

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**“CRITERIOS EPIDEMIOLÓGICOS E INDICACIONES DE CESÁREAS
REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III
ESSALUD-TACNA EN EL AÑO 2012 Y 2016”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Marilyn Kariné Sánchez Quispe

Para optar el Título Profesional de:

MEDICO CIRUJANO

Asesor: Reynaldo Vela Moscoso

TACNA – PERU

2017

RESUMEN

Objetivo: Identificar los criterios epidemiológicos tales como: edad, paridad, controles pre-natales, edad gestacional, condición de cesárea; así como las principales indicaciones de esta intervenciones quirúrgicas realizadas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III EsSalud-Tacna, en el año 2012 y 2016.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de tipo retrospectivo en corte transversal. De una muestra total de 2437 partos, de los cuales se estudiaron 994 pacientes cesareadas en el Hospital Daniel Alcides Carrión II EsSalud-Tacna, dividido en un periodo de 2 años.

Resultados: Los resultados obtenidos señalan la incidencia de cesáreas de 37% (2012) y 46%(2016); así como las indicaciones más frecuentes que justificaron este procedimiento, las cuales fueron: Sufrimiento fetal agudo con 16.1%(2012) y 16.0%(2016); trabajo de parto disfuncional con 11.8%(2012) y 10.2%(2016); cesárea anterior con 11.2%(2012) y 9.0%(2016); DCP por macrosomía fetal con 8.7%(2012) y 14.1%(2016);y distocia de presentación con 11.0%(2012) y 9.2%(2016). Además se describió criterios epidemiológicos, de los cuales, los siguientes obtuvieron la mayor incidencia: grupo etario de 20 a 35 años (73.8% y 71.9%); nulíparas (44% y 36.3%); cinco a más controles pre-natales (81.4% y 84.6%); gestaciones a término (91.8% y 89.5%); cesáreas de emergencia (82.7% y 94.3%); peso adecuado de recién nacidos (73.7% y 70.6%) y apgar vigoroso de recién nacidos (99.0% y 99.2%).

Conclusiones: La elevada incidencia de cesáreas coincide con la tendencia mundial actual, pero pese a esto, no hubo gran variación en la indicación principal (SFA) y los criterios epidemiológicos.

Palabras claves: cesárea, incidencia de cesárea, criterio epidemiológico, edad, paridad, control pre-natal, edad gestacional, condición de cesárea, peso de recién nacido, apgar de recién nacido, indicación de cesárea.

ABSTRACT

Objective: To identify epidemiological criteria such as: age, parity, pre-natal controls, gestational age, cesarean condition; As well as the main indications of this surgery performed in the Hospital Daniel Alcides Carrión III EsSalud-Tacna, in 2012 and 2016.

Materials and methods: A retrospective cross-sectional descriptive study. Of a total sample of 2437 births, of which 994 patients were studied in the Hospital Daniel Alcides Carrión II EsSalud-Tacna, divided in a period of 2 years.

Results: The results obtained indicate the incidence of cesarean sections of 37% (2012) and 46% (2016); As well as the most frequent indications that justified this procedure, which were: Acute fetal distress with 16.1% (2012) and 16.0% (2016); Dysfunctional labor with 11.8% (2012) and 10.2% (2016); Previous cesarean section with 11.2% (2012) and 9.0% (2016); PDD by fetal macrosomy with 8.7% (2012) and 14.1% (2016), and presentation dystocia with 11.0% (2012) and 9.2% (2016). In addition, epidemiological criteria were described, of which the following had the highest incidence: age group of 20 to 35 years (73.8% and 71.9%); Nulliparous (44% and 36.3%); Five to more pre-natal controls (81.4% and 84.6%); Term gestations (91.8% and 89.5%); Emergency cesareans (82.7% and 94.3%); Adequate weight of newborns (73.7% and 70.6%) and vigorous apgar of newborns (99.0% and 99.2%).

Conclusions: The high incidence of cesarean sections coincides with the current world trend, but despite this, there was no great variation in the main indication (SFA) and epidemiological criteria.

Key words: cesarean section, incidence of cesarean section, epidemiological criteria, age, parity, pre-natal control, gestational age, cesarean section, newborn weight, cesarean indication.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I	17
1.1 Fundamentación del Problema	18
1.2 Formulación del Problema	19
1.3 Objetivos de la Investigación	
1.3.1 Objetivo General	19
1.3.2 Objetivos Específicos	20
1.4 Justificación del problema	21
1.5 Definición de términos	24
CAPÍTULO II	27
2.1 Antecedentes de la investigación	27
2.1.1 Antecedentes internacionales	27
2.1.2 Antecedentes nacionales	29
2.1.3 Antecedentes locales	31
2.2 Marco teórico	32
2.2.1 Cesárea en la Historia	32
2.2.2 Definición de Cesárea	34
2.2.3 Clasificación de Cesárea	35
2.2.4 Principales Indicaciones	37
2.2.4.1 Indicaciones Maternales	38
2.2.4.2 Indicaciones Fetales	39
2.2.4.3 Indicaciones Ovulares	40
2.2.4.4 Indicaciones Materno-Fetales	41
2.2.4.5 Indicaciones Placentarias	41

2.2.4.6	Indicaciones Relativas	42
2.2.4.7	Indicaciones Absolutas	43
2.2.4.8	Indicaciones Epidemiológicas	45
2.2.5	Complicaciones post-operatorias	45
CAPÍTULO III	47
3.1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
CAPÍTULO IV	51
4.1	Diseño	51
4.2	Ámbito de estudio	51
4.3	Población y muestra	51
4.3.1	Criterios de Inclusión	52
4.3.2	Criterios de Exclusión	52
4.4	Técnica e Instrumentos de recolección de datos	52
4.4.1	Técnica	52
4.4.2	Instrumentos	52
CAPITULO V	53
6.1	Presentación de datos y análisis de resultados	53
6.1.1	Resultados de incidencia de cesáreas	53
6.1.2	Resultados de criterios epidemiológicos	55
6.1.3	Resultados de indicaciones de cesáreas	65

6.1.4 Resultados de características de recién nacido.69

CAPITULO VI	73
DISCUSION	73
CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES	80
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	82
ANEXOS	89

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. INCIDENCIA DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012 Y AÑO 2016	53
TABLA 2. EDAD DE CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012 Y AÑO 2016.	55
TABLA 3. ANTECEDENTE DE PARIDAD DE CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012 Y AÑO 2016.	57
TABLA 4. NÚMERO DE CONTROLES PRE-NATALES EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012 Y AÑO 2016.	59
TABLA 5. EDAD GESTACIONAL DE CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN-TACNA. AÑO 2012 Y AÑO 2016	61
TABLA 6. CONDICIÓN DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012 Y AÑO 2016.	63

TABLA 7.	INDICACIONES DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012.	63
TABLA 8.	INDICACIONES DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2016	67
TABLA 9.	PESO DE RECIÉN NACIDOS POR CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012 Y AÑO 2016.	69
TABLA10.	APGAR A LOS 5 MINUTOS DE RECIÉN NACIDOS POR CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012 Y 2016.	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1. INCIDENCIA DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012 Y AÑO 2016	54
GRÁFICO 2. EDAD DE CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012 Y AÑO 2016.	56
GRÁFICO 3. ANTECEDENTE DE PARIDAD DE CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012 Y AÑO 2016.	58
GRÁFICO 4. NÚMERO DE CONTROLES PRE-NATALES EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012 Y AÑO 2016.	60
GRÁFICO 5. EDAD GESTACIONAL DE CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN-TACNA. AÑO 2012 Y AÑO 2016	62
GRÁFICO 6. CONDICIÓN DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012 Y AÑO 2016.	64

GRÁFICO 7.	INDICACIONES DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012.	66
GRÁFICO 8.	INDICACIONES DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2016	68
GRÁFICO 9.	PESO DE RECIÉN NACIDOS POR CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012 Y AÑO 2016.	70
GRÁFICO 10.	APGAR A LOS 5 MINUTOS DE RECIÉN NACIDOS POR CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012 Y 2016.	72

DEDICATORIA

A Dios, el que con su voluntad hizo posible que concluyera satisfactoriamente este proyecto y esta etapa de mi vida.

A mi familia, que me brindó amor y comprensión, así como fuerza ante las adversidades del día a día.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, ser maravillo que con su poder permitió que terminara este desafío que parecía imposible.

A mi madre y mi hermana, Silvia y Arabella, que estuvieron detrás de cada paso dado y a mi lado cuando se presentaba un obstáculo; pero sobre todo a mi padre, César Sánchez, que me inspiró a seguir esta carrera y me enseñó ahora más que nunca el apoyo incondicional y amor infinito de la familia.

A mi asesor, que su apoyo y experiencia fueron fundamentales para mi formación como investigador.

A mis jurados, que me brindaron comprensión y confianza durante el proceso.

INTRODUCCIÓN

La Cesárea y sus extensos componentes epidemiológicos como sus indicaciones son de gran interés para nuestro sistema de Salud que indica un aumento en su recurrencia en los últimos años. Esta intervención quirúrgica definida como el nacimiento de un feto a través de una laparotomía seguida de una histerotomía², que puede ser una situación de peligro para la madre o el feto o la imposibilidad de este de nacer por vía vaginal⁸.

Esta alta recurrencia en el uso de la intervención quirúrgica estudiada, es un problema de salud pública global. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha iniciado, desde hace mucho tiempo, medidas para tratar de revertir esta tendencia y, así, mejorar la calidad en la atención del parto¹. Pese a que esta decisión quirúrgica pueda ser una opción para salvar la vida de la madre o el hijo, paradójicamente; puede ser contra-productiva y atentar contra la salud de las partes señaladas, en especial cuando su uso se realiza sin los criterios estrictamente establecidos y justificables³. Por tal motivo, la OMS ha establecido recomendaciones internacionales acerca de la tasa de cesárea óptima para que los países se guían y puedan fijar sus metas de salud materna a largo plazo. A pesar de esto, se ha visto que las cesáreas son menos utilizadas en los países de bajos ingresos en contraposición a países de medianos y altos ingresos, en los cuales su uso es adecuado o sobre utilizado⁴.

En Latinoamérica se calculan los índices más altos de partos por cesáreas de todo el continente. Las estadísticas de la intervención

indican un índice de cesáreas (IC) que oscila entre el 20 y 25% solo en establecimientos públicos pero siendo mayor en instituciones médicas privadas con un 55%, lo que aumentaría el interés por el estudio de las últimas en mención⁵. La Organización Mundial de Salud (OMS) señala que el índice de cesáreas a nivel poblacional no debe ser superior al 15%, y concluyó estadísticamente que no existen beneficios adicionales para la salud por encima de este porcentaje pero esto va aumentando en los últimos años según el centro hospitalario, factores como la reducción en la paridad (aumento de nulíparas), postergación de la maternidad (aumento de primigestas añosas), el uso de pruebas de vigilancia de bienestar fetal, alto riesgo médico-legal, factores socioeconómicos y culturales como la preferencia social y el tipo de aseguramiento⁹.

Por tales motivos resulta de gran importancia, en este estudio, determinar las indicaciones adecuadas para este procedimiento, así como ciertos criterios epidemiológicos que se encuentran en constante cambio.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1 Fundamentación del problema

Las cesáreas han aumentado en porcentaje en la actualidad, diversos estudios en diferentes países han señalado que la etiología para el incremento del porcentaje de las cesáreas es multifactorial.

Según un reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde el año 1985, esta comunidad sanitaria internacional ha determinado que la tasa “ideal” de cesáreas se encuentra entre el 10% y el 15%; nuevos estudios revelan que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando dicha tasa se acerca al 10%, pero no hay pruebas de que las tasas de mortalidad mejoren cuando se supera esa cifra; pese a esto, los últimos años la incidencia ha aumentado a niveles inesperados, especialmente en América Latina⁶.

En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud de diversos países han expresado su preocupación respecto al incremento significativo en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materno-infantil^{7 8}.

Se debe tener en consideración que son muchos los factores que subyacen al excesivo uso de las cesáreas que se realizan, en especial si nos referimos al sector privado. Por un

lado, los que están asociados a las preferencias o prácticas del mismo personal de salud; y por otro lado, a la comercialización de esta intervención donde las mismas pacientes demandan activamente por este procedimiento, sin la información adecuada de las posibles complicaciones posteriores y deduciéndola como una forma de “parto sin dolor”⁹.

En el Perú, los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014 indican que el nacimiento por cesárea, se estima debe situarse entre 5,0% y 15,0% de todos los nacimientos como solución final a complicaciones del embarazo y parto, pero pese a esto, continúa aumentando en el Perú. Así, esta incidencia se incrementó de 21,4% a 28,6% entre los años 2009 y 2014¹⁰.

El departamento de Tacna no es ajeno a este problema, la ENDES 2009 y 2012 nos muestran en Tacna un aumento significativo de la operación, donde se incrementó de 29,6% a 31,8% respectivamente, demostrándonos así que el porcentaje de cesáreas va incrementando conforme pasan los años ^{11 12}.

Así mismo, el último informe de la ENDES 2014 nos revela que la tasa de cesárea continúa en aumento en Tacna, proporcionándonos un porcentaje de 35,3% de nacimientos por cesárea, lo cual indica una alta incidencia de esta operación ¹⁰.

Según nos indica el Área de Estadística Institucional de Es-Salud en el año 2014, en el Hospital III Daniel Alcides Carrión

de Tacna se reportaron un total de 1378 partos, de los cuales 529 fueron cesáreas, constituyendo un porcentaje de 38,39%, esta cifra nos confirma la tendencia de aumento en el porcentaje de cesáreas, desde 1998 hasta el 2014, éste aumentó significativamente de 29,31% a 38,39% ¹⁵.

Es por eso que debemos tener presente, que las reales indicaciones de parto por cesárea hacen referencia a las circunstancias clínicas en las cuales el pronóstico materno-fetal se optimiza al utilizar este procedimiento quirúrgico¹⁴.

1.2 Formulación del problema

- a. ¿Cuáles son los criterios epidemiológicos de cesáreas realizadas en el Hospital DANIEL ALCIDES CARRION III ESSALUD TACNA en el año 2012 y 2016?
- b. ¿Cuáles son las indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital DANIEL ALCIDES CARRION III ESSALUD-TACNA en el año 2012 y 2016?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- a. Analizar el comportamiento de criterios epidemiológicos e indicaciones identificadas de las cesáreas realizadas en el Hospital DANIEL ALCIDES CARRION III ESSALUD TACNA en dos periodos de estudio (año 2012 y 2016)

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Identificar las incidencias y su comportamiento entre las cesáreas realizadas en el Hospital DANIEL ALCIDES CARRION III ESSALUD TACNA en el año 2012 y 2016.

- b. Identificar el comportamiento de los criterios los epidemiológicos de cesareadas atendidas en el Hospital DANIEL ALCIDES CARRION III ESSALUD TACNA en el año 2012 y 2016.

- c. Identificar las indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD TACNA y su comportamiento en el año 2012 y 2016.

1.4 Justificación

Actualmente, en el Perú, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de salud Familiar y la Organización Mundial de la Salud, igual que lo encontrado en otros países Latinoamericanos – como Bolivia, Brasil y Chile – la incidencia de cesárea ha aumentado de forma exponencial (de 38,39%), cifra muy inferior a la recomendada como beneficiosa para la salud Materno-perinatal por la OMS¹⁰.

También debemos analizar distintas características epidemiológicas de la población gestante, que pueden ayudar a buscar la etiología real. Entre estas tenemos los siguientes, reportados por la ENDES 2015 como importantes y relevantes de estudiar. Tal como la edad, donde se determinó que el 86.9% fueron pacientes de 20 años a más, el 8,2% de 18 a 19 años y 4,9% de 12 a 17 años; también encontramos la edad gestacional de los nacidos vivos los cuales indicaron que el 93,5% fueron a término y 6,5% fueron pre términos; entre otras variables; lo que hace relevante incluirlas en este estudio¹⁰.

En nuestro país se realizan estudios de grandes establecimientos hacia la Salud Materno-Perinatal. Tal es el caso del Hospital Nacional Materno Perinatal, que notifico que el 2013, de su número total de partos, aproximadamente el 44% era por vía cesárea, y que tras un trabajo integro para mejorar las cifras, el año 2014 se disminuyó a un 37%¹³. De esta forma se observa la importancia de analizar la situación de salud de cada de establecimiento y establecer metas para lograr eficacia.

Al mismo tiempo en nuestra ciudad se observa la misma tendencia que la media nacional; según tasas nacionales del 2015, los cuales reportan que de 4648 nacimientos en Tacna, cerca de la mitad son por vía cesárea sin gran diferencia entre pacientes atendido por Sistema Integral de Salud y la Red Asistencial de Essalud¹⁵.

El presente estudio se justifica por la importancia de conocer diferentes criterios epidemiológicos tales como-edad, edad gestacional, número de controles prenatales y paridad; así como las indicaciones diagnósticas de cesáreas por múltiples estudios como el de Manzano Espejo, 2009, Lima – Perú, quien estudió la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multigestas, la cual resulto ser de 45% con mayor asociación a desproporción cefalo – pélvica¹⁷. De igual modo, 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%), incompatibilidad feto pélvica (9,8%), presentación podálica (7%), así como el control pre natal inadecuado; influyeron en la decisión de realizar la cesárea¹⁸.

Es así que, el análisis comparativo entre los dos años en estudio, con un periodo de diferencia de cinco años entre estos; debido al incremento de la frecuencia de esta intervención quirúrgica por parte de la población, apreciada en la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal, donde encontraron que la mediana de la

tasa de partos por cesárea fue del 33% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados fue del 51%; brindando una importancia adicional en esta institución así como para que otros estudios similares se realicen en diferentes hospitales del país con el fin de hallar la tendencia actual e identificar la fuente de esta¹⁰.

Debemos tener presente que el continuo aumento de la utilización de cesárea en el país, la diversidad de complicaciones asociadas a ésta y algunas de las características sociodemográficas de las mujeres en mayor riesgo de ser sometidas a esta cirugía, enfatizarían la necesidad de realizar estudios adicionales para revisar los criterios bajo los cuales se llevan a cabo, con el propósito de lograr que toda cesárea efectuada sea justificada médicamente para el bienestar y la salud del binomio madre – hijo⁹.

El problema es trascendente, en razón a que se ha observado la tendencia en ascenso; además, la operación puede tener complicaciones, las cuales no son siempre previsibles o evitables. En ese sentido, es preciso examinar los criterios bajo los cuales se llevan a cabo, el propósito de conseguir que toda cesárea efectuada sea justificada médicamente, por lo que se desea determinar la incidencia de cesárea y las indicaciones más frecuentes para su ejecución, con el fin de disminuir esta problemática¹⁹.

1.5 Definición de términos:

1.5.1 Cesárea: se define como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía). Esa definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura del útero o de un embarazo en esa localización.²

1.5.2 Incidencia de cesárea: Corresponde al número de partos por cesáreas, realizadas en un periodo determinado de tiempo sobre la cantidad total de partos en el mismo periodo.⁵³

1.5.3 Indicación de cesárea: Se define a la causa/patología definitiva que amerita realizar el procedimiento quirúrgico cesárea por la imposibilidad de realizar el parto por vía vaginal poniendo el riesgo la madre y el producto². Esta indicación es para condiciones extremas a indicaciones consideradas como relativas, que se definen³⁸:

1.5.3.1 Absoluta: Son aquellas en las cuáles la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto.

1.5.3.2 Relativas: Son aquellas en que se elige la cesárea como la mejor alternativa en circunstancias es que se plantea también alguna otra opción. Son cosas que por lo tanto tendrán que ser analizados detenidamente antes de adoptar una decisión.

1.5.4 Criterio epidemiológico: Es un valor cualitativo o cuantitativo que se utiliza para definir las diferentes características de una población en frecuencias.⁵³

1.5.5 Tipo de parto: Es la vía de culminación de una gestación por encima de las 22 semanas, que puede ser vaginal o cesárea.²

1.5.6 Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el momento actual, determinado en años.⁵⁴

1.5.7 Paridad: Corresponde al número de partos por vía vaginal o abdominal (antes de la cesárea realizada en estudio).

1.5.7.1 Nulípara: Cuando la mujer no ha tenido partos anteriores.

1.5.7.2 Primípara: Cuando la mujer ha tenido un parto anterior.

1.5.7.3 Secundípara: Cuando la mujer ha tenido dos partos anteriores.

1.5.7.4 Multípara: Cuando la mujer ha tenido de tres a más partos anteriores.

1.5.8 Controles Pre-natales: Es un componente de la atención materna que corresponde al conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado, a fin de preservar la salud de la gestante, y de esta forma el parto se realice sin complicaciones y termine con un sano recién nacido vivo a término.

1.5.9 Edad Gestacional: Tiempo transcurrido desde el primer día del último periodo menstrual y el momento que se quiere saber la edad del feto o del nacimiento. ⁵⁵

1.5.9.1 Se clasifica en:

1.5.9.1.1 Pré-termino: menos de 37 semanas

1.5.9.1.2 A término: de 37 semanas hasta 41 semanas

1.5.9.1.3 Póstr-término: mayor o igual a 42 semanas

1.5.10 Condición de cesárea: Puede ser programada/ electiva, o no programada/de emergencia. ³⁶

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

En Uruguay, Coppola et al, 2015, publicó: Cesáreas en Uruguay, encontrando un ascenso progresivo desde el 2009 (35,5%) al 2013 (43,7%), pero con muchas instituciones por encima de 55% y alguna que supera el 70%, habiendo mayor tendencia en el ámbito privado que en el público¹⁶.

En Ecuador, Astudillo y Guillen, 2012, en su investigación: prevalencia de parto por cesárea e identificación de su etiología en el Hospital José Carrasco Arteaga, encontraron que la prevalencia de cesárea fue del 61.6%, el grupo etario en el que predominó fue el de 20 a 30 años con una prevalencia de 55.6% y en las mujeres con un nivel de instrucción superior con una prevalencia de 44.4%, la operación cesárea por primera vez fue la de mayor frecuencia con el 47.8% y la principal indicación en esta muestra fue la cesárea anterior la cual se presentó en el 32.2% de la población.⁵²

En Argentina, Medina et al, 2011, realizaron una investigación titulada: indicaciones de cesáreas en el Hospital Dr. José R. Vidal de la ciudad de Corrientes, en el periodo de estudio comprendido entre el 1 de enero de 2009 al 30 de abril de 2010, los resultados nos muestran que se registraron 4016 nacimientos, con incidencia de cesáreas de 32%. Indicaciones obstétricas de cesáreas: 30,4% por cesárea anterior, 16% sufrimiento fetal agudo, 9.76% falta de progresión de trabajo de parto, 5.45% ginecorragia de la segunda mitad del embarazo, 3.80% desproporción feto pélvica, 3.30% embarazo gemelar, 13.13% otras en un total de 1393 pacientes. Indicaciones por patologías maternas asociadas: 46% hipertensión arterial, 21.6% diabetes, 8,4% corioamnionitis, 7.6% cáncer de cérvix, 5,2% ruptura prematura de membrana, 4% cardiopatías, 2,4% Lúes, 2,4% colestasis, 1,2% condilomatosis, y otras 0.4% en un total de 250 pacientes²¹.

En Brasil, la Encuesta Nacional sobre Parto y Nacimiento “Nacer en Brasil”, realizada por La Fundación Oswaldo Cruz, en el año 2012, reveló que de 23 940 partos se obtuvo que el 52% fueron por cesárea y en clínicas privadas el número ascendió a 88%; convirtiendo a este país como líder en este procedimiento quirúrgico en Latinoamérica y tal problemática debería ser investigada en el resto del continente²².

En Venezuela, Uzcátegui, 2008, realizó una investigación: estado actual de la cesárea en Caracas, en ella nos señala que en los hospitales públicos la frecuencia de la operación cesárea es menor que en los privados, sobre todo donde hay cursos de posgrado en obstetricia y ginecología. Nos da a conocer que la tendencia en su país es semejante a la de los otros países, del

mundo la cual es una preocupación mundial. Señala también que en algunos hospitales públicos de Caracas y del interior del país hay cifras menores que las de los privados, pero sin embargo, han aumentado en relación con años anteriores. Concluye recalcando que se deben tomar medidas ante el abuso de cesáreas y se muestra a favor del parto vaginal por ser un acto normal y fisiológico²⁰.

En México, Campero et al, 2007, realizaron una investigación: Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la ciudad de Mexico, en una muestra de 992 nacimientos de 847 mujeres que participaron en clases prenatales y otras variables de interés. Los resultados indicaron que la tasa de promedio de la operación cesárea fue de 32,8% por cada 1000 nacimientos. La media de edad fue 30,2 con desviación estándar de 4,2 y nivel educativo alto en promedio con la población en general²³.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

En Chiclayo, Perú, Carpio, 2015, realizó un estudio titulado: La operación cesárea, incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de ESSALUD-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012. La muestra estuvo conformada por 154 casos de cesárea en dicho Hospital. Los resultados indican una incidencia de la operación cesárea de 27,70%, entre las principales indicaciones: cesárea segmentaria previa con 23,4%; presentación podálica con 22,7%; desproporción cefalo-pélvica con 21,4%; desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPP) con 8,4%; macrosomia fetal mayor de 4,500

gr. con 6,5% y del total de partos por cesárea, las gestaciones con edad gestacional a término fueron del 90%. Por lo que concluye que la incidencia en dicho hospital se encuentra en porcentaje superior al recomendado por la OMS²⁴.

En Lambayeque, Perú, Paiba y Salazar, 2015, realizaron una investigación titulada: causas de cesáreas en el Hospital provincial docente Belén de Lambayeque, 2014. Revisaron 140 historias clínicas de partos por cesárea y a un mismo número por parto vaginal. Los principales resultados indican que las pacientes sometidas a cesáreas se caracterizan por que el 70,7%, son de 19 a 34 años; el 65,7% proceden de los pueblos de Lambayeque, existe un predominio de monitoreo adecuado de 60,7%. En la indicación del profesional predomina el riesgo obstétrico con 98,6%. Las causas maternas asociadas al parto por cesárea son: la cesárea previa, las distocias del canal del parto, el periodo intergenésico corto y enfermedad hipertensiva del embarazo. Las causas fetales son: malformaciones congénitas, RCIU y la muerte fetal previa; mientras que el oligohidramnios, el DPP y la Placenta previa constituyen causas específicas del parto por cesárea²⁵.

En Tumbes, Perú, Patiño, 2011, 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 29,4²⁶.

En Lima, Perú, Manzano, 2011, en su investigación titulada: la Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009, donde se revisó las historias clínicas de todas las pacientes gestantes adolescentes multigestas, los resultados indicaron que de 584 partos de esta pacientes en mención, 264 correspondían a cesáreas iterativas, lo que significada una incidencia del 45%, además del promedio de edad de 18,2²⁷.

2.1.3 Antecedentes Locales

El Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna, Alvarez et al, 2003, realizaron un trabajo de investigación: incidencia y principales indicaciones de cesárea, investigación de tipo descriptivo, de corte longitudinal, realizada con una muestra conformada por todas las gestantes cesareadas en el año 2003. Los principales resultados nos indican que de una total de 723 partos, el 38% fueron cesáreas, el 74, 5% fueron de emergencia, entre las principales indicaciones tenemos: distocia de la presentación (15.3%), sufrimiento fetal agudo (14.2%), cesareada anterior una vez (8,7%), macrosomía fetal (8%), pre-eclampsia (8%), entre otras²⁸.

El Hospital de Apoyo Hipolito Unanue de Tacna, 2003, emitió un informe en el cual indica que el porcentaje de cesáreas es de 24,2% encontrado dentro de las indicaciones más frecuentes: DCP (34.3%), sufrimiento fetal (11%), enfermedad hipertensiva del embarazo (6,5%).²⁹

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Cesárea en la historia

Varias ciudades que fueron fundadas, o embellecidas por emperadores romanos recibieron el nombre de Cesárea lo que permite hacernos una idea de que los romanos tienen mucho que ver con él, entre otras tantas, la antigua ciudad de la Palestina bíblica en Siria, cerca de la frontera de Palestina y de las fuentes del Jordán, llamada así por el nombre de un hijo de Herodes. Próxima a sus ruinas se halla la actual aldea de Banias o Banya. En ella fue curada por Jesucristo la mujer hemorroisa, de que habla la Biblia. Si intentáramos hacer una clasificación de la historia de la cesárea nos gustaría referirnos a la que hizo Cifuentes en la que señala que ésta puede dividirse en una parte anecdótica y mitológica y otra científica. La primera se emparenta con los tiempos lejanos donde el nacimiento por cesárea era algo misterioso y sobrenatural. 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 Esculapio³⁰.

Una palabra de origen latino, caedere o scaedere, que significa cortar, podría ser una de las 4 razones del origen de

la denominación. Las otras 3 son: la ley regia de Numa Pompilius (siglo VIII AC) que impedía inhumar a la mujer muerta embarazada sin haber sacado previamente al niño por una incisión abdomino-uterina (ley de los cesáres); la leyenda cuenta que Julio César nació de esta modo y por último, los escritos atribuidos a Plinio, historiador de la antigüedad, que aseveraba que el primero de los cesáres nació por vía abdominal³¹.

Se debe agregar al capítulo anecdótico y sólo registrado en la memoria de repitentes de supuestos casos, las autocesáreas, las cesáreas del célebre castrador de cerdos, Jacques Nuffer, de Sigershausen, en 1500, a su propia mujer Isabel; los 14 casos de Francisco Rousser en 1581 y otros de difícil comprobación¹.

Es bueno destacar que existieron leyes relacionadas con este proceder. La ley romana llamada "Lex Regia" del año 715 AC establecía que cualquier mujer con embarazo avanzado debía ser operada poco después de la muerte, si el niño estuviera vivo³⁰.

El primer registro de un niño nacido mediante cesárea fue en Sicilia, 508 AC según Boley. Cuando se revisa el tema, vemos que diferentes autores se refieren a distintos momentos en los que según ellos esto ocurrió, pero en nuestra revisión, la más lejana encontrada fue esa. En Roma se les llamó Caesones a los nacidos por dicha vía, lo que significa que se hacía con alguna frecuencia³².

En 1768 introdujo Segauten la sinfisiotomía y, en 1769, Lebas, un cirujano francés, fue el primero en cerrar la histerotomía, por lo que fue muy criticado. Por esa época, Orborn recomendaba la craneotomía como método de extracción del feto sin lesionar a la madre. En Inglaterra en

1799, Barlow fue el primer médico en hacer la operación con supervivencia materna. No hubo otro caso favorable en ese país hasta 1834. Desde finales del siglo XVIII la cesárea registra progresos en su técnica operatoria; unos preconizan la incisión transversal, como Lauerjat, otros la longitudinal, como Levret. Hay un tercer período en la historia de la cesárea donde ya se toma conciencia de las causas de muerte en esta operación y de las técnicas que se deben realizar, donde se señala que es a partir de 1876 en que se hace énfasis en la infección como primera causa de muerte, aspecto señalado por Cavallini desde 1868. Con la sutura uterina que practica Wiel desde 1835, entra esta operación en una nueva era de progreso³⁰.

2.2.2 Definición de cesárea

La cesárea se define como la intervención quirúrgica mediante el cual se lleva a cabo la extracción del producto de la concepción a través de una laparotomía (corte en la pared abdominal) seguido de una histerotomía (corte en la pared uterina)³³.

Existen varios tipos: segmentaria inferior (al nivel del segmento uterino inferior), clásica (incisión en el cuerpo del útero), extraperitoneal (se entra al útero sin incidir el peritoneo) y la cesárea histerectomía (cesárea seguida de histerectomía). Otros términos empleados son de urgencia, electiva, transversal y vertical. La mayoría de las cesáreas se realiza cuando ocurren problemas inesperados durante el parto³⁴.

Entre ellos se encuentran³⁴:

- Problemas de salud de la madre
- Posición del bebé
- Falta de espacio para que el bebé salga a través del canal vaginal
- Signos de sufrimiento en el bebé

La operación es relativamente segura para la madre y el niño. Sin embargo, es una cirugía mayor e implica riesgos. La cesárea también requiere un período de recuperación más prolongado que el parto vaginal. Cuando cicatriza la incisión puede dejar un área más débil en la pared uterina. Esto podría causar problemas para intentar partos vaginales en el futuro. Sin embargo, más de la mitad de las mujeres que tuvieron una cesárea pueden dar a luz con un parto vaginal más adelante³⁴
³⁵.

2.2.3 Clasificación de cesárea:

a) Según antecedentes obstétricos de la paciente³⁶:

- Primaria: Es la que se realiza por primera vez.
- Iterativa: Es la que se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas.

b) Según condición indicaciones³⁶:

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

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

c) Según el tipo de incisión³⁷:

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 embarazo³⁷.

Segmento corporal: (Beck), la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior³⁷.

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 postoperatorias³⁷.

2.2.4 Principales indicaciones³⁸:

Schwarcz et al, clasifican las indicaciones de cesárea en absolutas y relativas, las cuales se refieren a la magnitud del riesgo materno-perinatal como causal de cesárea.

a) Absolutas:

Son aquellas en las cuáles la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto. Entre ellas se pueden mencionar la desproporción feto-pélvica, la placenta previa oclusiva, la inminencia de rotura uterina, la rotura uterina, la presentación pelviana en feto único a término de gestación, entre otros.

b) Relativas:

Son aquellas en que se elige la cesárea como la mejor alternativa en circunstancias es que se plantea también alguna otra opción. Son cosas que por lo tanto tendrán que ser analizados detenidamente antes de adoptar una decisión.

Al mismo tiempo, la indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: maternas, fetales, ovulares y materno-fetales^{38 39 40 41}.

2.2.4.1 Indicaciones Maternas:

- Distocia ósea: Es la alteración del mecanismo de parto debido a modificaciones en el tamaño, forma y/o inclinación de la pelvis ósea materna.
- Distocias dinámicas: Son causadas por contracciones uterinas anómalas que no permiten vencer la resistencia de los tejidos blandos u óseos, para la progresión adecuada del feto.
- Distocia de partes blandas: Son debidas a malformaciones uterinas, o tumores que obstaculizan la salida del feto, o alteran la fisiología del cérvix.
- Tumores previos: Se refiere al antecedente de un tumor pélvico que se formó en una de las capas que conforman el útero.
- Rotura uterina: Es la solución de continuidad patológica que sufre el músculo uterino durante el embarazo, o más frecuentemente durante el parto.
- Cesárea anterior: Se refiere al antecedente de una cesárea, actualmente se considera que si no se repiten los motivos de la primera intervención o no existe otra indicación, si se reúnen los criterios, debería permitirse el parto normal bajo observación cuidadosa.
- Cirugía ginecológica previa: comprende las estructuras del aparato reproductor femenino, incluidos el útero y, ovarios, trompas de Falopio,

vagina y vulva clasificándose en abdominales y vaginales.

- Herpes genital activo: el herpes genital es una ETS causada por dos tipos de virus. Estos virus se llaman herpes simple del tipo 1 y herpes simple del tipo 2.
- Enfermedad hipertensiva asociada al embarazo: Incremento de la presión arterial después de las 20 semanas acompañada de edema y/o proteinuria.
- Nefropatía crónica: Es una pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales.
- Tuberculosis pulmonar grave: Es una infección bacteriana grave, contagiosa, que compromete los pulmones y que se puede propagarse a otros órganos.
- Fracaso de la inducción: Falla en establecer el trabajo de parto después de un ciclo de tratamiento, (después de 3 inducciones realizadas correctamente, en 3 días consecutivos).

2.2.4.2 Indicaciones Fetales:

- Distocias de la presentación: entendemos por presentación pelviana o de nalgas y en presencia de asinclitismo.
- Distocias de la situación: se refiere a la situación transversa y oblicua del feto.
- Distocias por deflexión de la cabeza fetal: entendemos por presentación de sincipucio, de frente y de cara.

- Distocias de anomalías de la posición fetal: se refiere a la posición en occípito-posterior y occípito-transversa.
- Macrosomía fetal: peso fetal mayor o igual a 4000 gr. Para causa indicación absoluta de cesárea se considera un peso mayor o igual a 4500 gr.
- Sufrimiento fetal agudo: estado que altera la fisiología fetal, de tal modo, que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un periodo relativamente breve.
- Restricción del crecimiento intra-uterino: es la consecuencia de la supresión del potencial genético de crecimiento fetal, que ocurre como respuesta a la reducción del aporte de sustratos o, más infrecuentemente, a noxas genéticas, tóxicas o infecciosas.
- Embarazo múltiple: Es el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos.
- Enfermedad hemolítica fetal grave: También llamada Eritroblastosis fetal, es un trastorno sanguíneo en la que una madre produce anticuerpos durante el embarazo que atacan, los glóbulos rojos de su propio feto, cuando la madre y el feto tienen tipos sanguíneos diferentes. En la mayoría de estos casos, una diferencia en el tipo Rh.

2.2.4.3 Indicaciones Ovulares

- Placenta previa oclusiva total: si ocluye todo el orificio cervical interno.

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta: es la separación parcial o total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto.
- Prolapso de cordón con feto vivo: el cordón umbilical cae (prolapsa) a través del cérvix abierto en la vagina por delante del feto.
- Oligohidramnios severo: cuando el índice de líquido amniótico es de 0-2cm.

2.2.4.4 Indicaciones Materno-Fetales

- Desproporción céfalo pélvica (DCP): se puede dar por deformación o estrechez pélvica, o por aumento excesivo total o parcial del feto.
- Trabajo de parto disfuncional: es la detención del avance del trabajo de parto, éste puede ser espontáneo o estimulado, se debe a la falta de dilatación progresiva del cuello uterino o por falta de descenso fetal.

2.2.4.5 Indicaciones Placentarias:

Hemorragia del tercer trimestre: Los casos de hemorragia del tercer trimestre debidos a placenta previa tienen indicación de cesárea cuando el embarazo está a término y persiste la obstrucción parcial o completa del canal cervical o cuando se presenta un sangrado importante en cualquier momento del embarazo⁴².

Las pacientes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta moderada o severa deben ser sometidas a cesárea

inmediatamente; cuando el desprendimiento es leve; se realizará la cesárea cuando el bebé está vivo y presenta signos de sufrimiento fetal; o cuando se considera que el parto va a demorar más de dos horas o el sangrado aumenta. Rotura prematura de membranas: La rotura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto está asociada con corioamnionitis y prematuridad, así como con muerte materna y perinatal. Es por esto que, en un cuadro de rotura prematura de membranas (RPM), si no hay condiciones de parto vaginal después de las 24 horas de ocurrida la RPM, si falló la inducción, o ante la presencia de corioamnionitis o de sufrimiento fetal sin trabajo de parto, se prefiere terminar la gestación por vía alta, usándose profilaxis antibiótica o en el caso de corioamnionitis ,antibioticoterapia de espectro amplio⁴².

Las indicaciones mencionadas pueden clasificarse entre relativas y absolutas, las cuales se exponen a continuación⁴²:

2.2.4.6 Indicaciones relativas

- Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento.
- Presentaciones anómalas.
- Embarazo múltiple (tres o más fetos).
- Asimetría pélvica.
- Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia.
- Enfermedad Hipertensiva relacionada con el embarazo sin llegar a desarrollar HELLP.
- Afecciones asociadas como miopatías, cardiopatías, hepatopatías, etc.

- Papiloma virus humano.

2.2.4.7 Indicaciones absolutas

- Cesárea iterativa
- Cesárea anterior con periodo intergenésico corto
- Sufrimiento fetal Agudo
- Distocia de presentación
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa total
- Incompatibilidad cefalo pélvica
- Prolapso de cordón umbilical
- Macrosomia fetal
- Infección de Herpes activa
- Tumores obstructivos benignos y malignos
- Cirugía uterina previa, antecedente de plastia vaginal
- Infección por VIH

2.2.4.8 Consideraciones epidemiológicas:

Se han documentado diversas asociaciones de factores epidemiológicos tales como socioculturales (nivel educativo), demográfico (edad materna), económicos o simplemente relacionado con la práctica médica (calificación del médico)⁴³:

- a. Edad materna: Estudios recientes refieren que el embarazo a edades > 35 años aumenta en 1.0-2.5% el riesgo de malformaciones no cromosómicas. (44)(45) Jacobsson et al. reportaron un significativo incremento en el riesgo de diabetes gestacional en mujeres de 40-44 años de edad.(46)(47) En cuanto al crecimiento fetal , se reporta mayor la edad como componente importante, Simchen et al. reportaron que en mujeres > 50 años, los recién nacidos fueron significativamente más pequeños en comparación con pacientes entre 45-49 años; también se observó una mayor incidencia de parto prematuro^{44 48}. Por varios motivos la edad se vuelve un riesgo de mortalidad materno-perinatal, volviendo indicación de posibles cesáreas⁴⁹.

- b. Paridad: El aumento en el número de partos en una gestante también puede producir como resultado directo, un aumento en el número de cesáreas de una misma población. De esta forma la frecuencia aumenta y las estadísticas se alteran, tal como fue analizado en las tablas de la ENDES 2015¹⁵.

- c. Control Pre-natal: Conceptualizado como conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional⁵⁰. De importancia epidemiológica puesto que una gestación mal controlado se consideraría un embarazo de alto riesgo y posible factor de riesgo para un parto por vía vaginal⁵⁰.

- d. Cesárea a Demanda: Actualmente es más frecuente que la propia paciente solicite que se le realice una cesárea, en especial en el sector privado, 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. Cuando al gestante solicita una cesárea electiva, teóricamente la mujer y el feto asumen los riesgos mientras que si no se hace la responsabilidad recae sobre el médico, pero aparentemente esto no es un desmedro para las pacientes⁸.

2.2.5 Complicaciones Operatorias⁵¹:

Durante muchos siglos, la cesárea 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 notoriamente⁵¹.

CLASIFICACIÓN⁵¹:

COMPLICACIONES ANESTÉSICAS:

- Hipotensión
- Cefalea postpunción dural
- Otras menos frecuentes (Bloqueo dural completo, parada cardiorrespiratoria, Síndrome de Mendelson,...)

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS:

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

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,...)

COMPLICACIONES HEMORRAGICAS POSTPARTO

- Atonía Uterina

COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS:

- TVP
- TEP

CAPÍTULO III

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable		Indicaciones	Categorías	Escala
CRITERIOS	Parto	Tipos	1) Vaginal 2) Abdominal	Nominal
	Cesáreas	Condición	1) Electiva 2) Emergencia	Nominal
EPIDEMIOLOGICOS	Año de ocurrencia	Años	1) 2012 2) 2016	Escala
	Edad	Años	1) 15-20 2) 21-25 3) 26-30 4) 31-35 5) 36-40 6) 41-45 7) 45 a más	Escala
	Antecedente Paridad	Nº de Gestaciones	1) Nulípara 2) Primípara 3) Secundípara 4) Multípara 5) Gran Multípara	Nominal

	Edad Gestacional	N° de semanas de gestación	<ul style="list-style-type: none"> 1) Pre-termino: 37 semanas a menos 2) A termino: 37 – 41 semanas 3) Post- termino: 42 semanas a mas 	Intervalo
	Controles Prenatales	N° de Controles Prenatales	<ul style="list-style-type: none"> 1) Ninguno 2) Uno 3) Dos seis 4) Seis a más 	Intervalo
INDICACIONES DE CESAREA		<p>Maternos</p> <p>Fetales</p> <p>Ovulares</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1) Cesárea Anterior 2) Cesárea anterior iterativa 3) Sufrimiento Fetal Agudo 4) DCP por macrosomia 5) DCP por estrechez pélvica 	Nominal

	Materno fetales	6) PIC 7) Enfermedad Hipertensiva del embarazo 8) DPP 9) Insuficiencia Útero-feto-placentaria 10) Placenta previa 11) Fallo de la inducción 12) Oligohidramnios 13) Gestación múltiple 14) Distocia de presentación 15) Distocia funicular 16) RPM prolongado - Coriomanionitis 17) Inminencia de Rotura uterina 18) Trabajo de parto disfuncional 19) Displasia cervical – LIE 20) Miomatosis 21) Otras afecciones asociadas	
CARACTERISTICAS	Apgar	1) Vigoroso (7-10) 2) Depresión moderada (4-6) 3) Depresión severa	Intervalo

<p style="text-align: center;">DEL RECIEN NACIDO</p>	<p style="text-align: center;">Peso</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Macrosómico: 4000 gr a mas 2) Peso adecuado: 2500 a 3999 gr 3) Bajo peso al nacer: 1500 a 2499 gr 4) Muy bajo peso al nacer: 1000 a 1499 gr. 5) Extremadamente bajo peso al nacer: 500 a 999gr. 	<p style="text-align: center;">Intervalo</p>
--	---	--	--

CAPÍTULO IV

4.1 Diseño

- El presente trabajo es un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

4.2 Ámbito de estudio

- El estudio se realizó en el HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION de nivel III, Red Asistencial EsSalud Tacna, que abarca a la población asegurada y los habitantes que soliciten el servicio, teniendo así la cobertura de aproximadamente el 30% de la población Tacneña (130,000 personas), y además es Hospital de referencia de las Redes Asistenciales de Moquegua, Ilo, Cuajone y Toquepala; con documentos del Servicio de Gineco-Obstetricia, el cual cuenta con servicio de Sala de Partos, Hospitalización Ginecología- Obstetricia, Consultorio Externo de Ginecología y Servicio de emergencias Gineco-Obstetrica. Además del Comité de cesáreas creado desde año 2012.⁵⁶

4.3 Población y muestra

- a) Población:** Toda gestante que tuvo parto en el Servicio de Gineco-Obstetricia, en el hospital DANIEL ALCIDES CARRION III ESSALUD TACNA en el año 2012 y 2016.
- b) Muestra:** La muestra del estudio está constituida por las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital DANIEL ALCIDES CARRION III ESSALUD TACNA, durante el año 2012 y 2016

4.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes a las que se le realizó cesáreas, atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital DANIEL ALCIDES CARRION III ESSALUD TACNA, con la edad gestacional mínima (22 semanas) sin límite superior, que ingresaron por cualquier servicio de atención Gineco-Obstetrica brindada por el Hospital, durante el año 2012 y 2016.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Ninguno

4.4 Técnica e Instrumentos de recolección de Datos

TÉCNICAS: Principales técnicas aplicadas en la investigación:

- Análisis de documentos: Historias Clínicas, Libro de Partos y Libro de Registro de Cesáreas de Sala de Operaciones. Archivos de Comité de cesáreas.

REGISTROS E INSTRUMENTOS Los registros utilizados en la presente investigación son:

- Historias Clínicas
- Libro de Partos
- Libro de Registro de Cesáreas de Sala de Operaciones

CAPITULO V

PRESENTACION DE DATOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

5.1 Resultados según incidencia de cesáreas

TABLA 1

INCIDENCIA DE CESAREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION III ESSALUD-TACNA. AÑO 2012 – AÑO 2016				
	2012		2016	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Partos Vaginales	808	63%	632	54%
Cesáreas	473	37%	521	46%
TOTAL	1284	100%	1153	100%

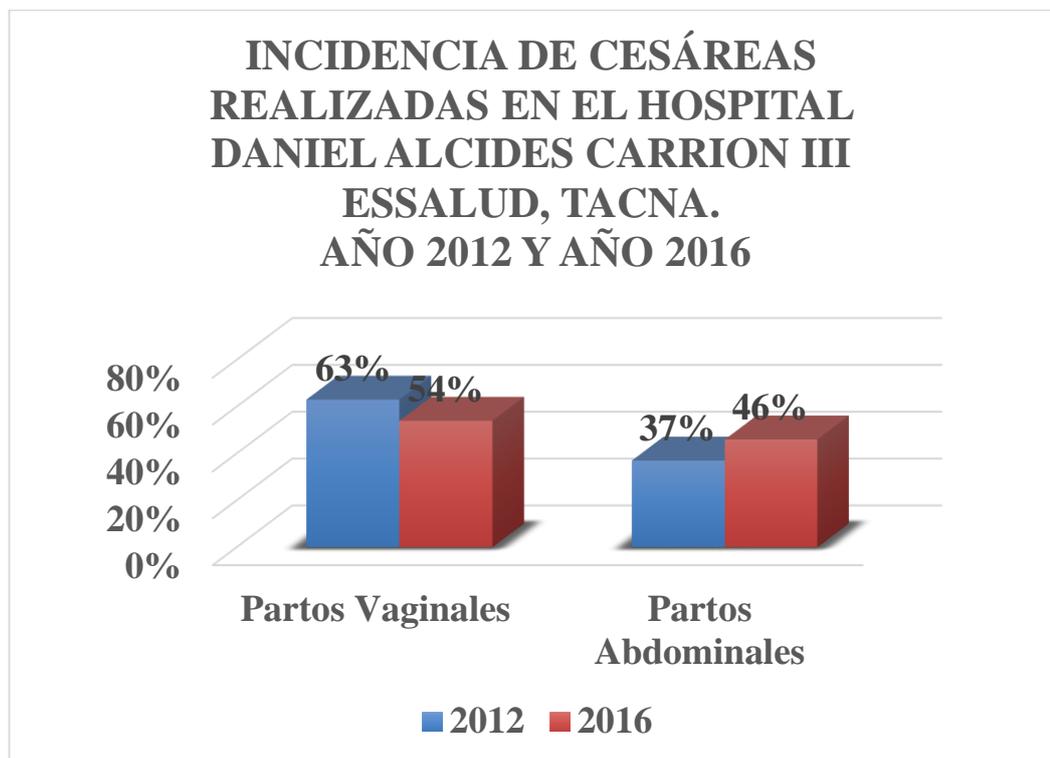
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 1, se observa que acerca de la incidencia de cesáreas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III EsSalud Tacna, la cantidad total de partos en el año 2012 es de 1284 de los cuales 473 fueron cesáreas, lo equivalente al 37%.

Así mismo en el año 2016, se observa un total de 1153 partos de los cuales 521 fueron cesáreas y lo equivalente al 46%.

GRÁFICO 1



Fuente: Ficha de recolección de datos

5.2 Resultados de criterios epidemiológicos

TABLA 2

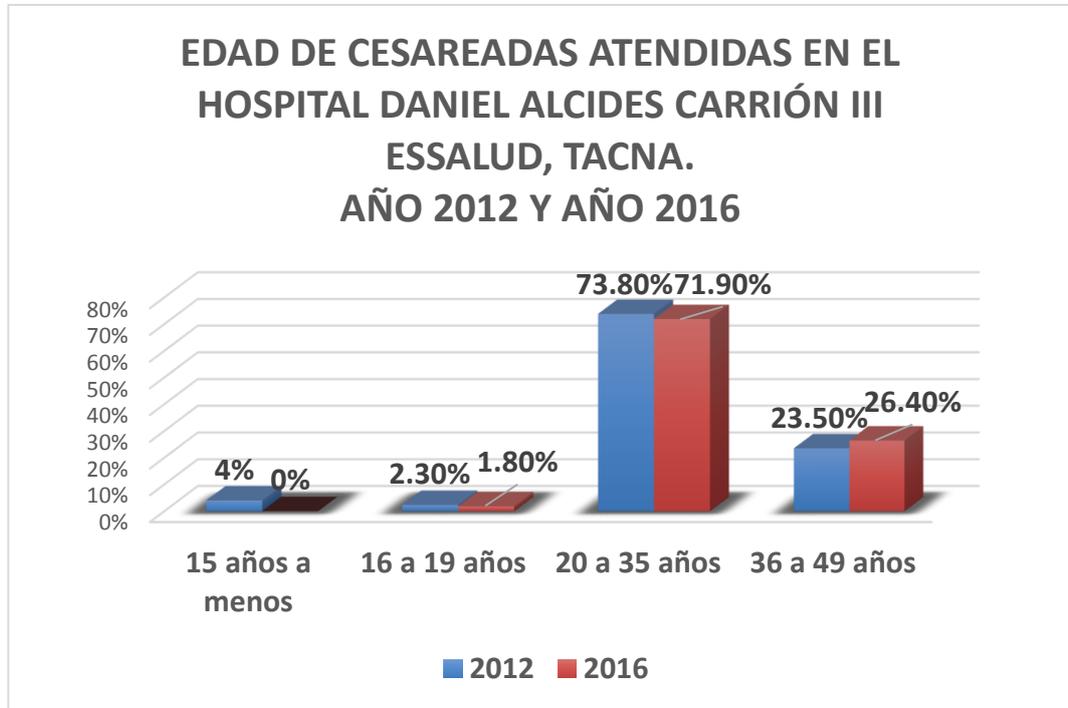
EDAD DE CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD, TACNA. AÑO 2012 – AÑO 2016				
	2012		2016	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
15 años a menos	2	0,4%	0	0%
16 a 19 años	11	2,3%	9	1.8%
20 a 35 años	349	73,8%	368	71.9%
36 a 49 años	111	23,5%	135	26.4%
TOTAL	473	100,0	512	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Grafico 2; se observa que en el año 2012, la edad de las cesareadas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III EsSalud –Tacna fue en su mayoría entre 20 a 35 años con el 73%, al igual que en el año 2016 pero con un porcentaje de 71.9%. Además cabe mencionar que las pacientes entre 36 a 49 años son el 23.5%, en el año 2012 y 26.4% en el año 2016.

GRAFICO 2



Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA 3

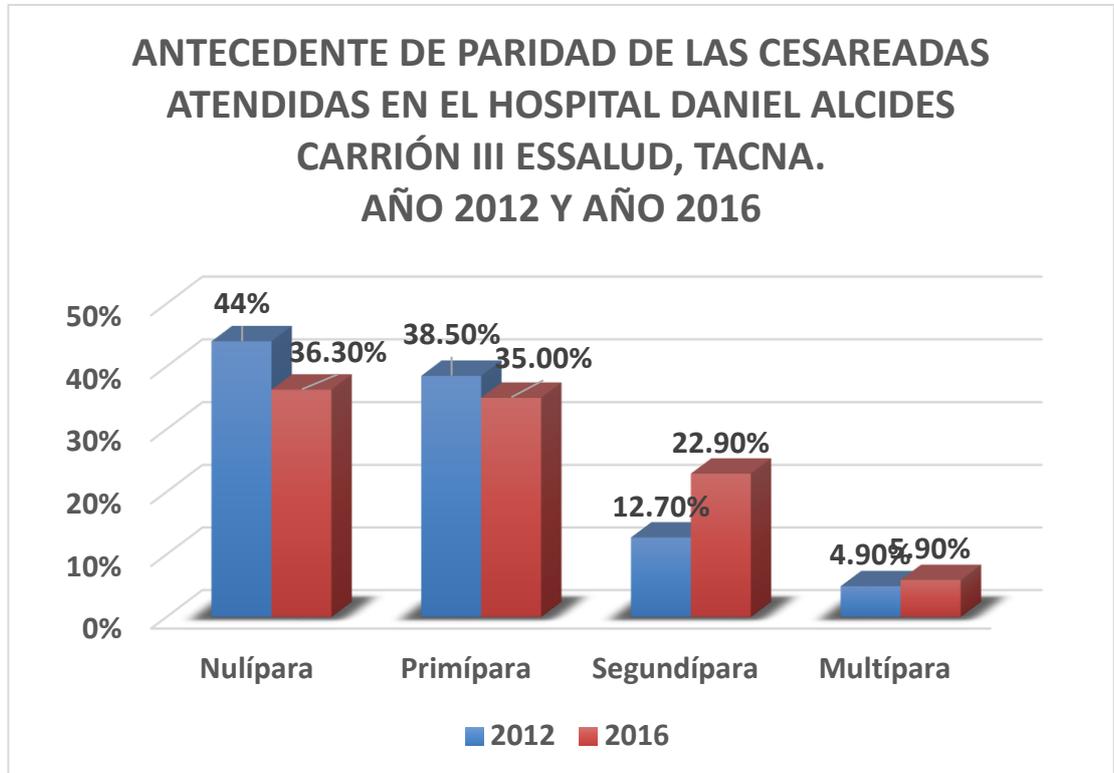
ANTECEDENTE DE PARIDAD DE CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD, TACNA. AÑO 2012 – AÑO 2016				
	2012		2016	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Nulípara	208	44%	186	36.3%
Primípara	182	38,5%	179	35.0%
Segundípara	60	12,7%	117	22.9%
Múltipara	23	4,9%	30	5.9%
TOTAL	473	100,0%	512	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 3; se observa que en el año 2012, la paridad con mayor frecuencia entre las pacientes cesareadas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III EsSalud-Tacna, fue de nulíparas con el 44% seguida de primíparas con el 38.5%, mientras que en el año 2016 las nulíparas equivalen al 36.5% seguida de primíparas con el 35.0%.

GRAFICO 3



Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA 4

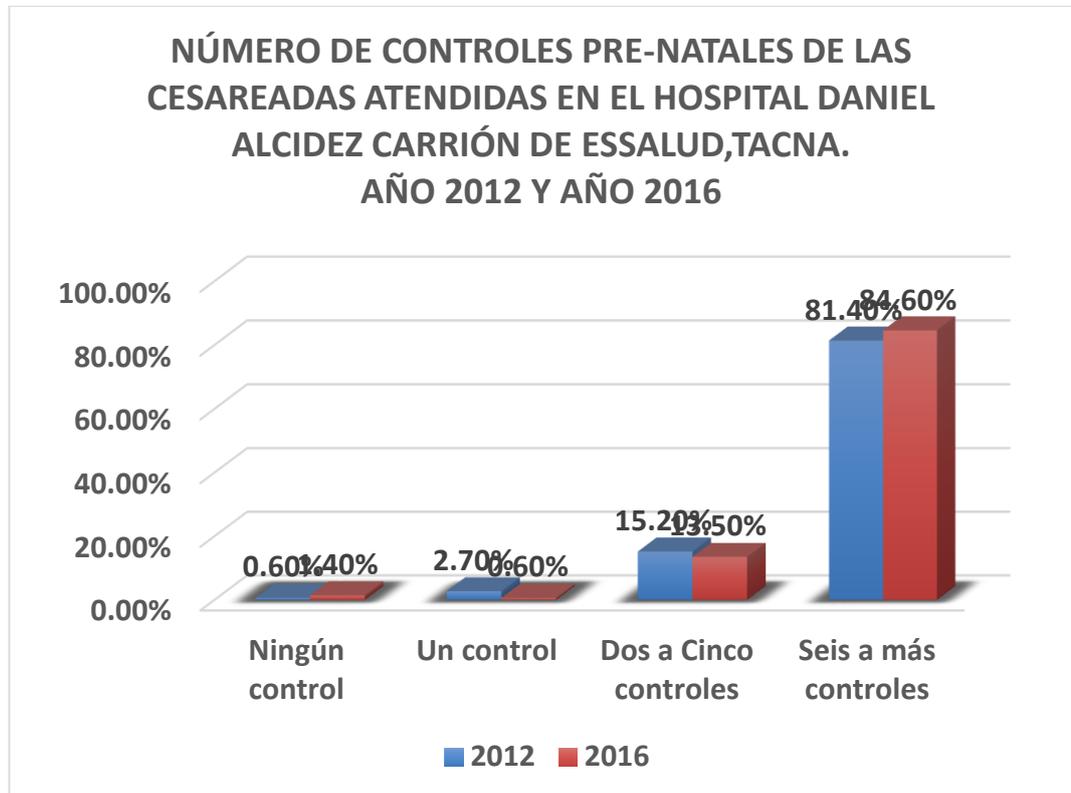
NÚMERO DE CONTROLES PRE-NATALES EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD, TACNA. AÑO 2012 – AÑO 2016				
	2012		2016	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Ningún control	3	0.6%	7	1.4%
Un control	13	2.7%	3	0.6%
Dos a Cinco controles	72	15.2%	69	13.5%
Seis a más controles	385	81.4%	433	84.6%
TOTAL	473	100.0%	512	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 4; se observa que en el año 2012, las pacientes en estudio tuvieron en su mayoría de seis a más controles pre-natales con un porcentaje de 81.4% seguido de 15.2% perteneciente a dos a cinco controles pre-natales, mientras que en el año 2016 se continua la tendencia con 84.6% y 13.5%, respectivamente.

GRÁFICO 4



Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA 5

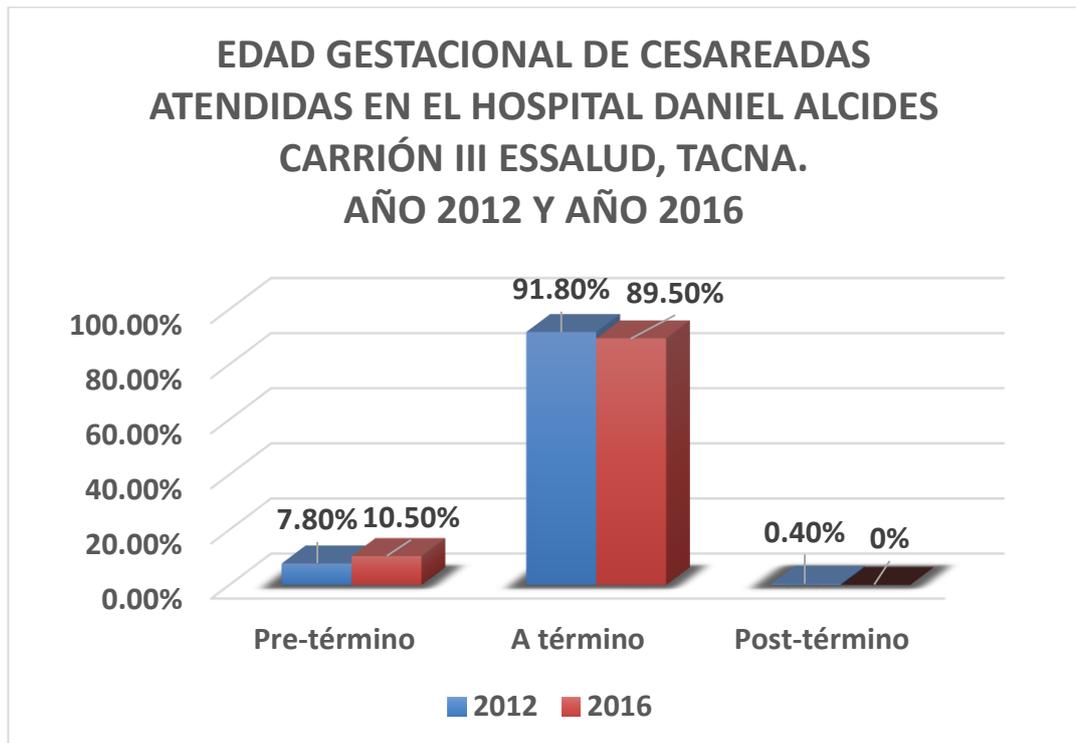
EDAD GESTACIONAL DE CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD, TACNA. AÑO 2012 – AÑO 2016				
	2012		2016	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Pre-término	37	7.8%	54	10.5%
A término	434	91.8%	458	89.5%
Post-término	2	0.4%	0	0%
TOTAL	472	100.0%	512	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 5; se observa que en el año 2012 la edad gestacional de las pacientes cesareadas en estudio fue en su mayoría a término con el 91.8%, seguido de gestaciones pre-término con 7.8%, de tal forma en el año 2016, las gestaciones a término fueron del 89.5% seguidas de las pre-término con 10.5% y ningún post-término.

GRÁFICO 5



Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA 6

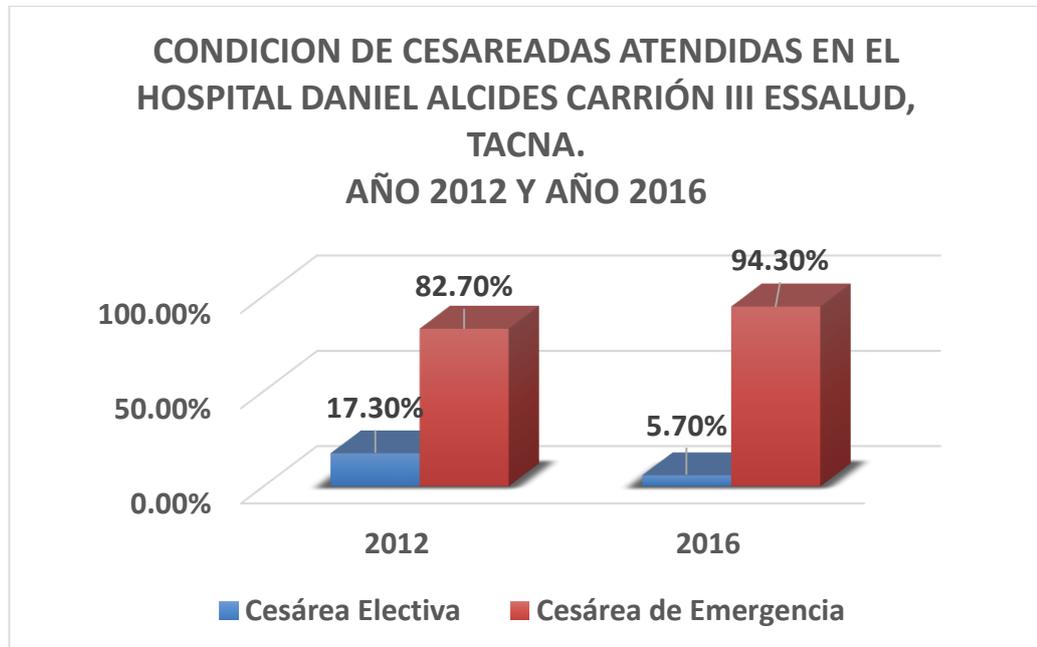
CONDICIÓN DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD, TACNA. AÑO 2012 – AÑO 2016				
	2012		2016	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Cesárea Electiva	82	17.3 %	29	5.7%
Cesárea de Emergencia	391	82.7 %	483	94.3%
TOTAL	473	100.0%	512	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 6, se observa que en el año 2012, la condición de cesáreas realizadas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III EsSalud-Tacna, fue en su mayoría de emergencia con el 82.7% lo equivalente a 391; mientras que en el año 2016, las cesáreas de emergencia fueron del 94.3% que equivale a 483 del total.

GRÁFICO 6



Fuente: Ficha de recolección de datos

5.3 Resultados de Indicaciones de cesárea

TABLA 7

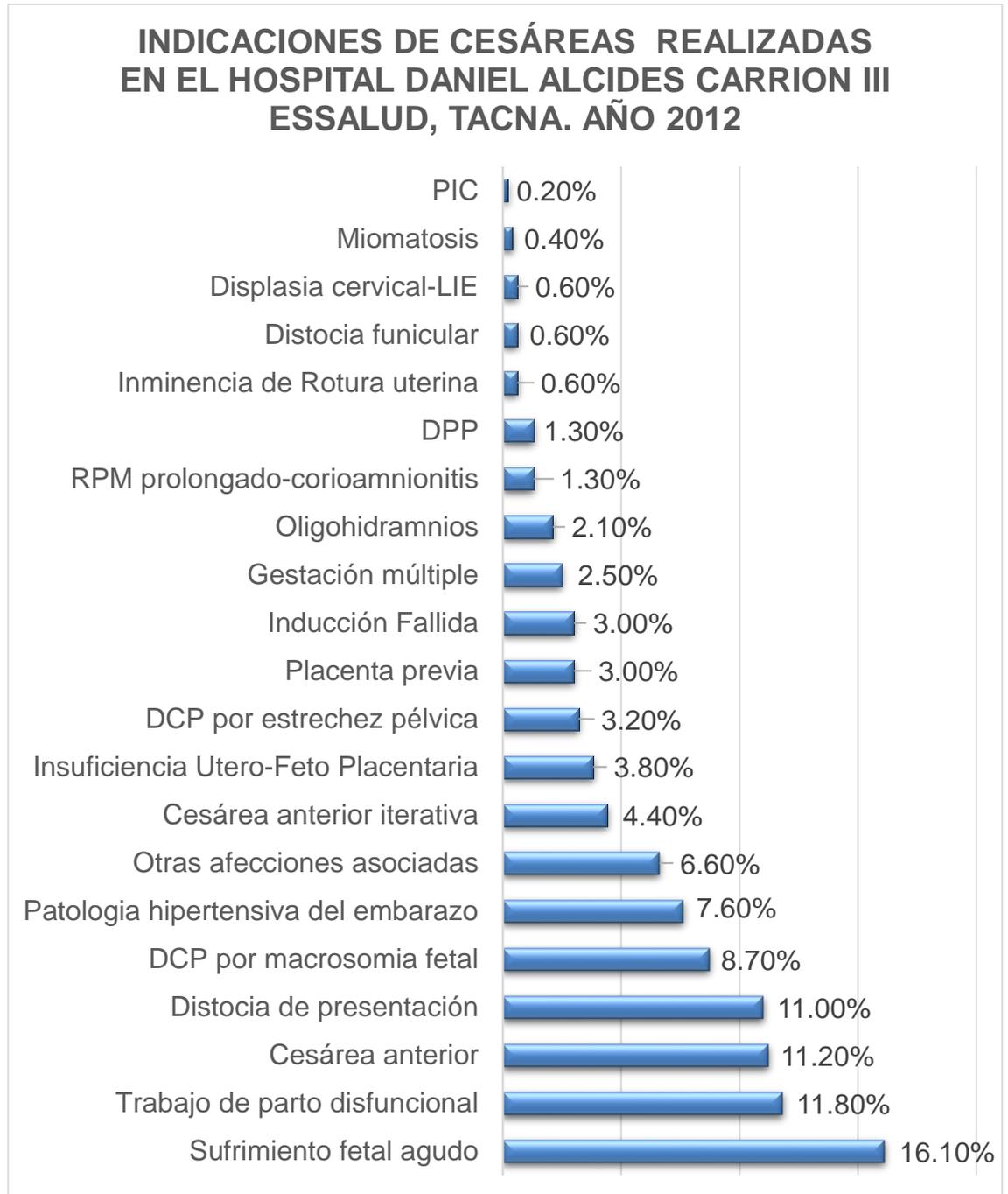
INDICACIONES DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION III ESSALUD-TACNA, AÑO 2012.		
	N°	Porcentaje
Sufrimiento fetal agudo	76	16.1%
Trabajo de parto disfuncional	56	11.8%
Cesárea anterior	53	11.2%
Distocia de presentación	52	11.0%
DCP por macrosomía fetal	41	8.7%
Patología hipertensiva del embarazo	36	7.6%
Otras afecciones asociadas	31	6.6%
Cesárea anterior iterativa	21	4.4%
Insuficiencia Utero-Feto Placentaria	18	3.8%
DCP por estrechez pélvica	15	3.2%
Placenta previa	14	3.0%
Inducción Fallida	14	3.0%
Gestación múltiple	12	2.5%
Oligohidramnios	10	2.1%
RPM prolongado-corioamnionitis	6	1.3%
DPP	6	1.3%
Inminencia de Rotura uterina	3	0.6%
Distocia funicular	3	0.6%
Displasia cervical-LIE	3	0.6%
Miomatosis	2	0.4%
PIC	1	0.2%
TOTAL	473	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 7; se observa el resumen de las 12 indicaciones principales con mayores porcentajes individuales, en el año 2012 las principales indicaciones fueron: Sufrimiento fetal agudo con 16.1%, trabajo de parto disfuncional con 11.8%, cesárea anterior con 11.2%, distocia de presentación con 11.0% y DCP por macrosomía fetal con 8.7%.

GRAFICO 7



Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA 8

INDICACIONES DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION III ESSALUD-TACNA, AÑO 2016.		
	N°	Porcentaje
Sufrimiento fetal agudo	82	16.0%
DCP por macrosomia fetal	72	14.1%
Trabajo de parto funcional	52	10.2%
Distocia presentación	47	9.2%
Cesárea anterior	46	9.0%
Otras afecciones asociadas	27	5.3%
Patología hipertensiva del embarazo	24	4.7%
Cesárea anterior iterativa	23	4.5%
Oligohidramnios	21	4.1%
Inducción fallida	16	3.1%
Placenta previa	15	2.9%
PIC	15	2.9%
RPM prolongado-corioamnionitis	15	2.9%
DCP por estrechez pélvica	14	2.7%
Gestación múltiple	11	2.1%
Insuficiencia Útero-Feto Placentaria	10	2.0%
Displasia cervical-LIE	8	1.6%
Miomatosis	6	1.2%
Inminencia de Rotura uterina	5	1.0%
DPP	3	0.6%
Distocia funicular	0	0.0%
TOTAL	512	100.0%

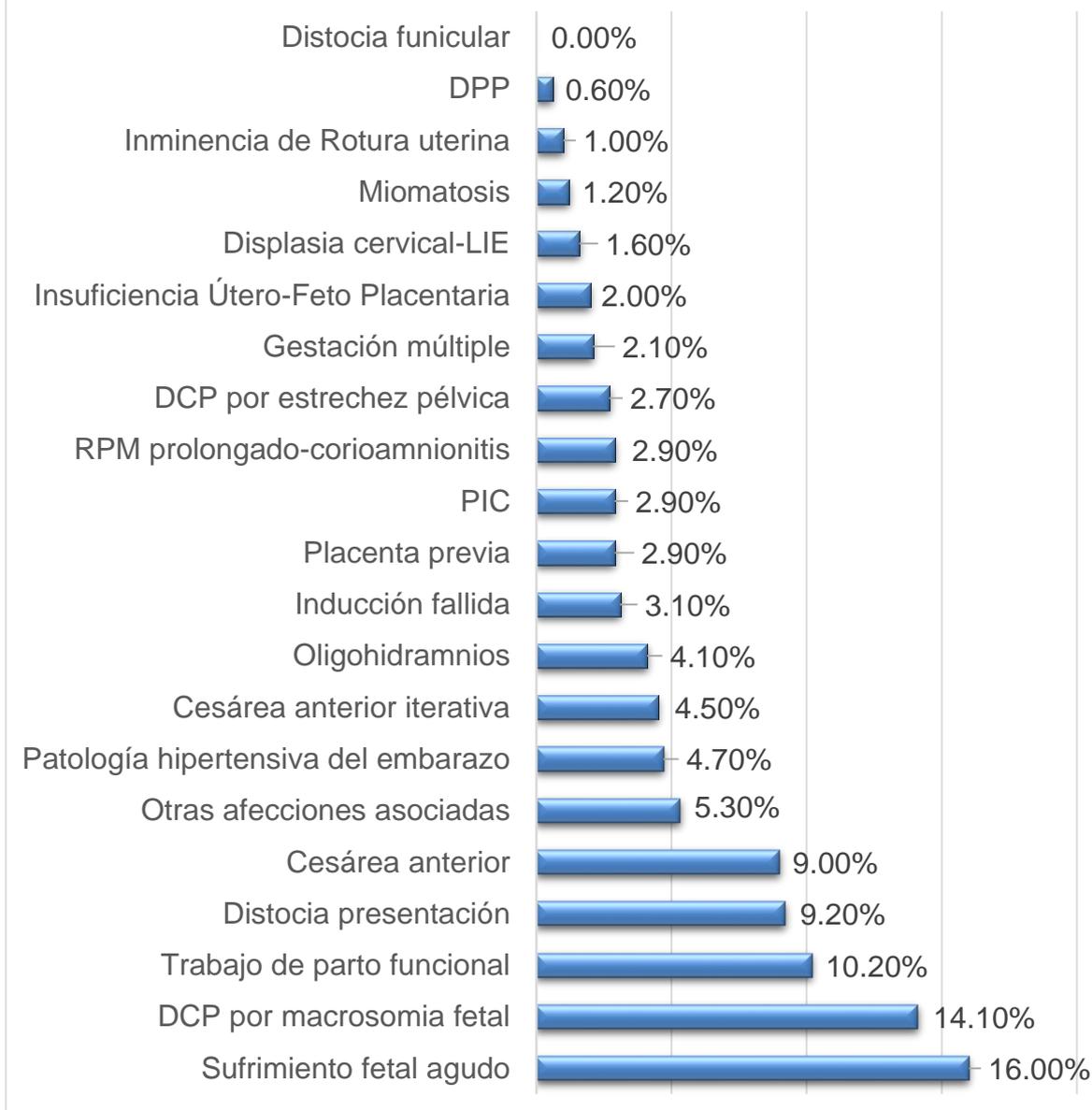
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 8, se aprecia que las principales cinco indicaciones fueron: Sufrimiento fetal agudo con 16.0%, DCP por macrosomía fetal con 14.1%, trabajo de parto disfuncional con 10.2%, distocia de presentación 9,2%, cesárea anterior con 9.0%.

GRÁFICO 8

**INDICACIONES DE CESÁREAS REALIZADAS EN
EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION III
ESSALUD, TACNA. AÑO 2016**



Fuente: Ficha de recolección de datos

5.4 Resultados de características de recién nacido

TABLA 9

PESO DE RECIEN NACIDOS POR CESAREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD, TACNA. AÑO 2012 – AÑO 2016				
	2012		2016	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
500 a 999 gramos	2	0.4%	0	0.0%
1000 a 1499 gramos	1	0.2%	4	0.8%
1500 a 2499 gramos	19	4.0%	22	4.2%
2500 a 3999 gramos	353	73.7%	368	70.6%
4000 gramos a más	104	21.7%	127	24.4%
TOTAL	479	100.0%	521	100.0%

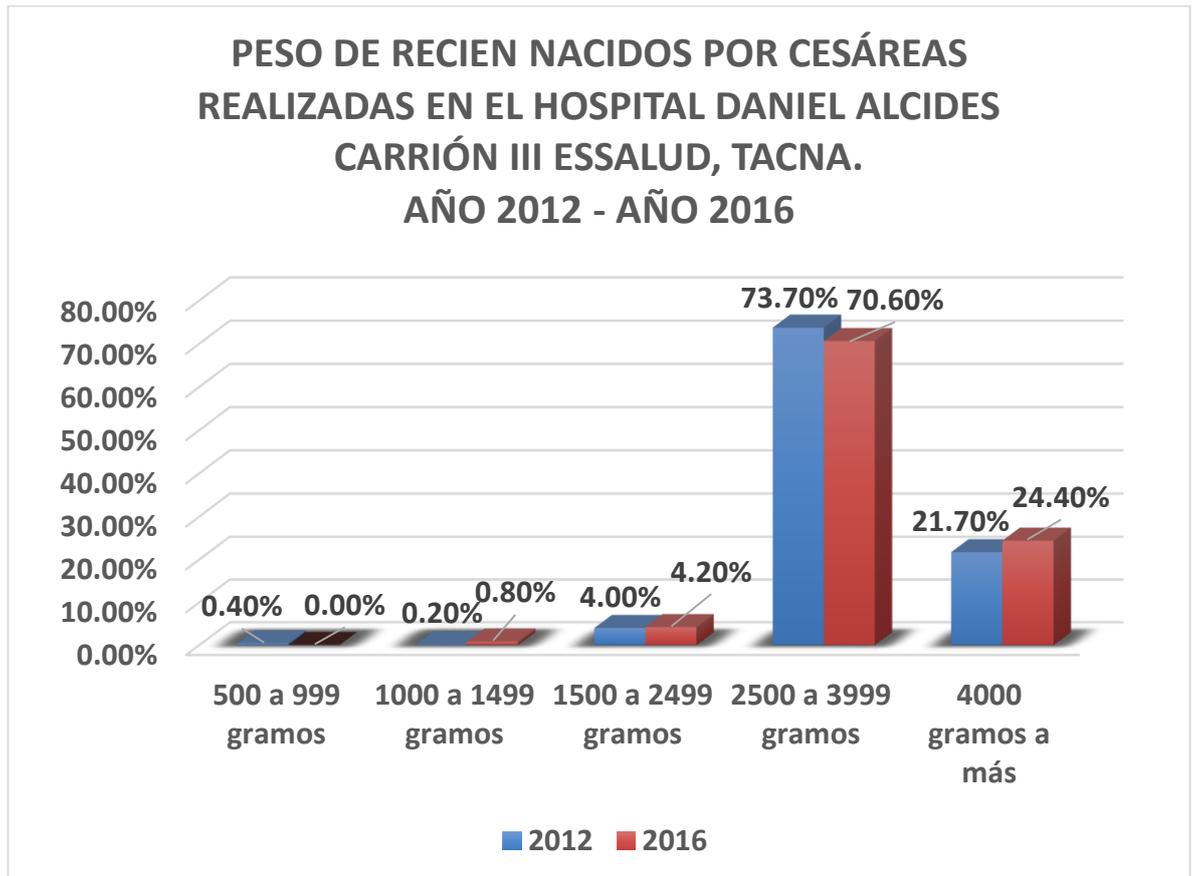
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 9; se observa que en cuanto al peso de los recién nacido, de las pacientes en estudio, en el año 2012, el 73.7% de estos, se encuentran en el peso adecuado al nacer (2500 a 3999 gramos), seguido del 21.4% con recién nacidos macrosómicos (4000 gramos a más). Así mismo, en el año 2016, el 70.6% de los recién

nacidos, se encuentra en el peso adecuado al nacer, seguido del 24.4% correspondiente a recién nacidos macrosómicos.

GRÁFICO 9



Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA 10

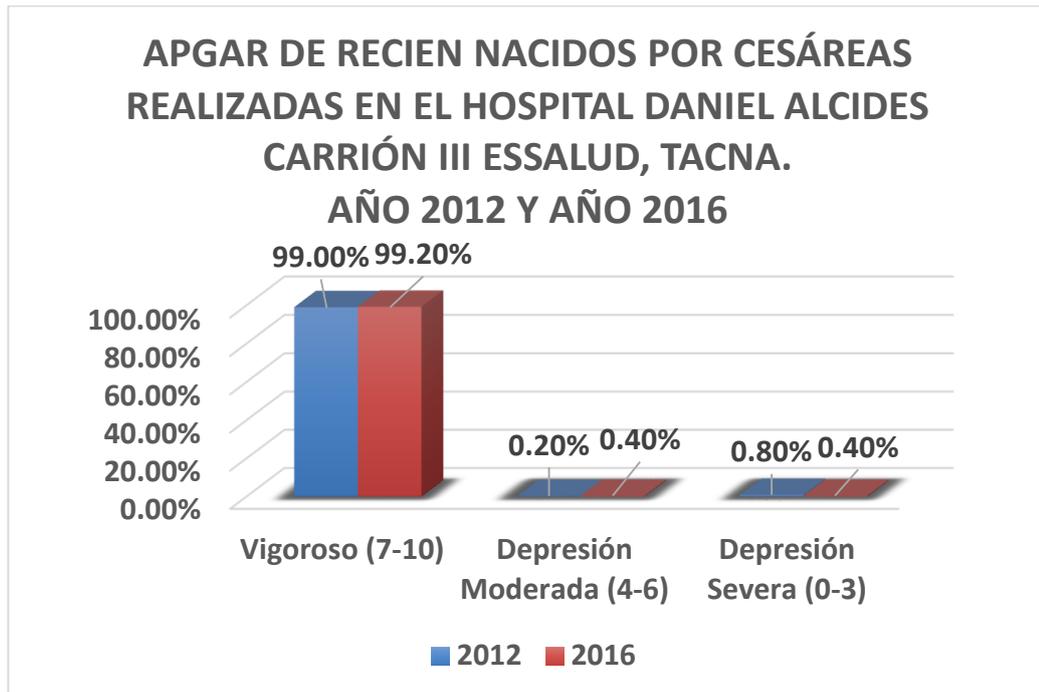
APGAR DE RECIEN NACIDOS POR CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN III ESSALUD, TACNA. AÑO 2012 – AÑO 2016				
	2012		2016	
	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Vigorouso (7-10)	474	99.0%	517	99.2%
Depresión Moderada (4-6)	1	0.2%	2	0.4%
Depresión Severa (0-3)	4	0.8%	2	0.4%
TOTAL	479	100.0%	521	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 10; se observa que en el año 2012, el apgar a los 5 minutos de los recién nacidos, fue en su mayoría vigoroso (7-10) con 99.0%, mientras que en el 2016 fue de 99.2%.

GRÁFICO 10



Fuente. Ficha de recolección de datos

DISCUSIÓN

1. En los resultados encontrados en el presente estudio, la incidencia de cesáreas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III EsSalud-Tacna se encuentra con tendencia de ascenso, ya que en el año 2012 se obtuvo la incidencia de 37%, mientras que en el 2016 esta aumentó al 46%. Estos resultados se correlaciona con la media nacional reportada por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 38.39%, cifra que sobrepasa alarmantemente según la recomendada por la OMS. Así como este, el estudio presente reafirma la problemática estudiada en otros países, tales como de: Coppola et al¹⁶, Uruguay, con una incidencia de cesáreas de 35,5% en el 2009 y 43.7% en el 2013; Medina et al²¹, Argentina 2011, con incidencia de 32% y Granado²², en la encuesta nacional sobre parto y nacimiento “Nacer en Brasil” 2012, donde se reveló la incidencia de 52%, una de las más altas en Sudamérica. Esta cifra también se puede comparar con incidencias halladas en estudios nacionales como Carpio et al²⁴, Chiclayo 2015, que obtuvo la incidencia de 27.7%; así como Patiño et al²⁶, Tumbes 2011, con la incidencia de 58.76% en ESSALUD y de 49.52% de MINSA. Tras conocer estos resultados podemos determinar causas posibles como problemas médicos legales para el logro de partos vaginales, indefinición de criterios de indicaciones para cesáreas por los profesionales de salud, poca adherencia a guías clínicas de indicaciones de cesáreas así como posible aumento de referencias a la sede.
2. Respecto a los criterios epidemiológicos estudiados, la edad materna encontrada con mayor porcentaje en ambos años estudiados fue en el grupo etario de 20 a 35 años con 73.8% y

71.9%, concordante con Paiba y Salazar²⁵, Lambayeque 2015, donde indicó que las pacientes sometidas a cesáreas en el Hospital Belén de Lambayeque, se caracterizaron por que el 70.7% fueron de 19 a 35 años, y también podemos incluir el estudio de la ENDES 2015¹⁵ donde se determinó que el 86.9% fueron pacientes de 20 años a más, mientras que el grupo etario de 19 años a menos fue 13.3% a comparación del estudio realizado donde se encontró el 2.6% y 1.8% en el año 2012 y 2016 respectivamente. Este bajo porcentaje de gestantes adolescentes puede atribuirse a que la población asegurada comprende pacientes con edad legal para laborar.

3. En cuanto a las pacientes añosas, resultaron el porcentaje de 23.5% y 26.4%, demostrando alta incidencia y tendencia leve al aumento. Se puede atribuir esto, debido a la actual presión social, económica o laboral que impulsa a la mujer a gestar en edades mayores de 35 años; no correlacionada con antecedente de primigesta o multigesta.

4. Los resultados de la edad gestacional de las cesareadas en estudio fue en su mayoría a término con el 91.8% y 81.5%, lo que se correlaciona con el estudio ENDES 2015¹⁵ que indico gestación a término en un 93.5%, mientras que el 6.5% fueron pre-términos, lo que lleva a mencionar que en el presente estudio las gestaciones pre-términos fueron de 7.8% en el 2012 a 10.5% en el 2016, justificando el análisis a profundidad del aumento de recién nacidos pre-términos. Además de la “casi” nula frecuencia de nacidos post-término, atribuido a las guías establecidas del Servicio de Gineco-Obstetricia de Hospital DAC III EsSalud-Tacna, donde el protocolo

indica hospitalización ante cualquier gestación posterior a las 41 semanas para monitorización de bienestar fetal.

5. En nuestro estudio, también podemos evidenciar el número de controles prenatales, los cuales en su mayoría sobrepasan los 6 controles, en el año 2012 con el 81.4% y el año 2016 con el 84.6%. Estas cifras señalan un número adecuado de gestaciones controladas, acorde con Carpio²⁴, donde halló el 87% de gestantes con controles prenatales aceptables. Esto nos lleva a pensar que la cantidad de controles de las cesareadas en cuestión fueron adecuados según lo esperado como se analizó en nuestra ciudad, donde el gran porcentaje de todas las gestantes son bien controladas.

6. De acuerdo a la condición de las cesáreas, el 82.7% y el 94.3% fueron cesáreas de emergencia en el año 2012 y 2016, coincidiendo con Astudillo y Guillen⁵², el cual indica que la gran mayoría de cesáreas (57.8%) fueron de emergencia, así mismo coincido con el estudio de Alvarez et al²⁸, donde nos brinda una cifra de 74.5%. Estas cifras pueden atribuirse a la limitación para procedimientos quirúrgicos electivos Gineco-obstetricos, en los servicios de salas operatoria; haciendo que las pacientes no puedan ser programadas adecuadamente por falta de disponibilidad. Además se puede agregar que la mayoría de cesáreas son indicadas durante el momento del trabajo de parto, ya sea por cualquier complicación, finalizando las gestaciones con este procedimiento para su resolución.

7. Según las indicaciones principales encontradas de cesáreas realizadas, se obtuvo que la principal indicación en ambos años estudiados fue Sufrimiento fetal agudo con 16.1% y 16% en cada año. Acorde a la tendencia encontrada por Vélez et al²⁰, con 11.62% y Alvarez et al²⁸, con el 14.2%. Se debe precisar criterios clínicos y laboratoriales usados para esta indicación, así como el grado de cumplimiento a las guías existentes.

8. La indicación de DCP por macrosomia fetal obtuvo 8.7% el año 2012 y 14.1% el 2016. La cifra inicial coincide con Alvarez²⁸ et al, que obtuvo 8% el año 2003 y la segunda cifra que coincide con Galvez⁹, que obtuvo 12%. La tendencia demuestra un alarmante aumento de productos macrosomicos posiblemente reflejado por la dificultad para el cumplimiento de tamizaje nutricional a la gestante por no contar con un consultorio respetivo.

9. La indicación de trabajo de parto disfuncional, fue la segunda causa con mayor frecuencia el año 2012 (11.8%) mientras que en el año 2016 descendió al tercer lugar con 10.2%, asumiendo leve diferencia con Patiño²⁶, cuya cifra fue de 6.7%, y difiriendo más con el estudio de Astudillo y Guillen⁵², en donde el porcentaje es 3.3%, situándose entre las últimas indicaciones. Es determinante indicar que durante el estudio, se encontró que un gran porcentaje de las cesáreas con esta indicación resultaron en recién nacidos macrosómicos, lo que explica la relativa elevada frecuencia en comparación de otros antecedentes presentados.

10. La indicación de cesárea anterior, obtuvo el 11.2% y 9.0%, colocándose en tercer lugar en frecuencia el año 2012 y en quinto lugar el año 2016, estas cifras coinciden con Vélez et al²⁰, el cual encontró 11,62%. De esta manera cabe resaltar, la tendencia en disminución de esta indicación como mejoría para los indicadores.

11. La indicación de distocia de presentación obtenida en el año 2012 y 2016 fueron de 11.0% y 9.2%, las cuales coincidieron con Romero et al, que encontró un 10% y con Carpio, que halló un 22.7%. Cabe indicar que según las guías clínicas, la presentación podálica tiene indicación de cesárea a menos que se encuentre en periodo expulsivo.

12. Con respecto al Apgar de los recién nacidos, en nuestro estudio la mayoría obtuvo Apgar vigoroso a los cinco minutos (99.0% - 2012 y 99.2% - 2016), es así que coincide con lo encontrado por Alvarez²⁸, donde el 90.3% obtuvo Apgar vigoroso al minuto. Es importante resaltar que los recién nacidos de las cesáreas realizadas por indicación de Sufrimiento fetal agudo obtuvieron en su totalidad, Apgar vigoroso, esto nos puede indicar que la atención fue oportuna, así como la sobrevaloración de criterios clínicos fiables y/o pruebas de bienestar fetal, que no cuenten con elevado valor predictivo positivo para el diagnóstico seguro.

13. Con respecto al peso de recién nacidos, en ambos años de estudio no hubo diferencia al obtener el mayor porcentaje con 73.7% y 70.0% con peso adecuado; sin embargo, un 21.7% y 24.4% fueron

de macrosómicos, lo que podría indicar un problema en cuanto a consejería nutricional para las gestantes. Estas últimas cifras se alejan de la reportada en dicho Hospital²⁸ hace 10 años, donde se aproximaba el 10%. Estas tendencias se relacionan con el aumento de DCP por macrosomia fetal, y de esta manera constituye un problema de salud materna en Tacna. Además se puede correlacionar a trabajo de partos disfuncionales.

CONCLUSIONES

1. La incidencia encontrada de cesáreas realizadas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III EsSalud-Tacna, es alta a comparación de recomendaciones internacionales, y la tendencia durante los dos periodos de estudio en cinco años de diferencia, señalan que sigue en aumento (de 37% a 46%).
2. En cuanto a los criterios epidemiológicos identificados y su comportamiento en ambos años estudiados en un periodo de 5 años, no presentaron diferencias significativas, tales como: edad de cesareadas, antecedente de paridad, número de controles pre-natales y edad gestacional.
3. En cuanto a las indicaciones principales de cesáreas encontradas en este estudio y su comportamiento, el sufrimiento fetal agudo obtuvo el mayor porcentaje en ambos años analizados, sin diferencia en el porcentaje. En cuanto a las siguientes indicaciones resaltantes observamos diferencia en la secuencia, de donde cabe señalar que en cuanto a las principales indicaciones, el trabajo de parto disfuncional así como la distocia de presentación no tuvieron diferencia significativa, pero la cesárea anterior tuvo discreta disminución en frecuencia. Además es resaltante mencionar que la indicación de DCP por macrosomia fetal, duplicó su porcentaje en 4 años, correlacionado con el porcentaje de recién nacidos macrosómicos.

RECOMENDACIONES

1. Impulsar al mayor cumplimiento de funciones a cargo del Comité de cesáreas, determinando posibles causas del alto índice y formulando soluciones.
2. Vigilancia de adherencia al personal profesional Gineco-obstetrico a las guías establecidas por parte del Comité de cesáreas
3. Actualización de guías clínicas de indicaciones de cesáreas, en especial en la patología con mayor frecuencia, sufrimiento fetal agudo.
4. Mayor vigilancia de cesáreas indicadas por sufrimiento fetal agudo para determinar si el apgar vigoroso encontrado en todos los productos, fue por acción oportuna y rápida o sobrevaloración del diagnóstico.
5. Efectivizar juntas médicas para todas las pacientes con indicación de cesáreas, además de poder implementar mayor disponibilidad de salas operatorias para uso del servicio de Gineco-Obstetricia y poder reducir la frecuencia de cesáreas de emergencia.

6. Continuar con el adecuado control prenatal brindado, pero alentando al personal profesional a la mejoría de la calidad de estos, reenfocado en los hábitos nutricionales saludables, riesgo y complicaciones de cesáreas.

7. Manejo adecuado de Historias Clínicas, donde se especifique la indicación principal.

8. Estudiar estrategias implementadas en otros establecimientos que lograron disminución de la incidencia de cesáreas, como pauta para nuevo alineamientos en la institución de estudio.

9. Realizar un estudio para ver el comportamiento del incremento de las cesáreas sobre la morbilidad y mortalidad materno-infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. A. WHO (1985) Appropriate technology for birth. Lancet ii, August 24, 436 - 437.
2. Williams. Obstetricia. 23° ed. México. McGraw-Hill Interamericana; 2010. 544-6
3. B. SSA. Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993 sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. México, D.F; 1995.
4. C. Arrieta A, Oneto A. ¿Quiénes ganan y quienes pierden con los partos por cesáreas? Incentivos Médicos y Derechos Reproductivos. Economía y Sociedad 66, CIES. Lima – Perú, diciembre 2007.
5. Joaquín Ruiz-Sánchez, Salvador Espino y Sosa, Alfonso Vallejos-Parés, Luis Durán-Arenas; Cesáreas: Tendencias y Resultados, Setiembre 2013. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2014/ip141f.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud: Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos. Abril 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>
7. Mi J. Liu F. La tasa de cesarea es alarmante en China. Lanceta 2014; 383 (9927): 1463-4
8. Atención del parto por cesárea. Guía de practica Clinica. Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015; pag. (1-39). (Accesado 10 de enero 2016) Disponible en: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion_del_Partо_por_cesarea.pdf
9. Galvez EM. Tasa de incidencia de cesárea en el Hospital “San Jose” del Callao, periodo enero-diciembre 2013. Lima, Peru. Universidad

- Mayor de San Marcos; 2013. Accesado 10 de enero 2016.
Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3512/3/Galvez_le.pdf
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú encuesta demográfica y de salud Familiar (en línea) 2014. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/libro.pdf
 11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar. Perú (en línea) 2009. Disponible en : http://www.hsr.gob.pe/epidemiologia/pdf/interes_8.pdf
 12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar. Perú (en línea) 2012. Disponible en : <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>
 13. Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín Estadístico 2014. (En línea) [Accesado el 30 de diciembre del 2016] Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Boletin_Estadistico_2014.pdf
 14. Departamento de Epidemiología del Hospital “San José” del Callao. Registro N 139 – 2012 – GRS – UEPISA - HSJ
 15. Boletín Estadístico de Nacimientos en Perú. 2015. (En línea) [Accesado el 02 de enero del 2017] Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
 16. Coppola F. Cesáreas en Uruguay. Revista Médica Uruguay 2015. (En línea) <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v31n1/v31n1a02.pdf>
 17. Manzano E. Incidencia y factores asociados a cesáreas iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 – 2009 [Tesis para optar el Título Profesional de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima, Peru. Universidad de San Martín de Porres; 2011.
 18. Chavez R. Analisis estadístico de los factores de riesgo que influyen en el médico para la operación por cesárea a pacientes atendidas

- en el Intituto Nacional Materno-Perinatal – 2002. [Tesis para optar grado de Licenciado en Administración en Establecimientos en Salud] Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.
19. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Tasas e implicaciones de las cesáreas en America Latina: Estudio ecológico. BMJ [en línea] 1999 [accesado 20 de diciembre del 2016]; 319(7222): 1397-4000. Disponible en :http://www.researchgate.net/profile/Jose_Belizan/publication/12726101_Rates_and_implications_of_caesarean_sections_in_Latin_America_ecological_studylinks/0deec52e949bca0be4000000.pdf
 20. Vélez E, Tovar VJ, Méndez F, López CR, Ruiz E. Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora [en línea] 2012 [accesado 10 de noviembre 2016]. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2012/bis122d.pdf>
 21. Medina SE, Ortiz AV, Miño LC. Incidencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital J. R. Vidal. Argentina. (En línea) 2011. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista207/3_207.pdf
 22. Granado NC, Nacer en Brasil. [en línea] 2014 [accesado 10 de febrero]. Disponible en : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 23. Campero L, Hernández B, Leyva A, Estrada F, Osborne J, Morales S. Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en el Ciudad de Mexico. Mexico [En línea] 2007 [accesado 30 de noviembre 2016] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n2/a07v49n2.pdf>
 24. Carpio WV. Operación cesárea: Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012 (Tesis para optar el grado de Médico Cirujano) Lima,

- Perú; 2015 (En línea). Disponible en :
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1183/3/Carpio_wv.pdf
25. Paiba MB, Salazar GD. Causas de cesáreas en el hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2014. (Tesis para optar grado de Medico Cirujano) Lambayeque, Perú; 2015. Disponible en:
<http://unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/TES10.PDF>
26. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. [Sitio en internet]. Consultado : 15 Mayo 2012. Disponible en:
http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_1502_Esp_03.pdf
27. Manzano E. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. [Tesis para optar el Título Profesional de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres; 2011.
28. Alvarez R, Llanca L, Moarri S. Incidencia y principales indicaciones de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna. Perú. 2003
29. Informe del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna. Perú, Tacna. 2003.
30. Lugones B. La cesárea en la historia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(1):53-6
31. Diccionario Enciclopédico Salvat. 2ª ed. Barcelona: Salvat; 1954. t-4:151-2.
32. Tacuri Ceballos C, Matorras Weinig R, Nieto Díaz A, Ortega Gálvez A. Historia de la cesárea. Tokoginecol 1997;56(4):189-93.
33. Medline Plus. Cesárea. [sitio en internet]. Consultado: 11 de agosto de 2012. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cesareansection.html>

34. Moreno O, Félix C. Cesárea. En: Bravo A. Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia. 4° ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2006.366-7
35. Echeverry J. Operación Cesárea. En: Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo.6°ed.Medellin, Colombia: Distribuna;2008.687.61
36. Lineamiento Técnico. Cesárea segura. Dirección General de Salud Reproductiva. Mexico, D. F. [En línea] 2002
37. Hacker, Neville F, Gambone, Joseph C, Hobel, Calvin J. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. México, D.F., MX: Editorial El Manual Moderno, 2011. Capítulo 17, pág. (226).
38. Schwarcz RL. Fescina RH, Duverges CA. Obstetricia 6° ed. Buenos Aires: El ateneo, 2005. Pág (702-709)
39. Creasy RK, Resnik R. Maternal Fetal Medicine. 6°a ed. Philadelphia: WB Saunders; 2009.
40. Cunningham FG, MacDonald PC, Leveno KJ, Gant NF, Gilstrap LC. Williams Obstetrics. 21ª ed. New York: McGraw-Hill; 2001.
41. Calvo R. E.S.E Clinica de maternidad. Cesárea [en línea] [accesado 25 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf>
42. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la cesárea segura. [sitio en internet]. Consultado: 11 mayo de 2011. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>
43. Gonzales P, Vega L, Cabrera P. Cesáreas en México: Aspectos sociales, económicos y epidemiológicos. 1| ed. [En línea] 2011. [Accesado 15 de febrero 2017] Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CESAREAS_EN_MEXICO_ASPECTOS_SOCIALES_ECONOMICOS_Y_EPIDEMIOLOGICOS.pdf

44. Curiel-Balsera E, Prieto-Palomino MA, Muñoz Bono J, Ruiz E, Galeas JL, Quesada García G. Análisis de la morbimortalidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome de HELLP que Ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecoobstétrica. *Med Intensiva*. 2011; 35 (8): 478-483.
45. Dervelle P, Clay JC, Cazaubiel M, Sube I D, Fontaine P, Vambergue A. FiO₂ en pacientes con diabetes gestacional. *Gynecol Obstet Fertil*. 2007; 35 (9): 724-730.
46. Tipiani Rodríguez O. ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales? *Rev Per Ginecol Obstet*. 2006; 52 (3): 179-185.
47. Belaisch-Allart J. Embarazo y parto después de los 40 años. *EMCGinecología-Obstetricia*. 2008; 44: 1-9.
48. Lamminpaa R, Vehvilainen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Preeclampsia complicated by advanced maternal age: a registrybased study on primiparous women in Finland 1997-2008. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012; 12: 47-50.
49. Napoleón BN, Patiño R, Ramírez M, Rosales L, Martínez Z, Prado A, Contreras C. Edad Materna avanzada y morbilidad obstétrica. [en línea] 2014. [accesado 20 de enero 2017] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2014/eo143c.pdf>
50. Guía de control prenatal y factores de riesgo. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). [en línea] [accesado 10 de febrero 2017] Disponible en : <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>
51. Complicaciones de la Cesárea. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. [en línea] 2009. [Accesado 20 de febrero 2017]. Disponible en:

http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf

52. Astudillo DE, Guillen CA. Prevalencia de parto por cesárea e identificación de su etiología en el Hospital José Carrasco Arteaga periodo 2011. [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano] Cuenca, Ecuador. Universidad del Azuay; 2012 [accesado 30 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/74/1/09238.pdf>
53. Moreno A, López M, Corcho B. Principales medidas en epidemiología. [en línea] 2000. [Accesado 30 de enero 2017] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n4/2882.pdf>
54. Mansilla A. Etapas del Desarrollo Humano. [en línea] 2000. [Accesado 15 de Febrero del 2016]. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2035/1/revista_de_investigacion_en_psicolog%C3%ADa08v3n2_2000.pdf
55. Williams. Obstetricia. 23° ed. México. McGraw-Hill Interamericana; 2010.
56. Red Asistencial EsSalud. [en línea]. [Accesado 20 de febrero del 2017]. Disponible en: www.essalud.gob.pe

