

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Frecuencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa 2012-2013

Autora:

AMPARO PAMELA BUSTINZA MAMANI

Trabajo de Investigación para optar el Título

Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2014

A Dios, por permitir que cumpla cada uno de mis sueños y por obsequiarme a
la mejor familia.

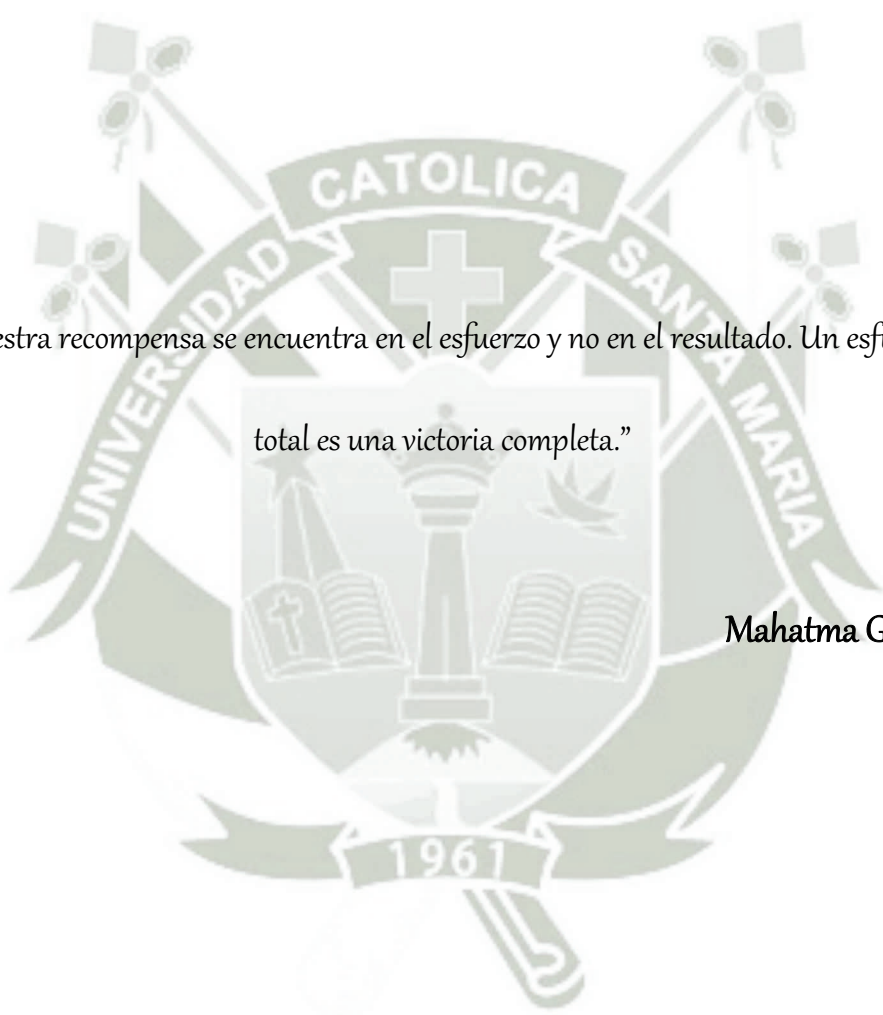
A mis padres, Rimberto y Yolanda por estar siempre junto a mí, levantándome
de muchas caídas con amor y constancia.

A mis hermanos Maritza, Gustavo, Kathia quienes son mi mejor ejemplo.

A Fabricio y Camila por darme el amor más puro y verdadero.

A mis amigos por formar parte de una nueva familia todos estos años.

Amparo Pamela Bustinza Mamani.



“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa.”

Mahatma Gandhi.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS	7
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	32
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS	46
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	47
Anexo 2 Proyecto de investigación	49

RESUMEN

Antecedente: La operación cesárea es un indicador de calidad hospitalaria. En el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique se realizan con alta frecuencia.

Objetivo: Determinar la frecuencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013.

Métodos: Revisión de las historias clínicas perinatales de casos operados por cesárea. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: En el periodo de estudio 68.15% de nacimientos fueron por cesárea (n = 226). La edad promedio de las madres fue de 29.05 años. En 65.93% de casos fue la primera cesárea, en 27.43% de pacientes hubo una cesárea previa, y en 6,64% de casos se trató de una cesárea iterativa. En 41,15% de casos la cesárea tuvo indicaciones maternas, en 4.87% indicación fetal, en 4.87% por indicación mixta materno-fetal; un 11.50% de cesáreas tuvieron indicaciones ovulares. Un 49.67% de indicaciones maternas fueron por cesárea anterior, en 26.80% se trató de distocias óseas. El 35.19% de indicaciones fetales fueron por macrosomía fetal, en 29.63% por sufrimiento fetal agudo y en 22.22% por distocias de presentación; el 75.68% de indicaciones materno-fetales fueron por desproporción feto pélvica, y 27.03% por ruptura prematura de membranas; el 64.71% de indicaciones ovulares fueron por oligoamnios, en 32.94% por circular simple de cordón, 11.76% por circular doble. El 77.43% de cesáreas fueron electivas y 22.57% de urgencia. Se presentaron complicaciones en 5.75% de casos, en 0.88% fueron inmediatas y consistieron en hemorragia, y las demás fueron mediatas, con infección de herida en 2.65%, formación de seroma en 1.77% de casos, hematoma de pared en 0.88%.

Conclusión: La frecuencia de cesáreas en el Hospital es elevada, con indicaciones maternas y ovulares, con baja tasa de complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Cesárea – indicaciones – complicaciones.

ABSTRACT

Background: The caesarean section is an indicator of hospital quality. In the PNP Regional Hospital Julio Pinto Manrique they are performed with high frequency.

Objective: To determine the frequency and indications of caesarean sections in the PNP Regional Hospital Julio Pinto Manrique, Arequipa period 2012-2013.

Methods: Review of perinatal medical records of cases operated by caesarean section. #results are shown using descriptive statistics.

Results: During the study period, 68.15% births were by caesarean section (n = 226). The average age of the mothers was 29.05 years. In 65.93 % of cases was the first Caesarean section, 27.43 % of patients had a previous caesarean section, and in 6.64% of cases involved an iterative caesarean. In 41.15% of cases had maternal indications, fetal indication in 4.87%, in 4.87 % mixed maternal- fetal indications, and 11.50 % cesarean indications were ovular. A 49.67 % of maternal indications were previous caesarean, 26.80% for bone dystocia. The 35.19 % of fetal indications were macrosomia, 29.63 % for acute fetal distress and presentation dystocia in 22.22%, the 75.68 % of maternal-fetal indications were for fetopelvic disproportion, and 27.03% for premature rupture of membranes; the 64.71% of ovular indications were oligoamnios, in 32.94% for single circular cord, 11.76% for double circular cord. The cesarean in 77.43% were elective and 22.57% for emergency. There were complications in 5.75% of cases, 0.88 % were immediate and consisted of bleeding, the mediate complications were for wound infection in 2.65% , seroma formation in 1.77% of cases.

Conclusion: The frequency of caesarean sections in the Hospital is high, for ovular and maternal indications, with low complication rate.

KEYWORDS: Cesarean - Indications - Complications.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es la operación obstétrica más frecuentemente realizada, su incidencia oscila entre 20 y 60 % de todos los nacimientos,¹³ según algunas estadísticas. Las complicaciones de esta intervención continúan siendo las principales causas de mortalidad de las pacientes sometidas a esta intervención, constituyen en ocasiones una seria amenaza para su vida, por la gravedad de algunas de sus formas. Entre estas complicaciones se encuentran la endometritis, las infecciones de la herida quirúrgica con formación de abscesos o sin estos, las infecciones urinarias, entre otras.

Entre las principales condiciones que han determinado el incremento de las cesáreas en todo el mundo tenemos: la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, los cambios demográficos y socioculturales, una mejor percepción de seguridad de este procedimiento, el incremento de las “prácticas defensivas” por parte de los médicos gineco-obstetras, la relativa mejora de los sistemas de salud, y el aumento de la solicitud directa de las pacientes.

En el Perú se reportan tasas de cesáreas que van entre el 13% al 21%,² mientras que la OMS establece que la tasa no debe exceder del 15%,¹⁰ cifras superiores indican calidad de atención obstétrica deficiente. Así, este procedimiento lleva a discusiones respecto a sus indicaciones, técnica quirúrgica, complicaciones y costos.

Consideramos importante analizar la frecuencia de cesáreas y sus principales indicaciones en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique Arequipa, como marcador de calidad de atención hospitalaria obstétrica y poder planificar los

requerimientos de personal, infraestructura y equipamiento para las gestantes con partos atendidos por cesárea y sus productos, debido a las limitaciones de dicho nosocomio por ser de media complejidad y prever la ocurrencia de complicaciones haciendo un control adecuado de la madre y el producto pre y post parto.

Por ello, se decide plantear el presente estudio, teniendo como objetivos:

- Conocer la frecuencia de la operación cesárea segmentaria en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013.
- Identificar las indicaciones de la operación cesárea segmentaria en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013.
- Establecer los tipos de cesárea segmentaria realizadas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013.
- Estimar la frecuencia y las complicaciones de la operación cesárea segmentaria en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la revisión documentaria.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma histórica durante el periodo enero 2012 - diciembre 2013.

2.3. **Unidades de estudio:** Historias clínicas de pacientes sometidas a operación cesárea segmentaria en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa.

2.4. **Universo:** Todas las gestantes con indicación de operación cesárea.

2.5. **Población:**

Población Blanco: Todas las gestantes con indicación de operación cesárea atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa.

Población accesible: Todas las gestantes con indicación de operación cesárea atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa, en el periodo 2012 – 2013.

2.6. **Muestra:** Todas las gestantes con indicación de operación cesárea atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa, en el periodo 2012 – 2013.

Criterios de selección

- **Criterios de Inclusión**

- Historias clínicas con informe operatorio de pacientes sometidas a operación cesárea segmentaria realizada en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo de estudio.

- **Criterios de Exclusión**

- Historias clínicas incompletas o extraviadas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo de estudio.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un trabajo observacional, retrospectivo, transversal.

4. Estrategia de Recolección de datos

4.1. Organización

Se realizaron coordinaciones con la Dirección del Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa para la realización de la investigación.

Se revisaron los registros de alta del servicio de Hospitalización - obstetricia para identificar los casos operados por cesárea segmentaria, para luego buscar las historias clínicas y extraer las variables de interés, las que fueron registradas en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

4.2. Validación de los instrumentos

No se requirió de validación por tratarse de una ficha para recolectar información.

4.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una

hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, y con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. Para la comparación de variables categóricas entre grupos independientes, se empleó la prueba Chi cuadrado de Pearson, considerando significativa una diferencia de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.20.0.



FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Tabla 1

Frecuencia de operación cesárea segmentaria en el periodo de estudio

	Año 2012		Año 2013		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Partos vaginales	54	37.24%	53	27.75%	107	31.85%
Cesáreas	91	62.76%	138	72.25%	229	68.15%
Total	145	100.00%	191	100.00%	336	100.00%

Chi2 = 3.42

G. libertad = 1

p = 0.06 (> 0.05)

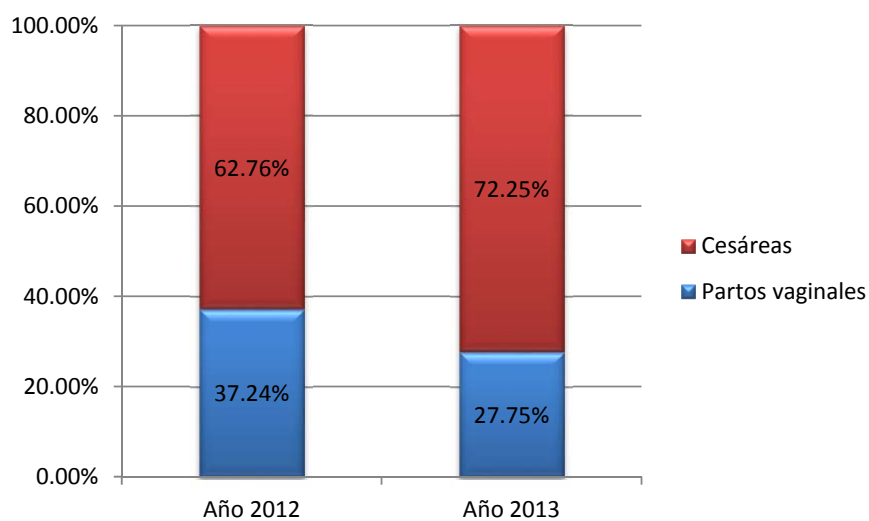
El total de nacimientos en el periodo de estudio fue de 336, correspondiendo a partos por cesárea 229, tomando como población accesible y/o muestra a 226 partos por cesárea.

En la **Tabla y Gráfico 1**, se muestra la frecuencia de cesáreas en el periodo de estudio; en el 2012 de 145 atenciones el 62.76% fueron cesáreas, en el 2013 las atenciones se incrementaron a 191, y la proporción de cesáreas fue de 72.25%, haciendo que en el periodo global el 68.15 % de nacimientos, fueron por cesárea.

**FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013**

Gráfico 1

Frecuencia de operación cesárea segmentaria en el periodo de estudio



**FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013**

Tabla 2

Distribución de tipo de operación cesárea segmentaria

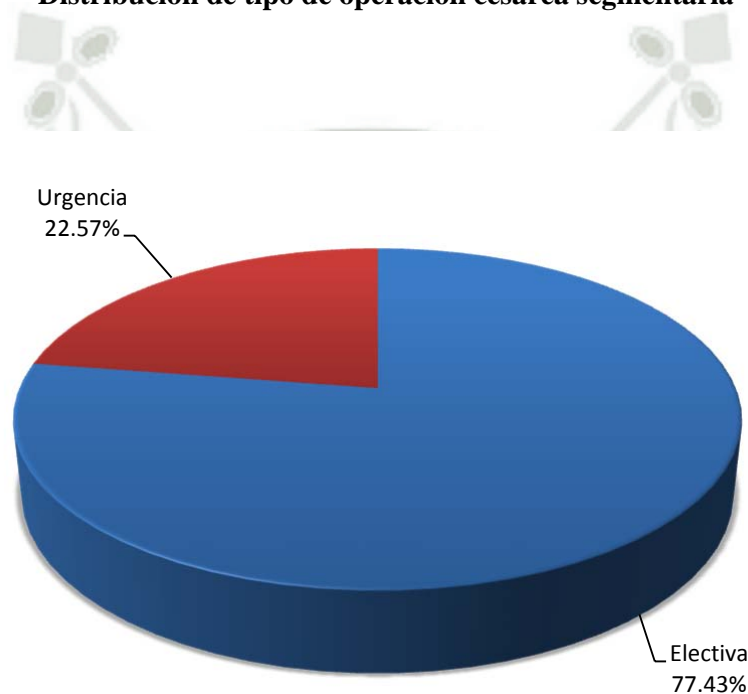
	N°	%
Electiva	175	77.43%
Urgencia	51	22.57%
Total	226	100.00%

La **Tabla y Gráfico 2**, muestran el tipo de cesáreas según la premura de su indicación; el 77.43% de cesáreas fueron electivas y 22.57% de urgencia.

FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Gráfico 2

Distribución de tipo de operación cesárea segmentaria



FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Tabla 3

Distribución de casos sometidos a operación cesárea segmentaria según edad

	Total		Urgencia		Electiva	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 a	2	0.88%	0	0.00%	2	100.00%
20-24 a	51	22.57%	15	29.41%	36	70.59%
25-29 a	75	33.19%	19	25.33%	56	74.67%
30-34 a	61	26.99%	12	19.67%	49	80.33%
35-39 a	25	11.06%	3	12.00%	22	88.00%
40-44 a	12	5.31%	2	16.67%	10	83.33%
Total	226	100.00%	51	22.57%	175	77.43%

Chi2 = 4.41

G. libertad = 5

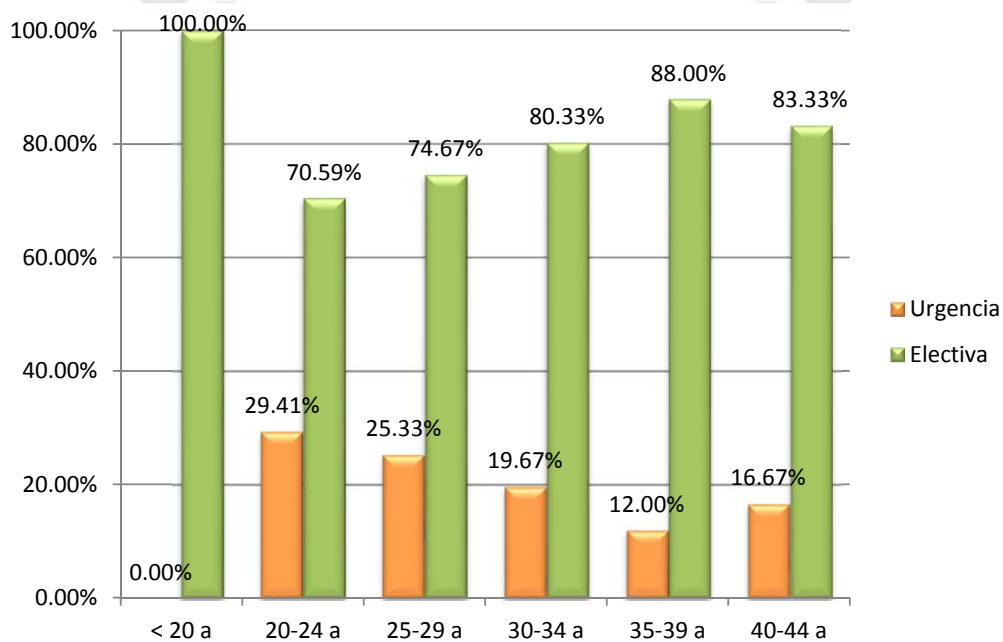
p = 0.49

En la Tabla y Gráfico 3, se observa las características de edad de las madres intervenidas por cesárea; el 33,19% de ellas tuvieron de 25 a 29 años, con un 0,88% de cesáreas en adolescentes, con una edad promedio de las madres de 29,05 años. Así mismo se observa que en el grupo etario de 25-29 años, el 74,67% de cesáreas fueron electivas y un 25.33% de urgencia.

FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Gráfico 3

Distribución de casos sometidos a operación cesárea segmentaria según edad



Edad promedio \pm D. estándar (mín – max): 29.05 \pm 5.37 años (19 – 43 años)

**FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013**

Tabla 4

**Distribución de mujeres sometidas a operación cesárea segmentaria según
paridad**

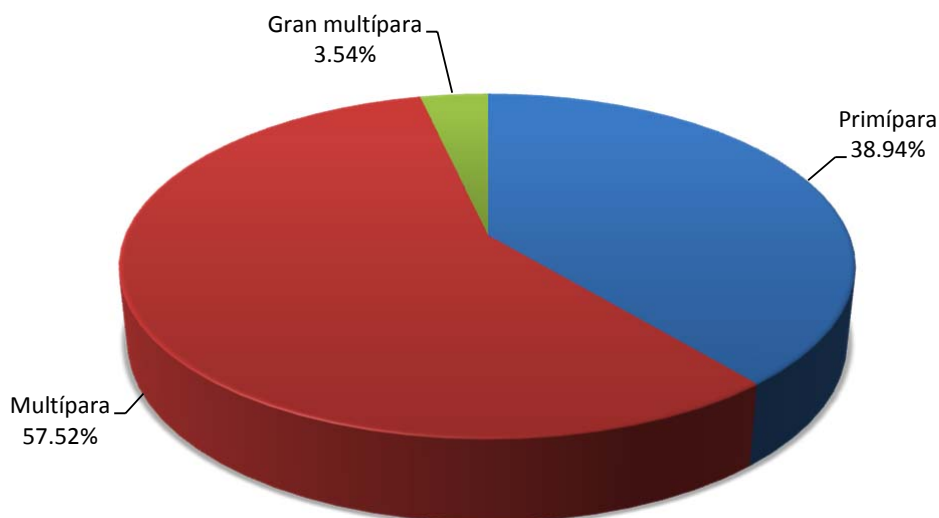
	N°	%
Primípara	88	38.94%
Múltipara	130	57.52%
Gran múltipara	8	3.54%
Total	226	100.00%

En la **Tabla y Gráfico 4**, la paridad de las madres atendidas fue por primer parto (primíparas) en 38.94%, múltiparas (2 a 4 partos) en 57.52% y gran múltiparas en 3.54%.

FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Gráfico 4

Distribución de mujeres sometidas a operación cesárea segmentaria según
paridad



FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Tabla 5

Distribución de operación cesárea segmentaria según antecedente previo

	Total		Urgencia		Electiva	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primera	149	65.93%	42	28.19%	107	71.81%
Previa	62	27.43%	6	9.68%	56	90.32%
Iterativa	15	6.64%	3	20.00%	12	80.00%
Total	226	100.00%	51	22.57%	175	77.43%

Chi2 = 8.65

G. libertad = 2

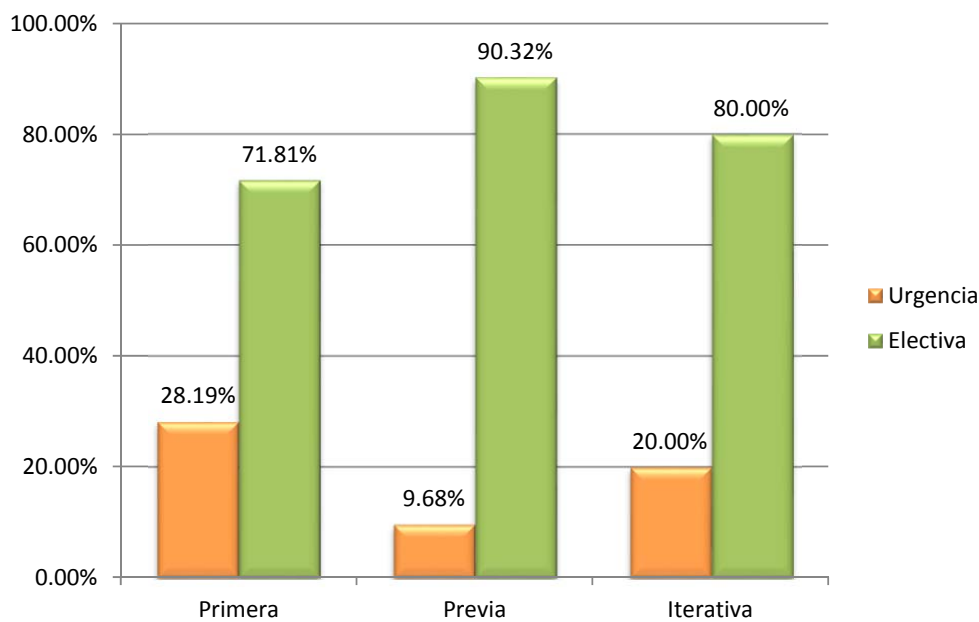
p = 0.01

En la **Tabla y Gráfico 5**, se aprecia el antecedente de cesáreas en las mujeres atendidas; en 65.93% de casos fue la primera cesárea, de estos el 71,81% fueron electivas y el 28,19% de urgencia, en 27.43% de pacientes hubo una cesárea previa, y en 6,64% de casos se trató de una cesárea iterativa.

FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Gráfico 5

Distribución de operación cesárea segmentaria según antecedente previo



FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Tabla 6

Distribución de operación cesárea segmentaria según indicación

	N°	%
Materna	93	41.15%
Fetales	11	4.87%
Mixtas (DFP, RPM)	11	4.87%
Ovulares	26	11.50%
Materna + Fetal	8	3.54%
Materna + Mixta	7	3.10%
Fetal + Mixta	11	4.87%
Materna + Ovular	34	15.04%
Fetal + Ovular	12	5.31%
Materna + Fetal + Ovular	5	2.21%
Mixta + Ovular	1	0.44%
Materna + Mixta + Ovular	1	0.44%
Fetal + Mixta + Ovular	4	1.77%
Materna + Fetal + Mixta + Ovular	2	0.88%
Total	226	100.00%

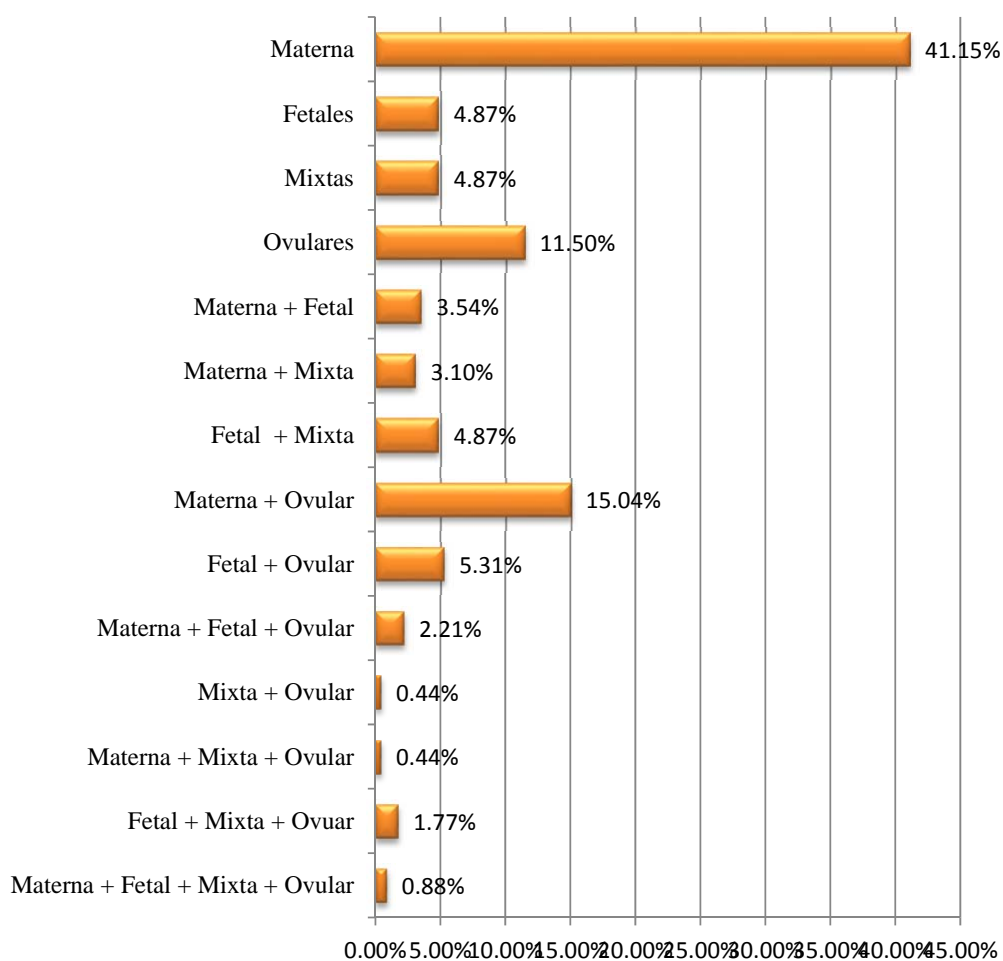
En la **Tabla y Gráfico 6**, se muestran las indicaciones de cesáreas; en 41,15% de casos se trató de indicaciones maternas, 4,87% por indicación fetal, en la misma proporción por indicación mixta (Desproporción feto pélvica, Ruptura prematura de membranas), un 11,50% de cesáreas tuvieron indicaciones ovulares, el resto que corresponde a 34,06% incluyen 2 ó más indicaciones.

FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP

JULIO PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Gráfico 6

Distribución de operación cesárea segmentaria según indicación



FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Tabla 7

Distribución de operación cesárea segmentaria según indicación materna
(n = 153)

	Total		Electiva		Urgencia	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cesárea anterior	76	49.67%	67	88.16%	9	11.84%
Distocia ósea	41	26.80%	36	87.80%	5	12.20%
Trabajo de parto	16	10.46%	4	25.00%	12	75.00%
Distocia dinámica	8	5.23%	3	37.50%	5	62.50%
Gestante añosa	8	5.23%	6	75.00%	2	25.00%
Molusco contagioso	5	3.27%	4	80.00%	1	20.00%
Conización previa	4	2.61%	4	100.00%	0	0.00%
Miomatosis uterina	4	2.61%	4	100.00%	0	0.00%
PIG prolongado	4	2.61%	3	75.00%	1	25.00%
Condiloma acuminado	3	1.96%	3	100.00%	0	0.00%
Preeclampsia	2	1.31%	1	50.00%	1	50.00%
Embarazo prolongado	2	1.31%	1	50.00%	1	50.00%
PIG corto	2	1.31%	2	100.00%	0	0.00%
Útero didelfo	2	1.31%	1	50.00%	1	50.00%
Incompetencia ístmica	1	0.65%	1	100.00%	0	0.00%
Diastasis de rectos	1	0.65%	1	100.00%	0	0.00%
Obesidad	1	0.65%	1	100.00%	0	0.00%
Talla baja	1	0.65%	1	100.00%	0	0.00%

$\text{Chi}^2 = 49.87$

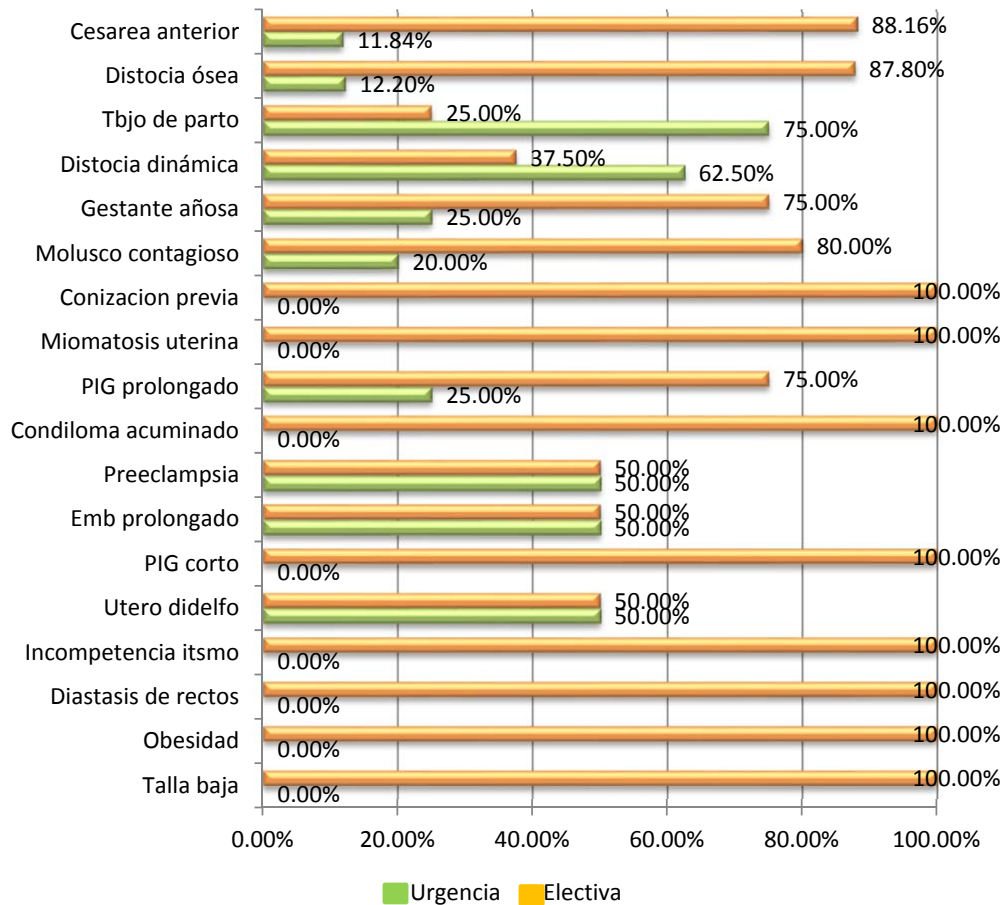
G. libertad = 17

$p < 0.01$

FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Gráfico 7

Distribución de operación cesárea segmentaria según indicación materna
(n = 153)



La **Tabla y Gráfico 7**, muestran las principales indicaciones maternas motivo de la cesárea; un 49.67% de indicaciones maternas fueron por cesárea anterior, en 26.80% se trató de distocias óseas, en 10,46% por trabajo de parto y en menor proporción (5.23%) fue por distocias dinámicas al igual que gestante añosa, y en memores proporciones por otras causas (Molusco contagioso, Condiloma acuminado, conización previa, miomatosis uterina).

FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO

PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Tabla 8

Distribución de operación cesárea segmentaria según indicación fetal (n = 54)

	Total		Urgencia		Electiva	
	N°	%	N°	%	N°	%
Macrosomía	19	35.19%	5	26.32%	14	73.68%
Sufrimiento Fetal Agudo	16	29.63%	10	62.50%	6	37.50%
Distocia presentación	12	22.22%	1	8.33%	11	91.67%
Restricción del crecimiento intrauterino	4	7.41%	2	50.00%	2	50.00%
Asinclitismo	1	1.85%	1	100.00%	0	0.00%
Gemelar	1	1.85%	0	0.00%	1	100.00%
Sinclitismo	1	1.85%	0	0.00%	1	100.00%
Total	54	100.00%	19	35.19%	35	64.81%

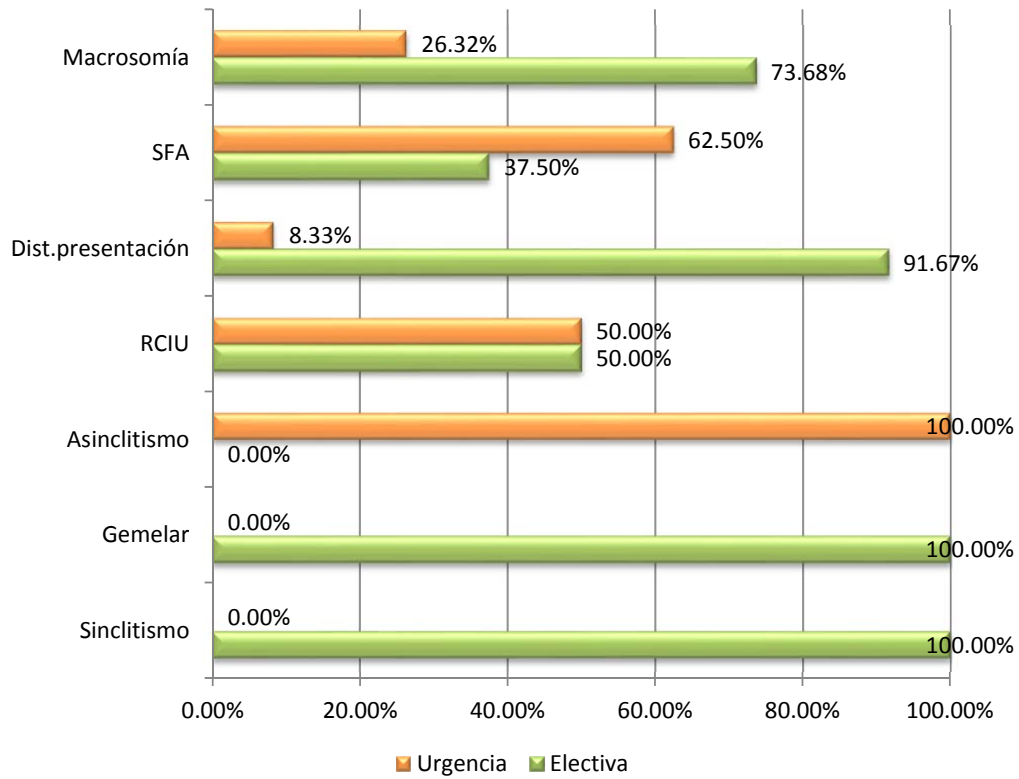
$\text{Chi}^2 = 13.00$ G. libertad = 6 p = 0.04

En la **Tabla y Gráfico 8**, se muestran las indicaciones fetales; en 35.19% fue por macrosomía fetal, de estos el 73,68% fueron electivas y el 26.32% de urgencia, en 29.63% por sufrimiento fetal agudo (62,50% de urgencia y 37,50% electivas), en 22.22% por distocias de presentación, en 7.41% se debió a restricción del crecimiento intrauterino, y otras causas de indicación fetal (Embarazo gemelar, Sinclitismo y Asinclitismo), se encontró en 5.56% de cesáreas.

FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Gráfico 8

Distribución de operación cesárea segmentaria según indicación fetal (n = 54)



FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Tabla 9

**Distribución de operación cesárea segmentaria según indicación materno-fetal
(n = 38)**

	Total		Urgencia		Electiva	
	N°	%	N°	%	N°	%
Desproporción Feto Pélvica	28	75.68%	5	17.86%	23	82.14%
Ruptura Prematura de membranas	10	27.03%	8	88.89%	2	22.22%

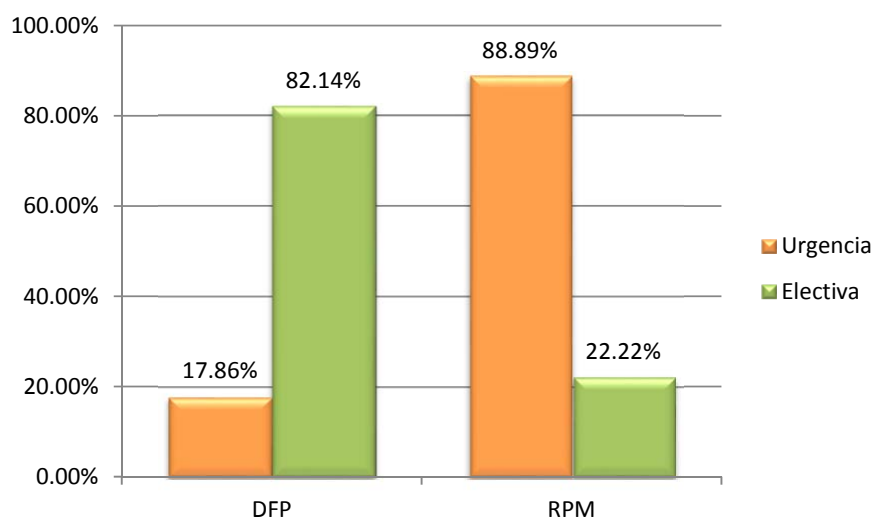
En la **Tabla y Gráfico 9**, de un total de 38 casos en indicaciones materno-fetales; el 75.68% fueron por desproporción feto pélvica, y en 27.03% por ruptura prematura de membranas. Así mismo se encontró que 82,14% de cesáreas por Desproporción feto pélvica fue electiva.

FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Gráfico 9

Distribución de operación cesárea segmentaria según indicación materno-fetal

(n = 38)



FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Tabla 10

Distribución de operación cesárea segmentaria según indicación ovular (n = 85)

	Total		Urgencia		Electiva	
	N°	%	N°	%	N°	%
Circular simple	28	32.94%	8	28.57%	20	71.43%
Oligoamnios moder.	22	25.88%	6	21.43%	16	72.73%
Oligoamnios severo	19	22.35%	11	39.29%	8	42.11%
Oligoamnios leve	14	16.47%	3	10.71%	11	78.57%
Doble circular	10	11.76%	6	21.43%	4	40.00%
Senescencia placentaria	8	9.41%	3	10.71%	5	62.50%
Brevedad de cordón	1	1.18%	0	0.00%	1	100.00%

Chi² = 9.67

G. libertad = 6

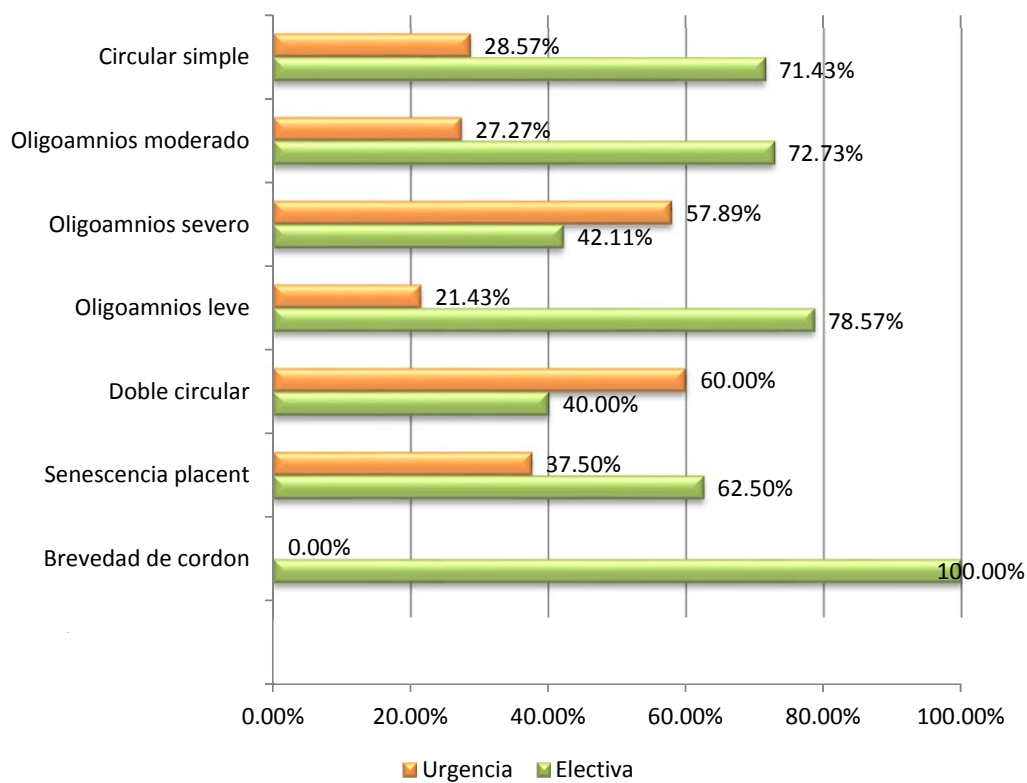
p = 0.14

En la **Tabla y Gráfico 10**, se muestran las indicaciones ovulares; el 64.71% de estas indicaciones fueron por oligoamnios (en 16.47% leve, moderada en 25.88% y severo en 22.35%), en 32.94% por circular simple de cordón, 11.76% por circular doble, un 9.41% de pacientes tuvo senescencia placentaria y un caso por brevedad de cordón; y otros casos en los que se presentó doble indicación ovular.

FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Gráfico 10

Distribución de operación cesárea segmentaria según indicación ovular (n = 85)



**FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013**

Tabla 11

Distribución según urgencia y número de operación cesárea segmentaria

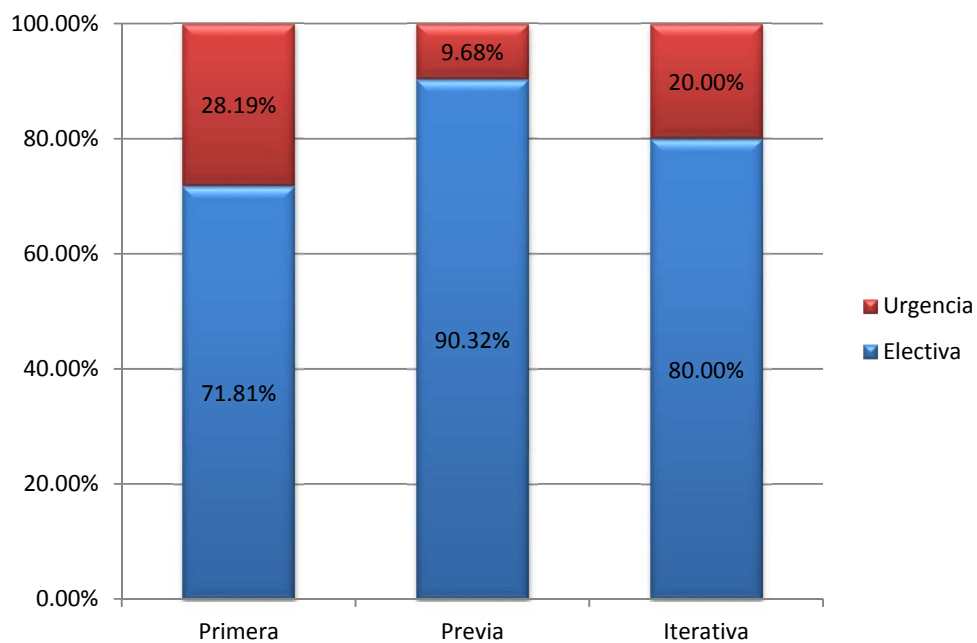
Número	Total	Electiva		Urgencia	
		N°	%	N°	%
Primera	149	107	71.81%	42	28.19%
Previa	62	56	90.32%	6	9.68%
Iterativa	15	12	80.00%	3	20.00%
Total	226	175	77.43%	51	22.57%

Tabla y Gráfico 11, muestran la relación con el número y tipo de cesáreas; siendo electivas: en la primera cesárea, el 71,81%, en el cesárea previa 90.32%, y en la cesárea iterativa el 80%.

FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Gráfico 11

Distribución según urgencia y número de operación cesárea segmentaria



FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP JULIO
PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Tabla 12

Distribución de operación cesárea segmentaria según complicaciones

Número	Total	%	Urgencia		Electiva	
			N°	%	N°	%
Ninguna	213	94.25%	45	21.13%	168	78.87%
Complicaciones	13	5.75%	6	46.15%	7	53.85%
Total	226	100%	51	22.57%	175	77.43%

<i>Inmediatas</i>	<i>Hemorragia</i>	2	0.88%
<i>Mediatas</i>	<i>Infección de herida</i>	6	2.65%
	<i>Seroma</i>	4	1.77%
	<i>Hematoma pared</i>	2	0.88%
	<i>Cefalea</i>	1	0.44%
	<i>Dehiscencia herida</i>	1	0.44%
	<i>Endometriosis puerperal</i>	1	0.44%

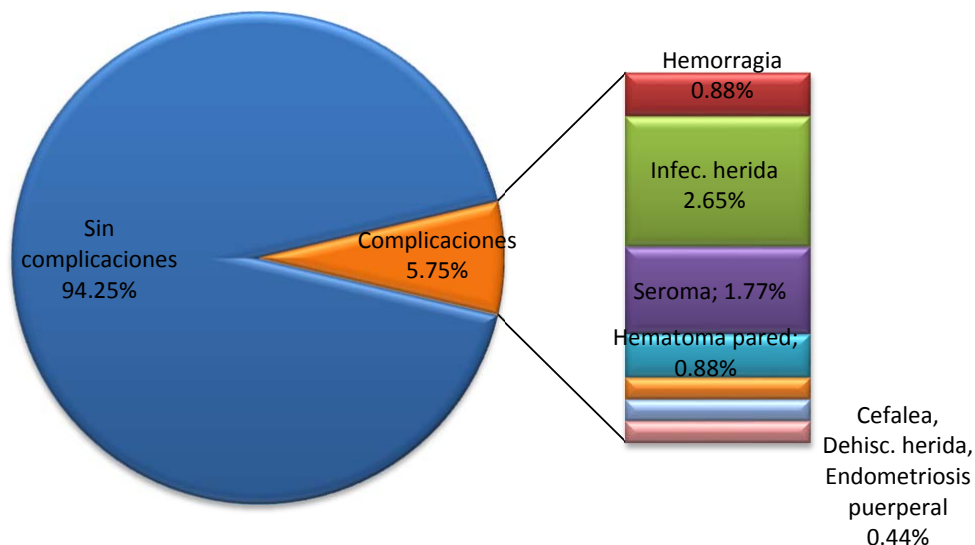
En la **Tabla y Gráfico 12** se muestra la frecuencia de complicaciones en las mujeres sometidas a cesárea; se presentaron complicaciones en 5.75% de casos, en 0.88% fueron inmediatas y consistieron en hemorragia, y las demás fueron mediatas, con infección de herida en 2.65%, formación de seroma en 1.77% de casos, hematoma de pared en 0.88%, y en casos individuales hubo cefalea, dehiscencia de herida o endometriosis puerperal. Así mismo el 46.15% de las complicaciones fueron de urgencia.

FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL PNP

JULIO PINTO MANRIQUE, AREQUIPA 2012-2013

Gráfico 12

Distribución de operación cesárea segmentaria según complicaciones



CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente trabajo se realizó en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa, en el periodo enero 2012 – diciembre 2013.

Para tal fin se realizó una revisión de 226 historias clínicas obstétricas de los casos operados por cesárea segmentaria, de un total de 229. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la frecuencia de cesáreas en el periodo estudiado; en el 2012 de 145 atenciones el 62.76% fueron cesáreas, y en el 2013 las atenciones se incrementaron a 191, y la proporción de cesáreas fue de 72.25%, haciendo que en el periodo global el 68.15 % de nacimientos fueran por cesárea.

Quispe Mansilla J.²³ en su estudio entre los años 2006 – 2010, encontró que la frecuencia de cesáreas creció de 27.47% a 37.31% respectivamente, Calapuja L.⁶ en los quinquenios 2000-2004 y 2005-2009, determinó una frecuencia de 25,11% a 32,95% respectivamente, ambos estudios llevan similares rangos, a diferencia de nuestro estudio en los años 2012-2013 el que duplica dicho porcentaje, lo cual nos indica que estamos sobrepasando los límites permitidos según la OMS que es menos del 15%¹⁰, así mismo estaría superando las tasas de operación cesárea a nivel nacional que van entre 13% al 21%² esto se debe quizá a la falta de un diagnóstico certero por parte de los especialistas, baja asistencia de las gestantes a sus controles prenatales, o a la solicitud que hacen las gestantes a este procedimiento.

La **Tabla y Gráfico 2**, muestran el tipo de cesáreas según la premura de su indicación; el 77.43% de cesáreas fueron electivas y 22.57% de urgencia.

Quispe Mansilla J.²³ en su estudio determinó que el 60,92% de cesáreas fueron electivas y el 38,58% de casos se trató de cesáreas de urgencia, con respecto a nuestro estudio las proporciones son un tanto semejantes. Probablemente este incremento de cesáreas electivas es debido a que las gestantes con patología materna o fetal que asisten a consulta externa ha ido en incremento, siendo programadas para dicha intervención, así mismo la idea de que una cesárea es menos dolorosa ante un parto vaginal hace que las gestantes elijan este procedimiento.

En la **Tabla y Gráfico 3**, se observa las características de edad de las madres intervenidas por cesárea; el 33,19% de ellas tuvieron de 25 a 29 años, con un 0,88% de cesáreas en adolescentes, con una edad promedio de las madres de 29,05 años. Así mismo se observa que en el grupo etario de 25-29 años, el 74.67% de cesáreas fueron electivas y un 25.33% de urgencia.

Quispe Mansilla J.²³ indica que el 70,52% de partos cesárea se dieron en madres en edad reproductiva ideal, y 17,94% en madres añosas.

En la **Tabla y Gráfico 5**, se aprecia el antecedente de cesáreas en las mujeres atendidas; en 65.93% de casos fue la primera cesárea, de estos el 71,81% fueron electivas y el 28,19% de urgencia, en 27.43% de pacientes hubo una cesárea previa, y en 6,64% de casos se trató de una cesárea iterativa.

Quispe Mansilla J.²³ indica que el 73,07% fueron cesáreas primitivas, 21,73% cesáreas repetidas, y 5,20% cesáreas iterativas, como vemos hay similitud con los

hallazgos en nuestro estudio. El hecho de que la primera cesárea fuese en mayor proporción electiva nos estaría indicando que las gestantes optan este procedimiento, sin tener una causa justificada.

En la **Tabla y Gráfico 6**, se muestran las indicaciones de cesáreas; en 41,15% de casos se trató de indicaciones maternas, 4,87% por indicación fetal, en la misma proporción por indicación mixta (Desproporción feto pélvica, Ruptura prematura de membranas), un 11,50% de cesáreas tuvieron indicaciones ovulares, el resto que corresponde a 34,06% incluyen 2 ó más indicaciones.

Dentro de las indicaciones maternas (**Tabla y Gráfico 7**) las principales causas que motivaron la cesárea en 49.67% fueron por cesárea anterior, en 26.80% se trató de distocias óseas, en 10,46% por trabajo de parto y en menor proporción (5.23%) fue por distocias dinámicas al igual que gestante añosa, y en menores proporciones por otras causas (Molusco contagioso, Condiloma acuminado, conización previa, miomatosis uterina).

Quispe Mansilla J.²³ indica que el 20,81% de indicaciones fue motivado por cesárea anterior, Calapuja L.⁶ encuentra a Cesárea anterior en tercer lugar con un porcentaje de 12,7% y 11,81%, es de notar que en nuestro estudio dicho porcentaje es de 2 a 4 veces mayor en lo que respecta a cesárea anterior, esto se debe quizá a que el servicio de gineco-obstetricia del Hospital en estudio no quiere someter a trabajo de parto a las gestantes con antecedente de cesárea anterior ya que si estas presentarían complicación alguna, no se dispone de Ginecólogo y Anestesiólogo de manera inmediata.

En cuanto a las indicaciones fetales (**Tabla y Gráfico 8**) se muestra que 35.19% fue por macrosomía fetal (73,68% fueron electivas y el 26.32% de urgencia), en 29.63% por sufrimiento fetal agudo (62,50% de urgencia y 37,50% electivas), en 22.22% por distocias de presentación, en 7.41% se debió a retardo de crecimiento intrauterino, y otras causas de indicación fetal (Embarazo gemelar, Sinclitismo y Asinclitismo) se encontró en 5.56% de cesáreas.

Quispe Mansilla J.²³ considera que la principales indicaciones fetales fueron las colocaciones viciosas con situación pélvica en 8,55%, por macrosomía se produjeron 0,94% de indicaciones, el 17,74% se dieron por sufrimiento fetal agudo.

Con respecto a nuestro estudio hay una gran proporción en lo que respecta a macrosomía fetal y el hecho de que sean electivas estaría justificado por un control adecuado de la madre y el producto en consultorio. Encontramos también a Sufrimiento Fetal Agudo como indicación de cesárea electiva, esto es debido a que fueron hallazgos intraoperatorios y que las gestantes entraron a dicho grupo por alguna otra indicación.

En la **Tabla y Gráfico 9**, de un total de 38 casos en indicaciones materno-fetales; el 75.68% fueron por desproporción feto pélvica, y en 27.03% por ruptura prematura de membranas, superando enormemente a lo encontrado por Quispe Mansilla J.²³ con 8,19% de cesáreas por desproporción feto pélvica. Así mismo se encontró que 82,14% de cesáreas por Desproporción feto pélvica fue electiva, esto podría deberse a que la madre acude a sus controles prenatales contribuyendo de esta forma a un diagnóstico oportuno.

En la **Tabla y Gráfico 10**, se muestran las indicaciones ovulares; el 64.71% de estas indicaciones fueron por oligoamnios (en 16.47% leve, moderada en 25.88% y severo en 22.35%), en 32.94% por circular simple de cordón, 11.76% por circular doble, un 9.41% tuvo senescencia placentaria, un caso por brevedad de cordón y otros casos en los que se presentó doble indicación ovular, estos son porcentajes elevados comparados con lo determinado por Quispe Mansilla J.²³ con 3,38% por oligoamnios y 2,55% por distocia funicular. Quizá estos resultados se debe a que la ecografía cada vez es más específica y de gran ayuda para el diagnóstico determinándose si la paciente será o no intervenida quirúrgicamente.

Su relación con el número de cesáreas (**Tabla y Gráfico 11**) muestra que en la primera cesárea, el 28.19% fueron de urgencia, en el cesárea previa sólo 9.68% fueron de urgencia, y en la cesárea iterativa lo fueron sólo el 20%.

En el caso de cesárea iterativa el porcentaje sólo diferencia en aproximadamente 8% de la primera cesárea, quizá sea por un inadecuado control de la gestante o por falta de información del médico hacia la paciente.

En la **Tabla y Gráfico 12** se muestra la frecuencia de complicaciones en las mujeres sometidas a cesárea; se presentaron complicaciones en 5.75% de casos, en 0.88% fueron inmediatas y consistieron en hemorragia, y las demás fueron mediatas, con infección de herida en 2.65%, formación de seroma en 1.77% de casos, hematoma de pared en 0.88%, y en casos individuales hubo cefalea, dehiscencia de herida o endometriosis puerperal.

En el estudio realizado por Bedregal Saxi T. ¹ en los años 2008 – 2011, se indica que el 38,24% de complicaciones fueron inmediatas (hipotonía uterina 13,24%, hemorragias postparto en 25%). Las complicaciones mediatas constituyeron el 73,53% de complicaciones (35% de infecciones de herida operatoria, 33,82% endometritis, 4,41% retención de restos placentarios).

El bajo porcentaje de complicaciones en nuestro estudio, quizá sea porque la gran parte de cesáreas fueron programadas o electivas.





CONCLUSIONES

Primera. La frecuencia de la operación cesárea segmentaria en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013, es el 68,15% de nacimientos.

Segunda. Las indicaciones de la operación cesárea segmentaria en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013 fueron principalmente maternas 41,15% y entre estas con 49,67% por cesárea anterior; fetales 4,87% siendo la de mayor frecuencia macrosomía fetal con 35,19%; materno-fetales 4.87% y entre estas con 75,68% por desproporción feto pélvica y por último las indicaciones ovulares 11, 50% ocupando el primer lugar Circular simple de cordón con 32,94%, y en menor proporción por 2 ó más indicaciones.

Tercera.- Los tipos de cesárea segmentaria realizadas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013 fueron: 77.43% electivas y 22.57% de urgencia.

Cuarta.- Las complicaciones de la operación cesárea segmentaria en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013 se presentaron en 5.75% principalmente por infección de herida y formación de seroma.

RECOMENDACIONES

- 1) A los médicos del servicio de Gineco – Obstetricia de la institución, precisar con exactitud la indicación de cesárea, para así disminuir la frecuencia de la misma y sólo hacer uso en casos necesarios.
- 2) A las gestantes, llevar un control adecuado del embarazo, sobre todo a aquellas que tienen como antecedente cesáreas previas e iterativas, ya que ellas no deberían entrar en el grupo de cesáreas de urgencia.
- 3) Que los profesionales médicos y obstetras de la Institución, brinden mayor información a las gestantes sobre la operación cesárea, puesto que sólo serán intervenidas aquellas con causa justificada y en el caso de que fueron cesareadas previamente darles a conocer que pueden dar parto vaginal a menos que la causa sea la misma que la de la cesárea anterior.
- 4) A la institución y al servicio de Gineco - Obstetricia, aplicar protocolos de atención los cuales nos permitan evaluar el riesgo beneficio de una cesárea injustificada, contribuyendo así a un mejor manejo del binomio madre-hijo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bedregal Saxi T. Factores de riesgo asociados a complicaciones del parto por cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Aplao de la Provincia de Castilla Departamento Arequipa durante los años 2008 - 2011. Tesis para Optar el Título de Médico-Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2012.
2. Benavides M, Ponce C, Mena M. coordinación con UNICEF, revisión técnica INEI. Estado de la niñez en el Perú. [sede web]. 2011 Feb [citado 2014 Ene 07]: 30. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/Estado_Ninez_en_Peru.pdf
3. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Tasas de cesáreas: análisis de los Estimados Regionales y Nacionales. Rev Panam Salud Publica [revista en la Internet]. 2007 Abr [citado el 07 de enero 2014], 21 (4): 251-251. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000300008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000300008>.
4. Bonilla F, Pollicer A. Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas. 1ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, SA. 2007.
5. Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. Obstericia y Medicina Materno – Fetal. 1ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, SA. 2007.
6. Calapuja L. Estudio comparativo de la incidencia, indicaciones y morbi-mortalidad materno-neonatal de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Hipólito

- Unanue de Tacna entre los quinquenios 200-2004 y 2005-2009. Tesis presentada para optar el Título profesional de Médico Cirujano. Universidad Privada de Tacna, 2010
7. Calderon M, Calle L, Hidalgo J, Parodi R. Infección puerperal poscesárea vs posparto. Estudio realizado en el hospital gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, período junio a octubre de 2010. *Revista Medicina* 17.4 (2012): 238-243. Disponible en: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/562/516>
 8. Cunningham F. (Ed). Chapter 25. Cesarean Delivery and Postpartum hysterectomy. *Williams Obstetrics*. 22th edition. McGraw-Hill, 2007.
 9. Duckworth S. Should maternal choice be an indication for caesarean section? *Int J Surg*. 2008; 6(4): 277-80.
 10. Faneite P, Rivera C, Faneite J, Amato R. Cesárea y mortalidad perinatal: Incidencia y tendencia 42 años (1969-2010). *Rev Obstet Ginecol Venez* [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2014 Ene 07]; 72(3): 145-151. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000300002&lng=es.
 11. García Mostajo J. Evaluación de la operación cesárea en la Clínica Good Hope. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2008.
 12. García Vázquez I, Moncayo Cuagliotti S, Sánchez Trocino B. El parto en México, reflexiones para su atención integral. *Ide@s CONCYTEG* 7(84): Junio, 2012: p. 811-844. Disponible en:

- http://www.concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/84_4_GARCIA_VAZQUEZ_ET_AL.pdf
13. Kizer S. Frecuencia de la cesárea. Factores resaltantes relacionados con su incremento. *Gac Méd Caracas* 2011;119(1):12-21
 14. León I, Rodríguez G, Segura A, Pérez L, Atienza A. Complicaciones posoperatorias en la operación cesárea sin sutura del plano peritoneal. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2014 Ene 07]; 36(3): 333-343. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300004&lng=es.
 15. Leone T, Padmadas SS, Matthews Z. Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries. *Soc Sci Med*. 2008; 67(8): 1236-46.
 16. Manrique G. Complicaciones de la Cesárea. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. 2009. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf
 17. MINSA – Departamento de Gineco – Obstetricia, “Hospital Santa Rosa”. Guías de práctica clínica Servicio de Medicina Materno Fetal; 2010.
 18. Moncada G, Llanos-Zavalaga F, Mayca J. Costo directo de cesáreas y reembolso del Seguro Integral de Salud: El caso del Hospital de Apoyo Pomabamba, Ancash, Perú. *Rev Med Hered*, ene. 2009, vol.20, no.1, p.4-10
 19. Muñoz-Enciso J, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, Serrano-Díaz C.

- Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Ginecol Obstet Mex 2011;79(2):67-74
20. Nápoles D, Piloto M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. MEDISAN [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2014 Ene 07]; 16(10): 1579-1595. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000013&lng=es.
 21. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011) [base de datos en internet]. Tumbes: [citado 23 Dic 2013]. Disponible en: http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_15-02_Esp_03.pdf
 22. Quispe A, Santivañez A, Leyton-Valencia I, Pomasunco D. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1): 45-50.
 23. Quispe Mansilla J. Incidencia y principales indicaciones de cesárea en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Goyeneche de Arequipa entre el 1 enero del 2006 hasta 31 diciembre del 2010. Tesis para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Medicina, 2012
 24. Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. Gaceta Sanitaria, 2012; 27 (3):258-262
 25. Redondo Ana, Mercedes Sáez, Patricia Oliva, Maria Soler, Arias Antoni. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los Motivos para realizarlas en los Hospitales españoles. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2013

- Junio [citado el 07 de enero 2014]; 27 (3): 258-262. Disponible en:
www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000300012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.08.001>
26. Rodríguez M., Revista Salud. Capítulo Investigación Médica. Reportaje: Parto por cesárea. Disponible en:
www.consumer.es/web/es/salud/investigacion_medica/2006/03/02/149829.php
27. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta. Ed. Buenos Aires – Argentina: El Ateneo; 2009. p. 702-712
28. Suárez-López L, Campero L, De la Vara-Salazar E, Rivera-Rivera L, Hernández-Serrato M, Walker D, Lazcano-Ponce E. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. Salud Pública Mex 2013; 55 suppl 2:S225-S234.
29. Tita A, Landon M, Spong C, Lai Y, Leveno K, et al. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. N Engl J Med 2009; 360:111-20.
30. Vanina G, Sampor CV, Storni MP, Pardo P L. Incidencia y principales indicaciones de cesarea. Rev Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2005; 150:9-23.
31. Varas J, Lattus J, Aedo S. Operación Cesárea: Protocolo de indicación. Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brouse. 2013; Vol 8 (1): 43-48. Disponible en: <http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/076.pdf>



Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Edad: _____ Años

Fórmula obstétrica: G: P:

Número de cesárea: Primera Previa Iterativa

Indicación de cesárea:

Materna: Hipertensión materna Preeclampsia / Eclampsia

Cáncer de cervix Cardiopatía Sífilis Distocia ósea

Cesárea anterior Distocias dinámicas

Otra _____

Fetal: Sufrimiento fetal agudo Eritroblastosis

Malformación congénita Macrosomía fetal

Distocia de presentación RCIU

Otra _____

Mixta: RPM Parto detenido Desproporción fetopélvica

Ovular: Placenta previa DPPNI Distocia funicular

Acretismo placentario

Tipo de cesárea: De urgencia Electiva

Técnica de la cesárea: Tipo Kerr

Complicaciones

Inmediatas

- Hipotonía Uterina
- Hemorragias
- Lesiones de Vejiga
- Histerectomía

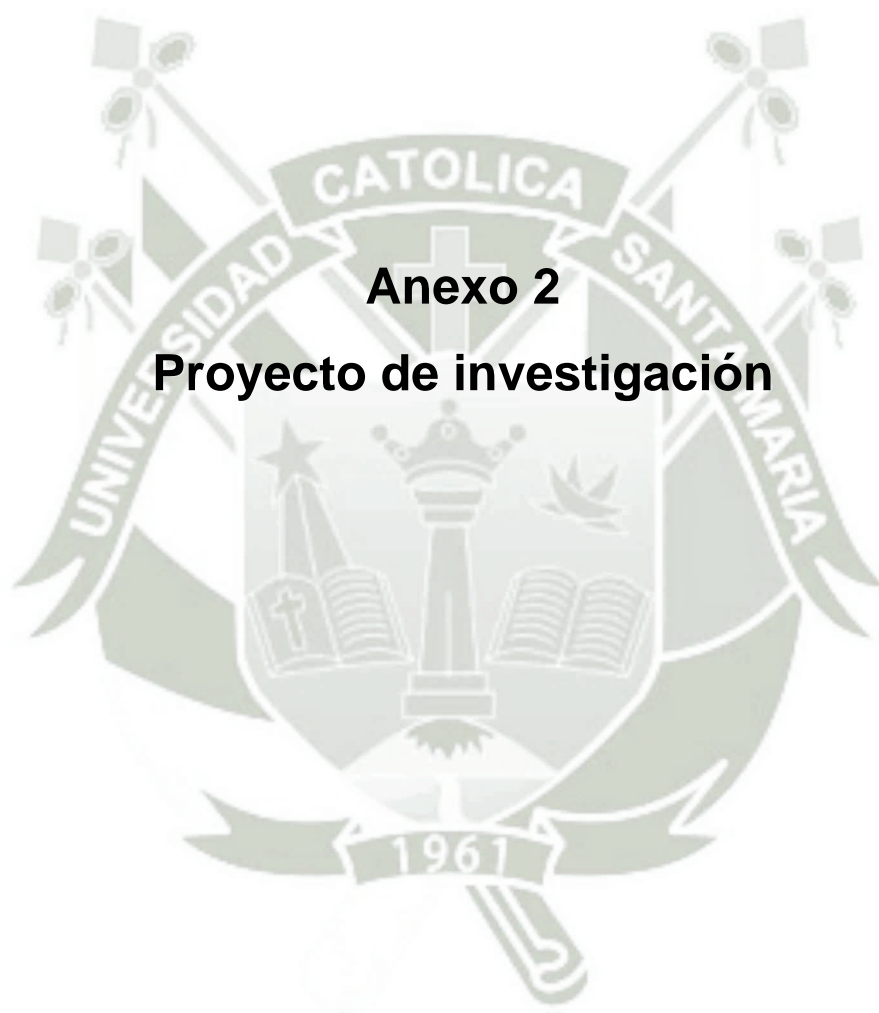
Mediatis

- Infecciones
- Retención de Restos Placentarios
- Muerte materna

Observaciones:

.....





Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Human



“Frecuencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa 2012-2013”

Autor:

AMPARO PAMELA BUSTINZA MAMANI

Proyecto de Tesis para Optar el Título de
Médico-Cirujano.

**Arequipa - Perú
2014**

I. PREÁMBULO

La cesárea es la operación obstétrica más frecuentemente realizada, su incidencia oscila entre 20 y 60 % de todos los nacimientos, ¹³ según algunas estadísticas. Las complicaciones de esta intervención continúan siendo las principales causas de mortalidad de las pacientes sometidas a esta intervención, constituyen en ocasiones una seria amenaza para su vida, por la gravedad de algunas de sus formas. Entre estas complicaciones se encuentran la endometritis, las infecciones de la herida quirúrgica con formación de abscesos o sin estos, las infecciones urinarias, entre otras.

Entre las principales condiciones que han determinado el incremento de las cesáreas en todo el mundo tenemos: la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, los cambios demográficos y socioculturales, una mejor percepción de seguridad de este procedimiento, el incremento de las “prácticas defensivas” por parte de los médicos gineco-obstetras, la relativa mejora de los sistemas de salud, y el aumento de la solicitud directa de las pacientes.

En el Perú se reportan tasas de cesáreas que van entre el 13% al 21%, ² mientras que la OMS establece que la tasa no debe exceder del 15%,¹⁰ cifras superiores indican calidad de atención obstétrica deficiente. Así, este procedimiento lleva a discusiones respecto a sus indicaciones, técnica quirúrgica, complicaciones y costos.

Consideramos importante analizar la frecuencia de cesáreas y sus principales indicaciones en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique Arequipa, como marcador de calidad de atención hospitalaria obstétrica y poder planificar los requerimientos de personal, infraestructura y equipamiento para las gestantes con

partos atendidos por cesárea y sus productos, debido a las limitaciones de dicho nosocomio por ser de media complejidad y prever la ocurrencia de complicaciones haciendo un control adecuado de la madre y el producto pre y post parto.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la frecuencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa 2012-2013?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Gineco-Obstetricia
- Línea: Cesáreas

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Número de partos	Cantidad de partos eutócicos + distócicos	Número	Numérica de razón
Número de partos por cesárea	Cantidad de partos quirúrgicos	Número	Numérica de razón
Edad materna	Años cumplidos según fecha de nacimiento.	Años	Numérica de razón
Número de cesárea	Cesáreas previas	Primera, previa, iterativa	Ordinal

Indicación de la cesárea	Causa de la cesárea	Nominal
		<p>Materna (Hipertensión materna, cáncer de cuello uterino, cardiopatía, sífilis, pelvis estrecha, cesárea anterior, Preeclampsia, etc)</p> <p>Fetal (Sufrimiento fetal agudo, restricción del crecimiento intrauterino, Macrosomía fetal, eritroblastosis, distocia de presentación, malformación congénita)</p> <p>Mixta (Ruptura prematura de membranas, desproporción feto pélvica, parto detenido)</p> <p>Ovular (placenta previa, desprendimiento prematura de placenta normoinserta, prolapso de cordón, acretismo placentario, distocia funicular, etc)</p>

Tipo de cesárea	Programación del parto	De urgencia / Electiva	Nominal
Complicación de la cesárea	Inmediatas (Hipotonía Uterina, lesiones de Vejiga, histerectomía)	Presente / Ausente	Nominal
	Mediatas (infecciones, retención de restos placentarios, muerte materna)	Presente / Ausente	
	Tardías (fístulas, adherencias, etc)	Presente / Ausente	

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de la operación cesárea segmentaria en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013?
2. ¿Cuáles son las indicaciones de la operación cesárea segmentaria en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013?
3. ¿Cuáles son los tipos de cesárea segmentaria realizadas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013?
4. ¿Cuáles son las complicaciones de la operación cesárea segmentaria en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio documental.

e) **Diseño de investigación:** Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal.

1.3. Justificación del problema

Originalidad: No se ha analizado la frecuencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa, lo que contribuirá a conocer la calidad de la atención hospitalaria obstétrica.

Relevancia científica: Determinar si las causas que producen la operación cesárea confirman o no su realización, ya que dicho procedimiento es motivo de preocupación por su gran incremento en los últimos años proponiéndose como alternativa al trabajo de parto vaginal.

Relevancia práctica: Se conocerá las indicaciones que motivan la operación cesárea para planificar estas intervenciones.

Relevancia social: Se mejorará la atención de las gestantes que acudan al Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa y se beneficiará a los neonatos nacidos por esta operación, haciendo un monitoreo adecuado de la madre y el producto en sus controles pre y post natales y así disminuir la morbilidad del binomio.

Contemporaneidad: La cesárea es una operación cada vez más realizada en todas las instituciones de salud.

La cesárea presenta tasas con amplia variación entre los países del

mundo, estas oscilan desde 0,4 % a 40 %, exhibe un aumento continuo en su tendencia que se ha conservado en los últimos 30 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985 sugirió la cifra del 15% como límite superior.¹⁰

Factibilidad: Se cuenta con historias clínicas obstétricas adecuadamente llevadas y con informes operatorios completos.

Motivación personal: De realizar una investigación en el área de ginecología y obstetricia.

Contribución académica: Al campo de la medicina, debido a que servirá como estrategia para el análisis y control de la ejecución de dicho procedimiento en los servicios de obstetricia y disminuir su uso irracional.

Políticas de investigación de la Universidad: Se cumple con el requerimiento de desarrollar una investigación para la obtención del título profesional.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. CESÁREA

2.1.1. Definición

La operación cesárea es el procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.²⁷

2.1.2. Frecuencia de la operación cesárea en el Perú

La OMS establece que la tasa no debe exceder del 15%,^{3,10} cifras superiores indican calidad de atención obstétrica deficiente. En el Perú según INEI - UNICEF entre los años 2000-2009 la tasa de cesáreas ha incrementado de 13% a 21%, a nivel nacional. En el área urbana el 29% de los nacimientos fue por cesárea frente a sólo el 8% en el área rural. Se presenta, también, un mayor porcentaje en Lima Metropolitana (38%) y el resto de la costa (28%) en comparación con la sierra (11%) y la selva (11%).² Así este procedimiento lleva a discusiones respecto a sus indicaciones, técnica quirúrgica, complicaciones y costos.

Se viene observando que conforme van pasando los años, la frecuencia de cesárea iterativa viene siendo mayor, Craigin en 1916 propuso "una vez cesárea, siempre cesárea".

Observemos que en la medida que los hospitales tienen más años de funcionamiento, la cesárea iterativa es más frecuente.

2.2. INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA^{25,27,31}

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas:

Maternas, Fetales u Ovulares.

A) Causas maternas:

Patologías locales:

- Distocia ósea.
- Distocias dinámicas.
- Distocia de partes blandas.
- Tumores previos.
- Rotura uterina.
- Cesárea anterior.
- Plásticas vaginales previas.
- Herpes genital activo.

Patologías sistémicas:

- Preeclampsia.
- Hipertensión crónica grave.
- Nefropatía crónica.
- Tuberculosis pulmonar grave.

Fracaso de la inducción.

B) Causas fetales:

Colocaciones viciosas:

- Situación trasversa.
- Pelviana con feto único al término de la gestación.
- Frente.
- Cara.

Macrosomía fetal.

Vitalidad fetal comprometida:

- Sufrimiento fetal agudo.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Enfermedad hemolítica fetal grave.
- Muerte habitual del feto.

C) Causas mixtas:

- Desproporción feto pélvica.
- Parto detenido.

D) Causas Ovulares:

- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con feto viable y vivo.
- Procidencia de cordón.

- **Distocia ósea:**⁵ Una de las posibles causas de distocia es la pelvis ósea materna anómala. Cualquier reducción de los diámetros de la pelvis que disminuya su capacidad, puede originar una distocia durante el trabajo de parto.

Clasificación de las anomalías pelvianas

A. Estenosis pélvicas simétricas

1. Del estrecho superior.

- a. Pelvis plana o platipeloide.
- b. Pelvis estrecha transversalmente (antropoide y androide).
- c. Pelvis uniformemente estrecha.
- d. Pelvis plana y regularmente estrecha.

2. Del estrecho medio.

3. Del estrecho inferior.

B. Estenosis pélvicas asimétricas.

- **Distocias dinámicas:**⁵ Se denomina distocia dinámica a cualquier alteración de la actividad normal de la musculatura uterina durante el parto. Puede ser el resultado de una anomalía de la frecuencia, la intensidad, el tono o la coordinación de las contracciones. La actividad contráctil uterina normal ha de tener una intensidad entre 20 y 50 mm Hg, una frecuencia de las contracciones entre 3 y 5 cada 10 min y el tono basal debe situarse entre 8 y 12 mm Hg.

Clasificación de las distocias dinámicas según afecten a la frecuencia, intensidad, tono o coordinación: ⁵

Tipo de alteración	Nombre	Concepto
De la frecuencia	Polisistolia	> 5 contracciones/10'
	Bradisistolia	< 2 contracciones/10'
De la intensidad	Hipersistolia	> 50 mm Hg
	Hiposistolia	< 20 mm Hg
Del tono	Hipertonía	
	a. Leve b. Moderado c. Grave	De 13-20 mm Hg De 21-30 mm Hg > 30 mm Hg
De la coordinación	Hipotonía	< 8 mm Hg
	Incoordinación de 1 grado	2 marcapasos simultáneos
	Incoordinación de 2 grado	≥ 3 marcapasos
	Inversión de gradiente	Contracciones más intensas, duraderas y precoces en el segmento inferior uterino.
	Anillos de contracción	Contracciones anulares
Distocia cervical pasiva	Ausencia de dilatación cervical a pesar de contracciones adecuadas	

- **Distocia de partes blandas:** ⁵ 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, una anomalía en cualquiera de ellos puede ocasionar una alteración en el curso normal de parto, es decir, una distocia.

Las causas que originan la aparición de una distocia pueden ser:

- Malformaciones congénitas.
- Infecciones.

- Tumoraciones.
- Atresias o cicatrices.

- **Preeclampsia:** Se define como la suma de síndrome hipertensivo y proteinuria, durante la gestación es una de las principales causas de morbilidad materna y produce además restricción del crecimiento fetal y prematuridad. Su frecuencia en algunas regiones del mundo, puede alcanzar hasta un 35%.²⁷

Cuando la hipertensión aparece después de las 20 semanas del embarazo se trata de una hipertensión gestacional. La presión arterial diastólica deberá ser 90 mm Hg o más y de la sistólica de 140 mm Hg o más, en dos tomas con una diferencia de 4 a 6 horas, o un solo registro de una presión arterial diastólica de 110 mm Hg.²⁷

En cuanto a la proteinuria se acepta 300 mg o más en una muestra de 24 horas, o se encuentra una cruz (+) o más en el examen cualitativo realizado con cinta reactiva o con el método del ácido sulfosalicílico.²⁷

- **Distocia de causa fetal:**⁴

a) **El feto puede originar por su excesivo tamaño una desproporción que imposibilite el parto.**

Las causas del aumento del tamaño fetal, pueden ser:

Aumento generalizado del tamaño fetal:

- Fisiológico: macrosomía fetal
- Patológico: edema generalizado del feto.

Aumentos localizados de tamaño:

- En la cabeza: hidrocefalia
- En el tronco: ascitis
- En la pelvis: teratomas

Aumento del tamaño por malformaciones:

- Malformación simple: anencefalia
- Malformación doble: fetos siameses

Desde el punto de vista obstétrico, la situación más interesante es la macrosomía fetal. El feto a término normal tiene un peso medio de 3250 g, con una desviación estándar de 350 g. Se ha establecido, de forma arbitraria (dos desviaciones estándar), un peso límite de 4000 g, hablándose de gigantismo cuando supera los 4500 g (tres desviaciones estándar). Clínicamente el problema mecánico es mayor, a partir de 4000 g. y las distocias graves son mucho más frecuentes a partir de 4500 g. La incidencia es baja, sólo un 5% de los neonatos superan los 4000 g y baja al 0.4% los que superan los 4500 g.⁴

b) Situación trasversa: Se habla de situación trasversa cuando la relación existente entre el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal del canal del parto se sitúa en un ángulo de 90°. Ángulos mayores o menores reciben el nombre de situaciones oblicuas, pero se trata de situaciones inestables, ya que a lo largo del embarazo, y especialmente al iniciarse las contracciones uterinas, cambiarán a situación trasversa o longitudinal. Frecuencia de 0.3-0.5 de todos los partos, dicha frecuencia ha disminuido al disminuir las grandes múltiparas.⁴

c) **Distocia de presentación:** Se describe la presentación podálica, pelviana o de nalgas como aquella en la que hay una relación directa del polo pelviano fetal en situación longitudinal con el estrecho superior materno.

Constituye la segunda presentación en frecuencia tras la de vértice, con una incidencia de 2.5 al 4.5%. Existe una relación inversa entre el parto de nalgas y la edad gestacional; así, antes de la semana 28, del 30 al 45% de las embarazadas tiene el feto en presentación podálica. Asimismo existe una relación inversa con el peso fetal, cuya disminución conlleva una incidencia más alta de presentación pelviana.⁵

Según la situación de las extremidades inferiores pueden distinguirse dos modalidades de presentación.

1. Podálica completa o nalgas impuras (nalgas y pies): en la cual el feto mantiene su apotonamiento con muslos y piernas flexionadas y que representa el 30-50% del total.⁵
2. Podálica incompleta:⁵ en esta se pueden diferenciar tres modalidades más:
 - a. Presentación de nalgas también llamada pura o simple: con los muslos flexionados sobre el abdomen y las piernas totalmente extendidas; sólo la nalga se ofrece al estrecho superior, representa 45-65% del total.
 - b. Presentación de rodillas: donde hay una extensión de los muslos en relación a la pelvis con flexión de las piernas, su incidencia aproximada es de 3%.

- c. Presentación de pie: extensión completa de los miembros inferiores, representa alrededor de un 2%, según las estadísticas.

2.3. INDICACIONES MÁS FRECUENTES, CRITERIOS PARA LA TOMA DE DECISIÓN ^{14,17,25,31}

Las principales indicaciones de la operación cesárea son:

- a) Desproporción cefalopélvica.
- b) Cesárea previa.
- c) Sufrimiento fetal.
- d) Ruptura prematura de membranas.
- e) Presentación pelviana.

Aunque la ruptura prematura de membranas no se considera entre las principales indicaciones médicas, en nuestro país se ha observado que esta complicación condiciona un incremento relativo en el número de cesáreas.³¹

2.3.1. Desproporción cefalopélvica²⁵

Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud.
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.

- Pelvis y feto normales con diámetros feto pélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.

El diagnóstico de la desproporción cefalopélvica se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.³¹

2.3.2. Cesárea previa:¹⁷

Este apartado constituye por sí mismo un gran grupo de indicación de cesáreas, y a medida que aumenta la tasa de las mismas, se incrementa consecuentemente su peso como indicación.

El intento de parto vaginal después de una cesárea anterior segmentaria transversa se considera que es una conducta obstétrica segura, aunque no exenta de riesgos. La decisión final debe ser tomada conjuntamente por la gestante y su médico, después de analizar los beneficios y riesgos de la vía vaginal.

2.3.3. Sufrimiento fetal:¹⁷ Se define como un estado de compromiso del metabolismo fetal, producida por una marcada alteración en el intercambio de oxígeno entre madre, feto y placenta, con disminución del aporte del mismo al feto. La frecuencia en el Hospital Santa Rosa es de 2.7 %.

Clasificación:

a) Sufrimiento Fetal Agudo (SFA): DIPs II o DIPs III repetitivas con ausencia de variabilidad y/o alteración de la FCF (Taquicardia o bradicardia) que puede provocar la muerte o daño fetal. Se presenta más frecuentemente durante el Trabajo de parto.

b) Sufrimiento Fetal Crónico (SFC): Disturbio metabólico que se presenta a través de toda la gestación.

Signos de certeza de sufrimiento fetal: ¹⁷

- DIPs II (mayor al 50%)
- Líquido amniótico verde meconial oscuro y grueso, asociado a alteraciones de frecuencia cardíaca fetal (FCF).
- FCF entre 100 a 120 + alteraciones de la variabilidad.
- Bradicardia fetal ($< 100 \times$)
- Taquicardia fetal + desaceleraciones variables.

Si se cumpliera con los criterios indicados se culminará la gestación por la vía más rápida (vaginal o cesárea).

Su etiología es diversa:

- Anestesia general.
- Distocia de contracción uterina.
- Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Prolapso de cordón.
- Nudos verdaderos.

- Circular de cordón.
- Izoinmunización a RH, etc.

2.3.4. Contraindicaciones de la operación cesárea ²⁷

En el momento actual la cesárea no tiene virtualmente contraindicación alguna, excepto el hecho de no estar correctamente indicada. No obstante, la cesárea se indica con menos frecuencia si el feto está muerto o es demasiado pequeño para sobrevivir. Por otra parte siempre que el mecanismo de coagulación materna está seriamente trastornado es muy aconsejable un parto que reduzca al mínimo las incisiones.

2.3.5. Complicaciones de la operación cesárea

A pesar de la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal y aunque es indiscutible que las cesáreas bien indicadas protegen la vida de la madre y el niño en situaciones de emergencia, no pueden soslayarse los riesgos del procedimiento. Hoy en día se reconoce que en el 46,8% de la mortalidad materna directa está presente, de una u otra forma, la cesárea. ^{14, 16}

Se pueden considerar las siguientes:

- Intraoperatorias:** ^{14,16} las llamadas inmediatas que pueden producirse durante la operación:
 - Dependientes de la anestesia: Pueden ser de origen respiratorio como la hiperventilación, hipoventilación, depresión respiratoria, edema

laríngeo, broncoaspiración y broncoconstricción, apnea y paro respiratorio. Cardiovasculares como hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia y paro cardiaco.

a.2. Hemorragias: es la más común e importante, cuyo origen puede ser de la herida visceral, de los bordes de la misma o del sitio de la inserción placentaria.

a.3. Lesiones del aparato urinario: aunque las lesiones son poco frecuentes, la vejiga es el órgano más dañado.

a.4. Lesiones intestinales: son raras y se suelen vincular con laparotomías previas. Suele afectar a ciego y sigmoides.

a.5. Dificultad para extraer el feto en cuyo caso deberá ampliarse la incisión.

b. **Postoperatorias:** se consideran las siguientes complicaciones:

b.1. Mediatas:

b.1.1. Dependientes de la anestesia tales como bronconeumonía, tos, vómitos, cefalea post anestesia espinal, parestesias de miembros inferiores y/o impotencia funcional, meningismo y sepsis meníngea.

b.1.2. Infecciosas: La frecuencia de infecciones en partos vaginales es de 1.3%, cifra que contrasta con 13% observado entre mujeres con cesárea.⁷ Por su frecuencia, el desarrollo de infecciones

constituye una de las principales complicaciones asociadas con la cesárea y uno de los principales motivos de rehospitalización. De entre éstas, la mayoría corresponde a afecciones de la herida quirúrgica,⁷ ocurre en el 2,5-16% de las cesáreas, generalmente a los 7 días, los factores de riesgo son la obesidad diabetes y el aumento de tiempo de cierre de la herida. La infección de vías urinarias oscila entre 2-16%, se relaciona con el sondaje vesical.

b.1.3. Endometritis:¹² La endometritis también ha sido asociada con la práctica de cesárea. Diversos estudios señalan una frecuencia de 13.24% en México, 14% en Canadá, y 20% en Estados Unidos de América del Norte en cesáreas en general y 16.9% en mujeres sometidas a cesáreas electivas de repetición. En algunos casos, la endometritis puede ser tan severa que ocasiona septicemias fatales.

b.1.4. Tromboembolismo pulmonar, principal causa de muerte relacionada con la cesárea. Es 4 veces más frecuente que en el parto vaginal, lo que se incrementa cuando existen factores de riesgo en la mujer.^{4,5}

b.1.5. Tromboflebitis y trombosis de venas profundas.^{4,5}

b.1.6. Íleo post cesárea: se minimiza evitando la manipulación innecesaria de los intestinos y eliminando al máximo los residuos (sangre, agua etc.)

b.2. Tardías:

b.2.1. Fístulas uteroparietales.

b.2.2. Absceso, hematoma de la pared abdominal.

b.2.3. Adherencias o bridas: (0.5 por 1000 cesáreas, contribuyen a obstrucción intestinal y a la incidencia de embarazo ectópico).²⁰

b.2.4. Diastasis de los rectos y eventraciones consecutivas a la mala cicatrización de la pared a causa de abscesos o hematomas.²⁷

b.2.5. Hemorragia puerperal tardía.



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. **Autor:** Quispe Mansilla J.²³

Título: Incidencia y principales indicaciones de cesárea en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Goyeneche de Arequipa entre el 1 enero del 2006 hasta 31 diciembre del 2010.

Fuente: Tesis para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa Facultad de Medicina, 2012

Resumen: La incidencia creció de 27,47 casos por cada 100 partos en el 2006 a 37,31 casos por 100 partos en el 2010. El 73,07% fueron cesáreas primitivas, 21,73% cesáreas repetidas, y 5,20% cesáreas iterativas. En 38,58% de casos se trató de cesáreas de urgencia, con 60,92% de cesáreas electivas. El 20,81% de indicaciones fue motivado por cesárea anterior, con distocias óseas como patología local en 7,75%. La preeclampsia motivó 4,90% de indicaciones. Las indicaciones fetales principales fueron colocaciones viciosas con situación pélvica en 8,55%, por macrosomía se produjeron 0,94% de indicaciones, el 17,74% se dieron por sufrimiento fetal agudo. La desproporción fetopélvica se produjo en 8,19% de cesáreas, entre las causas ovulares se encontró oligoamnios en 3,38%, distocia funicular en 2,55%. El 70,52% de partos cesárea se dieron en madres en edad reproductiva ideal, y 17,94% en madres añosas. El 48,38% de madres tenían sobrepeso y en 44,04% eran obesas. El 72,07% de madres eran nulíparas y 16,61% eran primíparas; 84,69% son casadas o convivientes, 15,25% son solteras. Los controles prenatales fueron inferiores a 5 en 11,65% de casos.

La edad gestacional fue pretérmino en 4,62%, a término en 93,05%, y postérmino en 2,32% de cesáreas. El peso al nacer fue extremadamente bajo (< 1000 g) en 0,16% de casos, peso muy bajo (< 1500 g) en 0,41% de casos, de bajo peso (< 2500 g) en 3,88%, y de peso elevado o macrosómico en 11,02% de casos.

3.2. **Autor:** Bedregal Saxi T. ¹

Título: Factores de riesgo asociados a complicaciones del parto por cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Aplao de la Provincia de Castilla Departamento Arequipa durante los años 2008 - 2011.

Fuente: Tesis para Optar el Título de Médico-Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2012.

Resumen: En los cuatro años se tendieron 1569 partos, de los cuales 641 fueron cesáreas (40,85%), 68 presentaron complicaciones (10,61%). El 38,24% de complicaciones fueron inmediatas (hipotonía uterina 13,24%, hemorragias postparto en 25%). Las complicaciones mediatas constituyeron el 73,53% de complicaciones (35% de infecciones de herida operatoria, 33,82% endometritis, 4,41% retención de restos placentarios). Las madres con complicaciones fueron más jóvenes (adolescentes entre 12 y 17 años en 33,82%) y mayores de 40 años (5,88% de mujeres con complicaciones. 1,92% en el grupo control; $p < 0,01$). Una proporción similar ($p > 0,05$) de mujeres de ambos grupos es nulípara (44,12% en grupo con complicaciones, 47,64% en el grupo control), así como primíparas (23,53% y 27,57%), multíparas (27,94% y 21,47%) o gran multíparas (4,41% en el grupo de complicaciones, 3,32% en el control). Se encontró

antecedente de cesárea en 28,95% de mujeres con complicaciones, y en 43% de mujeres sin complicaciones ($p > 0,05$). Hubo mayor presencia de embarazo múltiple entre mujeres que presentaron complicaciones (7,35% versus 1,57%; $p < 0,05$).

A nivel nacional

3.3. **Autor:** Quispe A, Santivañez A, Leyton-Valencia I, Pomasunco D.²²

Título: Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008.

Fuente: Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1): 45-50.

Resumen: Estudio de tipo ecológico en el que se revisaron los reportes mensuales de todos los hospitales que prestan atención de partos en la DISA V Lima-Ciudad y se analizó la tendencia de la razón mensual de cesáreas o TC mensual ($TCM = \text{total de partos cesáreas atendidos en un mes} * 100 / \text{total de recién nacidos en el mismo mes}$) con el objeto de identificar sus patrones característicos. Se encontró que durante el periodo total del estudio la TCM promedio fue de $36,9 \% \pm 9,1\%$ (rango: 16,5%-71,4%). Entre los años 2001 (TCM: $33,5\% \pm 6,9\%$), y 2008 (TCM: $39,7\% \pm 8,3\%$) se registró un incremento promedio del $6,9\% \pm 7,0\%$, alcanzándose un incremento del $7,7\% \pm 6,4\%$ en el año 2007 (TCM: $43,5\% \pm 9,8\%$). En la mayoría de los hospitales, se registró un aumento significativo de la TCM entre los años 2004 y 2005. Analizando la variación anual de las TCM se observó que éstas tienden a incrementarse en los meses de abril ($37,9\% \pm 9,7\%$) y septiembre ($40,2\% \pm 8,9\%$), ciclo que se ha repetido en la mayoría de los centros hospitalarios bajo estudio.

3.4. **Autor:** Calapuja L.⁶

Título: Estudio comparativo de la incidencia, indicaciones y morbi-mortalidad materno-neonatal de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna entre los quinquenios 2000-2004 y 2005-2009.

Fuente: Tesis presentada para optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Privada de Tacna, 2010

Resumen: Se registra una incidencia para el quinquenio 2004-2005 de 25,11% y en el 2005-2009 de 32,95%. La indicación más frecuente fue desproporción feto-pélvica 36,99% y 40,81% seguida de sufrimiento fetal 14,46% y 15,92%, cesárea anterior 12,7% y 11,81% presentación podálica 10,38% y 9,07% y toxemia 6,07% y 5,91%. La morbilidad materna fue de 9,51% y 6,60%. La tasa de mortalidad materna fue de 7,85% y 3,25%. La mortalidad perinatal fue de 18,85 y 13,03x1000 nacidos vivos.

3.5. **Autor:** García Mostajo J.¹¹

Título: Evaluación de la operación cesárea en la Clínica Good Hope.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2008.

Resumen: Estudio descriptivo retrospectivo de 271 cesáreas realizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Naval en el 2004; constituyó una tasa de cesáreas del 40,62%. Los indicadores básicos fueron: cesárea electiva: 62,73%, cesárea de emergencia en 37,27%, primaria en 46,13%, iterativa en 53,87%. Las principales indicaciones de cesárea fueron la cesárea anterior (47,97%),

sufrimiento fetal agudo (11,44%), presentación podálica (7,01%), distocia dinámica (6,64%). Las cesáreas no justificadas correspondieron a 20,30%, y se produjo daño fetal en 2,21% de casos, sin daños en la madre.

A nivel internacional

3.6. **Autor:** Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A.²⁵

Título: Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles.

Fuente: Gaceta Sanitaria, 2012; 27 (3):258-262

Resumen: Estudio transversal descriptivo de la actividad obstétrica de 111 hospitales (año 2010) clasificados en seis niveles. Se crearon 10 grupos de motivos de cesárea partiendo del diagnóstico principal. Se calcularon medidas descriptivas de tendencia central y de dispersión, y se utilizó el test de Kruskal-Wallis para la comparación entre niveles. El porcentaje global de cesáreas fue del 25,4%. Los hospitales privados y públicos de menor nivel tecnológico presentaron mayores porcentajes de cesáreas en mujeres sin cesárea previa (34,7% y 30,4% en los privados y 22,4% en los públicos de menor nivel). Entre los niveles públicos no hubo diferencias en el porcentaje de cesáreas indicadas.

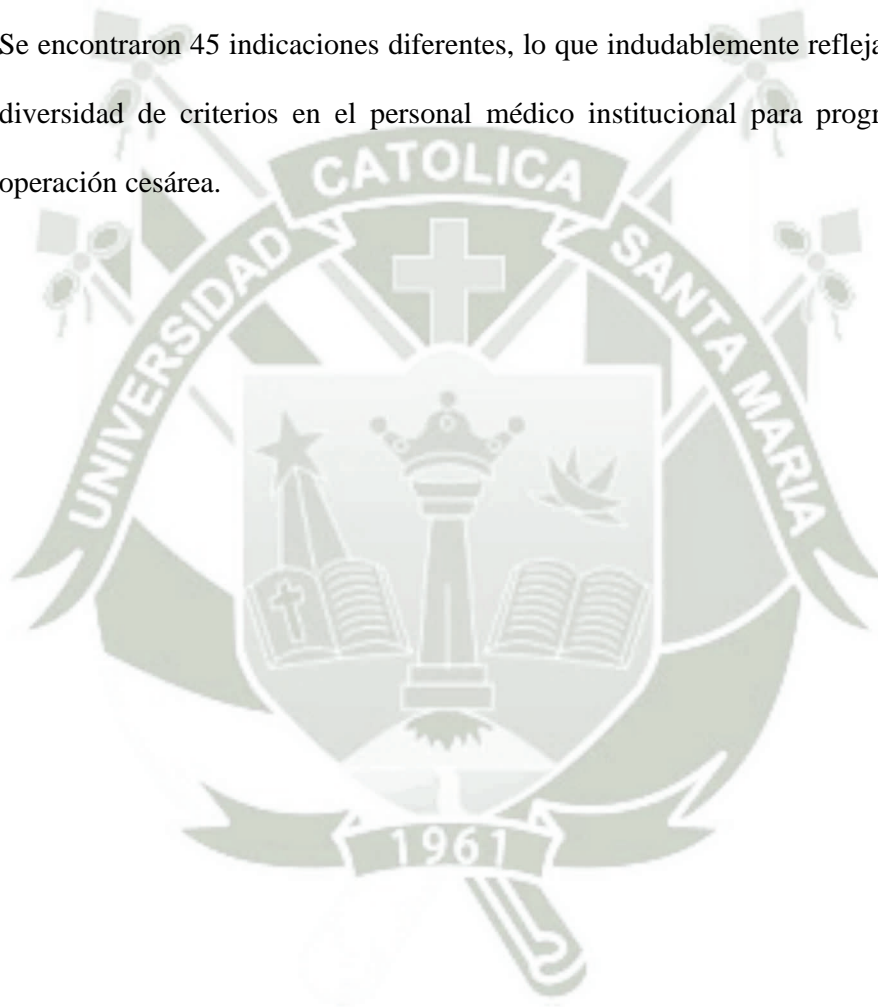
3.7. **Autor:** Muñoz-Enciso J, Rosales-Aujang E y cols.¹⁹

Título: Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada?

Fuente: Ginecol Obstet Mex 2011; 79(2):67-74

Resumen: Estudio descriptivo y transversal realizado en 4 principales hospitales de segundo nivel del sector salud del estado de Aguascalientes, México, que en

conjunto suman 81% de la atención obstétrica del estado, entre el 1 de septiembre y el 31 de octubre de 2008. Se analizaron: indicación de la operación cesárea y su clasificación; embarazos previos, estado civil, edad gestacional, peso y Apgar al minuto del recién nacido y el método anticonceptivo indicado durante el evento. Se registraron 2,964 embarazos mayores de 29 semanas; de éstos, 1,195 se terminaron por operación cesárea con una tasa global de 40.3%. Se encontraron 45 indicaciones diferentes, lo que indudablemente refleja la gran diversidad de criterios en el personal médico institucional para programar la operación cesárea.



4. OBJETIVOS

4.1. General

Determinar la frecuencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013.

4.2. Específicos

- 1) Conocer la frecuencia de la operación cesárea segmentaria en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013.
- 2) Identificar las indicaciones de la operación cesárea segmentaria en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013.
- 3) Establecer los tipos de cesárea segmentaria realizadas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013.
- 4) Estimar la frecuencia y las complicaciones de la operación cesárea segmentaria en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo 2012-2013.

5. HIPÓTESIS

No se requiere por tratarse de un estudio observacional.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la revisión documentaria.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma histórica durante el periodo enero 2012 - diciembre 2013.

2.3. Unidad de estudio: Historias clínicas de pacientes sometidas a operación cesárea segmentaria en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa.

2.4. Universo: Todas las gestantes con indicación de operación cesárea.

2.5. Población:

Población Blanco: Todas las gestantes con indicación de operación cesárea atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa.

Población accesible: Todas las gestantes con indicación de operación cesárea atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa, en el periodo 2012 – 2013.

2.6. Muestra: Todas las gestantes con indicación de operación cesárea atendidas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa, en el periodo 2012 – 2013.

Criterios de selección:

• **Criterios de Inclusión**

- Historias clínicas con informe operatorio de pacientes sometidas a operación cesárea segmentaria realizada en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo de estudio.

• **Criterios de Exclusión**

- Historias clínicas incompletas o extraviadas en el Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa en el periodo de estudio.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán coordinaciones con la Dirección del Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique, Arequipa para la realización de la investigación.

Se revisarán los registros de alta del servicio de Hospitalización obstetricia para identificar los casos operados por cesárea segmentaria, para luego buscar las historias clínicas perinatales y extraer las variables de interés, las que serán registradas en una ficha de recolección de datos (Anexo 1)

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora.
- Asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado.

3.3. Validación de los instrumentos

No se requiere por tratarse de una ficha para recolectar información.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

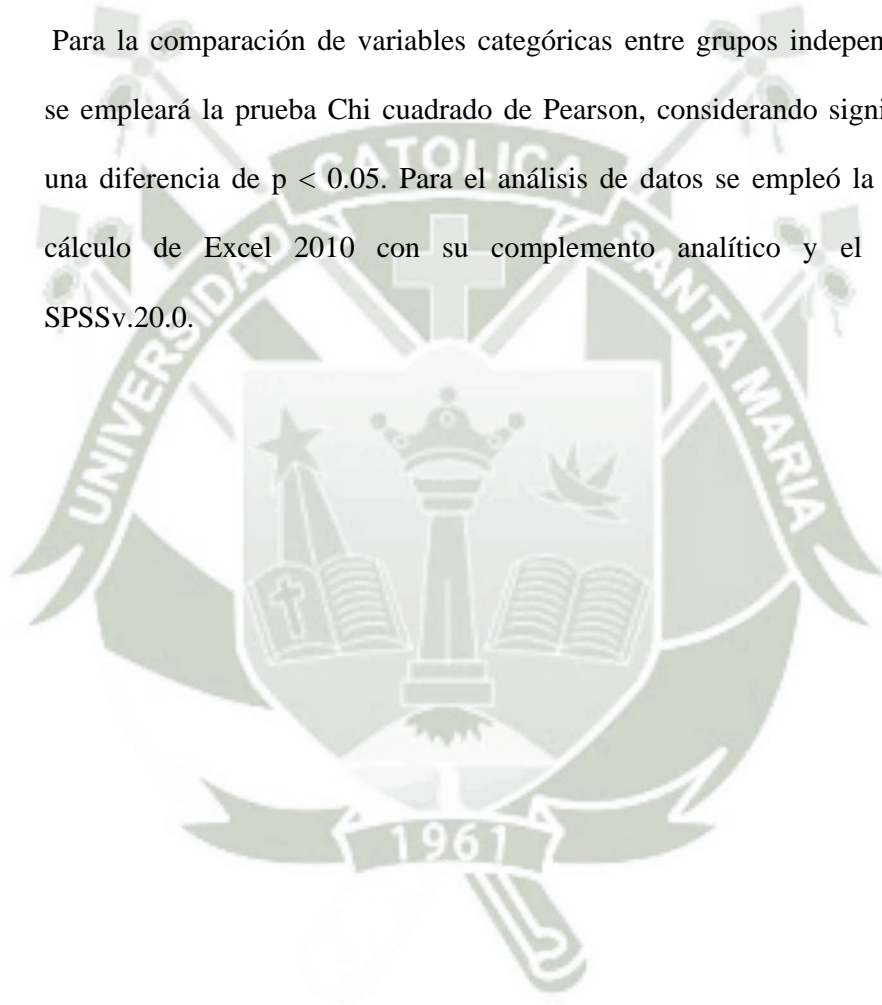
d) Plan de Recuento

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, y con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para el análisis de datos se empleará el paquete SPSSv.20.0.

Para la comparación de variables categóricas entre grupos independientes, se empleará la prueba Chi cuadrado de Pearson, considerando significativa una diferencia de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.20.0.

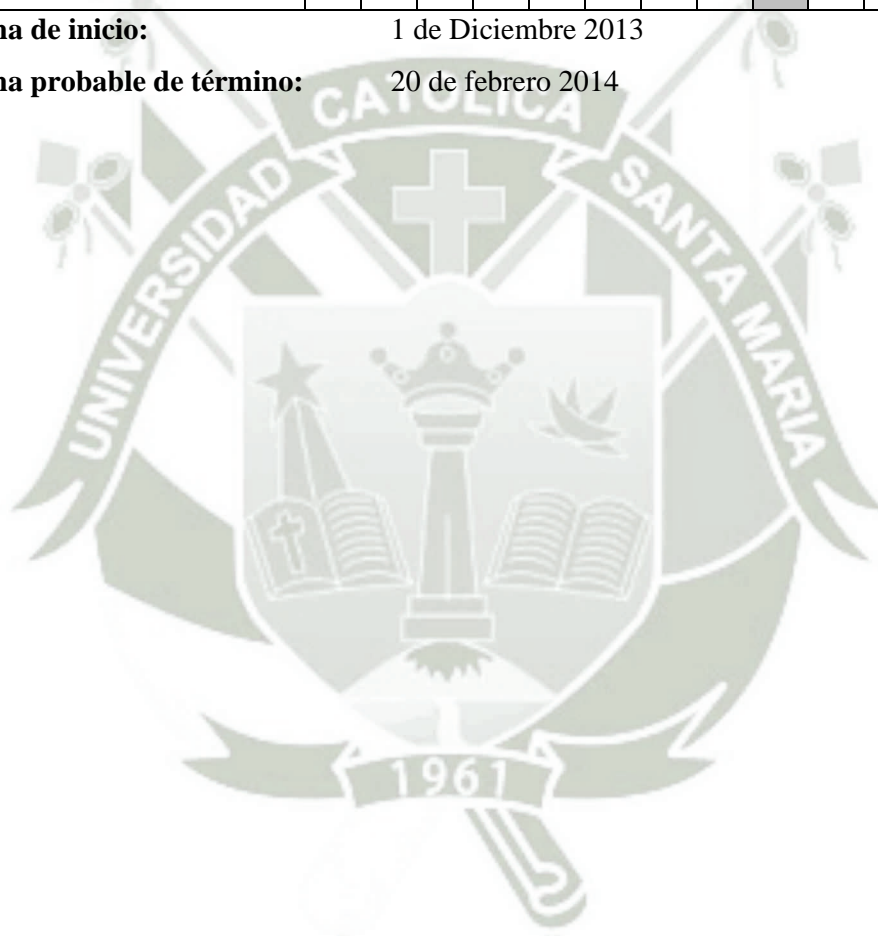


IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Diciembre 20				Enero 20				Febrero 20				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1. Elección del tema													
2. Revisión bibliográfica													
3. Aprobación del proyecto													
4. Ejecución													
5. Análisis e interpretación													
6. Informe final													

Fecha de inicio: 1 de Diciembre 2013

Fecha probable de término: 20 de febrero 2014



V. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- 1) Bedregal Saxi T. Factores de riesgo asociados a complicaciones del parto por cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Aplao de la Provincia de Castilla Departamento Arequipa durante los años 2008 - 2011. Tesis para Optar el Título de Médico-Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2012.
- 2) Benavides M, Ponce C, Mena M. coordinación con UNICEF, revisión técnica INEI. Estado de la niñez en el Perú. [sede web]. 2011 Feb [citado 2014 Ene 07]: 30. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/Estado_Ninez_en_Peru.pdf
- 3) Betrán AP, Meriardi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Tasas de cesáreas: análisis de los Estimados Regionales y Nacionales. Rev Panam Salud Publica [revista en la Internet]. 2007 Abr [citado el 07 de enero 2014], 21 (4): 251-251. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000300008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000300008>.
- 4) Bonilla F, Pollicer A. Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas. 1ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, SA. 2007.
- 5) Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. Obstericia y Medicina Materno – Fetal. 1ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, SA. 2007.
- 6) Calapuja L. Estudio comparativo de la incidencia, indicaciones y morbi-mortalidad materno-neonatal de las cesáreas en el Hospital de Apoyo

Hipólito Unanue de Tacna entre los quinquenios 200-2004 y 2005-2009.
Tesis presentada para optar el Título profesional de Médico Cirujano.
Universidad Privada de Tacna, 2010

- 7) Calderon M, Calle L, Hidalgo J, Parodi R. Infección puerperal poscesárea vs posparto. Estudio realizado en el hospital gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, período junio a octubre de 2010. *Revista Medicina* 17.4 (2012): 238-243. Disponible en:
<http://rmedicina.ucsg.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/562/516>
- 8) Cunningham F. (Ed). Chapter 25. Cesarean Delivery and Postpartum hysterectomy. *Williams Obstetrics*. 22th edition. McGraw-Hill, 2007.
- 9) Duckworth S. Should maternal choice be an indication for caesarean section? *Int J Surg*. 2008; 6(4): 277-80.
- 10) Faneite P, Rivera C, Faneite J, Amato R. Cesárea y mortalidad perinatal: Incidencia y tendencia 42 años (1969-2010). *Rev Obstet Ginecol Venez* [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2014 Ene 07]; 72(3): 145-151. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000300002&lng=es.
- 11) García Mostajo J. Evaluación de la operación cesárea en la Clínica Good Hope. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2008.
- 12) García Vázquez I, Moncayo Cuagliotti S, Sánchez Trocino B. El parto en México, reflexiones para su atención integral. *Ide@s CONCYTEG* 7(84):

Junio, 2012: p. 811-844. Disponible en:

http://www.concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/84_4_GARCIA_VAZ_QUEZ_ET_AL.pdf

13) Kizer S. Frecuencia de la cesárea. Factores resaltantes relacionados con su incremento. *Gac Méd Caracas* 2011;119(1):12-21

14) León I, Rodríguez G, Segura A, Pérez L, Atienza A. Complicaciones posoperatorias en la operación cesárea sin sutura del plano peritoneal. *Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]*. 2010 Sep [citado 2014 Ene 07]; 36(3): 333-343. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300004&lng=es.

15) Leone T, Padmadas SS, Matthews Z. Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries. *Soc Sci Med*. 2008; 67(8): 1236-46.

16) Manrique G. Complicaciones de la Cesárea. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. 2009. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf

17) MINSA – Departamento de Gineco – Obstetricia, “Hospital Santa Rosa”. Guías de práctica clínica Servicio de Medicina Materno Fetal; 2010.

- 18) Moncada G, Llanos-Zavalaga F, Mayca J. Costo directo de cesáreas y reembolso del Seguro Integral de Salud: El caso del Hospital de Apoyo Pomabamba, Ancash, Perú. Rev Med Hered, ene. 2009, vol.20, no.1, p.4-10
- 19) Muñoz-Enciso J, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, Serrano-Díaz C. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Ginecol Obstet Mex 2011;79(2):67-74
- 20) Nápoles D, Piloto M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. MEDISAN [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2014 Ene 07]; 16(10): 1579-1595. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000013&lng=es.
- 21) Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011) [base de datos en internet]. Tumbes: [citado 23 Dic 2013]. Disponible en: http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_15-02_Esp_03.pdf
- 22) Quispe A, Santivañez A, Leyton-Valencia I, Pomasunco D. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1): 45-50.
- 23) Quispe Mansilla J. Incidencia y principales indicaciones de cesárea en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Goyeneche de Arequipa entre el 1 enero del 2006 hasta 31 diciembre del 2010. Tesis para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Medicina, 2012

- 24) Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. *Gaceta Sanitaria*, 2012; 27 (3):258-262
- 25) Redondo Ana, Mercedes Sáez, Patricia Oliva, Maria Soler, Arias Antoni. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los Motivos para realizarlas en los Hospitales españoles. *Gac Sanit* [revista en la Internet]. 2013 Junio [citado el 07 de enero 2014]; 27 (3): 258-262. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000300012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.08.001>
- 26) Rodriguez M., *Revista Salud. Capitulo Investigación Médica. Reportaje: Parto por cesárea.* Disponible en:
www.consumer.es/web/es/salud/investigacion_medica/2006/03/02/149829.php
- 27) Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia*. 6ta. Ed. Buenos Aires – Argentina: El Ateneo; 2009. p. 702-712
- 28) Suárez-López L, Campero L, De la Vara-Salazar E, Rivera-Rivera L, Hernández-Serrato M, Walker D, Lazcano-Ponce E. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud Pública Mex* 2013; 55 suppl 2:S225-S234.
- 29) Tita A, Landon M, Spong C, Lai Y, Leveno K, et al. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. *N Engl J Med* 2009; 360:111-20.

- 30) Vanina G, Sampor CV, Storni MP, Pardo P L. Incidencia y principales indicaciones de cesarea. Rev Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2005; 150:9-23.
- 31) Varas J, Lattus J, Aedo S. Operación Cesárea: Protocolo de indicación. Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brouse. 2013; Vol 8 (1): 43-48. Disponible en: <http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/076.pdf>

