

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO DURANTE EL PERIODO JULIO DEL 2014 – JULIO DEL 2015

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

CARLA ROSSANA ALVAREZ SANTA CRUZ

DR. MANUEL HUAMÁN GUERRERO
DIRECTOR DE LA TESIS

MBA LUCY ELENA CORREA LÓPEZ
ASESOR

LIMA – PERÚ
2016

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por haberme permitido culminar esta etapa de estudio, por haberme regalado maravillosos padres con los que sin su apoyo incondicional no hubiese podido realizar el sueño de terminar mi carrera.

DEDICATORIA

A mis padres, a mi hermana, que sin su cariño como sostén de todo esfuerzo realizado a lo largo de esta larga carrera no hubiese podido culminarla con éxito.

Resumen

Principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el periodo Julio del 2014 – Julio del 2015

Objetivo: Determinar las principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo Julio 2014 - Julio del 2015.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, el universo consto de 1226 pacientes a las que se les realizo cesárea durante el periodo Julio del 2014 a Julio del 2015, la muestra fue de 151 casos y se calculó con una fórmula para poblaciones finitas. Se diseñó una ficha de recolección de datos para transcribir las indicaciones de cesárea. Los datos extraídos se analizaron con el programa estadístico SPSS IBM versión 23.

Resultados: Al analizar los 151 casos, se agruparon en 3 grupos principales los diagnósticos encontrados: Indicación materna con un 37,7%, indicación fetal con un 47,7% y parto disfuncional con un 17,9%. La principal indicación de cesárea fue por causa fetal, encontrándose 72 casos (47,7%), de los cuales 23 (31,9%) fueron por macrosomía fetal, 14 casos (20,8%) fueron por distocia de presentación. Dentro de las indicaciones maternas, preeclampsia con 21 casos (29,2%) fue la más prevalente, y le siguió la cesárea previa con 19 casos (26,4%). De la misma forma, en las indicaciones por parto disfuncional, se encontró 10 casos (13,9%) por inducción fallida y 5 casos (6,9%) por dilatación estacionaria.

Conclusiones: La principal indicación de cesárea fue la indicación fetal con un 47,7%, siendo la macrosomía fetal la de mayor prevalencia con 31,9%.

Palabras Clave

Indicación de cesárea. Indicación maternal. Indicación fetal. Parto disfuncional.

Abstract

Main indications for cesarean section at the National Hospital Daniel Alcides Carrion of Callao during the period July 2014 - July 2015

Objective: To determine the main indications for cesarean section at the National Hospital Daniel Alcides Carrion of Callao in the period July 2014 - July 2015.

Material and method: A descriptive, retrospective cross-sectional study was conducted at the National Hospital Daniel Alcides Carrion of Callao, the group contained universe of the 1226 patients who underwent cesarean section during the period July 2014 to July 2015, the sample was calculated with a formula for finite populations. A form of data collection was designed to transcribe the indications of cesarean section. The extracted data were analyzed using IBM SPSS version 23.

Results: By analyzing 151 cases they were grouped into 3 major groups: maternal indication with 37,7 %, fetal indication with 47,7% and dysfunctional labor with 17,9%. The main indication of cesarean was for fetal indication, finding 72 cases (47,7%), 23 (31,9%) were for fetal macrosomia, 14 cases (20,8%) were for dystocia presentation. Among the maternal indications, preeclampsia with 21 cases (29,2%) was the most prevalent, and was followed by cesarean section with 19 cases (26,4%). Likewise, in the indications for dysfunctional labor, 10 cases (13,9 %) for failed induction and 5 cases (6,9 %) by stationary dilation it was found.

Conclusions: The main indication for cesarean section was fetal indication with 47,7 % fetal macrosomia being the most prevalent with 31,9 %.

Keywords

Indication of cesarean section. Maternal indication. Fetal indication. Dysfunctional labor.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	16
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.2. BASES TEÓRICAS.....	22
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	34
3.1. HIPÓTESIS	34
3.2. VARIABLES	34
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	35
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	35
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
4.4. RECOLECCIÓN DE DATOS	36
4.5. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	37
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
5.1. RESULTADOS	38
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	44
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	54

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cesárea es el acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, la placenta y los anexos ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y la pared uterina¹. Es una intervención quirúrgica que tiene sus indicaciones y que como cualquier otra cirugía tiene riesgos, los cuales en la actualidad han descendido espectacularmente, pero continúa sin tratarse de una operación inocua².

A pesar de todo ello, la cesárea es la operación obstétrica que se realiza con mayor frecuencia³⁻⁴.

Indicar o no una operación cesárea es una responsabilidad importante en la práctica diaria del médico gineco-obstetra, que implica interrogantes que justifiquen su indicación; sin embargo, en las últimas décadas esta situación parece haberse resuelto y hoy en día la frecuencia de la cesárea es cada vez mayor, con indicaciones que parecieran no justificables: el temor a una demanda legal o por solicitud de la paciente, o bien por una actitud deficiente por parte del médico que prefiere la facilidad de la cirugía a la vigilancia (en muchos casos prolongada) del trabajo de parto. Por esas razones es la cirugía que con mayor frecuencia se realiza en todos los hospitales y aún más en hospitales privados². Es un procedimiento quirúrgico que ha ido en aumento en los últimos años, suponiendo aproximadamente un 20% de todos los nacimientos en todo el mundo¹.

El incremento en la utilización del procedimiento de cesárea inicia en Estados Unidos en la década de los 70 propagándose esta tendencia a nivel

mundial según Nortzon en la revisión del 2011 International differences in the use of obstetric interventions.

Entre el 2010 y 2014 las indicaciones de cesárea reportadas por Betrán, Merialdi, Lauer y Bing-Shun W en Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates en, trabajo realizado en Grecia concluyeron que las principales indicaciones de cesárea fueron las siguientes: cesárea anterior (30,9%), monitoria no reactiva o insatisfactoria (12,3%), distocia (10.4%), presentación anómala (7,8%) y desproporción cefalopélvica (5,5%) ¹³. Un estudio publicado en el 2011, reportó las indicaciones más frecuentes en un Hospital Sueco entre los años 2004 y 2009, las cuales fueron: sufrimiento fetal 15,9% y 21,1%; solicitud materna 8,9% y 15,8%; presentación anormal 17,1% y 14,2%; distocia 15,7% y 16,6%; y hemorragia anteparto 8,5% y 4,2% ¹⁵.

En Italia, uno de los países de Europa con tasa más alta de cesárea, Zanetta presentó una disminución del 26% al 12%. En España, en 2011, el Hospital La Inmaculada de Almería consiguió una disminución del 2%, reduciendo el número de inducciones de parto, realizando versiones externas en presentación podálica y aumentando el número de partos vaginales con cesárea anterior ^{15,16}.

En el 2010, Choudhury y Dawson reportaron una tasa de cesáreas en el Reino Unido de 21,5% ¹⁶. Las indicaciones más comunes fueron cesárea anterior, falla del progreso en el trabajo de parto en la primera etapa, sufrimiento fetal y presentación de pelvis. La cesárea anterior se mantuvo como la primera causa de cesárea durante los 7 años en que se realizó este estudio y constituyó la indicación que llevó a la realización del 21% de las

cesáreas en el 2010 ¹⁶. El sufrimiento fetal a su vez, constituyó la indicación más común en el reporte nacional del Reino Unido con un 22%. La presentación de pelvis fue la cuarta indicación más común, con una tasa de 11-12%, manteniéndose constante en el transcurso de los 7 años del estudio. La tasa de cesárea indicada por solicitud de la madre fue de 7% en un registro nacional y del 2% en este reporte ¹⁶.

Chaillet y Dumont ¹⁵ introdujeron auditorías, sesiones, solicitud de una segunda opinión y mejora en la conducción del parto. Con ello se consiguió reducir un 19% las cesáreas debidas a distocias, cesárea anterior, riesgo de pérdida de bienestar fetal y elección materna. En Europa, se publicaron trabajos donde se demostró el éxito de este tipo de protocolos.

En América Latina y el Caribe la media intervenciones cesárea es de 29.2%, con los valores menores en Haití (1.7%) y Honduras (7.9%) y los mayores en México (39,1%), Brasil (36.7%), República Dominicana (31.3%) y Chile con el 30.7%⁹.

Para Latinoamérica el reporte publicado en el 2013 por Stanton y colaboradores, señaló que las indicaciones para cesárea en Argentina, Guatemala, Cuba, México, Colombia y Brasil fueron: cesárea anterior, distocia, sufrimiento fetal y presentación de pelvis ¹⁸. Para nuestro país las indicaciones se distribuyeron así: cesárea anterior 17,2%, distocia 21,5%, sufrimiento fetal 19,6% y presentación de pelvis 11,1% ¹⁴.

Probablemente, muchos factores han contribuido a este aumento, incluyendo la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, la reducción de riesgo de complicaciones post-operatorias, factores nutricionales y demográficos, y la percepción de médicos y pacientes como un

procedimiento seguro, con menor tolerancia a los riesgos³, según Barriga-Moreno del Instituto Materno-Infantil de Bogotá (Colombia). Además, la menor oportunidad del operador para adquirir habilidad en las maniobras por vía vaginal, la falta de una segunda opinión profesional y la influencia de las demandas legales⁴ son según Muñoz-Enciso, médico adscrito al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México D.F, importantes motivos por los cuales la cesárea se lleva a cabo con mayor frecuencia hoy en día.

En el Perú, 20% de los nacimientos en MINSA son por cesárea⁸. Fernando José en su revisión Cesárea, experiencia en el Hospital General de Oxapampa del 2011 ⁵ se encontró una tasa de cesárea de 25,7 %, las principales indicaciones para el parto por cesárea fueron: desproporción céfalo-pélvica (21,1 %), sufrimiento fetal agudo (20,2 %), cesárea previa (11,9 %) y mala presentación fetal (10,1 %). Según Patiño, en Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes del 2011, el hospital de apoyo I-2 José Alfredo Mendoza Olavarría tenía una tasa de cesárea que varió entre el 35 % y 49 % durante los años 2010-2013, mientras que el hospital I EsSalud registró una tasa del 45 % en el año 2012.

Gálvez Liñan¹⁸ en el 2014 evaluó la tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao durante el periodo Enero-Diciembre 2013, el cual fue de 42 % respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40 % registrado en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18% son cesáreas emergencia y el 24% son de tipo electivas. Se concluyó, además que las 5 principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron:

Desproporción céfalo- pélvica y macrosomía fetal (12 %), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%).

Innumerables estudios han evidenciado un incremento del porcentaje de cesáreas tanto en la práctica privada como pública, así como las causas e indicaciones más frecuentes.

Más allá de algunas variaciones entre países, sectores de salud y hospitales, se describe un patrón de indicaciones de cesárea bastante similar, dentro de las recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento señaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se establece que “no existe justificación en ninguna región geográfica específica para tener más de un 10 a 15% de cesáreas”⁵.

Por lo citado anteriormente, la práctica de la cesárea debería realizarse únicamente en los casos necesarios, en donde exista una indicación médica justificada, para lo cual se requiere un adecuado adiestramiento y preparación por parte de todo el personal de salud encargado en la atención del parto⁷.

De ahí la importancia de que los diagnósticos clínicos referidos como causales para la intervención sean muy bien establecidos, por lo cual, con esta investigación, se quiere dar a conocer los principales diagnósticos que justificaron la intervención de cesárea en las pacientes obstétricas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo Julio del 2014 - Julio del 2015.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo Julio del 2014-Julio del 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La cesárea ha sido incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran incrementar el riesgo de muerte para la madre y/o el niño ⁵.

En los últimos años la tasa de partos por cesárea se ha incrementado significativamente en casi todos los países del mundo. Los factores que influyen en este aumento se deben a una menor tolerancia a tomar riesgos, temor a los juicios de mala práctica médica por complicaciones que se presentan en el parto ¹⁶. Existen diversas indicaciones para la realización de una cesárea, permitiendo el nacimiento por vía abdominal. De origen no claro, su indicación es para condiciones extremas a indicaciones consideradas como relativas. Su incidencia ha aumentado significativamente en los últimos años con una gran variabilidad de tasas entre países e instituciones. Las causas de este aumento son diversas.

En sus inicios, fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%. En la medida que su morbimortalidad ha disminuido sus indicaciones han aumentado, tanto en el manejo de

patología materna así como fetal. En la actualidad incluso es aceptada su realización a solicitud de la paciente; factor que ha sido relevante en el aumento de su incidencia que se reporta más adelante.

La tasa de partos por cesárea ha aumentado consistentemente en todo el mundo durante los últimos 50 años, alcanzando en la actualidad cifras del 30% de los nacimientos en comparación con un 5% en los años 60. Esta tasa es extremadamente variable entre distintos países e incluso entre distintas regiones así como, entre diferentes centros médicos en una determinada región o ciudad ^{13,15}. Esto sugiere algún nivel de responsabilidad ante la ausencia de normativas definidas en los sistemas de salud de la mayoría de los países ¹⁶. En efecto, su aumento no ha sido relacionado con una clara disminución de la morbimortalidad materna o neonatal ⁷.

Las causas del aumento en la tasa de cesáreas es multifactorial pero existe una clara tendencia al incremento de primeras cesáreas junto a una disminución de partos vaginales post cesáreas y un notorio decrecimiento en la tasa de partos instrumentales que se muestra en la figura ^{2 8,9}. El aumento en la tasa de inducciones o ingreso a la maternidad en etapas precoces del trabajo de parto, también han sido asociadas a mayor tasa de cesáreas. La legalización de la medicina, con la correspondiente aprensión de los prestadores a ser objeto de demandas y los efectos que de ello deriva, es otro factor que lleva a un aumento en el número de cesáreas ¹¹ así como la disminución en la tasa de partos con fórceps y vacuum ¹². La monitorización fetal intraparto con el registro electrónico de la frecuencia cardíaca fetal, también ha sido asociada con un incremento

en la tasa de cesárea sin un claro beneficio en los resultados perinatales¹³.

Por tanto, el aumento del porcentaje de cesáreas a nivel de instituciones de salud pública, causa preocupación, ya que muchas veces los recursos a este nivel son limitados, y si bien se pueden cubrir costos en los servicios de ginecología y obstetricia, descuidan otras prestaciones a nivel hospitalario.

A nivel privado la situación es diferente, e incluso a algunas instituciones esta estrategia les conviene, pues consiguen utilizar durante más tiempo sus propios recursos, con el consiguiente incremento de productividad, así como un mayor índice de ocupación y facturación de sus unidades de hospitalización.

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que ha ido en aumento en los últimos años, en la actualidad, existe una importante preocupación por este ascenso. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la cesárea no debería suponer más del 10-15% del total de partos y pretende conseguirlo para el año 2020. En un intento por frenar este problema y conseguir el propósito que plantea, diversos hospitales han ideado estrategias para disminuir sus cesáreas sin aumentar la morbilidad materno-fetal. Para ello, el primer paso consiste en conocer cuáles son las distintas indicaciones de cesárea y protocolizar la actuación obstétrica¹⁴.

De igual manera, al aumentar la frecuencia de la práctica de la operación cesárea, también se fueron incrementando las indicaciones para su realización y a su vez, la clasificación de las mismas fue modificándose,

de tal forma que, de agruparse como indicaciones maternas, fetales y mixtas, en la actualidad, se clasifican en absolutas y relativas. Se consideran como absolutas a todas aquellas indicaciones en donde no existe controversia para su realización y relativas como a todas aquellas indicaciones en donde puede existir discusión para su realización ¹¹.

Con esta investigación, se quiere dar a conocer sus indicaciones más comunes, para contribuir a un mejor entendimiento sobre el incremento observado.

1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, es una Unidad Ejecutora del Ministerio de Salud y forma parte de la Red de Servicios de Salud de la Dirección de Salud (DISA I Callao), es una Institución docente y la de más alta complejidad, Categoría III-1, se oficializó en el año 1991, pero su infraestructura data de 1940, fecha que inicio la construcción de las primeras instalaciones del hospital.

El hospital se encuentra ubicado en la Av. Guardia Chalaca N° 2176, en el distrito de Bellavista dentro de la provincia Constitucional del Callao.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), remitidos a la Dirección de Estadística e Informática del MINSA y enviados a la DIRESA CALLAO, la población proyectada para la Región Callao en el año 2014 es 969,170 habitantes, siendo la Densidad Poblacional de la provincia 6,404.05 habitantes/Km².

En relación a la población de la provincia constitucional del Callao según Ciclos de Vida, podemos apreciar que el grupo mayoritario es el adulto, que constituye más de la mitad de la población total.

La pirámide poblacional de la Región Callao es de tipo expansiva, típica de los países en desarrollo, de base ancha, a predominio de la población joven, que a partir de los 34 años va estrechándose paulatinamente.

La población de mujeres en edad fértil (MEF), asciende a 249 mil 680 mujeres, que representa el 55,9% del total de mujeres de la Provincia Constitucional del Callao.

La investigación se realizó en el Servicio de Gineco-Obstetricia durante el período Julio del 2014 a Julio del 2015, utilizando el registro de cesáreas del Servicio de Gineco-Obstetricia y las historias clínicas de las pacientes a las cuales se les realizó cesárea, transcribiendo lo encontrado en una ficha de recolección de datos.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo Julio 2014 - Julio del 2015.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la prevalencia de cesárea por indicación materna en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo Julio 2014 -Julio del 2015.
2. Describir la prevalencia de cesárea por indicación fetal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo Julio 2014 -Julio del 2015.
3. Describir la prevalencia de cesárea por parto disfuncional en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo Julio 2014 -Julio del 2015.
4. Explicar los diagnósticos secundarios asociados a las indicaciones cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo Julio 2014 -Julio del 2015.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Nacionales

A pesar de que existen algunos estudios a nivel nacional que miden la prevalencia de parto por cesárea asociados a diversos factores, no existe ningún trabajo de investigación relacionado con las principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao que pueda servir de base para el presente estudio.

Dentro de los principales estudios realizados en nuestro país, podemos encontrar que Gálvez Liñan¹⁸ en el 2014 evaluó la tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao durante el periodo Enero-Diciembre 2013, el cual fue de 42% respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40 % registrado en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18% son cesáreas emergencia y el 24% son de tipo electivas. Se concluyó, además que las 5 principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron: Desproporción céfalo- pélvica y macrosomía fetal (12 %), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%). Gladys Patiño⁵ en 2011, realizó la revisión Tasa de Incidencia y Factores Determinantes de la Cesárea en los Hospitales de Tumbes 2011; encontró

que la frecuencia de cesárea en los hospitales de EsSalud fue de 58,76 %, y de 49,52 % en hospitales del MINSA.

Otro importante trabajo fue el planteado por Manzano Espejo ¹⁰ en 2009, quien realizó un estudio en la incidencia y factores asociados a cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en este estudio logró demostrar que la incidencia de cesáreas fue 45 %, donde la indicación principal de esta fue la desproporción cefalopelvica ¹⁰.

De igual modo Chávez Zevallos en 2005 realizó un estudio donde encontró que el sufrimiento fetal agudo (14.0%), la estrechez pélvica materna (12.3%), la ruptura prematura de membranas prolongada (10.5%), la incompatibilidad feto pélvica (9.8%), la preeclampsia severa (7.6%), la presentación fetal pélvica (7.0%); así como el control pre natal inadecuado, influyeron en la determinación del médico para la operación cesárea ⁶. Estudios similares fueron realizados por Oshiro Romero en 2007 en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el período donde la tasa de cesárea se encuentra por encima del 10% propuesto por la OMS. La principal indicación para cesárea fue la cesárea previa.

Quispe, Santivañez, Leyton y Pomasunco en su revisión de siete hospitales públicos de Lima analizaron la tendencia de la tasa de cesáreas en todos los hospitales de la Dirección de Salud (DISA) V Lima-Ciudad desde el año 2001 al 2008, se encontró que durante el periodo total del estudio la tasa de cesárea promedio fue de 36,9 % ± 9,1% y esta supera largamente el límite recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y durante los años de estudio ha mantenido una tendencia significativamente creciente.

Internacionales

En el plano internacional el estudio más significativo que reafirma lo encontrado a nivel nacional fue realizado por Casagrandi C, Pérez P, Areces¹⁴ durante el 2007 en La Habana-Cuba, quienes realizaron una 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 2006 y 2014, respectivamente). Las indicaciones más frecuentes en 2006 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 %).

En el Hospital de León de España en 2012, Zornoza² determinó que la tasa de cesáreas subió del 19,82% al 22,06% para el 2012. Las indicaciones por cesárea anterior y presentación pelviana fueron las de mayor porcentaje.

Según Barriga-Moreno³ del Instituto Materno-Infantil de Bogotá (Colombia) las principales indicaciones son cesárea anterior, que correspondió al 26,4% de las cesáreas realizadas en el IMI; siguieron en orden de frecuencia: estado fetal insatisfactorio 15,5%, trastornos hipertensivos del embarazo 15,5%, detención secundaria de la dilatación y el descenso 5,5%, ruptura prematura de membranas 4,7%.

En 2011, Echais determinó la prevalencia de cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca (Ecuador)¹¹ y correlacionó el diagnóstico clínico- quirúrgico, concluyendo que la intervención cesárea representó el 32.83% del total de nacimientos en ese año, del total de cesáreas, el 9%

corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal causa el antecedente de cesárea anterior (36,54%), seguida de distocias fetales, compromiso del bienestar fetal, y la hipertensión arterial relacionada con el embarazo.

En Argentina, Medina, Ortiz y Miño ²⁰ en 2011 analizaron el registro 4016 nacimientos, en los que encontraron una incidencia de cesárea de 32% y dentro de las indicaciones, 30,94% fue por cesárea anterior, 16% sufrimiento fetal agudo, 9,76% falta de progresión del trabajo de parto, 9,04% distocia de presentación, 9,04% negativa al parto, 5,45% ginecorragia de la segunda mitad del embarazo, 3,80% desproporción feto pélvica, 3,30% embarazo gemelar, 13,13% otras en un total de 1393 pacientes. Indicaciones por patologías maternas asociadas: 46% hipertensión arterial, 21,60% diabetes, 8,40% coreoanmionitis, 7,60% cáncer de cérvix, 5,20% ruptura prematura de membrana, 4% cardiopatías, 2,40% Lúes, 2,40% colestasis, 1,20% condilomatosis, 0,80% código 76 y otras 0,40% en un total de 250 pacientes. Domínguez y Serrano en 2011, quisieron conocer el comportamiento de la operación cesárea en los diferentes hospitales del sector salud en la ciudad de Aguascalientes, se encontraron 45 indicaciones diferentes, lo que indudablemente refleja la gran diversidad de criterios en el personal médico institucional para programar la operación cesárea, concluyeron que deben elaborarse protocolos que tengan como piedra angular la prueba de trabajo de parto y solicitar una segunda opinión ante una cesárea programada, todo esto con el fin de disminuir la frecuencia de la operación cesárea.

Redondo, Sáez, Oliva, Soler y Antoni Arias en 2013 describieron la variabilidad entre niveles hospitalarios del porcentaje de cesáreas y los

motivos para realizarlas, donde el porcentaje global de cesáreas fue del 25,4%. Los hospitales privados y públicos de menor nivel tecnológico presentaron mayores porcentajes de cesáreas en mujeres sin cesárea previa (34,7% y 30,4% en los privados y 22,4% en los públicos de menor nivel). Entre los niveles públicos no hubo diferencias en el porcentaje de cesáreas indicadas.

Vélez y Tovar en 2012 realizaron un estudio de tipo observacional, transversal, analítico y descriptivo donde la incidencia de la operación cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS, en Hermosillo, Sonora (México) fue del 46%, con un incremento promedio anualizado del 1.2%. La proporción de cesárea previa (35.78%), la cesárea iterativa (11.62%), el sufrimiento fetal agudo (11.62%), la desproporción cefalopélvica (7.95%), la ruptura prematura de membranas (4.89%), la distocia dinámica (4.28%), la presentación pélvica (3.98%) el oligohidramnios (3.98%), entre otras (8.9%), fueron las indicaciones que mayormente justificaron el procedimiento quirúrgico.

2.2. BASES TEÓRICAS

Rousste, en 1581, recomendó por primera vez la cesárea en mujeres vivas y usó el nombre actual de la operación. Las primeras declaraciones fiables acerca de la intervención no aparecieron hasta el siglo XVII. Se empleaba en casos raros y desesperados y, por lo general, resultaba mortal tanto para el feto como para la madre. En 1865, en Gran Bretaña e Irlanda, la tasa de mortalidad materna debida a la cesárea era del 85%. En París, hasta 1876 ninguna madre había sobrevivido a la intervención. En 1882 Max Säger

introdujo la sutura de la pared abdominal. Hasta entonces no se realizaba por la creencia de que eran superfluas, lesivas y servían de asiento a infecciones graves. A partir de ese momento, disminuyó la mortalidad secundaria a la hemorragia y la peritonitis se convirtió en la principal causa de muerte. El advenimiento de la anestesia, las técnicas quirúrgicas asépticas y la hemoterapia dio como resultado una reducción aún mayor de la tasa de mortalidad. En la actualidad, los riesgos que acompañan a la cesárea han descendido espectacularmente, pero continúa sin tratarse de una operación inocua. Se asocia a una mayor gravedad y número de complicaciones (tanto maternas como fetales) que el parto vaginal. La muerte materna es excepcional, aunque si la comparamos con la del parto, la cesárea electiva conlleva un riesgo 3 veces mayor y la cesárea urgente lo eleva 9 veces. La mortalidad perinatal aumenta al doble que en la vía vaginal. A pesar de todo ello, la cesárea es la operación obstétrica que se realiza con mayor frecuencia. En los últimos 40 años hemos asistido a un aumento ininterrumpido en la tasa de cesáreas. Ha pasado del 4 al 15-25% y ha llegado en algunos centros al 50%. La mayor parte de ese aumento ocurrió en el decenio de 1970 a 1980. Dos de las causas que parecen estar contribuyendo a este aumento son el antecedente de cesárea y la presentación podálica ²⁵.

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que ha ido en aumento en los últimos años, suponiendo aproximadamente un 20% de todos los nacimientos en todo el mundo. Es la extracción del feto a través de una incisión de las paredes del abdomen y del útero. Ésta debe darse sólo ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del

feto de nacer por vía vaginal. Desde hace varias décadas la cesárea es un procedimiento que está en aumento en todo el mundo y las razones de que esto suceda van desde lo subjetivamente emocional hasta lo prácticamente económico ^{1,5,8}. La Organización Mundial de la Salud establece que en ninguna parte del globo existen razones suficientes para que el porcentaje de cesáreas supere el 15%. Además, advierte que hay diez veces más posibilidades de terminar en la unidad de cuidados intensivos tras una cesárea selectiva planificada, que tras un parto vaginal. Debido a esto, recomiendan fuertemente dejar la intervención quirúrgica sólo para casos en los que no sea factible la otra opción.

Cesárea es una intervención quirúrgica para el nacimiento de un bebé. Si el feto aun no es viable, el mismo procedimiento es denominado histerotomía. Existen varios tipos: segmentaria inferior (al nivel del segmento uterino inferior), clásica (incisión en el cuerpo del útero), extraperitoneal (se entra al útero sin incidir el peritoneo) y la cesárea histerectomía (cesárea seguida de histerectomía). Otros términos empleados son de urgencia, electiva, transversal y vertical. La mayoría de las cesáreas se realiza cuando ocurren problemas inesperados durante el parto ²⁰.

La operación es relativamente segura para la madre y el niño. Sin embargo, es una cirugía mayor e implica riesgos. La cesárea también requiere un período de recuperación más prolongado que el parto vaginal. Cuando cicatriza la incisión puede dejar un área más débil en la pared uterina. Esto podría causar problemas para intentar partos vaginales en el futuro. Sin embargo, más de la mitad de las mujeres que tuvieron una cesárea pueden dar a luz con un parto vaginal más adelante ²¹.

Según antecedentes obstétricos de la paciente:

Primaria: Es la que se realiza por primera vez.

Iterativa: Es la que se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas.

Este procedimiento se debe programar en lo posible a las 39 semanas de gestación. En este periodo es 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.

En cuanto a la opción del parto vaginal después de cesárea previa, es deber del médico informarle a la paciente cuáles son sus opciones, y los riesgos y beneficios que cada una de estas tiene. Es la paciente quien toma la última decisión pero si el médico no está de acuerdo con esta, lo mejor es referirla a otro especialista.

Según indicaciones:

Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.

Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

Según el tipo de incisión:

Corporal o clásica: La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.

Segmento corporal: (Beck), la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.

Segmento arciforme o transversal: (Kerr), es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina

muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.

Las indicaciones pueden agruparse de diversas maneras: maternas, fetales y mixtas, según quien sea el supuesto beneficiario de la intervención; electivas, esto es, sin intentar el trabajo de parto o intraparto o de recursos emergentes, urgentes o programables, absolutas o relativas. 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 ²².

Indicaciones Maternas:

Enfermedad hipertensiva del embarazo: En los casos de preeclampsia leve con embarazo a término se plantea la indicación de cesárea cuando no existe respuesta a la inducción de parto y/o hay signos de deterioro materno o fetal. En la preeclampsia severa ,es necesario terminar la gestación por riesgo materno y fetal, si no hay condiciones para parto vaginal ,se optará por la vía abdominal ,en especial si hay signos inminentes de eclampsia o de desarrollo del Síndrome HELLP o si se trata de restricción de crecimiento fetal o bebés de peso muy bajo.

Complicaciones médicas asociadas: En la mayoría de las enfermedades asociadas a la gestación se elige la vía del parto de acuerdo a la complicación obstétrica. En algunos casos, como el herpes genital reciente o activo, salvo membranas rotas más de 4 horas y en el SIDA, la intervención es mandatoria y en otros, como la diabetes mellitus complicada, cardiopatía severa, cuadro de lupus eritematoso sistémico activo, madre con sensibilización Rh, entre otras.

Cáncer de cuello uterino: Toda gestante con diagnóstico de cáncer invasivo del cuello uterino después de las 22 a 26 semanas debe ser sometida a cesárea inmediatamente se demuestre la madurez fetal. En los casos con diagnóstico histopatológico de cáncer in situ o microinvasor de cérvix, la vía de parto puede ser vaginal, limitándose la cesárea a una indicación obstétrica.

Incisión uterina previa: En los casos de cesárea previa, la cicatriz de la incisión en la pared uterina puede predisponer a su rotura antes o durante el trabajo de parto, por lo que, en estos casos el parto abdominal ha sido considerado como indicación casi absoluta. Sin embargo la cicatriz de una cesárea segmentaria transversa es capaz de tolerar el embarazo y el parto sin romperse. Sin embargo se debe considerar el riesgo de morbilidad o mortalidad del feto y neonato, cuando el intervalo internatal es menor de dos años, lo que no tiene que ver con la calidad de la cicatriz.

Indicaciones Fetales:

Sufrimiento fetal: La hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación o se espera un expulsivo prolongado. En nuestro medio, es necesario el criterio clínico del médico gineco-obstetra quien principalmente en los casos de preeclampsia, oligohidramnios, diabetes o parto prolongado, hará una evaluación con la ayuda del partograma con curvas de alerta, para tomar la decisión más apropiada.

Mala presentación fetal: Los casos con feto en situación transversa en el parto o con presentación de cara mentoposterior o de frente son indicaciones de cesárea. También lo son las presentaciones cefálicas deflexionadas, cuando el progreso del parto es dificultoso, comportándose como desproporciones fetopelvicas relativas. La presentación podálica es indicación de cesárea en el parto pretérmino, principalmente si se estima un peso fetal muy bajo ,por la fragilidad fetal y por el riesgo de atrapamiento de la cabeza en un cuello insuficientemente dilatado, también en los casos de presentación podálica incompleta ,por el riesgo de prolapso de cordón.

Prematuridad: La experiencia obstétrica y neonatológica indica que el feto prematuro tiene más riesgo de traumatismo obstétrico si nace por vía vaginal, más aún, si viene en podálica. Por tal motivo se recomienda que los fetos con peso menor o igual a 1 500 g deban nacer por cesárea.

Anormalidades del Parto:

Desproporción cefalopélvica: Es una indicación frecuente de cesárea. Así un bebé pequeño puede, durante el trabajo de parto, salvar la desproporción relativa, a menos que la deformidad pélvica sea extrema. Por otro lado, la pelvis aparentemente normal puede resultar pequeña para un bebé macrosómico o con la cabeza deflexionada. Las primigestas que inician el trabajo de parto con la presentación flotante, probablemente presenten un estrecho superior contraído. En caso de compromiso del estrecho medio, con bebé grande, la cesárea está indicada si la cabeza no desciende luego de una prueba de trabajo de parto. Los casos de contracción del estrecho inferior usualmente tienen confirmación durante el segundo periodo del parto.

Distocia: También se define como parto anormal en el que al analizar las características de la gestante, no se presupone un parto vaginal seguro. La desproporción cefalopélvica es una de sus causas. La inercia o disfunción uterina es la otra explicación de la distocia y suele corregirse mediante el uso de oxitócicos. Sin embargo, la diferencia entre ambas requiere el juicio adecuado del gineco-obstetra. La distocia ha sido la primera razón de

indicación de cesárea repetida. El partograma es el instrumento que ayuda a diagnosticar la inercia o la disfunción uterina.

Inducción fallida del trabajo de parto: En casos indicados de inducción por riesgo materno fetal puede haber falta de respuesta o, una vez iniciado el parto inducido, este no progresa, lo que requerirá la culminación del embarazo por cesárea.

Fórceps o vacuum extractor fallidos: La aplicación del fórceps y de la ventosa o vacuum requiere el cumplimiento de ciertas indicaciones y condiciones para el uso del parto instrumentado. La experiencia institucional nos dice que estos casos no deberían ocurrir con una evaluación más cuidadosa, no se debe insistir en el procedimiento después que se falló en la aplicación .La morbimortalidad neonatal es alta por inexperiencia o exceso de confianza del instrumentador.

Indicaciones Placentarias:

Hemorragia de la segunda mitad del embarazo: Los casos de hemorragia debidos a placenta previa tienen indicación de cesárea cuando el embarazo está a término y persiste la obstrucción parcial o completa del canal cervical

o cuando se presenta un sangrado importante en cualquier momento del embarazo.

Las pacientes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta moderada o severa deben ser sometidas a cesárea inmediatamente; cuando el desprendimiento es leve; se realizará la cesárea cuando el bebé está vivo y presenta signos de sufrimiento fetal; o cuando se considera que el parto va a demorar más de dos horas o el sangrado aumenta.

Rotura prematura de membranas: La rotura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto está asociada con corioamnionitis y prematuridad, así como con muerte materna y perinatal. Es por esto que, en un cuadro de rotura prematura de membranas (RPM), si no hay condiciones de parto vaginal después de las 24 horas de ocurrida la RPM, si falló la inducción, o ante la presencia de corioamnionitis o de sufrimiento fetal sin trabajo de parto, se prefiere terminar la gestación por vía alta, usándose profilaxis antibiótica o en el caso de corioamnionitis, antibioticoterapia de espectro amplio.

La cesárea, a pesar de su alta seguridad, no está exenta de complicaciones, algunas impuestas por la propia indicación para realizar el procedimiento (situaciones maternas de extrema urgencia), y otras derivadas de la técnica en sí. No es correcto ignorar el incremento de morbilidad neonatal y materna que se deriva de su práctica, por no mencionar el aumento de riesgo, de 2.8 a 6 veces más de muerte materna.

Las infecciones son más frecuentes que en el parto vaginal y en ocasiones fuerzan a terapéuticas muy agresivas (histerectomía). La necesidad de transfusión, con sus particulares complicaciones, se requiere del 1 al 6% de las ocasiones. Hay posibilidad de daño en órganos vecinos y en ocasiones se presentan cuadros de íleo paralítico que son muy raros en el parto vaginal. El hecho de requerir anestesia constituye otra fuente de eventuales complicaciones. El postoperatorio es mucho más molesto y prolongado, con mucho alto riesgo de tener que abandonar la lactancia materna. Su costo es también superior al del parto vaginal, llegando una cesárea sin complicaciones, a costar más del doble de los gastos generados por el primero.

Actualmente la cesárea es un procedimiento con algunas controversias mundiales; al compararse el cierre de la herida uterina en una o dos capas, no se ha encontrado ventajas ni desventajas, excepto tal vez un menor tiempo quirúrgico al suturar en un plano por lo que la información disponible en este momento no es suficiente para proponer un cambio en la técnica. La inserción de dispositivo intrauterino durante la cesárea es segura y efectiva, aunque con un riesgo ligeramente mayor de expulsión, no existe diferencia en la forma de colocarlo (manual o instrumentado). En este momento se desarrolla un protocolo por la base de datos Cochrane que compara diferentes técnicas de cesárea, con el cual se podrían resolver algunas dudas acerca de este procedimiento.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS

GENERAL

La principal indicación de cesárea es por parto disfuncional en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo Julio 2014 -Julio del 2015.

ESPECÍFICAS

Las indicaciones de cesárea están relacionadas a patologías maternas, dentro de esta la cesárea previa y los riesgos que esta conlleva.

Los diagnósticos secundarios asociados a la decisión de realizar cesárea están relacionados a riesgos maternos por patologías inherentes al embarazo.

3.2. VARIABLES

V1: Variable Independiente:

Gestantes

V2: Variable Dependiente:

Indicaciones de cesárea

Cesárea por indicación materna

Cesárea por indicación fetal

Cesárea por parto disfuncional

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Debido a la finalidad del estudio es de tipo descriptivo, por la secuencia temporal es transversal, por el control de la asignación de los factores de estudio es observacional y finalmente, por el inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos, es retrospectivo.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo integrada por 1226 pacientes a las cuales se les realizó parto por vía abdominal o cesárea en el periodo Julio del 2014 a Julio del 2015, la información fue recolectada de las Historias Clínicas así como del Libro de Partos de Centro Obstétrico y Libro de Registro de Cesáreas del Centro Quirúrgico.

La muestra del estudio está constituida por 150 pacientes, esta muestra se obtuvo con la siguiente fórmula, útil para una población finita:

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{[E^2 \cdot (N-1)] + [(Z)^2 \cdot p \cdot q]}$$

Donde:

n= muestra

N= Población total

p= 0.5

$q = 1 - p = 0.5$

E= grado de error = (0.05)

Z = (1.96)

4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA:

Principal técnica aplicada en la investigación:

Análisis de documentos:

- Historias Clínicas
- Libro de Registro de Cesáreas del Centro Quirúrgico.
- Libro de Partos de Centro Obstétrico

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos (Anexo 02).

4.4. RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos, en el cual solo transcribieron los datos de las historias clínicas de las pacientes a las cuales se les realizó cesárea, además de lo encontrado en el libro de registro de cesáreas del centro quirúrgico (Anexo 02).

4.5. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Métodos de análisis de datos

Se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel 2007®, los mismos que fueron codificados. El análisis estadístico se realizará con el paquete SPSS IBM versión 23.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo incluyendo la presentación de medias y desviación estándar para las variables numéricas, frecuencias y porcentajes para las variables categóricas.

Programas a utilizar para análisis de datos

Se determinó la prevalencia de las principales indicaciones de cesárea en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao utilizando el paquete estadístico SPSS IBM versión 23 y el programa Excel.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

Se estudió un total de 3933 partos ocurridos durante el periodo de Julio del 2014 a Julio del 2015 en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en los meses comprendidos de Julio a Diciembre del año 2014 se realizaron 1825 partos, de cuales 1237 fueron vaginales y 588 fueron por cesárea. Durante el 2015, periodo Enero – Julio, se realizaron 2108 partos, 1470 fueron vía vaginal y 638 por vía abdominal o cesárea (TABLA 2).

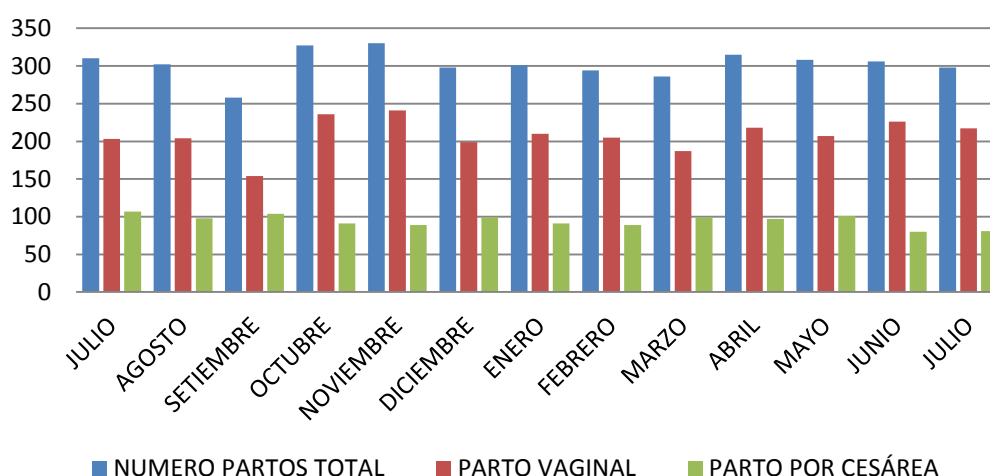


GRÁFICO 1: ATENCIÓN A GESTANTES SEGÚN TIPO DE PARTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015

Asimismo, de este total de partos, nos centramos en el total de cesáreas realizadas en nuestro periodo de estudio, 1226 cesáreas fueron realizadas representando el 31,1% de los partos, de los cuales analizamos 151 casos (TABLA 1).

En cuanto a los diagnósticos que llevaron a la realización de cesárea, se agruparon en 3 grupos principales: Indicación materna, indicación fetal y parto disfuncional. Cada uno de los motivos de cesárea fueron asignados

en estos grupos principales, asimismo se tomaron en cuenta los diagnósticos secundarios asociados a cesárea.

De las 151 cesáreas revisadas, 57 fueron por indicación materna lo cual equivale a 37,7%, 72 fueron por indicación fetal lo cual equivale a 47,7%, y por último, 22 fueron por parto disfuncional lo cual equivale a 17,9% (GRAFICO 2).

Indicaciones de cesárea

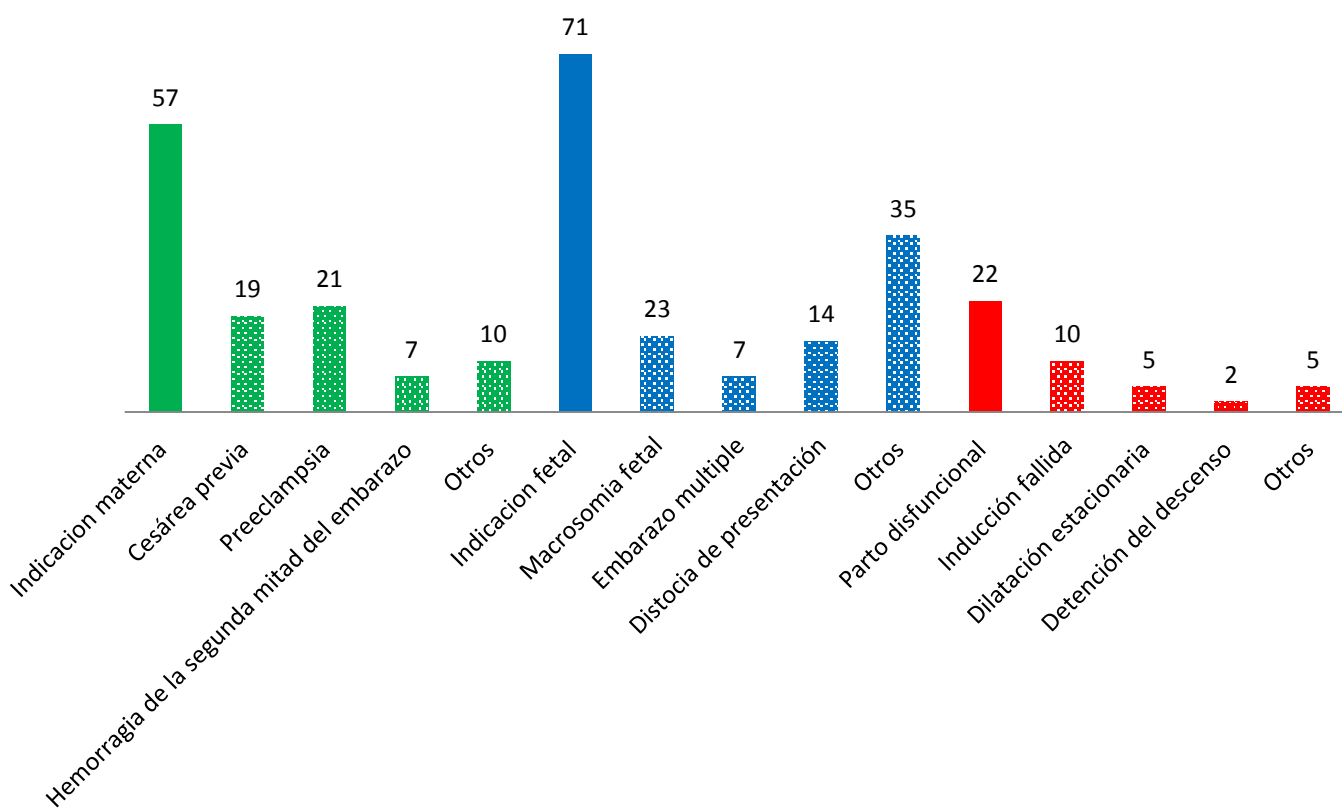


GRAFICO 3: INDICACIONES Y PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015

La principal indicación de cesárea fue por causa fetal, encontrándose 72 casos (47,7%), de los cuales 23 (31,9%) fueron por macrosomía fetal, de las cuales 18 fueron confirmadas y 5 no lo fueron, 14 casos (20,8%)

fueron por distocia de presentación, subdividiéndose en presentación pelviana con 9 casos, transversa con 3 y oblicua con 2.

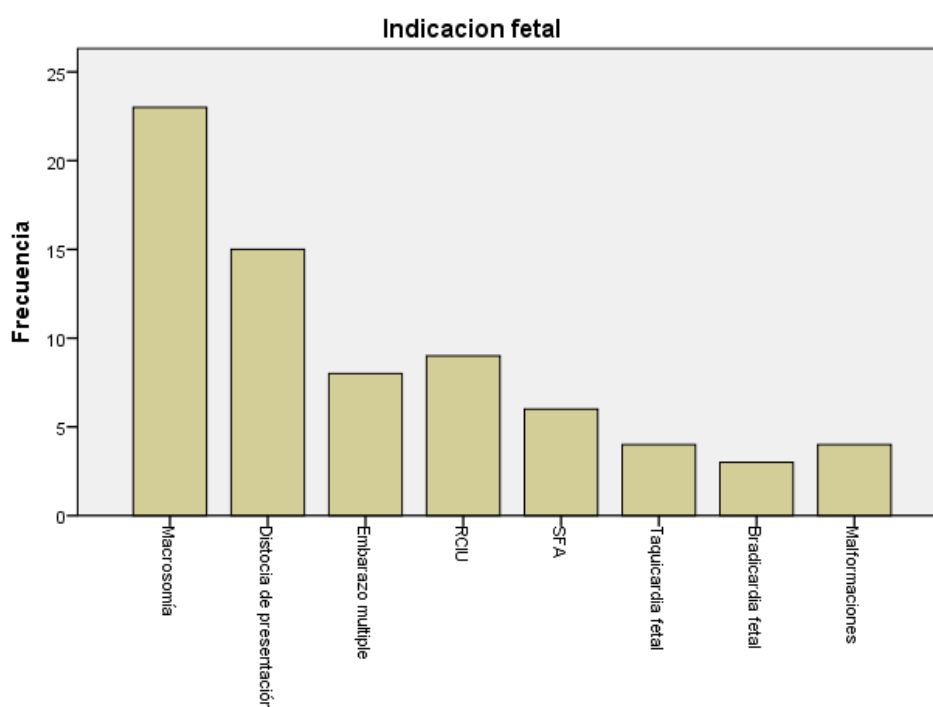


GRÁFICO 5: PRINCIPALES INDICACIONES FETALES PARA CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015

Se encontró 7 casos (11,1%) de embarazo múltiple, habiendo 4 bicorionico biamniótico y 3 por gestación doble pelviana. Además, se encontraron otras indicaciones, como la Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) con 9 casos (12,5%), el Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) con 8 casos (8,3%), taquicardia fetal con 4 casos (5,6%), bradicardia fetal con 3 casos (4,2%), y por último, malformaciones congénitas con 4 casos (5,6%) subdividiéndose en malformaciones del Sistema Nervioso Central (SNC) con 2 casos, malformación renal y digestiva con 1 caso respectivamente (TABLA Y GRAFICO 5).

Dentro de las indicaciones maternas observadas, la preeclampsia con 21 casos (29,2%) fue la más prevalente, se tomó en cuenta tanto la

preeclampsia severa con 17 casos y el síndrome de HELLP con 4 casos. Alcanzando un segundo lugar en prevalencia, se encuentra la cesárea previa con 19 casos (26,4%), de igual manera esta categoría se dividió en cesárea previa 2 veces con 11 casos, y cesárea previa 3 o más veces con 6 casos. La hemorragia de la 2da mitad del embarazo se presentó en tercer lugar con 7 casos (9,7%), 4 de ellos fueron placenta previa y los 3 restantes desprendimiento prematuro de placenta.

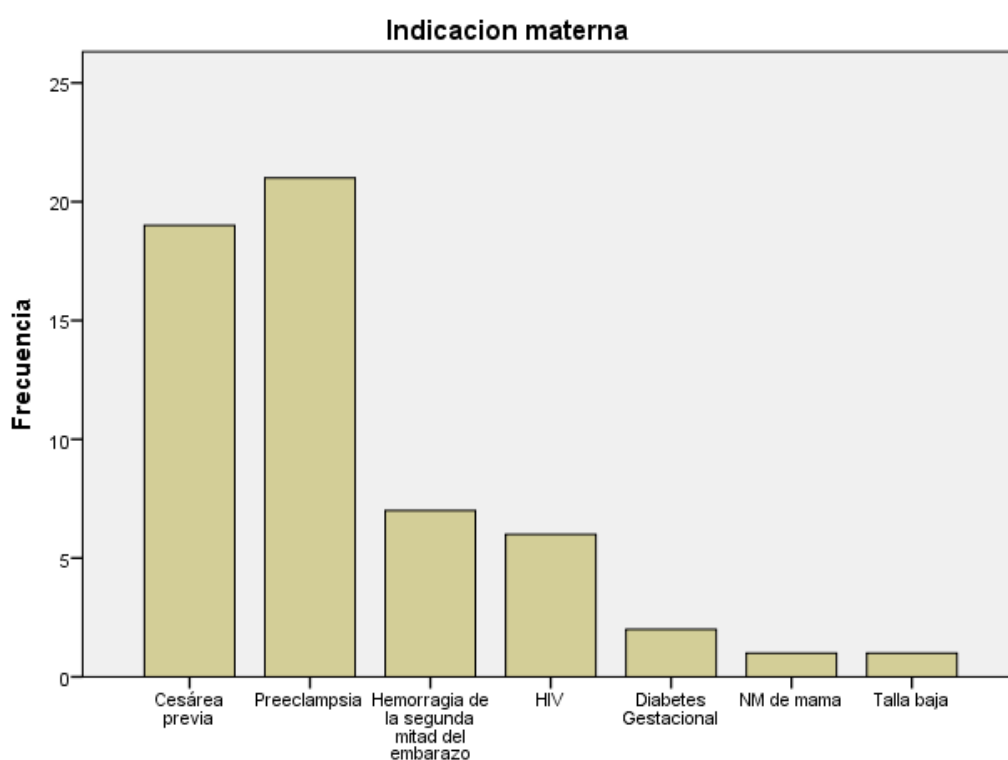


GRÁFICO 4: PRNCPALES INDICACIONES MATERNAS PARA CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015

Además se hallaron otras indicaciones de menor prevalencia, como el antecedente de ser portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) con 6 casos (8,3%), 4 de estos casos con tratamiento antirretroviral iniciado y 2 sin este. Asimismo, 2 casos (2,8%) de diabetes gestacional,

antecedente de NM de mama estadio IIIB y talla baja, 1 solo caso (1,4%) en ambos (TABLA Y GRAFICO 4)

De la misma forma, dentro de las indicaciones por parto disfuncional, se encontró 10 casos (13,9%) por inducción fallida, 5 casos (6,9%) por dilatación estacionaria y deflexiones respectivamente, y por último, 2 casos (2,8%) por detención del descenso (TABLA Y GRAFICO 6).

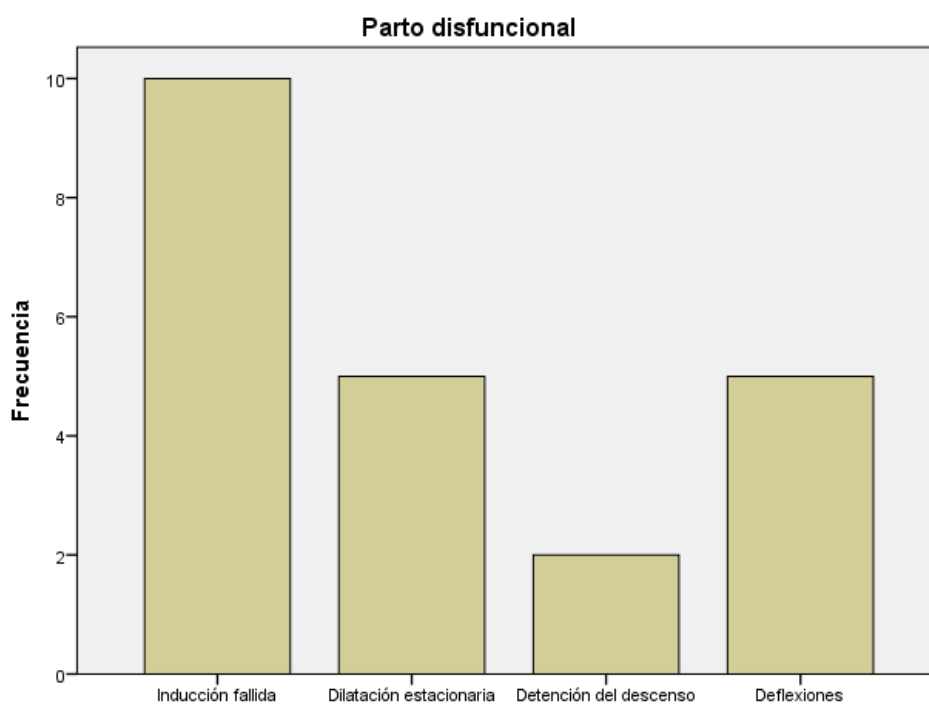


GRÁFICO 6: PRINCIPALES INDICACIONES POR PARTO DISFUNCIONAL PARA CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015

En cuanto a los diagnósticos secundarios asociados a la indicación de cesárea, se encontró el no trabajo de parto en 43 casos representando el de mayor prevalencia, seguido por el trabajo de parto propiamente dicho con 32 casos subdivido en fase latente y activa, con 14 y 18 casos respectivamente.

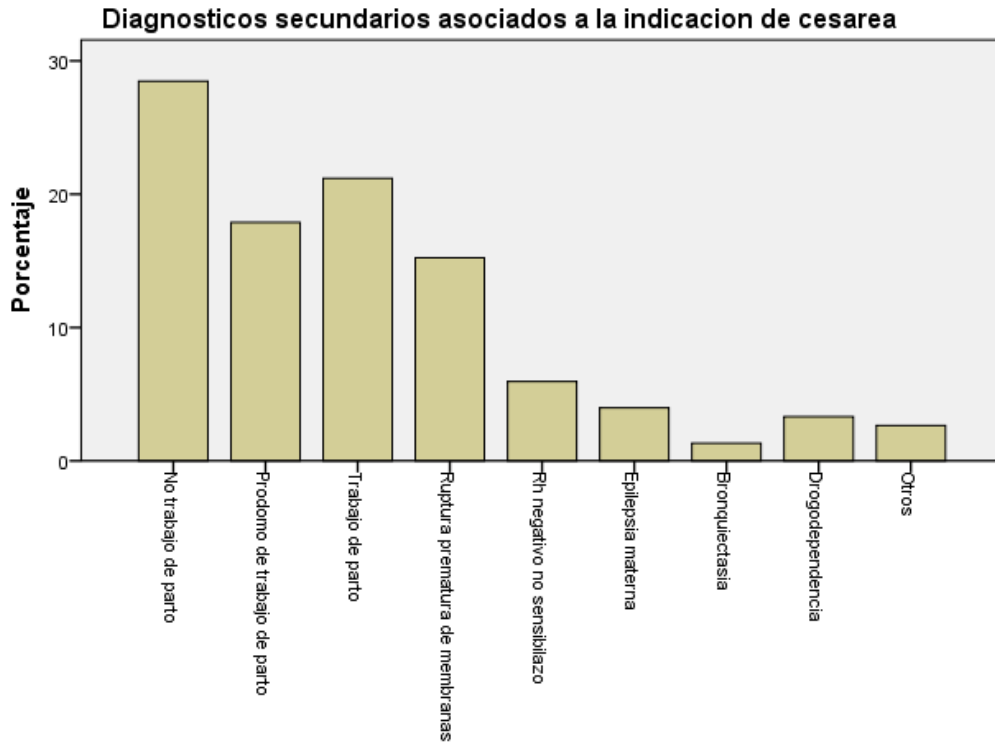


GRÁFICO 7: DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS ASOCIADOS A LAS INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015

El pródromo de trabajo de parto con 27 casos, ruptura prematura de membrana (RPM) con 23 casos subdividiéndola en prolongada en horas y días, con 15 y 8 casos respectivamente, Rh negativo no sensibilizado con 9 casos, epilepsia materna con 6 casos, bronquiectasia con 2 casos y drogodependencia con 5 casos (TABLA Y GRAFICO 7)

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el estudio de las principales indicaciones de cesárea, se obtuvo que el 31,1% de los partos realizados fueron cesárea, lo cual supera las recomendaciones de la OMS ³. En estudios previos se han observado resultados similares ^{2,6} y, en forma individual, se encontraron grandes diferencias entre las indicaciones que llevaron a la realización de cesárea.

Los resultados obtenidos en el análisis de las principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión muestran una enorme lista de más de 40 diagnósticos diferentes, tratando de integrar grupos de acuerdo a las indicaciones más frecuentemente reportadas se les clasificó según indicación materna, fetal y parto disfuncional, los resultados fueron resumidos por orden de frecuencia y, se encontró que la causa número uno de cesárea es la macrosomía fetal con 31,9%, siendo la indicación fetal la principal indicación encontrada en este estudio.

Estos resultados son muy similares a los reportados por otros autores en cuanto a tendencia al incremento de la tasa de operación cesárea ², pero diferentes a los reportados con relación a la indicación que conlleva a esta. Dentro de los principales estudios realizados en nuestro país, los resultados encontrados por Gálvez Liñan¹⁸ en el 2014 en el Hospital San José del Callao son similares en cuanto a la prevalencia de cesárea el cual fue de 42% respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, en nuestro caso es de 31,1%, cabe resaltar que el Hospital Nacional

Daniel Alcides Carrión del Callao es de mayor complejidad y en teoría debería tener mayor prevalencia de cesáreas.

En nuestro estudio, se concluyó que la macrosomía fetal es la principal indicación de cesárea, lo cual difiere con la mayoría de autores revisados, en los que si bien es cierto es un diagnóstico importante, no fue el más prevalente en sus estudios.

Dentro de las indicaciones fetales, la distocia de presentación presentó un 20,8% la cual fue subdividida en sus diferentes modalidades, lo cual concuerda con Casagrandi, Pérez y Areces ¹⁴ durante el 2007 en La Habana-Cuba, quienes encontraron solamente la presentación pelviana con un 11,1%, asimismo en el estudio de Zornoza ² en el Hospital de León de España, la presentación pelviana fue la segunda en mayor porcentaje.

Se encontró como tercera indicación fetal el embarazo múltiple, con un 11,1%, dentro de los trabajos revisados, el de Ortiz y Miño ²⁰ en Argentina es el más similar con un registro 13,30% de embarazo gemelar.

Además, se encontraron otras indicaciones, las cuales no fueron tomadas en cuenta en otras revisiones, como la Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) con 12,5%, la taquicardia fetal con 5,6% y bradicardia fetal con un 4,2%.

Se encontró similitud con el estudio de Vélez y Tovar en México donde el Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) fue 11.62%, en este estudio fue de 12,5%. Por último, las malformaciones congénitas se encontraron en un

5,6%, lo cual llama la atención ya que no se encontró otro estudio con porcentajes tan altos, tomándolo con mucha alarma.

Dentro de las indicaciones maternas observadas, la preeclampsia fue la más prevalente con 29,2%, mientras que la mayoría de estudios se encuentra un mayor porcentaje, como en el de Medina, Ortiz y Miño ²⁰ en Argentina, donde se encontró un 46% de enfermedad hipertensiva del embarazo.

Al igual que Zornoza ² en el Hospital de León de España la cesárea anterior fue una de las de mayor porcentaje, en el presente estudio con un 26,4%, sin embargo, esta vez se dividió en cesárea previa 2 o 3 a veces.

Además se hallaron otras indicaciones de menor prevalencia, como el antecedente de ser portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) con un 8,3%, no habiendo otro estudio donde se tome en cuenta, además debemos recordar que la población del Callao es muy particular y esta infección de transmisión es muy prevalente. Medina, Ortiz y Miño ²⁰ en Argentina tomaron en cuenta otras infecciones de transmisión sexual como el Lúes y la condilomatosis.

Por último, dentro de las indicaciones por parto disfuncional, se encontró que el 13,9% eran por inducción fallida, hallándose en segundo lugar en prevalencia la dilatación estacionaria con 6,9%.

Cabe resaltar, que se encontró gran variedad de diagnósticos, los que en ocasiones resultaron difícil incluir en algunas de las indicaciones principales. Se encontraron más de 40 indicaciones diferentes, lo que

indudablemente refleja la gran diversidad de criterios en el personal médico.

Los resultados obtenidos en cuanto a las indicaciones más frecuentes son similares a los reportados por otros autores con variaciones mínimas en la frecuencia.

Para finalizar, en cuanto a los diagnósticos secundarios asociados a la indicación de cesárea, se encontró que la ausencia trabajo de parto fue el de mayor prevalencia, teniendo en cuenta que mientras la gestante no se encuentre en trabajo de parto se pueden tomar decisiones, a diferencia de que esta ya se encuentre en pródromos o el trabajo de parto propiamente, el cual fue subdividido en fase latente y activa. El objetivo de este trabajo no fue demostrar la morbilidad de la operación cesárea; sin embargo, en la toma de decisiones para su indicación no puede negarse que influye en forma importante el temor a una demanda por parte de la paciente hacia el médico, lo que lo obliga a intentar justificar dicho procedimiento y ejercer una práctica médica a la defensiva. Aunado a lo benévolo de la técnica quirúrgica, la disminución en el riesgo anestésico, el mejor tratamiento médico que incluye una corta estancia hospitalaria y la administración rutinaria de antibióticos, vuelve muy atractivo elegir la operación cesárea y olvidar o ignorar conceptos básicos de responsabilidad profesional y, por qué no, también éticos.

En el presente estudio existe una gran cantidad de indicaciones cesárea, muchas de ellas preocupan porque podrían no considerarse como

absolutamente justificadas para el objetivo de la cesárea, que es buscar el bienestar de la madre y su hijo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. La principal indicación de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo Julio 2014 -Julio del 2015 fue la indicación fetal con un 47,7%.
2. La prevalencia de cesárea por indicación materna en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo Julio 2014 -Julio del 2015 fue de 37,7%, dentro de la cual la preeclampsia fue la de mayor prevalencia con 29,2%.
3. La prevalencia de cesárea por indicación fetal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo Julio 2014 -Julio del 2015 fue 47,7%, dentro de la cual la macrosomía fetal fue la de mayor prevalencia con 31,9%.
4. La prevalencia de cesárea por parto disfuncional en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo Julio 2014 -Julio del 2015 fue 17,9% dentro de la cual la inducción fallida fue la de mayor prevalencia con 13,9%.
5. Los diagnósticos secundarios asociados a la indicación cesárea fueron la ausencia de trabajo de parto, seguido por el trabajo de parto propiamente dicho, el pródromo de trabajo de parto, la Ruptura Prematura de Membranas (RPM), Rh negativo no sensibilizada, epilepsia materna, bronquiectasia y drogodependencia, principalmente.

RECOMENDACIONES

1. Analizar las principales indicaciones de cesárea por parte del personal médico de cada institución, para así proponer y formalizar protocolos de tratamiento de acuerdo con los recursos con que cuenta cada hospital y la población que trate.
2. Establecer comités de evaluación del expediente clínico exclusivos para la operación cesárea y, en forma conjunta con los comités de mortalidad materna y perinatal, evaluar los resultados periódicamente y proponer modificaciones de acuerdo con los mismos.
3. En casos de cesárea programada solicitar una segunda opinión, ya que a la fecha hay cada vez menos indicaciones absolutas.
4. Realización de protocolos tomando en cuenta la prueba de trabajo de parto, por supuesto, los protocolos emitidos por las diferentes instituciones de salud.
5. No establecer una tasa de cesárea determinada, sino proponer una de acuerdo con indicaciones y tratamientos adecuados, establecidos por cada comité evaluador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Incidencia e indicaciones de cesáreas. Medina P; Ortiz G; Miño. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 207. Argentina, Junio 2011.
2. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. Quispe, Santivañez, Leyton, Pomasunco. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2010; 27(1): 45-50.
3. Modificación en la tasa de cesáreas y sus indicaciones entre 2008 y 2012 en el Hospital de León. Zornoza G, Luengo T, Ferrero V, Fernández C, González G. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Asistencial De León. León. España. Prog Obstet Ginecol. 2012; 51(7):404-10.
4. Indicación de cesárea en el instituto materno infantil (IMI) Bogotá - Colombia. Serie de casos. Barriga M, Bautista S, Navarro V. Rev Fac Med. 2012; 60:111-115.
5. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. Patiño H. Rev. Per. Obstet. Ginecol. Tumbes. 2011; 71(2).
6. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Muñoz E, Rosales A, Domínguez P, Serrano D. Ginecol Obstet Mex 2011;79(2):67-74.
7. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. Redondo, Sáez, Oliva, Soler y Antoni Arias. Gac Sanit. 2013;27(3):258–262.
8. Cesárea, experiencia en el hospital general de Oxapampa. Echais, J. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Ginecol. Obstet. 2011; 50(2): 106-10.
9. Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. Vélez P, Tovar G, Méndez V, López L, Ruiz B. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2012; 29(2); 58-64.
10. Rubio M, Ángel M. Operación Cesárea. En: Orlando P, Angel M. Obstetricia Integral Siglo XXI. Bogota-Colombia: Albarracin García; 2009.302.
11. Manzano E. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. [Tesis

- para optar el Título Profesional de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres; 2011.
12. Chávez R. Análisis estadístico de los factores de riesgo que influyen en el médico para la operación por cesárea a pacientes atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal – 2002. [Tesis para optar el grado de Licenciado en Administración en Establecimientos en Salud] Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.
 13. Oshiro E. Cesárea, tasa, indicaciones y factores de morbimortalidad materno perinatal asociados en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el período 2003-2005. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.
 14. Santiago E. Factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes sometidas a cesárea. [Tesis para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres; 2011.
 15. Casagrandi C, Perez P. Areces D, et al. Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007; 33(3): 1
 16. Lugones M. La cesárea en la historia. Rev. Cubana Obst Ginecol.2001;27(1):53-6
 17. Pacheco J, Saona P. Cesárea. En: Pacheco J. Ginecología Obstetricia y Reproduccion.2ºed.Lima,Peru:Rep;2007.1322-24
 18. Cabero L, Cabrillo E. Finalización del embarazo con cesárea. En: Cabero, Saldivar. Operatoria Obstétrica: una visión actual.5 edición. Chapultepec, México: Editorial Médica Panamericana; 2009.231-5.
 19. Schwartz, Sala, Duverges. Operacion Cesarea. Obstetricia. En: Schwarcz. Obstetricia.6ºed.buenos Aires: El Ateneo;2005.703-8
 20. Moreno O, Félix C. Cesárea. En: Bravo A. Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia.4º ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana;2006.388.
 21. Organización de las Naciones Unidas. Guías de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. [sitio en internet] Consultado: 10 de mayo de 2011. Disponible en: http://www.onu.org.pe/upload/documentos/MINSA_GuiaAtencionemergencias-Obstetricas.pdf.
 22. Análisis de la Situación de Salud (ASIS) 2012. Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital San José. Callao. Lima 2013.

23. Moreno O, Félix C. Cesárea. En: Bravo A. Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia. 4° ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2006.366-7.
24. Echeverry J. Operación Cesárea. En: Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo. 6° ed. Medellín, Colombia: Distribuna; 2008.687.
25. Patiño, G. Frecuencia e indicaciones de operación cesárea en el Hospital I-IPSS Tumbes. Facultad de Ciencias de la Salud, 2004.
26. Pavon, P.; Golascochea, M. C.; Ramírez, M., Landa, V. "Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana". Rev. Méd. UV. México. 2002; 2(2): 13-18.

ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	Naturaleza	Escala de Medida	Indicador	Instrumento	Dimensión	Definición conceptual	Definición operacional
Indicaciones de cesárea	Cuantitativa	De razón	Motivo que lleva a terminación de gestación por vía abdominal	Ficha de recolección de datos	Clínica – Epidemiológica	Cesárea, acto quirúrgico mediante el cual se extrae feto, placenta y anexos ovulares.	N de casos de cesárea en HC
Cesárea por indicación materna	Cuantitativa	De razón	Motivo que lleva a terminación de gestación por vía abdominal por alteraciones maternas	Ficha de recolección de datos	Clínica – Epidemiológica	Extracción del producto de la gestación por patología materna	N de casos de cesárea por indicación materna en HC
Cesárea por indicación fetal	Cuantitativa	De razón	Motivo que lleva a terminación de gestación por vía abdominal por alteraciones fetales	Ficha de recolección de datos	Clínica – Epidemiológica	Extracción del producto de la gestación por patología fetal	N de casos de cesárea por indicación fetal en HC
Cesárea por parto disfuncional	Cuantitativa	De razón	Motivo que lleva a terminación de gestación por vía abdominal por parto disfuncional	Ficha de recolección de datos	Clínica – Epidemiológica	Extracción del producto de la gestación por alteración durante el trabajo de parto	N de casos de cesárea por parto disfunción en HC

ANEXO 02: INSTRUMENTO

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
INDICACION DE CESAREA - HNDAC**

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad: _____
 Historia clínica: _____ G P _____
 Fecha de ingreso: _____ Días de hospitalización: _____
 Fecha de egreso: _____ Edad gestacional: _____

DATOS OBSTÉTRICOS

Motivo principal de cesárea:

Indicación materna

- Cesárea previa: _____ N° de veces
- Hemorragia de la 2da mitad del embarazo:
- Preeclampsia:
- Otros (Especificar)

Indicación fetal

- Macrosomía fetal: Confirmada: _____ No confirmada: _____
- Embarazo múltiple: Tipo:
- Distocia de presentación:
- Otros (Especificar)

Parto disfuncional

- Inducción fallida:
- Dilatación estacionaria:
- Detención del descenso:
- Otros (Especificar)

Diagnósticos secundarios asociados a la indicación de cesárea

No trabajo de parto	Pródromo de trabajo de parto	Trabajo de parto	Ruptura prematura de placenta	Rh negativo no sensibilizada	Epilepsia materna	Otros

TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1: BASE DE ESTUDIO

BASE DE LA ATENCION A GESTANTES PERIODO JULIO 2014 - JULIO 2015		
	n	%
Número total de partos	3933	
Número total de partos vía vaginal	2707	
Número total de partos por cesárea	1226	
Muestra de población a evaluar		
Parto por cesárea	151	
Indicaciones de cesárea		
Indicación materna	57	37,00%
Indicación fetal	72	47,70%
Parto disfuncional	22	17,90%
Indicación materna		
Cesárea previa	19	26,40%
Preeclampsia	21	29,20%
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	7	9,70%
Otros	10	6,60%
Indicación fetal		
Macrosomía fetal	23	31,90%
Embarazo múltiple	7	11,10%
Distocia de presentación	14	20,80%
Otros	35	23,10%
Parto disfuncional		
Inducción fallida	10	13,90%
Dilatación estacionaria	5	6,90%
Detención del descenso	2	2,80%
Otros	5	3,30%

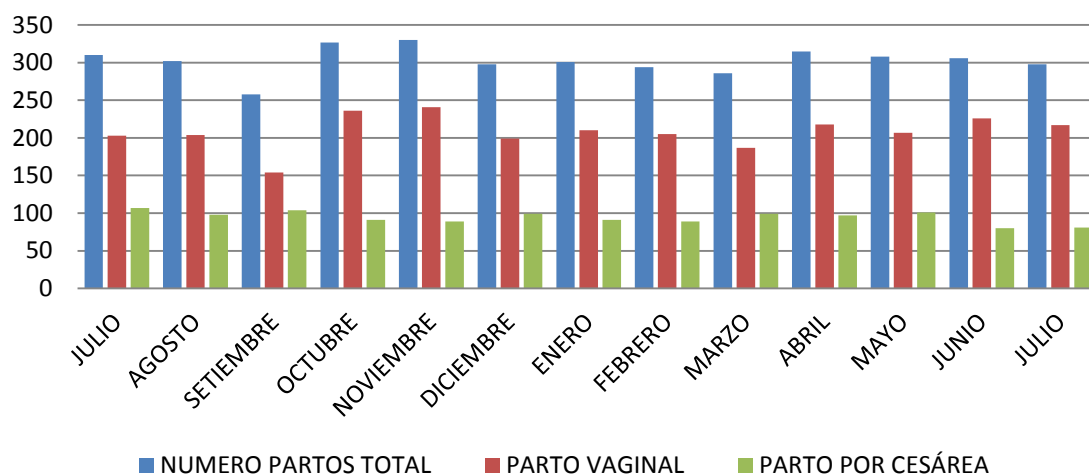
FUENTE: Propia, Libro de Partos de Centro Obstétrico y Libro de Cesáreas de Centro Quirúrgico

TABLA 2: ATENCIÓN A GESTANTES SEGÚN TIPO DE PARTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015

MES	NUMERO PARTOS TOTAL	PARTO VAGINAL	PARTO POR CESÁREA
JULIO	310	203	107
AGOSTO	302	204	98
SETIEMBRE	258	154	104
OCTUBRE	327	236	91
NOVIEMBRE	330	241	89
DICIEMBRE	298	199	99
ENERO	301	210	91
FEBRERO	294	205	89
MARZO	286	187	99
ABRIL	315	218	97
MAYO	308	207	101
JUNIO	306	226	80
JULIO	298	217	81

FUENTE: Propia, Libro de Partos de Centro Obstétrico y Libro de Cesáreas de Centro Quirúrgico

GRÁFICO 1: ATENCIÓN A GESTANTES SEGÚN TIPO DE PARTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015



FUENTE: Propia, Libro de Partos de Centro Obstétrico y Libro de Cesáreas de Centro Quirúrgico

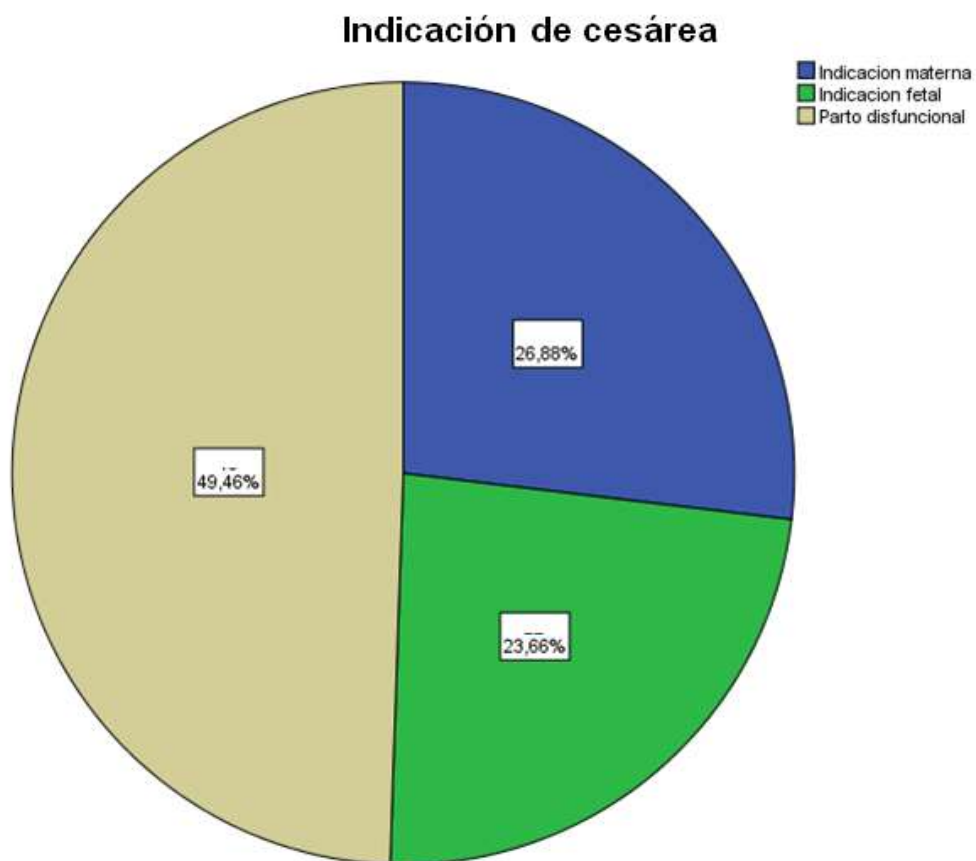
TABLA 3: INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015

Indicaciones de cesárea: Informe de estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Indicación materna	57	1	7	2,26	1,370
Indicación fetal	72	1	8	3,06	2,135
Parto disfuncional	22	1	4	2,09	1,231
N válido (por lista)	22				

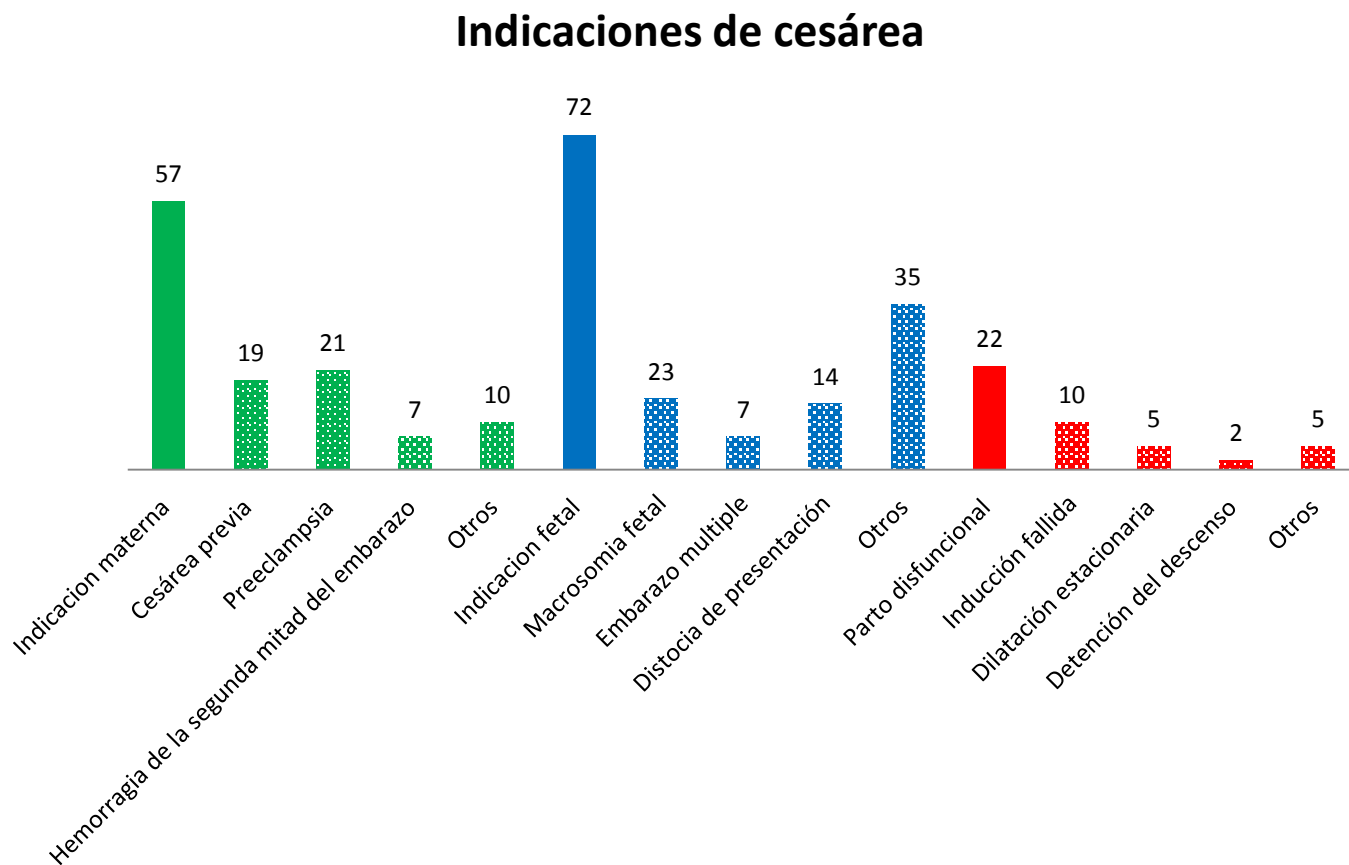
FUENTE: Propia, Libro de Partos de Centro Obstétrico y Libro de Cesáreas de Centro Quirúrgico

GRÁFICO 2: INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015



FUENTE: Propia, Libro de Partos de Centro Obstétrico y Libro de Cesáreas de Centro Quirúrgico

GRÁFICO 3: INDICACIONES Y PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015



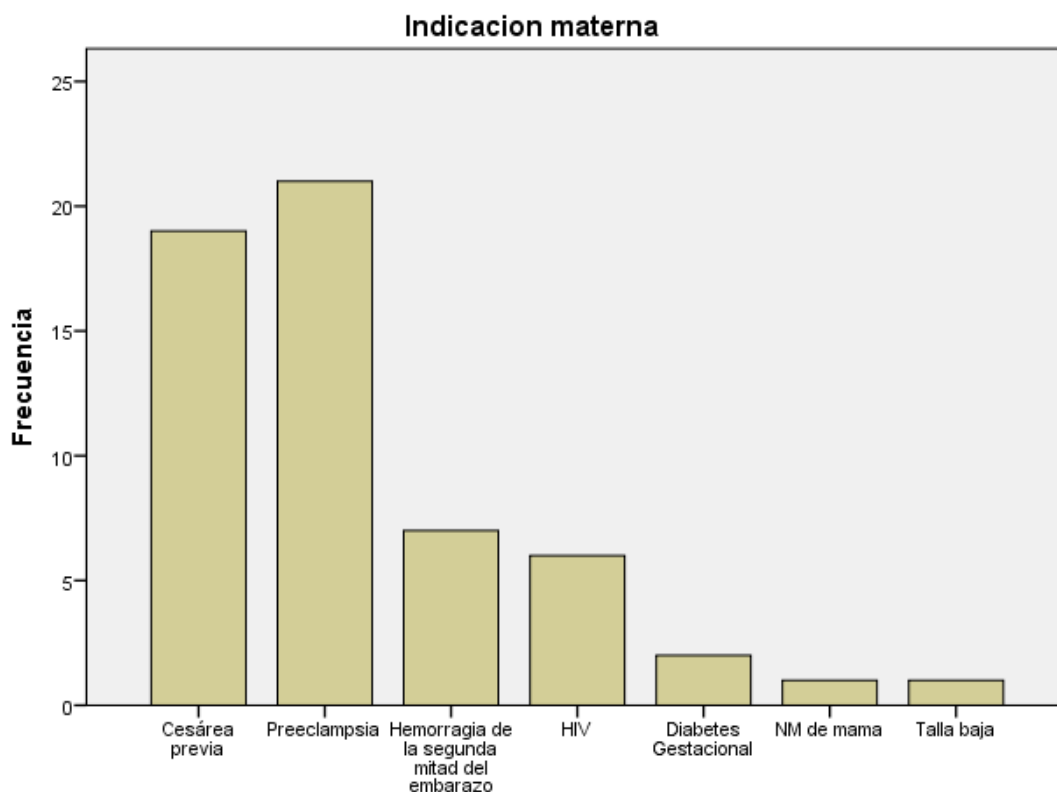
FUENTE: Propia, Libro de Partos de Centro Obstétrico y Libro de Cesáreas de Centro Quirúrgico

TABLA 4: PRINCIPALES INDICACIONES MATERNAS PARA CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015

		Indicación materna			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cesárea previa	19	26,4	33,3	33,3
	Preeclampsia	21	29,2	36,8	70,2
	Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	7	9,7	12,3	82,5
	HIV	6	8,3	10,5	93,0
	Diabetes Gestacional	2	2,8	3,5	96,5
	NM de mama	1	1,4	1,8	98,2
	Talla baja	1	1,4	1,8	100,0
	Total	57	79,2	100,0	
Perdidos	Sistema	15	20,8		
Total		72	100,0		

FUENTE: Propia, Libro de Partos de Centro Obstétrico y Libro de Cesáreas de Centro Quirúrgico

GRÁFICO 4: PRINCIPALES INDICACIONES MATERNAS PARA CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015



FUENTE: Propia, Libro de Partos de Centro Obstétrico y Libro de Cesáreas de Centro Quirúrgico

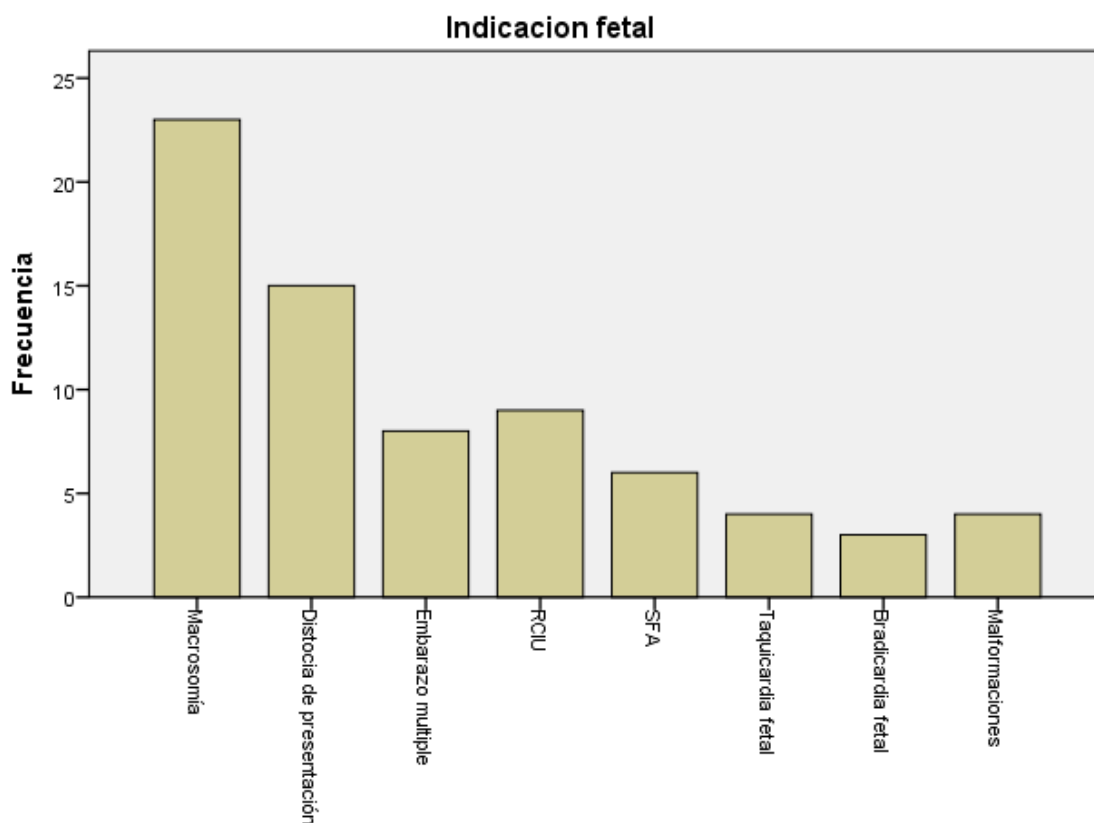
TABLA 5: PRNCPALES INDICACIONES FETALES PARA CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015

Indicación fetal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Macrosomía	23	31,9	31,9	31,9
	Distocia de presentación	15	20,8	20,8	52,8
	Embarazo múltiple	8	11,1	11,1	63,9
	RCIU	9	12,5	12,5	76,4
	SFA	6	8,3	8,3	84,7
	Taquicardia fetal	4	5,6	5,6	90,3
	Bradycardia fetal	3	4,2	4,2	94,4
	Malformaciones	4	5,6	5,6	100,0
	Total	72	100,0	100,0	

FUENTE: Propia, Libro de Partos de Centro Obstétrico y Libro de Cesáreas de Centro Quirúrgico

GRÁFICO 5: PRNCPALES INDICACIONES FETALES PARA CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015



FUENTE: Propia, Libro de Partos de Centro Obstétrico y Libro de Cesáreas de Centro Quirúrgico

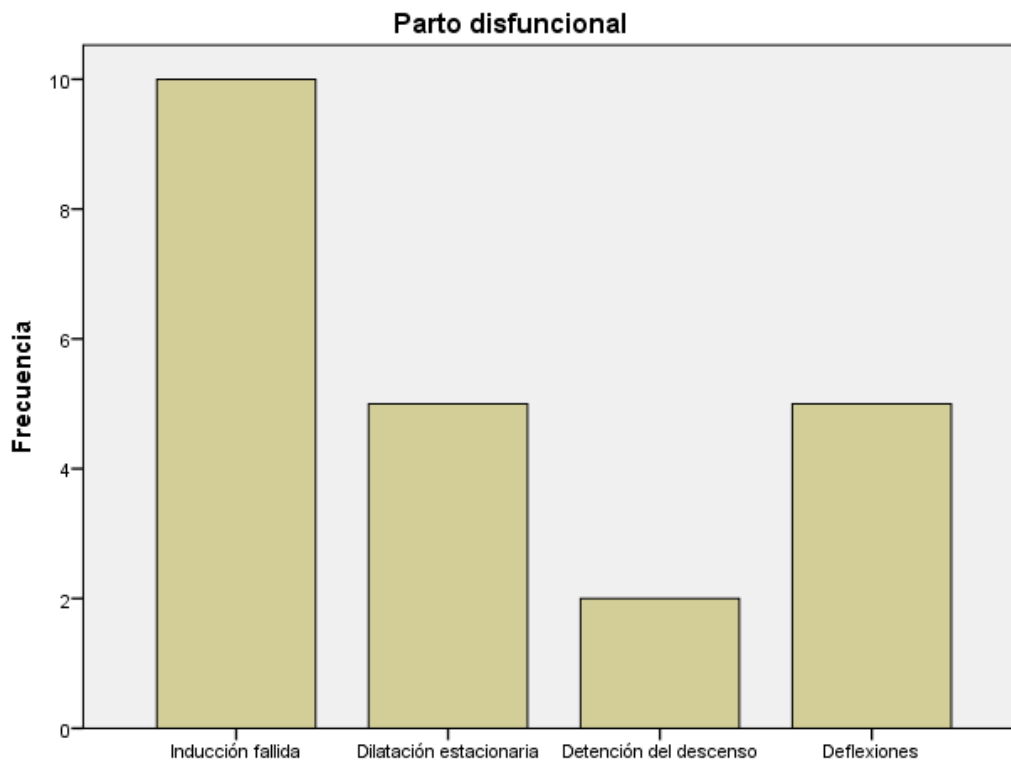
TABLA 6: PRINCIPALES INDICACIONES POR PARTO DISFUNCIONAL PARA CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015

Parto disfuncional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inducción fallida	10	13,9	45,5	45,5
	Dilatación estacionaria	5	6,9	22,7	68,2
	Detención del descenso	2	2,8	9,1	77,3
	Deflexiones	5	6,9	22,7	100,0
	Total	22	30,6	100,0	
Perdidos	Sistema	50	69,4		
Total		72	100,0		

FUENTE: Propia, Libro de Partos de Centro Obstétrico y Libro de Cesáreas de Centro Quirúrgico

GRÁFICO 6: PRINCIPALES INDICACIONES POR PARTO DISFUNCIONAL PARA CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015



FUENTE: Propia, Libro de Partos de Centro Obstétrico y Libro de Cesáreas de Centro Quirúrgico

TABLA 7: DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS ASOCIADOS A LAS INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015

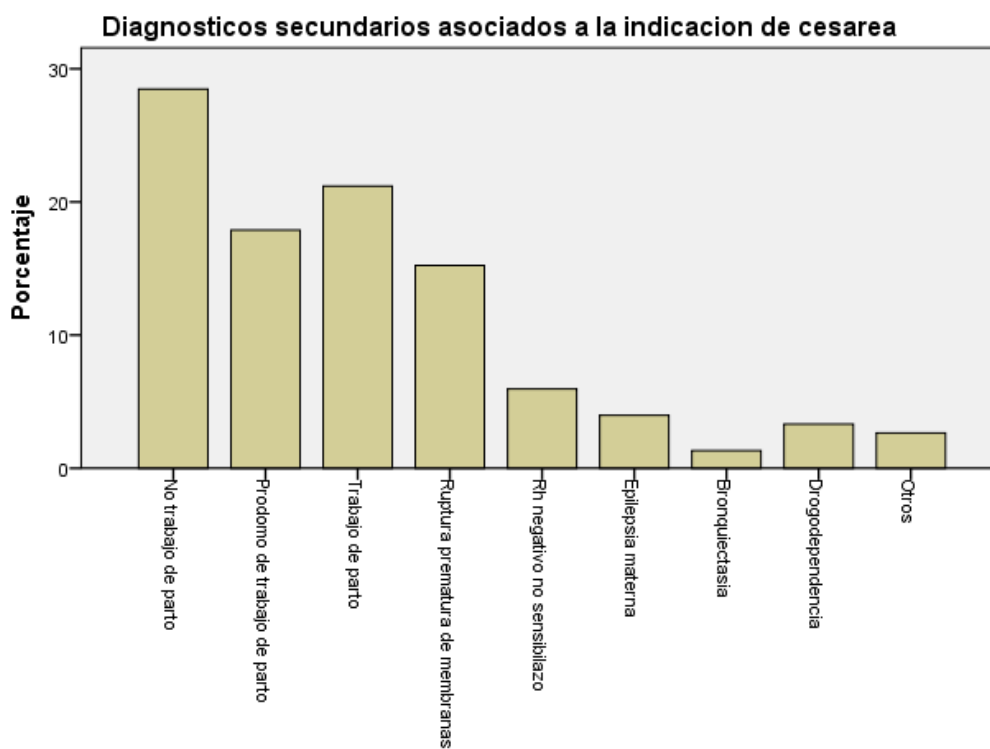
Diagnósticos secundarios asociados a la indicación de cesárea

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No trabajo de parto	43	27,6	28,5	28,5
	Pródromo de trabajo de parto	27	17,3	17,9	46,4
	Trabajo de parto	32	20,5	21,2	67,5
	Ruptura prematura de membranas	23	14,7	15,2	82,8
	Rh negativo no sensibilizado	9	5,8	6,0	88,7
	Epilepsia materna	6	3,8	4,0	92,7

	Bronquiectasia	2	1,3	1,3	94,0
	Drogodependencia	5	3,2	3,3	97,4
	Otros	4	2,6	2,6	100,0
	Total	151	96,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	3,2		
Total		156	100,0		

FUENTE: Propia, Libro de Partos de Centro Obstétrico y Libro de Cesáreas de Centro Quirúrgico

GRÁFICO 7: DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS ASOCIADOS A LAS INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO PERIODO JULIO 2014 – JULIO 2015



FUENTE: Propia, Libro de Partos de Centro Obstétrico y Libro de Cesáreas de Centro Quirúrgico