

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA
EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN
DE ESSALUD - TACNA, 2015

TESIS

Presentada por:

Bach. Michell Dansi Suxo Chipana

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA
EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE
ESSALUD-TACNA, 2015**

TESIS

Presentada por:

BACH. MICHELL DANSI SUXO CHIPANA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobado por Unanimidad Sobresaliente, ante el siguiente jurado:


.....
Dra. Iris Paredes Gonzáles
Presidente


.....
Mgr. Celia Vivanco Chinchay
Miembro


.....
Dra. Regina Escobar Bermejo
Miembro

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida y porque siempre ilumina mi camino, para tomar la mejor decisión.

A mi familia, a mi padre Rafael Suxo Condori y a mi madre Susana Chipana Quenta por el apoyo incondicional y por el amor infinito que siempre me brindan.

A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron para terminar mi tesis, en especial a la Dra. Leandra Llanca Ramos que con su dedicación y paciencia me incentivó para poder culminar el presente trabajo.

A los docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia que siempre nos impulsaron a cumplir nuestras metas y a mis compañeros que me brindaron su amistad.

DEDICATORIA

A mis padres, que me enseñaron que con perseverancia logras tus objetivos, dándome el apoyo e incentivación que necesito para trabajar día a día, ya que son testigos del trabajo perseverante, para lograr un nuevo éxito en mi vida profesional.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN	xvi
ABSTRACT	xvii
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema	4
1.2. Formulación del problema.....	8
1.3. Objetivos	9
1.3.1. Objetivo general.....	9
1.3.2. Objetivos específicos	10
1.4. Justificación e importancia	10

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	13
2.2. Base teórica.....	26
2.2.1. Cesárea en la historia.....	26
2.2.2. Definición conceptual de cesárea	28
2.2.3. Clasificación de cesárea	28
2.2.4. Principales indicaciones de cesárea.....	30
2.3. Definición de términos	36
2.3.1.-Incidencia de cesárea.....	36

2.3.2. Indicaciones de cesárea	36
2.3.3. Tipo de parto	36
2.3.4. Edad	36
2.3.5. Grado de instrucción.....	36
2.3.6. Estado civil	37
2.3.7. Paridad	37
2.3.8. Edad gestacional	38
2.3.9.-Control Prenatal	38
2.3.10. Cesáreas Anteriores	38
2.3.11. Patología durante el embarazo.....	39
2.3.12. Trabajo de parto	39
2.3.13. Condición de la cesárea	39
2.3.14.-Test de Apgar	39
2.3.15. Peso del recién nacido	40

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación	41
3.2. Diseño de la investigación	41
3.3. Ámbito de estudio	42

3.4. Variables de estudio	43
3.4.1. Incidencia de cesárea.....	43
3.4.2. Principales indicaciones de cesárea.....	44
3.5. Operacionalización de variables	45
3.6. Población y muestra	47
3.6.1. Población.....	47
3.6.2. Muestra.....	47
3.6.3. Criterios de inclusión	48
3.6.4. Criterios de exclusión	48
3.6.5. Unidad de análisis	48
3.7. Métodos, instrumentos y técnicas de recolección de datos	49
3.7.1. Métodos de recolección de datos	49
3.7.2. Instrumento de recolección de datos	50
3.7.3. Técnica de recolección de datos	51
3.7.4. Procedimiento de recolección de datos	51
3.7.5. Aspectos éticos	52
3.8. Procesamiento y análisis estadístico	52
3.8.1. Procesamiento.....	52
3.8.2. Análisis estadístico	52

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1. Resultados según incidencia de cesárea	53
4.2. Resultados según características sociodemográficas	55
4.3. Resultados según características Gineco-Obstétricas	61
4.4. Resultados según indicaciones de cesárea.....	76
4.5. Resultados según características del recién nacido	79
DISCUSIÓN	88
CONCLUSIONES	94
RECOMENDACIONES.....	95
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
ANEXOS.....	111

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: INCIDENCIA DE CESÁREA EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	53
TABLA 2: EDAD DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	55
TABLA 3: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	57
TABLA 4: ESTADO CIVIL DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	59
TABLA 5: NÚMERO DE PARTOS DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	61
TABLA 6: EDAD GESTACIONAL DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	63

TABLA 7: NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD–TACNA, 2015	65
TABLA 8: CESÁREA PREVIA EN LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD–TACNA, 2015	67
TABLA 9: PATOLOGÍA DURANTE EL EMBARAZO EN LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD–TACNA, 2015	69
TABLA 10: TRABAJO DE PARTO EN LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD–TACNA, 2015	72
TABLA 11: CONDICIÓN DE LAS CESÁREAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD–TACNA, 2015	74
TABLA 12: PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD–TACNA, 2015	76

TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO POR CESÁREA DE ACUERDO AL APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	79
TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS EN CESÁREAS REALIZADAS POR INDICACIÓN DE SFA EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	82
TABLA 15: DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO POR CESÁREA SEGÚN PESO AL NACER EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	84
TABLA 16: DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN EL PESO AL NACER CON INDICACIÓN DE CESÁREA POR MACROSOMÍA EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1: INCIDENCIA DE CESÁREA EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	54
GRÁFICO 2: EDAD DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	56
GRÁFICO 3: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	58
GRÁFICO 4: ESTADO CIVIL DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	60
GRÁFICO 5: NÚMERO DE PARTOS DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	62

GRÁFICO 6: EDAD GESTACIONAL DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	64
GRÁFICO 7: NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	66
GRÁFICO 8: CESÁREA PREVIA EN LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	68
GRÁFICO 9: PATOLOGÍA DURANTE EL EMBARAZO EN LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	71
GRÁFICO 10: TRABAJO DE PARTO EN LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	73
GRÁFICO 11: CONDICIÓN DE LAS CESÁREAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	75

GRÁFICO 12: PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	78
GRÁFICO 13: DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO POR CESÁREA DE ACUERDO AL APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	81
GRÁFICO 14: DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS EN CESÁREAS REALIZADAS POR INDICACIÓN DE SFA EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	83
GRÁFICO 15: DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO POR CESÁREA SEGÚN PESO AL NACER EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015	85

GRÁFICO 16: DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO
SEGÚN EL PESO AL NACER CON 87
INDICACIÓN DE CESÁREA POR MACROSOMÍA
EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue realizado con el objetivo de determinar la incidencia y principales indicaciones de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna en el año 2015; se realizó una investigación no experimental, de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

La muestra estuvo constituida por 563 pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna en el año 2015. Los principales resultados indican que se registraron 1354 partos, de los cuales 563 fueron cesáreas, dándonos una incidencia de cesárea de 41,6 %, las principales indicaciones de cesárea fueron: sufrimiento fetal agudo (15,6 %), desproporción céfalo-pélvica por macrosomía fetal (11,2 %), presentación podálica (10,3 %), cesárea iterativa (9,8 %), trabajo de parto disfuncional (9,4 %) e inducción fallida (4,8 %).

Palabras clave: cesárea, incidencia de cesárea, indicaciones de cesárea

ABSTRACT

The present research was conducted in order to determine the incidence and main indications for cesarean section in Daniel Alcides Carrión hospital III EsSalud Tacna in 2015; a non-experimental research, descriptive, retrospective, cross-cut was made; population composed of pregnant women who delivered by cesarean section during the period January to December 2015.

The sample consisted of 563 patients who had cesarean delivery in Daniel Alcides Carrión hospital III EsSalud Tacna in 2015. The main results indicate that 1354 deliveries, of which 563 were cesarean deliveries, giving an incidence of Caesarean 41,6 %, the main indications for cesarean section were recorded : acute fetal distress (15,6 %), disproportion cephalopelvic by fetal macrosomia (11,2 %), breech presentation (10,3 %), iterative caesarean section (9,8 %), dysfunctional labor (9, 4 %) and failed induction (4, 8 %).

Keywords: cesarean section, incidence of cesarean section, cesarean indications

INTRODUCCIÓN

En este trabajo de investigación se estudió la incidencia y principales indicaciones de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna en el año 2015, con la cual se espera determinar cuál es la incidencia de cesáreas en dicho hospital y de igual forma conocer cuáles son las indicaciones más frecuentes para su realización, ya que numerosos estudios demuestran que en los últimos años la tasa de partos por cesárea se ha incrementado significativamente a nivel nacional e internacional y que además sobrepasan los límites establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

También detallan que la cesárea es una intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos a través de la vía abdominal incidiendo en el útero, y por ser un procedimiento quirúrgico trae consigo una mayor morbilidad y mortalidad materna. Se debe tener en cuenta que la cesárea no es procedimiento inocuo, numerosos estudios calculan que su morbilidad es 20 veces mayor que la de un parto vaginal.

Por tales motivos resulta de gran importancia una indicación adecuada para este procedimiento, que como se sabe podría causar graves complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido.

La alta frecuencia de cesáreas y la morbilidad que esta operación lleva, fueron el motivo para la realización de este trabajo de investigación, en beneficio de la salud reproductiva de la población. Por ello nos planteamos determinar la incidencia y las indicaciones más frecuentes de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna.

Este trabajo de investigación presenta los siguientes capítulos:

En el Capítulo I se describe el problema, la formulación de la misma, se conoce las preguntas de investigación, la tesis tiene por objetivo determinar la incidencia de cesárea y las indicaciones más frecuentes para su ejecución en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna en el año 2015.

En el Capítulo II se aborda los antecedentes del problema, los aspectos teóricos relacionados con la incidencia e indicaciones de cesárea, donde se encuentra además la definición de términos.

En el Capítulo III se aborda la metodología de la investigación, la investigación planteada es de tipo descriptiva, diseño no experimental, transversal y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 563 pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud-Tacna durante el periodo de enero a diciembre del 2015.

En el Capítulo IV se ofrece los resultados y discusión, por último, se presentan las conclusiones y recomendaciones de esta tesis.

Espero que este trabajo sea útil y práctico para beneficio de aquellos que lo lean y sirva como un derrotero para otras investigaciones similares.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 . Descripción del problema

La operación cesárea incorporada a la práctica médica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño, se ha ido incrementando en las últimas décadas. Su frecuencia se ha acrecentado a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la tasa de cesárea debe oscilar entre 10 % y el 15 % de todos los nacimientos, de la misma manera afirma que en las últimas décadas, las tasas de cesárea han aumentado en todo el mundo tanto en países en desarrollo como en los países desarrollados^{2,3}.

También recalcan que el riesgo de infección y de complicaciones por la cirugía son peligros potenciales, en particular en los lugares que carecen de instalaciones o de la capacidad para realizar cirugía de forma segura. De las complicaciones maternas, las que más frecuentemente se presentan son: infección, hemorragia y procesos tromboembólicos⁴.

En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud de diversos países han expresado su preocupación respecto al incremento significativo en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud maternoinfantil^{5,6}.

Por otro lado, no debemos olvidar que son muchos los factores que subyacen al uso excesivo de la cesárea, sobre todo en el sector privado: por una parte aquéllos asociados a las preferencias o prácticas del propio personal de salud, por otra parte, la comercialización de esta intervención quirúrgica donde las propias mujeres se convierten en demandantes activas de la cesárea, porque la ausencia de información en torno a las posibles complicaciones favorece el que sea vista como una forma de parto sin dolor⁷.

Así mismo, las cesáreas representan un gasto significativo para los sistemas sanitarios, estudios indican que el costo de la operación cesárea es tres veces mayor que el del parto vaginal normal. Los medicamentos y suministros médicos representan en promedio el 49,2 % del costo total⁸, así mismo este gasto aumenta si la cesárea se complica⁹.

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

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

Así mismo, el último informe de la ENDES 2014 nos revela que la tasa de cesárea continúa en aumento en Tacna, proporcionándonos un porcentaje de 35,3 % de nacimientos por cesárea, lo cual indica una alta incidencia de ésta operación¹⁰.

El Programa de Perinatología del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna emitió un informe en el año 1998, en el cual se reportaron un total de 731 partos ocurridos (vaginales y cesáreas), de las cuales el 29,31 % fueron cesáreas, de éstas, el 16,55 % se indicaron antes del trabajo de parto y el 12,58 % durante el trabajo de parto¹³.

Según nos indica el Área de Estadística Institucional de EsSalud en el año 2014, en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna se reportaron un total de 1378 partos, de los cuales 529 fueron cesáreas, constituyendo un porcentaje 38,39 %, esta cifra nos confirma la tendencia de aumento en el porcentaje de cesáreas, desde 1998 hasta el 2014, éste aumentó significativamente de 29,31 % a 38,39 %¹⁴.

Actualmente en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna no existen estudios recientes sobre el tema, por tal razón y por lo expuesto anteriormente, se ha decidido realizar este estudio con la intención de conocer cuál es la incidencia de cesáreas en el hospital y cuáles son las principales indicaciones de esta intervención quirúrgica.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

Lo anteriormente expuesto nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta principal:

¿Cuál es la incidencia de cesárea y las indicaciones más frecuentes para su ejecución en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna, 2015?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuál es la incidencia de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna, 2015?

- b) ¿Cuáles son las indicaciones más frecuentes de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna, 2015?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la incidencia de cesárea y las indicaciones más frecuentes para su ejecución en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna, 2015.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Determinar la incidencia de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna, 2015.

- b) Determinar las indicaciones de cesárea más frecuentes en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna, 2015.

1.4. Justificación e importancia

La justificación e importancia del estudio se da en tres aspectos relevantes:

A. Actualidad

El presente trabajo nos muestra una problemática, la incidencia de cesáreas va en aumento conforme pasan los años, además de ser la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia en obstetricia¹⁵. Sin embargo, a pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos y anestésicos y la

modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbilidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal¹⁶.

Este estudio nos permitirá replantear estrategias de manejo, con el fin de disminuir complicaciones materno-perinatales; y de esa manera ayudar a contribuir en uno de los objetivos del milenio, la disminución de la morbilidad materna del Perú.

B. Trascendencia

El problema es trascendente, en razón a que se ha observado que en los últimos años las tasas de cesárea han aumentado¹⁷, además, la operación cesárea puede tener complicaciones, las cuales no son siempre previsibles o evitables¹⁸. En ese sentido, es preciso examinar los criterios bajo los cuales se llevan a cabo, con el propósito de conseguir que toda cesárea efectuada sea justificada médicamente, por lo que se desea determinar la incidencia de cesárea y las indicaciones

más frecuentes para su ejecución, con el fin disminuir esta problemática.

C. Utilidad

Desde el punto de vista práctico, los resultados van a permitir abordar el problema, en primer lugar estableciendo medidas profilácticas, incentivando a las gestantes a asistir a las clases de psicoprofilaxis obstétrica, ya que en algunos casos son las propias mujeres las que desean que se les realice una cesárea, por la ausencia de información. Por otro lado actualmente no están protocolizadas eficientemente las indicaciones de cesárea, este estudio nos permitirá conocer la situación real del hospital y aportar información que nos va a permitir tomar decisiones, plantear recomendaciones y estrategias de solución del problema, logrando así una atención de calidad en la prevención, de esta manera ser más eficientes en el control de sus recursos económicos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

a) Antecedentes internacionales

En Ecuador, Astudillo y Guillen, 2012, en su investigación: prevalencia de parto por cesárea e identificación de su etiología en el Hospital José Carrasco Arteaga, encontraron que la prevalencia de cesárea fue del 61,6 %, el grupo de edad en el que predominó fue el de 20 a 30 años con una prevalencia de 55,6 % y en las mujeres con un nivel de instrucción superior con una prevalencia de 44,4 %, la operación cesárea por primera vez fue la de mayor frecuencia con el 47,8 % y la principal indicación en esta muestra fue la cesárea anterior la cual se presentó en el 32,2 % de la población¹⁹.

En Argentina, Medina et al, 2011, realizaron una investigación titulada: incidencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital Dr. José R. Vidal de la ciudad de Corrientes, en el periodo de estudio comprendido entre el 1 de enero de 2009 al 30 de abril de 2010, los resultados nos muestran que se registraron 4016 nacimientos, con incidencia de cesáreas de 32 %. Indicaciones obstétricas de cesáreas: 30,94 % 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 % corioamnionitis, 7,60 % cáncer de cérvix, 5,20 % ruptura prematura de membrana, 4 % cardiopatías, 2,40 % Lúes, 2,40 % colestasis, 1,20 % condilomatosis y otras 0,40 % en un total de 250 pacientes²⁰.

En Venezuela, Uzcátegui, 2008, realizó una investigación: estado actual de la cesárea en Caracas, en ella nos señala que en los hospitales públicos la frecuencia de la operación cesárea es

menor que en los privados, sobre todo donde hay cursos de posgrado en obstetricia y ginecología. Nos da a conocer que la tendencia en su país es semejante a la de los otros países, del mundo la cual es una preocupación mundial. Señala también que en algunos hospitales públicos de Caracas y del interior del país hay cifras menores que las de los privados, pero sin embargo, han aumentado en relación con años anteriores. Concluye recalcando que se deben tomar medidas ante el abuso de cesáreas y se muestra a favor del parto vaginal por ser un acto normal y fisiológico²¹.

En México, Campero et al, 2007, realizaron una investigación: tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México, en una muestra de 992 nacimientos de 847 mujeres que participaron en clases prenatales y de las cuales se contaba con un registro completo en las variables de interés en este estudio. Los resultados descriptivos de los 992 nacimientos indican que la tasa promedio de la operación cesárea fue de 32,80 % por cada 100 nacimientos. La media de edad de las mujeres fue 30,2, con una desviación estándar de 4,2. El nivel educativo de las mujeres fue

considerablemente alto en relación con el promedio de escolaridad de la población femenina en México, ya que para este trabajo 83,27 % contaban con estudios universitarios²².

En Argentina, Romero et al, en el año 2004, en su investigación: incidencia y principales indicaciones de cesáreas en el Servicio de Tocoginecología del Hospital J. R. Vidal, en el periodo de estudio del 1º de junio del 2002 al 31 de mayo del 2003, reportaron que en el año 2002 hubo una incidencia del 26,23 %, y en el 2003 fue del 25,55 %, registrándose 4530 gestaciones de las cuales 1102 culminaron en parto cesárea, con una incidencia de 24,32 %, las cuales fueron discriminadas por orden de frecuencias de sus indicaciones; cesárea iterativa: 249 (22,5 %); sufrimiento fetal agudo: 148 (13,5 %); cesárea anterior: 120 (11 %); presentación podálica: 111 (10 %) y gestación múltiple: 82 (7,5 %) a pesar de disminuir casi completamente la indicación por cesárea anterior, la cifra de incidencia disminuye escasamente (0,68 %), y esto es debido a la alta incidencia de cesárea iterativa que enfrenta el servicio²³.

b) Antecedentes nacionales

En Chiclayo, Perú, Carpio, 2015, realizó un estudio titulado: la operación cesárea, incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de ESSALUD-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012. La muestra estuvo conformada por 154 casos de cesárea en dicho hospital. Los resultados indican una incidencia de la operación cesárea de 27,70 %, entre las principales indicaciones: cesárea segmentaria previa con 23,4 %; presentación podálica con 22,7 %; desproporción céfalo-pélvica 21,4 %; desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8,4 %, macrosomía fetal mayor de 4.500 gr 6,5 % y cesareada a término 90,0 %. Por lo que concluye que la incidencia en dicho hospital se encuentra en porcentaje superior al recomendado por la OMS²⁴.

En Lambayeque, Perú, Paiba y Salazar, 2015, realizaron una investigación titulada: causas de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2014. Revisaron 140 historias clínicas de partos por cesárea y un mismo número por parto vaginal. Los principales resultados indican que las pacientes

sometidas a cesáreas se caracterizan porque el 70,7 %, son de 19 a 34 años; el 65,7 % proceden de los pueblos de Lambayeque, existe un predominio de monitoreo adecuado de 60,7 %. En la indicación del profesional predomina el riesgo obstétrico con 98,6 %. Las causas maternas asociadas al parto por cesárea son la cesárea previa, las distocias del canal del parto, el periodo intergenésico corto y enfermedad hipertensiva del embarazo. Las causas fetales son malformaciones congénitas, RCIU y la muerte fetal previa; mientras que el oligohidramnios, el DPP y la placenta previa constituyen causas específicas del parto por cesárea²⁵.

En Lambayeque, Perú, Bustamante et al, 2014, en su investigación: frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL) 2010-2011, encontraron que la edad promedio fue 25,71 años, la edad materna más frecuente estuvo entre los 20 - 30 años, el lugar de procedencia departamento de Lambayeque con 93,4 %, siendo el 63,4 % del área rural, el estado civil conviviente alcanzó el 70,3 %, grado de instrucción secundaria completa (34,4 %), edad gestacional a término (85 %), ningún control prenatal (59,3 %). La frecuencia de cesáreas practicadas fue 33,6 %; la indicación más

frecuente fue cesárea segmentaria previa (25,6 %); seguidas por sufrimiento fetal agudo (13,9 %), pre eclampsia-eclampsia (12,1 %), presentación podálico (10,6 %), macrosomía fetal mayor de 4.500 gr. (10,3 %); oligohidramnios severo (9,2 %); dos o más cesáreas previas (8 %); desproporción céfalo-pélvica (7,4 %); expulsivo prolongado (6,2 %); y otras indicaciones (31,8 %). Obtuvieron como conclusión que la frecuencia de operación cesárea es alta en el HPDBL; la indicación más frecuente de cesárea fue cesárea segmentaria previa; siendo más frecuente en jóvenes que en adolescentes. Se encontró asociación entre indicación de cesárea absoluta y las variables antecedentes de cesárea e incisión abdominal²⁶.

En Tumbes, Perú, Patiño, 2011, realizó una investigación denominada: factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes en el año 2011, los principales resultados nos indican: sobre las causas de las cesáreas realizadas a las pacientes, estas se presentaron en orden de importancia. En el MINSA: por ser cesareada anterior, 20 %; por enfermedad hipertensiva del embarazo, 13,3 %; por macrosomía fetal, 13,3 %, y por presentación alta, entre otras, 6,7 %. En EsSalud, la

presentación alta mostró un 20 %, la cesareada anterior, 10 %, y el resto, otras causas. La frecuencia de cesárea en el MINSA fue de 49,52 %, y en EsSalud, 58,76 %. Se llegó a la conclusión que los factores maternos para la indicación de cesárea en los dos hospitales de Tumbes estudiados durante el 2011 fueron las cesáreas anteriores en las pacientes mayores de 25 años, con una gestación previa y más de seis controles prenatales²⁷.

En Lima, Perú, Manzano, 2011, en su investigación titulada: incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 – 2009, fue un estudio de tipo cohorte, retrospectivo, donde se revisó todas las historias clínicas de gestantes adolescentes multigestas, que tuvieron su parto en dicho hospital, midiendo la incidencia de la variable de interés, los principales resultados nos indican que se registró 584 partos de adolescentes multigestas, de las cuales 264 correspondieron a cesáreas iterativas, lo que significó una incidencia de 45 cesáreas iterativas por cada 100 gestaciones (45 %). El promedio de edad fue de $18,2 \pm 1,1$ años (14 a 19 años). Por modelo de regresión logística multivariante identificó como factor

de riesgo la desproporción céfalo-pélvica y como factores protectores el número de hijos vivos y abortos²⁸.

En Lima, Perú, Quispe et al, 2010, realizaron un estudio denominado, cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008, se encontró que durante el periodo total del estudio la tasa de cesáreas mensual (TCM) promedio fue de 36,9 % \pm 9,1 %. Entre los años 2001 y 2008 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 y septiembre, ciclo que se ha repetido en la mayoría de los centros hospitalarios bajo estudio. Concluyeron en que la TCM de los hospitales de la DISA V Lima-Ciudad supera largamente el límite recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y durante los años de estudio ha mantenido una tendencia significativamente creciente²⁹.

En Pasco, Perú, Echáis, 2004, realizó una investigación titulada: cesárea, experiencia en el Hospital General de Oxapampa, para determinar especificar las principales indicaciones y complicaciones de los partos por cesárea, se revisó las historias clínicas e historias perinatales de 109 pacientes sometidas a parto por cesárea en el Hospital General de Oxapampa, entre enero de 2001 y diciembre del 2002. La tasa de cesáreas para el periodo de estudio fue de 25,7 %. La mayoría de las pacientes tenían entre 20 y 35 años (56.9 %), educación primaria (35,8 %), estado civil conviviente (54,1%) gestación a término (77,6 %). Las principales indicaciones para cesárea fueron: desproporción 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 vivos³⁰.

En Cusco, Perú, De La Cruz et al, 2004, realizó una investigación: incidencia e indicaciones de operación cesárea en los Hospitales Antonio Lorena y Regional del Cusco durante el año

2004. Estudio Transversal, retrospectivo, descriptivo comparativo, no experimental. La incidencia de cesárea en el Hospital Antonio Lorena fue de 10,74 % y en el Hospital Regional del Cusco 27,55 %, Los resultados obtenidos para el Hospital Lorena son los siguientes, el 56,9% de las gestantes tienen entre 20 a 29 años, el 63,6 % son convivientes, el 34 % tiene secundaria completa y el 18,3 % algún grado de educación superior, el 65,2 % son amas de casa y provienen de zona urbana el 58,8 %, el 56,1 % tiene más de 6 controles. Las principales indicaciones de cesárea fueron: presentación podálica 18,3 %, sufrimiento fetal agudo 11,3 %, desproporción céfalo pélvica 10,8 %, trabajo de parto disfuncional 8,6 %, cesárea iterativa 8,6 %. Por otra parte En el Hospital Regional, el 49,2 % de las gestantes tienen entre 20 y 29 años, el 15,9 % son gestantes adolescentes, tienen menos de 19 años, el 68,96 % son convivientes, el 32,2 % tiene secundaria completa y el 20,6 % algún grado de educación superior, el 68,8 % son amas de casa y provienen de zona urbana el 53,9 %, el 44,2 % tiene más de 6 controles. En relación a las principales indicaciones de cesárea fueron: estrechez pélvica 17,0%, cesareada anterior 10,3 %, sufrimiento fetal agudo 10,2 %, desproporción céfalo pélvica 8,8 %, pre eclampsia 8,6 %, presentación podálica 7,4 %. Donde concluye

que existen discrepancias marcadas en los porcentajes de las causas de cesárea entre los hospitales del MINSA de Cusco. Según estos resultados el Hospital Lorena cumple con el estándar internacional de cesáreas (15 %) y el Hospital Regional del Cusco supera este estándar³¹.

En Lima, Perú, Cárdenas et al, 2002, realizaron una investigación titulada: incidencia e indicaciones de las cesáreas practicadas en el Instituto Materno Perinatal, fue un estudio descriptivo, retrospectivo de todos los casos de cesárea ocurridos en el Instituto Materno Perinatal (IMP) en el año 2000. Se obtuvo así 6465 mujeres cesareadas, de un total de 20 094 partos atendidos. Las variables estudiadas fueron edad, estado civil, paridad, tipo de atención e indicaciones. Teniendo como resultado una incidencia de cesáreas practicadas en el IMP que fue 32,2 %, la edad materna más frecuente estuvo entre los 26 y 30 años (34,2 %), la convivencia se presentó en 57,3 %. La indicación más frecuente de cesárea fue sufrimiento fetal agudo (20,06 %), luego, cesareada anterior (12,6 %), parto podálico (10,5 %), estrechez pélvica (9,5 %) y distocia (7,3 %). Donde se concluye que la incidencia de operación cesárea es alta en el IMP, siendo el

sufrimiento fetal agudo su principal indicación. Es más frecuente en adultas que en adolescentes y casi en su totalidad son de emergencia³².

c) Antecedentes locales

El Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, 2003, emitió un informe en el cual indica que el porcentaje de cesáreas es de 24,2 %, encontrando dentro de las indicaciones más frecuentes: DCP (34,3 %), sufrimiento fetal (16,5 %), cesárea anterior (11,5 %), presentación podálica (11 %), enfermedad hipertensiva del embarazo (6,5 %)³³.

En el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna, Alvarez et al, 2003, realizaron un trabajo de investigación: incidencia y principales indicaciones de cesárea, investigación de tipo descriptivo, de corte longitudinal, realizada con una muestra conformada por todas las gestantes cesareadas en el año 2003. Los principales resultados nos indican que de una total de 723 partos, el 38 % fueron cesáreas, el 74,5 % fueron de emergencia, entre las principales indicaciones tenemos: distocia de la

presentación (15,3 %), sufrimiento fetal agudo (14,2 %), cesareada anterior una vez (8,7 %), macrosomía fetal (8 %), pre-eclampsia (8 %), entre otras³⁴.

En el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna, 1998, el Programa de Perinatología emitió un informe en el cual se reportó que de 731 partos ocurridos, el 29,31 % fueron cesáreas, de las cuales el 16,55 % se indicaron antes del trabajo de parto y el 12,58% durante el trabajo de parto, dentro de las principales indicaciones de cesárea detallaron: cesárea anterior (6,28%), DCP (3,69 %), sufrimiento fetal (4,23 %), presentación podálica (2,60 %), pre eclampsia (1,50 %) y otras causas (10,93 %)¹³.

2.2. Base teórica

2.2.1. Cesárea en la historia

La historia de la obstetricia se halla indisolublemente ligada a una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas que conoce la humanidad: la operación cesárea. La extracción del feto a través de las paredes abdominal (laparotomía) y

uterina (histerotomía), es practicada por el hombre desde la prehistoria. Magia, leyenda, misterio, sangre y muerte, son palabras que se grabarían en la historia de la operación cesárea desde su origen hasta el ocaso de la era moderna³⁵.

Etimológicamente, el nacimiento de una criatura por corte de las paredes abdominales viene del verbo latino caedere (cortar). A los recién nacidos por esa vía se les llamaba cesones o caesares en la Roma Imperial, precisamente debido a la indicación de la operación, es decir, al nacimiento del niño a aeso matris útero^{36,37}.

El origen de la palabra cesárea generalmente se debe a la "Lex Regia" del año 715 A.C de Numa Pompilius (siglo VIII A.C.) que impedía inhumar a la mujer embarazada sin haber sacado previamente al niño con una escisión del abdomen (ley de los césares) y a la leyenda que cuenta que Julio Cesar nació de este modo³⁸.

Con el reconocimiento final de la operación cesárea como solución práctica y segura a los problemas del parto causantes de riesgo materno fetal, la ciencia obstétrica salió victoriosa de una de las más cruentas batallas del hombre

contra los límites de su tiempo, no sólo dentro de la historia de la medicina, sino en el largo camino recorrido por la humanidad desde el mismo comienzo de su evolución³⁵.

2.2.2. Definición conceptual de cesárea

La cesárea es un procedimiento quirúrgico obstétrico mediante el cual se extrae el producto de la concepción en condiciones de viabilidad, realizando una incisión a través de la pared abdominal y del útero³⁹.

2.3.3. Clasificación de cesárea

La cesárea se clasifica⁴⁰:

a) Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- **Primaria:** Es la que se realiza por primera vez.
- **Iterativa:** Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- **Previa:** es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

b) Según indicaciones

- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

c) Según la incisión uterina⁴¹

- Corporal o clásica: se hace una incisión vertical en el segmento superior del útero a través del miometrio.
- Vertical baja o segmento corporal (Tipo Beck): se hace una incisión vertical en el segmento inferior.
- Transversal baja o segmento arciforme (Tipo Kerr): la incisión uterina se hace en dirección transversal en el segmento uterino inferior después de establecer un colgajo vesical

2.2.4. Principales indicaciones de cesárea

Schwarcz et al, clasifican las indicaciones de cesárea en absolutas y relativas, las cuales se refieren a la magnitud del riesgo materno-perinatal como causal de cesárea⁴².

a) Absolutas

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

b) Relativas

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

Al mismo tiempo, la indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: maternas, fetales, ovulares y materno-fetales^{42,43,44,45}.

a) Maternas

- **Distocia ósea:** es la alteración del mecanismo de parto debido a modificaciones en el tamaño, forma y/o inclinación de la pelvis ósea materna.
- **Distocias dinámicas:** son causadas por contracciones uterinas anómalas que no permiten vencer la resistencia de los tejidos blandos u óseos, para la progresión adecuada del feto.
- **Distocias de partes blandas:** son debidas a malformaciones uterinas, o tumores que obstaculizan la salida del feto, o alteran la fisiología del cérvix.
- **Tumores previos:** se refiere al antecedente de un tumor pélvico que se formó en una de las capas que conforman el útero.
- **Rotura uterina:** es la solución de continuidad patológica que sufre el músculo uterino durante el embarazo, o más frecuentemente durante el parto.
- **Cesárea anterior:** se refiere al antecedente de una cesárea, actualmente se considera que si no se repiten los motivos de la primera intervención o no existe otra

indicación, si se reúnen los criterios, debería permitirse el parto normal bajo observación cuidadosa.

- **Cirugía ginecológica previa:** comprende las estructuras del aparato reproductor femenino, incluidos el útero y, ovarios, trompas de Falopio, vagina y vulva clasificándose en abdominales y vaginales.
- **Herpes genital activo:** el herpes genital es una ETS causada por dos tipos de virus. Estos virus se llaman herpes simple del tipo 1 y herpes simple del tipo 2.
- **Pre eclampsia:** incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambas que ocurre después de la semana 20 de gestación.
- **Hipertensión crónica grave:** se considera cuando la presión sistólica es mayor o igual a 180 o la presión diastólica es mayor o igual a 110.
- **Nefropatía crónica:** es una pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales.
- **Tuberculosis pulmonar grave:** es una infección bacteriana grave, contagiosa, que compromete los pulmones y que se puede propagarse a otros órganos.

- **Fracaso de la inducción:** falla en establecer el trabajo de parto después de un ciclo de tratamiento, (después de 3 inducciones realizadas correctamente, en 3 días consecutivos)

b) Fetales

- **Distocias de la presentación:** entendemos por presentación pelviana o de nalgas y en presencia de asinclitismo.
- **Distocias de la situación:** se refiere a la situación transversa y oblicua del feto.
- **Distocias por deflexión de la cabeza fetal:** entendemos por presentación de sincipucio, de frente y de cara.
- **Distocias por anomalías de la posición fetal:** se refiere a la posición en occípito-posterior y occípito-transversa.
- **Macrosomía fetal:** peso fetal mayor o igual a 4000 gr. Para causa indicación absoluta de cesárea se considera un peso mayor o igual a 4500 gr.

- **Sufrimiento fetal agudo:** estado que altera la fisiología fetal, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un periodo relativamente breve.
- **Restricción del crecimiento intrauterino:** es la consecuencia de la supresión del potencial genético de crecimiento fetal, que ocurre como respuesta a la reducción del aporte de sustratos, o, más infrecuentemente, a noxas genéticas, tóxicas o infecciosas.
- **Embarazo múltiple:** es el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos.
- **Enfermedad hemolítica fetal grave:** también llamada eritroblastosis fetal, es un trastorno sanguíneo en la que una madre produce anticuerpos durante el embarazo que atacan los glóbulos rojos de su propio feto, cuando la madre y el feto tienen tipos de sangre diferentes. En la mayoría de estos casos, una diferencia en el tipo Rh.
- **Muerte habitual del feto:** antecedentes de óbitos fetales en gestaciones anteriores.

c) Ovulares

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

d) Materno-fetales

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

2.3. Definición de términos

2.3.1. Incidencia de cesárea: corresponde al número de intervenciones quirúrgicas cuyo propósito es extraer al feto a través de la vía abdominal, incidiendo en el útero³⁹.

2.3.2. Indicaciones de cesárea: son la causa determinante para realizar una cesárea, la cual puede ser absoluta o relativa o según su etiología puede ser maternas, fetales, ovulares y materno-fetales⁴².

2.3.3. Tipo de parto: es la vía de culminación de una gestación, que puede ser vaginal o cesárea⁴⁶.

2.3.4. Edad: tiempo transcurrido en años desde el evento de nacimiento de la persona hasta el momento de su constatación (el ingreso al estudio de investigación)⁴⁷.

2.3.5. Grado de instrucción: el grado de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos⁴⁸.

Las modalidades utilizadas son las siguientes:

- **Sin instrucción:** se refiere a aquellas personas que no tienen ninguna instrucción escolar.
- **Primaria:** se refiere a los que tienen el nivel de estudios primarios.
- **Secundaria:** incluye a las personas que tienen el nivel de estudios equivalente a secundarios.
- **Superior:** incluye a las personas que han realizado estudios en Escuelas Universitarias, en Facultades Universitarias o en Escuelas Técnicas Superiores.

2.3.6. Estado civil: es la situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones⁴⁹.

Las modalidades utilizadas en este estudio son las siguientes: casada, conviviente y soltera.

2.3.7. Paridad: se refiere al número de parto que corresponde la cesárea realizada, según esto puede ser⁵⁰:

- Primípara: cuando una mujer tuvo parto por primera vez.
- Multípara: cuando una mujer tuvo dos partos o más.

2.3.8. Edad gestacional: tiempo transcurrido desde el primer día del último periodo menstrual y el momento que se quiere saber la edad del feto o del nacimiento⁴⁶.

Se clasifica en⁵¹:

- Pre-término: menos de 37 semanas.
- A término: de 37 hasta 41 semanas.
- Post-término: mayor o igual a 42 semanas.

2.3.9. Control Prenatal: es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado, a fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que le corresponda, para que el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término⁵².

2.3.10. Cesáreas Anteriores: se refiere al número de cesáreas previas a la gestación actual.

2.3.11. Patología durante la gestación: enfermedad que curse durante la gestación actual, en algunos son similares a la no gestante⁵³.

2.3.12. Trabajo de parto: es el periodo que inicia con actividad uterina regular hasta la expulsión de la placenta⁵⁴. El cual puede iniciar se manera espontánea o por medio de inducción si el caso lo amerita.

2.3.13. Condición de la cesárea: puede ser programada/electiva, o no programada/de urgencia⁴⁰.

2.3.14. Test de Apgar: es un test que permite una rápida valoración del estado cardiorrespiratorio y neurológico al nacer, aplicado en el periodo neonatal inmediato (primer y quinto minuto de recién nacido), que toma en cuenta cinco signos: la frecuencia cardiaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, irritabilidad refleja y el color de la piel. Cada signo tiene un mínimo de 0 y un máximo de 2 puntos⁴⁶.

- Apgar 0-3: Depresión severa
- Apgar 4-6: Depresión moderada
- Apgar 7-10: Normal o vigoroso

2.3.15. Peso del recién nacido: se refiere al peso en gramos del recién nacido, ésta clasificación no tiene en cuenta la edad gestacional aunque indirectamente se asume que aquellos de bajo peso son recién nacidos pre término, a continuación la clasificación⁵⁵:

- Macrosómico: 4000 gr a más
- Peso adecuado: 2500 a 3999 gr
- Bajo peso al nacer: 1500 a 2499 gr
- Muy bajo peso al nacer: 1000 a 1499 gr
- Extremadamente bajo peso al nacer: 500 a 999 gr

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

La investigación científica es de tipo descriptiva, ya que se realiza un ordenamiento de los resultados de las observaciones sobre fenómenos o situaciones dadas. Además está dirigido a determinar la presencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (incidencia), y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno⁵⁶.

3.2. Diseño de la investigación

El diseño es no experimental⁵⁷, porque se observa fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, sin manipular las variables; es descriptivo⁵⁸, ya se describe la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud en una población; es de corte transversal⁵⁶, porque estudia las variables

simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo; y es retrospectivo⁵⁶, ya que se indaga sobre los hechos ocurridos en el pasado.

3.3. Ámbito de estudio

El Hospital III Daniel Alcides Carrión, inicia su funcionamiento en el año 1991, como Hospital II Calana brindando servicio de consulta externa en las especialidades básicas de Medicina General, Pediatría, Nefrología y Rehabilitación, posteriormente en el año 1992 extiende su cobertura con la implementación de Hospitalización y Emergencia, ajustándose a las necesidades de la población asegurada de Tacna, ampliando su infraestructura así como equipamiento biomédico.

En el año 1998 es elevado a Nivel III mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 253-PE-IPSS-1998 denominándole posteriormente como Hospital III Tacna: “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”, en reconocimiento al mártir de la medicina peruana.

Finalmente con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 201-PE-EsSalud-2004, se desactiva las Gerencias Departamentales y se crean las Redes Asistenciales, elevando al Hospital III Daniel Alcides Carrión en: Hospital Base de la Red Asistencial Tacna⁵⁹.

El Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna tiene como domicilio legal en la ciudad de Tacna, Carretera Calana, Km. 6,5.

3.4. Variables de estudio

3.4.1. Variable dependiente: incidencia de cesárea

- **Definición conceptual**

La incidencia se define como el número de nuevos casos que se producen durante un periodo especificado en una población en riesgo de sufrir la enfermedad⁶⁰.

- **Definición operacional**

Número de intervenciones quirúrgicas cuyo propósito es extraer al feto a través de la vía abdominal, incidiendo en el útero³⁹.

3.4.2. Variable independiente: indicaciones de cesárea

- **Definición conceptual**

La indicación es la prescripción médica de tratamientos, medicación y/o procedimientos a realizar a un paciente. Corresponde a un acto complejo, que requiere de conocimientos, experiencia profesional, habilidades específicas, un gran sentido de responsabilidad y una actitud ética⁶¹.

- **Definición operacional**

Es la causa determinante para realizar una cesárea, la cual puede ser absoluta o relativa o según su etiología puede ser maternas, fetales, ovulares y materno-fetales⁴².

3.5. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	UNIDAD /CATEGORÍA	ESCALA
Incidencia de cesárea (Variable dependiente)	Número total de cesáreas en el año.	Porcentaje	Razón
Indicaciones de cesárea (Variable independiente)	Pueden ser: -Maternas -Fetales -Ovulares -Materno fetales	-DCP por pelvis estrecha -DCP por macrosomía fetal -Sufrimiento fetal agudo -Mioma (u otro tumor pélvico) obstructivo -Inducción fallida -Antecedente de dos o más cesáreas -Malformación de la pelvis ósea -Pre eclampsia-eclampsia -Trabajo de parto disfuncional -Distocias de la presentación -Embarazo prolongado, que no inicia trabajo de parto. -Embarazo múltiple más de dos - Embarazo gemelar -Distocias de la situación -Anomalías congénitas: hidrocefalia -Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta -Placenta previa oclusiva total -Prolapso de cordón con feto vivo -Oligohidramnios severo -Insuficiencia placentaria -RPM con infección (corioamnionitis) -Poli hidramnios severo -Entre otras.	Nominal
VARIABLES SECUNDARIAS	INDICADORES	UNIDAD /CATEGORÍA	ESCALA
Características socio-demográficas	Edad	Años	Razón
	Grado de instrucción	1) Sin instrucción 2) Primaria 3) Secundaria 4) Superior	Ordinal
	Estado civil	1)Casada 2)Conviviente 3)Soltera	Nominal

Características Gineco-Obstétricas	Paridad	1)Primíparas 2)Multíparas	Nominal
	Edad gestacional	1)Pre-término:< 37 Semanas 2)A término:37 – 41 Semanas 3)Post-término:≥ 42 semanas	Intervalo
	Controles prenatales	1)Ninguno 2)Uno 3)Dos a cinco 4)Seis a más	Intervalo
	Cesáreas anteriores	1)Ninguna 2)Una vez 3)Dos veces 4)Tres veces	Nominal
	Patología durante gestación	-ITU -HTA -Infección vaginal -Cardiopatía -Asma -Miomatosis uterina -GECA -Cefalea -Diabetes -Gastritis -Colestasis intrahepática -Litiasis vesicular -Epilepsia -Entre otras.	Nominal
	Trabajo de parto	1)Espontáneo 2)Inducido 3)No hubo trabajo de parto	Nominal
	Condición de la cesárea	1)Electiva 2)Urgencia	Nominal
Características del recién nacido	Apgar del recién nacido	1)Vigoroso:7-10 2)Depresión moderada:4-6 3)Depresión severa:0-3	Intervalo
	Peso del recién nacido	1)Macrosómico: 40000 gr a más 2)Peso adecuado: 2500 a 3999 gr 3)Bajo peso al nacer: 1500 a 2499 gr 4)Muy bajo peso al nacer: 1000 a 1499 gr 5)Extremadamente bajo peso al nacer: 500 a 999 gr	Intervalo

3.6. Población y muestra

3.6.1. Población

La población estuvo conformada por 1354 pacientes cuyos partos (vaginales o cesáreas) fueron atendidos en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna en el año 2015.

3.6.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 563 pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna en el año 2015.

- Tipo de muestreo: el tipo de muestreo es no probabilístico, ya que las unidades de análisis se recogieron utilizando métodos en los que no interviene el azar, se utilizó el muestreo consecutivo, el cual consiste en reclutar a todos los individuos de la población accesible que cumplan con

los criterios de inclusión durante el periodo de reclutamiento fijado para el estudio⁶².

3.6.3. Criterios de inclusión

Historias clínicas de pacientes cesareadas atendidas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna durante el periodo enero a diciembre del 2015 con información completa.

3.6.4. Criterios de exclusión

Pacientes programadas para cesárea que terminaron en parto vaginal.

3.6.5. Unidad de análisis

Pacientes que tuvieron parto por cesárea en el periodo de estudio.

3.7. Métodos, instrumentos y técnicas de recolección de datos

3.7.1. Métodos de recolección de datos

Los métodos de recolección que se utilizaron fueron:

- Una ficha de recolección de datos, revisada y corregida por personal con experiencia en este tipo de temas y de acuerdo a los objetivos de nuestra investigación, los datos se registraron luego de la revisión de las historias clínicas seleccionadas del servicio de Gineco-Obstetricia de las pacientes que han sido intervenidas con cesárea en el periodo enero a diciembre del 2015.
- Para la aplicación del instrumento necesario para el recojo de la información, se gestionó la autorización de la Dirección del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud-Tacna, así como el apoyo y participación tanto de los profesionales como del personal administrativo que laboran en dicha institución.

3.7.2. Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos que se utilizó fue el siguiente: ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Corresponde a 13 *ítems*:

- Número de historia clínica
- Edad
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Paridad
- Edad gestacional
- Número de controles prenatales
- Cesáreas anteriores
- Patologías durante el embarazo
- Trabajo de parto
- Condición de la cesárea
- Indicación de la cesárea
- Apgar del recién nacido
- Peso del recién nacido

3.7.3. Técnica de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se utilizó en el presente trabajo de investigación fue:

Técnica de investigación documental: La investigación social basada en documentos se dedica a reunir, seleccionar y analizar datos que están en forma de documentos producidos por la sociedad para estudiar un fenómeno determinado, también se conoce como investigación basada en fuentes secundarias⁶³.

3.7.4. Procedimiento de recolección de datos

Se procedió inicialmente revisando la información contenida en las fichas del Comité de Cesáreas para identificar a las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud-Tacna en el año 2015, posteriormente se buscaron las historias clínicas de las pacientes correspondientes. Luego se procedió a identificar los criterios de inclusión. Finalmente recolectamos los datos necesarios de acuerdo a la ficha que se realizó anteriormente.

3.7.5. Aspectos éticos

El presente trabajo se realizó teniendo en cuenta los principios éticos de la práctica médica como: beneficencia y no maleficencia. Se tuvo en cuenta medidas para proteger la confidencialidad de los datos, utilizando sólo números en las historias que fueron revisadas.

3.8. Procesamiento y análisis estadístico

3.8.1. Procesamiento

La información fue procesada en una base de datos en Microsoft Office Excel y analizada a través del programa estadístico SPSS versión 21.

3.8.2. Análisis estadístico

Los datos se procesaron utilizando la estadística descriptiva. Se utilizó el Software SPSS versión 21. Los mismos fueron organizados en tablas de frecuencias con sus respectivos gráficos (diagrama de barras).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Resultados según incidencia de cesárea

TABLA 1

INCIDENCIA DE CESÁREA EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015

TIPO DE PARTO	N°	%
Vaginal	791	58,4
Cesárea	563	41,6
Total	1354	100,0

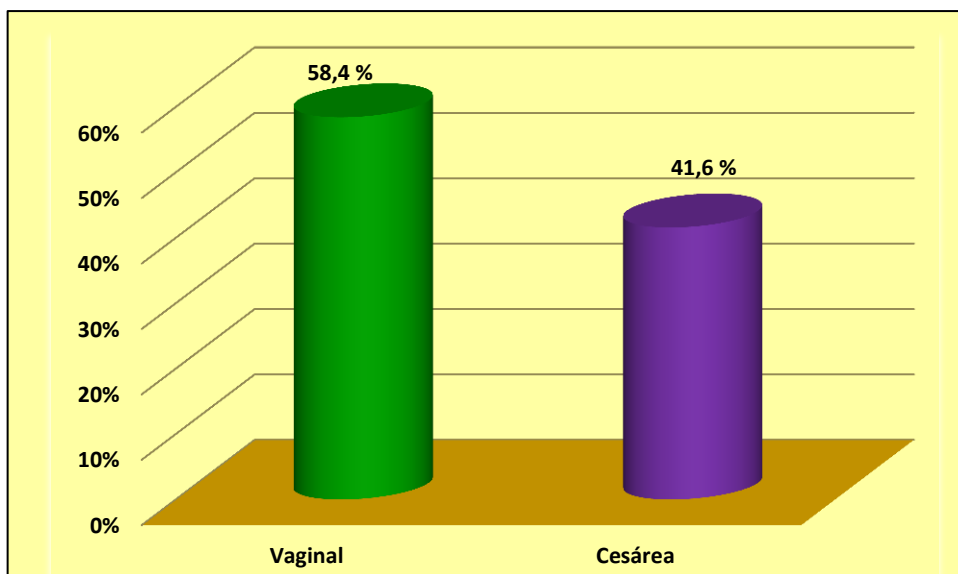
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 1, se observa acerca de la incidencia de cesáreas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna, el total de partos es de 1354, el total de cesáreas es de 563 dando como resultado una incidencia de cesárea de 41,6 %.

GRÁFICO 1

INCIDENCIA DE CESÁREA EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015



Fuente: Tabla 1

4.2. Resultados según características sociodemográficas

TABLA 2

**EDAD DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015**

GRUPO ETARIO		
	N°	%
16 a 19 años	15	2,7
20 a 35 años	400	71,0
36 a 49 años	148	26,3
Total	563	100,0

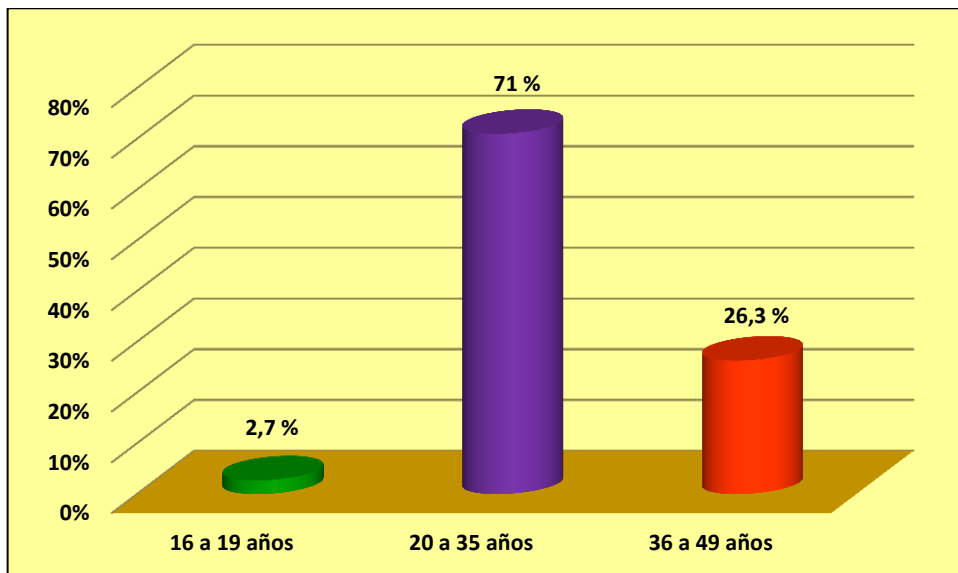
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 2, se aprecia que el 71,0 % de las pacientes tienen edades de 20 a 35 años, el 26,3 % tienen edades de 36 a 49 años y el 2,7 % tienen edades de 16 a 19 años.

GRÁFICO 2

EDAD DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015



Fuente: Tabla 2

TABLA 3

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA,
2015**

GRADO DE INSTRUCCIÓN		
	N°	%
Sin instrucción	0	0
Primaria	7	1,2
Secundaria	123	21,8
Superior	433	76,9
Total	563	100,0

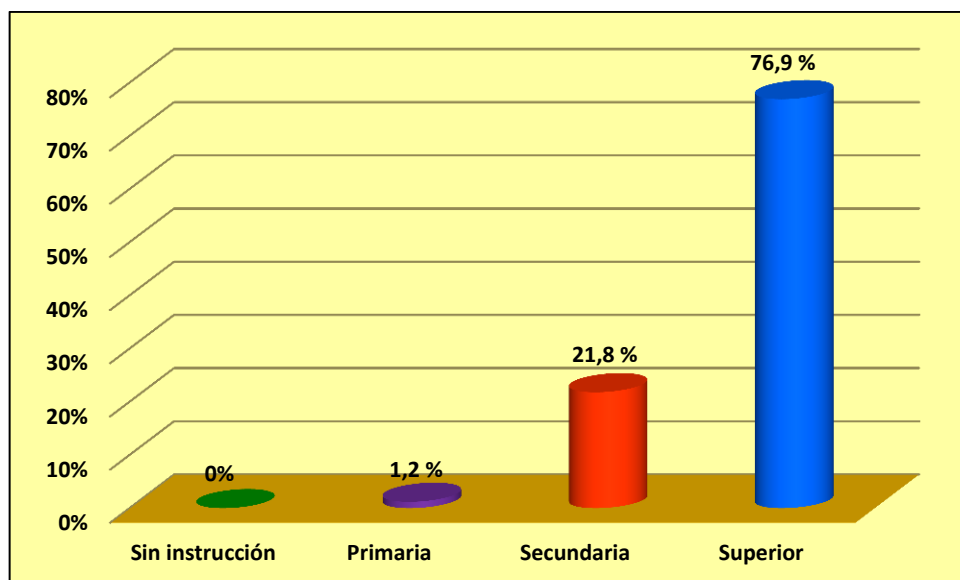
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 3, se aprecia que el 76,9 % de las pacientes tienen grado de instrucción superior, el 21,8 % tienen grado instrucción secundaria, el 1,2 % tienen grado instrucción primaria y finalmente no se encontró ninguna sin instrucción.

GRÁFICO 3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015



Fuente: Tabla 3

TABLA 4

**ESTADO CIVIL DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015**

ESTADO CIVIL		
	N°	%
Casada	219	38,9
Conviviente	312	55,4
Soltera	32	5,7
Total	563	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

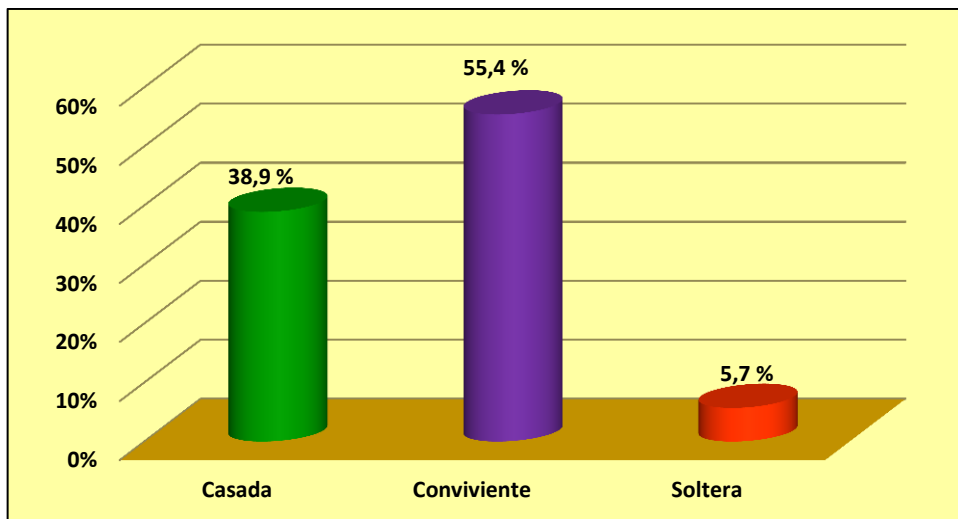
Interpretación

En la Tabla y Gráfico 4, se observa que el 55,4 % de las pacientes son convivientes, el 38,9 % son pacientes casadas, y finalmente el 5,7 % se encuentran solteras.

GRÁFICO 4

ESTADO CIVIL DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL

III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015



Fuente: Tabla 4

4.3. Resultados según características Gineco-Obstétricas

TABLA 5

NÚMERO DE PARTOS DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015

PARIDAD		
	N°	%
Primíparas	227	40,3
Múltiparas	336	59,7
Total	563	100,0

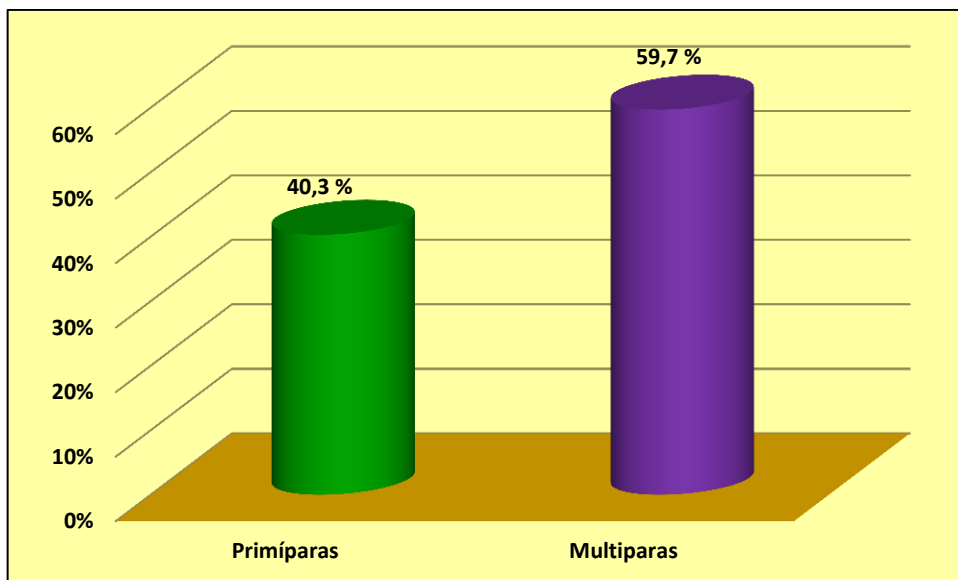
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 5, se observa que el 59,7 % de las pacientes son múltiparas, es decir han tenido dos o más partos, mientras que el 40,3 % son primíparas, es decir tuvieron parto por primera vez.

GRÁFICO 5

NÚMERO DE PARTOS DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015



Fuente: Tabla 5

TABLA 6

EDAD GESTACIONAL DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015

EDAD GESTACIONAL		
	N°	%
Pre-término	55	9,8
A término	507	90,0
Post-término	1	0,2
Total	563	100,0

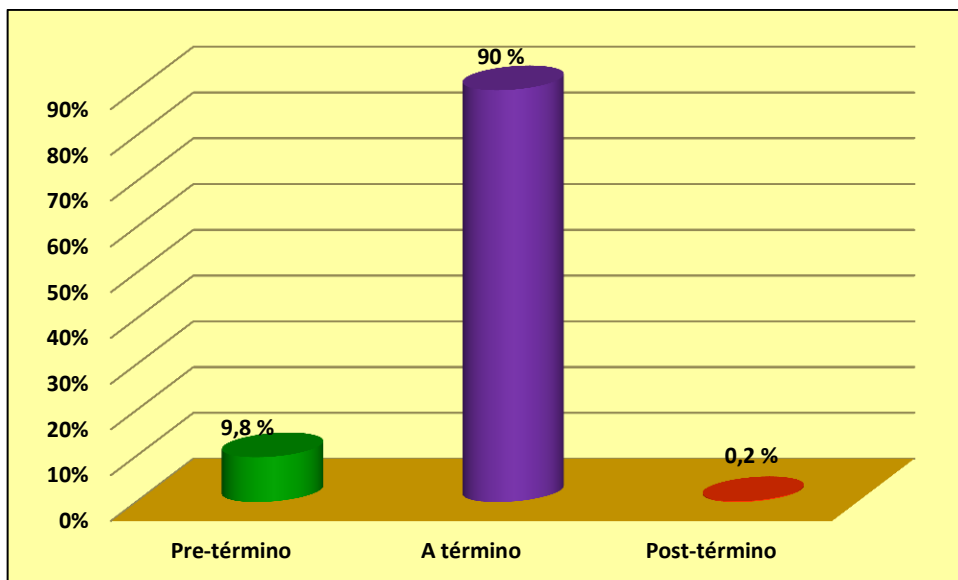
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 6, se observa que la gran mayoría de cesáreas representadas con un 90,0 % se realizaron en gestaciones a término, mientras que el 9,8 % de las cesáreas se realizaron en gestaciones pre-término, y finalmente el 0,2 % de las cesáreas se realizaron en gestaciones post-término.

GRÁFICO 6

EDAD GESTACIONAL DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015



Fuente: Tabla 6

TABLA 7

**NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS CESAREADAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE
ESSALUD-TACNA, 2015**

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES		
	N°	%
1 control	6	1,1
2 a 5 controles	110	19,5
6 a más controles	447	79,4
Total	563	100,0

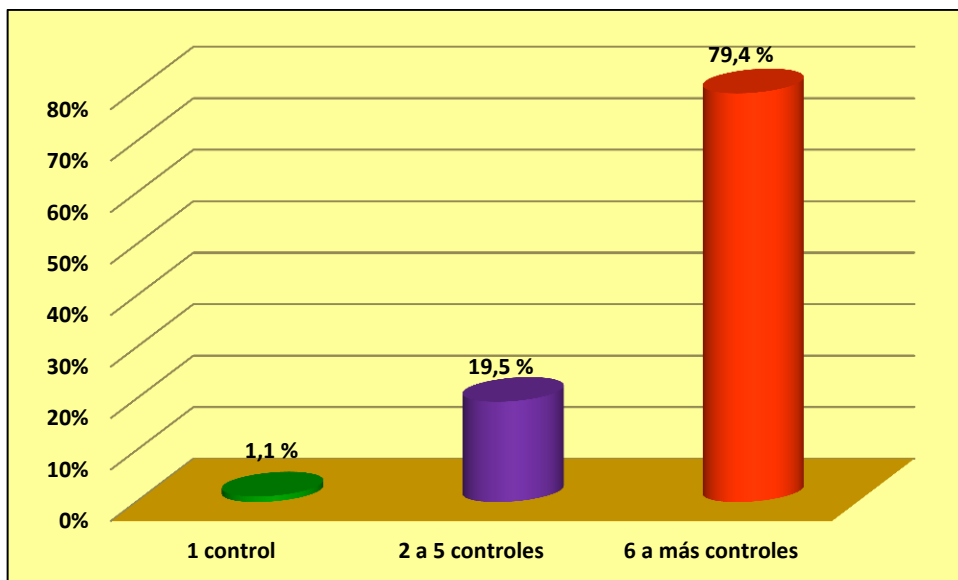
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 7, se observa que el 79,4 % de las pacientes tienen de 6 controles prenatales a más, el 19,5 % de las pacientes tienen de 2 a 5 controles prenatales y finalmente el 1,1 % de las pacientes tienen sólo un control prenatal.

GRÁFICO 7

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015



Fuente: Tabla 7

TABLA 8

**CESÁREA PREVIA EN LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA,
2015**

CESÁREA PREVIA		
	N°	%
Ninguna	311	55,2
Una vez	199	35,4
Dos veces	45	8,0
Tres veces	8	1,4
Total	563	100,0

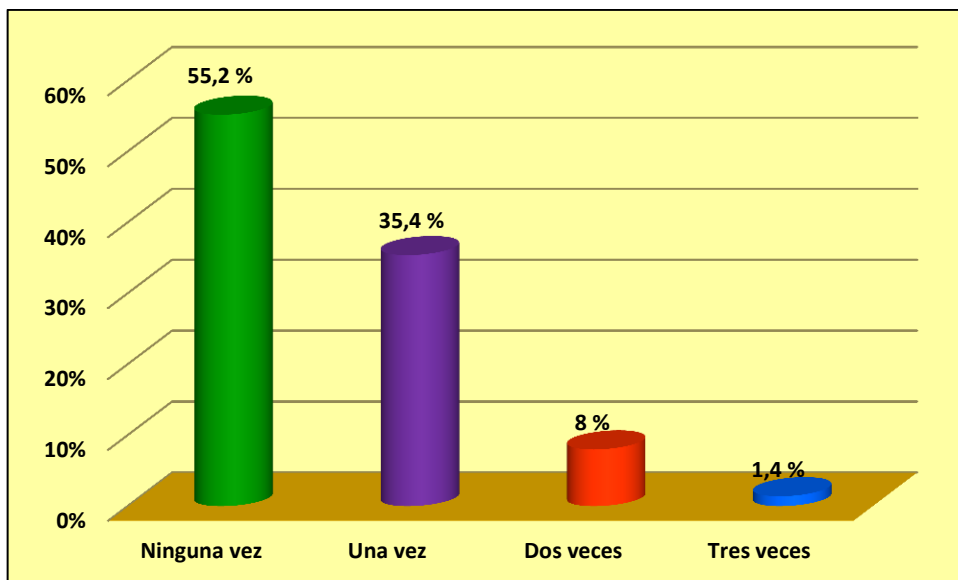
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 8, se observa que el 55,2 % de las pacientes no tuvieron antecedente de cesárea, el 35,4 % tuvieron una cesárea anterior, el 8,0 % tuvieron dos cesáreas anteriores y finalmente el 1,4 % de las pacientes tuvieron tres cesáreas anteriores.

GRÁFICO 8

CESÁREA PREVIA EN LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015



Fuente: Tabla 8

TABLA 9

**PATOLOGÍA DURANTE LA GESTACIÓN EN LAS CESAREADAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE
ESSALUD-TACNA, 2015**

PATOLOGÍA		
	N°	%
Ninguna	279	49,6
ITU	138	24,5
Infección vaginal	49	8,7
HTA	21	3,7
Asma	13	2,3
Colestasis intrahepática	8	1,4
GECA	7	1,2
Cardiopatía	5	0,9
Miomas uterinos	4	0,7
Cefalea	4	0,7
Otras patologías	35	6,2
Total	563	100,0

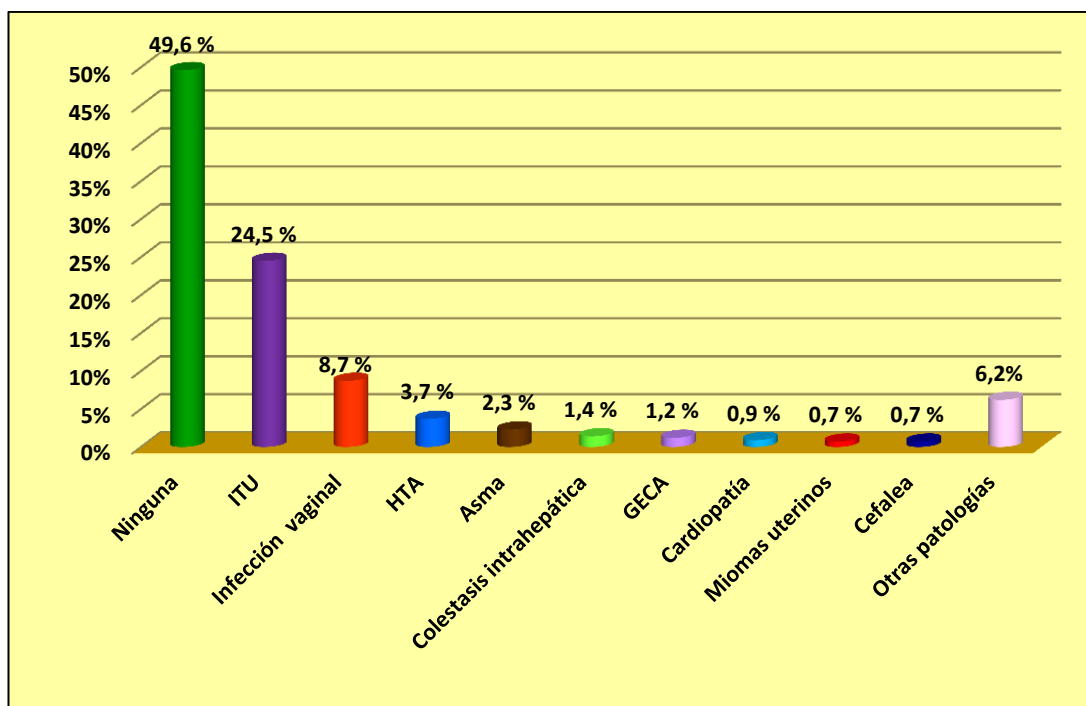
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 9, se observa que el 49,6 % de las pacientes no presentaron patologías durante el embarazo, mientras que el 24,5 % presentaron ITU, convirtiéndose ésta en la más frecuente, el 8,7 % presentaron infecciones vaginales, el 3,7 % presentaron HTA, el 2,3 % presentaron asma, el 1,4 % presentaron colestasis intrahepática , de manera similar el 1,2 % presentaron GECA, el 0,9 % presentaron cardiopatía, el 0,7 % presentaron miomas uterinos, de igual forma el 0,7 % presentaron cefalea, y finalmente el 6,2 % de las pacientes presentaron otras patologías durante el embarazo.

GRÁFICO 9

PATOLOGÍA DURANTE LA GESTACIÓN EN LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015



Fuente: Tabla 9

TABLA 10

**TRABAJO DE PARTO EN LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA,
2015**

TRABAJO DE PARTO		
	N°	%
Espontáneo	143	25,4
Inducido	58	10,3
No hubo	362	64,3
Total	563	100,0

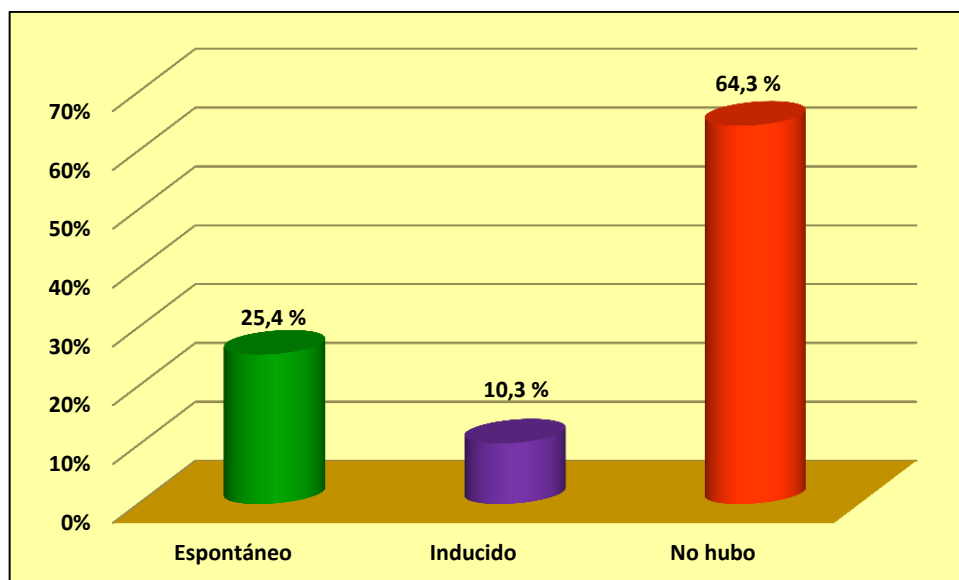
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 10, se observa que el 64,3 % de las pacientes no presentaron trabajo de parto, el 25,4 % inició el trabajo de parto espontáneamente y finalmente el 10,3 % inició el trabajo de parto con inducción.

GRÁFICO 10

TRABAJO DE PARTO EN LAS CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015



Fuente: Tabla 10

TABLA 11

**CONDICIÓN DE LAS CESÁREAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015**

CONDICIÓN LA CESÁREA		
	N°	%
Electiva	67	11,9
Urgencia	496	88,1
Total	563	100,0

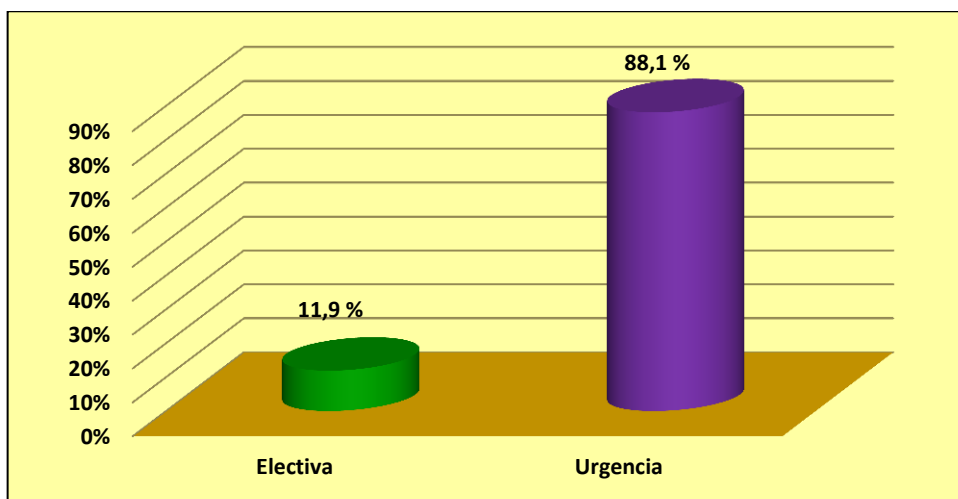
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 11, se observa que el mayor porcentaje de cesáreas fueron de urgencia con un 88,1 %, mientras que en menor porcentaje 11,9 % fueron cesáreas electivas.

GRÁFICO 11

CONDICIÓN DE LAS CESÁREAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015



Fuente: Tabla 11

4.4. Resultados según indicaciones de cesárea

TABLA 12

PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015

INDICACIÓN DE CESÁREA		
	N°	%
SFA	88	15,6
DCP por macrosomía fetal	63	11,2
Presentación podálica	58	10,3
Cesárea iterativa	55	9,8
T. P. Disfuncional	53	9,4
Inducción fallida	27	4,8
IUFP	24	4,3
Pre eclampsia- Eclampsia	23	4,1
Situación oblicua	20	3,6
DCP por pelvis estrecha	19	3,4
PIC en cesárea previa	18	3,2
Situación transversa	12	2,1
Oligohidramnios severo	11	2,0
Embarazo gemelar	10	1,8
Cesareada anterior una vez	8	1,4
Inminencia de ruptura uterina	7	1,2
Placenta previa total	6	1,1
DPP	4	0,7
Cardiopatía materna	4	0,7
Miomas uterinos	4	0,7
Corioamnionitis	3	0,5
Epilepsia materna	3	0,5
Otros	43	7,6
Total	563	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

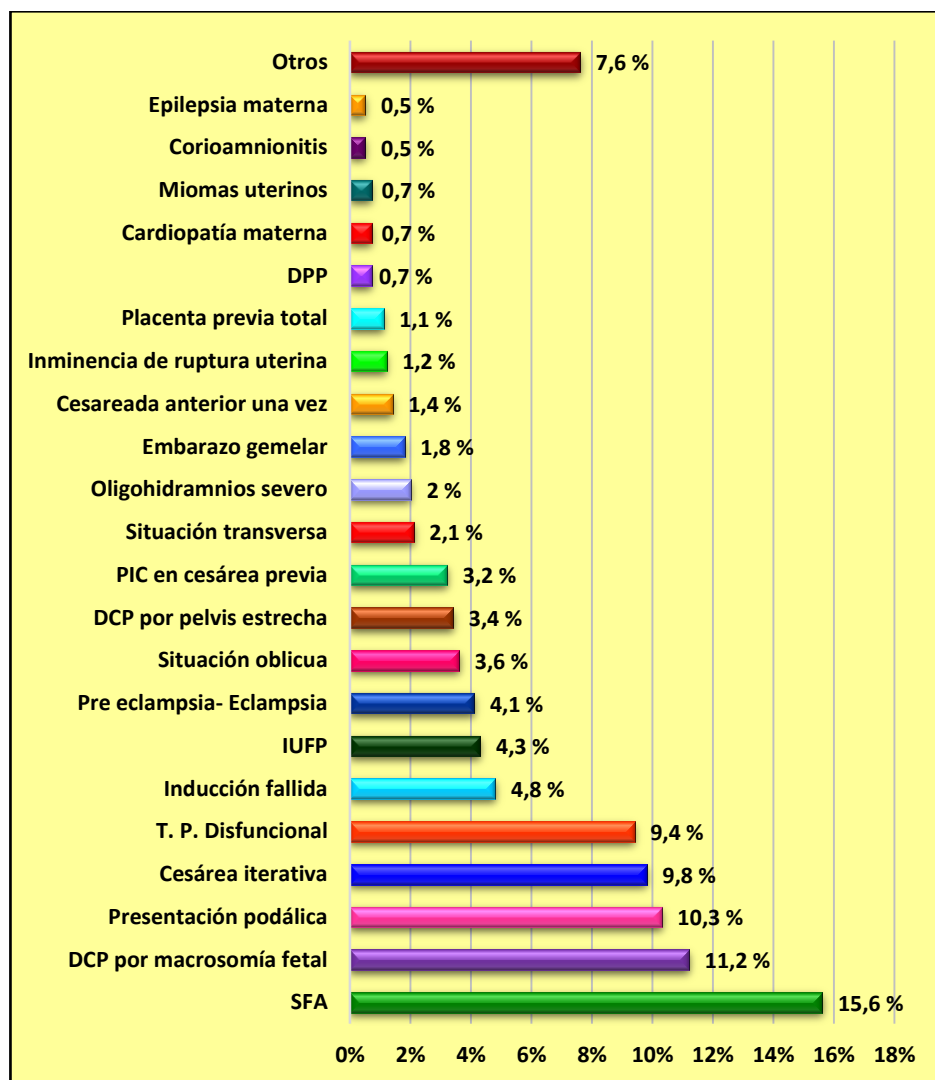
Interpretación

En la Tabla y Gráfico 12, se observa que las principales indicaciones de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud–Tacna son: en primer lugar SFA (15,6 %), en segundo lugar DCP por macrosomía fetal (11,2 %), en tercer lugar presentación podálica (10,3 %), en cuarto lugar cesárea iterativa (9,8 %) y en quinto lugar trabajo de parto disfuncional (9,4 %).

Con menor frecuencia se encuentran DPP (0,7 %), cardiopatía materna (0,7 %), miomas uterinos (0,7 %), corioamnionitis (0,5 %) y epilepsia materna (0,5 %), estas indicaciones representan un poco menos de la noventa parte cada una. Como otras indicaciones (7,6 %) encontramos luxación congénita de cadera, prematuridad, miomectomía previa, distocias cervicales, tabique vaginal, pelvis androide, distocia funicular, ruptura prematura de membranas, entre otras.

GRÁFICO 12

PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015



Fuente: Tabla 12

4.5. Resultados según características del recién nacido

TABLA 13

DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO POR CESÁREA DE ACUERDO AL APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015

CONDICIÓN	APGAR 1´		APGAR 5´	
	Nº	%	Nº	%
Vigoroso	536	93,9	564	98,8
Depresión moderada	22	3,9	5	0,9
Depresión severa	13	2,3	2	0,4
Total	571	100,0	571	100,0

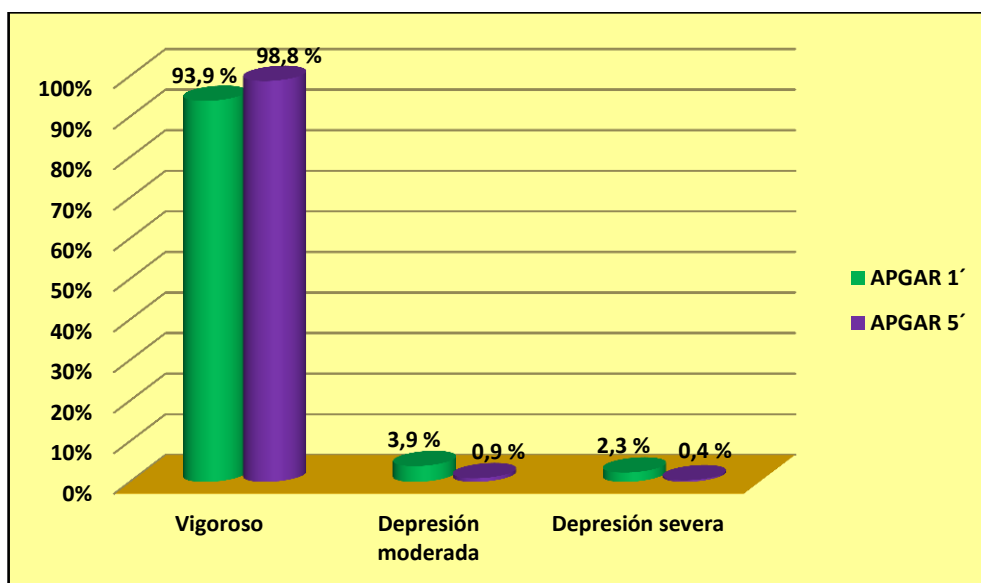
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 13, se observa que la gran mayoría de recién nacidos presentaron un Apgar vigoroso tanto al minuto como a los cinco minutos (93,9 % y 98,8 % respectivamente), los que tuvieron depresión moderada al minuto (3,9 %) mejoraron su condición a los cinco minutos (0,9 %), de igual manera los que tuvieron depresión severa al minuto (2,3 %) mejoraron su condición a los cinco minutos (0,4 %).

GRÁFICO 13

DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO POR CESÁREA DE ACUERDO AL APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015



Fuente: Tabla 13

TABLA 14

DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS EN CESÁREAS REALIZADAS POR INDICACIÓN DE SFA EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015

CONDICIÓN	APGAR 1´		APGAR 5´	
	Nº	%	Nº	%
Vigoroso	79	89,8	84	95,5
Depresión moderada	4	4,5	2	2,3
Depresión severa	5	5,7	2	2,3
Total	88	100,0	88	100,0

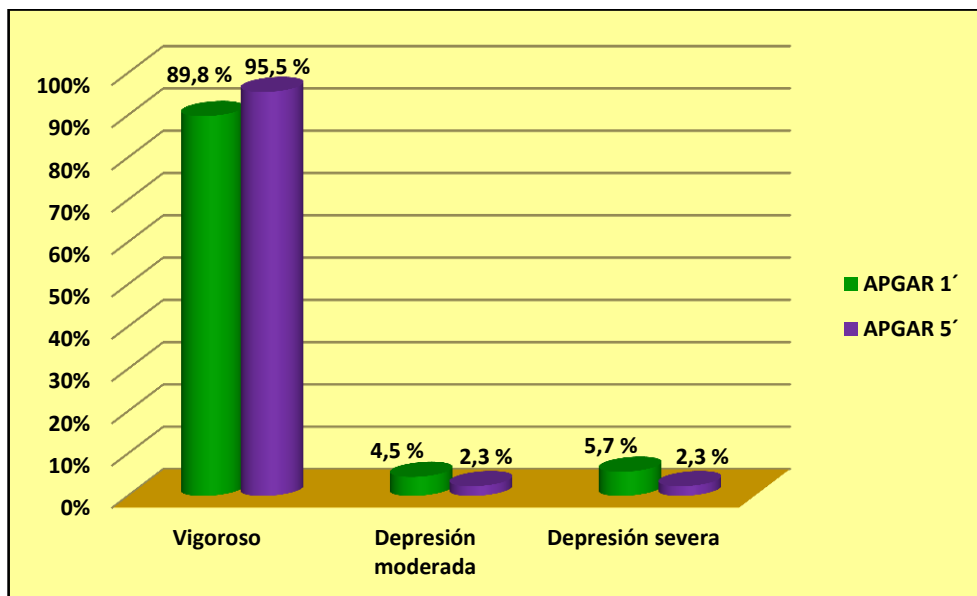
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 14, se observa que la gran mayoría de recién nacidos con indicación de cesárea por sufrimiento fetal agudo presentaron un Apgar vigoroso tanto al minuto como a los cinco minutos (89,8 % y 95,5 % respectivamente), los que tuvieron depresión moderada al minuto (4,5 %) mejoraron su condición a los cinco minutos (2,3 %), de igual manera los que tuvieron depresión severa al minuto (5,7 %) mejoraron su condición a los cinco minutos (2,3 %).

GRÁFICO 14

DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS EN CESÁREAS REALIZADAS POR INDICACIÓN DE SFA EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015



Fuente: Tabla 14

TABLA 15

DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO POR CESÁREA SEGÚN PESO AL NACER EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015

PESO AL NACER		
	N°	%
4000 gr a más (Macrosómico)	123	21,5
2500 a 3999 gr (Peso adecuado)	408	71,5
1500 a 2499 gr (Bajo peso)	38	6,7
1000 a 1499 gr (Muy bajo peso)	2	0,4
500 a 999 gr (Extremadamente bajo peso)	0	0,0
Total	571	100,0

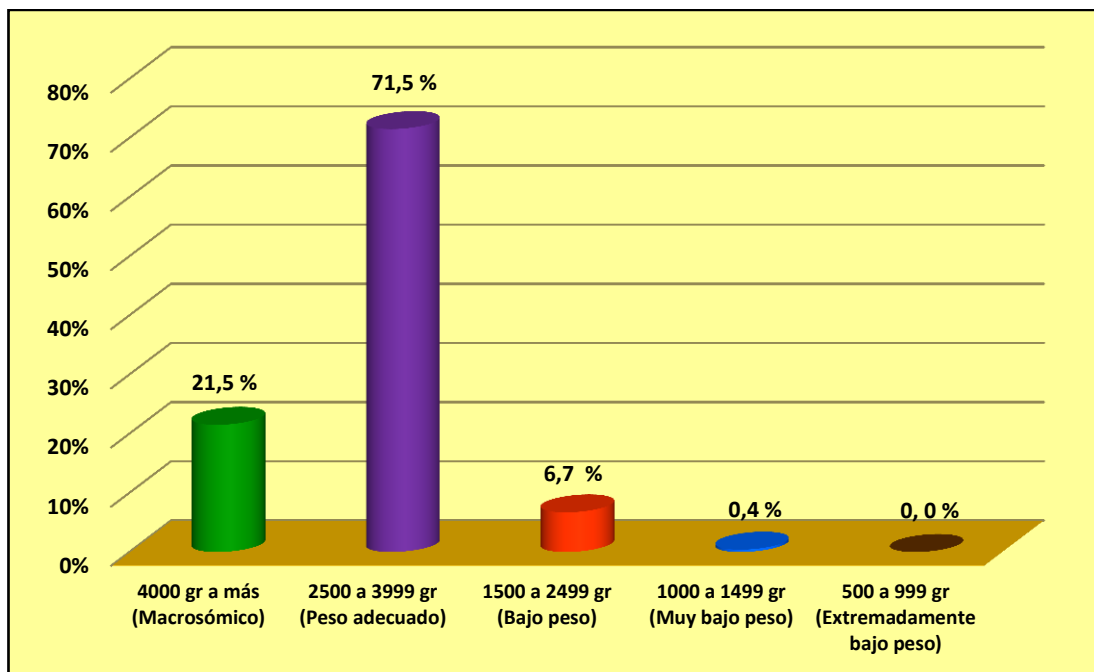
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 15, se observa que el 71,5 % de los recién nacidos tuvieron peso adecuado, el 21,5 % fueron macrosómicos, el 6,7 % tuvieron bajo peso, un menor porcentaje 0,4 % tuvieron muy bajo peso y finalmente no hubieron recién nacidos con extremo bajo peso.

GRÁFICO 15

DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO POR CESÁREA SEGÚN PESO AL NACER EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA, 2015



Fuente: Tabla 15

TABLA 16

**DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN EL PESO AL NACER
CON INDICACIÓN DE CESÁREA POR MACROSOMÍA EN EL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA,
2015**

PESO AL NACER		
	N°	%
4000 gr a más (Macrosómico)	48	76,2
2500 a 3999 gr (Peso adecuado)	15	23,8
1500 a 2499 gr (Bajo peso)	0	0,0
1000 a 1499 gr (Muy bajo peso)	0	0,0
500 a 999 gr (Extremadamente bajo peso)	0	0,0
Total	63	100,0

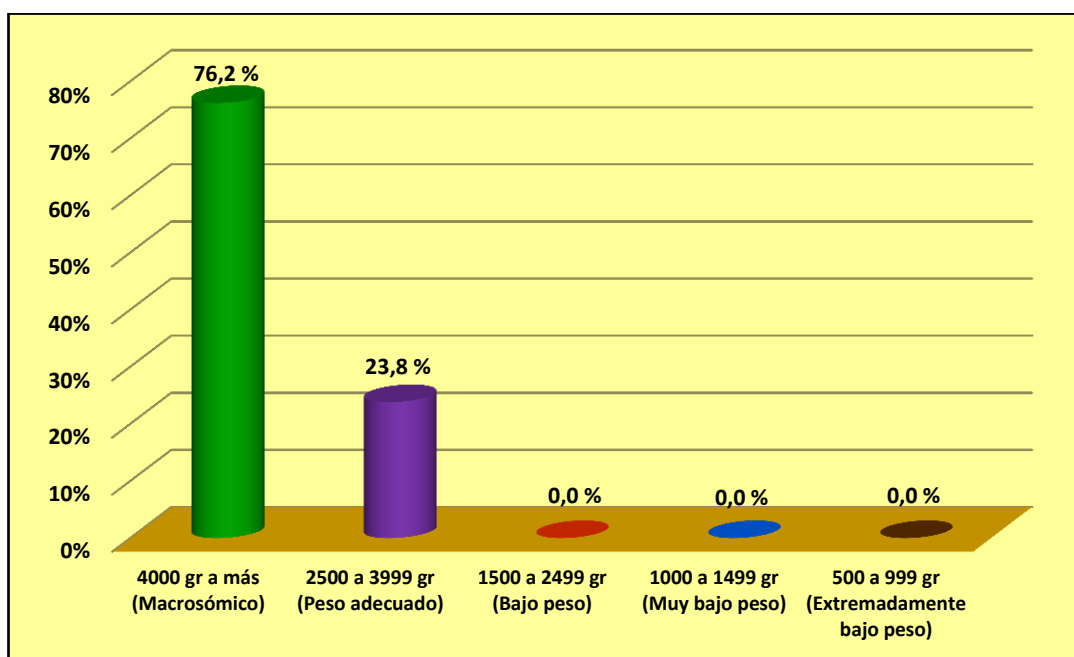
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la Tabla y Gráfico 16, se observa que de los recién nacidos con indicación de cesárea por macrosomía, el 76,2 % fueron macrosómicos, el 23,8 % tuvieron peso adecuado y finalmente no hubieron recién nacidos con: bajo peso, muy bajo peso y extremo bajo peso.

GRÁFICO 16

**DISTRIBUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN EL PESO AL NACER
CON INDICACIÓN DE CESÁREA POR MACROSOMÍA EN EL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD-TACNA,
2015**



Fuente: Tabla 16

DISCUSIÓN

1. De acuerdo a los resultados encontrados en el presente estudio, la incidencia de cesáreas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud–Tacna en el año 2015 fue 41,6 %, superando el 38,39 % obtenido en el año 2014. Frente a esta realidad el presente trabajo demuestra que la cifra de partos por cesárea supera notablemente la recomendación de la OMS que indica una incidencia de 10-15 %². Claramente se aprecia una cifra alarmante, donde la cifra de incidencia de cesárea supera casi en un 300% lo estipulado por la OMS. Esta cifra encontrada además es superior a las reportadas en otros estudios como de Romero et al²³, Argentina, con un valor de 24,32 %; Carpio²⁴, Chiclayo, con una incidencia de cesárea de 27,7 %; De la Cruz et al³¹, Cusco, con una incidencia en el Hospital Antonio Lorena de 10,74 % y en el Hospital Regional del Cusco 27,55 %; Echáis³⁰, Oxapampa, con un valor de 25,7 % y con la tasa a nivel nacional de 28,6 % y a nivel departamental de 35,3 %¹⁰. Así mismo es superior con el informe de la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS, que se realizó entre 2004 y 2005 en 24 regiones de 8 países con una incidencia del 33 %². Es inferior al estudio realizado por Vélez et al¹⁸, México, donde

encontró una incidencia de cesárea de 46 % y Galvez⁷, Lima, con una incidencia de 42 %, cuyos valores son de igual manera elevados.

2. Según las indicaciones para la realización de la cesárea se encontraron que la más frecuente fue SFA con 15,6 %, este resultado coincide con otros estudios en que la indicación ocupa uno de los primeros lugares, en el trabajo de Vélez et al¹⁸, con 11,62 %, en el de Astudillo y Guillen¹⁹, con 11,1 % y en el de Romero et al²³, con 13,5 %.
3. La segunda indicación fue: DCP por macrosomía fetal con un 11,2 %, con este resultado coincido con Galvez⁷, que tuvo un 12 %.
4. La tercera indicación fue: presentación podálica con un 10,3 %, es así que coincido con Romero et al²³, que encontró un 10 % y con Carpio²⁴, que encontró un 22,7 %.
5. La cuarta indicación fue: cesárea iterativa con un 9,8 %, con este resultado coincido Astudillo y Guillen¹⁹, con 14,5 % y con Vélez et al¹⁸, que encontró un 11,62 %.

6. La quinta indicación fue: trabajo de parto disfuncional con un 9,4 %, coincido con lo encontrado por Patiño²⁷, cuya cifra fue de 6,7 %, pero en este dato difiero con el estudio de Astudillo y Guillen¹⁹, en donde el porcentaje es 3,3 %, situándose entre las últimas indicaciones.

7. Entre otras indicaciones de importancia en nuestro estudio encontramos inducción fallida (4,8 %), insuficiencia placentaria (4,3 %), pre eclampsia-eclampsia (4,1 %), entre otras. Es pertinente resaltar la disminución de la indicación pre eclampsia-eclampsia comparado con el último estudio realizado en dicho hospital por Alvarez et al³⁴, en el año 2003, donde se situaba en el quinto lugar con un 8 %.

8. Respecto a las características sociodemográficas, al evaluar la edad materna, es notorio que el gran porcentaje de cesáreas se presentó en el grupo etario de 20 a 35 años con un 71,0 %, estos resultados concuerdan con lo encontrado por Echáis³⁰, donde el 56,9 % de las cesareadas tenían edades entre 20 y 35 años, además expone que un porcentaje significativo de pacientes son convivientes con una cifra de 54,1 %, estos datos se parecen a los

registrados en nuestro estudio donde un porcentaje importante (55,4 %) son convivientes. Según el grado de instrucción el mayor porcentaje de pacientes (76,9 %) poseen estudios superiores, lo cual es comparable con el estudio realizado por Campero et al²², donde obtuvo que el mayor porcentaje (83,27 %) contaban con estudios superiores, pero difiere con el estudio realizado por De la Cruz et al³¹, donde obtuvo que el mayor porcentaje contaba con estudios secundarios en el Hospital Antonio Lorena y en el Hospital Regional del Cusco (34 y 32,2 % respectivamente); sin embargo un porcentaje de 1,2 % posee sólo estudios primarios, esto se explica pues en el hospital de estudio la gran mayoría de pacientes son profesionales y cuentan con un trabajo estable que les permite afiliarse al seguro social.

9. En nuestro estudio un 90,0 % de las pacientes cesareadas presentan edad gestacional a término, lo cual es comparable con otros estudios realizados por Campero et al²², con el 88,81 %, y con el estudio de Echáis³⁰, con el 77,6 %; esto se debe a que el mayor porcentaje de gestantes acuden a sus controles prenatales y son transferidas oportunamente al centro hospitalario.

10. En nuestro estudio el 79,4 % de las cesareadas tuvieron de 6 a más controles prenatales y a un porcentaje significativo (55,2 %) se les realizó cesárea primaria, es así que coincidimos con lo encontrado por Carpio²⁴, donde halló que el 87 % presentó controles prenatales aceptables y el 83,7 % fueron cesárea primarias, este tipo de cesáreas se debe al grupo de pacientes primíparas (40,3 %), además al desconocimiento sobre el trabajo de parto, ya que siendo este tipo de pacientes poco colaboradoras y muy ansiosas, impiden una buena progresión del trabajo de parto.

11. En cuanto a las patologías durante la gestación, la más frecuente fue ITU con un 24,5 %, este dato difiere con lo encontrado por Alvarez et al³⁴, donde mencionan como la patología más frecuente a la hipertensión arterial y posicionando a la ITU en segundo lugar.

12. De acuerdo a la condición de las cesáreas, el 88,1 % fueron de urgencia, es así que coincido con el estudio realizado por Astudillo y Guillen¹⁹, el cual nos indica que la gran mayoría de cesáreas (57,8 %) fueron de emergencia, así mismo coincido con el estudio de Alvarez et al³⁴, donde nos brinda una cifra de 74,5 %.

13. Respecto al Apgar del recién nacido, en nuestro estudio la mayoría obtuvo Apgar vigoroso al minuto (93,9 %) y a los cinco minutos (98,8 %) , es así que coincido con lo encontrado por Alvarez et al³⁴, donde el 90,3 % obtuvo Apgar vigoroso al minuto. Es importante resaltar los recién en cesáreas realizadas por indicación de SFA se puede apreciar que la mayoría obtuvo un Apgar vigoroso, esto nos demuestra que muchos signos no son del todo fiables y representativos de un franco SFA.

14. Respecto al peso del recién nacido, el 71,5 % tuvieron un peso adecuado, sin embargo, un 21,5 % fue macrosómico, porcentaje alto comparado con el último estudio realizado en dicho hospital, donde los sólo alcanzaban el 10 %³⁴. Cabe resaltar que de los recién nacidos con indicación de cesárea por macrosomía fetal un 23,6 % tuvo un peso adecuado, es decir que aproximadamente por cada 3 diagnósticos correctos de macrosomía hubo un caso de falso macrosómico, esto nos hace creer no se está evaluando correctamente en los controles prenatales, además que las ecografías no constituyen una ayuda confiable, pues se sabe que tienen bastante limitaciones.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides III Daniel Alcides Carrión de EsSalud–Tacna durante el periodo de enero a diciembre del 2015 representa un 41,6 % del total de nacimientos registrados en este periodo de tiempo; claramente se evidencia un valor por encima de lo estipulado por la OMS.
2. Las principales indicaciones de cesárea encontradas en este estudio fueron: sufrimiento fetal agudo (15,6 %), desproporción céfalo pélvica por macrosomía fetal (11,2 %), presentación podálica (10,3 %), cesárea iterativa (9,8 %), trabajo de parto disfuncional (9,4 %) e inducción fallida (4,8 %).

RECOMENDACIONES

1. En cuanto a la incidencia de la operación cesárea en el hospital de estudio, es alta, por lo que es indispensable contar con los lineamientos básicos para la realización de la cesárea, con el fin de ajustarse a las normas nacionales e internacionales, así como promover la actualización de los protocolos de atención obstétrica y vigilar su cumplimiento, como una medida importante para coadyuvar a la reducción de las cesáreas.
2. Realizar anualmente investigaciones científicas similares y mantener una base de datos con las cifras estadísticas halladas con la finalidad de tener un punto de partida y/o referencia para futuras investigaciones.
3. Definir claramente en las historias clínicas el diagnóstico principal para realizar la intervención quirúrgica.
4. En cuanto a la indicación de sufrimiento fetal agudo (SFA), es posible que un gran porcentaje de los casos se operan sin que exista realmente SFA, ya que el temor por parte del personal de salud a que exista alguna complicación justifica el proceder, por lo

que se recomienda indagar más sobre esta indicación que es una de las principales para ésta operación.

5. En cuanto a la indicación de DCP por macrosomía fetal, el profesional obstetra debe realizar una correcta evaluación y atención nutricional durante la gestación, a fin de identificar tempranamente posibles riesgos nutricionales para la madre e hijo que puedan ser modificables mediante un plan adecuado de atención nutricional, y de esa manera disminuir las indicaciones de cesárea por macrosomía fetal, también incentivarlas en la difusión y el conocimiento del riesgo y consecuencias que amerita una cesárea.
6. Agregar la identificación del médico responsable que atiende la cesárea en el formato que utiliza el Comité de Cesárea del servicio de Gineco-Obstetricia, a fin de conocer qué médicos realizan esta operación con más frecuencia.
7. Capacitar al personal profesional de obstetricia para atender un parto vaginal en gestantes con antecedentes de cesárea anterior, siempre y cuando no tenga indicación obstétrica para repetir la

cesárea y cuenten con personal capacitado para atender cualquier complicación.

8. Difundir y ampliar la captación de gestantes para que asistan a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, la cual debe ser una preparación física, teórica y psicológica que involucre a toda la familia y no sólo a la gestante, con el fin de erradicar el temor al parto mediante la educación y mejorar el comportamiento frente a su gestación y disposición para llegar a un parto eutócico, de esta manera disminuir las complicaciones del parto y la frecuencia de cesáreas, y así contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materno perinatal, tarea eminentemente del profesional obstetra.
9. Mejorar la calidad de la atención prenatal por parte del profesional obstetra, para que las pacientes sean programadas de manera electiva, con la finalidad de disminuir la alta incidencia de cesáreas de emergencia.
10. El profesional de obstetricia debe realizar un correcto llenado de la hoja Partograma, ya que ésta constituye una herramienta fundamental para el diagnóstico de diferentes distocias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Távara Orosco L. Cesárea en el Perú: Presente y Futuro. Perú [en línea] 2006 [accesado 05 Feb 2015]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_39n15/cesarea_peru.htm
2. Organización Mundial de la Salud. Técnicas quirúrgicas para la cesárea. [en línea] 2007 [accesado 10 de Feb 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004662_abalose_com/es/index.html
3. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G et al. Las tasas de cesárea y los resultados del embarazo: la encuesta mundial 2005 de la OMS sobre la salud materna y perinatal en América Latina. Lanceta [en línea] 2006 [accesado 13 Feb 2015]; 367: 1819–29. Disponible en : http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_in_LA.pdf
4. Anaya R, Madrigal S, Reveles JA, Ramírez EJ, Frías G, Godínez JM. Morbilidad Materna Asociada a Operación Cesárea. Cir. Ciruj [en línea] 2008 [accesado 28 Feb 2015]; 76: 467-72. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2008/cc086d.pdf>

5. Mi J, Liu F. La tasa de cesárea es alarmante en China. Lanceta. 2014; 383(9927):1463-4.
6. Atención del parto por cesárea. Guía de Práctica Clínica. Ministerio de Salud Pública del Ecuador [en línea] 2015; pág. (1-39) [accesado 12 Mar 2015]. Disponible en: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion_del_Partido_por_cesarea.pdf
7. Galvez EM. Tasa de incidencia de cesárea en el Hospital “San José” del Callao, periodo enero-diciembre 2013. [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano] Lima, Perú. Universidad Mayor de San Marcos; 2013. [accesado 13 Feb 2015]. Disponible en : http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3512/3/Galvez_le.pdf
8. Borghi J. ¿Cuál es el costo de la atención a la salud materna y cómo puede financiarse? México, Distrito Federal [en línea] Núm. 12 [accesado 12 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.jsieurope.org/safem/collect/safem/pdf/s3597s/s3597s.pdf>
9. Moncada G, Llanos F, Mayca J. Costo directo de cesáreas y reembolso del Seguro Integral de Salud. El caso del Hospital de Apoyo Pomabamba. Perú, Ancash. Rev Med Hered 20 (1) [en

- línea] 2009 [accesado 13 Dic 2015]. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/994/960>
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú encuesta demográfica y de salud familiar [en línea] 2014 [accesado 11 Abr 2015]. Disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar. Perú [en línea] 2009 [accesado 12 Abr 2015]. Disponible en:
http://www.hsr.gob.pe/epidemiologia/pdf/interes_8.pdf
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar. Perú [en línea] 2012 [accesado 17 Abr 2015]. Disponible en:
<http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>
13. Informe del Programa de Perinatología del hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna .1998
14. Área de Estadística Institucional de EsSalud. Perú, Tacna [en línea] 2014 [accesado 05 May 2016]. Disponible en:
<http://www.essalud.gob.pe>

15. Schwarz L, Duverges C, Díaz A, Fescina R. Obstetricia 5º ed. (9º reimp) Bs.As: El Ateneo, 2003: 600-607.
16. Danforth DN. Cesarean section: state of the art/review. JAMA 1985, 253:811-818.
17. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Tasas e implicaciones de las cesáreas en América Latina : estudio ecológico .BMJ [en línea] 1999 [accesado 13 May 2015]; 319(7222): 1397-400. Disponible en : http://www.researchgate.net/profile/Jose_Belizan/publication/12726101_Rates_and_implications_of_caesarean_sections_in_Latin_America_ecological_study/links/0deec52e949bca0be4000000.pdf
18. Vélez E, Tovar VJ, Méndez F, López CR, Ruiz E. Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora [en línea] 2012 [accesado 28 May 2015]. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2012/bis122d.pdf>
19. Astudillo DE, Guillen CA. Prevalencia de parto por cesárea e identificación de su etiología en el Hospital José Carrasco Arteaga periodo 2011. [Tesis para optar el grado de Médico] Cuenca, Ecuador. Universidad del Azuay; 2012. [accesado 10 Jun 2015].

- Disponible en :
<http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/74/1/09238.pdf>
20. Medina SE, Ortiz AV, Miño LC. Incidencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital J. R. Vidal. Argentina. [en línea] 2011 [accesado 20 Mar 2015]. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista207/3_207.pdf
21. Uzcátegui O. Estado actual de la cesárea. Gac Méd Caracas, Venezuela [en línea] 2008 [accesado 03 Mar 2015]; 116(4):280-286. Disponible en :
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622008000400003
22. Campero L, Hernández B, Leyva A, Estrada F, Osborne J, Morales S. Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México. México [en línea] 2007 [accesado 2 May 2015]. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n2/a07v49n2.pdf>
23. Romero A, Maris S, Arce R, Bazán V. Incidencia y principales indicaciones en el Hospital J. R. Vidal. Argentina [en línea] 2004 [accesado 2 May 2015]. Disponible en:
<http://med.unne.edu.ar/revista/revista135/ipic.pdf>

24. Carpio WV. Operación cesárea: incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012. [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano] Lima, Perú; 2015 [accesado 02 Ago 2015]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1183/3/Carpio_wv.pdf
25. Paiba MB, Salazar GD. Causas de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2014. [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano] Lambayeque, Perú; 2015 [accesado 02 Ago 2015]. Disponible en: <http://www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes10.pdf>
26. Bustamante JM, Vera OE, Limo J, Patazca J. Frecuencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL), durante el periodo 2010- 2011. [en línea] 2014 [accesado 27 Jul 2015]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cuerpomedicohnaaa/v7n1_2014/pdf/a02v7n1.pdf
27. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011). [en línea] 2011 [accesado 22 Jul 2015]. Disponible en:

http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_15-02_Esp_03.pdf

28. Manzano G. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Horizonte Médico [en línea] 2011 [accesado 22 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3716/371637122004.pdf>
29. Quispe A, Santivañez A, Leyton I, Pomasunco D. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. Rev Perú Med Exp Salud Pública [en línea]. 2010; 27(1): 45-50. [accesado 22 Jul 2015] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v27n1/a08v27n1.pdf>
30. Echáis JF. Cesárea. Experiencia en el Hospital General de Oxapampa. Perú [en línea] 2004 [accesado 12 Jun 2015]; 50 (2): 106-110. Disponible en : <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/365/336>
31. De la Cruz A, García C, Loayza S, Palomino C, Velazco C. Incidencia e Indicaciones de Operación Cesárea en los Hospitales Antonio Lorena y Regional del Cusco durante el año 2004. Perú [en línea] 2004 [accesado 12 Jun 2015]. Disponible en:

<http://www.buenastareas.com/ensayos/Incidencia-De-Cesareas-En-Hospitales-Del/3222289.html>

32. Cárdenas G, Ávila K, Masías L, De la Peña M, Peching G, González E. Incidencia e indicaciones de las cesáreas practicadas en el Instituto Materno Perinatal. Perú [en línea] 2002 [accesado 05 Jun 2015]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_48n3_2002/xiv_congreso.htm
33. Informe del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna. Perú, Tacna. 2003
34. Alvarez R, Llanca L, Moarri S. Incidencia y principales indicaciones de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna. Perú. 2003
35. Arencibia R. Operación Cesárea: Recuento Histórico [en línea] 2002 [accesado 07 Ago 2015]. Disponible en: [:http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v4n2/v4n2a06.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v4n2/v4n2a06.pdf)
36. Delgado GG. Algunos aspectos históricos de la operación cesárea. Cuad Hist Salud Pub [en línea] 1998 [accesado 15 Jun 2015]; 84:14-26. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/vol_2_98/his03298.pdf

37. Sopena IA. La cesárea abdominal y sus problemas. Madrid: Ficheros Médicos; 1967. p. 5-16.
38. Tacuri C, Matorras R, Nieto A, Ortega A. Historia de la cesárea. Tokoginecol 1997; 56(4):189-93.
39. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Gilstrap III LC, Hauth JH, Wenstrom KD. Obstetricia de Williams. 22ª edición. México: Mac Graw-Hill; 2006.
40. Lineamiento Técnico. Cesárea segura. Dirección General de Salud Reproductiva. México, D. F. [en línea] 2002 [accesado 20 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>
41. Hacker, Neville F, Gambone, Joseph C, Hobel, Calvin J. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. México, D.F., MX: Editorial El Manual Moderno, 2011. Capítulo 17, pág. (226).
42. Schwarcz RL, Fescina RH, Duverges CA. Obstetricia 6º ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2005. pág (702-709)
43. Creasy RK, Resnik R. Maternal Fetal Medicine. 6a ed. Philadelphia: WB Saunders; 2009.
44. Cunningham FG, MacDonald PC, Leveno KJ, Gant NF, Gilstrap LC. Williams Obstetrics. 21a ed. New York: McGraw-Hill; 2001.

45. Calvo R. E.S.E Clínica de maternidad. Cesárea [en línea] [accesado 25 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf>
46. Pineda M, Rodríguez EA. Valor predictivo del test estresante en el diagnóstico de circular de cordón umbilical en recién nacidos de madres atendidas en el Instituto Materno Perinatal. Perú, Lima [en línea] 2001 [accesado 06 Ago 2015]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Pineda_E_M/cap_2.pdf
47. Variables de investigación. [en línea] [accesado 10 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/tutorias/articulo3-tutorias.pdf>
48. Lan J, Salla S. Definiciones utilizadas en el censo del mercado de trabajo. Departamento de justicia, empleo y seguridad social. Vasco [en línea] [accesado 10 Sep 2015]. Disponible en: http://www.ivap.euskadi.eus/contenidos/informacion/5873/es_2266/adjuntos/CMTOferta2002Doc.4.Definiciones.pdf
49. Mazza G. Definición de estado civil. [en línea] [accesado 15 Sep 2015]. Disponible en: <https://gmazzamaio.files.wordpress.com/2012/02/estado-civil.pdf>

50. Ramírez JV. Obstetricia. Conducción clínica del embarazo normal (II): control médico del embarazo [en línea] Tema 06, pág. (1-3) [accesado 04 Sep 2015]. Disponible en: [http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20-06%20\(2006\).pdf](http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20-06%20(2006).pdf)
51. Alarcón J, et al. Estimación de la madurez gestacional y clasificación del recién nacido por peso de nacimiento [en línea] Pág. (1-7) [accesado 06 Abr 2015]. Disponible en: http://200.72.129.100/hso/guiasclinicasneo/01_Clasificacion_del_Reccien_Nacido.pdf
52. Reyes AE, Cazorla MC. La importancia de la educación en la atención preventiva de la salud [en línea] 2006 [accesado 06 Dic 2015]. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/a6n13/6-13-7.pdf>
53. Pérez AF, Roche M, Larrañaga C. Patología médica y embarazo. Trastornos gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares y dermatológicos. An. Sist. Sanit. Navar. [en línea] 2009; 32 (Supl.1): 135-157 [accesado 07 May 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia5.pdf>

54. Cunningham G, Kenneth L, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23a edición. 2011 McGRAW-HILL, Español. Sección 4, pág. (374-409)
55. Guía de la Atención de los Niños Desde el Nacimiento Hasta los 2 Años. Unicef - Sinergias ONG. Disponible en: <http://www.sinergiasong.org/cajasdeherramientas/mildias/examen5.html>
56. Canales, FH, Álvarez EL, Pineda EB. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. OPS – OMS. 1986. (16):[134-142p]
57. Hernández SR, Fernández CC, Baptista PL. Metodología de la Investigación. 2003. 3ª ed. pp.624-639
58. Veiga J, De la fuente E, Zimmermann M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med Secur Trab [en línea] 2008 [accesado 10 Nov 2015]; LIV (210): [81-88p]. Disponible en : <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n210/aula.pdf>
59. Seguro Integral de Salud [en línea] [accesado 11 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe>
60. Valenzuela T. Mediciones de ocurrencia: prevalencia e incidencia. Departamento de Salud Pública y Epidemiología. Chile [en línea]

- [accesado 10 Jul 2015]; Pág. [1-44]. Disponible en:
http://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/oct21_1130valenzuela.pdf
61. Guía Para las Buenas Prácticas de Prescripción. Ministerio de Salud de Chile. Dpto. Políticas Farmacéuticas y Profesiones Médicas. Santiago, Chile [en línea] 2010 [accesado 12 Dic 2015]. Pág. [1-5]. Disponible en:
<http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PARA%20LAS%20BUENAS%20DE%20PRESCRIPCI%C3%93N%20con%20dise%C3%B1o.pdf>
62. Sorribas A. Grupo de bioestadística [en línea]. Bioma temática Facultad de Medicina, UdL. [accesado 14 Oct 2015]; [1-65p]. Disponible en: <http://chitita.uta.cl/cursos/2012-1/0000104/recursos/r-25.pdf>
63. Gómez J, Grau A, Ingellis A, Jabbaz M. Técnicas cualitativas de investigación social. Universidad de Valencia. España. [en línea] [accesado 20 Jul 2015]; [1-30 p]. Disponible en:
http://ocw.uv.es/ciencias-sociales-y-juridicas/tecnicas-cualitativas-de-investigacion-social/tema_4_la_organizacion_de_la_inv.pdf

ANEXOS

Anexo 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de Historia:	Fecha:
Edad:	
Grado de instrucción: 1. Sin instrucción 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior	
Estado civil: 1. Casada 2. Conviviente 3. Soltera	
Paridad: 1. Primíparas 2. Multíparas	
Edad Gestacional: 1. < 37 Semanas 2. 37 – 41 Semanas 3. ≥ 42 semanas	
Controles prenatales: 1. Ninguno 2. Uno 3. Dos a cinco 4. Seis a más	
Cesáreas anteriores: 1. Ninguna 2. Una vez 3. Dos veces 4. Tres veces	
Patología durante la gestación: 1. Ninguna 2. ITU 3. HTA 4. Infección Vaginal 5. Cardiopatía 6. Asma 7. Miomatosis Uterina 8. GECA 9. Cefalea	

10.Diabetes 11.Colestasis Intrahepática Otra:
Trabajo de parto: 1.Espontáneo 2.Inducido 3.No hubo trabajo de parto
Condición de la cesárea: 1.Electiva 2.Urgencia
Indicación de cesárea: 1. Desproporción céfalo-pélvica 2. Cesárea iterativa 3. Sufrimiento fetal 4. Desprendimiento prematuro de placenta 5. Presentación podálica 6. Trabajo de parto disfuncional Otros:.....
APGAR del recién nacido: 1. Al minuto: 2. A los cinco minutos:
Peso del recién nacido: