

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**PREVALENCIA DE PARTO POR CESÁREA EN EL CENTRO
MEDICO NAVAL “CMST” EN EL PERIODO JULIO 2014 -
JULIO 2015**

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

JOSÉ ANDRÉS FIESTAS WALTER

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

**MAG. EDUARDO MORALES REZZA
ASESOR**

LIMA – PERÚ

2016

Dedicatoria

*A mis padres, por su infinito esfuerzo,
a quienes le debo mi profesión
y a quienes estaré eternamente agradecido
por no dejarme renunciar a mis sueños.*

Agradecimientos

A los Asistentes del Departamento de Gineco-Obstetricia
del Centro Medico Naval "CMST"
por su invaluable asesoría en la realización
de la presente tesis.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo julio 2014 - julio 2015

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal; en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo de Julio 2014 – Julio 2015. Se incluyeron la totalidad de los nacimientos durante el periodo de estudio. Los datos fueron recolectados del libro de partos, libro de sala de operaciones y base de datos estadísticos del Departamento de Gineco-Obstetricia.

Resultados: La prevalencia de partos por cesárea fue de 53.37%. El tipo de cesárea, más frecuente, según el antecedente obstétrico fue la Primaria con un 56.96%. El grupo etario en el que predominaron las cesáreas fue el de 20 a 34 años con el 78.85%. Las Principales indicaciones fueron Cesárea anterior con 41.14%, Falta de progresión de trabajo de parto con 12.02% y Macrosomía Fetal con 8.23%.

Conclusiones: El estudio revela una frecuencia elevada de cesáreas que supera ampliamente al 15 % recomendada por la OMS. Una alta frecuencia de Cesáreas realizadas por primera vez y un alto índice de indicación de cesárea por cesárea anterior, lo cual contribuye a que la tendencia de que las tasas de cesárea sigan aumentando con el paso de los años.

ABSTRACT

Objective: To determinate the prevalence of cesarean delivery in Naval Medical Center "CMST" on the period July 2014 – July 2015.

Methods: A descriptive, retrospective cross-sectional study was conducted; at the Medical Naval "CMST" Center in the period July 2014 - July 2015 all births were included during the study period. Data were collected from the delivery book, book of operating room and statistical database of the Department of Obstetrics and Gynecology.

Results: The prevalence of cesarean delivery was 53.37%. The cesarean rate, most frequently, according to the obstetric history was the primary with 56.96% .The age group in which cesarean sections predominated was that of 20-34 years with the 78.85%. The main indications were previous cesarean with 41.14% Lack of progression of labor with 12.02% and to 8.23% Fetal Macrosomía.

Conclusion: The study reveals a high frequency of cesarean sections that far exceeds the 15% recommended by WHO. A high frequency of cesarean sections performed for the first time and a high rate of cesarean section indication of previous cesarean, which contributes to the tendency of cesarean rates continue to rise over the years.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	12
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	12
2.2. BASES TEÓRICAS.....	15
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	27
3.1. HIPÓTESIS.....	27
3.2. VARIABLES: INDICADORES	28
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	29
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	29
4.2. POBLACION Y MUESTRA	30
4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	30
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS	31
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	31
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
5.1. RESULTADOS	32
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	38
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFAS	48
ANEXOS	52

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años hemos visto un incremento en la frecuencia con la que se realizan las cirugías. Una de las operaciones realizadas con mayor frecuencia es la cesárea. En estados unidos en el 2010 la cesárea fue la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia. (1)

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10 y el 15%. A pesar de esta recomendación, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. (2)

En América Latina, en el año 2005, la prevalencia de partos por cesárea fue de 33% siendo más alta en hospitales privados con 51%.(3) En México en el 2009 las cesáreas alcanzaron tasas de 41%.(4)

En Sudamérica, las tasas más altas han sido las alcanzadas en Chile con 40%, incrementándose a 51% en instituciones privadas, mientras que en Brasil en segmentos de mayores ingresos económicos los partos por cesárea alcanzan una proporción de 77%.(5)

En el Perú estas tasas elevadas de cesárea no han sido la excepción los cuales se han puesto en evidencia en diversos estudios, como el que se realizó en el 2010 en siete hospitales públicos de Lima donde se determinó que las tasas de cesárea llegaban a 36.9%, mostrando una tendencia a seguir aumentando con el transcurso de los años. (6)

Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando su motivo está bien indicado, ya que el aumento de estas por encima de lo recomendado por la OMS no se ha visto que reduzca las tasas de

morbimortalidad materno y perinatal. (7) Por el contrario un abuso de ellas puede provocar complicaciones y discapacidades importantes o incluso la muerte.

Un aumento de las tasas de cesárea no solo trae repercusiones en la salud. El costo es también un factor importante que genera un gasto significativo para los sistemas sanitarios ya que una cesárea puede costar el doble o inclusive el triple que un parto por vía vaginal.

Factores Socioeconómicos como la tendencia a tener hijos a una mayor edad, mayores ingresos por parte de las gestantes debido al desarrollo económico que han ido teniendo en los últimos años. Por parte de los médicos el temor a juicios por mala praxis los llevan muchas veces por resolver rápido el parto por medio de la cesárea.

Ante todo esto los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto al incremento de cantidad de partos por cesárea, sin embargo, no se ha tomado la debida conciencia ya que la frecuencia sigue en aumento.

Por la relevancia del marcado incremento de la práctica de la operación cesárea a nivel Nacional, las complicaciones para la salud que trae un abuso de ellas y los altos costos que generan para el estado, surge la siguiente pregunta de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de partos por cesárea en el Centro Medico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” durante el periodo julio2014 – julio 2015

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En el Perú, estudios previos han evidenciado un incremento del porcentaje de cesáreas tanto en la práctica privada como pública, dentro de los más importantes podemos encontrar al realizado por Villar y colaboradores en el año 1970 donde la incidencia de cesáreas apenas llegaba al 5%. En 1990 en el estudio de Távara-Orozco las tasas de cesáreas habían superado el 20%. En el 2010 un gran estudio realizado en 7 hospitales de Lima revelo que las tasas de cesárea habían llegado a 36.9%.⁽⁶⁾ A pesar de la tendencia a que sigan aumentando la frecuencia con la que se realizan las cesáreas, en los últimos años no se han realizado grandes estudios que evidencien este incremento.

Son muchos los factores implicados en el uso excesivo de la cesárea, motivo por el cual es importante el conocer las principales indicaciones de cesárea en la actualidad, ya que se ha visto que con el pasar de los años, ya sea en países desarrollados o en vías de desarrollo, estos han ido variando.

El Centro Medico Naval “CMST” un hospital de referencia en el Austro de nuestro país, en el que además de brindar atención a sus afiliados, se realizan actividades académicas y se contribuye a la formación de nuevos médicos. Sin embargo hay pocos trabajos realizados en los últimos años en relación a este problema. Motivo por el cual los resultados obtenidos nos permitirán valorar los criterios que poseen los profesionales de salud, para indicar este procedimiento y de ser posible encaminarlos para evitar el abuso irracional de la misma.

Dicho trabajo beneficiara tanto a la institución en la que se realizara, como a otras instituciones ya que nos permitirá extrapolar el resultado a otros centros hospitalarios.

1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El trabajo se realizó en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Centro Medico Naval “CMST” Ubicado en el distrito de Bellavista - Callao en el periodo de Julio 2014 a Julio 2015.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Determinar la Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo Julio 2014 - Julio 2015

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la prevalencia de cesáreas estratificada por grupo etario de pacientes atendidas en el CENTRO MEDICO NAVAL “CMST” durante el periodo julio2014 – julio 2015

Identificar el tipo de cesárea más frecuente según antecedentes obstétricos (primera o previa) de pacientes atendidas en el CENTRO MEDICO NAVAL "CMST" durante el periodo julio2014 – julio 2015

Identificar las causas más frecuentes de indicación de cesárea cesáreas en pacientes atendidas en el CENTRO MEDICO NAVAL "CMST" durante el periodo julio2014 – julio 2015

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Uno de los primeros trabajos fue el realizado por la OMS en 1985, donde los profesionales de la salud de todo el mundo consideraron que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10 y el 15%. (2)

Estas tasas elevadas se han visto reflejadas en todo el mundo, como lo demuestra un estudio realizado por Anne Pfuner, realizado en el 2010 dentro de los hospitales más representativos de estados unidos, se determinó que la intervención quirúrgica más frecuente realizada fue la cesárea y se vio un aumento del 41% desde el año 1997 al 2010. (1)

Estudios parecidos fueron realizados por la OMS entre el año 2004 y 2005 en 24 regiones de ocho países de América Latina y se obtuvo datos de todas las mujeres admitidas para el parto en 120 instituciones seleccionadas aleatoriamente, la mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33%, y en hospitales privados se observaron tasas de hasta el 51%. (8)

Este trabajo se relaciona con el realizado por el Dr. Francisco Garrido Latorre en México en el año 2005 en el que el valor promedio entre los diferentes hospitales de todo el estado fue de 34%. Alcanzando valores máximos de 49.9% en las ciudades mayor desarrolladas. (9)

Otro estudio parecido fue el realizado por Casagrandi C, Pérez en Habana – Cuba en Tendencias de Algunos Indicadores Relacionados con la Cesárea. Se encontró que el índice de cesáreas se incrementó de 18,3% a 29,2% en los años 1996 y 2005, respectivamente. (10)

En la encuesta nacional de salud y nutrición del 2012 (ENSANUT 2012) México ha pasado a ocupar el 1er lugar en cesáreas en todo el mundo, siendo el total de nacimientos por esta el 45.2% (20.5 programado y 25.7 por urgencia) en comparación con otros nacimientos por cesárea a nivel mundial como EE.U 31.1%, Brasil 44%, Italia 36%, Portugal 38.7%, China 40.5%.

Sin embargo esto no ha sido ajeno en Europa como lo demuestra Villaverde Royo, 2009, Zaragoza- España en *Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud*; donde encontró que la incidencia observada en el 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. (11)

Estas tendencias no han sido ajenas en América Latina, como lo demuestra un estudio realizado por el Dr. Eghon Guzmán, llamado Perfil Epidemiológico de la cesárea en Chile en la década 2000-2010. La tasa de cesáreas fue de 36.4%, se evidencio que la tendencia era de seguir aumentando también, La principal causa de cesárea en múltiparas fue la cesárea anterior con el 50 %. (12)

En un estudio parecido realizado por la Dra. Griselda Itati Abreo en Argentina en el año 2011, de 4016 nacimientos registrados se encontraron tasas de cesárea de 30.94%, siendo las principales indicaciones, la cesárea anterior con 30.94%, SFA con 16%, Falta de progresión de trabajo de parto con 9.75%, evidenciándose un aumento significativo con años anteriores. (13)

Dentro de los principales estudios realizados en nuestro país está el de Gladys Patiño, 2011, Lima-Perú, realizó un trabajo: Tasa de Incidencia y Factores Determinantes de la Cesárea en los Hospitales de Tumbes 2011; encontró que la frecuencia de cesárea en el hospital de EsSalud fue de 58,76 %, y de 49,52 % en el hospital del MINSA, así mismo encontró que en los hospitales del MINSA la edad promedio fue de 26,4 años, mientras que en el de EsSalud fue de 29,4. (14)

Un importante estudio realizado por Antonio M. Quispe, 2010, Lima-Perú fue el de: Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: Análisis de tendencia en el periodo 2001- 2008; en el que se encontró que la tasa de cesáreas en los hospitales de la DISA V Lima-Ciudad no solo supera largamente el límite recomendado por la OMS sino que su tendencia significativamente positiva contribuye a suponer que esta seguirá aumentando con el transcurso de los años. (15)

Otro importante trabajo fue el planteado por Manzano Espejo, 2009, Lima-Perú, en Incidencia y Factores Asociados a Cesárea Iterativa en Adolescentes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 – 2009. Quien determino que la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multigestas, fue 45 %. A la vez encontró que existía una mayor asociación a desproporción cefalopélvica y con menor indicación por el mayor número de hijos vivos y abortos previos. (16)

De igual importancia un estudio en nuestro medio fue el de Chávez Zevallos, 2005, Lima-Perú, realizó un estudio: Análisis Estadístico de los Factores de Riesgo que Influyen en el Médico para la Operación por Cesárea a Pacientes Atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal en el Año 2002. Donde encontró que el sufrimiento fetal agudo (14.0%), la estrechez pélvica materna (12.3%), la ruptura prematura de membranas prolongada (10.5%), la

incompatibilidad feto pélvica (9.8%), la pre - eclampsia severa (7.6%), la presentación fetal pélvica (7.0%); así como el control pre natal inadecuado, influyeron en la determinación del médico para la operación cesárea. (17)

Un estudio similar fue el realizado por el Dr. Oshiro Romero, 2007, Lima-Perú: Cesárea, Tasa, Indicaciones y Factores de Morbimortalidad Materno Perinatal Asociados en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el período 2003-2005. Se logró demostrar que la tasa de cesárea se encuentra por encima del 10% propuesto por la OPS. La principal indicación para cesárea fue la cesárea previa. La principal complicación de la cesárea fue la infección urinaria. (18)

Por ultimo un estudio realizado por el Dr. Eduardo Maradiegue Mendes, 1973, Lima-Perú: Estudio sobre cesáreas en el CENTRO MEDICO NAVAL en los últimos cinco años; Se pudo concluir que en los últimos cinco años, se realizó 464 operaciones cesáreas de un total de 3,781 partos, con una frecuencia de 12.27%, El 60.77% del total de cesáreas, las pacientes pertenecían a la tercera década de la vida, las indicaciones más frecuentes fueron la de iterativa(36.85%), desproporción céfalo-pélvica (18.31%) y su sufrimiento fetal (12.06%). (19)

2.2. BASES TEÓRICAS

DEFINICION:

De acuerdo a la guía de práctica clínica del IMSS entendemos como cesárea procedimiento quirúrgico que tiene como fin extraer al feto vivo o muerto a través de laparotomía e incisión de pared uterina, después que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal.

MARCO HISTORICO:

Según la mitología clásica, tanto el nacimiento de Esculapio como el de Baco fueron por cesárea. En la mitología griega hay referencias a nacimientos de dioses o semidioses por vía abdominal, como el que se refiere a Hermes que sacó a Dionisio por mandato de Zeus del vientre de Semele, y Apolo, que abre el abdomen de Corinis, muerta por Artemis, y saca a Esculapio.(20)

La cesárea ya era conocida en el imperio romano desde el año 715 a. C. En ese entonces, la “lex cesárea” dictada por Numa Pompilio obligaba a practicarla en las embarazadas que acababan de morir para enterrar al recién nacido separadamente, en pocas ocasiones para lograr salvar su vida. (20)

El origen de la palabra cesárea no está claramente establecido. Algunos autores piensan que proviene del emperador Julio César por haber nacido de esta manera, aunque es más aceptada la teoría de que procede del término latín “caedere” (cortar, hacer una fisura).

En Roma se usaba la expresión “a matre caesus” (cortado de su madre) para describir la operación. (20)

La primera de estas intervenciones documentada en la que sobrevivieron tanto la madre como el bebé fue realizada en el año 1500 en Suiza por Jacob Nufer,

castrador de cerdos, que realizó dicho procedimiento en su mujer, que luego dio a luz a 5 hijos más por vía vaginal.(21)

Entre los siglos XVII y XIX la práctica de la cesárea se realizaba sólo cuando el parto vaginal era imposible como un último intento de salvar la vida de la madre y el feto, ya que la mortalidad era muy elevada (mayor a un 80%).(21)

En 1882, Max Sänger introdujo la sutura uterina de la histerotomía prácticamente igual a como se hace hoy en día. Latzko realizó en 1908 la primera cesárea extra peritoneal como forma de prevenir las peritonitis postoperatorias. En 1912, Kronig realizó la primera incisión segmentaria vertical y en 1925, Kerr describió la técnica actual de histerotomía segmentaria transversal. (21)

TIPOS DE CESÁREA

Según antecedente obstétrico de la paciente:

Primaria es la que se realiza por primera vez, Anterior o Previa es cuando existe el antecedente de una cesárea e Iterativa es la que se practica en una mujer con antecedente de dos o más cesáreas.

Según indicaciones:

Cesárea electiva: es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada. (22)

Cesárea en curso de parto o de recurso: se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen desproporción pélvica fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o

descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto. (22)

Cesárea urgente: es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente. (22)

Según técnica quirúrgica:

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 (Tipo 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.

INDICACIONES DE CESÁREA

Las indicaciones de cesárea se pueden dividir de varios tipos. Estos pueden ser:

Indicaciones Absolutas:

Son aquellas que no admiten discusión porque el parto vaginal es simplemente imposible o altamente riesgoso. En este grupo tenemos a la Desproporción Cefalo-pelvica, Macrosomía fetal con peso estimado sobre 4500 gramos., Presentación distócica, Tumor previo, Placenta previa oclusiva, Sufrimiento fetal en ausencia de condiciones para parto vaginal inmediato, enfermedad materna grave, Antecedente de dos o más cesáreas, Antecedente de operaciones plásticas uterinas o miomectomía (23)

Indicaciones Relativas: Son producto de problemas circunstanciales, que no obligatoriamente se repetirán en un próximo parto. Dentro de este grupo tenemos:

Distocias de la dinámica (hiper o hipodinamia refractaria); Distocias de la progresión del Parto: Dilatación estacionaria, Falta de descenso de la presentación, Distocias de posición, Prueba de trabajo de parto fracasada.; Antecedente de 1 operación cesárea; Algunas enfermedades fetales (malformaciones); Macrosomía fetal entre 4000 y 4500 gramos. (23)

Indicaciones según origen de la causa :

Las Causas maternas son; Distocia de partes óseas (Desproporción céfalo-pélvica), las cuales incluyen: Estrechez pélvica, Pelvis asimétrica o deformada, Tumores óseos de la pelvis. Distocia de partes blandas, las cuales incluyen: Malformaciones congénitas, Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el trabajo de parto, dos operaciones cesáreas previas, Cirugía previa de segmento y/o cuerpo uterino, incluyen Cirugía previa de cérvix (vagina y vulva), Distocia de la contracción. Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normo inserta), patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus. (24)

Las Causas fetales son; Macrosomía fetal que condicione desproporción cefalopélvica, Alteraciones de la situación, presentación, actitud fetal, Prolapso del cordón umbilical, Sufrimiento fetal, Malformaciones fetales incompatibles con el parto, Trabajo de parto prolongado, Cesárea pos mortem (24)

Las Causas mixtas son; Síndrome de desproporción cefalopélvica, Preeclampsia-eclampsia, Embarazo múltiple, Infección amniótica, isoimmunización materno fetal (24)

TECNICA QUIRURGICA

LAPARATOMIA:

Habitualmente se utilizan dos tipos de laparotomía, según la experiencia del ejecutante y la premura de la intervención

Laparotomía media infraumbilical (con o sin extensión supraumbilical): Es una incisión rápida, muy adecuada frente a una emergencia en la que el factor tiempo sea vital. Generalmente mide 12 cm.

Pfannenstiel: Es una incisión abdominal suprapúbica transversal. La técnica consiste en seccionar transversalmente la piel en el límite superior del vello pubiano, en el pliegue que se forma sobre la sínfisis púbica, siguiendo una línea ligeramente arqueada de concavidad superior, de 10 a 12 cm de longitud que se extiende desde una arteria epigástrica hasta la del lado opuesto.

En pacientes obesas a veces es necesario extender lateralmente la incisión. En ambos tipos de laparotomía los pasos siguientes hasta llegar al plano uterino son similares: Profundizar en el tejido graso subcutáneo hasta alcanzar la aponeurosis, ya sea con bisturí manual o eléctrico. Realizar hemostasia prolija.

HISTEROTOMIA

Según la localización puede ser:

Corporal: Se corta longitudinalmente la cara anterior del cuerpo uterino. Indicaciones: falta de formación del segmento inferior (presentación de tronco o en parto prematuro con presentación de tronco), segmento inferior angosto y no desplegado (embarazo entre 21 y 36 semanas), segmento inferior ocupado por un gran mioma, placenta previa inserta en cara anterior del segmento inferior

Segmentaria transversal: Es el tipo de uso más frecuente. La técnica consiste en abrir el peritoneo exponiendo con una valva de Doyen y valvas laterales., Se ubican las arterias uterinas por ambos lados mediante palpació, Se toma con pinzas el repliegue peritoneal vésico-uterino, se corte lateralmente con tijeras de disección hasta exponer la zona de la pared anterior del segmento donde se va

a hacer la histerotomía. Se efectúa la histerotomía en la cara anterior del segmento inferior con bisturí,

Segmentaria vertical de Krönig: se secciona longitudinalmente la cara anterior del segmento inferior en su línea media. Generalmente se extiende hasta incluir el cuerpo uterino, seccionando el anillo de Bandl.

EXTRACCION FETAL

Si se encontrara en presentación cefálica: El feto se extrae introduciendo la mano hábil del cirujano entre la pared anterior del segmento y la presentación, buscando el polo cefálico. Se levanta suavemente el polo hacia la histerotomía. .Presión suave del fondo uterino para producir la expulsión de la cabeza. Se puede, eventualmente, usar una rama de fórceps para levantar la presentación. - Una vez exteriorizada la cabeza, se aspira el rinofárinx y se continúa con la extracción de los hombros y del cuerpo, flectando lateralmente la cabeza y rechazando suavemente la pared anterior del segmento por delante del hombro anterior, mientras se comprime suavemente el fondo uterino

Presentación podálica: Se introduce la mano hábil con una compresa para facilitar la prehensión, buscando el pie posterior para traccionar a través de la histerotomía luego se traccionan y elevan las nalgas, se comprime suavemente el fondo uterino para facilitar la extracción, se extraen los hombros por suave rotación de las nalgas, manteniendo el dorso hacia arriba

PINZAMIENTO DEL CORDON

Se realiza con dos pinzas hemostáticas, entre las cuales se comprime el cordón para que se forme un hematoma. Se toman muestras de sangre para exámenes.

ALUMBRAMIENTO

Puede ser espontáneo, dirigido o manual, según corresponda. Se debe procurar hacer el alumbramiento en forma espontánea, puesto que la tasa de hemorragias y endometritis postparto son significativamente menores, junto con disminuir el riesgo de isoimmunización.

HISTERORRAFIA

Una vez extraído el feto se colocan pinzas hemostáticas en los ángulos de la histerotomía.

Cesárea segmentaria transversal: Se inicia con un punto en cada extremo de la histerotomía, para realizar hemostasia de los vasos uterinos que se hayan podido comprometer. Posteriormente se puede realizar la histerorrafia con sutura corrida en dos planos del músculo uterino; su ventaja es principalmente la rapidez, y su desventaja es la isquemia.

Cesárea corporal: Se realiza en tres planos, utilizando para el primer plano catgut crómico 1/0 sin incluir endometrio ni la capa superficial del miometrio. El segundo plano incluye esta última y el peritoneo, se realiza con puntos atraumáticos con catgut simple 0. En el tercer plano se realiza invaginación seromuscular con sutura corrida usando el mismo material.

Cesárea segmentaria vertical: Requiere de uno o dos puntos en el extremo caudal de la histerotomía, luego la sutura del cuerpo (como en la cesárea corporal) con una reparación funcional del anillo de Bandl

CIERRE DE LA LAPAROTOMIA

Se continúa la peritonización del segmento inferior con catgut simple, se realiza aseo y revisión de la cavidad peritoneal y anexos, se cierra la pared abdominal por planos, usando catgut simple para el peritoneo parietal, capa muscular y celular subcutáneo; vicryl para la aponeurosis; lino, seda (a puntos simples) o nylon (sutura intradérmica) para piel.

PROFILAXIS ANTIBIOTICA

Disminuye la incidencia de endometritis postparto. Se aplica tras la ligadura de cordón, y se puede usar: Cefazolina 1 gr c/8 hrs. E.V. por tres veces - Cefazolina 2 gr E.V. de una sola vez. (27)

RIESGOS Y BENEFICIOS DE UNA CESÁREA:

BENEFICIOS DE LA CESAREA

Beneficios para la madre: El mayor beneficio materno de la cesárea es la potencial protección del piso pelviano que reduce la incidencia de incontinencia de heces, flatos y orina y el prolapso de los órganos pelvianos. El riesgo de tener una cirugía por prolapso o incontinencia de orina es del 11.1 %.

Otro potencial beneficio materno es evitar la cesárea de urgencia que aumenta la morbilidad, mejorando el vínculo entre madre e hijo. (25)

Beneficios para el feto: Algunos resultados adversos neonatales podrían evitarse si se programaran las cesáreas a las 39 semanas de gestación. La tasa de muerte anteparto o intraparto desde la semana 39 es de 2 en 1000. Algunas de estas muertes podrían prevenirse al programar una cesárea.

Hay una mayor transmisión de enfermedades como el HIV, la hepatitis B, la hepatitis C y el HPV en el parto vaginal. Hay estudios que muestran que la falta de progresión en el trabajo de parto tiene una mayor incidencia de injuria cerebral en el feto. La parálisis cerebral también puede asociarse con eventos intraparto desfavorables. Sin embargo, el porcentaje atribuible a esto es muy bajo.

La tasa de complicaciones fetales como, las fracturas y la alteración de nervios se reduce con la cesárea. Sin embargo, salvo en los casos de alto riesgo como los fetos macrosómicos de madres con o sin diabetes, esta complicación es muy

rara. Se deberían hacer más de 400 cesáreas para prevenir un solo caso de injuria permanente del plexo braquial.

Otra ventaja de la cesárea programada es la mejor utilización del recurso humano evitando el cansancio y los errores ocasionados por el mismo. Sin embargo, si se realizan los controles de rutina como ser el monitoreo intraparto, el análisis del HIV anteparto, etc. la mayoría de los eventos desfavorables podrían evitarse sin tener que recurrir a una cesárea programada. (25)

RESGOS PARA LA MADRE

La muerte materna sigue siendo el punto más importante a tener en cuenta. La cesárea tiene un mayor riesgo de muerte materna. Esto es difícil de establecer ya que la tasa de muerte materna es baja y no hay datos suficientes para poder establecer una tendencia. Por otra parte, la morbilidad asociada a la cesárea ha disminuido a nivel mundial.

Las mujeres con el antecedente de una cesárea tienen mayor riesgo de tener rotura uterina, placenta previa, acreta, desprendimiento de placenta y embarazo ectópico. Dado que la tasa de cesárea aumentó en los últimos 50 años, la frecuencia de placenta acreta se incrementó unas 10 veces.

Hay que considerar las complicaciones quirúrgicas como las infecciones, la hemorragia y el daño visceral. Hay un 10% de infecciones luego de una cesárea incluso utilizando antibióticos. Esta tasa disminuye con las cesáreas programadas o aquellas que no están precedidas por un trabajo de parto o la rotura de membranas. La re hospitalización luego del nacimiento por infección uterina o hemorragia es más común luego de una cesárea que de un parto pero la diferencia es menos de 1 en 100 pacientes.

No está aún establecido el efecto de la formación de adherencias luego de la cesárea y su relación con la esterilidad secundaria. La cesárea se ha asociado con una mayor incidencia de depresión postparto. (25)

RIESGOS PARA EL FETO:

Existen problemas pulmonares neonatales por la cesárea realizada antes de las 39 semanas. El distrés respiratorio iatrogénico es del 0.4%. La hipotensión materna por la anestesia puede causar una acidosis respiratoria fetal transitoria. (25)

Complicaciones post operatorias: Las hemorragias se producen en el posoperatorio precoz por atonía. Requiere transfusión, evacuación de los coágulos del útero y el cuello y la administración de uterotónicos. La hemorragia tardía se asocia con endometritis y requiere antibióticos de amplio espectro. La posibilidad de retención de tejido placentario es muy baja por lo que deberá evitarse la exploración uterina en presencia de una cicatriz.

Con una incidencia menor al 10% se encuentran las infecciones, una sola dosis de antibióticos en el momento de la cirugía reduce la incidencia de endometritis e infecciones de la herida y urinarias; sin embargo esto es controversial, ya que estos medicamentos no son inocuos para el feto. (25)

MORTALIDAD MATERNA POSTCESÁREA

En ocasiones es difícil evaluar si la muerte materna tras la cesárea se debe a la intervención o a la causa que motivó la misma, sobre todo si la causa fue una enfermedad materna que impedía el parto vía vaginal (DM complicada, Preeclampsia, alteración cardiaca o renal)(26)

Actualmente, gracias a los progresos en las técnicas anestésicas, a la disponibilidad de una profilaxis antibiótica eficaz y a las técnicas para reposición de volemia, las complicaciones que conllevaban con mayor frecuencia a la mortalidad materna (complicaciones anestésicas, infecciones y hemorragias) son mucho menos frecuentes.

Sí es cierto que la mortalidad materna es mayor en el parto por cesárea que en el parto vía vaginal, incluso de 5 a 7 veces superior.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS

La prevalencia de partos por cesárea en el Centro Medico Naval "CMST" en el periodo de Julio 2014-2015 fue superior al 15 % recomendado por la OMS

3.2. VARIABLES: INDICADORES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Naturaleza	Indicador	Escala
Edad Materna	Edad Reproductiva de los 15 años a los 44 años	1. ≤19 años 2. 20-34 años 3. ≥ 35 años	Cuantitativa Discreta	Años Cumplidos	Razón
Operación Cesárea	Procedimiento quirúrgico que tiene como fin extraer el feto vivo o muerto a través de laparotomía o Incisión de pared uterina.	1. Primaria 2. Cesárea Anterior	Cualitativa Dicotómica	Realizada	Nominal
Indicación Operación Cesárea	Motivo valido por el cual se lleva a cabo la operación cesárea	Causa de indicación de cesárea	Cualitativa Cuantitativa	Presente Ausente	Nominal

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal el cual se estudiara en gestantes que fueron sometidas a una Cesárea en el CENTRO MEDICO NAVAL “CMST” ubicado en el distrito de BELLAVISTA, provincia constitucional del Callao, perteneciente al departamento de Lima; durante el periodo Julio 2014 - julio 2015.

4.2. POBLACION Y MUESTRA

La Población estuvo constituida por los 592 partos hospitalarios realizados en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo Julio 2014-Julio 2015

La Muestra del estudio esa constituida por la totalidad de los partos hospitalarios realizados en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo Julio 2014-2015 los cuales fueron 592 partos.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

DE INCLUSION:

Todas las historias clínicas de Gestantes que fueron sometidas a una Cesárea en el servicio de Gíneco-Obstetricia en el periodo de Julio 2014 – Julio 2015 del CENTRO MEDICO NAVAL “CMST”

DE EXCLUSION:

Historias clínicas de Gestantes que fueron sometidas a una Cesárea en el servicio de Gíneco-Obstetricia en el periodo de Julio 2014 – Julio 2015 del CENTRO MEDICO NAVAL “CMST” Cuyos registros médicos cumplieron con los criterios de inclusión pero que sus datos no estuvieron completos para la realización de la investigación.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue la de análisis de documento; Libro de partos, libro de sala de operaciones.

El instrumento a utilizar fue la ficha de datos donde se encuentran las variables de nuestro estudio.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron recolectados del libro de partos, del libro de sala de operaciones y de la base de datos del Departamento de Gineco-Obstetricia. Que estuvieron dentro del periodo de estudio.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos se procesaran mediante la hoja de datos Excel 2013 y software SPSS versión 23. Se realizó un análisis exploratorio de las variables. Se calculó porcentajes. Los resultados son presentados en tablas y gráficos

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

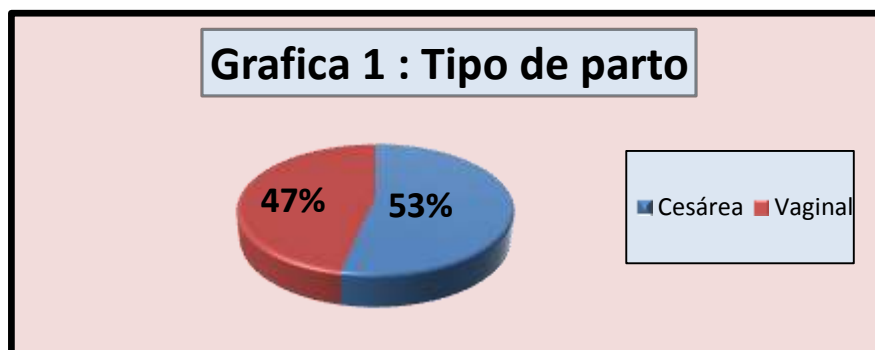
En el Centro Medico Naval “CMST”, durante el periodo comprendido de Julio 2014 a julio 2015, se llevaron a cabo 592 partos Hospitalarios, en el estudio fueron incluidos la totalidad de los pacientes, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

De la totalidad de los partos, los cuales fueron 592, se encontró que 316 culminaron en parto Cesárea (53.38%) y 276 por vía vaginal (46.62%).Tabla 1.

- **TABLA 1: TIPO DE PARTO**

Tipo de Parto	N°	%
Cesárea	316	53.38%
Vaginal	276	46.62%
Total	592	100%

- **GRAFICA 1 : TIPO DE PARTO**



Respecto al tipo de cesárea que se realizaron según el antecedente obstétrico , se encontró que de la totalidad de 316 partos por cesárea , 180 fueron Primarias, siendo el 56.96% y 136 partos por cesárea fueron Previas, siendo el 43.04%.

Tabla 2.

- **TABLA 2 : TIPO DE CESÁREA**

Tipo de Cesárea *	N°	%
Primaria	180	56.96%
Previa	136	43.04%
Total	316	100%

* Tipo de cesárea según antecedente obstétrico

- **GRAFICA 2 : TIPO DE CESÁREA**

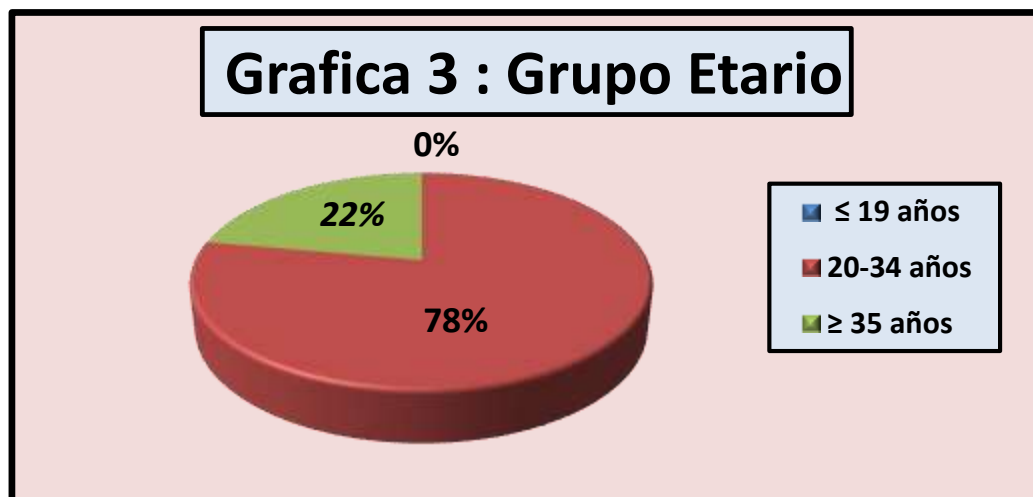


Correspondiente a la edad materna, El grupo etario conformado por las pacientes \leq de 19 años, registraron 0 partos, siendo el 0 % de la totalidad. El grupo etario conformado por las pacientes de 20 a 34 años, registraron 246 partos, siendo el 77.85 % del total. El grupo etario conformado por los pacientes \geq de 35 años, registraron 70 partos, siendo el 22.15 % del total. Tabla 3.

- **TABLA 3 : GRUPO ETARIO**

Edad	N°	%
\leq 19 años	0	0%
20-34 años	246	77.85%
\geq 35 años	70	22.15%
Total	316	100%

- **GRAFICO 3 : GRUPO ETARIO**



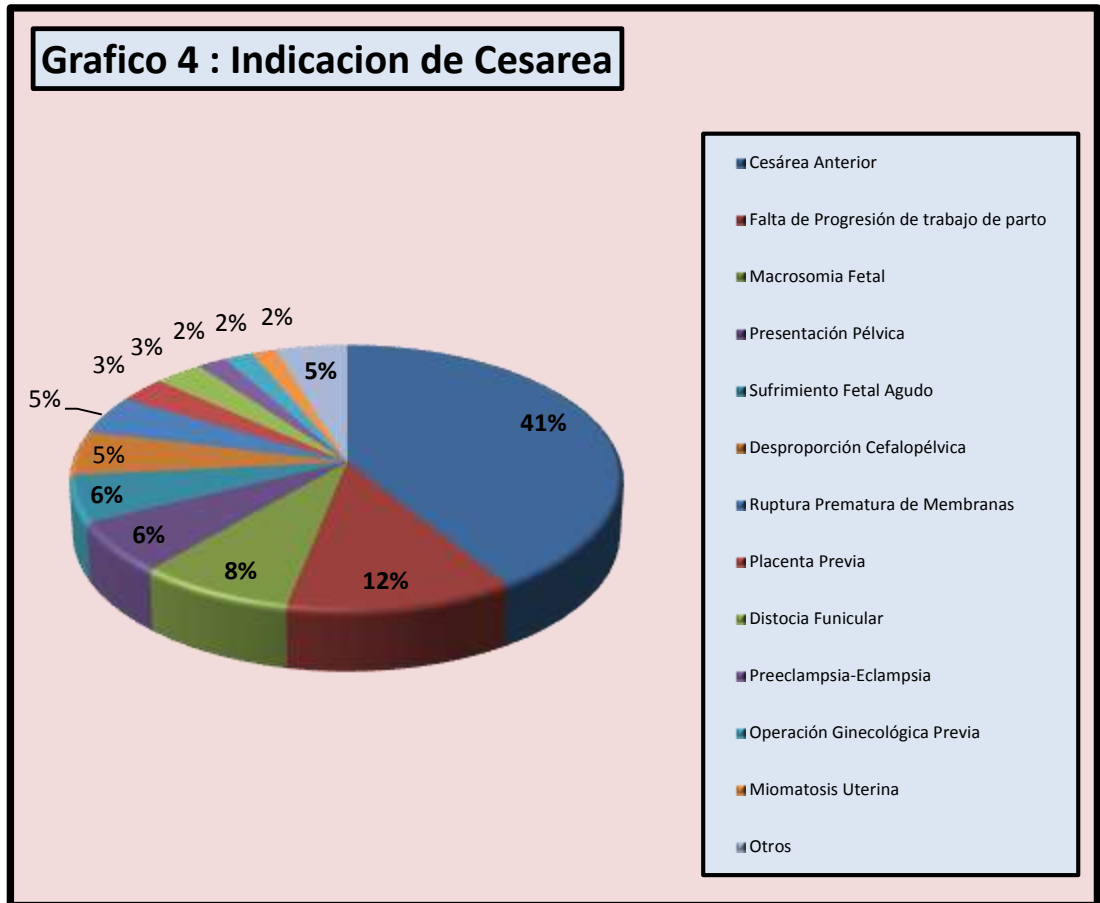
De los 316 pacientes que culminaron su embarazo mediante cesárea, se encontró que tuvieron entre sus indicaciones, 20 diferentes diagnósticos los cuales fueron distribuidos según su frecuencia. La principal indicación de cesárea fue la de Cesárea Anterior, indicada en 130 pacientes, siendo el 41.14%. La segunda indicación más frecuente fue la de Falta de progresión de trabajo de parto, encontrándose en 38 pacientes, siendo el 12.02%. La tercera indicación más frecuente fue la de Macrosomia Fetal, encontrándose en 26 pacientes, siendo esta el 8.23 %. En cuarto lugar se encontró la presentación pélvica con 20 pacientes, siendo el 6.33%. En quinto lugar se encontró el Sufrimiento Fetal Agudo con 18 pacientes , siendo el 5.70%.

En menor frecuencia se encontraron como indicación de cesárea a la Desproporción CefaloPélvica con 5.38 %, Ruptura prematura de membranas con 4.75%, Placenta Previa con 3.16%, Distocia Funicular con 3.16%, Preeclampsia-Eclampsia con 1.90%, Miomatosis Uterina con 1.58%, Embarazo Múltiple con 0.95%, Desprendimiento Prematuro de placenta con 0.95%, Oligohidramnios con 0.63%, Feto en situación transversa con 0.63%, Malformación Fetal con 0.63%, Condilomatosis Vaginal con 0.32%, por último se encontró al Embarazo Prolongado con 0.32%. Tabla 4.

- **TABLA 4 : INDICACIONES DE CESARÉA**

INDICACIONES DE CESARÉA	Nº Pacientes	%
Cesárea Anterior	130	41.14%
Falta de Progresión de trabajo de parto	38	12.02%
Macrosomia Fetal	26	8.23%
Presentación Pélvica	20	6.33%
Sufrimiento Fetal Agudo	18	5.70%
Desproporción Cefalopélvica	17	5.38%
Ruptura Prematura de Membranas	15	4.75%
Placenta Previa	10	3.16%
Distocia Funicular	10	3.16%
Preeclampsia-Eclampsia	6	1.90%
Operación Ginecológica Previa	6	1.90%
Miomatosis Uterina	5	1.58%
Embarazo Múltiple	3	0.95%
Desprendimiento Prematuro de placenta	3	0.95%
Oligohidramnios	2	0.63%
Feto en situación transversa	2	0.63%
Malformación Fetal	2	0.63%
Condilomatosis Vaginal	1	0.32%
Isoinmunización materno-fetal	1	0.32%
Embarazo Prolongado	1	0.32%
Total	316	100%

- **GRAFICO 4 : INDICACIONES DE CESAREA :**



- Cesárea Anterior
- Falta de Progresión de trabajo de parto
- Macrosomia Fetal
- Presentación Pélvica
- Sufrimiento Fetal Agudo
- Desproporción Cefalopélvica
- Ruptura Prematura de Membranas
- Placenta Previa
- Distocia Funicular
- Preeclampsia-Eclampsia
- Operación Ginecológica Previa
- Miomatosis Uterina
- Otros

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio se incluyeron la totalidad de los partos por cesárea realizados dentro del periodo comprendido entre Julio 2014 a Julio 2015 en el Centro Medico Naval "CMST".

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha advertido que anualmente se practican 850 mil cesáreas innecesarias en América Latina, La Organización Mundial de Salud recomienda que los partos por esta vía no deban representar más de un 15% del total de partos en hospitales de segundo nivel y del 20 % en los de tercer nivel.(2)

La Prevalencia de cesáreas en el Centro Medico Naval "OMS", durante el periodo de estudio, fue de 53.38%, esta cifra supera ampliamente la recomendada por la OMS. Si bien la tendencia de los partos por cesáreas en el mundo ha sido la de aumentar en los últimos 15 años, siendo así que en América Latina y el Caribe en el año 2007 la tasa fue de 29.2%. En otros países representativos como México y Chile las tasas fueron de 40% y 31 % respectivamente en el 2007 y en el 2010 las tasas aumentaron a 42 % y 43%. (9;12) La cifra encontrada en el Centro Medico Naval "CMST" las supera en más del 10 %, igualmente en el Estudio realizado en Siete Hospitales Públicos de Lima en el periodo 2001-2008 (DISA V) se encontró que la tasa promedio total fue de 36.9 %.(7) La cual también es superada en 15 % en el estudio realizado. En estudios posteriores realizados en el Centro Medico Naval en el año 1990 por el Dr. Eduardo

Maradiegue Mendez, se hizo un seguimiento de 5 años sobre las tasas de cesáreas y se encontró que la incidencia fue de 12.27%,(19) Esto refleja que en el Centro Medico Naval en el lapso de aproximadamente 20 años, la frecuencia se llegó a cuadruplicar. En estudios más actuales y en un tipo de población socioeconómicamente parecida que se realizó en el año 2000 en el Hospital Central Militar la tasa de incidencia de cesárea fue de 26.84%.(28) Cifra la cual el Centro Medico Naval ha duplicado en 15 años. En un estudio realizado en el Hospital “San José” ubicado en el callao al igual que el Centro Medico Naval, en el 2013 la tasa de incidencia de cesárea fue de 42 %,.(29) Cifra la cual es superada en 10 % por nuestro estudio.

Esto demuestra que en el Centro Medico Naval, claramente se aprecia una cifra alarmante, donde la tasa de incidencia de cesárea supera ampliamente a otros estudios realizados en América Latina y en el Perú, esto nos lleva a la importancia de poder realizar futuros estudios donde se pueda lograr analizar y determinar las causas más importantes que han contribuido a estas cifras tan elevadas de cesáreas para que puedan ser corregidas para el bien de los pacientes.

De la totalidad de las Cesáreas realizadas en el Centro Medico Naval en el periodo de Julio 2014 a Julio 2015, Se encontró que el tipo de cesárea más frecuente según el antecedente obstétrico, fue la realizada por primera vez con el 56.96% y la realizada en Cesáreas Previas fue de 43.04%. Esto quiere decir que más de la mitad de las pacientes no tenían antecedentes de cesárea anterior

y fueron sometidas por primera vez a este procedimiento quirúrgico. Este dato cobra mayor importancia si lo ponemos en el contexto de que una de las principales causas de realizar una cesárea es el de tener una cesárea previa. Entonces mientras más casos nuevos de cesáreas realizadas por primera vez, estamos contribuyendo a que posteriormente incrementemos las tasas de cesáreas. La importancia de este estudio también radica en haber podido identificar las altas tasas de cesáreas nuevas y que en estudios posteriores se haga énfasis en esta y así poder determinar las principales causas de cesáreas en pacientes que se les realiza por primera vez.

Respecto al Grupo etario se encontró que el conformado por pacientes entre 20 a 34 años fue donde se realizaron la mayor cantidad de cesáreas, siendo el 78.85%, El Grupo conformado por pacientes \geq de 35 años fue de 22.15% y el conformado por \leq de 19 años fue de 0 %.La prevalencia de partos en adolescentes, según la OMS es de 11 % a nivel mundial y aun mayor en países de mediano y bajos ingresos, siendo considerados como embarazos de alto riesgo. En un estudio realizado en el Hospital Materno Infantil de Canto Grande de Perú en el año 2005, se encontró que los partos adolescentes eran el 29.8%.(30). En otro estudio realizado en el Hospital San José del Callao en el año 2013 se encontró que el 15% eran partos adolescentes.(29) En el Centro Medico Naval no se encontró ningún parto en adolescentes debido a que la asimilación a la Marina de Guerra del Perú se da a partir de los 18 años y luego

de eso se puede acceder al seguro, otro factor importante es el que está prohibido quedar embarazada en el lapso de formación, siendo la pena el dar de baja a la persona que lo cometa, renunciado al acceso al seguro de la Marina de Guerra del Perú, por estas razones la incidencia fue de 0 %

Los partos en pacientes por encima o igual de los 35 años también son considerados de alto riesgo.

Los partos en pacientes adolescentes son considerados de alto riesgo, En el estudio realizado en el Hospital Materno Infantil de Canto Grande de Perú en el año 2005 se encontró que solo el 1.1% fueron mayores o igual que 35 años .En otro estudio realizado en el Hospital San José del Callao en el año 2013, se encontró que el 11 % fueron mayores o igual que 35 años. Esto hace reflejar la tendencia de que con el paso de los años, las personas se embarazan con una edad más avanzada. En el Centro medico Naval la incidencia de partos por cesárea llega a ser el 22.15%, cifra considerada alta al revisar los antecedentes, la cual podría explicar en parte la alta incidencia de cesáreas en dicho hospital debido a que al ser considerado un embarazo de alto riesgo, conlleva a tener más probabilidad de que surjan complicaciones que desencadenen su terminación en una cesárea.

Las indicaciones de la operación cesárea han sido causa de debate, debido a que las frecuencias, son distintas en los diferentes centros hospitalarios de un país. La Principal indicación de la Operación Cesárea en el Centro Medico Naval en el periodo de Julio 2014 a Julio 2015 fue el de Cesárea Anterior con un 41.14%. Esta ocupa el primer lugar en la mayoría de estudios realizados a nivel local y mundial. (10,12,13,18,30,31). La cantidad de pacientes al que se le indico cesárea por cesárea anterior fue de 130 pacientes y la cantidad de Cesáreas Previas en nuestro estudio fue de 136 pacientes, esto quiere decir que del total de pacientes que ya habían sido sometidas a una cesárea, a solo 6 pacientes se le indico cesárea por una causa distinta al de cesárea anterior y esto sería el 4.4% del total. De esta premisa se podría deducir que del total de las cesáreas primarias que fueron 180, en los próximos años si deciden quedar embarazadas de nuevo, de esta cantidad el 95.6% podrían terminar en Cesárea por la causa de Cesárea anterior. Siendo el caso de 172 pacientes nuevos.

La segunda indicación más frecuente de Cesárea fue la de Falta de Progresión de trabajo de parto con un 12.02%, cifra la cual es un poco alejada alas encontradas en otros estudios realizados en América Latina y en el Perú en años anteriores . (10,12,13,18,30,31) Sin embargo estas cifras si se asemejan mucho a las encontradas en países del primer mundo como Estados Unidos y el Reino Unido donde la falta de progresión del parto es una de las causas más prevalentes, debido a la gran cantidad de madres añosas , llegando a tasas de

35 % en el año 2013. (32) Esto podría ser una de las explicaciones del porque se encuentra en segundo lugar como indicación más frecuente ya que la cantidad de madres añosas en nuestro estudio fue de 22.15%. Tasa elevada si la comparamos con estudios previos realizados en el Perú. (29)

La tercera indicación más frecuente fue la de Macrosomia Fetal con un prevalencia de 8.23%. Cifra la cual se encuentra un poco más elevada que la encontrada en estudios previos (10,12,13,18,30,31) Esta alta incidencia se podría deber a que en el Centro Medico Naval, al ser un Hospital de alta complejidad, cuenta con el equipo necesario para realizar un seguimiento ecográfico a las pacientes, como también clínico. Toda paciente debe contar con un control ecográfico en el tercer trimestre, el cual nos hace sospechar de la tendencia del Peso del Feto, asimismo, en la mayoría de los casos se realiza un control ecográfico a las pacientes que llegan a EMG obstétricas en pródromos o en trabajo de parto, lo cual permite detectar rápidamente el peso aproximado del feto y acompañado de un examen clínico, detectar si estamos ante un feto con Macrosomia y es indicativo de realizar una cesárea.

La Cuarta indicación más frecuente fue la de Presentación Pélvica que constituyo el 6.33%. Es innegable que el nacimiento por vía vaginal de un feto en presentación pélvica constituye un riesgo debido a que se asocia con retención de la cabeza ultima, lesiones fetales, hasta la procidencia del cordón umbilical.

Motivo por el cual en muchos hospitales incluido el Centro Medico Naval la conducta adoptada en este servicio es la de su culminación en parto cesárea.

La Quinta indicación más frecuente fue la de Sufrimiento Fetal Agudo con una tasa de 5.70%. En diferentes publicaciones se vio que muchos de los neonatos obtenidos por cesárea, no mostraron signos que evidenciara el Sufrimiento causal. Para diversos autores este criterio hace posible que poco más del 50 % de los casos se opera sin que exista realmente SFA y lo que realmente justifique este proceder sea el temor de que realmente exista una agresión que justifique este proceder.

En una incidencia menor se encontró a la Desproporción CefaloPelvica con 5.38%, Ruptura Prematura de Membranas con 4.75%, Placenta Previa con 3.16%, Distocia Funicular con 3.16%, Preeclampsia-Eclampsia con 1.90%, Operación Ginecológica Previa con 1.90%. Miomatosis Uterina con 1.58%, Embarazo Múltiple con 0.95%, Desprendimiento Prematuro de placenta con 0.95%, Oligohidramnios con 0.63%, Feto en Situación transversa con 0.63%, Malformación Fetal con 0.63%, Condilomatosis Vaginal con 0.32%, Isoinmunizacion Materno-Fetal con 0.32% y Embarazo Prolongado con 0.32%.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

El Centro Medico Naval “CMST” en el periodo de Julio 2014 a Julio 2015, tuvo una prevalencia de operación cesárea de 53.38%. Cifra superior en más del triple a la recomendada por la OMS. Cifra que también es superior a diversos estudios realizados anteriormente en el interior del País y en América Latina confirmado la tendencia de que esta sigue y seguirá aumentando con el transcurso de los años.

El tipo de cesárea, según antecedente obstétrico con mayor prevalencia fue el de Cesárea Primaria con un 56.96%. Más de la mitad de las pacientes no tenían antecedentes de cesárea anterior y fueron sometidas por primera vez a este procedimiento quirúrgico, mientras más casos nuevos de cesáreas se realicen, estamos contribuyendo a que posteriormente se incrementen las tasas de cesáreas.

La prevalencia de operación cesárea fue mayor en el grupo de edad de 20 a 35 años con un 78.85%, edad recomendable por la OMS para cursar un embarazo

con menor probabilidad de complicaciones. La prevalencia de cesárea en el grupo de edad de ≥ 35 años fue de 22.15%, cifra considerada alta y no recomendable debido a que se asocia con mayores riesgos durante el embarazo. La tendencia a tener hijos a una mayor edad ha contribuido al incremento de la prevalencia de este grupo de edad en los últimos años.

Las Indicación de Cesárea más frecuente encontrada en este estudio fue la de Cesárea Anterior con un 41.14%. Cifra que supera a las encontradas en estudios previos en Perú y América Latina, esta alta incidencia se debe a las altas tasas encontradas en el Centro Medico Naval de Cesáreas Primarias. La falta de progresión de parto fue la segunda en frecuencia con un 12.02%, su alta frecuencia es similar a las encontradas en estudios realizados en países desarrollados como Estados Unidos y El Reino Unido, siendo asociado a una edad materna avanzada. Por último la tercera causa más frecuente fue la de Macrosomia Fetal.

RECOMENDACIONES

Formar un comité de Vigilancia que supervise las cesárea, analizando las indicaciones de la cesárea para ver si estuvieron realmente bien indicadas, están deberían darse en días de forma aleatoria y no predeterminada para que se emita un juicio objetivo. De esta forma se podría reducir las causas no justificadas.

Ofrecer a la embarazada y familiares información basada en evidencia y con terminología entendible para personal no médico, que le permita tomar decisiones informadas sobre el parto ya que muchas veces se origina una presión errónea por parte de los pacientes en la toma de decisiones en los médicos.

Implementar charlas educativas, dinámicas y con incentivos, sobre los riesgos que conlleva el llevar una gestación en edades avanzadas. De esa forma concientizar a la población joven y motivar a realizar embarazos planificados dentro de la edad optima y que conlleva menos riesgos para la madre y su futuro hijo.

Crear una política sistemática y obligatoria de una segunda opinión antes de indicar una cesárea, orientada principalmente a pacientes a las que se les vaya a realizar por primera vez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anne Pfuntner, Lauren M. Wier, M.P.H. and Carol Stocks, R.N. M.H.S.A. Most frequent Procedures Performed in U.S. Hospitals, 2010
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015
3. Betran A, Metin A, Robson M, et al: WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America: classifying cesarean section. Disponible en : <http://www.reproductive-health-journal.com>
4. Dirección General de Información en Salud. Boletín de Información Estadística. Servicios otorgados y programas sustantivos. Secretaría de Salud [Internet] 2009. 3. Disponible en: <http://sinasis.salud.gob.mx/publicaciones/index.html>
5. Ronsman C, Holtz S, Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. Lancet. 2006; 368: 1516-23.
6. Antonio M.Quispe, Alvaro Santivañes-Pimentel, Imelda Leyton-Valencia, Denis Pomasunco. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: Análisis de tendencia en el periodo 2001-2008.
7. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC medicine. 2010;8:71.
8. Dra. Nelly Zavaleta, Dr. Martin Inga. Primera encuesta global de la OMS en Salud Materna y Perinatal 2005
9. Dr. Francisco Garrido Latorre, Dr. Esteban Puentes Rosas. Síntesis Ejecutiva de Nacimientos por cesárea en México. 2005.
10. Dr. Davide Casagrandi Casanova, Dra. Julia Pérez Piñero en Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. Cuba. 2007.

11. Dr. Enrique Bernal Delgado, Dr. Carlos Aibar Remon. Variaciones en la utilización de cesáreas en los Hospitales Públicos del Sistema Nacional de salud. 2009.
12. Dr. Eghon Guzmán, Perfil epidemiológico de cesárea en Chile en la década 2000-2010. 2012.
13. Dra. Griselda Itatí Abreo. Incidencia e indicaciones de cesáreas en el Servicio de tocoginecología del Hospital "Dr. José R. Vidal. Argentina 2011.
14. Dra. Gladys Patiño. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. Perú 2011.
15. Dr. Antonio M. Quispe, Álvaro Santibáñez-Pimentel. Cesárea en siete Hospitales públicos de Lima: Análisis de Tendencia en el periodo 2001-2008. Perú. 2010.
16. Dr. Giancarlo Manzano Espejo. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 – 2009.
17. Chávez R. Análisis estadístico de los factores de riesgo que influyen en el médico para la operación por cesárea a pacientes atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal – 2002. Lima, Perú. 2005.
18. 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.
19. Dr. Eduardo Enrique Maradiegue Mendez . Estudio sobre cesáreas en el Centro Medico Naval en los últimos cinco años .Perú. 1980.

20. Delgado GG. Algunos aspectos históricos de la operación cesárea. Cuad Hist Salud Pub 1998; 84: 14-26
21. O' Dowd MJ, Philipp EE. Eds. Historia de la ginecología y obstetricia. Barcelona: EDIKA MED; 1998.P. 131-138
22. Protocolo de medicina fetal perinatal. Servicio de Medicina Materno Fetal.
23. Criterios de indicación de intervención cesárea. Hospital Regional de Arica” Dr. Juan Noé 2014.
24. Medina E. Incidencia e indicaciones de cesáreas: Hospital “Dr. José R. Vidal” 2009 – 2010
25. Minkoff H, et al. Riesgos y beneficios de realizar una cesárea programada. Intramed.NY.2003.Disponible.en:
<http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=25779>
26. Dr. Roberto Anaya-Prado. Morbilidad materna asociada a operación cesárea. México 2008
27. Departamento de Ginecología-Obstetricia. Universidad de Chile. Hospital José Joaquín Aguirre.
28. Dr.Olivares Morales, Dr. Santiago Ramírez, Dr. Cortes Ramírez. Frecuencia e indicaciones de la cesárea en el Hospital Central Militar. México 2000.
29. Dr. Edgar Mario Gálvez Liñán. Tasa de incidencia de cesárea en el Hospital “San José” del callao, periodo enero – diciembre 2013. Perú. 2014.
30. Dr. Gerardo Cam, Dr. Andrade Trisolini, Dr. Aníbal Oscanoa. Estudio Descriptivo de las cesáreas en el Hospital Materno-Infantil Canto Grande. Perú. 2005

31. Dr. Eduardo Vélez-Pérez. Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. México 2012
32. Dr. Annelee Boyle, Dr. Uma M. Reddy, Dr. Helain J. Landy. Primary Cesarean Delivery in the United States. 2013.

ANEXOS

Hoja de Recopilación de datos

Prevalencia de parto por cesárea en el CENTRO MEDICO NAVAL "CMST" En el periodo julio 2014-julio 2015

Numero de historia clínica _____

Edad del paciente _____

Tipo de parto: Cesárea: _____ Parto Vaginal: _____

Tipo de operación cesárea: Primaria _____ Previa _____

Indicación de Operación Cesárea	Presente
Cesárea Previa	
Presentación pélvica	
Feto en situación transversa	
Sufrimiento fetal Agudo	
Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta	
Placenta previa	
Cirugía Ginecológica Previa	
Distocia Funicular	
Hidrocefalia	
Gemelos unidos	
Infecciones maternas de transmisión sexual	
Embarazo pre término (≤ 1500 gr de peso fetal)	
Condilomatosis vaginal	
Desproporción céfalo pélvica	
Pre eclampsia- eclampsia	
Ruptura prematura de membranas	
Embarazo pos término	
Embarazo múltiple	
Falta de progresión de trabajo de parto	
Cáncer de Cuello uterino	
Primigesta Adolescente	
Isoinmunización materno fetal	
Miomatosis Uterina	
Malformaciones Fetales	
Oligohidramnios	
Otras	

