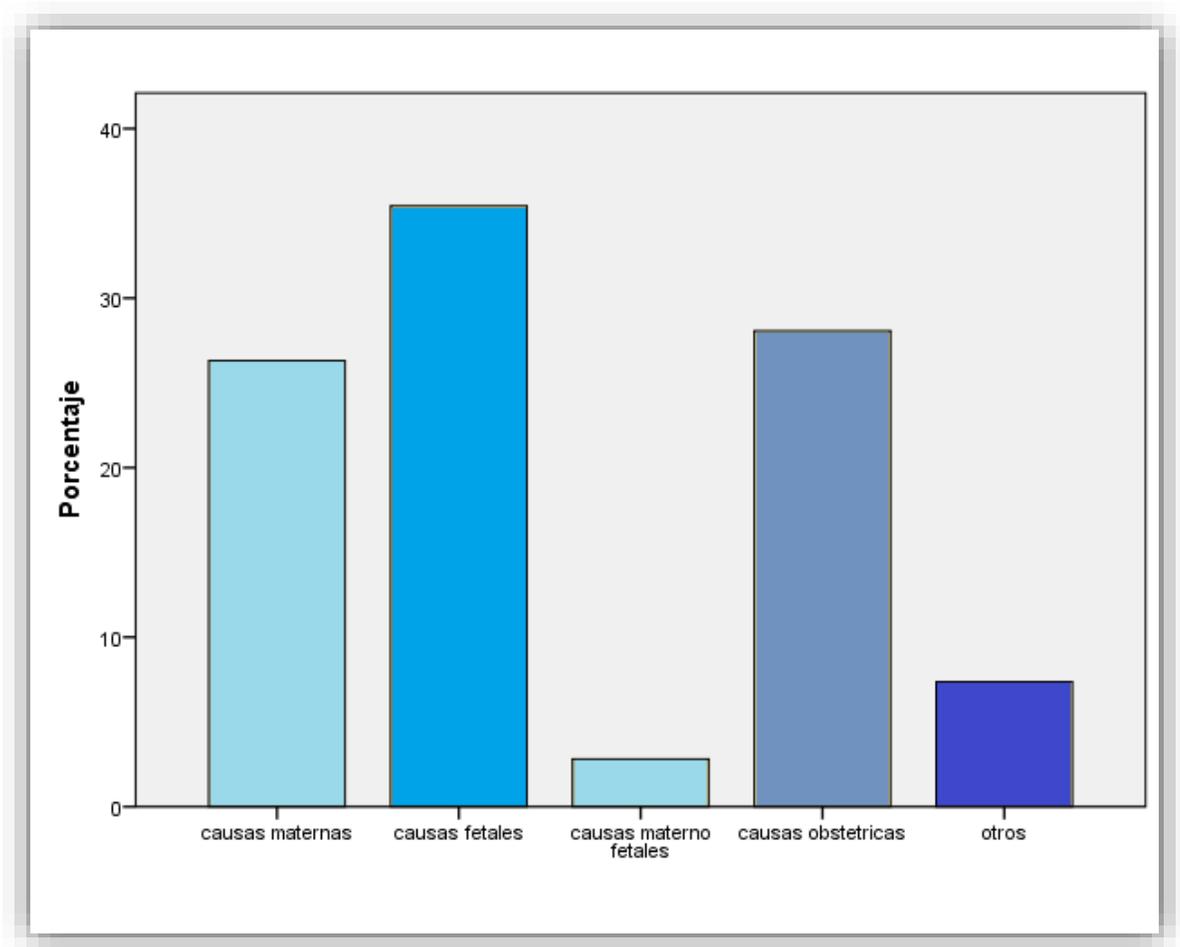
Menos frecuentes son en cambio mala actitud de presentación y distocia funicular, en seguida se encuentran indicaciones en proporciones mínimas: insuficiencia utero placentaria, feto en situación oblicua, preeclampsia inducción fallida, periodo intergenésico corto, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, embarazo gemelar, ruptura prematura de membranas, embarazo gemelar, mioma, condilomatosis, óbito fetal, embarazo en vías de prolongación, feto en situación transversa, agotamiento materno y colelitiasis.

Tabla N°10: Indicaciones agrupadas según causas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido causas maternas	75	26,3	26,3	26,3
causas fetales	101	35,4	35,4	61,8
causas materno fetales	8	2,8	2,8	64,6
causas obstétricas	80	28,1	28,1	92,6
otros	21	7,4	7,4	100,0
Total	285	100,0	100,0	

En la Tabla N°10 del actual estudio realizado en 285 gestantes sometidas a cesáreas, se observa acerca de la indicaciones de cesáreas agrupadas según sus causas, que el 35,4% pertenecen a causas fetales, 28,4% a causas obstétricas, 26,3% a causas maternas; asimismo un 7,4% perteneció a otras causas y un 2,8% a causas materno-fetales.

Gráfico N°08: Indicaciones agrupadas según causas



En el Gráfico N°08 del presente estudio realizado con 285 gestantes sometidas a cesárea, con respecto a las indicaciones de cesáreas agrupadas según sus causas, encontramos que la mayor proporción pertenecen a causas fetales, seguido de causas obstétricas, luego de causas maternas; una menor proporción perteneció a otras causas y por ultimas causas materno-fetales.

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de cesáreas en el Hospital EsSalud II-Cañete durante el periodo de enero a diciembre del 2014

Prevalencia de cesáreas

En el Gráfico N°07 del presente estudio realizado en gestantes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital EsSalud II Cañete, de un universo de 956 pacientes, de las que 285 fueron sometidas a cesáreas y 671 tuvieron parto vaginal. Se obtuvo una prevalencia de 29,8% de cesáreas.

Según la fórmula de prevalencia de cesárea obtenemos lo siguiente:

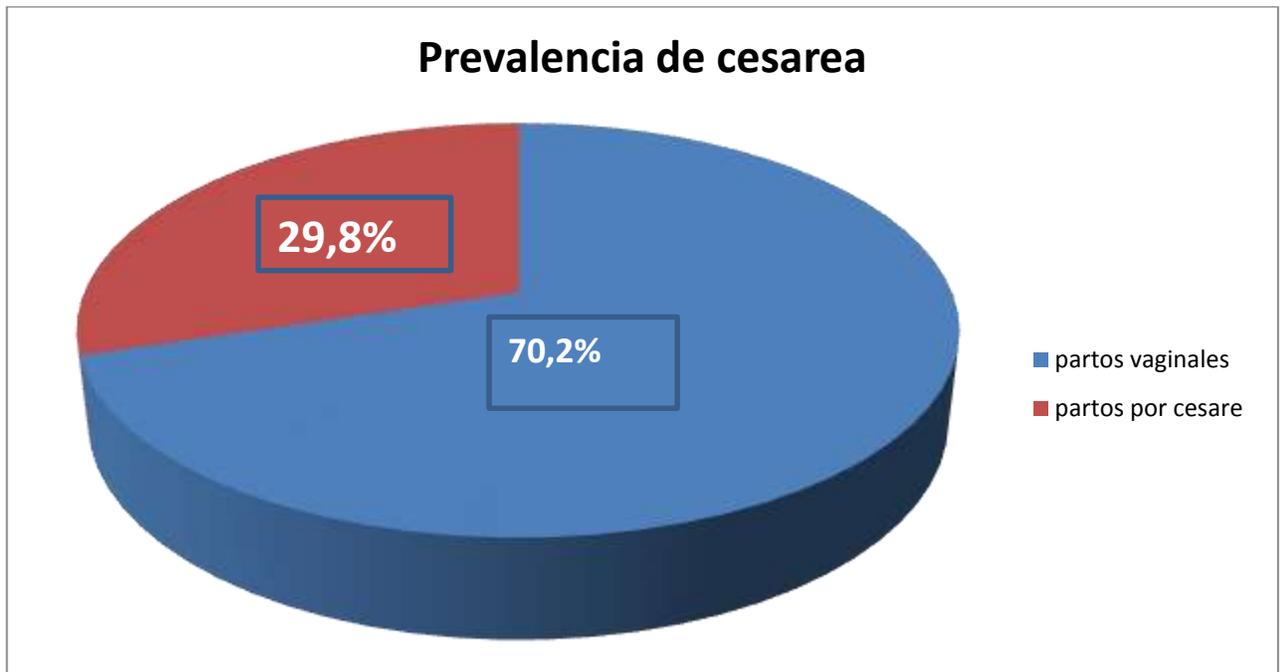
Prevalencia de cesárea: $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de partos atendidos por cesárea} \times 100}{\text{Total de partos}}$

Total de partos

Prevalencia de cesárea $\frac{285 \times 100}{956} : 29,8\%$

956

Gráfico N°09: Prevalencia de cesáreas



En el Gráfico N°09 del actual estudio realizado en gestantes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital EsSalud II Cañete, de un universo de 956 pacientes, de las que 285 fueron sometidas a cesáreas y 671 tuvieron parto vaginal. Se evidencia por tanto la mayor proporción de partos vaginales sobre cesáreas.

Discusión de resultados

En este estudio se analizaron 285 historias clínicas de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital II Cañete, durante el periodo Enero a Diciembre del año 2015. Con respecto a las características sociodemográficas de la muestra estudiada, en relación a la edad, las gestantes en el estudio presentan una media de edad de 28 años (Tabla N°01), esto corresponde a otros estudios desarrollados que siguen la misma tendencia de frecuencia en este grupo etario respecto a las cesáreas, Cam y cols; Belizan y Cols. entre otros

Además encontramos que el grupo etario más frecuente fue el de edad materna intermedia (de 20 a 34 años) con un 70,9%, seguido de edad materna avanzada (mayores de 34 años) con 18,2 y finalmente un 10,9% de madres adolescentes (menores de 20 años)(Tabla N°02). Este hecho es importante ya que la edad materna incrementa el riesgo de complicaciones en el embarazo, tanto madres adolescentes y madres de edad avanzada podrían presentar complicaciones obstétricas que las llevarían a terminar la gestación por cesárea (31,32).

Según Gálvez Liñán en el 2013 en un estudio realizado en el Callao encontró un 32% de gestantes en un rango de edad entre 20 y 24 años , 31% entre 25 y 29 años , y un 11% entre 30 y 34 años , dando un porcentaje de 74% correspondiente a edad materna intermedia cifra no muy alejada al presente estudio(6).

Con respecto al estado civil en este estudio el 67,7% de las gestantes eran convivientes, el 22,5% casadas; mientras que el 9,5% eran solteras, asimismo se encontró que un 0,4% estaban separadas (Tabla N°03). Estos resultados son similares a lo encontrado por Queiroz y cols. donde la prevalencia de convivientes fue de 58.4%, en una población de 1200 partos. En contraste a Rodriguez y cols. encontraron que el estado civil más asociado a cesáreas fue

casada, con 50.9%; y a lo encontrado por Carpio Barón con 42,2% de casadas en su estudio (5)

Predomina por tanto la preferencia de las mujeres del estudio por la unión consensual o convivencia, esto podría deberse a que el distrito de San Vicente, carece de los recursos necesarios para que las pacientes formalicen su relación.

Con respecto a la edad gestacional se observó que la edad de 40 semanas fue predominante con un 47,4%(Tabla N°04), asimismo un 94,4% fueron recién nacidos a término (entre 37 y 40 semanas) mientras que el 5,6% correspondió a recién nacidos pretérmino (Menores de 37semanas) (Tabla N°05), cabe resaltar que no se realizaron cesáreas en gestaciones posttérmino. Según Gálvez Liñan un 81,3% de las gestaciones de su estudio se encontraron entre las 37 a 40 semanas, además Carpio Barón encuentra que 90,9% de las gestantes cesareadas presentan edad gestacional a término, y Campero (México, 2007) con un 88.81%. Cifras no muy alejadas a las de este estudio; esto podría deberse a la mayor cobertura de atención prenatal en gestantes que acuden oportunamente al centro hospitalario. (5, 6,33)

En relación al número de gestaciones el mayor porcentaje lo ocupó el grupo de primigestas con 37,5%, el grupo de segundigestas representa el 31,9%, además el grupo de tercigestas constituye el 17,2%, por último el grupo de multigestas representa el 13,3%(Tabla N°08).Estos datos concuerdan con lo reportado por Astudillo Jarrín en un estudio en Ecuador en el 2011 quien encontró que el grupo de primigestas era el predominante con un 47,8%; asimismo según el Centro para el Control y la Prevención de EEUU la cesárea en primigestas corresponde a 32,8% para el año 2010 (34)

En relación con las indicaciones de cesáreas, la principal indicación fue Cesárea anterior con un 23,5%, seguido por sufrimiento fetal y trabajo de parto

disfuncional cada uno con 9,1%, además encontramos un 8,4% correspondiente a desproporción céfalo pélvica (Tabla N°09).

Según recomendación del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda someter a todos los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal, a menos que existan las siguientes situaciones: cesárea corporal, que el feto pese 4000 gramos o más o que no se pueda monitorizar el parto y falta de un anestesiólogo o un neonatólogo (34).

En relación a las indicaciones de cesáreas agrupadas según sus causas, encontramos que 35,4% pertenecen a causas fetales, seguido de 28,4% por causas obstétricas

Nuestros resultados coinciden con lo encontrado por Carpio Barón donde la Cesárea segmentaria previa representaba 23,4% de las indicaciones. Igualmente en el estudio de Gálvez Liñan la indicación de sufrimiento fetal correspondió al 7%, en nuestro estudio se evidenció un 9,1%; la indicación de trabajo de parto disfuncional en el estudio de Albornoz Aliaga en el 2013 en Lima, presentó un porcentaje de 5% menor al nuestro que fue de 9,1%.

Además Galvez Liñan encuentra un 9% correspondiente a la indicación de desproporción céfalo pélvica cifra cercana a la encontrada en este estudio. Finalmente encontramos a periodo intergenésico corto, mioma, condilomatois y óbito fetal cada uno con 0,7%, además de placenta previa, colelitiasis, inducción fallida y feto en situación transversa con 0,4% cada uno.

Vale la pena destacar que el Hospital EsSalud II Cañete pertenece al segundo nivel de atención, y que debido a la Campaña de descentralización impuesta a nivel de la Seguridad Social debe referir a centros de mayor complejidad a pacientes que presenten alto riesgo obstétrico, es decir se debería manejar una

tasa de cesáreas dentro de la recomendada por la OMS ya que la mayoría de pacientes corresponderían a embarazos de bajo riesgo. Ahora bien existen muchos factores asociados a esta problemática entre ellas que muchas de las indicaciones de cesáreas son relativas, es decir que son discutibles y mal definidas, encontrando por tanto cesáreas injustificadas.

La prevalencia de cesáreas obtenida en el estudio fue de 29.8%(Gráfico N°09), según la tasa anual de prevalencia aplicada en el estudio. Estos resultados son superiores a los establecidos internacionalmente; la OMS recomienda una tasa de cesárea no superior al 15%, debido a que estas intervenciones quirúrgicas están diseñadas para salvar la vida de la madre y los neonatos, y según revisiones sistemáticas dadas por el mismo ente, tasas de prevalencia mayores de 10%, no se han visto asociadas a disminución de las tasas de mortalidad materna y neonatal(1) Además la prevalencia encontrada supera a la tasa de cesáreas a nivel nacional (2014) que según ENDES fue del 28,6%

Así mismo, la prevalencia obtenida en este estudio es mayor a la obtenida en algunos países de América, entre los que están Guatemala, Honduras, Costa Rica, El Salvador con porcentajes de 8.6%, 19.% 21% y 29%, respectivamente. A diferencia Brasil, Chile y México con prevalencias que oscilan en 40%, 40% y 35%.Respecto a estudios desarrollados, estos resultados fueron inferiores a otros trabajos internacionales como en México por Suarez-Lopez y cols que hallaron una prevalencia de 45.1%,, así también por Belizan y Cols. con prevalencia de cesárea de 42%. Pero más elevado que algunos otros estudios, entre ellos los nacionales Cam y Cols. que determinaron una prevalencia de 10.5%, en una población de 4072 partos, y 429 cesáreas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Se concluye por el estudio que la prevalencia de cesáreas en el Hospital EsSalud II-Cañete durante el periodo de enero a diciembre del 2014 fue de 29,8%, dicha prevalencia es alta respecto a los indicadores establecidos por la OMS que recomienda una tasa del 15%, además la cifra encontrada está dentro del promedio a nivel nacional. Por lo cual se llega a la conclusión de que la hipótesis tiene fundamento estadístico porque la tasa de cesáreas encontrada en este Hospital excede a la tasa recomendada por la OMS que es del 15%.
- Se concluye que el grupo etario más frecuente en pacientes que fueron sometidas a cesárea del Hospital EsSalud II-Cañete durante el periodo de enero a diciembre 2014 fue el de edad materna intermedia (de 20 a 34 años) con un 70,9%, este hecho es similar a los indicadores nacionales; y su importancia radica en que en este grupo etario son menos frecuentes las complicaciones obstétricas.
- La edad gestacional más frecuente de neonatos nacidos por cesárea en el Hospital EsSalud II-Cañete fue la de 40 semanas con un 47,4%, asimismo un 94,4% fueron recién nacidos a término (entre 37 y 40 semanas), dichas cifras coinciden con los indicadores nacionales y con estudios internacionales. Esta situación es trascendental debido a que esta edad gestacional es la adecuada para la realización de una cesárea, además nos muestra de manera general la realidad de los neonatos que estamos manejando.
- Las indicaciones más frecuentes de Cesárea en el Hospital EsSalud II-Cañete durante el periodo de enero a diciembre del 2014 fueron: Cesárea anterior con un 23,5%, seguido por sufrimiento fetal y trabajo de parto disfuncional cada uno con 9,1% y desproporción céfalo pélvica con 8,4. Por

tanto se concuerda con estudios nacionales en que la indicación de Cesárea anterior sigue siendo la más frecuente en zonas urbanas principalmente la región Lima. A pesar de que cesárea anterior sea la principal indicación de cesáreas en este estudio, en muchos casos es solo una indicación relativa, esto debido a la complejidad del Hospital en donde se realiza.

Recomendaciones

- Se recomienda en el Hospital EsSalud II- Cañete la formación de una comisión fiscalizadora de cesáreas ya que contribuiría a reducir y controlar la tasa de cesáreas dentro del hospital; además de la estandarización de criterios y aplicación de guías de manejo institucional para la realización de este procedimiento quirúrgico.
- Se recomienda también mejorar la calidad de la Atención Prenatal, de la misma forma promover el conocimiento y difusión del riesgos y complicaciones que conlleva la realización de una cesárea, sobre todo en adolescentes gestantes.
- Se recomienda siempre la presencia del Neonatólogo o en su defecto el médico pediatra durante el acto quirúrgico; especialmente en aquellos que son pretérminos y representaron el 5,6% en este estudio.
- Por último Se recomienda en el Hospital EsSalud II-Cañete considerar el parto vaginal como una posibilidad en pacientes que tuvieron una cesárea previa y que no presentan complicación obstétrica concomitante. Asimismo incentivar un uso correcto del partograma, para así disminuir la principal indicación de cesáreas en este hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Suiza: OMS; Abril 2015 [acceso 20 de setiembre de 2015]. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Programas y proyectos
2. Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjö P, et al. Cesarean section delivery in the 1980s: international comparison by indication. *Am J Obstet Gynecol.* 1994 Feb. 170(2):495-504
3. Revista EsSalud AÑO 2 - Edición 8 - enero 2014(acceso 10 octubre 2015) http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/confianza08_enero2014.pdf
4. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes.(Acceso: 15 setiembre 2015).Disponible en: http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_1502_Esp_03.pdf
5. Carpio BW “Operación cesárea: Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud –Chiclayo durante el periodo enero-diciembre 2012 (Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano) Chiclayo-Perú 2015. Universidad de San Martín de Porres.
6. Galvez LE Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del Callao, periodo enero-diciembre 2013(Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano) Lima-Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2014
7. Núñez, J. M. B., Romero, O. E. V., Peredo, J. L., & Ulfe, J. P. Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010-2011. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo*, (2014). 7(1), 6-12.
8. Manzano EG Incidencia y Factores Asociados a Cesárea Iterativa en Adolescentes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 – 2009 *Rev Horiz Med* 2011;11(2):75
9. Albornoz AL , Nivania GR Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010-2012(Tesis Para

optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia) Lima-Perú.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2013

10. Abad, P Cesárea en adolescentes. Hospital Hipólito Unanue. Lima, Perú.
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 50(4), 202-208.(2015).
11. MacDorman, M. F., Menacker, F., & Declercq, ECesarean birth in the
United States: epidemiology, trends, and outcomes. *Clinics in
perinatology*,35. (2008). (2), 293-307
12. Estrada AC Incidencia de cesáreas en un hospital general de zona.*Revista
médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(5), 517-522. (2012).
13. Pinto, SE, Gavilán AV, Miño LC Incidencia e indicaciones de cesáreas.
Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 207 – Junio 2011
14. Librero, J., Peiró, S., Belda, A., & Calabuig, J. Porcentaje de cesáreas en
mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que
atienden partos con riesgos diferentes. *Revista Española de Salud
Pública*(2014).,88(3), 315-326.
15. Villaverde R. Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales
públicos del Sistema Nacional de Salud.[Tesis para optar el título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia] Zaragoza - España. Universidad
de Zaragoza; 2009.
16. Astudillo JD, Guillén SC Prevalencia de parto por cesárea e identificación
de su etiología en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. Período
2011 (tesis para optar por el título de Médico Cirujano).Cuenca-Ecuador.
Universidad del Azuay 2015
17. Varas, J., Demetrio, A. M., Gayán, P., & Schmied, W. (2008). Indicación
de operación cesárea: Desafío para los Servicios de Obstetricia y
Ginecología.*Rev Obstet Ginecol Hosp Dr. Luis Tisné Brousse*, 3(3), 210-
3.

18. Muñoz EJ, Rosales AE, Dominguez PG Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? *Ginecol Obstet Mex* 2011;79(2):67-74
19. Hernández GL, Salazar RM : “Caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes con operación cesárea” (Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano) Guatemala Universidad de San Carlos de Guatemala. 2014
20. Morera S, Melvin. Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, (2013). 78(2), 119-125.
21. Casagrandi C, Perez P. Areces D, et al. Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2007; 33(3): 1
22. Lurie S "The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twenty-first century". *Archives of Gynecology and Obstetrics* (2005). (Springer) 271 (4): 281–285
23. Goldsworthy, Adrian, César, pág. 55.
24. Weber CE. Postmortem cesarean section: review of the literature and case reports. *Am J Obstet Gynecol*. 1971 May 15. 110(2):158-65
25. [Guideline] Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, et al. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Mar. 210(3):179-93.

26. ACOG Committee on Obstetric Practice. Cesarean delivery on maternal request. Apr 2013. Available at https://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions.
27. NIH State-of-the-Science Conference: Cesarean Delivery on Maternal Request; March 27-29, 2006; Bethesda, Md. NIH Consens Sci Statements. 2006. Mar 27-29; 23(1):1-29. Available at <http://consensus.nih.gov/2006/cesareanstatement.htm>. Accessed: October 30, 2008.
28. Cunningham F., MacDonald P., Gant N., Leveno K., Gilstrap L. Cesárea y cesárea con histerectomía, Capítulo 26 en Williams Obstetricia 4ta edición español, Editorial Masson SA, Barcelona, España, 1996. 579-600
29. Charles M. McCurdy, Jr., MD, Everett F. Magann, MD, Cynthia J. McCurdy, MD, and Andrew K. Saltzman, MD. The effect of placental management at cesarean delivery on operative blood loss. *Am J ObstetGynecol* 1992;167:1363-7
30. Landon MB. Vaginal birth after cesarean delivery. *Clin Perinatol*. 2008 Sep. 35(3):491-504, ix-x.
31. Sardiñas RA. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. *Ginecol Obstet Mex*. 2009;73:155-159.
32. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23a ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2010.

33. 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.
34. Lindo M et al. Parto vaginal en cesareada anterior: Experiencia de 4 años en un hospital de seguridad social. **Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia**, [S.l.], v. 50, n. 4, p. 217-222, may. 2015. ISSN 2304-5132. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/420>. Fecha de acceso: 18 diciembre 2015

ANEXOS

01: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

1. EDAD	
Denominación	Edad
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cuantitativa
Medición	De razón
Indicador	Fecha de nacimiento
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Biológica
Definición conceptual	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales

2. PREVALENCIA DE CESAREA	
Denominación	Prevalencia de cesárea

Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cuantitativa
Medición	De razón
Indicador	porcentajes
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Biológica
Definición conceptual	Número de intervenciones quirúrgicas cuyo propósito es extraer al feto a través de una incisión vía abdominal.

3. INDICACION DE CESAREA	
Denominación	Indicación
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	De razón
Indicador	Cesareada anterior Sufrimiento fetal agudo Presentación podálica Etc
Instrumento	Ficha de recolección de datos

Dimensión	Biológica
Definición conceptual	Causas determinantes de indicaciones de cesarea.

4. EDAD GESTACIONAL	
Denominación	Edad gestacional
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cuantitativa
Medición	Intervalo
Indicador	<37 semanas 37-41 semanas ≥42 semanas
Unidad de medida	Semanas de gestacion
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Biológica
Definición conceptual	Duración de gestación, desde el primer día de la última menstruación normal hasta el parto.

5. ESTADO CIVIL

Denominación	Estado civil
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	De razón
Indicador	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Conviviente 5. separada
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Social
Definición conceptual	Situación jurídica de un individuo.

6. NUMERO DE GESTACIONES (GRAVIDAD)

Denominación	Numero de gestaciones
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cuantitativa
Medición	De razón
Indicador	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primigesta 2. Segundigesta

	<p>3. Tercigesta</p> <p>4. Multigesta</p>
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Biológica
Definición conceptual	Clasificación de una mujer por el número de gestaciones que ha tenido hayan terminado en parto y/o en aborto(menos de 28 semanas)

ANEXO 02:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Numero de historia clínica:

Fecha:

Edad:

Estado civil: 1. Soltera 2. Casada. 3. Divorciada 4 Conviviente 5.separada

Numero de gestación:

Cesáreas anteriores:

SI NO

Causa:

Edad Gestacional:

Indicación de Cesárea:

- Cesárea anterior
- Sufrimiento fetal
- Presentación podálica
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Otros:.....