

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología
y obstetricia del hospital de ventanilla durante el año 2015**

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

Flores Sotelo, Andrea Del Carmen

Dr. Jhony De La Cruz Vargas

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Alejandro Machado Nuñez

ASESOR DE TESIS

LIMA- PERÚ

2017

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a nuestra Madre del cielo por darme la dicha de llegar con vida a este primer logro en mi vida profesional.

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

A cada uno de mis maestros que durante toda mi carrera universitaria han sabido inculcar el amor por la medicina y el deseo de lograr metas propuestas, con sus conocimientos, consejos y motivación.

Andrea del Carmen Flores Sotelo

DEDICATORIA

A mi madrina, Sor Rosita que desde el cielo siempre fue el motor que me conllevó a hacer las cosas por el camino del bien.

A mis padres José Ignacio y Gladys que con su esfuerzo, trabajo e infinito amor siempre me brindaron lo mejor para poder llegar hasta este momento.

A mis hermanos por apoyo incondicional y sincero.

A mi novio Cristian por ser mi motivo de superación y esfuerzo diario.

Andrea del Carmen Flores Sotelo

RESUMEN

Introducción: La alta incidencia de cesáreas es un error causado por factores económicos, educativos y políticos que crean motivos para la realización de operaciones innecesarias, más aun, estas intervenciones quirúrgicas no solo pierden recursos para atender otros problemas de salud más urgentes si no que exponen a las madres y a sus hijos a ciertas complicaciones.

Objetivos: Evaluar los factores asociados a las cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital de Ventanilla durante el periodo enero a diciembre del 2015.

Material y métodos: El estudio observacional, analítico, retrospectivo, corte transversal y relacional en el Hospital de Ventanilla, el universo fue de 942 pacientes quienes fueron sometidas a cesárea durante el periodo enero – diciembre 2015, de ellas se obtuvo un muestra de 166 casos que fue calculada con una fórmula para poblaciones finitas. Se formuló una ficha para la recolección de datos y transcribir las indicaciones de cesárea más frecuentes del servicio. Los datos extraídos se analizaron con el programa estadístico SPSS IBM versión 22.

Resultados: De los 166 casos estudiadas, se encontró que la frecuencia de cesáreas injustificadas de 35.5%. La edad y los controles pre natales son factores asociados estadísticamente no significativos a cesáreas injustificadas con un $p < 0,05$ y un OR= 1,1 y 1,4 respectivamente. El tipo de cesárea por la que han sido intervenidas ha sido electiva con un 56.6% y dentro de las principales indicaciones injustificadas para la realización de cesárea han sido de causas maternas con un 58.4% y de mayor indicación por cesárea anterior una vez con 19.3%.

Conclusiones: Las cesáreas injustificadas son las menos frecuentes representando un 35.5%. La edad y los controles pre natales son factores asociados no significativamente a cesáreas injustificadas.

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

ABSTRACT

Introduction:The high rate of cesarean is an aberration caused by financial, educational and political factors that create incentives for unnecessary operations; moreover, these surgical interventions not only drain resources to attend to more urgent health problems, but expose them to Mothers and their children to unnecessary risks

Objectives:To evaluate the factors associated with unjustified cesarean sections in the gynecology and obstetrics service of the hospital during the period from January to December 2015.

Material and method:The observational, analytical, retrospective, cross - sectional and relational study at the Hospital de Ventanilla, the universe was 942 patients who underwent cesarean during the period January - December 2015, of which a sample of 166 cases Which was calculated with a formula for finite populations. A record was made for the collection of data and transcribed the most frequent cesarean indications of the service. The extracted data were analyzed with the SPSS IBM software version 22.

Results:Of the 166 cases studied, we found that the frequency of unwarranted cesareans was 35.5%. Age and pre-natal controls are statistically non-significant factors associated with unwarranted cesareans with $p < 0.05$ and OR = 1.1 and 1.4, respectively. The type of cesarean section they have been operated on has been elective with 56.6% and among the main unjustified indications for cesarean section have been maternal causes with 58.4% and greater indication for previous cesarean section once with 19.3%

Conclusions:Unjustified cesareans are the least frequent, accounting for 35.5%. Age and pre-natal controls are factors not significantly associated with unwarranted cesarean sections.

Keywords: Cesarean indication, Caesarean section, Cesarean section Previous.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es un tipo de parto que con el paso del tiempo ha tenido gran apogeo en nuestra sociedad, esta se realiza cuando el parto vaginal no es posible o cuando éste conlleva un mayor riesgo materno-perinatal después de la semana 28 de gestación. En la actualidad existe una gran controversia por su incidencia e indicaciones, de tal forma que de ser una intervención quirúrgica que solo se realizaba de urgencia paso a ser una de las cirugías más frecuentes que se realizan a nivel mundial.

Dicho procedimiento ha sido incorporado a la práctica médica obstétrica con el fin de prevenir la morbilidad materna y perinatal; sin embargo, en la actualidad su frecuencia se ha incrementado a tal punto que hoy en día se considera un problema por la deliberada realización a la que ha sido conducida. La Organización Mundial de la Salud recomienda realizar una cesárea por indicaciones médicas en porcentajes no mayores al 15%; pero por el contrario, hoy en día la prevalencia de la misma se encuentra en la mayor parte del mundo por encima de ese rango, y además, se realizan cesáreas por petición materna.

Hoy en día con la evolución en la ciencia médico, el riesgo materno debido a la cesárea ha disminuido, sin embargo es muy importante conocer cuántas mujeres terminaron su embarazo mediante una cesárea bajo una indicación que justifique dicha intervención.

Las cesáreas injustificadas son aquellas que disponen algunos especialistas para poder programarse en el trabajo con anterioridad y asegurarse un parto corto, así como las que solicitanciertas gestantes que no quieren sufrir los dolores del parto.

La alta frecuencia de cesáreas injustificadas ya se considera un problema de salud pública a nivel mundial y particularmente en países en vías de desarrollo como el Perú. Por tal razón se ha decidido realizar este estudio con el fin de conocer cuál es la frecuencia de estas en el hospital, cuáles son las indicaciones más frecuentes que justifiquen esta intervención quirúrgica y que tipo de complicaciones son más comunes.

En consecuencia, esta investigación es importante porque proporcionará información sobre los factores que incrementan la intervención quirúrgica de cesárea en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Ventanilla; entonces debemos sugerir medidas preventivas y solución de las consecuencias derivadas de las mismas; y brindar atención adecuada y oportuna a las pacientes para disminuir la estancia hospitalaria, y todo lo que implica el adecuado tratamiento, para elevar el nivel de satisfacción de las usuarias y prestigio Institucional.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	08
1.1 Planteamiento del Problema.....	08
1.2 Formulación del Problema.....	09
1.3 Justificación de la Investigación.....	09
1.4 Delimitación del Problema.....	09
1.5 Objetivos de la Investigación.....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	11
2.2. Bases teóricas.....	14
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	23
3.1. Hipótesis.....	23
3.2. Operacionalización de Variables.....	23
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	24
4.1. Tipo de Investigación.....	24
4.2. Población y Muestra.....	24
4.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	25
4.4. Recolección de datos.....	25
4.5. Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	26
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	27
5.1. Resultados.....	27
5.2 Discusión.....	39
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
Conclusiones.....	42
Recomendaciones.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS.....	48

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema:

La evolución de la cesárea como un procedimiento seguro, tuvo extraordinario éxito en la disminución de la mortalidad materna y fetal, conformando uno de los más importantes avances dentro de la Medicina Perinatal Moderna, sin embargo la tasa a nivel mundial ha ido en aumento notablemente, superando lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es alrededor del 15%; diversas causas, incluyendo la idea de mayor seguridad por parte de la madre, la edad materna, indicaciones y criterios médicos han contribuido a este aumento.

Chile es un ejemplo de esta situación en donde se han registrado una de las tasas más altas a nivel mundial, provocando preocupación por parte de la comunidad médica internacional.

Nuestro país no ajeno a este fenómeno, en el instituto materno perinatal el porcentaje de cesáreas fluctúa alrededor del 50 % de los partos en general.

Frente a este problema, es necesario considerar el factor económico, que en países como el nuestro toma gran importancia, es claro suponer que los costos económicos de un parto por cesárea son muy superiores a los de la vía vaginal, ya que implica un mayor consumo de medicamentos, se requieren a más profesionales médicos y de enfermería, y sobre todo aumenta el número de días de hospitalización.

Todo esto en instituciones de salud pública, causa preocupación, ya que muchas veces los recursos en este sector son limitados, y si bien se pueden cubrir costos en los servicios de ginecología y obstetricia, se descuidan otras áreas hospitalarias.

En el sector privado la situación es diferente, e incluso a algunas instituciones esta situación les conviene, pues consiguen el incremento de productividad, así como un mayor índice de ocupación y facturación de sus unidades de hospitalización.

De tal modo, la cesárea, debería realizarse estrictamente bajo una indicación médica justificada, para lo cual se requiere una adecuada preparación por parte del especialista médico.

En el hospital de Ventanilla también este porcentaje ha ido incrementando con el tiempo, sin embargo, no se cuenta con registros que demuestren este incremento.

1.2 Formulación del problema:

¿Cuál es la frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital del Ventanilla durante el periodo enero a diciembre del 2015?

1.3 Justificación:

Se han registrado estudios anteriores en los cuales se evidencia altas tasas de cesáreas tanto en la práctica privada como pública, así como las indicaciones más frecuentes de ellas , pero como lo explicamos anteriormente estos criterios para la realización de esta intervención pueden estar influenciados por distintos factores que hacen injustificada su ejecución.

Este estudio intenta analizar la verdadera situación, en la que se encuentra el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla ya que gracias a la revisión de las historias clínicas se obtendrá la comparación entre el diagnóstico clínico previo y post cesárea los cuales nos permitirán valorar los criterios que poseen los profesionales de salud de este hospital para indicar dicho procedimiento.

Los resultados tienen la finalidad de permitirnos enfocar los criterios para la realización de una cesárea y evitar así el abuso irracional de la misma, pues sabemos que esta cirugía incluye una serie de complicaciones tanto maternas como perinatales y así recomendar su práctica solamente en los casos necesarios y que sean beneficios para la madre y su hijo.

1.4 Delimitación del problema:

Este estudio fue realizado en el Hospital de Ventanilla, en el servicio de Ginecología y Obstetricia durante el período Enero – Diciembre del año 2015, recolectando información del Registro de Sala de Operaciones, así como de las Historias Clínicas de las pacientes que culminaron su embarazo por cesárea; para analizar los causales más frecuentes de dicho procedimiento y si se encuentran bajo criterio justificable de su realización.

1.5 Objetivos de la investigación:

General:

- Evaluar si la edad joven y los controles prenatales inadecuados son factores asociados a cesárea injustificada en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital de ventanilla durante el periodo enero a diciembre del 2015.

Específicos:

- Determinar la frecuencia de cesáreas injustificadas.
- Conocer el tipo de cesárea injustificada más frecuente.
- Identificar la causa materna injustificada más utilizada en la realización de cesáreas.
- Identificar la causa fetal injustificada más utilizada en la realización de cesárea.
- Identificar la causa ovular injustificada más utilizada en la realización de cesárea.
- Identificar el tipo de población más frecuente que presenta complicaciones por cesárea injustificadas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda 10-15% como tasa aceptable de cesáreas, utilizando como criterio que luego de esa cifra el aumento de las cesáreas no se correlaciona con mejores resultados maternos ni neonatales (31).

En la actualidad, la cesárea es la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia en obstetricia, y ello debido a factores como introducción de técnicas quirúrgicas confiables, disminución de sus riesgos y métodos actualizados para la detección temprana del sufrimiento fetal agudo y crónico. Sin embargo, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea continúa siendo tres veces superior a la de un parto vaginal (32).

Durante los últimos años la tasa de cesáreas ha aumentado tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Así mismo, se ha reportado un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea (33), lo cual es motivo de interés para la investigación médica.

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

Nacionales:

Existen algunos estudios a nivel nacional que miden la frecuencia de parto por cesárea asociados a diversos factores y muchos de ellos injustificados, en el hospital de Ventanilla no existe ningún estudio que ayude como base para la realización de este.

- Un estudio realizado en nuestro país podemos encontrar que Trujillo B. Tene C. Ríos M. 2000, en su estudio, Factor de Riesgo para cesárea: un enfoque epidemiológico, determina que el antecedente de cesárea confirió mayor riesgo para una nueva intervención quirúrgica (OR= 12.7, $p < 0.0001$). Ser nulípara (OR= 6.6, $p < 0.001$), secundigesta (OR= 1.8, $p = 0.002$) o con antecedente de abortos (OR= 1.8, $p = 0.04$) fueron factores mayormente asociados a cesárea. Concluyendo que deben replantearse las indicaciones precisas de esta intervención quirúrgica, sobre todo en casos de nuliparidad o de cesárea previa para disminuir su elevada frecuencia. (20)

- Sandoval 2012, Lambayeque, sostiene que el incremento mundial de la cesárea, se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad materna, generalmente con beneficios para el feto. Señala además que el fenómeno de cesáreas sin indicación obstétrica, médica o fetal, resalta la importancia de establecer protocolos basados en evidencias que permitan homogeneizar el juicio clínico en cada tipo de nacimiento en base a sus riesgos y beneficios particulares (21)
- 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. (22)
- Bustamante 2014, en un Artículo Original sobre frecuencias e indicación de cesáreas, en el HPDBL, 2010-2011, se concluyó: La frecuencia de cesáreas practicadas en el HPDBL fue 33.6%; la indicación más frecuente fue cesárea segmentaria previa (25,6%); seguidas por sufrimiento fetal agudo (13,9%), pre eclampsia, eclampsia(12,1%), presentación podálico (10,6%), macrosomía fetal mayor de 4.500 gr. (10,3%); oligohidramnios severo (9,2%); dos o más cesáreas previas (8%); desproporción céfalo-pélvica (7,4%); expulsivo (6,2%); y otras indicaciones (31,8%).(23)
- Cárdenas G, Ávila K y col, 2002, realizaron una investigación, titulada: “Incidencia e Indicaciones de las cesáreas practicadas en El Instituto Materno Perinatal”, Fue un estudio descriptivo, retrospectivo de todos los casos de cesárea ocurridos en el Instituto Materno Perinatal (IMP) en el año 2000. Se obtuvo así 6465 mujeres cesareadas, de un total de 20 094 partos atendidos. Las variables estudiadas fueron edad, estado civil, paridad, tipo de atención e indicaciones. Teniendo como resultado una incidencia de cesáreas practicadas en el IMP que fue 32,2%, la edad materna más frecuente estuvo entre los 26 y 30 años (34,2%), la convivencia se presentó en 57,3%. La indicación más frecuente de cesárea fue sufrimiento fetal agudo (20,06%), luego, cesareada anterior (12,6%), parto podálico (10,5%), estrechez pélvica (9,5%) y distocia (7,3%). Donde se concluye que la incidencia de operación cesárea es alta en el IMP, siendo el sufrimiento fetal agudo su principal indicación. Es más frecuente en adultas que en adolescentes y casi en su totalidad son de emergencia. (24)

- Echais *JF en el* 2004, realizó una investigación, titulada: Cesárea: Experiencia en el Hospital General De Oxapampa, realiza un estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Se revisó las historias clínicas e historias perinatales de 109 pacientes sometidas a parto por cesárea en el Hospital General De Oxapampa, entre enero de 2001 y diciembre del 2002. La tasa de cesáreas para el periodo de estudio fue de 25,7%. La mayoría de las pacientes tenían entre 20 y 35 años (56.9%), educación primaria (35,8%), estado civil conviviente (54,1%) gestación a término (77,6%). Las principales indicaciones para cesárea fueron: desproporción céfalo-pélvica (21,1%), sufrimiento fetal (20,2%), cesárea previa (11,9%) y presentación podálica (9,2%). La tasa de mortalidad perinatal fue 8,7 por 1000 nacidos vivos. (25)
- Según la Primera Encuesta Global del OMS en Salud Materna y Perinatal 2005 (26): Resultados del Perú, determinaron que durante el año 2004 el 34% de nacimientos en los principales Hospitales de Lima, Trujillo y Piura fue por cesárea; siendo además la principal indicación para la misma la cesárea previa (32.4%) y otras razones fueron el sufrimiento fetal (17%), las distocias y desproporción cefalopélvica (27.9%), la preeclampsia (11.8%) en algunos casos hubo más de una razón y la suma fue más del 100%.

Internacionales:

- Puentes R. Gómez D. Garrido L. 2004, concluyen que el porcentaje de nacimientos por cesárea en México, se incrementó a un ritmo de 1% anual. El porcentaje de cesáreas a escala nacional fue ligeramente superior a 35%. (27)
- Villaverde Royo, 2009, Zaragoza- España: 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. (28)
- En el estudio Tendencias de algunos indicadores relacionadas con la cesárea realizado en el hospital Ginecoobstétrico “Ramón González Coro” de Cuba año 2007, se concluyó que el índice de cesáreas se incrementó de 18.3% en 1996 a 29.2% en el 2005, los indicadores más frecuentes fueron la desproporción céfalo pélvica y la presentación pelviana en 1996, mientras que en el 2005 fueron el sufrimiento fetal agudo y las afecciones médicas asociadas. (29)

- Saucedo Delgado, en el año 2006, en Colima – México, con su investigación: La Adolescencia ¿Es un Factor de Riesgo para Cesárea?; encontró que el parámetro adolescencia no se debe considerar como elemento único para decidir una cesárea, sino las demás indicaciones y factores de riesgo de manera individual para cada paciente sean adolescentes o no. (30)
- En un estudio descriptivo en un Hospital Jaramillo- Ecuador de III nivel 2011, se concluyó: La primera causa de cesárea fue la cesárea anterior con un 32.4%, luego el sufrimiento fetal agudo con un 8%, desproporción céfalo - pélvica con un 7.8%, dilatación estacionaria con un 7,3%, trastornos hipertensivos del embarazo con 7.3%, distocias de presentación con un 6.4%, ruptura prematura de membranas con un 4.1%, cesárea iterativa 1 con un 3.4%, distocias óseas con un 3.1% y Macrosomía fetal con un 2%.(34)

2.2 Bases teóricas

La cesárea es un procedimiento quirúrgico obstétrico definido como el nacimiento del feto y salida de placenta a través de incisiones en la pared abdominal (laparotomía) y la uterina (histerotomía). (1, 2)

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.

Las actualizaciones médicas a través del tiempo han permitido disminuir el riesgo materno de esta cirugía y a su vez la mortalidad perinatal. La cesárea, ha contribuido en la mejoría de sobrevivencia de muchos recién nacidos, como también las condiciones de su nacimiento (3, 4). Dentro de las causas más comunes para la realización de una cesárea existen factores maternos y/o fetales, que se han identificado durante el periodo prenatal o durante el trabajo de parto, entre ellos tenemos: (5,6)

- Presentación pelviana.
- Situación transversa.
- Trastornos de la salud materna.
- Prolapso del cordón umbilical.
- Anomalías estructurales de la pelvis.
- Deseo materno.

A pesar de que la OMS recomienda que los partos por cesárea no rebasen el 15% del total de nacimientos, (7) en los últimos dos decenios la frecuencia de la cesárea

se ha incrementado año a año, y han sido varios los factores que han contribuido al aumento en la incidencia de esta intervención. (8)

Las siguientes son algunas explicaciones:

1. Las mujeres tienen cada vez menos hijos, por lo que un mayor porcentaje de los nacimientos ocurre en nulíparas, que tienen un mayor riesgo de cesárea.
2. La edad materna promedio está aumentando y las mujeres añosas tienen mayor riesgo de cesárea.
3. Hay un amplio uso de la vigilancia fetal por medios electrónicos, técnica que se vincula con una mayor tasa de cesáreas en comparación con la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal.
4. Gran parte de los fetos en presentación pélvica se extrae hoy por cesárea.
5. La frecuencia de aplicaciones de fórceps medio y extracciones por vacío desde el plano medio ha disminuido.
6. Las tasas de inducción del trabajo de parto continúan aumentando y, sobre todo en nulíparas, que aumentan el riesgo de cesárea.
7. La prevalencia de obesidad ha aumentado de manera notoria y este trastorno también incrementa el riesgo de cesárea.
8. La preocupación por la posibilidad de litigios por negligencia médica ha contribuido mucho a la tasa actual de cesáreas. Hace más de una década se informó que el no haber hecho cesárea para evitar los resultados neurológicos neonatales adversos o la parálisis cerebral era un fundamento de la queja predominante en obstetricia en Estados Unidos. Según Foley et al. (2002), la incidencia en convulsiones neonatales y parálisis cerebral no disminuyó conforme aumentó la tasa de cesáreas.
9. Hoy se hacen algunas cesáreas electivas por preocupación en cuanto a lesiones en el piso pélvico vinculadas con el parto vaginal. (1)

La cesárea puede ser un procedimiento electivo o de emergencia que es usualmente durante el trabajo de parto.

Un estudio realizado en Estado Unidos refiere que entre las principales indicaciones para cesárea tienen: (9)

- Compromiso del bienestar fetal (CBF). (16%)
- Cesárea Previa. (48%)
- Presentación Podálica. (5%)
- Macrosomía Fetal.
- Incompatibilidad Céfaló- Pélvica. (29%)
- Parto Múltiple (10)

- Dilatación Estacionaria. (11)

Además existen otras causas como:

- Infección activa de herpes genital
- Miomas uterinos grandes en la parte baja del útero cerca al cuello uterino
- Infección por VIH en la madre
- Cirugías uterinas previas y cesáreas anteriores.
- Enfermedad grave en la madre, como cardiopatía, toxemia, pre eclampsia o eclampsia.
- Placenta Previa.
- Desprendimiento Prematuro de la Placenta.
- Prolapso del Cordón Umbilical. (12)
- Solicitud de la Madre.

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

a) Absolutas:

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

b) Relativas:

Incluye aquellas patologías las cuales ameritan unas condiciones de atención (infraestructura, recurso humano, apoyos diagnósticos, etc.) que de no tenerse, no se puede garantizar plenamente un buen pronóstico de la salud del binomio madre-feto durante la atención del parto vaginal (2).

INDICACIONES MATERNAS

a) Absolutas:

Desproporción Céfalo-pélvica, Estrechez pélvica, Obstrucciones mecánicas de la vagina, Fibrosis cervical, Plastia vaginal o del piso pélvico previas, Tumor avanzado del TGI, Cerclaje abdominal permanente, dos o más cesáreas previas, Cesárea corporal, Cirugía previa sobre el cuerpo uterino, Persistencia de la causa de la cesárea previa, Cesárea previa complicada (dehiscencia, Infección), Herpes genital activo, Condilomatosis florida obstructiva, Cardiopatía descompensada, Aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral, Fistulas urinarias o intestinales operadas.

b) Relativas:

Pre eclampsia-eclampsia, Una cesárea segmentaria previa, Distocias dinámicas refractarias a manejo médico, Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración, embarazo Prolongado.

INDICACIONES FETALES

a) Absolutas:

Feto en Situación Transversa, Feto en presentación Podálica, Feto en variedad de Frente, Embarazo múltiple (dos o más), Gemelar monoamniótico monocorial, Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica, Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto, Distocias de posición persistentes, Macrosomía Fetal mayor de 4.500 gr. y

b) Relativas:

Anomalías congénitas, Restricción del crecimiento intrauterino, Bienestar fetal ante parto comprometido ante las contracciones uterinas, Peso fetal menor a 1000 gr. (atendiendo la sobrevida en UCI), Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 gr.

INDICACIONES OVULARES (Materno-Fetales):

a) Absolutas :

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, Placenta previa oclusiva total. Prolapso de cordón con feto vivo, oligohidramnios severo.

b) Relativas:

Placentas Previas oclusivas parciales, RPM con infección ovular, Polihidramnios Severo (13).

CONSIDERACIONES NO CLÍNICAS:

Existen múltiples causas no clínicas o paramédicas que forman parte de las indicaciones de cesárea y que deben revisarse con cierta cautela:

- Económicas, Para los médicos sería más rentable en términos de ingresos económicos, resolver los partos a través de operaciones cesáreas.

- Comodidad, El médico, mediante esta operación, lograría desocuparse más rápido y en horarios hábiles, como también para él una cesárea es más controlable, en el

sentido que se evita largas horas de un proceso del cual controla sólo algunos parámetros y, muchas veces, desde una alejada distancia.

- Edad materna: Es casi constante en la bibliografía la observación de que la tasa de cesáreas aumenta a medida que avanza la edad materna.

- Volumen asistencial: El volumen de partos asistidos en un centro puede justificar diferencias en las tasas probablemente por la infraestructura de que disponen.

- Características de los profesionales: La capacitación de los profesionales puede marcar de forma muy ostensible su decisión quirúrgica.

- Cesárea a Demanda: Cada vez es más frecuente que la propia paciente pida la realización de una cesárea, probablemente debido a la creencia muy difundida de que esta intervención es una práctica igual de segura para ella y el feto que el parto vaginal. Si se practica una cesárea a demanda teóricamente la mujer y el feto asumen los riesgos mientras que si no se hace la responsabilidad recae sobre el médico.

COMPLICACIONES:

La cesárea durante muchos siglos ha conllevado una alta mortalidad materna. Actualmente, y gracias a los avances que ocurrieron a finales de siglo XIX y principios de XX con la utilización de la anestesia, la cuidadosa asepsia en el acto quirúrgico y el descubrimiento de los antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido notoriamente, se pueden presentar en forma: (14)

1. COMPLICACIONES ANESTÉSICAS:

- Hipotensión
- Cefalea postpunción dural
- Otras menos frecuentes (Bloqueo dural completo, parada cardiorrespiratoria)

2. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS:

- Desgarro de la histerotomía
- Lesiones vasculares
- Lesiones en el tracto urinario
- Lesión del intestino
- Lesiones nerviosas

3. COMPLICACIONES INFECCIOSAS:

- Endometritis
- Infección del tracto urinario
- Infección de la herida quirúrgica
- Tromboflebitis séptica pélvica
- Otras menos frecuentes (bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis, fascitis necrotizante).

4. COMPLICACIONES HEMORRAGICAS POSTPARTO:

La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna.

Por su tiempo de aparición distinguimos entre:

- HPP precoz: (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves.
- HPP tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto.
- Factores de riesgo: Se encuentran en 1/3 de las HPP por lo que es importante identificarlos y tenerlos en cuenta en el manejo del parto. Responden a la regla nemotécnica de "las 4 Ts".

i. TONO. La atonía uterina aparece ante:

- Útero sobredistendido (polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía).
- Cansancio del músculo uterino (parto rápido o prolongado, alta paridad).
- Infección intraamniótica (rotura prematura de membranas prolongada).
- Alteración anatómica o funcional del útero (miomas, placenta previa).

ii. TEJIDO.

- Retención de restos placentarios.
- Retención de coágulos (útero atónico).

iii. TRAUMA.

- Desgarro en canal blando del parto (parto precipitado, parto operatorio).
- Desgarro en cesárea (malposición fetal, gran encajamiento).
- Rotura uterina (cirugía previa).
- Inversión uterina (gran paridad, placenta fúndica).

iv. TROMBINA. Alteraciones de la coagulación:

- Previas a la gestación: Hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand.
- Adquiridas durante la gestación: plaquetopenia, púrpura trombocitopénica idiopática, coagulación intravascular diseminada (la favorecen la preeclampsia, la muerte intraútero, infecciones severas, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, la embolia de líquido amniótico).
- Anticoagulación terapéutica.

La atonía uterina es la causa más frecuente de HPP, está implicada en más de la mitad de los casos y es responsable del 4% de las muertes maternas.

5. COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS:

- TVP
- TEP (15)

MEDIDAS GENERALES Y POST-OPERATORIO:

La administración profiláctica de antibióticos a la madre, luego de la extracción fetal reduce el riesgo de presentar infecciones graves durante el post-operatorio.

Inmediatamente después se utilizan analgésicos. Se alimenta precozmente a las pacientes, primero con líquidos y luego con sólidos, lo cual disminuye la necesidad de administración de líquidos parenterales. La indicación de deambulación se efectúa también dentro de las primeras 24 a 48 horas de la operación. Las suturas cutáneas en caso de no usar material reabsorbible, son retiradas al séptimo día según el tipo.

EXPECTATIVAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA:

La mayoría de las madres y los niños se recuperan bien, con pocos problemas.

Las mujeres que tienen partos por cesárea pueden tener un parto vaginal normal en los embarazos posteriores, dependiendo del tipo de cesárea efectuado y la razón por la que se realizó.

Muchas mujeres que intentan un parto vaginal después de un parto por cesárea tienen éxito. Sin embargo, hay un leve riesgo de ruptura uterina asociado con dichos intentos, que puede poner en peligro a la madre y el bebé. Es importante que la persona discuta los beneficios y riesgos de este procedimiento con su médico obstetra. (16)

Por tanto la cesárea, es un procedimiento que se lo debe realizar únicamente cuando el beneficio supere al riesgo, y para disminuir su abuso y frecuencia se debe

insistir en el parto vaginal, atención del parto pélvico. También es necesario emplear adecuadamente el monitoreo fetal electrónico durante el trabajo de parto para evitar interpretaciones erróneas (falsos positivos) de estrés fetal que conduzcan a intervenciones innecesarias (17) Las nuevas guías dicen que un parto vaginal es seguro para la mayoría de las mujeres a las que se les ha realizado una cesárea con anterioridad. Entre el 60 y el 80% de las mujeres que comienzan un trabajo de parto tras haber tenido una cesárea con anterioridad logran dar a luz sin necesidad de volver a recurrir a esa cirugía. (18)

Aunque no se puede negar que las cesáreas protegen las vidas de la madre y el niño en situaciones de emergencia, se debe considerar los riesgos del procedimiento. Además, aunque los médicos continúan debatiendo los méritos relativos al parto por cesárea, nadie discute los costos adicionales que el procedimiento impone en los sistemas de salud.

Por lo anterior, se hace necesario el diseño de estrategias para estabilizar y posteriormente revertir la tendencia al aumento de la frecuencia de cesáreas que se observa en la actualidad.

El conocer la frecuencia y las indicaciones actuales de la operación cesárea, permitirá actualizar y uniformar los criterios técnicos para la práctica de dicha intervención, manteniendo dentro de la normatividad correspondiente únicamente aquellas que a la luz de la información científica constituyen un beneficio incontrovertible para el bienestar materno y perinatal. (19)

ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CESÁREA

En nuestro país, en los últimos años, el número de operaciones cesáreas ha tenido una tendencia creciente dentro de las instituciones del sector público y particularmente del sector privado, por lo que se ha considerado necesario establecer estrategias puntuales que contribuyan a disminuir la frecuencia de la operación cuando no está debidamente indicada e implementar un sistema de vigilancia y seguimiento de la cesárea con cobertura nacional.

1. Vigilancia del indicador hospitalario del número de cesáreas en relación al número de nacimientos

- Revisión y análisis permanente del indicador hospitalario de cesáreas en relación a las metas institucionales establecidas.
- Incorporar como una acción sustantiva del Comité Institucional de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, el análisis periódico, retrospectivo, de la toma de decisión para la indicación de la operación cesárea con la participación del personal médico involucrado.

2. Capacitación permanente del equipo de salud sobre las indicaciones de la operación cesárea

- Integrar el Lineamiento Técnico para una Cesárea Segura en el programa de capacitación de cada unidad hospitalaria.
- Reforzar la enseñanza del personal médico, incluyendo a los médicos residentes de gineco-obstetricia.
- Capacitar al personal del primer nivel de atención para realizar control prenatal de calidad, con el fin de lograr un embarazo seguro, haciendo la detección y manejo temprano de signos y síntomas de alarma durante la gestación.

3. Establecimiento de estrategias en las unidades de salud

- Utilizar correcta y sistemáticamente el partograma
- Promover el uso adecuado del carnet perinatal y de la cartilla nacional de salud de la mujer
- Identificar a través de una marca (sello) los expedientes clínicos y carnets perinatales de las mujeres con embarazo de alto riesgo, notificando a la jurisdicción sanitaria para su vigilancia y seguimiento

4. Investigación

- Realizar investigaciones clínicas, sociales y operativas, que identifiquen los factores asociados al incremento de la cesárea en las diferentes instituciones y las estrategias exitosas para su disminución.
- Difundir los resultados de estudios de investigación para incrementar la calidad de la práctica obstétrica.

5. Acciones de información, educación y comunicación (IEC) en salud perinatal

- Realizar sesiones educativas dirigidas a las embarazadas y al público en general para desalentar falsas expectativas ante la operación cesárea, basadas en ideas relacionadas con evitar el dolor del trabajo de parto o para conservar la estética corporal.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis:

- **Hipótesis nula (Ho):**

La edad joven y los controles prenatales inadecuados no son factores asociados de forma significativa a cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla

- **Hipótesis Alternativa (Ha):**

La edad joven y los controles prenatales inadecuados son factores asociados de forma significativa a cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla.

3.2 Operacionalización de Variables: Ver en anexos (1)

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Tipo de investigación

El estudio es de diseño observacional, analítico, por el inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos, es retrospectivo, corte transversal, relacional.

4.2. Población y muestra

- **Población:**

Contamos con una población conformada por 942 pacientes cesareadas en el periodo Enero – Diciembre 2015, cuya información fue tomada de las Historias Clínicas y del Libro de Partos y Libro de Registro de Cesáreas de Sala de Operaciones.

- **Muestra:**

La muestra del estudio fue integrada por 166 pacientes cesareadas en el Hospital de Ventanilla, Callao, durante el periodo Enero - Diciembre 2015. 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

Para la aplicación de los instrumentos necesarios para el recojo de la información, la cual fue trascendental para el presente estudio, se gestionó la autorización de la Dirección del Hospital de Ventanilla.

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

En el registro de sala de operaciones se reportan todas las cirugías realizadas, incluyendo las cesáreas. Los datos obtenidos del mismo fueron: fecha del procedimiento, número de historia clínica e indicación de la cesárea.

Así mismo se tomó en cuenta los criterios absolutos de realización de cesárea para así poder identificar las que son injustificadas tales como: desproporción céfalo-pélvico, cesárea previa x 2, situación fetal anómala, desprendimiento prematuro de placenta, sufrimiento fetal agudo, macrosomía fetal >4,500kg y oligohidramnios severo.

4.4. Recolección de datos

Para la recolección de la información, previa autorización de la Dirección del Hospital de Ventanilla, se utilizó una Ficha de Recolección de Datos, la cual fue empleada en una investigación previa similar al presente estudio, ya se encontraba validada; siendo modificada y nuevamente validada por un especialista de acuerdo a los objetivos de nuestra investigación, los datos se registraron luego de la revisión del registro de sala de operaciones y las historias clínicas seleccionadas del servicio de Ginecología y Obstetricia de las pacientes que han culminado su gestación con cesárea en el periodo enero – diciembre 2015, en el Hospital de Ventanilla.

4.5. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos se organizaron en una base de datos a través del vaciamiento de la Ficha de Recolección en una matriz editora utilizando el programa informático Microsoft Office Excel 2010, para Windows.

El análisis estadístico se realizará con el paquete SPSS IBM versión 22. 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. Así mismo para el análisis bivariado se utilizó la prueba de Chi cuadrado para evaluar la asociación además se analizó el Odds Ratio (OR) correspondiente con sus intervalos de confianza al 95% para la determinación del riesgo. Considerando estadísticamente significativo, todo valor de $p < 0.05$.

4.6. Programas a utilizar para análisis de datos

Se determinó la frecuencia de las principales indicaciones de cesárea en el Hospital de Ventanilla utilizando el paquete estadístico SPSS IBM versión 22 y el programa Excel.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Resultados:

5.1.1. Frecuencia de cesáreas injustificadas

De las 942 cesáreas que fueron realizadas durante el año 2015, se obtuvo una muestra de 166 mujeres que fueron sometidas a cesárea, de las cuales el 35.5% son injustificadas bajo los criterios absolutos de su realización.

Tabla 1: Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015

CESAREAS INJUSTIFICADAS		Frecuencia
Válido	si	59
	no	107
	Total	166

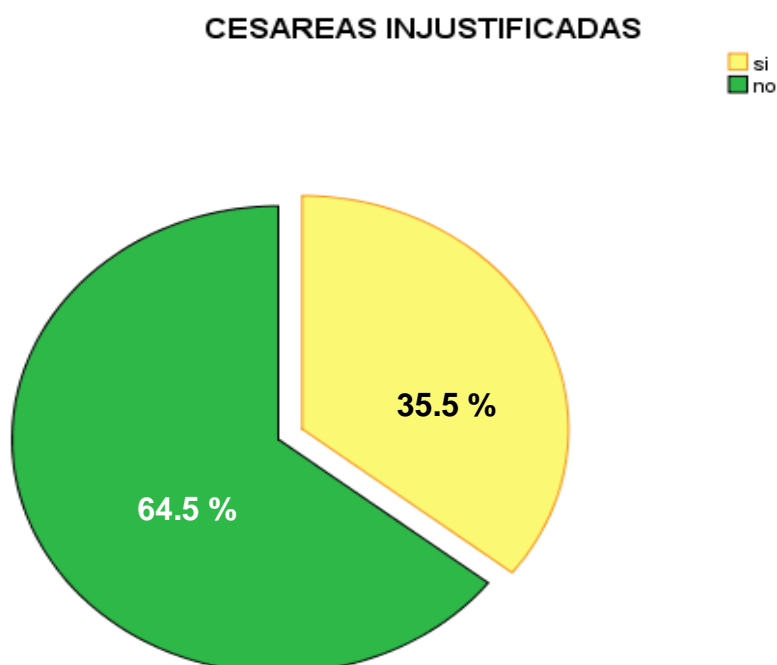
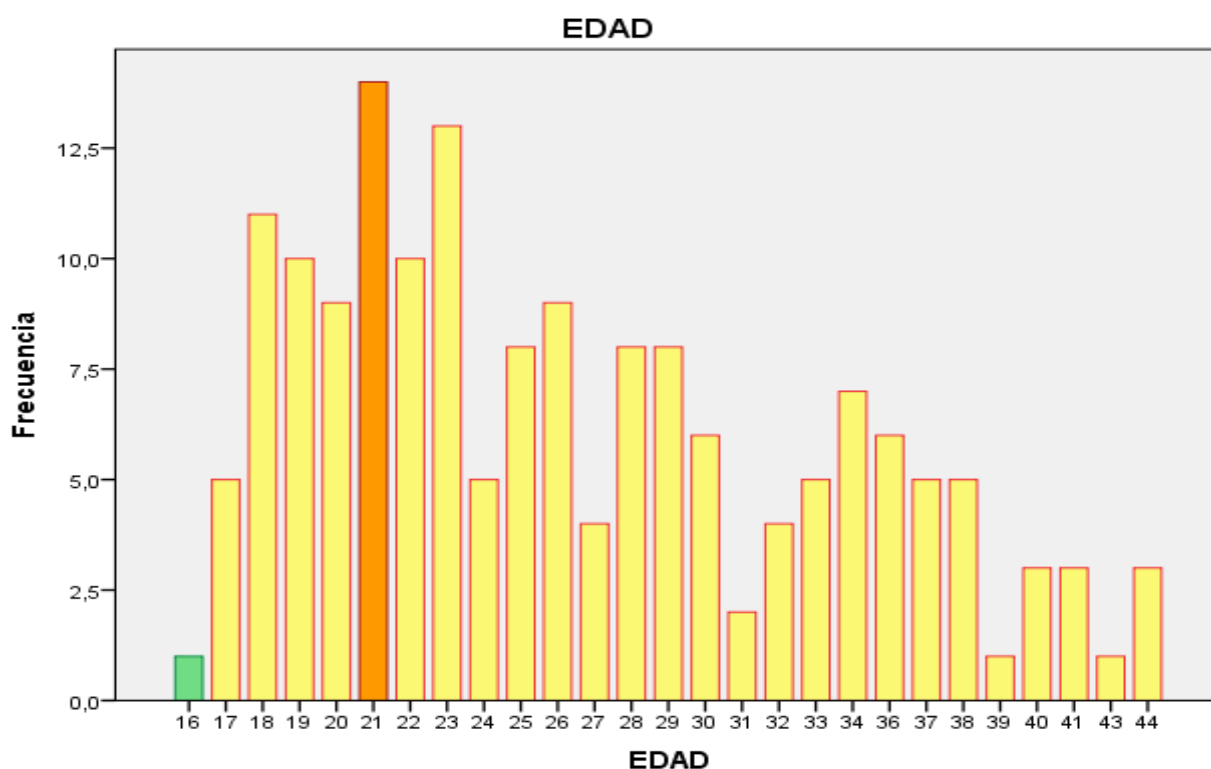


Gráfico 1: Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015

5.1.2 Tabla 2: Factores asociados a las cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015

Variable	Indicador	P	OR	Intervalo de confianza	
Edad	<25 - joven	0.13	1.1	0.5	2.1
Controles pre natales	<6 – inadecuados	0.6	1.4	0.5	3.2

En relación al objetivo general se observa que los resultados nos indican que son factores asociados estadísticamente no significativos, con lo cual se acepta



nuestra hipótesis nula.

5.2.1 Gráfico 1: Frecuencia de edad de mujeres cesareadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015.

5.2.2 Tabla 3: La edad como factor asociado a cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015

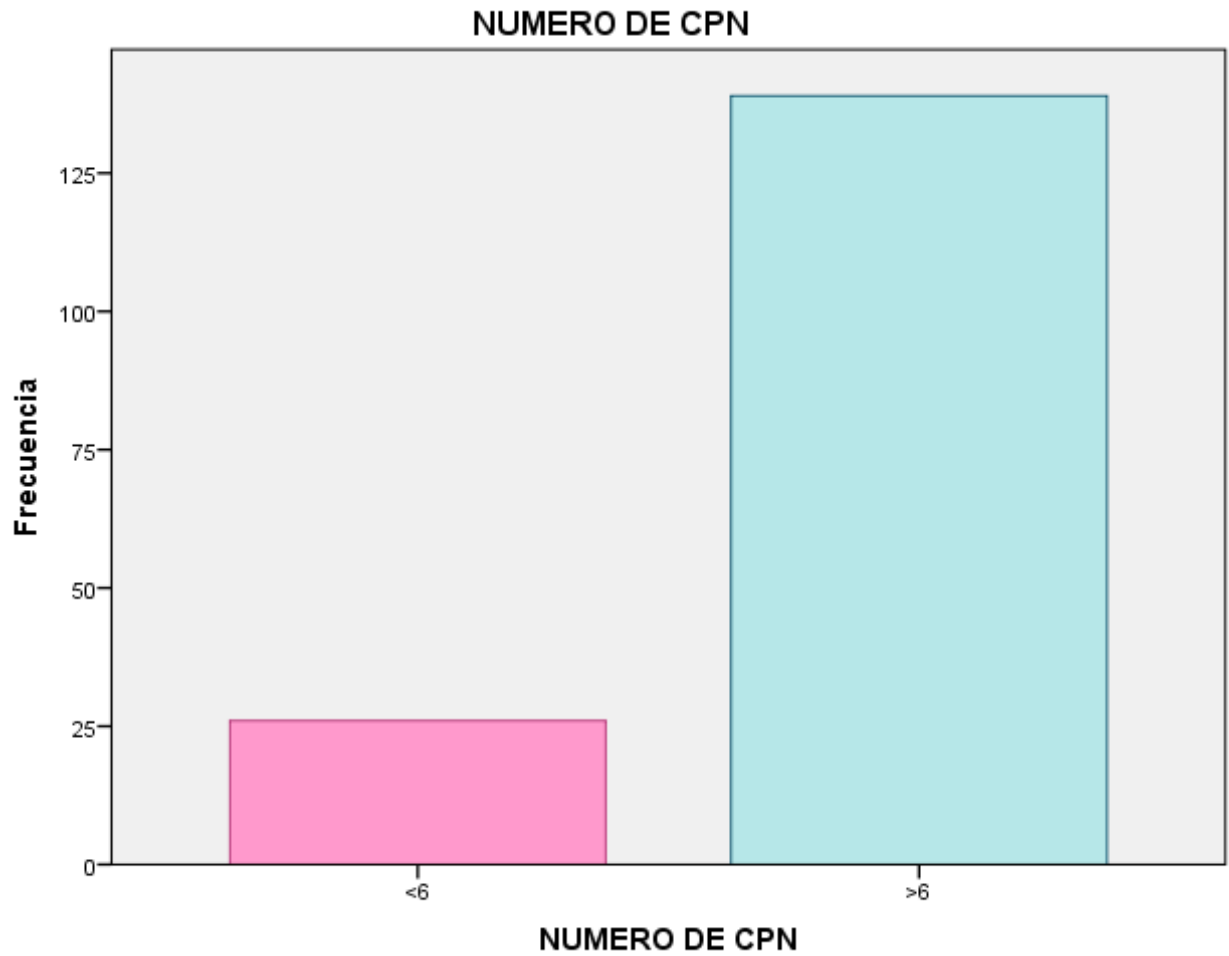
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,138 ^a	1	,710		
Corrección de continuidad ^b	,044	1	,834		
Razón de verosimilitud	,138	1	,710		
Prueba exacta de Fisher				,747	,417
Asociación lineal por lineal	,137	1	,711		
N de casos válidos	166				

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para EDAD (<25 - joven / >25 - adulto)	1,128	,597	2,131
Para cohorte CESAREAS INJUSTIFICADAS = si	1,081	,717	1,629
Para cohorte CESAREAS INJUSTIFICADAS = no	,958	,764	1,201
N de casos válidos	166		

Para la prueba de hipótesis se aplicó la prueba estadística de chi cuadrado para establecer asociación y la estimación del riesgo a través del Odds Ratio, donde se obtuvo un valor $p < 0,05$ y un OR de 1,1. Concluyéndose que la edad es un factor de riesgo no significativo de forma estadísticamente a cesárea injustificad



5.2.3 Gráfico 2: frecuencia de controles pre natales adecuados e inadecuados de las mujeres cesareadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015.

5.2.4 Tabla 4: Los controles pre natales como factor asociado a cesáreas injustificado en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,616 ^a	1	,433		
Corrección de continuidad ^b	,316	1	,574		
Razón de verosimilitud	,604	1	,437		
Prueba exacta de Fisher				,505	,284
Asociación lineal por lineal	,612	1	,434		
N de casos válidos	166				

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para CPN (>6- suficientes / <6- insuficientes)	1,406	,599	3,297
Para cohorte CESAREAS INJUSTIFICADAS = si	1,234	,745	2,043
Para cohorte CESAREAS INJUSTIFICADAS = no	,878	,619	1,246
N de casos válidos	166		

Para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado para establecer asociación y la estimación del riesgo a través del Odds ratio, donde se obtuvo un valor $p < 0,05$ y un OR de 1,4. Concluyéndose que los controles pre natales inadecuados son un factor de riesgo no significativo de forma estadísticamente a cesáreas injustificadas

5.3.1. Distribución de las pacientes por tipo de cesárea

Tabla 5: Distribución de las pacientes por tipo de cesárea

		Frecuencia
Válido	ELECTIVA	94
	EMERGENCIA	72
	Total	166

Respecto al tipo de cesárea se observa que el 56.6% de la muestra (94 pacientes) fue de tipo electivo y el 43.4% de la muestra (72 pacientes) corresponde a cesáreas atendidas por emergencia.

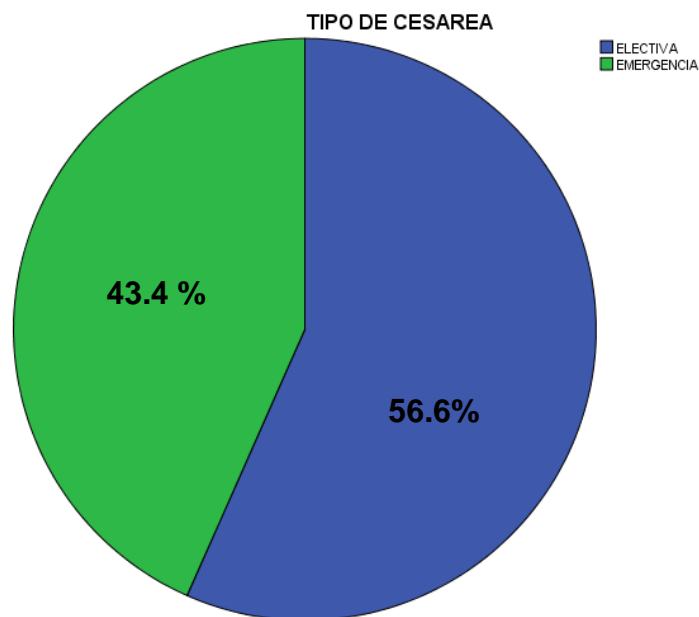


Gráfico 3: distribución de las pacientes por tipo de cesárea

5.4.1. Frecuencia de indicación de cesárea según origen

Las principales indicaciones de cesárea son las debidas a causas maternas que representan un 58.4%, seguidas de las causas fetales con un 32.5% y finalmente las causas ovulares con un 9.6%.

TABLA 6:Indicaciones maternas más frecuentes de cesáreas

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	CESAREA PREVIA x 1	32	19,3
	CESAREA PREVIA x 2	18	10,8
	DESPROPORCION CEFALO-PELVICO	17	10,2
	DILATACION ESTACIONARIA	8	4,8
	EXPULSIVO PROLONGADO	1	,6
	INFECCIONES SISTEMICAS	1	,6
	PRE ECLAMPSIA O ECLAMPSIA PREVIA	8	4,8
	OTROS	12	7,2
	Total	97	58,4
	Perdidos	Sistema	69
Total		166	100,0

La indicación más común dentro de las indicaciones maternas fue cesaría previa una vez con un 19.3%, siendo esta una indicación relativa de cesárea.

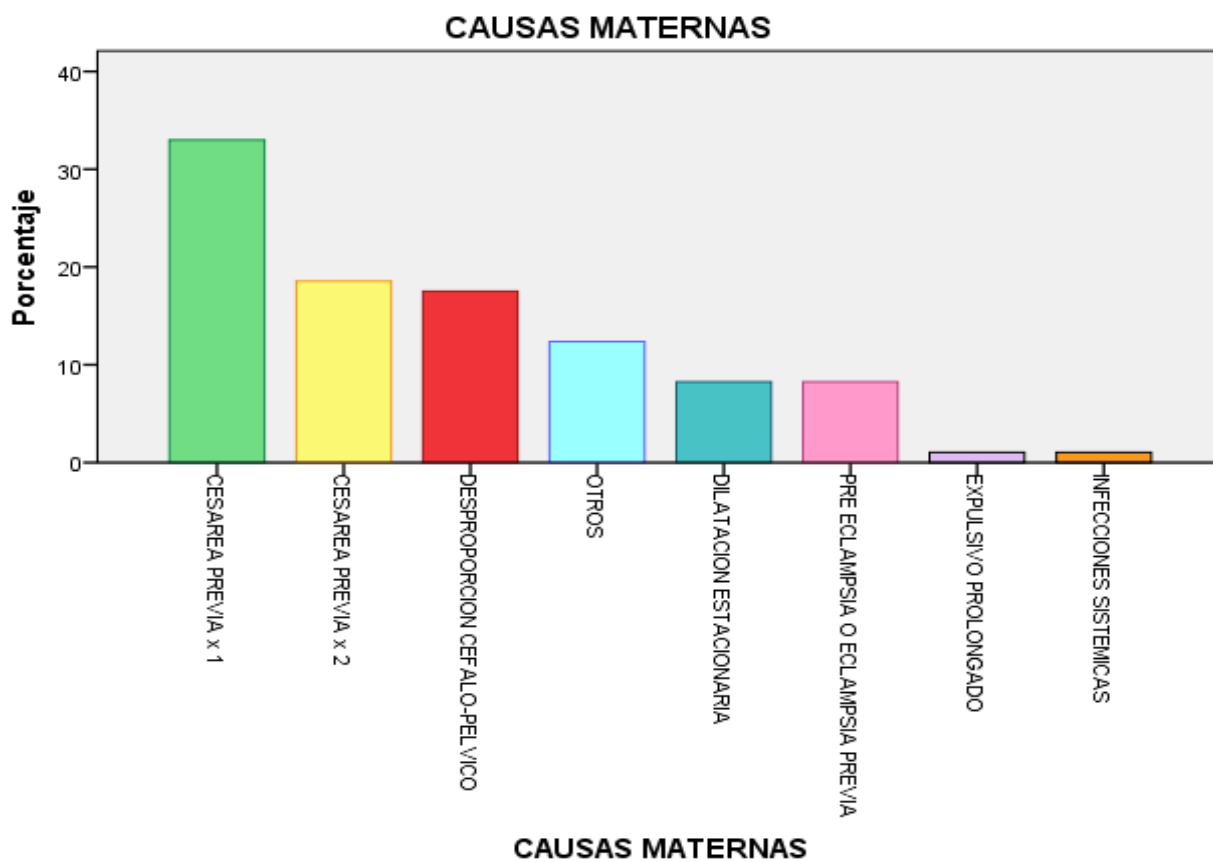
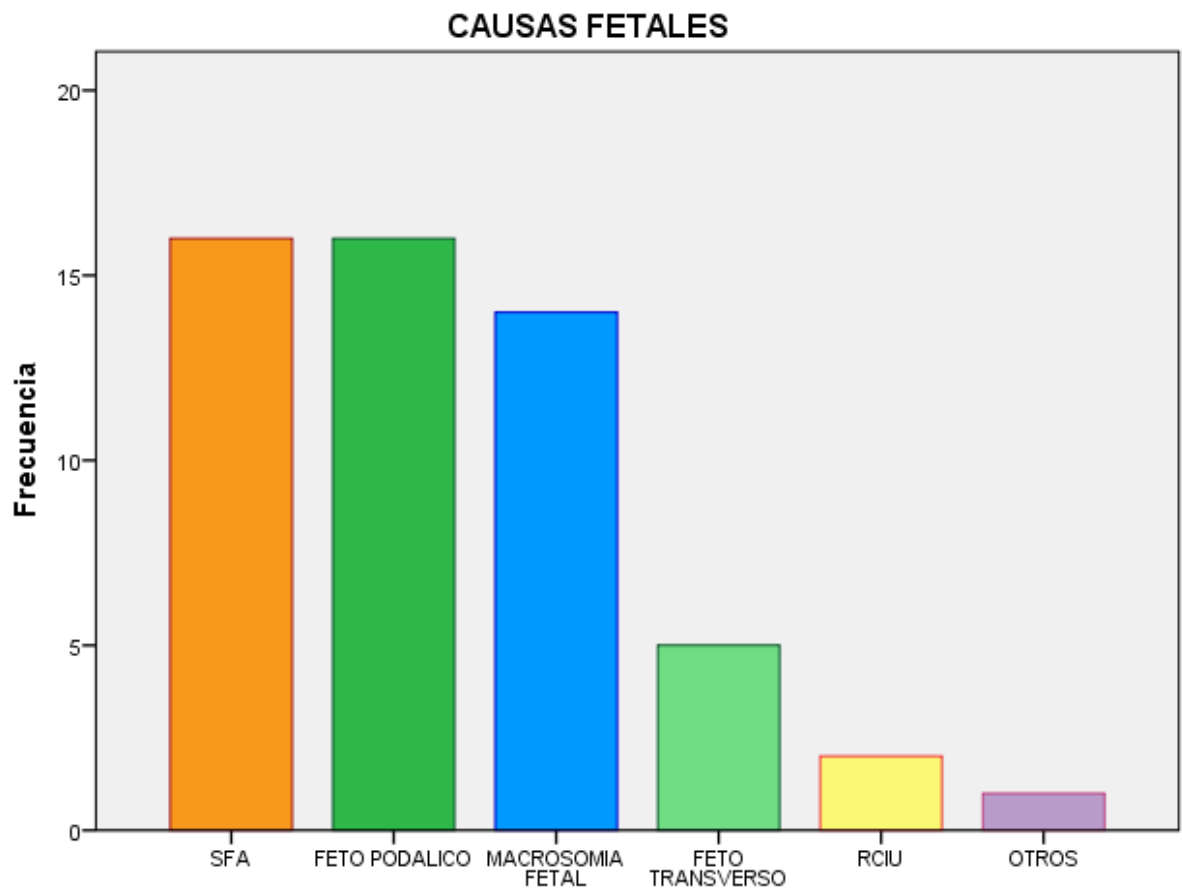


GRAFICO 4: Indicaciones maternas más frecuentes de cesáreas.

5.5.1. TABLA 7: INDICACIONES FETALES MÁS FRECUENTES DE CESÁREA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MACROSOMIA FETAL	14	8,4
	FETO PODALICO	16	9,6
	FETO TRANSVERSO	5	3,0
	SFA	16	9,6
	RCIU	2	1,2
	OTROS	1	,6
	Total	54	32,5
	Perdidos Sistema	112	67,5
Total	166	100,0	

El sufrimiento fetal agudo y el feto en posición podálico fueron las mayores causas de cesárea por causa fetal con un 9.6%, siendo el SFA una indicación absoluta y feto en podálico relativo



CAUSAS FETALES
GRÁFICO 5: Indicaciones fetales más frecuentes de cesárea

TABLA 8: Indicaciones ovulares más frecuentes de cesárea

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	DPP	4	2,4
	OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO	4	2,4
	RPM	6	3,6
	DOBLE CIRCULAR DE CORDON	1	,6
	OTRAS	1	,6
	Total	16	9,6
Perdidos	Sistema	150	90,4
Total		166	100,0

Dentro de las causas ovulares hemos obtenido un mayor porcentaje en RPM con 3.6%, siendo esta una causa relativa para la realización de esta cirugía.

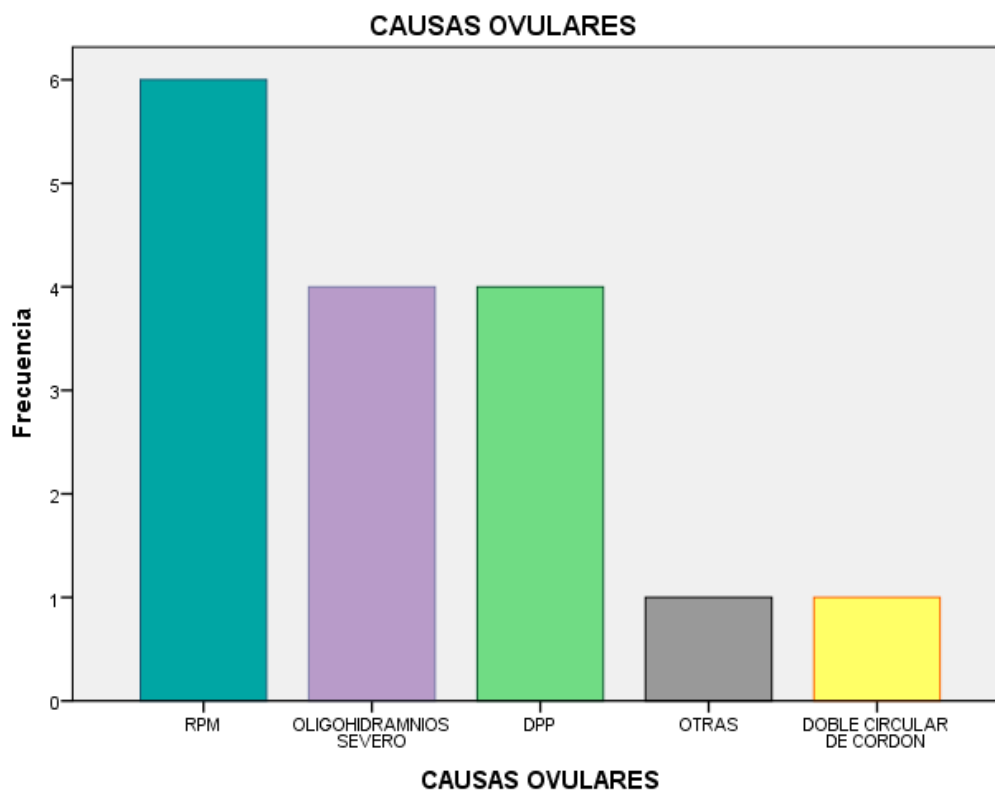


GRÁFICO 6: Indicaciones ovulares más frecuentes de cesárea

5.6.1. Población más frecuente con complicaciones por cesáreas injustificadas

TABLA 9: Población con complicaciones más frecuentes

	Frecuencia	Porcentaje
Válido NINGUNA	136	81,9
MATERNA	5	3,0
RN	25	15,1
Total	166	100,0

Existe un 81.9% de la población que no ha presentado ningún tipo de complicación, sin embargo los recién nacidos en comparación con las madres han sido los que mayores complicaciones han presentado con un 15.1%.

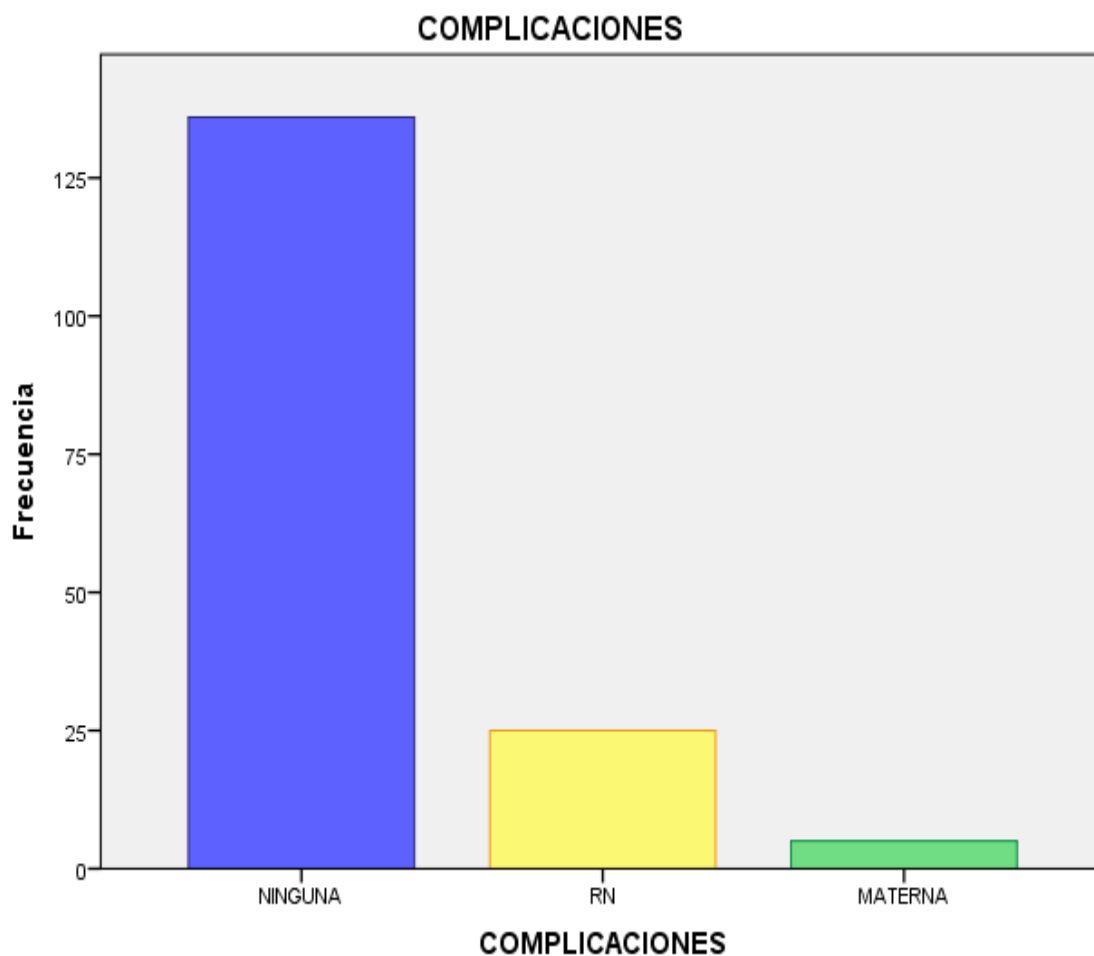


GRÁFICO 7: Población con complicaciones más frecuentes

5.2. Discusión de Resultados:

El constante crecimiento del número de cesáreas en el mundo, es un problema actual, que motivó su estudio con la finalidad determinar las principales causas de cesáreas injustificadas practicadas en el Hospital de Ventanilla. No se han encontrado estudios relacionados con este tema, por ello, amerita conocer nuestra realidad que aportará con algunas sugerencias que mitiguen el crecimiento de cesáreas injustificadas.

Hemos presentado a la edad joven como factor asociado a las cesáreas injustificadas, ya que podríamos interpretar que las mujeres en edad joven podrían ser más propensas a someterse a un parto por cesárea por evitar el dolor del parto vaginal y por razones estéticas. Sin embargo en nuestro estudio se demostró que las mujeres de edad joven no es un factor asociado a cesáreas injustificadas ($p < 0.05$).

Así mismo se analizó la variable de controles pre natales inadecuados, ya que lo podríamos relacionar con que las mujeres con escasos controles podrían someterse a una cesárea ya que no llevaron un estricto control de su gestación y así asumen evitar complicaciones tanto de ellas como para su bebé. Sin embargo en nuestro estudio se ha demostrado que las mujeres con controles pre natales inadecuados no es un factor asociado a cesáreas injustificadas ($p < 0.05$).

Podríamos interpretar este aumento desmedido como una mayor cobertura de atención profesional del parto, así como por mejores métodos y pautas para diagnosticar distocias durante el trabajo de parto; sin embargo se ha señalado la presencia de factores no clínicos, indicaciones injustificadas y cesáreas innecesarias, haciendo la salvedad que existen indicaciones definidas, claras y poco discutibles, catalogadas como absolutas.

En nuestro estudio hemos encontrado un 36.7% de cesáreas injustificadas por un diagnóstico pre quirúrgico y un 38% por diagnóstico post quirúrgico, a pesar de ser justificadas en un mayor porcentaje no dejan de ser preocupantes estas cifras ya que van en aumento y que en el caso de nuestro estudio la principal indicación de esta intervención es por cesárea anterior por una vez con un 19.3%, lo que nos parece una aparente actitud operatoria por una indicación injustificada.

En trabajos similares de indicación cesárea anterior vemos que los porcentajes obtenidos dan como resultados no concordantes tales como los encontrados en México por Pavón L. (2002) (8) de 15.2%, estudios hechos en Argentina por el Dr. Alberto (2004)(16), ésta indicación se encuentra un 11% y en diferentes estudios como en Perú por De La Cruz Galarza en el Hospital Regional de Cusco se encuentra 2do lugar con un 10.3% y 3er lugar en el estudio de Echais JF en el 2004 con un 11.9%.

Estos datos indican el gran porcentaje de pacientes con cesárea previa que se someten a ésta intervención, a pesar de que las Guías del Ministerio de Salud indican que una paciente puede practicar el parto vaginal con un cesárea anterior (31).

Entonces, si en la actualidad la cesárea anterior es uno de los diagnósticos operatorios más frecuentes ¿cuál era el criterio diagnóstico para indicar una cesárea a pacientes sin antecedente de cesárea ni gestación anterior? Probablemente podemos suponer que el criterio clínico tuvo un rol importante en la toma de esta decisión.

La tercera indicación de cesárea en nuestro estudio fue la Desproporción céfalo - pélvica (10.2%); comparando con el estudio de Pavón L. (México, 2002) que fue (22.4%) la que me parece una aparente actitud operatoria por una indicación injustificada (7). Estos resultados coinciden con el de muchos otros Hospitales de Lima, del interior del País y de Latinoamérica. Sin embargo lo curioso en este estudio es que existe una alta diversidad de diagnósticos pre quirúrgico para este procedimiento, muchos de ellos con tasas muy bajas probablemente por la falta de homogeneidad en los criterios diagnósticos para cesárea.

La cuarta indicación de cesárea en nuestro estudio encontramos el sufrimiento fetal agudo con 9.6% porcentaje bajo en comparación de otros estudios en que la indicación ocupa el primer lugar en el trabajo de Pavón L. en México, 2002 (28.4%)(29); Romero A. en Argentina 2004 en que ocupa el segundo lugar (13.5%); y De La Cruz Galarza en que ocupa el tercer lugar con (10.2%) en el Hospital Regional de Cusco. Como referimos la indicación “sufrimiento fetal” e n nuestro estudio ocupa el cuarto lugar con 9.6%porcentaje que encontramos mucho mayores en trabajos similares, por ser una indicación que se relaciona con alto riesgo fetal, pero que nosotros aceptamos el porcentaje como referencial disminuido porque muchas pacientes con dicha indicación fueron transferidas a un centro de mayor resolución como lo es el Hospital Daniel Alcides Carrión, especialmente cuanto se trate de una preclampsia grave o eclampsia con dicho sufrimiento fetal.

Es pertinente aclarar que en nuestro estudio encontramos como diagnostico preoperatorio a la Pre eclampsia-eclampsia con un porcentaje relativamente bajo con un (4.8%) el que no concuerda con los estudios realizados por De La Cruz Galarza, A. (Cusco, 2004) en el Hospital Regional con un (8.6%); motivo por el cual, nos hemos encontrado durante el estudio de recopilación de datos que la mayoría de pacientes con dicha patología fueron transferidos a un centro de mayor resolución.

Por último, se ha podido apreciar que la tasa de Incidencia de cesárea de tipo electiva (56.6%) es mucho mayor que la tasa de incidencia de cesáreas de emergencia (43.4 %); lo preocupante de este resultado se debe al temor de que este procedimiento quirúrgico deje de ser utilizado con fines netamente médico-

asistenciales y se vuelva una intervención quirúrgica realizada por razones de carácter subjetivo donde la propia paciente decide si desea o no realizarse este tipo de procedimiento, o convertirse en una intervención quirúrgica netamente económica donde es el propio médico quien aumenta la tasa de incidencia de cesárea, al traer al hospital, sus pacientes del sector privado.

Por tal motivo, es de mi parecer, que en los diferentes hospitales del país (en especial de Lima) deberían realizarse múltiples trabajos de investigación de este tipo, con la finalidad de establecer un antecedente de cifras estadísticas que demuestren el incremento año por año de la tasa de incidencia de cesáreas en nuestro país; para que en un futuro puedan servir de base y punto de partida para la realización de otro tipo de investigaciones donde se relacionen las variables encontradas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- **Conclusiones**

- La principal conclusión de este estudio es que la edad joven y los controles prenatales inadecuados son factores asociados no significativos estadísticamente a cesáreas injustificadas con un $p < 0.05$ y un OR= 1,1 y 1,4 respectivamente.
- En el Hospital de Ventanilla en el periodo de enero a diciembre del 2015 la frecuencia de cesáreas injustificadas es de un 35.5% del total de cesáreas registradas.
- Existe una alta tasa de incidencia de cesáreas de tipo electivas: 56.6%, superando la tasa de incidencia de cesáreas de emergencia, las cuales también muestran una alta incidencia, alcanzando un 43.4% durante el periodo Enero a Diciembre del 2015.
- La principal causa de cesárea injustificada de etiología materna fue cesárea anterior por una vez con 19.3% en el Hospital de Ventanilla durante el periodo enero a diciembre del 2015.
- La principal causa de cesárea de etiología fetal fue sufrimiento fetal agudo con un 9.6% bajo el mismo porcentaje la indicación injustificada de feto podálico en el Hospital de Ventanilla durante el periodo de enero a diciembre del 2015.
- La causa injustificada principal de etiología ovular para la realización de cesárea fue Ruptura de Membranas con 3.6%
- En cuanto a las complicaciones tanto maternas como perinatales fueron más comunes las perinatales con un 15.1 % en el Hospital de Ventanilla durante el periodo enero a diciembre del 2015.

- **Recomendaciones**

- Para evitar una frecuencia elevada de operación cesárea en el centro hospitalario es recomendable la prevención como factor fundamental, poniendo énfasis durante el control pre-natal en los factores de riesgo obstétrico (edad, paridad, antecedentes patológicos personales y familiares, antecedentes Gineco-Obstétricos, control prenatal adecuado).
- Crear una comisión de control dentro del servicio de Ginecología y Obstetricia, encargada de analizar la tasa de frecuencia de cesáreas cada mes, identificando los médicos asistentes con más alta incidencia de cesárea y así establecer el uso de normativas y/o guías de manejo institucional, con el fin de justificar los diagnósticos operatorios y disminuir el número de cesáreas.
- Mejorar la calidad de la Atención Prenatal para que las pacientes sean programadas de forma electiva, con la finalidad de disminuir la alta incidencia de cesáreas de emergencia e injustificadas.
- Definir claramente en las Historias Clínicas el Diagnóstico Principal para realizar la intervención quirúrgica.
- Considerar el chance vaginal con el uso correcto de partograma a fin de posibilitar el parto vaginal en las pacientes que han tenido una cesárea previa y no presentan otra complicación obstétrica.
- Incentivar en las pacientes gestantes la difusión y el conocimiento del riesgo y consecuencias que amerita una cesárea.
- Realizar anualmente estudios científicos similares y mantener una base de datos con las cifras estadísticas halladas con la finalidad de obtener un punto de partida y/o referencia para futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Gary F. et al Obstetricia de Williams. Vigésimo segunda edición.España: Mc Graw Hill Interamericana; 2006.
2. - Smith BL, Martin JA, Ventura SJ. Births and deaths: preliminary data for July 1997- June 1998.Nad Vital Star Rep 1999; 47: 1- 22
- 3.- Bessio M. Cesárea vs Parto vaginal una perspectiva ética. Scielo. Chile 1999. [cited 8 February 2017].Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498871999000900014
- 4.-DAIRA A. ANDREA P. DIANA P.: prevalencia de cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga y correlacionar el diagnóstico clínico- quirúrgico durante el año 2010. [cited 8 February 2017]. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5063/1/MED205.pdf>
- 5.- Smith BL, Martin JA, Ventura SJ. Births and deaths: preliminary data for July 1997-June 1998. Nad. Vital Star Rep 1999; 47:1-22.
- 6.- Simm A, et al. Operación cesárea. Intramed. 2008. disponible en:
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=53029>
- 7.- Revista Desde la Red. Se abusa en México de las cesáreas. México 2009 disponible en:
<http://www.desdelared.com.mx/2009/notas/09.en.12-cesareas.html>
- 8.- Morales O, et all. Frecuencias e indicaciones de la cesárea en el hospital militar. Bireme BVS. México 1996. Disponible en:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=181648&indexSearch=ID>
- 9.- Nápoles Méndez D, “Cesárea y Alternativas en las distocias del trabajo de parto, MEDISAN 2007, disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san14307.pdf
- 10.- The American Congress of Obstetricians and Gynecologists “Parto por cesárea” Whashintong, 2011. disponible en:
http://www.acog.org/publications/patient_education/sp006.cfm
- 11.- Molina C, et al. Índice de cesárea e indicaciones médicas de primera cesárea en el servicio de obstetricia del hospital San Juan de Dios,Bogotá. Disponible

en:http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LIL_ACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=481407&indexSearch=ID

12.- Medline Plus. Cesárea. 2008. Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002911.htm>

13.- Pacheco J, Saona P. Cesárea. En: Pacheco J. Ginecología Obstetricia y Reproduccion.2°ed.Lima,Peru: Rep;2007.1322-24

14.- Abalos E.Tecnicas y materiales alternativos para cesárea, Abril 2009. Disponible en:

http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004663_abaloe_com/es

15.- 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.

16.- Schwarcz, Sala, Duverges. Operacion Cesarea. Obstetricia. En: Schwarcz. Obstetricia.6°ed. buenos Aires: El Ateneo; 2005.703-8

17.- Morales O, et all. Frecuencias e indicaciones de la cesárea en el hospital militar. Bireme BVS. México 1996. disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=181648&indexSearch=ID>

18.- Grady Denise. Nuevas guías sobre el uso de las cesáreas. Intramed. EEUU. 2010. Disponible en:

<http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=66613>

19.- Enciclopedia de Cirugía, "Cesárea", 2011 disponible en:

<http://translate.google.com/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.surgeryencyclopedia.com/Ce-Fi/Cesarean-Section.html>

20.-Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea.Disponible en:

<http://www/bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33:3.07/gin03307.html. 10/04/2009>

- 21.- Sandoval R. Factores de incremento de cesáreas y consecuencias en cobertura de atención y estrés laboral, Hospital Provincial Docente Belén – Lambayeque, enero-marzo 2012. [Tesis] para optar el grado académico de: maestro en ciencias con mención en gerencia de servicio de salud. Esc. Postgrado. UNPRG.
- 22.- 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.
- 23.- Bustamante M, Vera O, Limo J, Patazca J. Frequency and indications of cesarean in the Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque.2010 -2011, Revista Cuerpo Médico HNAAA 7(1) 2014.
- 24.- Cárdenas G, Ávila K, Masías L, De la Peña M, Peching G, Gonzáles E., Incidencia e indicaciones de las cesáreas practicadas en el instituto materno perinatal. Perú 2000 [acceso 15 de agosto, 2012]. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_48n3_2002/xiv_congreso.
- 25.- Echáis J, cesárea. experiencia en el Hospital General De Oxapampa. Perú 2004 [acceso 15 de agosto, 2012]. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol50_n2/a05.htm
- 26.- Zavaleta N, Inga M. Primera Encuesta Global de la OMS en Salud Materna y Perinatal 2005: Resultados del Perú. Instituto de Investigación Nutricional, 2007.
- 27.- Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. Causas de Cesáreas.2010 Disponible en:
<file:///C:/Documents%20and%20Settings/fisio/Mis%20documentos/Downloads/Causas%20de%20Ces%C3%A1reas.pdf>
- 28.- Villaverde R. Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. [Tesis para optar el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Zaragoza - España. Universidad de Zaragoza; 2009.
- 29.- Rosales E, Felguerez J. Répercussion demográfica de la operación cesárea. Revista Ginecobstetricia México. 2009.77 (8): 362-66
- 30.- Saucedo D. La adolescencia ¿es un factor de riesgo para cesárea? [Tesis para optar el grado de Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia] Colima, México. Universidad de Colima; 2006.

31.- Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Disponible en:

<http://www.who.int/es/>

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

33.- Dirección General de Salud Reproductiva. Cesárea Segura. México.

34.- Paz M, Tapia I, Duque S. Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero – Diciembre de 2011. Revista Médica HJCA 2014; 6(1): 46-50.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	NATURALEZA	ESCALA DE MEDIDA	INDICADOR	INSTRUMENTO	DIMENSION	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
CESAREA INJUSTIFICADA	cualitativa	De razón	Ningún criterio absoluto de cesárea	Ficha de recolección de datos	clínica	Aquellas cesáreas en las que no se cumplen los criterios absolutos de realización	N de casos registrados en HC
EDAD JOVEN MATERNA	cuantitativa	De razón	< 25 años	Ficha de recolección de datos	biológica	Tiempo en años desde el nacimiento de un ser vivo	Años cumplidos al momento de la cesárea referidos en la HC
CONTROLES PRENATALES INADECUADOS	cualitativa	Ordinal	<6 CPN	Ficha de recolección de datos	clínica	Procedimientos periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que pueden condicionar morbilidad materna y perinatal	Número de controles prenatales registrados en la Historia Clínica.
TIPO DE CESAREA	cualitativa	nominal	Programada: electiva No programada: emergencia	Ficha de recolección de datos	clínica	Tipo de cesárea elegido por la madre según su conveniencia.	Tipo de cesárea registrada en la HC
INDICACION MATERNA DE CESAREA	cualitativa	nominal	Cesárea Anterior x 2 DCP Dilatación estacionaria Expulsivo prolongado Infecciones sistémicas: HIV, Condilomatosis Pre-eclampsia o eclampsia	Ficha de recolección de datos	clínica	Condiciones maternas que determinan el parto por cesárea	Causas maternas registradas en la HC
INDICACION FETAL DE CESAREA	cualitativa	Nominal	Embarazo múltiple Macrosomía Fetal Feto en Podálico Feto en Transverso Sufrimiento Fetal Agudo RCIU	Ficha de recolección de datos	clínica	Condiciones fetales que determinaron el parto por cesárea	Causas fetales registradas en la HC
INDICACION OVULARDE CESAREA	cualitativa	nominal	DPP Placenta previa total RPM Circular doble de cordón	Ficha de recolección de datos	clínica	Condiciones ovulares que determinaron el parto por cesárea	Causas ovulares registradas en la HC
COMPLICACIONES DE CESAREA	cualitativas	nominal	Maternas perinatales	Ficha de recolección de datos	clínica	Riesgos a los que se someten la madre y el feto en la realización de cesárea	N de complicaciones por cesárea registrados en HC

ANEXOS (2)

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I.- DATOS GENERALES.

1. Edad: 2. N° de H.C:.....
3. Estado civil: s() c () co()
4. Paridad: Primípara () Multípara () Gran Multípara ()
5. Tipo de Cesárea: Electiva () Emergencia ()
6. Número de Cesáreas Anteriores:
7. Número de Controles Prenatales:
8. Dx pre qx.....
9. Dx post qx.....

II.- DATOS OBSTETRICOS.

- | a) CAUSAS MATERNAS | SI () | NO () |
|-------------------------------------|--------|--------|
| 1. Cesárea previa | () | () |
| 2. Desproporción céfalo – pelvico | () | () |
| 3. Dilatación estacionaria | () | () |
| 4. Expulsivo Prolongado | () | () |
| 5. Infecciones sistémicas* | () | () |
| 6. Pre-eclampsia o eclampsia previa | () | () |
| 7. Otros | () | () |
-
- | b) CAUSAS FETALES | | |
|----------------------|-----|-----|
| 1. Embarazo múltiple | () | () |
| 2. Macrosomia fetal | () | () |
| 3. Feta podálico | () | () |
| 4. Feto transverso | () | () |
| 5. SFA | () | () |
| 6. RCIU | () | () |

7. Otros () ()

c) CAUSAS OVULARES

1. DPP () ()

2. Placenta previa total () ()

3. Oligohidramnios severo () ()

4. RPM () ()

5. Doble circular de cordón () ()

6. Otros () ()

d) COMPLICACIONES

1. maternas () ()

2. Rn () ()

*HIV, Herpes genital activo, Condilomatosis florida, ITU complicada. **Ficha de Recolección de Datos tomada de MANUEL BERNARDO PAIBA SAMAMÉ y GLENDA DAYANI SALAZAR GUADALUPE Modificada.

ANEXO (3)

CARGO

HOSPITAL DE VENTANILLA

Ventanilla, 10 de Enero del 2017

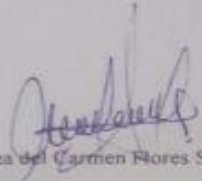
Dr. David Pablo Gotzález Sáenz
DIRECTOR DEL HOSPITAL VENTANILLA.

Asunto: Autorización y Apoyo para la ejecución de tesis

Mediante la presente me dirijo a Usted y en calidad de interna de Medicina del presente año de la universidad RICARDO PALMA, yo Andrea del Carmen Flores Sotelo, solicito autorización y apoyo para obtener datos estadísticos de su despacho, los cuales me permitan concluir con éxito la ejecución de mi tesis "FRECUENCIAS DE CESAREAS INJUSTIFICADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE VENTANILLA, DURANTE EL PERIODO 2015, para obtención de título profesional Médico cirujano.

Sin otro particular me despido de Usted.

Atentamente,


Andrea del Carmen Flores Sotelo

