

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA - AREQUIPA
ENERO – DICIEMBRE 2015

Tesis presentada por las Bachilleres:
CONDORI FERNÁNDEZ ISELY
DÍAZ CHOQUE WENDY SUSANA

Para optar el Título Profesional de
LICENCIADA EN OBSTETRICIA

ASESOR(A): Mgtr. Ricardina Flores Flores

AREQUIPA-PERÚ

2017



DEDICATORIA

Agradecer a Dios por su infinito amor y sabiduría; a nuestras familias por su apoyo incondicional. A la universidad por su formación y los diferentes trabajadores del Hospital Honorio Delgado por facilitarnos con la información y documentación de los archivos, que ha hecho posible la realización este trabajo.

El éxito es la habilidad de ir fracaso en fracaso sin perder el entusiasmo.

WINSTON CHURCHILL



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO I.....	9
PLANTEAMIENTO TEÓRICO:.....	9
CAPITULO II.....	40
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	40
CAPITULO III	45
RESULTADOS	45
DISCUSIÓN.....	57
CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	60
HEMEROGRAFÍA	62
INFORMATOGRAFÍA	63
ANEXOS	65
ANEXO 01: Ficha de Observación (Datos Generales - Diagnósticos).....	66
ANEXO 02: Ficha de Observación (Datos de cesáreas por mes)	67
ANEXO 03: Croquis	68
ANEXO 4: (Matriz de sistematización de datos)	69

RESUMEN

Con el desarrollo y el avance de las técnicas quirúrgicas y de la antibioticoterapia durante el siglo XXI, la realización de la cesárea se ha vuelto una de las intervenciones más habituales en el mundo, esta práctica es aplicada ya sea programada, intraparto o de urgencia y el número de intervenciones va en ascenso.

A partir de este concepto la presente tesis tiene como finalidad conocer la frecuencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - Arequipa 2015, teniendo también como objetivos identificar las causas maternas, fetales y ovulares a la indicación de cesárea.

Material y método: La investigación realizada es de tipo retrospectivo documental con una unidad de estudio en gestantes admitidas al hospital (HRHDE) en el lapso de 01 de enero al 31 de diciembre del 2015; de las cuales un porcentaje concluyeron su embarazo en cesárea. Se obtiene la información de libro de partos mediante tablas de entrada simple y porcentaje donde se registran los indicadores establecidos para el estudio de la investigación.

Resultados: Nuestro universo consta de 6620 gestantes de las cuales 3176 casos fueron cesáreas 47.98%. Donde se observa que 2472 casos de gestantes ingresadas a cesárea tienen una edad media que va entre 18 – 34 años 77.8%, además 1455 casos son nulíparas 45.81%.

En cuanto a la indicación de cesárea; 1555 casos son por causas maternas con 49%, 936 casos por causas fetales 29.5%, así mismo 571 casos por causas ovulares 17.9%; y existe 114 casos de gestantes a las cuales se le realizó cesárea donde no se registró el diagnóstico específico 3.6%.

Conclusión: La frecuencia de la cesárea según cada mes durante el año 2015 (enero – diciembre); ha ido alcanzado un porcentaje igual al parto vaginal.

En cuanto a las indicaciones de cesárea en las gestantes atendidas, los diagnósticos más relevantes fueron; en Causas Maternas: 359 casos por Distocias óseas 22.5%, 275 casos por Cesareada anterior 17.7%; Causas Fetales: 207 casos por Macrosomia Fetal 22.1%, 190 casos por Presentación Podálica 20.3%; Causas Ovulares: 230 casos por Distocia Funicular 40.3%, 80 casos por Ruptura Prematura de Membranas 14%.

Palabras clave: frecuencia, cesárea, retrospectivo y causa.

ABSTRACT

With the development and the advance of the surgical technologies and of the antibioticoterapia during the 21st century, the accomplishment of the Caesarean has turned one of the most habitual interventions in the world, this practice is applied already it is programmed, intraparto or of urgency and the number of interventions it goes in ascent.

From this concept the present thesis Honorio Delgado Espinoza has as purpose know the frequency and indications of Caesarean in the Regional Hospital - Arequipa 2015, having as aims identify also the mother, fetal reasons and you will ovulate to the indication of Caesarean.

Material and method: The realized investigation is of retrospective documentary type with a unit of study in pregnancy admitted to the hospital (HRHDE) in the space from January 01 to December 31, 2015; of which a percentage they concluded his pregnancy in Caesarean. There is obtained the information of book of childbirths by means of tables of simple entry and percentage where there are registered the indicators established for the study of the investigation.

Results: Our universe consists of 6620 pregnant women, ofwhich 3176 cases were c-sections 47.98%. Where is observed that 2472 cases of gestantes deposited to Caesarean have a middle ages that goes between 18 - 34 years 77.8 %, in addition 1455 cases are nulíparas 45.81 %.

As for the indication of Caesarean; 1555 cases are for mother reasons with 49 %, 936 cases for fetal reasons 29.5 %, likewise 571 cases for reasons you will ovulate 17.9 %; and it exists 114 cases of gestantes to which I realize Caesarean where 3.6 % did not register the specific diagnosis.

Conclusion: The frequency of the Caesarean according to every month during the year 2015 (January - December); an equal percentage has gone reached to the vaginal childbirth.

As for the indications of Caesarean in the attended pregnant, the most relevant diagnoses were; in Mother Reasons: 359 cases for bony Distocias 22.5 %, 275 cases for previous Caesarean 17.7 %; Fetal Reasons: 207 cases for Macrosomia Fetal 22.1 %, 190 cases for Presentation Podálica 20.3 %; Reasons You Will Ovulate: 230 cases for Dystocia Funicular 40.3 %, 80 cases for Premature Break of Membranes 14 %.

Key words: frequency, Caesarean, retrospective and causes.

INTRODUCCIÓN

“La cesárea es un procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos a través de una incisión en el abdomen y el útero” (23).

Durante la culminación del siglo XX, el parto vaginal era el método más convencional a diferencia de la cesárea que presentaba demasiados riesgos para la gestante y el feto (13).

“La Organización Mundial de la Salud estima que la tasa de cesáreas entre todos los nacimientos en los países desarrollados está entre el 10% y el 15%”. (18).

Por lo cual se han formado organizaciones para aumentar la conciencia pública sobre las cesáreas y su incidencia que crece considerablemente. Los partos atendidos fuera del hospital se asocian a una tasa mucho menor de cesáreas, controlada por todos los indicadores maternos y fetales relevantes (46).

“República Dominicana tiene la tasa de cesáreas más alta del mundo, con un índice del 56% del total de nacimientos registrados, según reveló un informe de la OMS en mayo del 2015” (47).

Las cantidades de cesáreas injustificadas van en aumento sin ninguna razón médica, poniendo en riesgo innecesario a miles de mujeres y sus bebés. "No tenemos evidencia que soporte hacer este número enorme de cesáreas", explicó Bremen de Mucio, médico asesor para América Latina en Salud Sexual y Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS)". (36).

Se ha visto que el recién nacido por cesárea tiene mayores complicaciones a nivel inmunológico como lo menciona un estudio de la universidad de Copenhague que descubrió que los partos por cesárea generan deficiencia de factores claves en la prevención en enfermedades inmunológicas, describiendo que los recién nacidos están expuestos a más bacterias de la madre durante el parto vaginal que en la cesárea (39). También tendrían más riesgo de padecer alergias ya que los niños que nacen por vía vaginal colonizan sus intestinos inmediatamente después del parto mientras que los de cesárea están menos expuestos a microbios además que muchos no son conocidos por su cuerpo ya que no pertenecen a su madre. (41).

Lo más relevante encontrado sería las secuelas cerebrales de los recién nacidos por cesáreas programadas como es: falta de atención, déficit de memoria, y respuesta al estrés de por vida. (45).

Como estudiantes de obstetricia se observó que durante nuestros años de estudio y sobre todo en el internado; el uso de la cesárea como método quirúrgico para el término del embarazo ha sido bastante recurrente teniendo, así como una opción menos elegible el parto vaginal. Por lo cual, decidimos realizar el presente trabajo de investigación en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza-Arequipa, en el lapso del 01 de enero al 31 diciembre del 2015.



CAPITULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO:



1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

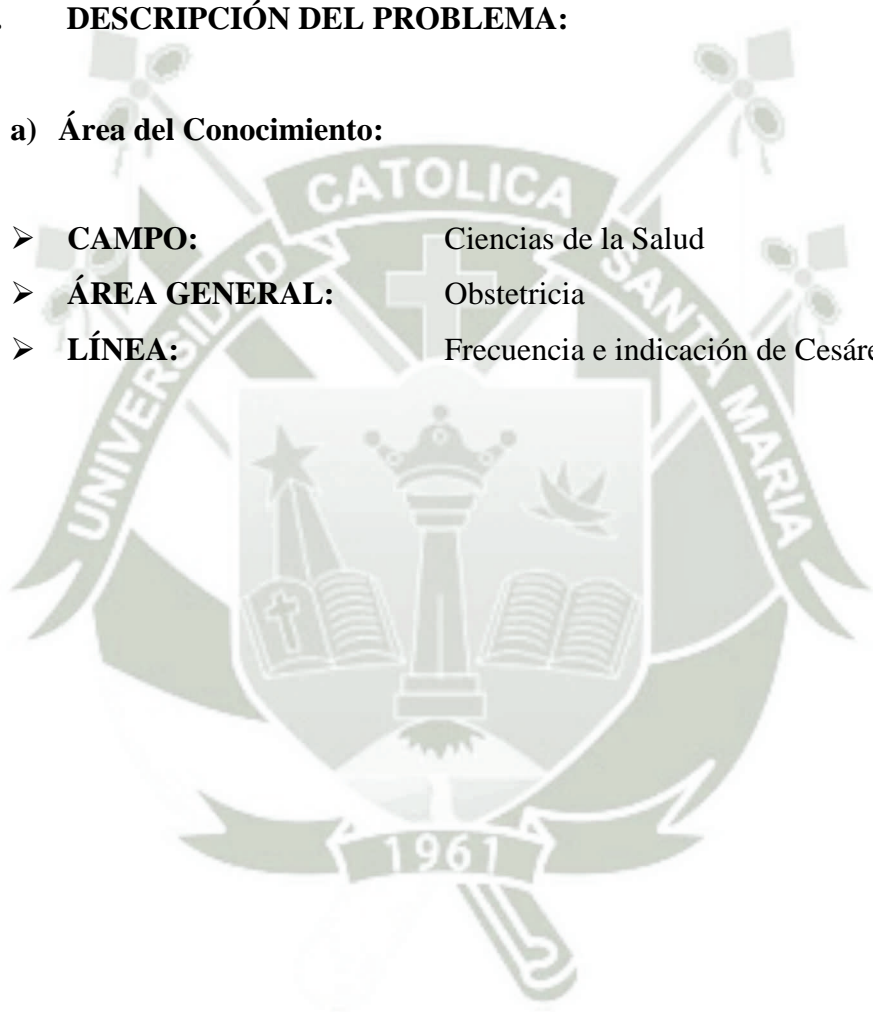
1.1. ENUNCIADO:

FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA - AREQUIPA. ENERO – DICIEMBRE 2015.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

a) Área del Conocimiento:

- **CAMPO:** Ciencias de la Salud
- **ÁREA GENERAL:** Obstetricia
- **LÍNEA:** Frecuencia e indicación de Cesárea



b) ANÁLISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
Frecuencia de Cesáreas	Número de Cesáreas.	
Indicación De Cesárea.	Causas Maternas. Causas Fetales. Causas Ovulares.	Según libro de partos.
Datos Generales	Edad Paridad	Menores de < 17 18 – 34 Mayores de >35 Primípara Secundípara Multípara Gran multípara

c) Interrogantes básicas:

- ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del 01 de enero al 31 diciembre 2015?
- ¿Cuáles son las causas maternas en la indicación de cesáreas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del 01 de enero al 31 diciembre 2015?
- ¿Cuáles son las causas fetales en la indicación de cesáreas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del 01 de enero al 31 diciembre 2015?
- ¿Cuáles son las causas ovulares en la indicación de cesáreas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del 01 de enero al 31 diciembre 2015?

d) Tipo de investigación: Retrospectivo.**e) Nivel de investigación:** Descriptivo.**1.2 JUSTIFICACIÓN:****Interés personal:**

El interés personal del presente trabajo es determinar la frecuencia e indicaciones de partos por “cesárea” en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el año 2015, ya que durante los años de estudio en la carrera de obstetricia y sobre todo en el internado, se observa un notable número de cesáreas en comparación al parto vaginal, queriendo así identificar las causas más relevantes a la indicación de esta técnica quirúrgica.

Relevancia científica:

Al observar que de acuerdo a la “Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2015 (ENDES), presentado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 31.6% de partos en el Perú se realizan mediante cesárea y en los últimos cinco años, este tipo de procedimiento se incrementó en 11.2 puntos porcentuales” (32). Planteamos que un futuro

que los datos obtenidos del presente estudio en el Hospital (HRHDE) de Arequipa, sirvan para próximos trabajos comparativos con los registros observados en otros centros de salud y la tasa sugerida por la OMS.

Relevancia práctica:

Para realizar el trabajo se encontró colaboración del área de estadística y centro obstétrico para la recolección de datos y así poder realizar la presente investigación. El estudio busca aportar información relevante sobre el ascenso de la cesárea del 01 de enero al 31 de diciembre 2015 para observar la frecuencia con que se va nivelando al parto vaginal, así mismo conocer las indicaciones por la que se realiza esta técnica quirúrgica.

2. OBJETIVOS:

- Conocer la frecuencia de cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, año 2015.
- Identificar las causas maternas a la indicación de cesáreas en Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, año 2015.
- Establecer las causas fetales a la indicación de cesáreas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, año 2015.
- Determinar las causas ovulares a la indicación de cesáreas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, año 2015.

3. MARCO TEÓRICO:

3.1 MARCO CONCEPTUAL:

3.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

Este procedimiento se remonta a la antigüedad, ya que existen pruebas que confirman que, desde el tiempo de los egipcios y hebreos, se practicaba esta operación post-mortem. El nombre fue tomado en honor de César quien nació de esta forma. Se relata que en el año 1500 ocurrió el primer caso en el que sobrevivió la paciente. En 1796 Lebas suturo por primera vez el útero. Porro en 1876, asocia a cesárea a una histerectomía subtotal, con lo cual se consigna el primer caso de cesárea histerectomía u operación de Porro.

En 1906 Frank introduce la técnica extra peritoneal, con lo que disminuye las posibilidades de que ocurra infección. Kroning (1912) y Beck (1919) utilizan la técnica segmentaria con incisión longitudinal. Kerr modifica la técnica anterior y practica la incisión segmentaria transversal siendo el mejor procedimiento y el que más se utiliza hoy en día. (13)

3.1.2 CESÁREA:

La cesárea es una de las principales operaciones abdominales realizada con mayor frecuencia en mujeres tanto de países prósperos como de bajos recursos. Las tasas varían considerablemente entre los países y los servicios de salud. (11)

La operación cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo la extracción del producto de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la pared abdominal, mediante los siguientes pasos consecutivos: laparotomía, histerotomía, extracción del feto, alumbramiento, sutura del útero (histerorrafia) y cierre de la pared abdominal (laparorrafia). (7)

3.1.3 TIPOS DE CESÁREAS

Una mínima reflexión sobre la actividad asistencial diaria en la sala de partos permite deducir que no todas las cesáreas tienen el mismo grado de urgencia. En el ante citado Consenso (La SEGO, en el Consenso sobre Cesárea publicado en 2007) sobre cesárea se

incluye una nueva clasificación que divide en 4 categorías las situaciones de urgencia a la hora de realizar una cesárea. (4)

a) Cesárea urgente de realización inmediata

Son aquellas situaciones obstétricas en que, por existir una grave amenaza para la salud de la madre o del feto, requieren una intervención quirúrgica inmediata sin demora. (4)

b) Cesárea urgente de realización no inmediata

Existe un riesgo insoslayable, que se va a ir potenciando a medida que el tiempo pasa. La indicación de la cesárea obliga a una intervención quirúrgica en un tiempo juicioso y breve para evitar el deterioro progresivo de la salud materna o fetal. La cesárea que se realiza en pleno trabajo de parto bajo la indicación de “no progresión del parto. (4)

c) Cesárea no urgente (programada)

No hay motivo de urgencia pero el adelantamiento imprevisto obliga, si persiste la indicación, a realizarla en cuestión de horas, siempre dentro de la misma fecha o jornada de trabajo en que ingresa la paciente. (4)

d) Cesárea a Demanda (4)

3.1.4 CAUSAS DE LA CESÁREA

a) Cesárea urgente de realización inmediata.

- Grave estado general materno de cualquier índole
- Hemorragia intensa
- Desprendimiento precoz de placenta
- Prolapso de cordón
- Pérdida grave del bienestar fetal. (4)

b) Cesárea urgente de realización NO inmediata.

- Distocia (parto estacionado, anomalías de la posición y actitud fetales, desproporción pélvico-cefálica y trastornos del descenso fetal)

- Fracaso de inducción
- Situación transversa
- Presentación podálica
- Prematuridad extrema
- Tumor previo
- Presentación en deflexión (frente y cara) (4)

c) Cesárea Programadas

- Placenta previa oclusiva o tumor previo
- Presentación anómala (nalgas)
- Situación transversa persistente
- Cesárea anterior con cicatriz no segmentaria
- Cesárea iterativa
- Embarazo múltiple
- Restricción del Crecimiento Intrauterino
- Sospecha de desproporción céfalo-pélvica
- Algunas malformaciones fetales
- Macrosomía
- Infección materna (4)

d) Cesárea a Demanda

- Por miedo al dolor o miedo a parir
- Por temor a complicaciones maternas durante el parto
- Por temor a complicaciones después del parto
- Por temor a complicaciones fetales
- Por miedo al fórceps u otros instrumentos obstétricos
- Por el antecedente de una experiencia obstétrica negativa
- Porque dicen estar en su derecho de elegir el tipo de parto
- Por comodidad y conveniencia socio-familiar o personal. (4)

3.1.5 INDICACIONES DE LA CESÁREA:

Las Indicaciones para ordenar la realización de una cesárea, se categorizan atendiendo si su causa primaria es de origen materno, fetal u ovular. (22)

A. MATERNAS

a) **Distocias óseas.** - La forma de la pelvis se debe a la armonía de los diámetros que se estudian en cada una de las partes o sectores en que se divide el canal del parto, o sea, estrecho superior, excavación y estrecho inferior. La alteración de la longitud de dichos diámetros acarreará distintos tipos de deformación ósea pelviana.(22)

- Pelvis generalmente estrechada. Se caracteriza por una disminución armónica de todos los diámetros. Se trata de una verdadera pelvis en miniatura, perteneciente por lo regular a mujeres de baja estatura y escaso desarrollo esquelético, aunque también puede encontrarse en mujeres bien desarrolladas de tipo varonil, portadoras de pelvis pequeñas pero altas, a semejanza de la pelvis masculina. Corresponde a las pelvis andróides. (22)
- En las pelvis transversalmente estrechadas el diámetro transversal no exige mayores mecanismos de elaboración, ya que al tratarse de pelvis infundibuliformes el problema se agudizará a medida que la presentación progresa y llegue al plano mesopélvico o al estrecho inferior, con la disminución de los diámetros transversales bicipítico y bisquiático, respectivamente, debido al acercamiento de las paredes laterales de la excavación.(22)
- En las pelvis límites la conducta a seguir se establecerá luego de una minuciosa semiología obstétrica. Se puede intentar la prueba del encajamiento o prueba del parto, teniendo en cuenta: 1) que debe tratarse de una presentación cefálica, y 2) que dentro de un periodo máximo de 2 a 4 horas con buena diátesis uterina, se compruebe un definido progreso que permita suponer un parto vaginal seguro para la madre y el niño.(22)

b) **Cesareada Anterior.** - Las mujeres con una cesárea previa en los siguientes embarazos plantean múltiples interrogantes en cuanto al riesgo materno y fetal, especialmente en el momento del parto. Clásicamente siempre se defendió un axioma que venía a decir “hecha una cesárea, siempre una cesárea”, sin embargo, a partir de los años 70 se empezó a defender el parto vaginal como una buena alternativa en

pacientes con cesárea anterior, aparecieron estudios en los que con una buena selección de las pacientes los riesgos disminuían y la posibilidad de éxito (parto vaginal) aumentaba. (42)

También, se deben tener consideraciones con el periodo intergenésico el cual no debe ser menor a 18 meses.

c) Desproporción feto – pélvica. - La relación entre el tamaño del feto y la pelvis materna no permite el pasaje del feto a través del canal pélvico, de producirse es previsible la presentación de lesiones en el feto y/o en la madre. (16).

d) Dilatación Estacionaria o Trabajo de Parto Prolongado. - Se entiende como Trabajo de Parto Prolongado o Dilatación Estacionaria a la falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas. Si el trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo, con amniotomía, oxitócicos. La oxitocina está indicada en el trabajo de parto estacionario, bajo monitorización continua, en dosis de 2 a 5 miliunidades por minuto. La oxitocina puede utilizarse diluyendo 10 unidades en 1000 ml de solución; se recomienda iniciar con medio mililitro por minuto (5 a 10 miliunidades). La actividad uterina irregular es la causa más común y corregible del progreso anormal en la paciente con trabajo de parto. (38)

e) Hipertensión arterial del Embarazo.- Los trastornos hipertensivos del embarazo son una de las complicaciones más frecuentes y graves en el embarazo, y constituye la principal causa de morbimortalidad materno-fetal en muchas partes del mundo. En los Estados Unidos se presenta en el 3 a 8 % de todos los embarazos, siendo la segunda causa de mortalidad materna, luego del embolismo pulmonar.

En el Perú, la incidencia de Preeclampsia reportada en varios estudios oscila entre el 5 al 7% de todos los embarazos. (6)

- **Hipertensión Gestacional.** - Elevación de la presión arterial, en ausencia de proteinuria, encontrados en una gestante después de las 22 semanas de gestación, o diagnosticada por primera vez en el puerperio. (6)

- **Preeclampsia.** -Se presenta después de las 22 semanas, se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial, en conjunto a la proteinuria, se divide en:
 - ✓ **Preeclampsia leve:** Presión arterial sistólica < 160 mm Hg y diastólica < 110 mm Hg, no se evidencia daño de órgano blanco.
 - ✓ **Preeclampsia severa:** Asociada a presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg ó diastólica ≥ 110 mm Hg, ó a evidencias de daño en órganos blanco.(6)

- **Hipertensión Crónica.** - cuando la presencia de hipertensión arterial es diagnosticada previa al embarazo o antes de las 22 semanas de gestación. También se la considera en pacientes que no tuvieron control prenatal, cuando los valores de presión arterial no se controlan pasadas las 12 semanas del parto. (6).

- f) **Gestante añosa.** - Desde mediados de la década de los años 70, la edad de la maternidad no ha cesado de incrementarse en Europa.
La edad materna avanzada se asocia con mayor frecuencia a patología gestacional y mayor incidencia de inducciones médicas del parto y tasa de cesáreas, especialmente en nulíparas. Todo ello repercute en la morbilidad materna y fetal, siendo un grupo poblacional de riesgo obstétrico que requiere una atención prenatal adecuada y trasciende el ámbito de la planificación sanitaria, dado el porcentaje de gestantes de edad avanzada en nuestro medio. (30)

- g) **Infecciones de Transmisión Sexual.** –
 - **La sífilis gestacional.** - Enfermedad infecciosa sistémica cuyo agente causal es el *Treponema pallidum*. Se considera con prueba no treponémica (VDRL o RPR) reactiva mayor o igual a 1:8 diluciones o en menor diluciones con prueba treponémica positiva. (6).

- **Infección por VIH.-**
 - Gestante infectada por el VIH. Gestante con virus VIH circulante en su organismo detectada a través de Prueba Rápida y/o ELISA, y con prueba confirmatoria para infección por VIH (WB).
 - Transmisión Vertical del VIH. Es el pasaje del Virus de la inmunodeficiencia Humana de la madre al niño durante la gestación, parto o lactancia materna. (6)

- **Molusco Contagioso:** Producido por un poxvirus, consiste en pápulas umbilicadas de superficie lisa, situadas en genitales periné y región pubiana principalmente, y que se contagia por el contacto piel a piel durante el acto sexual.
Suelen ser sitio de infecciones bacterianas que alteran su tamaño y su textura natural. (22)

- **Condilomatosis:** Llamado asimismo papiloma venéreo o "crestas de gallo", son proliferaciones papilomatosas múltiples que pueden invadir los genitales adquiriendo el aspecto de una coliflor. Se presentan húmedos y cubiertos de secreción fétida. Deben diferenciarse de los condilomas planos (sífilides pápulo hipertróficas del secundarismo) y del carcinoma de la vulva. (22)

h) Gestación en vías de prolongación. - Se define como aquél que ha alcanzado las 42 semanas de gestación o 294 días desde la fecha de la última regla (FUR). Los embarazos que se extienden entre las 41+1 y la 42+0 semanas se denominan embarazos en vías de prolongación.

La incidencia reportada del embarazo de post término en distintos estudios oscila entre 3 y 15%. Estas diferencias se deben al método utilizado para datar la edad gestacional. Así, cuando se usa sólo la FUR, su incidencia alcanza entre el 11 y 15%, en cambio, cuando a la FUR se asocia un ultrasonido precoz, su incidencia disminuye a entre el 1,5 y 4%. (44)

i) Periodo Expulsivo Prolongado. - La duración del periodo expulsivo influye de manera significativa en los resultados del APGAR, con periodos expulsivos mayores

a 30 minutos existe 36.8 veces más riesgo de recién nacidos con APGAR menor a 7 al minuto y 10.4 veces más riesgo de APGAR menor a 7 a los 5 minutos.(15)

j) Fase Latente Prolongada.- El diagnóstico de la fase latente prolongada se hace retrospectivamente. Cuando cesan las contracciones, se dice que la mujer ha estado en trabajo de parto falso. Cuando las contracciones se tornan regulares y la dilatación progresa más allá de 4 cm, se dice que la mujer ha estado en la fase latente.

Un diagnóstico erróneo del trabajo de parto falso o de la fase latente prolongada conduce a una inducción o una conducción del parto innecesarias, las cuales puede fracasar. Esto, a su vez, puede llevar a una cesárea innecesaria. (6)

k) Distocia de Partes Blandas. - El canal blando del parto es el conjunto de estructuras no óseas por donde debe pasar el feto para salir al exterior. Sirve de protección frente al canal óseo y está formado por el cuello uterino, la vagina y la desembocadura de ésta en la vulva. Algunas de estas distocias son:

- **Aglutinación del cuello.** El orificio externo es inextensible debido a la presencia de adherencias en sus bordes, formadas por bridas de fibrina más o menos laxas, pero suficientes para impedir la dilatación.(22)
- **Edema del cuello.** El cuello del útero puede edematizarse durante el embarazo; el edema en estas condiciones puede abarcar toda su extensión(22)
- **Rigidez del cuello.** La estenosis se debe a una rigidez cicatrizal o tumoral. (22)
- **Tumores previos de origen uterino.** Los más frecuentes son los fibromiomas. (22)

l) Inversión de la Triple Gradiente. Si la contracción se inicia en el segmento inferior y se extiende hacia el fondo, el parto no progresa. Teóricamente es posible una inversión de uno de los gradientes (propagación, intensidad o duración). El diagnóstico es difícil porque la tocografía muestra ondas con apariencia normal. La palpación cuidadosa puede detectarlo (el segmento inferior se endurece antes que el fondo). Pero lo más importante en el diagnóstico es un parto que progresa muy lentamente con actividad uterina aparentemente normal. Es una distocia del comienzo del parto.(37)

- m) Cáncer de Cuello Uterino.** - Es el cáncer más frecuentemente asociado al embarazo. Se considera como una enfermedad de transmisión sexual y el papiloma virus humano (HPV) juega un rol decisivo en la patogenia de estas lesiones. Hasta hace algunos años se consideraba que el embarazo, a través de los cambios fisiológicos que se producen en el cérvix, hacía que este órgano se volviera más susceptible a la infección por HPV y se estimulara la replicación del virus (Connor, 1990; Bristow, 1999). (22)
- n) Rotura Uterina.-** La rotura uterina se define como una solución de continuidad de la pared del útero localizada con mayor frecuencia en el segmento inferior, con o sin expulsión del feto, durante el embarazo o en el trabajo de parto. Es una condición grave del embarazo, que condiciona sufrimiento fetal agudo y/o muerte del producto de la concepción; además pone en peligro la salud de la paciente, pudiendo hasta ocasionar su muerte. (6)

B) FETALES

a) Distocia de presentación

- **Feto en situación transversa.** – En este caso el feto ubica su diámetro mayor perpendicularmente (o sea en forma trasversal) frente al diámetro mayor (longitudinal) del útero. Exactamente, con suma frecuencia la situación es más bien oblicua que transversa, con uno de los polos (habitualmente el cefálico) más descendido que el otro (pelviano). (22)
- **Feto en presentación Podálica.** - Cuando el polo caudal del feto está en relación directa con el estrecho superior, se denomina presentación pelviana. El punto diagnóstico y el punto guía de la posición es el mismo; está constituido por la cresta coccisacra. (22)
- **Distocias por deflexión de la cabeza fetal.-**
 - **Presentación de frente.-** El Punto guía es igual que en la presentación de cara, es la nariz., su Punto diagnóstico: frente., su Diámetro de

encajamiento: sincipitomentoniano, de 13,5 cm. Se toca muy bien la gran fontanela.(22)

- **Presentación de bregma.-** El Punto guía es el ángulo anterior de la fontaneln bregmatica., su Diámetro de encajamiento es el occipitofrontal, de 12 cm.(22)
- **Presentación de cara.-** El Punto guía es la pirámide nasal (con sus orificios].Su Diámetro de encajamiento es el submentobregmático, de 9,5 cm.(22)

b) Sufrimiento Fetal Agudo. - Estado de compromiso fetal instalado durante el trabajo de parto caracterizado por hipoxia, hipercapnia y acidosis. Los términos “SFA“ y “Fetal Distress”, debido a su imprecisión e inespecificidad, están siendo reemplazados por “Riesgo de Pérdida del Bienestar Fetal” y “Estado Fetal No Tranquilizador”, respectivamente (6).

c) Embarazo Múltiple (2 a mas). - El nacimiento de gemelos (dobles, triples, cuádruples o más) há sido siempre frecuencia de complicaciones y la morbimortalidad perinatal muestra un claro incremento respecto de gestaciones con producto único. Ello hace que su diagnóstico oportuno, manejo prenatal de vigilancia materno fetal, tratamientos especiales como inhibición de la contractibilidad uterina y aceleración de la madurez pulmonar fetal, y atención especial para la resolución obstétrica, se encaminen a la consecución de mejores resultados. (7)

d) Macrosomia Fetal. - De acuerdo al American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) en su boletín del año 2000, Macrosomia Fetal se define, como el peso de nacimiento igual o superior a 4500 gramos, sin embargo aún existe controversia a nivel mundial por la definición más exacta. Existen quienes apoyan la utilización del percentil 90 del peso fetal para la edad gestacional y otros un valor neto de peso neonatal mayor a 4000, 4500 ó 5000 gramos. En Chile, la definición más utilizada en la actualidad es peso de nacimiento mayor a 4000 gramos, se asocia a un mayor riesgo relativo de morbilidad materna y neonatal (25).

e) Óbito Fetal. - Se define muerte fetal intrauterina como “la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción,

cualquiera haya sido la duración de la gestación”. Aunque algunos autores la definen como “el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos”. Este problema alcanza frecuencias comprendidas entre el 7 a 10 por 1000 nacidos vivos en la mayoría de los países americanos (35).

f) Asinclitismo.- La sutura sagital no se encuentra equidistante del pubis y del sacro, las causas más comunes son: cuando no hay flexión lateral de la cabeza fetal, su persistencia altera la evolución del parto.

- **Asinclitismo anterior:** la sutura sagital está más cerca del sacro y se presenta más el parietal anterior.
- **Asinclitismo posterior:** la sutura sagital se encuentra más cerca del pubis y se presenta más el parietal posterior (43)

g) Incompatibilidad RH. - La incompatibilidad Rh produce EHPN (Enfermedad Hemolítica Perinatal), lo cual es el resultado del grado de hemólisis y producción compensatoria de eritrocitos por parte del feto. Esta enfermedad hemolítica del recién nacido varía en su forma, puede presentarse en forma leve produciendo un moderado grado de ictericia la cual suele responder a la luminoterapia. Pero también puede presentarse en su forma más severa que puede causar discapacidad física y retardo mental. (26)

h) Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) - Los recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) son aquellos cuyos pesos de nacimientos son menores que el percentil 10 ó 2 desviaciones estándar bajo el promedio de peso para su edad gestacional. Además del peso, otros índices antropométricos, como es la talla y la circunferencia craneana, se deben incluir y relacionar. Usando estos tres parámetros se distinguen los PEG asimétricos, cuyo crecimiento corporal (peso primariamente) está más restringido que el crecimiento cerebral sin descartar que otros órganos pudiesen estar comprometidos. El segundo grupo corresponde a los PEG simétricos (los tres índices antropométricos proporcionalmente reducidos). El crecimiento cerebral y corporal son igualmente menores que lo normal. Una tercera situación que no debe olvidarse es considerar como PEG a aquel neonato cuyo peso al nacer se encuentra en un percentil desproporcionadamente bajo (pero mayor al

P10) en relación a su talla y CC. En este caso es de utilidad corroborar si la relación llamada índice ponderal se encuentra bajo lo normal para tal recién nacido. El índice ponderal se expresa de la siguiente forma: $I.P. = (\text{peso,g}) / (\text{talla,cms})^3$
Normal = 2,32 –2,85 Este índice no es afectado por factores raciales ni por el sexo del RN.(2)

C) OVULARES

- a) **Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP).** - Es la separación parcial o total, de la placenta normalmente insertada, después de las 22 semanas de gestación y antes del alumbramiento. La frecuencia es alrededor de 1 en 100 a 200 partos. Se ha reportado una tasa de recurrencia de 10% después de un episodio y 25% después de dos episodios. (Nivel de Evidencia II-2). (6)
- b) **Placenta previa.** - Se define como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. Se clasifica en:
- **Oclusiva:** no permite el parto vaginal.
 - **No oclusiva:** permite el intento de parto vaginal (6).
- c) **Prolapso de cordón con feto vivo.** - El prolapso de cordón es la presencia del cordón umbilical por delante de la presentación fetal. Aunque lo normal es referirse a ello cuando las membranas están rotas y el cordón se palpa en una exploración vaginal, hay tres situaciones muy diferentes que se encuadran dentro de lo que entendemos como cordón delante de la presentación: a) el prolapso propiamente, donde el cordón se presenta por delante de la presentación con bolsa rota; b) el procúbito, cuando ocurriendo lo anterior la bolsa está íntegra; y, c) la laterocidencia, si el cordón se dispone lateralmente a lo largo de la presentación con la bolsa íntegra. (31)
- d) **Oligoamnios.-** Se trata de un cuadro caracterizado por una reducida cantidad de líquido amniótico (menos de 300 ml) y con Frecuencia asociado a anomalías del aparato renal fetal y a restricción en el crecimiento intrauterino. El valor observado del índice de L.A. es inferior al percentil 2,5 de la curva patrón para la edad

gestacional. El feto es pequeño, con piel dura y seca y generalmente con deformaciones de la columna vertebral o las extremidades. (22)

e) Ruptura Prematura de Membranas. - Rotura de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto. RPM prolongado: Rotura prematura de membranas mayor de 24 hrs. (16)

f) Corioamnioititis: Infección inespecífica de la cavidad amniótica sus anexos y eventualmente del feto (bolsas o membranas amnióticas) que se origina durante la gestación a partir de las 22 semanas. Se presenta en 1% a 2% de todos los embarazos, pero es mucho más común en los partos prematuros. Las vías de infección pueden ser:

- Vía ascendente o transcervical.
- Vía hematógena o transplacentaria.
- Vía transparietal. (6).

g) Polidramnios.- Es un cuadro que se caracteriza por la cantidad exagerada de líquido amniótico (más de 2000 ml) o cuando se presenta un índice de L.A. mayor de 24 cm.

Su frecuencia es del 1 % y se lo encuentra comúnmente asociado con: Factores fetales: embarazo gemelar, malformaciones fetales, hydrops fetalis, sífilis congénita; Factores maternos: diabetes. (22)

h) Distocia Funicular. - Es toda situación anatómica o de posición que conlleva un trastorno del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales que pueden ser por una brevedad de cordón, circulares, prolapso o procúbito, laterocidencia y nudos o nudos falsos.

- **Circulares del Cordón.-** Debe sospecharse cuando hay desaceleraciones variables en la monitoria fetal, durante el trabajo de parto asociadas a signos de sufrimiento fetal sin causa aparente, o falta del descenso de la presentación, y se diagnostica con la ecografía obstétrica, al observarse el cordón alrededor de la nuca fetal. Cuando no hay encajamiento o existe

sufrimiento fetal el tratamiento es la intervención cesárea. Los casos en los cuales se produce encajamiento pueden ocasionar sufrimiento fetal agudo en el período expulsivo que obliga a terminar el parto rápidamente con aplicación de fórceps o espátula. (14)

- **Brevedad de Cordón.**- Un cordón demasiado corto impide el descenso de la presentación o provoca el desprendimiento de la placenta normalmente insertada, puede prolongar el trabajo de parto u ocasionar un abrupto placentae. Es necesario sospecharlo cuando se comprueban signos de anoxia fetal sin causa aparente, falta de encajamiento o dolor uterino localizado, o se produce el desprendimiento prematuro de placenta. El tratamiento es la operación cesárea (14)

i) Insuficiencia Placentaria. - Para comprender el amplio concepto de insuficiencia placentaria, debemos preguntarnos cuáles son las funciones que ejerce este órgano.

La placenta se comporta a la vez como el pulmón, el riñón, el intestino, el sistema excretor y el aparato retículo endotelial del feto, y se produce un fallo multiorgánico funcional en el feto cuando la placenta se comporta de forma incompetente, estableciéndose un síndrome de deprivación fetal que afecta a todos y a cada uno de los aspectos de la fisiología fetal. (27)

3.1.6 TÉCNICA QUIRÚRGICA

Para abrir la cavidad peritoneal, se puede realizar una laparotomía media infra umbilical o transversa infra umbilical tipo Pfannenstiel o tipo Maylard. Para abordar el útero, se puede utilizar la técnica transperitoneal o la extra peritoneal, esta última consiste en abordar el segmento uterino mediante disección roma del peritoneo vesical y del segmento uterino anterior, permaneciendo en el espacio extra peritoneal.

Esta técnica fue usada en el pasado en los casos de infección con el objeto de evitar propagarla a la cavidad peritoneal, pero requiere de buena habilidad quirúrgica, el tiempo quirúrgico es muy largo y con la gran variedad de antibióticos modernos, no está justificada. (1)

Existen tres tipos de incisión uterina y que se utilizan para clasificar el tipo de cesárea

A: corporal o clásica.

B: segmentaria longitudinal de Krönig.

C: segmentaria transversal de Kerr.

A) Corporal o clásica.

Es cuando se practica una incisión vertical sobre la cara anterior del cuerpo uterino cerca del fondo. En la actualidad es una técnica poco utilizada por los inconvenientes técnicos que representa y por el peligro de que ocurra ruptura uterina en un futuro embarazo. Algunas de sus indicaciones actuales son las siguientes.

- Cáncer invasivo de cuello uterino.
- Presencia de anillo de retracción.
- Cesárea post-mortem, por la rapidez con que se requiere efectuar el procedimiento.
- Imposibilidad de abordar el segmento por adherencias, tumores, etc.
- Placenta previa de localización anterior.
- Algunos casos de situación transversa.
- Várices extensas del segmento uterino anterior.
- Vaciamiento uterino en el segundo trimestre. (1).

B) Segmentaria longitudinal de Krönig.

Es cuando se practica una incisión longitudinal a nivel del segmento inferior del útero. La ventaja de esta intervención es que se puede agrandar la herida hacia la parte superior del segmento, pero también hay el peligro de que se pueda prolongar la herida hacia abajo y hacer difícil la sutura. Las indicaciones son las mismas que para la técnica corporal o clásica (1).

C) Segmentaria transversal de Kerr.

Es cuando se practica una incisión transversal semilunar a nivel del segmento uterino inferior.

En la actualidad es la técnica de elección por las ventajas que se enumeran a continuación.

- Se practica en la parte más delgada del útero y, por tanto, es más fácil de cortar y de reparar.

- La disociación de las fibras uterinas es fácil de realizar en esa zona por haber una menor masa muscular.
- El sangrado intraoperatorio es menor.
- El peritoneo de la zona es laxo y se disecciona fácilmente.
- Hay menos frecuencia de adherencias postquirúrgicas. (1)
- La cicatriz uterina tiene menos riesgos de sufrir una dehiscencia en embarazos futuros porque la dinámica uterina es menos intensa a nivel del segmento. (1)

La operación se debe realizar en un ambiente quirúrgico adecuado con todas las medidas de asepsia y antisepsia. Bajo anestesia epidural o bien general, que se usa más en casos de emergencia, se practica cateterismo vesical para evitar la lesión de la vejiga durante la operación. Se recomienda colocar la mesa operatoria con cierta inclinación hacia la izquierda para disminuir la compresión del útero sobre la vena cava que puede causar hipoxia en el recién nacido, sobre todo si se asocia a la hipotensión inducida por la anestesia epidural. (1)

Una vez colocados los campos estériles, se practica una laparotomía media infra umbilical comenzando a un través de dedo por encima de la sínfisis pubiana, dos a través de dedo por encima del pubis. Se procede a la diéresis por planos y una vez abierta la cavidad peritoneal se coloca la valva de Gosset, exponiendo así el segmento uterino.

Se levanta el peritoneo visceral con una pinza de disección, para seccionarlo de forma transversal y asciforme unos 10 cm, luego se separa el peritoneo visceral de la pared uterina mediante disección roma usando los dedos. (1)

Al visualizar el músculo uterino se practica una incisión con bisturí, pinza de Crille curva o con tijera de Mayo curva, para luego prolongarla unos 10 cm en forma asciforme a nivel del segmento, similar a lo que se hizo en peritoneo.

Se abre el saco amniótico y se orienta la presentación fetal hacia la herida uterina, para proceder a la extracción del feto introduciendo la mano con la palma abarcando la presentación. Se puede utilizar la valva de Sawasaki, que facilita la extracción de la cabeza fetal o en su defecto la rama de algún fórceps, preferiblemente no fenestrado. Siempre es bueno tener a la mano un fórceps de Piper o de Simpson para extracción de cabeza última en las presentaciones podálicas. (1)

Luego que se orienta la cabeza, el ayudante hace presión sobre el fondo uterino y empuja la presentación para facilitar la extracción de la cabeza. Esta debe ser lenta y

hasta con cierta dificultad, para que simule las condiciones de un parto vaginal; de esta manera se estimulan los centros respiratorios y se facilita la expulsión de gleras de las vías respiratorias superiores por compresión de la pared torácica. (1)

Una vez que sale la cabeza se realiza la aspiración de gleras de nariz y orofaringe, luego se realiza tracción por debajo de los maxilares para completar la extracción del resto del cuerpo, colocando el recién nacido a un nivel inferior al de la placenta a un lado del abdomen. Esto se hace para evitar el paso de sangre del feto a la placenta por ley de vasos comunicantes, en esta posición se debe continuar con la aspiración de gleras mientras el ayudante pinza el cordón con dos pinzas de Rochester para seccionarlo entre ambas. Luego se entrega el recién nacido al neonatólogo para su atención inmediata. (1) Se recomienda esperar la separación espontánea de la placenta y no la extracción manual porque hay estudios que han demostrado una reducción en 300 cc en la pérdida de sangre, así como reducción de la endometritis postparto en pacientes cuya placenta fue expulsada espontáneamente (McCurdy et al, 1992). Si durante la histerotomía se lesionan vasos sanguíneos grandes, sobre todo en casos de venas varicosas del segmento, se debe extraer la placenta manualmente para hacer hemostasia con pinzas de Foster.

Luego del alumbramiento, se realiza la revisión uterina y, en caso de que el cuello uterino no sea permeable, algunos los dilatan con la finalidad de facilitar la expulsión de sangre, pero no es un paso necesario.

Para realizar la síntesis se exponen los bordes y ángulos uterinos y se realiza la histerorrafia, cuya técnica varía de acuerdo con el gusto del operador. La sutura puede ser en un solo plano a puntos separados, aunque también puede ser a puntos continuos.

Otra posibilidad es la sutura continua en dos planos, el primero hemostático y el segundo invaginante. Esta técnica es ideal en casos de cesárea corporal porque el músculo uterino es grueso, pero no se justifica en la cesárea segmentaria. El cierre en un solo plano a puntos continuos es preferible al de dos planos con puntos cruzados porque en éste la cantidad de material utilizado es mayor y se produce isquemia con una cicatrización más débil. (1)

El material empleado debe ser reabsorbible tipo catgut crómico o ácido poliglicólico. La sutura debe comenzar un poco más atrás de uno de los ángulos y termina en el otro. Los ángulos se refieren con la finalidad de tener un punto de apoyo para la movilidad uterina.

Los puntos pueden ser simples o cruzados, tratando de dejar la anatomía igual y haciendo una hemostasia cuidadosa.

Luego se procede al cierre del peritoneo visceral, aunque diversos autores no suturan ni el peritoneo visceral ni el parietal por considerar que evita la suspensión exagerada de la vejiga urinaria, el pinzamiento involuntario del epiplón y vísceras al peritoneo parietal y la formación de adherencias cuando se usa conjuntamente con la irrigación. Otra posible ventaja es que, como hay un menor uso de la analgesia postoperatoria, puede haber un retorno más veloz de la función intestinal normal. (1)

Se realiza revisión de la cavidad pélvica y lavado exhaustivo con solución fisiológica, lo que favorece la extracción de la sangre libre, líquido amniótico, vernix caseoso, etc. que pueden actuar como pirógenos en el puerperio inmediato. Además, disminuye la incidencia de íleo paralítico porque hay menos irritación peritoneal, y la formación de adherencias. (1)

Con una aguja atraumática se realiza el cierre del peritoneo parietal y el afrontamiento muscular, si el cirujano decide hacer estos pasos, para luego suturar la aponeurosis a puntos separados o continuos con aguja atraumática y sutura no absorbible o de absorción tardía.

Se verifica la hemostasia y se realiza la síntesis del tejido celular subcutáneo a puntos separados o continuos con sutura de absorción rápida con aguja atraumática. Por último, se sutura la piel, se extrae la sonda vesical y se evalúan las características de la orina.

Todas estas son variaciones de la técnica clásica que dependen mucho de la experiencia personal del cirujano y las cuales son adoptadas para cada caso en particular. (1)

3.1.7 CONTRAINDICACIONES

No existen contraindicaciones absolutas para la cesárea, pero puesto que no es una técnica exenta de riesgos, la decisión debe estar fundamentada en la obtención de beneficios sustanciales para la madre y/o el feto.

Si no existe una contraindicación para el parto vaginal, no está indicada la cesárea. (23)

3.1.8 COMPLICACIONES

Relacionadas con el parto vaginal, la morbilidad materna es mayor. Alrededor de un tercio de la totalidad de las muertes maternas, están relacionadas con esta intervención. La ocurrencia es de 1 por cada 1636 cesáreas (6,1 x 100.000), de estas

menos de la mitad se deben a la cirugía., y las restantes están asociadas a la persistencia o agravamiento de la patología de base. (23)

La Mortalidad Perinatal global –no corregida – es mayor en los nacimientos por cesárea, cuando se relaciona con los partos vaginales. Pero cuando se compara los nacimientos por cesáreas de gestaciones a término y sin patologías graves presentes o asociadas, tanto las Tasas de morbimortalidad perinatales como el pronóstico es similar al de los recién nacidos por vía vaginal. (23)

Actualmente los adelantos en las técnicas anestésicas, en el monitoreo permanente de la paciente, en la antibioticoterapia y la mejor calidad de sangre, han disminuido pero no han eliminado el riesgo de las complicaciones de esta cirugía; sigue siendo fundamental para alcanzar resultados maternos y perinatales exitosos el comportamiento ético y profesional de los obstetras y el apego a la aplicación de los Protocolos médicos. (23)

Se presentan a continuación las complicaciones relacionadas con esta cirugía:

A) LAS COMPLICACIONES INTRA OPERATORIAS:

Son las menos frecuentes, pero de mayor morbilidad. Constituyen el 1-2% de los casos. Son más frecuentes en las cesáreas de urgencias o en las que existe cirugía previa.

Ellas incluyen:

- Lesiones viscerales: generalmente vesicales
- Hemorragias, por atonía uterina, lesión vascular, anomalías placentarias y extensiones de la incisión uterina. (23)

B) LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MEDIATAS:

Son de más frecuente presentación, en su orden:

- Endometritis: 40% en frecuencia. Riesgo aumentado en bolsas rotas, trabajo de parto prolongado, mala técnica quirúrgica y manipulaciones intrauterinas. La profilaxis antibiótica disminuye su incidencia y las complicaciones (abscesos, tromboflebitis pélvica y shock pélvico).
- Infección urinaria: 2 al 15%. Se relaciona al sondaje vesical.
- Infección de la pared abdominal: Especialmente en pacientes obesas se evita esta complicación cuidando la asepsia, la hemostasia correcta y la profilaxis antibiótica.

- Tromboflebitis: se evita favoreciendo la movilización precoz. En pacientes con várices es conveniente utilizar vendajes compresivos las primeras horas. En todas las pacientes con factores de riesgo utilizar heparina profiláctica.
- Obstrucción intestinal por bridas.
- Dehiscencia de la cicatriz: Se evita realizando una correcta hemostasia y no dejando espacios muertos.
- Íleo: se disminuye manipulando lo menos posible las vísceras intestinales y realizando una correcta limpieza de la cavidad abdominal antes de cerrar. (23)

C) LAS COMPLICACIONES TARDÍAS:

- Adherencias abdominales.
- Obstrucción intestinal secundaria.
- Endometriosis de la incisión uterina.
- Placenta previa o acreta en gestaciones posteriores.
- Cesárea en gestaciones posteriores.
- Rotura uterina en partos posteriores. (23)

3.1.9 CONSECUENCIAS DE LA CESÁREA EN EL FETO:

- Los bebés nacidos por cesárea tendrían más riesgo de padecer alergia: Debido a que los bebés no se contaminan de la bacterias de su madre, cosa que sí sucede en un parto vaginal, sino que se contamina de otras bacterias del entorno, el riesgo de padecer alergias futuras es mayor.

Esto es lo que han visto investigadores de un estudio realizado en el KTH: Instituto Real de Tecnología, en Suecia, al observar que los niños nacidos por cesárea tienen una menor diversidad bacteriana en los primeros años de vida y, en consecuencia, un mayor riesgo de alergia.(41)

Esto sucede porque los niños que nacen vía vaginal colonizan sus intestinos inmediatamente después del parto, mientras que los nacidos por cesárea están mucho menos expuestos a microbios y, además, muchos no son conocidos por su cuerpo, ya que no son de su madre. La colonización de sus intestinos será más lenta y el riesgo de alergia mayor.

Para llegar a estas conclusiones estudiaron a 15 bebés nacidos por vía vaginal y 9 que nacieron por cesárea. La muestra es pequeñísima y como estudio aislado tendría muy poca credibilidad científica, sin embargo, las conclusiones a las que llegan apoyan investigaciones mayores con el mismo resultado. (41).

- Las secuelas cerebrales de las cesáreas programadas: Lo que sucede en el parto probablemente sea crítico para todo el desarrollo cerebral, y evitar el trabajo de parto mediante la cesárea programada sospecho deja secuelas en la atención, memoria y respuesta al estrés de por vida. (45).

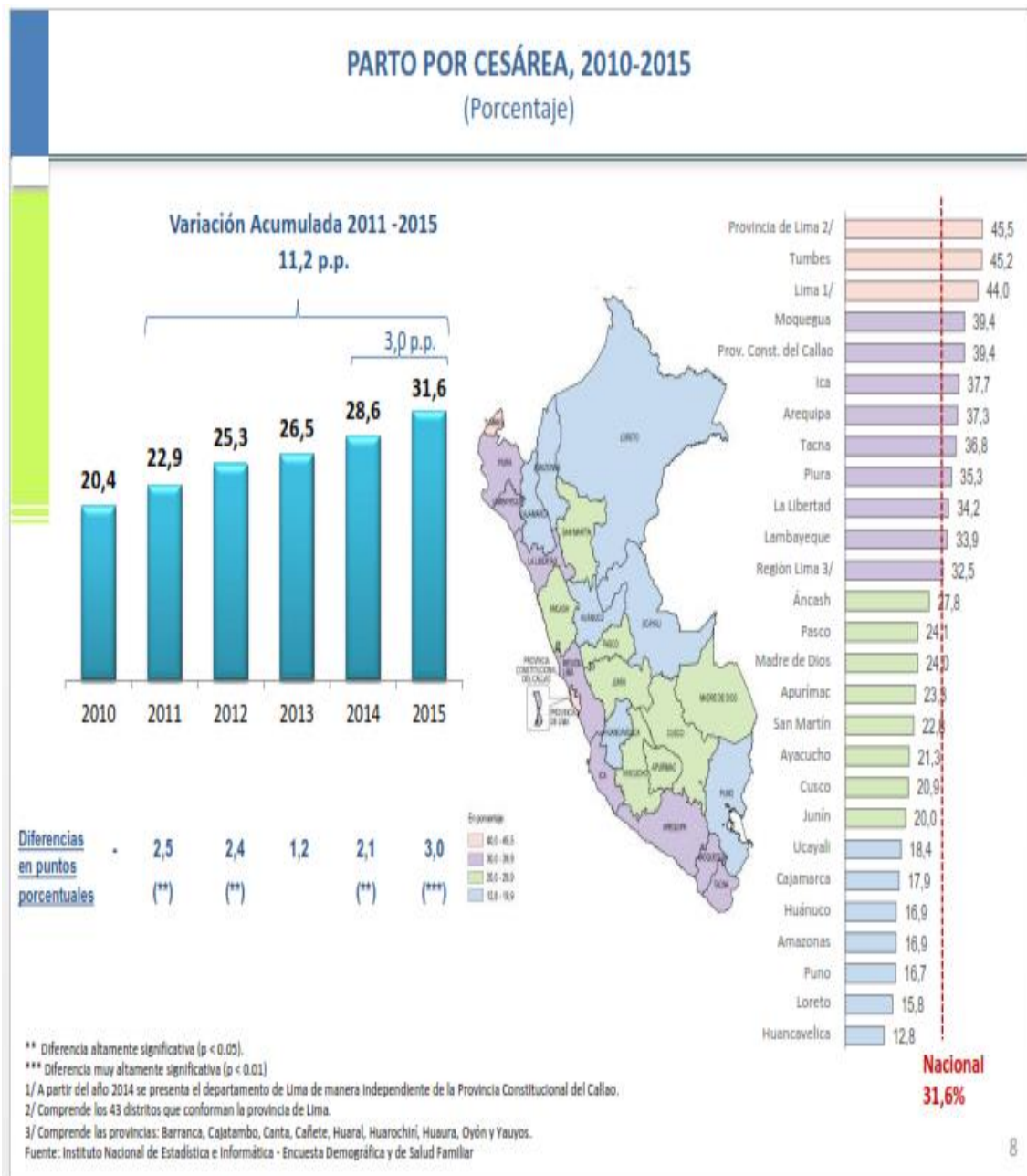
- La cesárea genera en los recién nacidos y en la vida a largo plazo una deficiencia de factores claves en la prevención de enfermedades inmunológicas: Un estudio de la Universidad de Copenhague descubrió que los partos por cesárea generan deficiencia de factores claves en la prevención de enfermedades inmunológicas. (40)

En el documento describieron que los recién nacidos por parto natural “están expuestos a más bacterias de la madre que aquellos por cesárea”, y de acuerdo a los que llamaron “hipótesis de la higiene, el sistema inmunológico del recién nacido de esta manera aprende a distinguir entre sus propias moléculas inocuas y las moléculas extrañas”.

Entre las enfermedades autoinmunes que se caracterizan precisamente por una sobre-reacción del sistema inmunológico, los científicos citaron a la diabetes tipo 1, enfermedad de Crohn y la alergia. En el extracto del estudio afirmaron que la cesárea “se ha asociado con cambios a largo plazo de la composición de la flora intestinal y, más recientemente, con los cambios del sistema inmunológico” (39).

3.1.10 FRECUENCIA DE LA CESÁREA:

Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2015 realizada por el INEI (Figura 1), se observa el aumento de la cesárea lo que nos da a entender que la frecuencia con la que se está dando es de mucha importancia. (40)



FUENTE: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2015 realizada por el INEI (40)

Luego de este informe del INEI, realizado en el Perú, a nivel nacional se ha dado a conocer que la tasa de cesáreas alcanza un alto porcentaje que es 31,6% a nivel nacional, lo cual estaría indicándonos que tenemos un problema de exceso de las mismas.

3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1. Autor(es): MJ; Sosa, TR; Giusti, SA, Alegre C, Benitez A, Rivero MI. (17)

Título: Frecuencia e indicaciones de cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario

Fuente: Servicio de Toco ginecología del Hospital Llano. Corrientes. Argentina.

Resumen: En la actualidad al menos una de cada diez mujeres tiene sus partos por vía abdominal, lo cual representa un aumento progresivo ocurrido en los últimos años. Sin dudas, una explicación para este cambio en la tasa de cesáreas, es el incremento de la preocupación acerca de la seguridad fetal durante el trabajo de parto.

Objetivo: Análisis de la frecuencia de cesáreas en las adolescentes, indicación de la misma y momento relacionado al parto (antes o durante el mismo).

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 9479 pacientes (p) admitidas a la Maternidad, entre Octubre de 1998 y septiembre de 2003.

Se identificaron 1655 madres menores de 20 años en las cuales se realizaron 199 cesáreas.

Resultados: La prevalencia de cesáreas en adolescentes fue 12.02%, comparada con 21.2% en mujeres ³ a 20 años ($p < 0.0001$). La edad media de las embarazadas que fueron a cesárea fue similar al resto: 17.6 ± 1.5 vs. 17.5 ± 1.4 años (punís. La cesárea programada (antes del parto) se realizó en 87 p (56%).

Según la indicación, la distribución fue: Cesárea previa 62 casos 31,1%, Sufrimiento fetal agudo 40 casos 20,1%, Falta de progresión de la presentación 32 casos 16%, Presentación pelviana 24 casos 12%, Desproporción feto-pélvica 11 casos 5.5%, Pre eclampsia-eclampsia 11 casos 5.5% RCIU 9 casos 4.5%, Patologías maternas 5 casos 2.5%, Hemorragia del tercer trimestre 4 casos 2.0%, Total 198 casos 99.8% Sin datos 1 caso 0.2 %.

Conclusiones: La proporción de madres adolescentes que finalizaron su parto por vía abdominal fue adecuada. Este porcentaje fue la mitad del uso de cesáreas en mujeres de mayor edad. En la mayoría de los casos los procedimientos fueron programados, y la cesárea previa fue la indicación más habitual.

3.2.2. Autor(es): Sofía Esther Medina Pinto; Analía Valeria Ortiz Gavilán; Laura Cecilia Miño. Griselda Itatí Abreo (33)

Título: Incidencia e indicaciones de cesáreas.

Fuente: Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina. N° 207 – Junio 2011.

Resumen: La frecuencia de la operación cesárea ha aumentado en los últimos años. **Objetivos:** determinar la incidencia de operación cesárea, determinar sus principales indicaciones obstétricas y las patologías maternas asociadas. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. **Unidad de análisis:** Libros de Pases de Guardia desde 1° de enero de 2009 al 30 de abril de 2010. **Universo de estudio:** gestantes atendidas en dicho servicio. **Variables utilizadas:** número total de nacimientos, número total de cesáreas, clasificadas según sus indicaciones obstétricas, obteniéndose una base de datos. **Adicionalmente,** se obtuvo información sobre las patologías maternas asociadas. **Resultados:** Se registraron 4016 nacimientos, con incidencia de cesáreas de 32% (n=1299). **Indicaciones obstétricas de cesáreas:** 30,94% por cesárea anterior, 16 % sufrimiento fetal agudo, 9,76% falta de progresión del trabajo de parto, 9,04% distocia de presentación, 9,04% negativa al parto, 5,45% ginecorragia de la segunda mitad del embarazo, 3,80% desproporción feto pélvica, 3,30% embarazo gemelar, 13,13% otras en un total de 1393 pacientes. **Indicaciones por patologías maternas asociadas:** 46% hipertensión arterial, 21,60% diabetes, 8,40% coreoanmionitis, 7,60% cáncer de cérvix, 5,20% ruptura prematura de membrana, 4% cardiopatías, 2,40% Lúes, 2,40% colestasis, 1,20% condilomatosis, 0,80% código 76 y otras 0,40% en un total de 250 pacientes. **Conclusión:** las cesáreas han aumentado significativamente, respecto de años anteriores, principalmente a expensas de la cesárea anterior e iterativa. Y las patologías maternas asociadas hipertensión arterial y diabetes fueron las de mayor incidencia.

3.2.3. Antecedente Nacional:

Autor: José Fernando Echáis (28)

Título: Cesárea. Experiencia en el Hospital General de Oxapampa

Fuente: Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Revista Ginecol. obstet. 2004; 50 (2): 106-110

Resumen:

Determinar especificar las principales indicaciones y complicaciones de los partos por cesárea. MATERIAL Y METODOS: 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. Se realizó análisis univariado para variables maternas y neonatales utilizando tablas de frecuencia y porcentaje.

Resultados: 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 cefalopélvica (21,1%), sufrimiento fetal (20,2%), cesárea previa (11,9%) y presentación podálica (9,2%). Siete pacientes (6,3%) presentaron morbilidad puerperal, siendo la endometritis la infección de herida operatoria las principales causas (28,6%). No hubo muertes maternas. La tasa de mortalidad perinatal fue 8,7 por 1000 nacidos vivos.

Conclusiones: La tasa de cesáreas para el periodo de estudio fue 25,7%, siendo principales indicaciones desproporción cefalopelvica, sufrimiento fetal, cesárea previa y presentación podálica; las principales complicaciones fueron endometritis e infección de herida operatoria e infección de herida operatoria.

3.2.4. Antecedente Local

Autor(es): Paola León del Carpio (12)

Título: Factores relacionados a la indicación de operación cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa. 2013.

Fuente: Universidad Católica de Santa María, 2014.

Resumen: El estudio fue observacional, casos - controles, retrospectivos, los datos se obtuvieron de las historias clínicas de la muestra en estudio.

Dentro de las características sociodemográficas y maternas se observó que la indicación de cesáreas se realizó en usuarias entre 30 – 40 años con un 35.5%, el 47.9% son primíparas, según la indicación para las cesáreas se le realizó dicha intervención al 20.2% por tener una cesárea previa, el 11.7% por sufrimiento fetal, el 10% por incompatibilidad céfalo- pélvica y el 8.3% presento alguna infección de transmisión sexual.

Resultados: dentro de las indicaciones de operación cesárea relativa se aprecia que el 10.3% de ellas presentaron pre- eclampsia seguida de distocia funicular con un 7.12% y fracaso en el proceso de trabajo de parto con 6.3%. dentro de las indicaciones absolutas de operación cesárea se observa que 20.2% de las pacientes tuvieron antecedentes de ser cesareada anterior con un periodo intergenesico menor a un año y seis meses seguido de sufrimiento fetal 11.7% y la incompatibilidad céfalo pélvica con 10.0% como tercera indicación de operación cesárea.

Conclusión: Se concluyó que los factores relacionados a la indicación de operación cesárea en el HRHD de pacientes estudiadas en el 2013 fueron la primiparidad, fecha de última menstruación desconocida, infección de transmisión sexual y la hipertensión arterial.



1. a) TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

VARIABLES	INDICADORES	TECNICA	INSTRUMENTO
Frecuencia de Cesáreas	Número de Cesáreas	Observación Documental	Ficha de Observación (ANEXO 1 y 2)
Indicación De Cesárea.	Materna Fetales Ovulares	Observación Documental	Ficha de Observación (ANEXO 1)
Datos Generales	Edad Paridad	Observación Documental	Ficha de Observación (ANEXO 1)

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial

2.1.1 Precisión del lugar

La investigación se realizó en el ámbito general de:

- País: Perú.
- Región: Arequipa.
- Provincia: Arequipa.
- Distrito: Cercado.

Y en el ámbito específico del Hospital Regional Honorio Delgado.

2.1.2 Caracterización del lugar

Hospital Regional Honorio Delgado, el cual se caracteriza por ser un recinto al que asisten mujeres de medianos y bajos recursos económicos, para la atención de su parto. (Anexo 3)

2.2 Ubicación temporal

2.2.1 Cronología:

La investigación corresponde de enero a diciembre del 2015.

2.2.2 Visión temporal

Retrospectivo

2.2.3 Corte temporal

Transversal.

2.2.4 Unidades de estudio

a) Universo:

Número total de partos atendidos del 01 de enero al 31 de diciembre 2015 en el “Hospital Regional Honorio Delgado”.

b) Universo cualitativo: Total de cesáreas

➤ Criterios de inclusión

- Total de cesáreas, independientemente de su causa
- Pacientes con edad gestacional mayor o igual a 22 semanas.
- Pacientes que tuvieron parto por cesárea en el establecimiento.

➤ Criterios de exclusión.

- Pacientes cesareadas en otro establecimiento de salud.

3.- ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Organización

Se solicitó autorización al Director del mismo hospital y al Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (HRHDE) para recabar información de las historias clínicas y libro de partos.

3.2 Aspectos éticos

En consideración a los derechos de la persona y las normas bioéticas internacionales, la información recaudada será con fines educativos

3.3 Recursos

a) Humanos

Autoras:

- Condori Fernández Isely
- Díaz Choque Wendy Susana.

Asesora:

- Mgtr. Ricardina Flores

Tutora en el hospital Honorio delgado:

- Mgtr. Luisa Alegre Rivera

b) Físicos

En cuanto a recursos físicos se utilizará:

- ❖ Computadora
- ❖ Impresora
- ❖ Fotocopiadora
- ❖ Fichas de observación documental.
- ❖ Materiales de escritorio (lapiceros, lápices, borradores, engrapador, hojas bond)
- ❖ Bibliografía

c) Económicos

El valor de la investigación fue financiado en su totalidad íntegramente por las investigadoras.

d) Institucionales

Se utilizó las instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - Arequipa.

3.4 Validación del instrumento

a) Procedimiento

Se elaboró ficha para recolección de datos. (Anexo 1)

b) Finalidad

La finalidad fue utilizar la ficha con los datos obtenidos para resaltar los indicadores más importantes.

4.- ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS:

4.1. PLAN DE PROCESAMIENTO:

a. Tipo de procesamiento

En el presente trabajo de investigación se optó por un procesamiento manual.

b. Operaciones de la sistematización

Se realizó un plan de tabulación y un plan de graficación, en el plan de tabulación se utilizó tablas de entrada simple, estos además son numéricos y literales; y en el plan de graficación, se utilizó gráficos de barras.

Los datos registrados en el protocolo de recolección de datos, son calificados, tabulados para su análisis e interpretación empleando cuadros y gráficos.

4.2. PLAN DE ANALISIS DE DATOS

4.2.1. Plan De Análisis De Datos

A. Tipo de análisis

a. Por el número de variables

Es una investigación de análisis univariante.

b. Por su naturaleza

Es una investigación de análisis cuantitativo.

4.2.2. A nivel de sistematización:

Para el procesamiento de los datos se procedió a tabular los datos recogidos, para luego convertirlos al sistema digital, para su posterior análisis estadístico, en el programa Estadístico SPSS 23.0 for Windows.

4.2.3. A nivel de estudio de datos:

Basados en los resultados obtenidos del Software SPSS y el análisis estadístico correspondiente.

4.2.4. Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cuantitativas en estudio.

4.2.5. Estadística Analítica:

En el análisis estadístico para las variables cualitativas, se expresó en frecuencia absoluta y relativa porcentual.



TABLA N.1

**TOTAL DE PARTOS REALIZADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO EN EL AÑO 2015**

PARTOS	NÚMERO	PORCENTAJE
CESÁREAS	3176	47.98
PARTOS VAGINALES	3444	52.02
TOTAL	6620	100

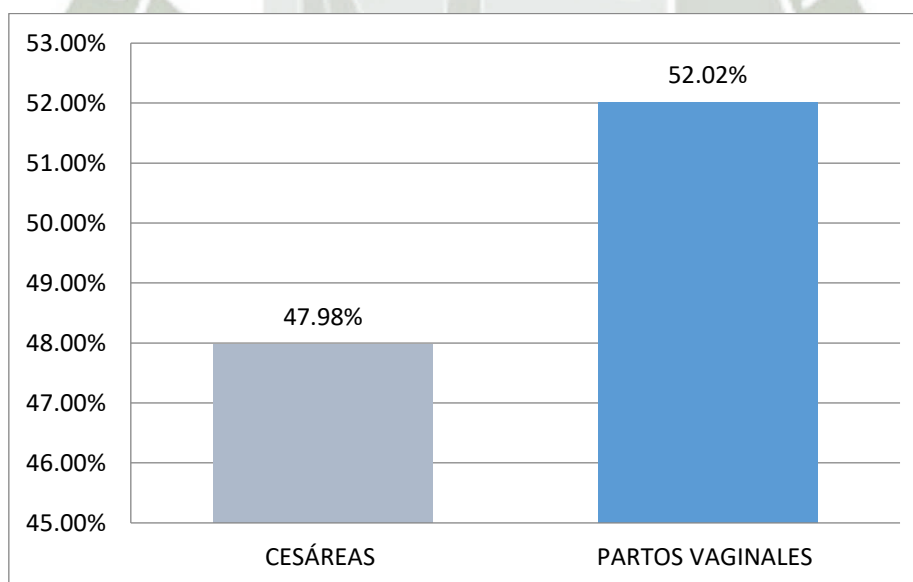
Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015

Elaboración: Propia

La presente Tabla nos muestra que el 47.98 % de las gestantes terminaron su embarazo por cesárea, así mismo que el 52.02% terminaron por parto vaginal.

GRAFICO N.1

**TOTAL DE PARTOS REALIZADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO EN EL AÑO 2015**



Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015

Elaboración: Propia

TABLA N.2

**EDADES DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A CESÁREAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO EN EL AÑO 2015**

EDAD (años)	NÚMERO	PORCENTAJE
≤ 17	127	3.99
18 - 34	2472	77.83
≥ 35	577	18.18
TOTAL	3176	100

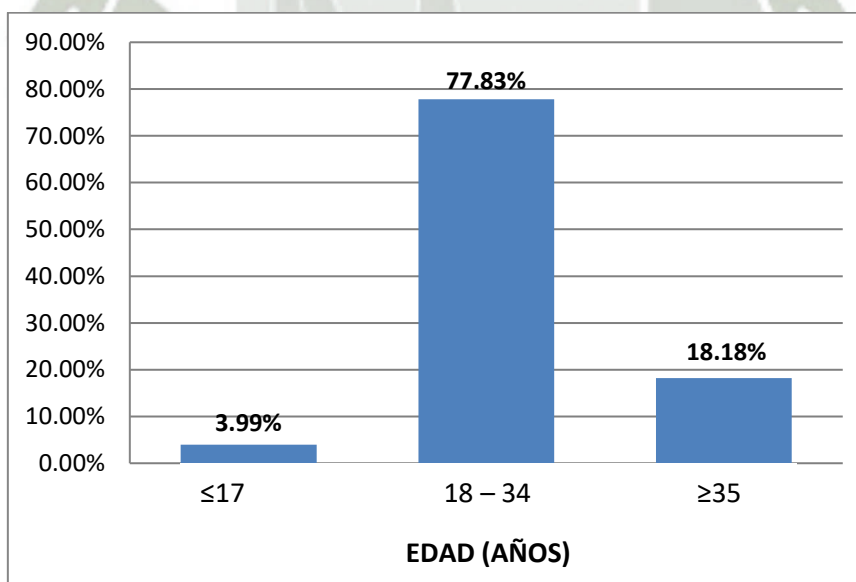
Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015

Elaboración: Propia

La presente Tabla nos muestra que de las cesáreas realizadas el 77.83 % de las gestantes tuvieron las edades entre 18-34 años, y el 3.99% eran ≤ 17.

GRAFICO N.2

**EDADES DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A CESÁREAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO EN EL AÑO 2015**



Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015

Elaboración: Propia

TABLA N.3

**PARIDAD DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A CESÁREAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO EN EL AÑO 2015**

PARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Nulípara	1455	45,81
Primípara	941	29.63
Segundípara	492	15.49
Multípara	264	8.31
Gran Multípara	24	0.76
TOTAL	3176	100

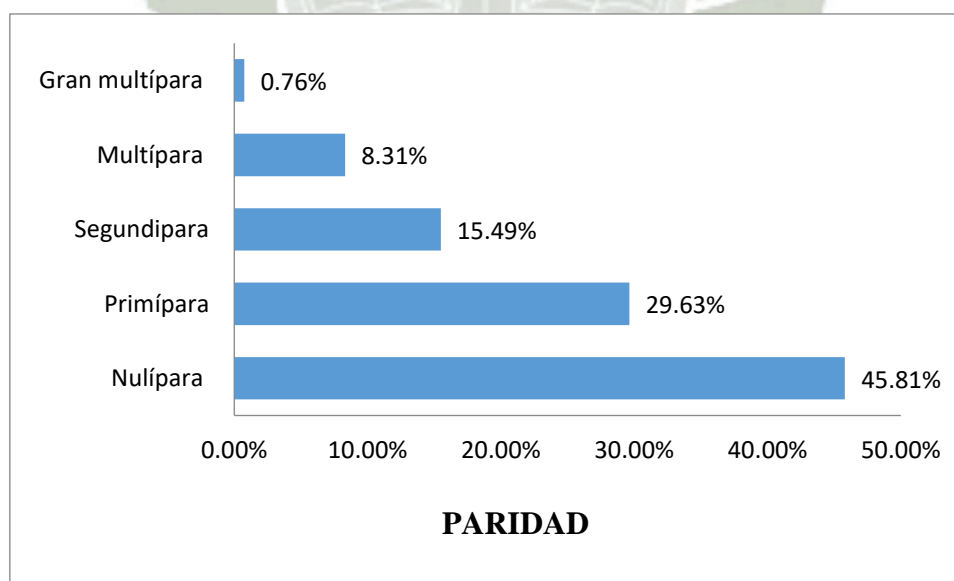
Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015

Elaboración: Propia

La presente Tabla nos muestra que el 45.81% de las gestantes son nulíparas, y se observa que el 0.76% de las gestantes su paridad es de gran múltipara.

GRAFICO N.3

**PARIDAD DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A CESÁREAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO EN EL AÑO 2015**



Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015

Elaboración: Propia

TABLA N.4
**PORCENTAJES DE CESÁREAS Y PARTOS VAGINALES REALIZADAS EN
EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO EN EL AÑO 2015**

MESES	PARTOS CESÁREAS	PORCENTAJE	PARTOS VAGINALES	PORCENTAJE	TOTAL	%
ENERO	264	47.74	289	52.26	553	100
FEBRERO	250	49.02	260	50.98	510	100
MARZO	310	49.13	321	50.87	631	100
ABRIL	313	54.25	264	45.75	577	100
MAYO	264	49.16	273	50.84	537	100
JUNIO	258	49.33	265	50.67	523	100
JULIO	254	49.13	263	50.87	517	100
AGOSTO	269	46.71	307	53.29	576	100
SEPTIEMBRE	259	45.52	310	54.48	569	100
OCTUBRE	247	47.41	274	52.59	521	100
NOVIEMBRE	251	45.97	295	54.03	546	100
DICIEMBRE	237	42.32	323	57.68	560	100
TOTAL	3176	47.98	3444	52.02%	6620	100

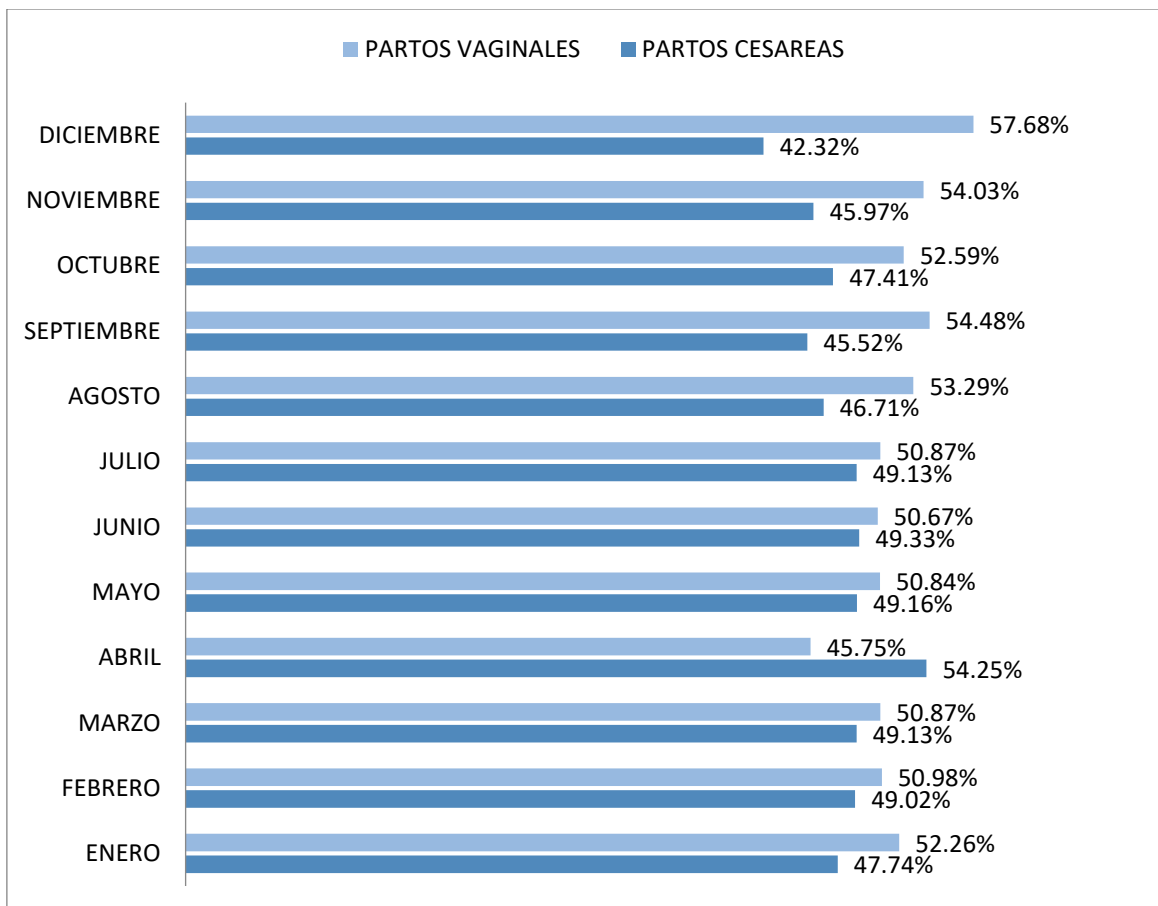
Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015

Elaboración: Propia

La presente Tabla nos muestra que el mes de abril tiene cesáreas 54.25 % y partos vaginales 45.75%, y asimismo también muestra en el mes de diciembre tenemos de cesáreas 42.32% y partos vaginales 57.68%.

GRAFICO N.4

**PORCENTAJES DE CESÁREAS Y PARTOS VAGINALES REALIZADAS EN
EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO EN EL AÑO 2015**



Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015

Elaboración: Propia



TABLA N.5

**TOTAL DE CESÁREAS SEGÚN CAUSAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO EN EL AÑO 2015**

CESÁREAS DEL AÑO 2015	NÚMERO	PORCENTAJE
Causas Maternas	1555	49.0
Causas Fetales	936	29.5
Causas Ovulares	571	17.9
Sin Registro de Diagnostico	114	3.6
TOTAL	3176	100

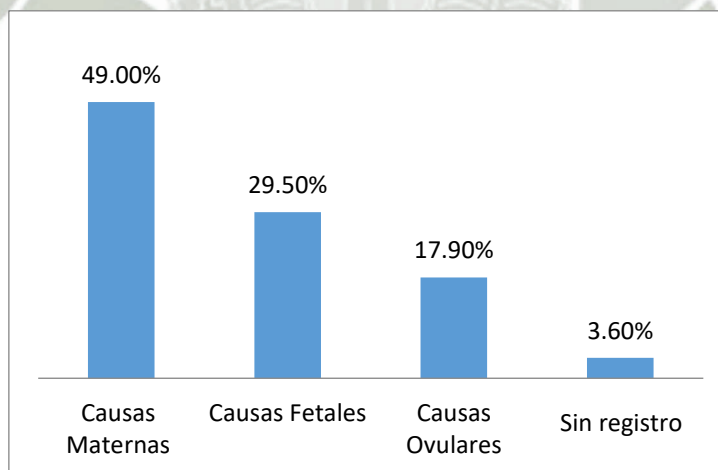
Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015

Elaboración: Propia

La presente Tabla nos muestra que el 49% de las gestantes fueron sometidas a cesárea por causa materna, y el 3.6% de gestantes se les realizo la cesárea sin ser registrado el diagnostico.

GRAFICO N. 5

**TOTAL DE CESÁREAS SEGÚN CAUSAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO EN EL AÑO 2015**



Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015

Elaboración: Propia

TABLA N.6
**CAUSAS MATERNAS PARA LA INDICACIÓN DE CESÁREAS EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO EN EL AÑO 2015**

CAUSAS MATERNAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Distocias Óseas (μ)	359	22.5
Cesareada Anterior	275	17.7
De 2 a mas Cesáreas Anteriores.	177	11.4
Desproporción feto-pélvica	234	15.5
Hipertensión arterial	117	7.5
Dilatación Estacionaria	60	3.9
Gestante añosa	57	3.7
Infecciones de Transmisión Sexual(*)	54	3.5
Gestación en vías de prolongación	37	2.4
Periodo expulsivo prolongado	25	1.6
Segmento uterino adelgazado	23	1.5
Fase latente prolongada	21	1.4
Inducción fallida	20	1.3
Distocia de Partes Blandas	15	1.0
Gestante adolescente	8	0.5
Inversión de la triple gradiente	6	0.4
Esquizofrenia	5	0.3
Cáncer de cuello uterino	4	0.3
Otras patologías maternas (#)	58	3.7
TOTAL	1555	100

(μ) pelvis estrecha, pelvis limite, exostosis sacra, displacia de cadera

(*) Sífilis, VIH, Molusco Contagioso, Condilomatosis, Herpes Genital

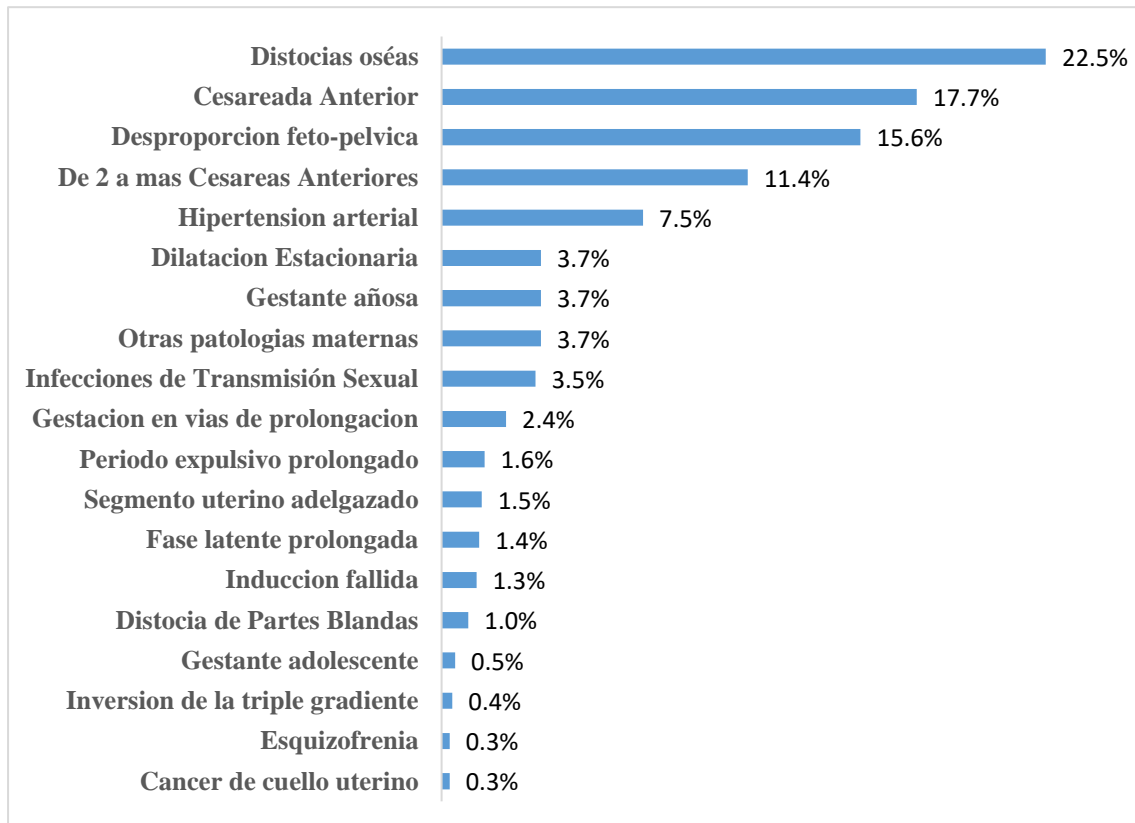
(#) Cardiopatía, Rotura Uterina, Lupus, Tumor Cerebral, Varices vulvares

Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015

Elaboración: Propia

En la presente Tabla podemos observar que el 22.5% de las gestantes presentaron Distocias Oseas en las Causas Maternas para ser sometidas a la cesárea, mientras que la tasa más baja fue 0.3% asociada al cáncer de cuello uterino.

GRAFICO N.6
**CAUSAS MATERNAS PARA LA INDICACIÓN DE CESÁREAS EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO EN EL AÑO 2015**



Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015

Elaboración: Propia

TABLA N.7

**CAUSAS FETALES PARA LA INDICACIÓN DE CESÁREAS EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO EN EL
AÑO 2015**

CAUSAS FETALES	NÚMERO	PORCENTAJE
Macrosomia	207	22.1
Presentación Podálica	190	20.3
Sufrimiento Fetal Agudo	173	18.5
Estado Fetal no Tranquilizador	115	12.3
Embarazo múltiple (2 a mas)	64	6.8
Situación fetal	63	6.7
Restricción del Crecimiento Intrauterino	24	2.6
Distocia de presentación	24	2.6
Taquicardia Fetal	17	1.8
Bradycardia Fetal	10	1.0
Óbito Fetal	9	1.0
Variedad de Presentación	9	1.0
Asinclitismo Posterior	6	0.6
Incompatibilidad RH	2	0.2
Otras patologías fetales(&)	23	2.5
TOTAL	936	100

(&)Hipoxia, Cardiopatía, Espina Bífida, Malformación Arterio-venosa, Meningocele

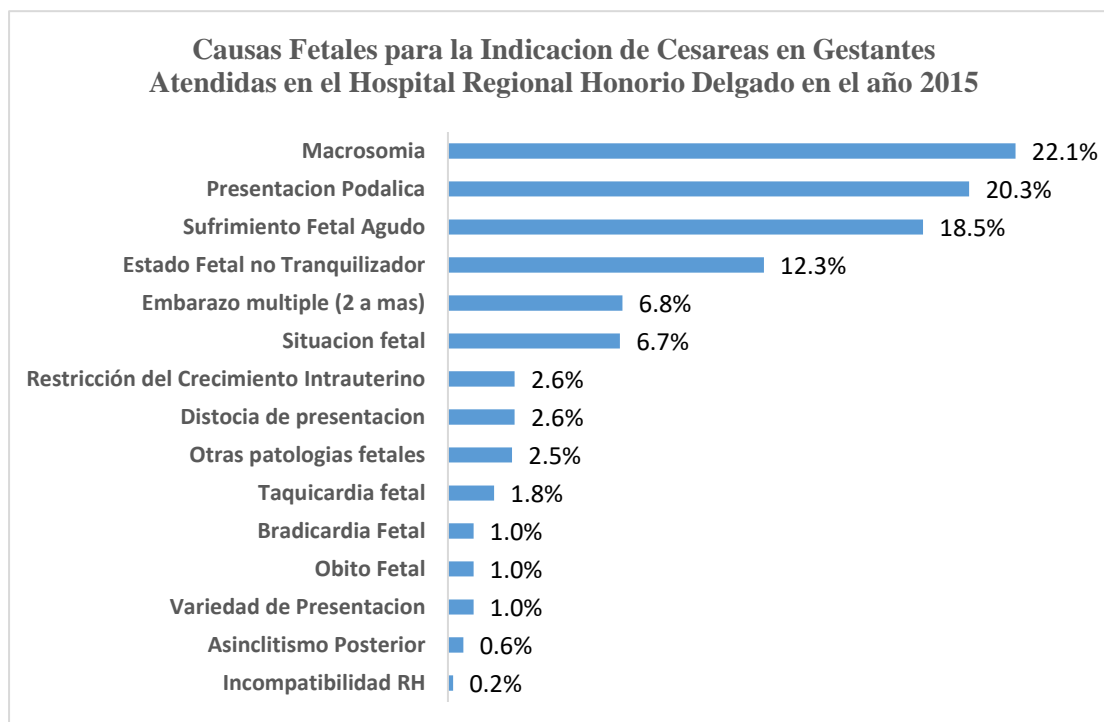
Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015

Elaboración: Propia

En la presente Tabla podemos observar que el 22.1% de las gestantes presentaron Macrosomia Fetal siendo la tasa más alta en los Factores Fetales para la cesárea, mientras que la tasa más baja fue 0.2 %, siendo asociada con la incompatibilidad RH.

GRAFICO N.7

**CAUSAS FETALES PARA LA INDICACIÓN DE CESÁREAS EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO EN EL
AÑO 2015**



Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015

Elaboración: Propia

TABLA N.8
**CAUSAS OVULARES PARA LA INDICACIÓN DE CESÁREAS EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO EN EL AÑO 2015**

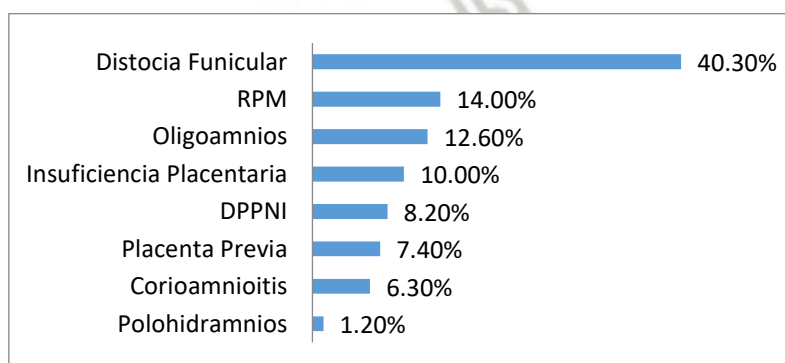
CAUSAS OVULARES	NÚMERO	PORCENTAJE
Distocia Funicular	230	40.3
Ruptura Prematura de Membranas (RPM)	80	14.0
Oligoamnios	72	12.6
Insuficiencia Placentaria	57	10.0
Desprendimiento Prematura de Placenta Normoinserta. (DPPNI)	47	8.2
Placenta Previa	42	7.4
Corioamnioitis	36	6.3
Polihidramnios	7	1.2
TOTAL	571	100

Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015

Elaboración: Propia

En la presente Tabla podemos observar que el 40.3 % de las gestantes presentaron Distocia Funicular en los Factores Ovulares para realizar la operación cesárea, mientras que la tasa más baja es el 1.2 %, asociada a Polihidramnios.

GRAFICO N.8
**CAUSAS OVULARES PARA LA INDICACIÓN DE CESÁREAS EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO EN EL AÑO 2015**



Fuente: Libro de partos del H.R.H.D. 2015/ Elaboración: Propia

DISCUSIÓN

La frecuencia de cesáreas fue 47.98% en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el 01 de enero al 31 de diciembre del año 2015, sobrepaso “los parámetros de la OMS que va de 10% al 15%” (17), el porcentaje obtenido también supero a la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2015 (ENDES) (40), presentado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), que encontró 31,6 % de partos en el Perú y 37.3% en la región de Arequipa que se realizan mediante cesárea y en los últimos cinco años, este tipo de procedimiento se incrementó en 11,2 puntos porcentuales.

Nuestro estudio revelo que el 77.8 % de las gestantes a las cuales se les realizo cesárea tenían un rango de edad entre 18-34 años, la cual difiere en el estudio relacionado por Echáis (28), encontró en grupo similar a las pacientes sometidas a cesárea que tenían entre 20 – 35 años con un 56.9%.

Considerando nuestros datos generales; 45.81% fueron nulíparas mientras León del Carpio (12) en su estudio Factores relacionados a la indicación de operación cesárea en gestantes atendidas en Hospital Regional Honorio delgado Espinoza 2014, nos indica que el 47.9% son primíparas; además su estudio revela también que 45.5% de gestantes fueron cesareadas vs el 47.98% de nuestro valor obtenido.

Así mismo, el trabajo revela que de un total de 6620 partos realizados durante el año 2015, 3176 casos terminaron en cesárea de estos 1555 casos fueron por causas maternas 49%, 936 casos fueron por causas fetales 29.5%, así mismo 571 casos fueron por causas ovulares 17.9%; y encontramos 114 casos 3.6% de gestantes en las cuales no existían datos acerca de la causa de esta intervención.

Las causas más frecuentes fueron Maternas: Distocias óseas 22.5%, Fetales: Macrosomia Fetal 22.1%, Ovulares: Distocia Funicular 40.3%; comparando con Medina (33), nos indica es su estudio Incidencia e indicaciones de cesárea 2011; encontró como Causa Materna: Cesareada anterior 30.94 %, Causa Fetal: Embarazo Gemelar 13.13% y Causa Ovular: Ruptura Prematura de Membranas 5.20%.

Debemos decir también que el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza – Arequipa, es un establecimiento de referencia del sur del país por lo que recibe pacientes en su mayoría con factores de riesgo los cuales no son manejo en el establecimiento de primer nivel.

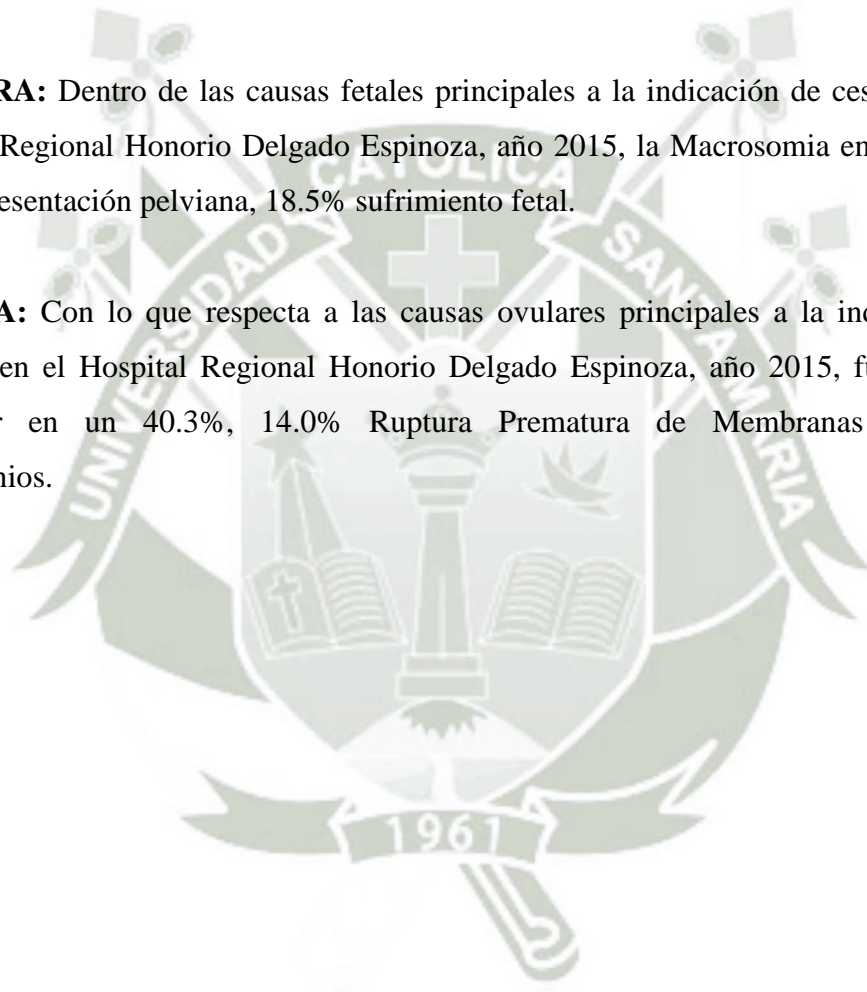
CONCLUSIONES

PRIMERA: La frecuencia de cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, año 2015, fue de 3176 cesáreas de un total de 6620 partos lo cual representa el 47.98%.

SEGUNDA: Las causas maternas principales a la indicación de cesáreas en Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, año 2015 fueron en un 20.1% Distocias Pélvicas, 17.7% cesárea anterior, y 15.5% desproporción feto-pélvica.

TERCERA: Dentro de las causas fetales principales a la indicación de cesáreas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, año 2015, la Macrosomía en un 22.1%, 20.3% presentación pelviana, 18.5% sufrimiento fetal.

CUARTA: Con lo que respecta a las causas ovulares principales a la indicación de cesáreas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, año 2015, fue Distocia Funicular en un 40.3%, 14.0% Ruptura Prematura de Membranas y 12.6% Oligoamnios.

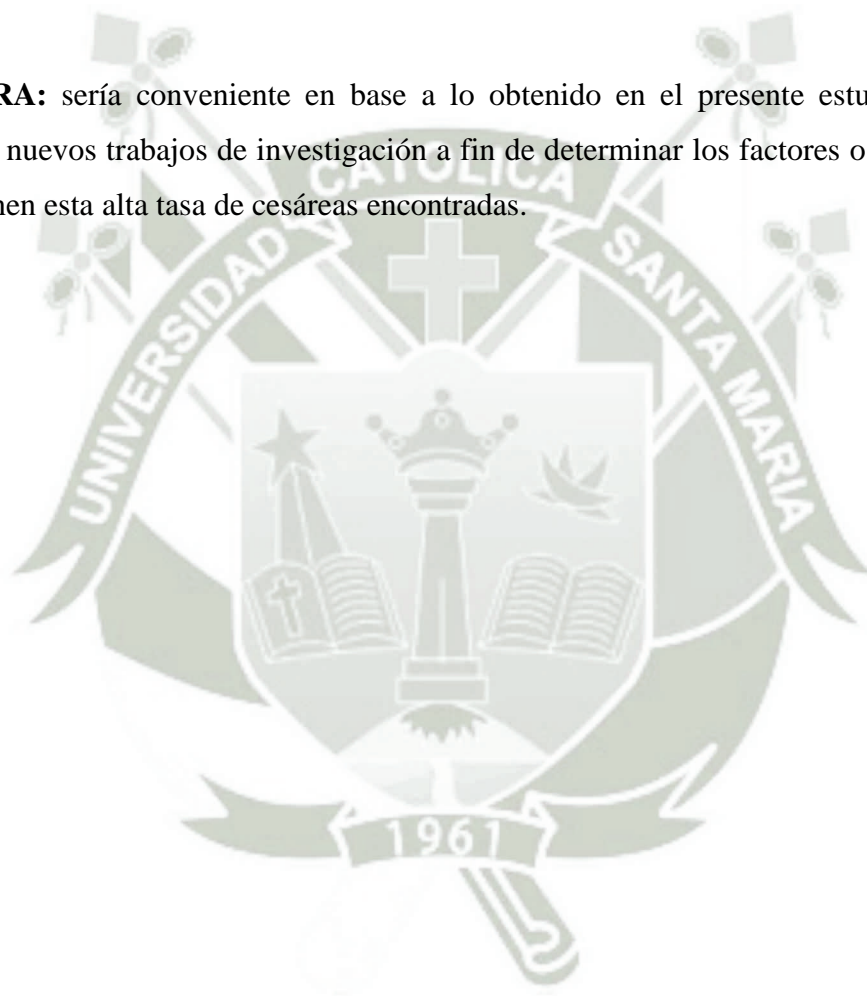


RECOMENDACIONES

PRIMERA: Mejorar el manejo y registro del libro de sala de partos en el servicio de obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con el fin de tener datos más confiables futuros para trabajos de investigación.

SEGUNDA: Realizar las coordinaciones pertinentes en el área de estadística con el fin de que los datos registrados guarden concordancia con los resultados del servicio de obstetricia.

TERCERA: sería conveniente en base a lo obtenido en el presente estudio que se formulen nuevos trabajos de investigación a fin de determinar los factores o causas que condicionen esta alta tasa de cesáreas encontradas.



BIBLIOGRAFÍA

1. A JUAN, M. I JOSÉ, M.R JOSÉ. Obstetricia Moderna: Cesárea, Histerectomía Obstétrica. Pag.572-582.
2. AGUILAR A, BURGOS J, CATALÁN J, FERNÁNDEZ P, HERNÁN L, HÜBNER M, ILABACA G. Servicio Neonatología Hospital Clínico Universidad de Chile: Retardo de Crecimiento Intrauterino; 2001. Pág. 59
3. ALLER JUAN, PAGÉS GUSTAVO. Obstetricia Moderna.3ª edición. Venezuela: Interamericana; 1999.Pág. 472
4. BAJO. A. JM, M. MARCOS JC, MERCE LT, Diapasón D-2 Editorial. Fundamentos de Obstetricia SEGO: La Cesárea, Madrid; Abril, 2007. P. 814-825
5. CUNNINGHAM G, GANT N, LEVENO K, GILSTRAP L, HAUT K, WENSTROM K, eds. Williams Obstetricia: Parto por cesárea e histerectomía posparto. 21ª edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires – Argentina 2002.
6. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. 2013. pág. 4, 44,49,70,92,111,116,153,201.
7. FERNÁNDEZ ALBA JULIO, Obstetricia Clínica de Llaca-Fernández. En: Editorial Mac Graw Hill. Cesárea 2ªed. México D.F; 2009. pag.491.
8. GOMELLA T, CUNNINGHAN D, EYAL F, ZENK K. Neonatología.5ª ed. México: Panamericana:2009. pág. 386
9. GIBBS RONALD, KARLANBETH, HANCY ARTHUR, NIGAARD INGRID; Obstetricia y Ginecología de Danforth. En: Editorial Walters Kluber; Cesárea, 10ª. Ed, 2009. P.516-527.
10. GONZÁLEZ M, VICENS J. Obstetricia. 6ª ed. Barcelona: Editorial Masson; 2006
11. HOFMEYR GJ, MATHAI M, SHAH A, NOVIKOVA N; traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus: Técnicas para la cesárea 2008, Número 2.
12. LEÓN DEL CARPIO. Factores relacionados a la indicación de operación cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. [Tesis pregrado] Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2014.
13. M. C. HÉCTOR, Obstetricia Básica ilustrada. En: Editorial Trillas. Operación Cesárea. pág.534.

14. MERCADO PEDROZA M. Obstetricia integral Siglo XXI. DISTOCIAS. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; 2010.Pag. 287, 290
15. MELGAREJO J., MORALES P., Duración del periodo expulsivo en gestantes adolescentes de 15 a 19 años y la adaptación neonatal inmediata del recién nacido a término en relación a la puntuación de APGAR INMP - periodo (setiembre - noviembre 2010). Tesis Pregrado Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2011.
16. MINISTERIO DE SALUD. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima: Sinco Editores; 2007. Pág. 91, 97
17. MJ; SOSA, TR; GIUSTI, SA, ALEGRE C, BENITEZ A, RIVERO MI. Frecuencia e indicaciones de Cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario [Tesis pre grado] Argentina. 2004
18. MONDRAGÓN CASTRO H, Obstetricia Básica ilustrada. En: Editorial Trillas. Operación Cesárea. p.521.
19. N. MENDES C. DANILO, PILOTO PADRON MERCEDES. Consideraciones Actuales Sobre La Operación Cesárea. MEDISAN. Octubre. 2012. Pág. 36
20. ÑAÑEZ H, RUIZ AI, ÁNGEL E, BAUTISTA A, SABOGAL JC. Distocias. En: Texto de obstetricia y perinatología. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia – Marathon; 1999. Pág. 103-122.
21. RELLAN RODRÍGUEZ, GARCÍA DE RIBERA. ARAGÓN GARCIA. El recién nacido prematuro.: Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008.Pàg 50
22. SCHWARCZ R, FESCINA R, DIVERGES R. Obstetricia. 6ª Ed. Buenos Aires. 2005. Pág. 702
23. V. S. GUILLERMO. CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C: Cesárea. Colombia, Cartagena; 2009.
24. VERGARA S. Atención eficiente del parto. 1ª ed. 2001. Pág. 113-130.

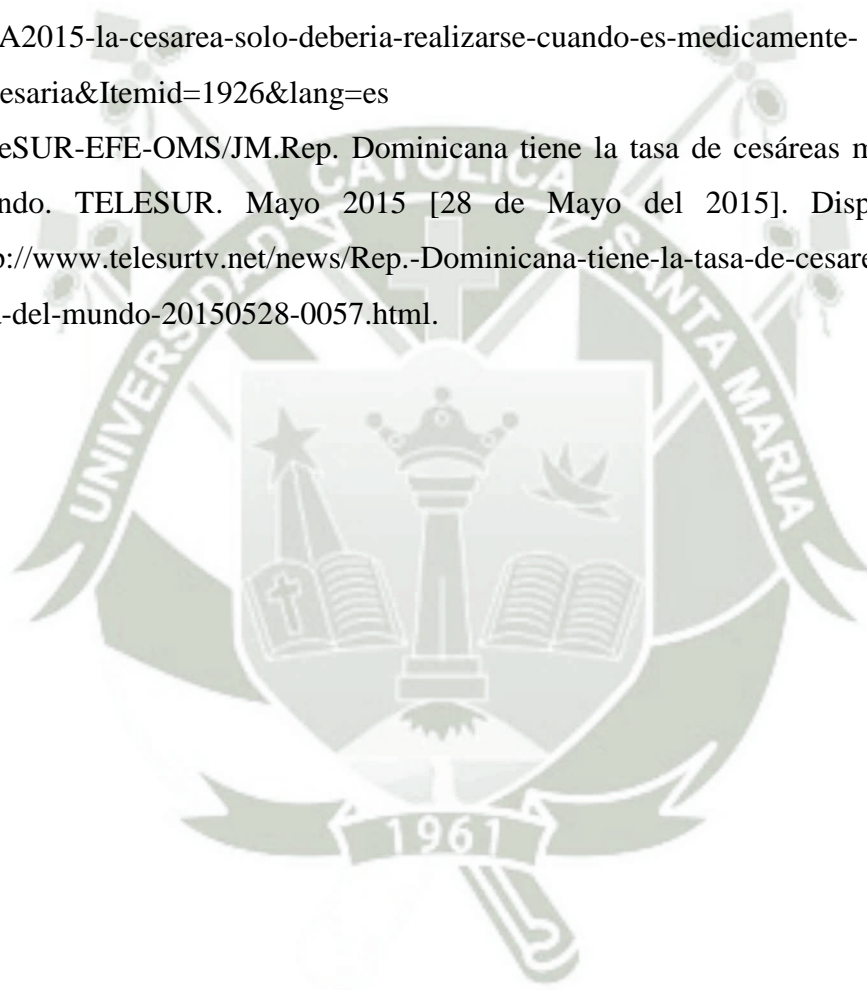
HEMEROGRAFÍA

25. ALBORNOZ J, SALINAS H, REYES A. Morbilidad fetal asociada al parto en macrosómicos: análisis de 3981 nacimientos. Rev Chil Obstet Ginecol; 70(4): 218-224, 2005.
26. AREVALO M., Bellazi M., Incompatibilidad RH en el Embarazo, Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. N° 195 , pag.18, Octubre 2009.
27. BARBER M, REYES C. EGUILUZ L. ALONSOJ.V. HIJANOI. NARBONA Y J.M. Insuficiencia placentaria: concepto y causas. Visión actual. Larracochea Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga. Rev. Clin. Invest. Gin. Obst. 28, (3), 2001.107-109. España
28. ECHÁIS F. Cesárea. Experiencia en el Hospital General de Oxapampa. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Revista Ginecol. obstet. 2004; 50 (2) : 106-110.
29. FLORES J, EL MINSA verificara cuantas tasas cesáreas se hicieron innecesariamente. Art. RPP noticias 2016
30. HERAS B, GOBERNADO J, MORA P, ALMARAZ A. La edad materna como factor de riesgo obstetrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Prog Obstet Ginecol. 2011
31. MARTÍNEZ GALIANO J.M., GÁLVEZ TORO A., Resultados perinatales tras un prolapso de cordón mantenido, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, pag.75, 8 de enero del 2014.
32. MATSASENG. Pregnancy outcomes in patients with previous history of Abruption Placentae. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2006. 253-254
33. MEDINA E; ORTIZ A; MIÑO L. ITATÍ G. Incidencia e indicaciones de cesáreas. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 207. 11- 15. 2011.
34. PALACIOS L, Tasa de Cesáreas por modelo de Clasificación de Robson en el Hospital II Cañete Essalud, 2013-2014
35. VOGELMANN R, SÁNCHEZ J, SARTORI M, SPECIALE J. Muerte fetal intrauterina. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N° 188, 10-17, 2008

INFORMATOGRAFÍA

36. A.V. PAULINA. América Latina es la región que lidera la cifra de cesáreas innecesarias. CORREO. Abril 2015 [Fecha de acceso el 16 de abril del 2015] Disponible en: <http://diariocorreo.pe/mundo/america-latina-es-la-region-que-lidera-la-cifra-de-cesareas-innecesarias-580511/1>
37. GALLEGO CLARA, Distocias Anomalías de la Dinámica Uterina, 2009. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1039/2/Distocias.-Anomalias-de-la-dinamica-uterina>
38. GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE MEXICO, Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en Embarazo de bajo riesgo, actualizada 2014. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_GRR.pdf
39. GUBIN ANASTASIA. Parto natural vs. cesárea: inmunólogos revelan la diferencia. [Fecha de acceso 7 de Diciembre del 2015].Disponible en:<http://www.lagranepoca.com/vida/32767-parto-natural-vs-cesarea-inmunologos-revelan-la-diferencia.html>
40. INEI, Resultados de la Encuesta Demográfica y de salud familiar 2015, Mayo 2015, Disponible en: www.inei.gob.pe.
41. Los bebés nacidos por cesárea tendrían más riesgo de padecer alergias. Mediplus. [Fecha de acceso 5 de Septiembre 2016]. Disponible en: <https://m.bebesymas.com/parto/los-bebes-nacidos-por-cesarea-tendrian-mas-riesgo-de-padecer-alergias>
42. MALDE F, AGUILAR M. PUERTAS A. Manejo intraparto de las gestantes con cesárea anterior [Fecha de acceso 04 de enero del 2017]] Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curs_o2011_mmf_05_manejo_intraparto_cesarea_anterior.pdf
43. Meneses Oviedo Edwin, Fundación Universitaria San Martín, 2009. Disponible en: <https://efmo91.files.wordpress.com/2009/12/parto-normal.pdf>
44. MINISTERIO DE SALUD, GOBIERNO DE CHILE, GUIA PERINATAL 2015, Embarazo en Vías de Prolongación y Prolongado (Post Termino). Disponible en: <http://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/embarazo-en-vas-de-prolongacin>

45. OLZA IBONE. Las secuelas cerebrales de las cesáreas programadas. [Fecha de acceso 27 de agosto del 2016]. Disponible en: <https://iboneolza.wordpress.com/2012/08/27/las-secuelas-cerebrales-de-las-cesareas-programadas/>
46. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria. OPS, OMS. Abril 2015 [Fecha de acceso 10 de abril del 2015] Disponible en : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646%3A2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
47. TeleSUR-EFE-OMS/JM.Rep. Dominicana tiene la tasa de cesáreas más alta del mundo. TELESUR. Mayo 2015 [28 de Mayo del 2015]. Disponible en: <http://www.telesurtv.net/news/Rep.-Dominicana-tiene-la-tasa-de-cesareas-mas-alta-del-mundo-20150528-0057.html>.

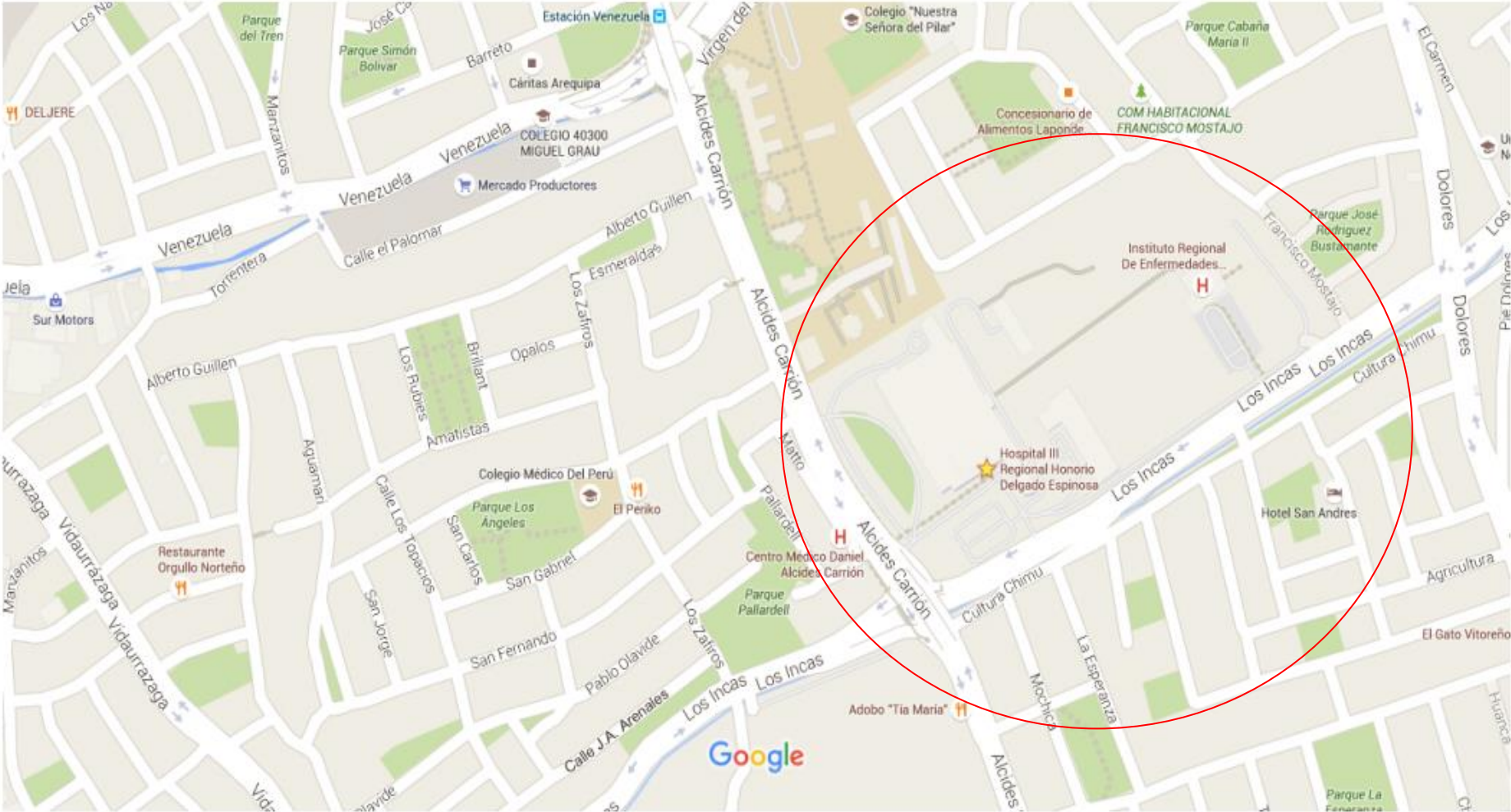




ANEXO 02: Ficha de Observación (Datos de cesáreas por mes)

AÑO 2015	Partos vaginales	Partos cesáreas
MESES		
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		
Sub Total		
Total Partos		

ANEXO 03: Croquis



FUENTE: GOOGLE MAPS

ANEXO 4: (Matriz de sistematización de datos)

**PALOTEO DE LOS REGISTROS DE LAS CESÁREAS DEL LIBRO DE PARTOS
DEL H.R.H.D.E. ENERO-DICIEMBRE 2015**

CAUSAS MATERNAS			
Pelvis Infundiliforme	57	Síndrome Nefrótico	1
Herpes Genital	2	Epilepsia	2
Pelvis Limite	33	Hemorragia II mitad embarazo	1
Bicesareadas anteriores	177	Cirugía de diafragma	1
Cesareada Anterior	275	Hepatitis B	1
Pelvis Estrecha	223	Anemia	1
Gestante Adolescente	8	Síndrome Convulsivo	1
Cardiopatía Materna	1	Tumo cerebral	1
Pre-eclampsia	101	Talla baja	5
Dilatación Estacionaria	60	Fase latente prolongada	21
Rotura Uterina	1	Diabetes gestacional	2
Hemiparesia Izquierda	1	Obesidad materna	4
Cirugía uterina anterior	1	Detención del descenso	1
Periodo expulsivo prolongado	25	VIH	10
Purpura trombocitopenica	1	Amenaza parto pre-termino	3
Inversión de la triple gradiente.	6	Esquizofrenia	3
Lupus Eritematoso.	1	Síndrome de Hellp	4
Gestante Añosa.	57	Cardiopatía	1
Hernia Umbilical.	1	Laterocidencia de cordón.	1
Gestación en vías de prolongación.	37	Segmento uterino adelgazado.	23
Ulcera central.	1	Pig cortó.	6
Inducción Fallida.	20	Pig largo.	4
Desproporción céfalo pélvica.	101	Retardo mental.	2
Desproporción feto pélvica.	133	Mal antecedente obstétrico.	1
Displasia de cadera.	23	Traumatismo craneal.	1
Condilomatosis.	38	Distocias de partes blandas.	15

Molusco contagioso.	2	Altura Uterina mayor a 35cm.	2
Eclampsia.	1	Varices vulvares.	1
Hemorragia II grado.	1	Hiperdinamia.	2
Miomatosis uterina.	5	Cáncer de cuello uterino.	4
Trombofilia.	3	Exostosis sacra.	23
E.H.E.	11		

TOTAL DE CAUSAS MATERNAS= 1555



CAUSAS FETALES	
Macrosomia.	207
Hidrocefalia.	6
Sufrimiento Fetal Agudo.	170
Asinclitismo.	6
Presentación Podálica.	190
Embarazo Doble.	62
Embarazo Múltiple.	1
Hipo reactividad total.	9
Malformaciones arterio – venosas.	1
Estado fetal no tranquilizador.	115
Situación transversa.	37
Retardo del Crecimiento Intrauterino.	24
Taquicardia fetal.	17
Presentación de cara.	3
Situación Oblicua.	27
Hipovariabilidad.	1
Óbito fetal.	9
Meningocele.	2
Bradycardia.	10
Espina bífida.	1
Hipoxia fetal.	1
Cardiopatía.	2
Distocia de presentación.	24
Incompatibilidad RH.	2
Variedad de presentación.	6
Líquido amniótico verdoso.	2
Líquido amniótico verde claro.	1

TOTAL DE CAUSAS FETALES = 936

CAUSAS OVULARES	
Placenta previa centro total.	9
Distocia funicular.	230
Insuficiencia placentaria.	57
Oligohidramnios.	3
Ruptura Prematura de Membranas.	80
Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.	39
Oligoamnios.	69
Corioamnioitis.	36
Desprendimiento prematuro de placenta.	8
Placenta previa.	29
Placenta previa marginal.	2
Polihidramnios.	7
Placenta de inserción baja.	2

TOTAL DE CAUSAS OVULARES= 571

CESÁREAS SIN REGISTRO DE DIAGNÓSTICO	114
---	------------

TOTAL DE CESÁREAS DE ENERO-DICIEMBRE 2015 = 3176