

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Medicina Humana**

**INCIDENCIA DE CESÁREA Y SUS PRINCIPALES INDICACIONES EN  
EL HOSPITAL II SUÁREZ ANGAMOS DE ESSALUD  
MIRAFLORES - LIMA, AÑO 2010**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. Fiorella Paulett Maquera Quispe**

**Para optar el Título Profesional de:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**TACNA - PERÚ**

**2012**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Medicina Humana**

**INCIDENCIA DE CESÁREA Y SUS PRINCIPALES INDICACIONES EN  
EL HOSPITAL II SUÁREZ ANGAMOS DE ESSALUD  
MIRAFLORES – LIMA, AÑO 2010**

**TESIS**


Presentada por:

**BACH. FIORELLA PAULETT MAQUERA QUISPE**

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

Aprobado por Unanimidad ante el siguiente Jurado:

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Victoria Nora Vela Paz**  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
**Mgr. Jaime Vargas Zeballos**  
Jurado

  
\_\_\_\_\_  
**Mgr. Alberto Flor Chávez**  
Jurado

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Claudio Ramírez Atencio**  
Asesor

Registro N° \_\_\_\_\_ Escuela: MEDICINA HUMANA  
Alumno: FIORELLA PAULETT MAQUERA QUISPE  
Fecha de Sustentación: 09 DE MARZO DEL 2012  
Aprobado por: UNANIMIDAD Nota: 15 (QUINCE)  
Calificativo: \_\_\_\_\_  
Jurado: - DRA. NORA VELA PAZ (PRESIDENTE)  
- MGR. JAIME VARGAS ZEBALLOS (MIEMBRO)  
- MGR. ALBERTO FLOR CHAVEZ (MIEMBRO)  
Observaciones: \_\_\_\_\_



M. V. J.  
Secretario Académico  
Administrativo

## **DEDICATORIA**

*A mis padres Felipe y Elena porque ahora  
comprendo que a pesar de mis errores, mi mayor  
riqueza es poder contar con ellos siempre.*

*A mi hermanito Luis Fernando quien motiva mi  
superación, por ser su ejemplo.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios, mi fortaleza y a la Virgen, mi protección; por acompañarme en todo momento.*

*A todos mis docentes que con sus enseñanzas y exigencias contribuyeron a mi formación.*

*A los médicos gineco-obstetras, que motivaron el interés y pasión de velar por la salud de la madre y su niño.*

## **INDICE**

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1

### **CAPÍTULO I**

#### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo General	6
1.3.2. Objetivos Específicos	6
1.4. Justificación de la investigación	7

### **CAPÍTULO II**

#### **MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes de la investigación	8
2.1.1. A nivel internacional	8
2.1.2. A nivel nacional	11

2.2.	Cesárea	16
2.3.	Frecuencia de la cesárea	17
2.4.	Indicaciones de cesárea	20
2.5.	Indicaciones más frecuentes de la operación cesárea	23
2.5.1.	Desproporción céfalo pélvica	23
2.5.2.	Cesárea previa	24
2.5.3.	Sufrimiento fetal	24
2.5.4.	Presentación pélvica	27
2.5.5.	Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera	28
2.5.6.	Placenta previa	30
2.5.7.	Parto Disfuncional	31
2.5.8.	Ruptura prematura de membranas	32
2.6.	Causas del aumento	34
2.7.	Complicaciones	36
2.8.	Consecuencias para el recién nacido	37
2.9.	Indicaciones de la cesárea en el Perú	37
2.10.	Definición de términos	39

### **CAPÍTULO III**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

3.1.	Diseño de investigación	42
3.2.	Operacionalización de variables	42

3.3. Población y muestra	45
3.4. Procesamiento de recolección y análisis de datos	46

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

RESULTADOS	48
DISCUSIÓN	91
CONCLUSIONES	100
RECOMENDACIONES	102
REFERENCIAS	103
ANEXOS	106

## RESUMEN

La frecuencia de la operación cesárea se ha ido incrementando, constituyendo actualmente un problema. Los objetivos del presente trabajo consisten en: Determinar la Incidencia de Cesáreas, sus principales indicaciones obstétricas e identificar las características maternas y del recién nacido. Es un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se estudian los partos por cesárea acontecidos en el Hospital II Suarez Angamos de Lima, en el año 2010; con un total de 458 casos de cesárea. Se emplea la estadística descriptiva expresada en frecuencias y datos porcentuales. Para el análisis bivariado se utilizó tablas de contingencia y el estadístico de Chi cuadrado de Pearson. La incidencia de cesárea encontrada es de 28,45% de un total de 1680 partos. Las tres primeras indicaciones: Sufrimiento fetal (20,74%), Desproporción céfalo pélvica (17,47%), Trabajo de parto disfuncional (14,19%). Las gestantes tuvieron en promedio: 29 años, estado civil: conviviente, grado de instrucción: secundario, iniciaron control prenatal en el primer trimestre, con 6 a más controles, nuliparidad, ganancia de peso adecuada y gestación a término. La mayoría de recién nacidos no tuvieron patología.

Palabras Clave: Cesárea, incidencia, sufrimiento fetal, desproporción céfalopélvica.

## **ABSTRACT**

The frequency of cesarean section has increased, now constituting a problem. The objectives of this study are: Determine the incidence of Caesarean sections, the main obstetric indications and characterize maternal and newborn associated. It is a descriptive, retrospective and transversal study. We study the cesareans occurred in the Hospital II Suarez Angamos of Lima, in 2010; with a total of 458 cases of cesarean section. Used descriptive statistics expressed as frequencies and percentages. For bivariate analyzes used contingency tables and chi-square statistic of Pearson. The incidence of caesarean section is found 28.45% of a total of 1680 births. Being the first three indications: fetal distress (20.74%), cephalopelvic disproportion (17.47%), dysfunctional labor (14.19%). The pregnant women were on average: 29 years, marital status: cohabiting, level of education: secondary, began prenatal care in the first quarter, with six more controls, nulliparity, adequate weight gain and term gestation. Most infants had no pathology.

**Key Words:** Cesarean section, incidence, fetal distress, cephalopelvic disproportion, dysfunctional labor.

## INTRODUCCIÓN

La cesárea es la intervención quirúrgica que se realiza con mayor frecuencia en obstetricia.

La frecuencia de la operación cesárea se ha ido incrementando en las últimas décadas en relación al número total de partos. La Organización Mundial de la Salud propuso como estándar para los nacimientos por cesárea la cifra de 15%. Los índices más altos de cesárea se observan en América Latina, van de 16 % a 40 %, e incluso se menciona hasta 45 %.

El propósito del presente trabajo es determinar la incidencia, las características maternas y del recién nacido de los casos y las principales indicaciones de cesárea.

El presente estudio se organiza en cuatro capítulos. En el primero se aborda el problema y los objetivos. En el segundo, se presenta el marco teórico que explica y analiza el problema de investigación y el cual comprende los antecedentes, las bases teóricas y definiciones básicas. En el tercero, se expone el marco metodológico de la investigación; finalmente en el cuarto, se presentan los resultados de la investigación y se expone la discusión de los mismos.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Planteamiento del problema**

La cesárea es el parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero (1). La operación cesárea incorporada a la práctica 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 en relación al número total de partos, como se desprende de los estudios realizados en diferentes naciones. Su frecuencia ha ido en aumento 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 conducida. A medida que los hospitales tienen más años de funcionamiento, la cesárea iterativa es más frecuente. (1, 2, 3)

La tasa de cesáreas va en aumento tanto en los hospitales privados como en los públicos, siendo más marcado en los

primeros. La tasa de cesárea recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de un 15%(4), el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) 15,5% para mujeres nulíparas con gestación a término y 63% en mujeres con cesárea anterior. Salud para todos en el 2010 también da un 15% en primíparas con presentaciones cefálicas a término. (2)

En Estados Unidos la tasa de cesárea era de 26,1% para el 2002 y ascendió para el 2004 a 29,1%, es la tasa más alta registrada; esto se debería a un aumento en las primeras cesáreas, y a la disminución de los partos vaginales en mujeres con cesárea previa, en quienes la intervención subió a 91%.(5)

Así mismo en los hospitales públicos la frecuencia es menor que en los privados, sobre todo donde hay cursos de posgrado en obstetricia y ginecología.

Se debe resaltar que los índices más altos de cesárea están en América Latina, los que oscilan entre 16% a 40% (6), aunque en un trabajo publicado en el 2007, en Puerto Rico es de 45%.(7)

En nuestro medio tenemos que la tasa de cesárea para el año 1992 en los diferentes hospitales es como sigue: Maternidad

de Lima 17%; Edgardo Rebagliati 20%, Guillermo Almenara 30,01%; y en el Arzobispo Loayza es de 20%.

En un reporte del Hospital Edgardo Rebagliati se evidencia que las complicaciones neonatales serían más frecuentes en aquellos casos resueltos a través de cesárea electiva (no de urgencia) que en los niños nacidos de parto vaginal. (8)

La prevención de la morbilidad perinatal es una razón esgrimida con relativa frecuencia para la práctica de una cesárea. Sin embargo, la mejoría evidente que se ha conseguido en el mundo occidental en la morbilidad perinatal no se asocia directamente a los incrementos de la tasa de cesáreas. (10)

En cuanto a la morbilidad materna, la cesárea no deja de ser una práctica quirúrgica, y existen riesgos relacionados con hemorragia, infecciones, tromboembolia y muerte. Además hay riesgos a largo plazo con relación a futuros embarazos (6). También se dan graves complicaciones posteriores a las cesáreas iterativas. Es conocido el peligro de los acretismos placentarios en cesareadas anteriores, que incrementa dramáticamente la morbilidad materna y fetal. (11)

Debe tenerse en cuenta que la paciente sometida a cesárea de urgencia corre el riesgo adicional de la complicación que motivó

la intervención, la anestesia de urgencia y la reducida preparación preoperatoria. Sin embargo, según el análisis realizado de los diferentes estudios desarrollados, no se puede exhibir una relación directa entre la mayor frecuencia de cesárea y una menor tasa de mortalidad materna en los hospitales del Perú. (8)

En el Hospital II Suárez-Angamos Miraflores – Lima hasta agosto del año 2011 se realizaron 298 cesáreas de un total de 909 partos, correspondiendo a un porcentaje de 32.78%, que aunque se encuentra dentro del promedio encontrado en América Latina, supera ampliamente la tasa de cesárea recomendada por las organizaciones internacionales de salud. Lo que motivó realizar el presente estudio, para poder conocer las causas de este porcentaje elevado, además de brindar investigación actualizada sobre el tema.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la Incidencia y cuáles son las indicaciones de Cesárea en el Hospital II Suárez-Angamos ESSALUD Miraflores - Lima, en el año 2010?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar la Incidencia de cesáreas e identificar las principales indicaciones obstétricas, en el Hospital II Suárez Angamos ESSALUD Miraflores de Lima, en el año 2010.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- a) Identificar las características de las gestantes con indicación de cesárea en el Hospital II Suárez Angamos de Lima, en el período estudiado.
- b) Identificar las características de los recién nacidos de parto por cesárea en el Hospital II Suárez Angamos de Lima, en el período estudiado.
- c) Determinar la Incidencia de Cesáreas en el Hospital II Suárez Angamos de Lima, en el período estudiado.

- d) Identificar las principales indicaciones obstétricas de cesárea en el Hospital II Suárez Angamos de Lima, en el período estudiado.

#### **1.4. Justificación de la investigación**

Dado que el incremento de la operación plantea dos situaciones:

- La cesárea al ser una práctica quirúrgica conlleva a riesgos que aumentan la morbi-mortalidad materna.
- Esta intervención incrementa costos y estancia hospitalaria y no necesariamente disminuye la morbi-mortalidad perinatal.

Por lo que se hace necesario conocer la incidencia actual de la misma y las indicaciones que la originan, al observarse el incremento de esta operación. El presente trabajo brindará información sistematizada y actualizada, a fin de implementar estrategias destinadas a controlar su crecimiento, tales como el análisis más detenido de sus indicaciones con la consiguiente estandarización de criterios para su práctica; así mismo servirá de base para realizar a futuro investigaciones de mayor complejidad.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

##### **2.1.1. A nivel internacional:**

**Gonzalo, A. y col.** Realizó un estudio descriptivo y retrospectivo titulado “Incidencia y Principales Indicaciones de Cesáreas” en el Hospital J. R. Vidal, de Corrientes (Argentina), para conocer la incidencia y las indicaciones de cesáreas, y teniendo en cuenta la nueva normativa vigente de permitir a las pacientes con antecedentes de cesárea previa una prueba de trabajo de parto, ver la implicancia de esta nueva conducta. Para ello se consultó los “Libros de registros diarios de partos”, creándose una base de datos para agrupar los diferentes datos y realizar un análisis por períodos, de la frecuencia cualitativa y cuantitativa de las indicaciones de cesáreas insertando como punto de corte el cambio en normativa vigente.

Se registró en el año 2002 una incidencia del 26,23%, y en el año 2003, del 25,55%; se tomó como período de estudio desde el 1 de Junio del 2002 al 31 de Mayo del 2003 teniendo en cuenta, poner en un punto medio la nueva normativa vigente. Registrándose 4530 gestaciones de las cuales 1102 culminaron en parto por 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 servicio. Destacando el poco aumento de la indicación por Sufrimiento Fetal Agudo, causa principal que hace fallar la prueba de trabajo de parto y culminar en parto cesárea. (12)

**Carmona, J. y col.** En el estudio titulado Incidencia e indicación de cesárea en el Hospital Padre Justo Arias de Rubio, estado Táchira Venezuela; durante el período enero

1998 - diciembre 2003. La incidencia de cesárea osciló entre 1:6 y 1:11, con un promedio de 1:8; el grupo más numeroso fue: entre los 20 y 24 años (29,5%); la mayoría de las pacientes eran solteras (83,17%); el 65,71% de las pacientes tuvo un control prenatal adecuado; el 85,71% de las pacientes eran venezolanas y el 14,28% eran colombianas. La gesta más frecuente para el momento de la cesárea fue: la primera con un 40%. La cesárea fue electiva en un 80,95%. El 85,71% de las pacientes no tuvieron prueba de trabajo de parto. Las indicaciones de cesárea más importantes fueron: desproporción fetopélvica 30,15%, cesárea anterior 14,12%; presentación podálica 10,47%; distocia de dilatación 9,84% y cesárea iterativa 8,57%. (13)

**Almanza, S. y col.** Realiza el trabajo de investigación titulado: Incidencia de las causas que conducen a cesárea en el pabellón Guillermo Gómez Hospital San José de Bogotá 1 de Enero 1980 - 31 de Diciembre 1984 (1980-1984). Este estudio se desarrollo en el hospital de San José de Bogotá en donde la incidencia de las causas que con llevan a parto por cesárea se ha venido incrementando en un 10,72% en cuatro años,

analizando las causas maternas y fetales y relacionándolas con las variables intervinientes como la edad, mortalidad y paridad, se formularon diferentes hipótesis las cuales se aprobaron y disprobaron los resultados obtenidos en la investigación. Se observó que al cruzar las variables materna con edad, la de mayor causa que conlleva a cesárea fue la iterativa y la edad de mayor frecuencia la de 25 a 35 años con una incidencia del 17,79%; la incidencia de causas fetales fue la presentación anómala en el grupo etareo de 15 a 24 años. Según la paridad se observó que la mayor incidencia es en multíparas. (14)

### **2.2.2. A nivel nacional:**

**Arauzo, G.** Realiza la investigación titulada: Incidencia e indicación de la cesárea en el Hospital de Tingo María. Estudio retrospectivo del 1º de enero de 1979 al 31 de diciembre de 1992. En los 13 años se atendió 21 252 partos y 1 520 cesáreas. Las cuatro principales indicaciones fueron: distocia 34,73%, cesárea iterativa 19,21%, sufrimiento fetal 11,44% y podálico 9,27%. La incidencia de cesárea 7,15% es similar a las del Japón, Bélgica, Austria y Suecia, dentro de los límites recomendados por el Centro

Latino Americano de Perinatología y las principales indicaciones tienen la misma secuencia que las reportadas, variando solamente en los porcentajes. (15)

**Pomasunco, D. y col.** En su trabajo titulado Análisis de la tendencia de los partos por cesárea en los hospitales de la DISA V Lima Ciudad 2001 – 2008, se analizaron las tasas de cesáreas de un total de 7 hospitales, encontrándose que en general la tasa mensual de cesáreas registradas durante el periodo 2001 – 2008 en promedio fue de 36,9% +- 9,1% con un rango de 16,5 a 71,4. Analizando la tasa anual de cesáreas y tomando como referencia la tasa de cesáreas registrada el año 2001 (32,0% +- 7,3%), se encontró que para el año 2008 (38,9% +- 7,9%) esta tasa había aumentado en promedio un 6,9% +- 7,0%, habiéndose registrado como un aumento máximo el año 2007 (42,3% +- 9,6%) donde el aumento registrado fue del 7,7% +- 6,4% en promedio. Adicionalmente, se comparó la progresión anual de la tasa de cesáreas entre los años 2004 y 2005, respecto de lo registrado los años anteriores. Tomando como referencia la tasa mensual de cesáreas, se encontró que ésta tiende a incrementarse el mes de abril (37,9% +- 9,7%) para luego estabilizarse y volver a

incrementarse el mes de septiembre (40.2% + - 8,9%), ciclo que se repite en la mayoría de los hospitales de la DISA V Lima Ciudad. (16)

Concluye que la tasa de cesáreas en los hospitales de la DISA V Lima Ciudad no solo supera largamente el límite recomendado por la OMS sino que su tendencia significativamente positiva contribuye a suponer que esta seguirá aumentando con el transcurso de los años. (16)

**Paredes, L. y col.** En su trabajo titulado Indicaciones y complicaciones de las cesáreas de emergencia en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el año 2006 encontraron que durante el año 2006 se atendieron un total de 6226 partos (100%) siendo 2149 (34,51%) cesáreas. La incidencia de cesáreas fue 34,51% mientras las cesáreas de emergencia fueron 321, teniendo una incidencia de 5,15%. La edad promedio de las pacientes sometidas a Cesáreas por Emergencia fue 29,31 años, con un rango de 14 a 41 años. Las multíparas fueron el 35%, las primíparas 27,41% y 37,59% las nulíparas, siendo el promedio de paridad por gestante de 3. Las principales causas de cesárea por emergencia fueron el sufrimiento fetal agudo, seguida en

importancia por la desproporción céfalo pélvica y el DPP. Las complicaciones son escasas, siendo las infecciones el 6% de la población. (17)

Concluye que las cesáreas de emergencia fueron 321, teniendo una incidencia de 5,15%. Siendo la principal indicación el sufrimiento fetal agudo y la principal complicación las infecciones. (17)

**Bendezú, A.** En su estudio: Cesárea Programada y Morbilidad Neonatal, revisó 102 casos de recién nacidos de gestantes con partos por Cesárea programada atendidos en el Servicio de Obstetricia del Hospital III Essalud "Félix Torrealva Gutiérrez" de Ica, entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2003. Se atendieron 3780 partos de los cuales 102 fueron por cesárea programada. La edad materna mayor correspondió en 36,3% al grupo etáreo de 35 a 40 años; 70,6% eran casadas, 51,9% empleadas y 46,1% primigestas. El APGAR del recién nacido fue  $\geq 7$  en 96,7% de neonatos, no hubo caso de asfixia severa; 58,8% fueron varones, 70,6% con peso adecuado. Se encontró 27,5% de casos ictericia fisiológica, 17,7% con síndrome de dificultad respiratoria II y 7,8% con trastornos metabólicos. (18)

**Cachay, C.** Realiza un trabajo de investigación titulado "Operación Cesárea" en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé" durante el quinquenio 1993 – 1997, con el objetivo de determinar la incidencia de la Operación Cesárea a través de un estudio analítico longitudinal de tipo retrospectivo de todos los partos por Cesárea. Se revisaron 7010 casos de cesáreas practicadas, de un total de 28 528 partos, lo que da una incidencia de 24,57%. Revela que la incidencia de cesárea ha ido en aumento desde un 20,8% en 1993 hasta un 25,4% en 1997. Se evidencia un incremento de 1% por año. La mayor incidencia de cesáreas fue en pacientes entre los 20 a 29 años de edad, las cuales resultaron ser nulíparas que correspondieron 53,9%. El 81,38% (5705 casos) correspondieron a gestantes a término (más de 37 semanas de gestación) y el 18% de prematuridad. El 18,4% (1272) correspondieron a pacientes sin control prenatal. (19)

El 70% (4914 casos) tuvieron una estancia hospitalaria entre 4 a 7 días. El 82,5% (5784 casos) correspondieron a Cesáreas Primarias y el 17,5% (1126 casos) a Cesáreas Iterativas. A través de estos cinco años se aprecia una disminución de la Cesárea Iterativa del 20,7% en 1993 a 17,2% en 1997.

La indicación más frecuente en cesáreas primarias correspondió a Desproporción feto pélvica con 19,79% (1145 casos), en segundo lugar feto en podálica con 12,63% (731 casos), en tercer lugar Sufrimiento Fetal Agudo con 11.15% (645 casos). La indicación más frecuente para la cesárea iterativa fue "Cesárea Anterior" con 65,08% (798 casos) y en segundo lugar la DFP con 9,54% (117 casos). (19)

Se evidencia una tendencia al aumento de cesáreas en el Hospital San Bartolomé sobre todo en relación a las cesáreas Primarias. Se debe tener en cuenta que es un hospital de referencia, por lo tanto tiene casos de alto riesgo que le son derivados de otros centros de Salud de menor nivel de atención, los cuales requieren una cesárea. Lo más importante de este aumento es que en relación a la tasa de morbilidad y mortalidad tanto materna como neonatal tiende a disminuir y a través de estos últimos años se ha mantenido estacionaria. (19)

## **2.2. Cesárea**

Se ha escrito que esta operación se remonta a muchos siglos atrás. En Roma antigua era una obligación efectuarla en la mujer embarazada una vez muerta.

La primera cesárea en el Perú fue realizada en la Maternidad de Lima por el Dr. Camilo Segura el año 1861, en una paciente fallecida durante el parto.

El 31 de Mayo de 1931 en la Maternidad de Lima el Dr. Alberto Barton practicó una cesárea obteniendo un recién nacido vivo. La madre falleció a las pocas horas.

En 1926 el Dr. Ricardo Palma realizó la primera cesárea en Chiclayo. Entre los años 1927 y 1936 el Dr. Manuel Jesús Castañeda efectuó la primera cesárea en Arequipa y en 1931 el Dr. Callo Zeballos hizo lo mismo en el Cuzco.

La primera cesárea segmentaria en el Perú fue practicada en el Hospital Maternidad de Lima por el Dr. Víctor Bazul Fonseca en 1937. Ese mismo año es practicada en el Hospital de Bellavista Callao por el Dr. Froilán Villamón.

### **2.3. Frecuencia de la cesárea**

Estamos viviendo la era de la moda de la cesárea. La tasa de cesáreas va en aumento tanto en los hospitales privados como en los públicos, siendo más marcado en los primeros.

La tasa de cesárea recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5) es de un 15 %, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) 15,5 % y Salud para todos en 2010 también da un 15 % en nulíparas con presentaciones cefálicas a término y 63 % en mujeres con cesárea anterior.

Los índices más altos de cesárea están en América Latina, oscilan entre 16 % a 40 %, aunque en un trabajo publicado en el 2007, en Puerto Rico es de 45%. (9)

En Estados Unidos la tasa de cesárea era de 26,1% para 2002 y ascendió para 2004 a 29,1%, es la tasa más alta registrada; se debería a un aumento en las primeras cesáreas, y a la disminución de los partos vaginales en mujeres con cesárea previa, en quienes la intervención subió a 91%.

En el siguiente cuadro se observan las tasas de cesárea en algunos países de América, encontrando los índices más altos en Puerto Rico, Brasil y Chile. (9)

### Tasas de Cesárea en América

Autor	País	%
Liu y col.	Canadá	22.1
Menaker y col.	Estados Unidos	29.1
Waniez y col.	Brasil	40
Belizán y col.	Chile	40
Puentes Rosas y col.	México	35
Farr y col.	Puerto Rico	45

Fuente: ESTADO ACTUAL DE LA CESÁREA, Dra. Ofelia Uzcátegui U. Gaceta Médica de Caracas v.116 n.4 oct. 2008

En el cuadro se reflejan las tasas de otras regiones del mundo.

### Tasa de cesáreas en otros países del mundo

Autor	País	%
Häger y col.	Noruega	11 – 24,5
Tampakoudis y col.	Grecia	29,9
Dessoles y col.	Italia	20,8
Farah y col.	Irlanda	17,8 (12 – 26%)
Clavero Nuñez	España	18,57
Lin y col.	Taiwan	32,3
Chen y col.	China	45,6
Kawaja	Egipto	22
Oladapo y col.	Nigeria	25

Fuente: ESTADO ACTUAL DE LA CESÁREA, Dra. Ofelia Uzcátegui U. Gaceta Médica de Caracas v.116 n.4 oct. 2008

## **2.4. Indicaciones de cesárea**

Se clasifican en: absolutas y relativas.

Entre las indicaciones absolutas están: sufrimiento fetal (SF), desproporción feto pélvica (DFP), desprendimiento prematuro de placenta severo (DPP), placenta previa sangrando (PPS), prolapso del cordón. Entre las relativas: trastornos hipertensivos del embarazo (THE), distocias de rotación (DR), detención de la dilatación y descenso de la cabeza, fracaso de inducción, cesárea previa y podálica, aunque estas últimas pasaron prácticamente a ser absolutas. Últimamente, se han agregado las opcionales en las cuales el médico elige antes de que la paciente entre en trabajo de parto o al comienzo del mismo la conducta a seguir. Entre las principales tenemos, para esterilización, por solicitud de la madre (complacencia), comodidad del médico, honorarios más altos, el costo es mayor al del parto vaginal. (9)

Las indicaciones de las cesáreas son prácticamente las mismas en todos los lugares, lo que varía es el orden en que se utilizan en los diversos hospitales y países. En Venezuela, la primera causa fue la desproporción cefalopélvica (incluida por otros como distocia durante el trabajo de parto o DCP), en otros es la

cesárea previa, la presentación podálica, sufrimiento fetal, anomalías en la presentación, hemorragias preparto, macrosomía, y en otras causas menos frecuentes como embarazo gemelar, herpes activo, hipertensión severa, prolapso del cordón.

En Estados Unidos (EEUU) la primera indicación es la cesárea anterior (8,5%) le siguen distocias (7,1%), presentación podálica (2,6%), sufrimiento fetal (2,3%) y otras (3,2%). En la primera cesárea no hay indicación reportada entre un 3 % a 7 %, otras fueron pedidas por las pacientes o recomendadas por el médico. (9)

En Francia las indicaciones son presentación podálica, pequeños para la edad gestacional, fetos grandes, paciente mayor de 30 años y obesidad. También refieren que la incidencia de la primera cesárea es de un 11% y el de las cesáreas a repetición de 62,9 %. En un estudio comparativo en el mismo país encontró que las cesáreas en las presentaciones pelvianas se hacen en forma electiva antes de que la mujer entre en trabajo de parto y la indicación subió de 14,5% en 1972 a 42,6% en el período 1995-1998 y a 74% en 2003. Esta tendencia es la misma que se ve en todas partes, como consecuencia de esto los nuevos médicos no aprenderán a atender un parto por vía vaginal en estas

presentaciones. En Escocia también encuentran la presentación podálica como primera causa en las cesáreas electivas, y en las de emergencia sufrimiento fetal, seguidas por distocias y cesárea anterior y el 50 % en primigestas.

En Noruega la primera indicación es sufrimiento fetal, le siguen las distocias (fallo del progreso), podálica, requerimiento materno, preeclampsia y fracaso de inducción y en las electivas la primera causa fue la cesárea previa y dos tercios de ellas fueron de emergencia. En este país la cesárea es la operación mayor que se hace con más frecuencia en los hospitales. (9)

En Inglaterra encontraron los siguientes factores de riesgo: presentación podálica en las electivas, y en las de emergencia: cesáreas previas, macrosomía fetal, edad materna avanzada y en cambio el aumento de la paridad disminuyó el riesgo. En China, dan como primera causa las distocias (desproporción céfalo-pélvica, trabajo de parto prolongado), seguido de sufrimiento fetal y factores demográficos como educación, edad y ocupación. (9)

## **2.5. Indicaciones más frecuentes de cesárea**

### **2.5.1. Desproporción céfalo pélvica:**

Condición de origen materno, fetal o mixto. El diagnóstico, se establece mediante valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto; que es el procedimiento obstétrico a que se somete una parturienta sin riesgo materno; tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, venciendo obstáculos previstos y presumiblemente franqueables. (20)

La desproporción céfalo pélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal, con buena actitud.
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.
- Pelvis y feto normales con relaciones feto pélvicas ajustadas, después de una prueba de trabajo de parto infructuosa.

### **2.5.2. Cesárea previa:**

La práctica del parto vaginal en pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito es evitar los posibles riesgos asociados a la operación cesárea, sin embargo esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación.

De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de ofrecer una prueba de trabajo de parto a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones.  
(20)

### **2.5.3. Sufrimiento fetal**

Alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso muerte fetal.

Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles (hipotensión materna, efecto Poseiro, hipercontractilidad

por uso de oxitócicos), o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical).

El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico. En su forma crónica se presenta antes del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria, como: infecciones, trastornos hipertensivos, isoinmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa, que se traducen generalmente en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios. Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de encontrar alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación. (20)

### **Sufrimiento fetal agudo**

Se establece generalmente durante el trabajo de parto y puede presentarse en una gran variedad de circunstancias, en un feto previamente normal, o bien, en un feto con sufrimiento fetal crónico que tiene un episodio agudo durante el trabajo de parto.

El diagnóstico de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto se sustenta fundamentalmente en: alteraciones en la frecuencia

cardíaca fetal, pudiendo acompañarse de la presencia o no de meconio y alteraciones del pH de la sangre capilar.

Mediante la auscultación realizada por personal médico con experiencia, se pueden detectar alteraciones del ritmo de la frecuencia cardíaca fetal como: taquicardia, bradicardia y desaceleraciones.

Se considerará la realización de una operación cesárea, cuando exista la asociación de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, detectada por medios clínicos y la presencia de líquido amniótico meconial, sobre todo si existieran cambios en la coloración y/o en la densidad de éste. (20)

### **Conducta ante la sospecha de sufrimiento fetal agudo**

El tratamiento inicial del sufrimiento fetal agudo deberá ser in útero, dependiendo de las causas que lo originaron, por lo que es fundamental la identificación temprana del factor etiológico. La operación cesárea no es la primera opción terapéutica.

El manejo del sufrimiento fetal dependerá de la naturaleza de su origen:

a) Si el factor causal es reversible:

- Corregir adecuadamente la causa.
- Reanimación fetal intraútero.

- Una vez recuperado el feto, se puede continuar con el trabajo de parto bajo una estrecha vigilancia.

b) Si el factor es irreversible:

- Reanimación fetal intraútero.
- Resolución del embarazo por la vía más rápida y menos agresiva para el feto, una vez recuperadas las condiciones fetales.

Antes de decidir realizar una operación cesárea por sufrimiento fetal agudo, se asegurará que la reanimación fetal ha sido efectiva, descartando la posibilidad de muerte fetal. (20)

#### **2.5.4. Presentación pélvica**

La presentación pélvica ocurre en el 3-4 % del total de los embarazos. En la mayoría de las unidades obstétricas, esta modalidad de presentación constituye una indicación de cesárea (excepto cuando la paciente acude en periodo expulsivo).

El parto vaginal en presentación pélvica se permitirá únicamente bajo ciertas condiciones:

- Experiencia del médico en la atención del parto en presentación pélvica.

- Antecedentes de cuando menos un parto vaginal previo.
- Embarazo a término.
- Pelvis clínicamente útil.
- Inicio espontáneo del trabajo de parto.
- Variedad de presentación franca de nalgas, con buena actitud de la cabeza y de los miembros superiores.
- Presentación en un segundo o tercer plano de Hodge.
- Peso fetal estimado entre 2300 y 3600 gramos.
- Bolsa amniótica íntegra.
- Posibilidad de monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal y de las contracciones uterinas.

La versión cefálica externa, ha sido recomendada como una opción en la atención de la presentación pélvica, sin embargo su utilización requiere de personal médico entrenado en esta técnica.

(20)

#### **2.5.5. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta**

Desprendimiento parcial o total, antes del parto, de una placenta insertada en su sitio normal, que puede tener graves consecuencias para el feto y para la madre.

Su etiología incluye: preeclampsia (en un alto porcentaje de los casos), los traumatismos, la evacuación brusca en polihidramnios.

Comienza de manera brusca y puede acompañarse de forma tardía de hemorragia externa; poco abundante, de color negrozco, con coágulos e intermitente. (1)

El cuadro se complementa con dolor agudo de intensidad creciente, aumento de consistencia y tensión de pared uterina (útero leñoso); puede presentarse también anemia y shock.

Si el desprendimiento es importante (más de la mitad de la superficie placentaria), la muerte fetal ocurre en la mayoría de los casos.

La hemorragia no se detiene mientras el útero no se evacúe, lo que significa la urgente necesidad de extraer el feto; siendo conveniente reponer la sangre perdida previamente y consolidar el estado general alterado por la anemia y el shock.(1)

La operación Cesárea abdominal. Se realiza:

- a) Si la paciente se agrava;
- b) Si el feto está vivo, para prevenir su muerte;

- c) Si fracasa la inducción del parto o si éste se prolonga y, muy especialmente, en los casos más graves, cuando se sospecha una apoplejía uterina, ya que permite evacuar el útero con rapidez, así también decidir si éste podrá conservarse o no.

#### **2.5.6. Placenta previa**

Inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, pueden estar presentes hemorragias de intensidad variable.

Ubicación de la placenta: lateral, marginal, oclusiva o central total. La oclusiva total durante el embarazo puede adoptar, durante el trabajo de parto, el carácter de placenta oclusiva parcial o central parcial.

La hemorragia de este proceso presenta características muy particulares: la sangre es líquida, roja, rutilante; indolora y se inicia con frecuencia durante el sueño, y es intermitente.

Si la hemorragia no es muy importante y la edad gestacional es inferior a 36 semanas, se deberá diagnosticar la madurez pulmonar del feto. En caso negativo, ésta ha de inducirse farmacológicamente. Mientras tanto, reposo absoluto, control de la hemorragia y administración de uteroinhibidores si fuera necesario. Si el cuadro lo permite, se esperará hasta lograr la madurez

pulmonar fetal para realizar la operación cesárea, indicación que podrá ser anticipada si la hemorragia es grave. (1)

### **2.5.7. Parto disfuncional**

Es aquel donde el progreso en la dilatación, el descenso de la presentación o la expulsión del feto, se apartan del ritmo normal.

La fase latente prolongada, en muchos casos constituye una forma de parto disfuncional primario, en la que posteriormente se interrelaciona con distocia de fase activa y resultados perinatales adversos. (21,22)

Los términos clínicos de 14 y 20 horas en multíparas y nulíparas, respectivamente, para considerarla como prolongada, han sido modificados actualmente por organizaciones como la OMS.

La tendencia moderna en la atención de la fase latente prolongada es acortar el tiempo para su definición, para comenzar la terapéutica precozmente. (23)

### **Algunas categorías de parto**

- Fase activa prolongada
- Detención secundaria de la dilatación

- Fallo de descenso
- Prolongación de descenso

### **Expresiones de diagnóstico clínico disfuncional**

Trabajo de parto prolongado

Dilatación estacionaria

Desproporción cefalopélvica

Distocia de tránsito y rotación

### **2.5.8. Ruptura prematura de membranas**

Salida de líquido amniótico, a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares, en embarazo mayor de 20 semanas y/o por lo menos 2 horas antes de inicio del trabajo de parto. (20)

### **Conducta ante la ruptura prematura de membranas**

La conducta obstétrica en estos casos depende de: el tiempo de evolución de la ruptura, la sospecha de infección, edad gestacional y madurez fetal, y las condiciones obstétricas.

En ausencia de infección, se realiza un manejo conservador, con estrecha vigilancia clínica, limitando la práctica de tactos vaginales y la realización de exámenes de laboratorio para la

detección oportuna de infección amniótica; en casos específicos, se requerirá de antibioticoterapia profiláctica y esquema de maduración pulmonar.

La conducta obstétrica en los casos de ruptura prematura de membranas, es la siguiente:

- a) Menor de 26 semanas de gestación: interrupción del embarazo por vía vaginal con el consentimiento de la madre.
- b) Entre 26 y 28 semanas: cuando se cuente con los recursos mínimos para la atención del neonato, se realizará operación cesárea; si no es posible, la vía de elección para la resolución del embarazo será vaginal.
- c) Entre 29 y 32 semanas: se realizará operación cesárea.
- d) Entre las semanas 33 y 36 de gestación: se valorarán las condiciones obstétricas y se resolverá el embarazo por la vía más favorable.
- e) De la semana 37 en adelante: sin trabajo de parto, con buen estado fetal, se inducirá maduración cervical con prostaglandinas durante 12 horas, con una inductoconducción subsecuente del trabajo de parto con oxitocina. En caso de que no se cuente con prostaglandinas, se mantendrá una actitud expectante durante 24 hrs. en espera del inicio espontáneo del

trabajo de parto, de no suceder ésto, se procederá a la inducción del trabajo de parto con oxitocina.

Una vez realizado el diagnóstico de corioamnioitis, no existe un plazo temporal para la terminación del embarazo con el fin de evitar complicaciones fetales y maternas; sin embargo, la insistencia en intentar un parto vaginal en estas pacientes puede resultar potencialmente peligrosa; la conducta propuesta es no esperar más de 6 horas después de establecido el diagnóstico.(20)

## **2.6. Causas del aumento**

El aumento de la frecuencia de la cesárea según algunos autores se debe a:

- Baja paridad; casi la mitad de gestantes son nulíparas, que tienen más riesgo de cesárea.
- La edad materna en promedio está elevada y la frecuencia de la cesárea aumenta con el avance de la edad.
- Vigilancia fetal por medios electrónicos que a veces no son bien interpretados por falta de preparación o experiencia.

- Utilización de la cesárea hasta en un 90% de presentaciones podálicas.
- Preocupación por litigios.
- Factores socioeconómicos, las clases media alta y alta, por solicitud de la paciente o familiares.
- Deficiencias en el entrenamiento obstétrico, viendo más fácil hacer una cesárea.
- Partos pre-término.
- Herpes genital activo.
- Disminución de partos instrumentales.
- Inducción, que favorece el riesgo de cesárea.
- Obesidad.
- El empleo de antibióticos, con pocas complicaciones y mortalidad materna.
- Esterilización quirúrgica (se recurre a la cesárea para realizarla).
- Disminuir el estrés del profesional, no el de la paciente.
- Llama la atención como ha descendido la atención del parto por vía vaginal en mujeres con cesárea previa, lo que es citado por casi todos los autores. Pocos son los

establecimientos donde se intenta el parto vaginal, aunque los hay con excelentes y buenos resultados. (9)

## **2.7. Complicaciones**

La morbilidad materna está aumentada en comparación con el parto vaginal, entre el 3 % y el 6 %. Las complicaciones maternas más frecuentes son: la infección (endometritis, absceso de pared), íleo paralítico, complicaciones anestésicas, hemorragias, infección urinaria, lesiones intestinales, lesiones de la vejiga sobre todo en cesareadas anteriormente, anemia, se puede afectar el futuro obstétrico.

En Dinamarca hay estudios donde se reportan complicaciones quirúrgicas durante las cesáreas electivas de un 6,8 % y aumentan en las de emergencia hasta un 14,5 %. Las más frecuentes son lesión del cuello y hemorragias, 12 %.

Refieren lesiones de vejiga durante la intervención en 0,28% que aumentan a 3,87% en las cesáreas iteradas. En Canadá en un estudio de 14 años además de las complicaciones ya descritas, agrega paros cardíacos y en ocasiones histerectomía por hemorragias, en nuestros hospitales es más frecuente la

histerectomía por infección. También la muerte materna es mayor en las cesáreas que en los partos atendidos por vía vaginal como se reporta en Francia. (9)

## **2.8. Consecuencias para el recién nacido**

Se puede presentar estrés respiratorio, mayor incidencia de prematuros por mala evaluación preoperatoria, mayor hipertensión pulmonar persistente, trastornos de regulación térmica e inmunológica, y no se ha logrado la reducción esperada de la morbimortalidad fetal. Se encontraron lesiones en niños nacidos por cesárea, sobre todo en las de emergencia. Además hay retraso del primer contacto madre hijo y cuando se produce la madre está somnolienta y cansada. Es un obstáculo para el inicio de la lactancia, se dice que la bajada de la leche tarda más en madres que tuvieron parto por cesárea. La causa no está clara si es debido a la cesárea misma o al retraso del inicio de la lactancia. (9)

## **2.9. Indicaciones de la cesárea en el Perú**

Está claro que conforme van pasando los años, la frecuencia de la cesárea iterativa viene siendo mayor, tal vez por haberse

atendido a la sentencia de Craigin, quien en 1916 propuso "una vez cesárea, siempre cesárea".

En el siguiente cuadro podemos apreciar en resumen la frecuencia con la que ocurre la cesárea según indicación en algunos hospitales del Perú. (8)

#### Principales indicaciones de cesárea en el Perú

Indicaciones	Frecuencia en los Hospitales (%)					
	San Bartolomé (1971)	María Auxiliadora (1988)	IPSS (Chiclayo) (1983-84)	Ros. Lavalle (1988- 89)	IPSS Ferreñafe (1985)	IPSS La Oroya (1985)
Cesárea ant.	35.84	17.50	28.30	37.95	34.00	19.00
DCP	14.37	15.50	9.70			10.00
Suf. fetal	7.85	21.90	11.20	16.32		22.00
Mala Present.	14.85	12.80	10.50	19.83		
Dist. contr.	5.91					
H.T.T.T	4.70	12.50				9.00
Toxemia		8.50	10.00			10.00
R.P.M.		3.00	10.70			9.00

Fuente: Távara, L. Ginecología y Obstetricia-Vol.39 N°15 Setiembre 1993.Cesárea en el Perú: Presente y Futuro

Observemos que en la medida que los hospitales tienen más años de funcionamiento, la cesárea iterativa es más frecuente. En todo caso, las principales indicaciones se concentran en la cesárea anterior, la desproporción céfalo-pélvica, el sufrimiento fetal y las malas presentaciones. (8)

## **2.10. Definición de términos**

**Cesárea:** Operación quirúrgica en la que se extrae al feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero.

**Cesárea iterativa:** Cesárea que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.

**Cesárea primaria:** Es la que se realiza por primera vez.

**Cesárea de emergencia:** Cesárea que se realiza por una complicación o patología de compromiso vital o accidental para la madre y/o el feto en cualquiera de las etapas del trabajo de parto o preparto.

**Sufrimiento Fetal Agudo:** Alteración de la homeostasis fetal que puede conducir a la muerte fetal.

NST: Esta prueba valora la reactividad fetal y la presencia de contracciones maternas.

NST no reactivo: NST que no presenta aceleraciones. Si el feto está maduro se finalizará la gestación mediante inducción del parto o cesárea, según cada caso.

PST: Valora la respuesta del feto a las contracciones uterinas provocadas artificialmente.

Si el Test es positivo se deberá finalizar la gestación si el feto está maduro, mediante cesárea o parto.

Placenta previa: Complicación del embarazo, la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre todo o parte de la abertura hacia el cuello uterino.

Desprendimiento prematuro de placenta: Hemorragia del tercer trimestre, complicación riesgosa del embarazo. Separación de la placenta de su lugar de inserción.

Gestación múltiple: Desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos incluyen un riesgo aumentado de aborto, defectos al nacer, partos prematuros, y problemas mentales y/o físicos que pueden resultar de un parto prematuro.

Variedad de presentación: Está en función del grado de flexión de la presentación. Son: De occipucio, de bregma, de frente y de cara.

Procidencia de cordón: Descenso del cordón a través del cuello o del orificio cervical cuando las membranas están rotas

Pro-cúbito de cordón: Es la presencia del cordón umbilical entre la presentación y la pared vaginal o el cuello en presencia de membranas integra.

Hipertensión inducida por el embarazo: Complicación del embarazo, causa importante de morbilidad materna y fetal.

Desproporción feto-pélvica: Disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna produciéndose un enlentecimiento o detención de la dilatación cervical y descenso de la cabeza fetal, impidiendo el parto por vía vaginal.

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Diseño de investigación

El diseño de investigación fue descriptivo, transversal y retrospectivo. (24)

#### 3.2. Operacionalización de las variables

Variable	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala
<b>TIPO DE CESAREA</b>	Antecedente de intervención en la gestante	Primaria Iterativa Previa	Cualitativa	Nominal
<b>INDICACIÓN DE CESÁREA</b>	Causa que determinó la intervención	Desproporción céfalo pélvica y trabajo de parto disfuncional Embarazo prolongado Rotura prematura de membranas Sufrimiento fetal Pre eclampsia Feto podálico Otros	Cualitativa	Nominal

<b>TURNO DE REALIZACIÓN</b>	Jornada laboral en la que se realizó la intervención	I II III	Cualitativa	Nominal
<b>EDAD</b>	Años cumplidos	< de 15 años 15 a 19 años 20 a 34 años 35 a más	Cuantitativa	Intervalo
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	Nivel de escolaridad alcanzado	Primaria Secundaria Superior	Cualitativa	Nominal
<b>ESTADO CIVIL</b>	Tipo de Relación	Soltera Casada Conviviente Otro	Cualitativa	Nominal
<b>ESTADO NUTRICIONAL PRE-GESTAC.</b>	Condición Nutricional al inicio de la gestación, según IMC	Bajo peso Adecuado Sobrepeso Obesidad	Cualitativa	Nominal
<b>GANANCIA DE PESO EN GEST.</b>	Evaluada en el momento de hospitalización	Escasa Adecuada Excesiva	Cualitativa	Nominal
<b>INICIO DE CPN</b>	Trimestre de realización	I II III	Cualitativa	Nominal
<b>NÚMERO DE CPN</b>	Número de atenciones prenatales recibidas	Ninguno 1 a 5 6 a más	Cualitativa	Nominal
<b>PARIDAD</b>	Antecedente de Partos	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara	Cualitativa	Nominal

<b>ENFERMEDADES MÉDICAS</b>	Patologías no relacionadas al embarazo	ITU HTA Diabetes Asma Bronquial Cardiopatía VIH Otras	Cualitativa	Nominal
<b>COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS</b>	Patologías relacionadas al embarazo	Anemia Pre eclampsia leve Preeclampsia severa Eclampsia RPM Hemorragia del II y III trimestre. Otras	Cualitativa	Nominal
<b>EDAD GESTACIONAL</b>	Tiempo de gestación en semanas	< de 37 sem. 37 a 41 sem. 42 a más sem.	Cuantitativa discreta	Intervalo
<b>INICIO DE TRABAJO DE PARTO</b>	Forma de inicio del T de P	Espontáneo Inducido	Cualitativa	Nominal
<b>SEXO DEL RN</b>	Diferenciación genital	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
<b>PESO DEL RN</b>	Medida expresada en gramos que presenta el neonato al momento de nacer	< de 2500 gr. 2500 a 3499 gr. 3500 a 3999 gr. 4000 a más	Cuantitativa	Intervalo
<b>TALLA</b>	Medida expresada en centímetros de la longitud que presenta el neonato al momento de nacer	< de 48 cm. 48 a 52 cm. > 52 cm.	Cuantitativa	Intervalo

<b>PERÍMETRO CEFÁLICO</b>	Medida expresada en cm. De la circunferencia cefálica al momento de nacer	< de 33 cm. 33 a 35 cm. > 35 cm.	Cuantitativa	Intervalo
<b>APGAR</b>	Escala que mide las condiciones de nacimiento al minuto	0 a 3 4 a 6 7 a 10	Cuantitativo	Intervalo
<b>EDAD GESTACIONAL</b>	Edad determinada al nacer según el test de Capurro	< de 37 sem 37 a 41 sem. > 42 a más	Cuantitativo	Intervalo
<b>COMPLICACIONES EN EL RN</b>	Condición patológica que presenta el RN	Síndrome de dificultad respiratoria Infecciones Malf. Congénitas Otras	Cualitativa	Nominal
<b>EGRESO DEL RN</b>	Condición al alta	Vivo Fallecido	Cualitativa	Nominal

### 3.3. Población y muestra

El presente estudio fue realizado en el Hospital II "Suárez-Angamos" de Lima ubicado en el distrito de Miraflores. Su jurisdicción comprende la población de los siguientes distritos: Miraflores, Surquillo, Surco, San Isidro, Chorrillos. Atiende a población asegurada de ESSALUD y en mínimo porcentaje a

población particular. Es centro de referencia de los Policlínicos de su jurisdicción y a su vez tiene como centro de referencia al Hospital Edgardo Rebagliati.

- Población: Está conformada por 478 casos de cesárea realizadas en dicho hospital durante el periodo de estudio
- Muestra:
  - Tamaño de la muestra: Comprendida por 458 casos de cesárea.
  - Tipo de muestra: No probabilística, intencional.

Criterios de Inclusión: Todas las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el periodo de estudio.

Criterios de Exclusión: Se excluyeron aquellos casos que no contaban con la información necesaria registrada, para el presente estudio.

#### **3.4. Procedimiento de recolección y de análisis de datos**

Se recabó información de las Historias Clínicas correspondientes a las gestantes que tuvieron parto por Cesárea en el Hospital II Suárez Angamos en el período de estudio.

Los datos obtenidos fueron procesados mediante el programa informático SPSS VERSIÓN 17 .Se utilizó estadística descriptiva expresada en frecuencias y datos porcentuales. Para el análisis bivariado se utilizó tablas de contingencia y el estadístico de Chi cuadrado de Pearson.

La información seleccionada se consignó en Ficha de Recolección de datos, a fin de contar con información completa y poder elaborar con una base de datos óptima.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

En el presente capítulo, se presentan los resultados en concordancia con las preguntas de investigación. En consecuencia, los hallazgos, se presentan según un orden lógico y metodológico.

#### **4.1. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN**

## Cuadro 1

**Características sociodemográficas de las gestantes con indicación de cesárea del Hospital II Suarez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**

<b>Características</b>	<b>Nº=458</b>	<b>%=100</b>
<b>Edad</b>		
16– 19 años	14	3,06
20 – 35 años	381	83,19
>35 años	63	13,76
<i>Media = 29,09    DE=5,64</i>	<i>Mínimo = 17</i>	<i>Máximo = 46</i>
<b>Estado civil</b>		
Soltera	15	3,28
Conviviente	276	60,26
Casada	167	36,46
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	14	3,06
Secundaria	254	55,46
Superior	190	41,48

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

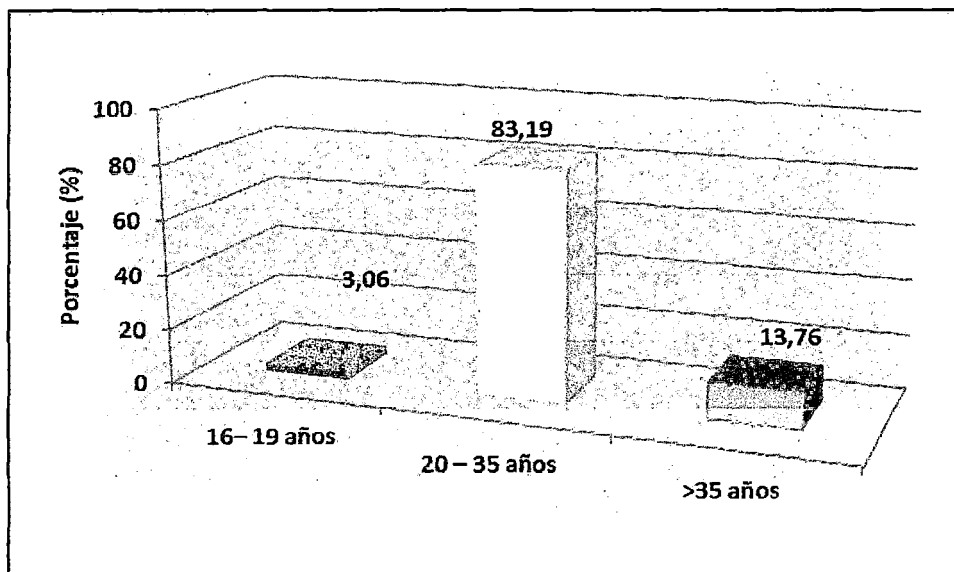
En la Cuadro 1, se aprecia que la edad que predomina en las pacientes de estudio estuvo comprendida entre los 20 y 35 años de edad, la media se ubicó en los 29 años de edad.

Respecto al estado civil más de la mitad son convivientes (60,26%), un poco más de la tercera parte son casadas (36,46%), la diferencia son solteras (3,28%).

En cuanto al grado de instrucción, un poco más de la mitad tienen estudios secundarios, sólo un 3 % tiene instrucción primaria. Un poco más de la tercera parte tienen estudios del nivel superior (41,48%).

### Gráfico 1

Edad de las gestantes con indicación de cesárea del Hospital II  
Suarez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010



Fuente: Cuadro 1

**Cuadro 2 a**

**Características obstétricas de las gestantes con indicación de cesárea del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010.**

<b>Características</b>	<b>Nº=458</b>	<b>%=100</b>
<b>Inicio de control prenatal</b>		
Primer trimestre	285	62,23
Segundo trimestre	150	32,75
Tercer trimestre	22	4,80
Sin control prenatal	1	0,22
<b>Número de controles prenatales</b>		
Sin control prenatal	1	0,22
De 1 a 5 controles	90	19,65
De 6 a más controles	367	80,13
<b>Número de partos vaginales</b>		
Ninguno	332	72,49
Uno	90	19,65
Dos	23	5,02
Tres	11	2,40
Cuatro	1	0,22
Cinco	1	0,22
<b>Antecedentes de número de abortos</b>		
0	335	73,14
1	97	21,18
2	22	4,80
3	4	0,87

Fuente: Ficha de recolección de datos

## **Interpretación**

En el Cuadro 2 a, que casi las dos terceras partes de las pacientes que formaron parte del estudio, iniciaron su primer control prenatal en el primer trimestre del embarazo (62,23%), casi la tercera parte en el segundo trimestre (32,75%), solo un 4,80% en el tercer trimestre y una paciente no se realizó control prenatal.

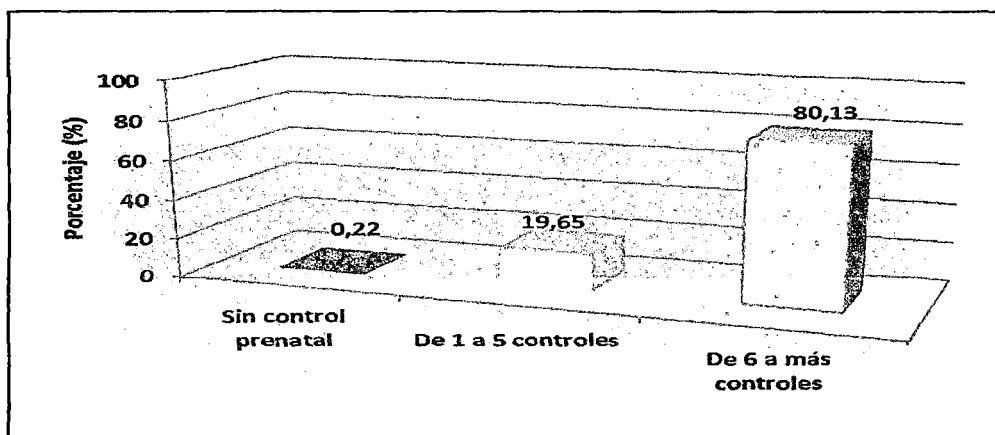
En cuanto al número de controles prenatales, un poco más de las tres cuartas partes se realizaron de 6 a más controles (80,13%), casi la quinta parte de uno a cinco controles (19,65%).

Respecto al número de partos vaginales, la mayoría (72,49%) manifestó no tener ningún antecedente de parto vaginal, prácticamente una quinta parte un parto vaginal y 5 de cada 100 pacientes dos partos vaginales (5,02%).

En relación a la variable antecedentes de número de abortos, casi las tres cuartas partes (73,14%) negaron antecedentes de aborto, un poco más de la quinta parte (21,18%) un aborto, mientras que un 4 % dos abortos, sólo cuatro pacientes manifestaron tener antecedentes de 3 abortos.

**Gráfico 2**

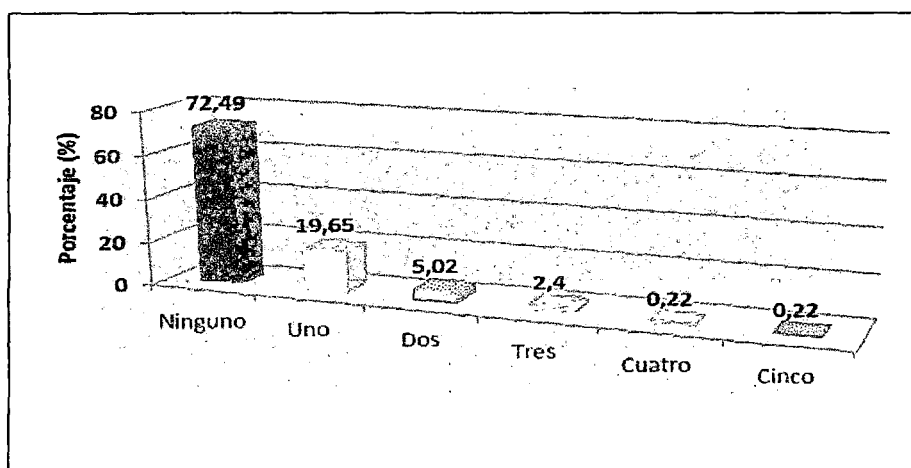
**Número de controles prenatales de las gestantes con indicación de cesárea del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**



Fuente: Cuadro 2a

**Gráfico 3**

**Número de partos vaginales de las gestantes con indicación de cesárea del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**



Fuente: Cuadro 2a

**Cuadro 2 b**

**Características obstétricas de las gestantes con indicación de cesárea del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010.**

<b>Características</b>	<b>Nº=458</b>	<b>%=100</b>
<b>Estado nutricional pregestacional</b>		
Bajo peso ( IMC PG < 19,8)	34	7,42
Peso adecuado ( IMC PG 19,8 a 26)	323	70,52
Sobrepeso ( IMC PG < 26 a 29)	85	18,56
Obesidad ( IMC PG < 26 a 29)	16	3,49
<b>Ganancia de peso materno</b>		
Escasa	167	36,46
Adecuada	184	40,17
Excesiva	107	23,36
<b>Forma de inicio de trabajo de parto</b>		
Espontáneo	273	59,61
Inducido	43	9,39
No hubo TDP	142	31,00
<b>Edad gestacional</b>		
< 37 semanas	11	2,40
De 37 a 41 semanas	439	95,85
De 42 a más semanas	8	1,75

Fuente: ficha de recolección de datos

## Interpretación

En el Cuadro 2 b observamos las características obstétricas de las pacientes cesareadas, encontrándose que para la variable **estado nutricional pregestacional** casi las tres cuartas partes presentan un peso adecuado (70,52%), mientras que casi la quinta parte (18,56%) tienen sobrepeso. Sin embargo, 7 de cada 100 pacientes tienen bajo peso (7,42%) y 3 de cada 100 obesidad (3,49%).

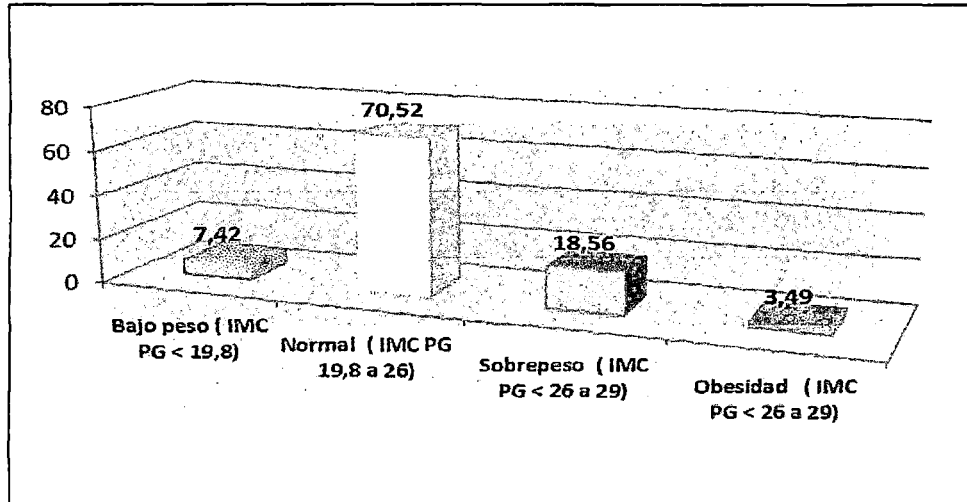
Al indagar sobre la **ganancia de peso materno** la mayoría (40,17%) presenta una ganancia adecuada, sin embargo un poco más de la tercera parte (36,46%) tiene una escasa ganancia de peso, mientras que casi la cuarta parte (23,36%) tiene una ganancia excesiva de peso.

Al referirnos a la **forma de inicio de trabajo de parto**, más de la mitad (59,61%) presentó un inicio del trabajo de parto espontáneo, sin embargo 9 de cada 100 pacientes el inicio de trabajo de parto tuvo que ser inducido (9,39 %), cabe resaltar que en un 31 % no hubo TDP.

En cuanto a la **edad gestacional** se aprecia en la Tabla 3, preponderantemente la edad gestacional que presentó la paciente cesareada fue de 37 a 41 semanas (95,85%), sólo 2 de cada 100 presentaron menos de 37 semanas y sólo ocho pacientes más de 42 semanas.

**Gráfico 4**

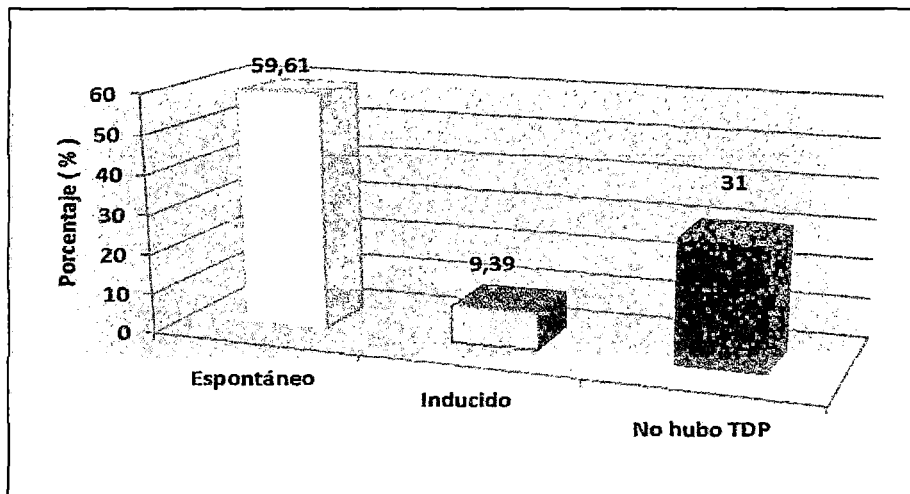
**Estado nutricional de las gestantes con indicación de cesárea del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**



Fuente: Cuadro 2b

**Gráfico 5**

**Forma de inicio del trabajo de parto de las gestantes con indicación de cesárea del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**



Fuente: Cuadro 2b

### Cuadro 3

**Ganancia de peso en el embarazo según estado nutricional pregestacional de las gestantes con indicación de cesárea del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010.**

			GANANCIA DE PESO EN EL EMBARAZO			
			Escasa	Adecuada	Excesiva	Total
EVALUACION NUTRICIONAL	Bajo peso	Nº	16	15	3	34
		%	47,06	44,12	8,82	100,00
PREGESTACIONAL	Normal	Nº	128	141	54	323
		%	39,63	43,65	16,72	100,00
	Sobrepeso	Nº	21	24	40	85
		%	24,71	28,24	47,06	100,00
	Obesidad	Nº	2	4	10	16
		%	12,50	25,00	62,50	100,00
Total		Nº	167	184	107	458
		%	36,46	40,17	23,36	100,00

Fuente: ficha de recolección de datos

### Interpretación

En el Cuadro 3, se observa que el 47,06 % de las cesareadas presentaron bajo peso y ganancia de peso escasa, en cuanto a las que presentaron una evaluación nutricional pregestacional normal el 43 % tenían una ganancia de peso adecuada, mientras que las que tenían sobrepeso el 47,06 % su ganancia de peso fue excesiva, de otro lado, el 62,50 % presentaron obesidad y ganancia de peso excesiva.

#### Cuadro 4

**Antecedentes patológicos médicos y obstétricos de las gestantes con indicación de cesárea del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**

<b>Características</b>	<b>Nº=458</b>	<b>%=100</b>
<b>Patologías médicas</b>		
Ninguna	337	73,58
Infección del tracto urinario	95	20,74
Asma bronquial	5	1,09
Hipertensión arterial	1	0,22
Otras	20	4,37
<b>Patologías obstétricas</b>		
Ninguna	344	75,11
Rotura prematura de membranas	55	12,01
Anemia	25	5,46
Preeclampsia leve	11	2,40
Preeclampsia severa	3	0,66
Hemorragias del III Trimestre del embarazo	2	0,44
Otras	18	3,93

Fuente : ficha de recolección de datos

#### Interpretación

En el Cuadro 4 observamos las características patológicas médicas y obstétricas de las cesareadas. Se subraya, que la mayoría que corresponde a casi las tres cuartas partes de las pacientes no presentó ninguna patología médica. Sin embargo, la quinta parte (20,74%)

presentaron infecciones del tracto urinario, cinco pacientes evidenciaron asma bronquial (1,09 %) y una paciente con hipertensión arterial.

En cuanto a las patologías obstétricas, igualmente las tres cuartas partes no presentó ninguna patología de esta índole (75%), mas es notorio que el 12% correspondió a rotura prematura de membranas, un 5% presentó anemia, un 2% preeclampsia leve, sólo tres cesareadas tuvieron preeclampsia severa y dos hemorragias del tercer trimestre.

**Cuadro 5 a**

**Características de los recién nacidos de parto por cesárea del  
Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**

<b>Características</b>	<b>Nº=458</b>	<b>%=100</b>
<b>Sexo</b>		
Hombre	238	51,97
Mujer	220	48,03
<b>Peso (gramos)</b>		
< 2500	12	2,62
2500 - 3499	231	50,44
3500 - 3999	157	34,28
4000 a más	58	12,66
<b>Talla ( centímetros)</b>		
< 48	18	3,93
DE 48 - 52	334	72,93
> 52	106	23,14
<b>Perímetro cefálico ( centímetros)</b>		
< 33	30	6,55
De 33 - 35	293	63,97
De 36 a más	135	29,48
<b>Edad por examen físico</b>		
Pretérmino	4	0,87
A término	453	98,91
Postérmino	1	0,22

Fuente: Ficha de recolección de datos

## **Interpretación**

El Cuadro 5 a presenta las características de los recién nacidos de las pacientes sometidas a una operación cesárea. Es de notar, respecto al sexo que predominó el masculino (aunque discretamente) con un 51,97% la diferencia son mujeres.

En cuanto al peso del recién nacido se aprecia en la Tabla 5a, que la mitad de los recién nacidos (50,44%) tienen un peso expresado en gramos entre 2 500 y 3 499, un poco más de la tercera parte (34,28%) su peso oscila entre 3500 y 3999 gramos. Sin embargo, llama la atención que 12 de cada 100 cesareadas tuvieron recién nacidos con peso de 4000 gramos a más.

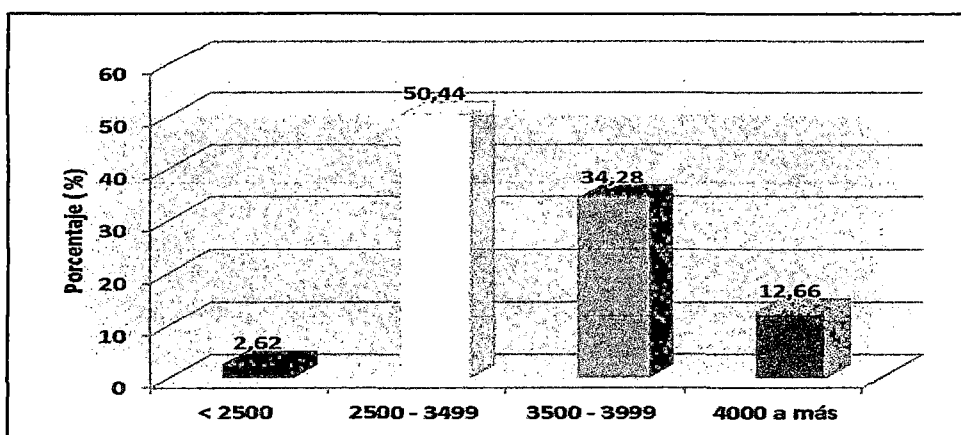
La talla de los recién nacidos, según se aprecia en la Tabla 5a, mayormente se ubica entre los 48 y 52 centímetros (72,93%), sin embargo, un nada despreciable 23% presentó una talla superior a 52 centímetros.

El perímetro cefálico, osciló mayormente entre 33 a 35 centímetros, ya que representa un 63,97%, mientras que casi la tercera parte (29,48%) exhibió un perímetro cefálico de 36 centímetros a más.

Los resultados de la edad por examen físico, reveló que la gran mayoría fueron recién nacidos a término (98,91%).

**Gráfico 6**

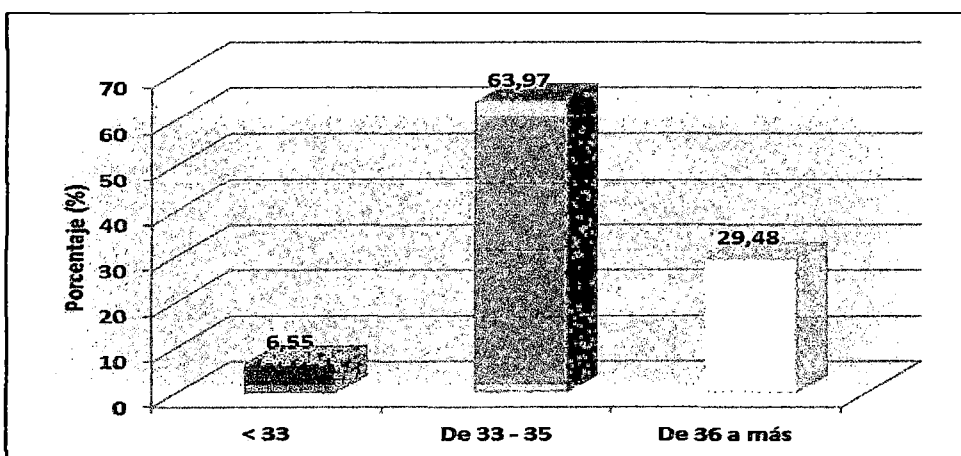
**Peso de los recién nacidos de parto por cesárea del Hospital II  
Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**



Fuente: Cuadro 5 a

**Gráfico 7**

**Perímetro cefálico de los recién nacidos de parto por cesárea del  
Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**



Fuente: Cuadro 5 a

**Cuadro 5 b**

**Características de los recién nacidos de parto por cesárea del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**

<b>Características</b>	<b>Nº=458</b>	<b>%=100</b>
<b>APGAR al minuto</b>		
Recién nacido con depresión severa	5	1,09
Recién nacido medianamente deprimido	15	3,28
Recién nacido vigoroso	438	95,63
<b>APGAR a los cinco minutos</b>		
Recién nacido con depresión severa	1	0,22
Recién nacido medianamente deprimido	1	0,22
Recién nacido vigoroso	456	99,56

Fuente: Ficha de recolección de datos

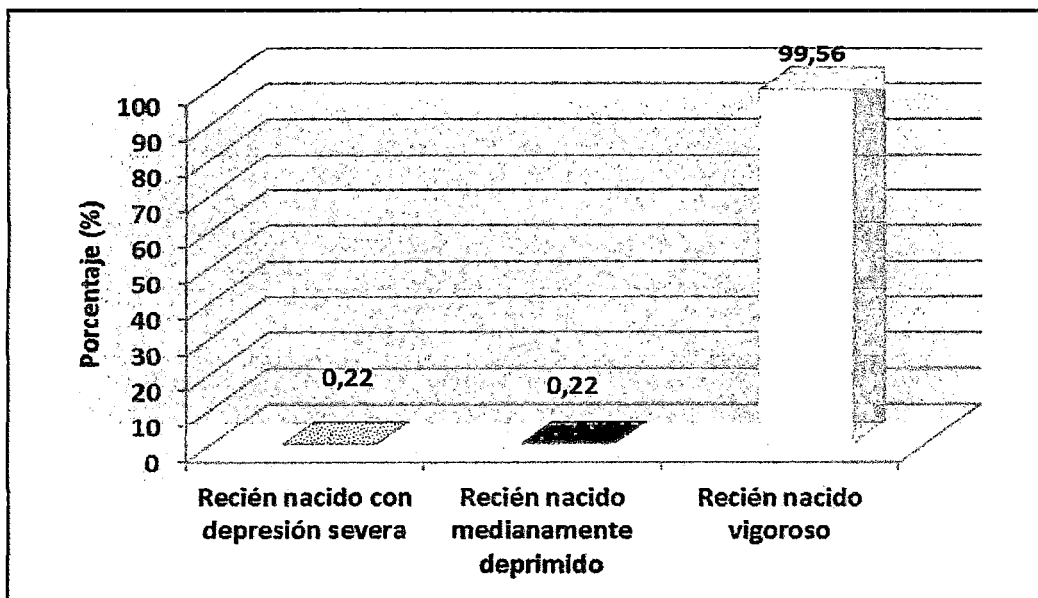
## **Interpretación**

Se observa en el cuadro 5 b, en cuanto al APGAR al minuto, el 95,63% de los recién nacidos presentaron una puntuación que se corresponde con un recién nacido vigoroso, sólo un 3,28% de la puntuación se correspondió con un recién nacido medianamente deprimido y en cinco casos el APGAR fue bajo (0 a 3) lo que se interpreta como depresión severa.

Respecto al APGAR a los cinco minutos, igualmente las tres terceras partes (99,56%) se correspondió con recién nacidos vigorosos, solo hubo un caso de recién nacido con depresión severa y otro caso con depresión moderada.

**Gráfico 8**

**APGAR a los 5 minutos de los recién nacidos por cesárea del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**



Fuente: Cuadro 5 b

## Cuadro 6

**Características patológicas de los recién nacidos de partos por cesárea del Hospital Il Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**

<b>Características</b>	<b>Nº=458</b>	<b>%=100</b>
Cefalohematoma	3	0,66
Hipoglicemia	5	1,09
Malformaciones congénitas	6	1,31
Deshidratación - pérdida aguda peso	7	1,53
Alteraciones respiratorias	8	1,75
Incompatibilidad grupo/factor	13	2,84
Ictericia	17	3,71
Otras	8	1,75
Ninguno	391	85,37

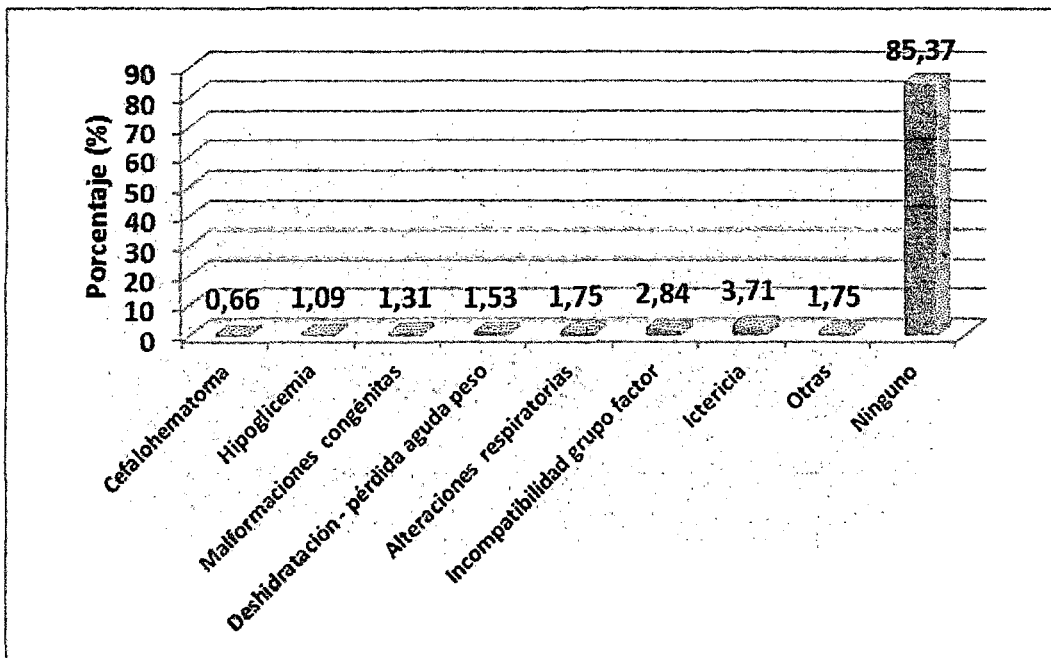
Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

En cuanto a las características patológicas de los recién nacidos de partos por cesárea presentadas en el Cuadro 6, se subraya que el 85% no presentó ningún tipo de patología. Sin embargo, entre las principales patologías que se observaron, se encontró ictericia en un 3,71%, en un 2,84% incompatibilidad de grupo/factor y un 1,75% con alteraciones respiratorias.

**Gráfico 9**

**Características patológicas de los recién nacidos de partos por cesárea del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**



Fuente: Cuadro 6

### Cuadro 7

#### **Incidencia de cesárea del total de partos en el año 2010 del Hospital**

#### **II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima**

<b>Partos</b>	<b>Nº=1680</b>	<b>%=100</b>
Vaginales	1202	71,55
Cesáreas	478	28,45

Fuente: Ficha de recolección de datos

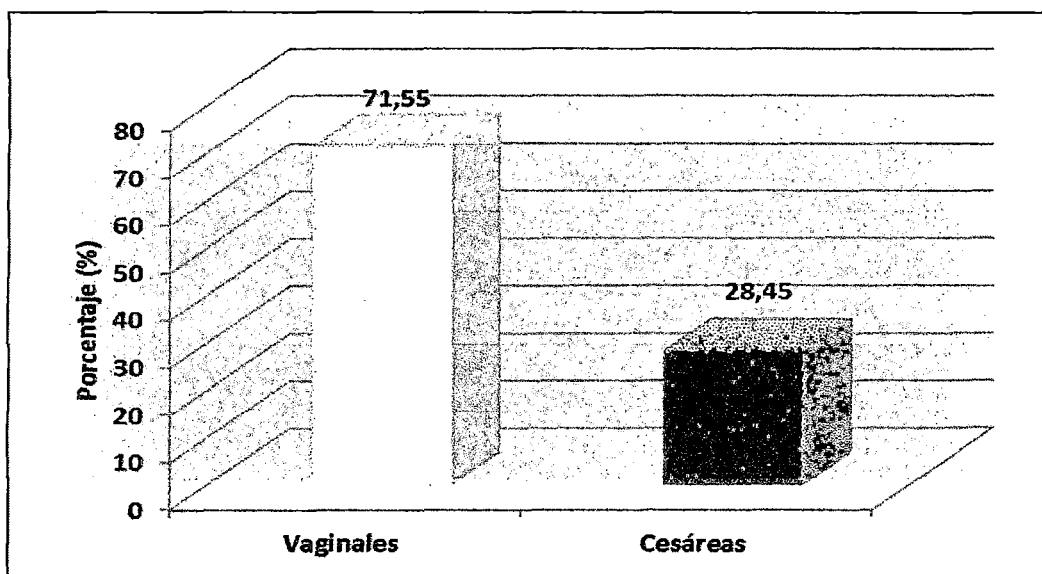
#### **Interpretación**

Se aprecia en el Cuadro 7, en cuanto a la incidencia de cesárea en el Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima en el año 2010, que del total de partos que alcanzaron los 1680 se realizaron 478 cesáreas, que representan el 28,45%.

**Gráfico 10**

**Incidencia de cesárea del total de partos en el año 2010 del Hospital**

**II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima**



Fuente: Cuadro 7

### Cuadro 8

#### Tipo de cesárea realizada en el Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010

Tipo	Nº=458	%=100
Primaria	406	88,65
Previa	45	9,83
Iterativa	7	1,53

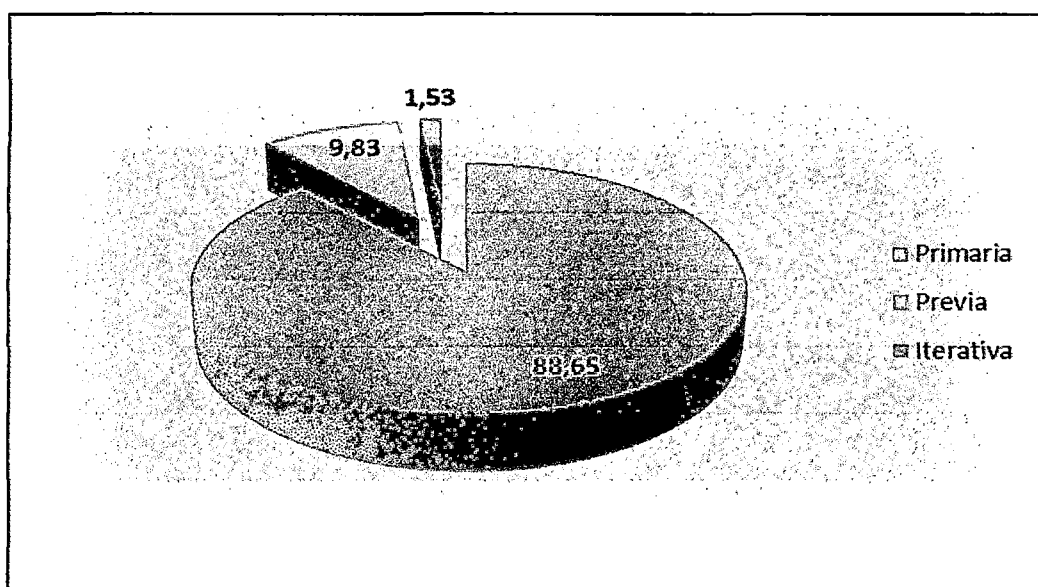
Fuente: Ficha de recolección de datos

#### Interpretación

El Cuadro 8 nos muestra que del total de cesáreas, el 88% fue de tipo primaria, sólo 9 de cada 100 fueron cesáreas previas (9,83%) y casi 2 de cada 100 iterativas (1,53%).

**Gráfico 11**

**Tipo de cesárea realizada en el Hospital II Suárez Angamos de  
ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**



Fuente: Cuadro 8

**Cuadro 9**  
**Principales indicaciones de cesárea en el Hospital II Suárez**  
**Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**

Características	N°=458	%=100
Sufrimiento fetal	95	20,74
Desproporción céfalo pélvica	80	17,47
Trabajo de parto disfuncional	65	14,19
Feto podálico	43	9,39
Cesárea anterior	29	6,33
Distocia funicular	22	4,80
Oligohidramnios	19	4,15
Preeclampsia	17	3,71
Rotura prematura de membranas	16	3,49
Insuficiencia placentaria	13	2,84
Otras	13	2,84
Macrosomía fetal	12	2,62
Embarazo prolongado	11	2,40
Feto transverso	11	2,40
Hemorragia del tercer trimestre	8	1,75
Condilomatosis	4	0,87

Fuente: Ficha de recolección de datos

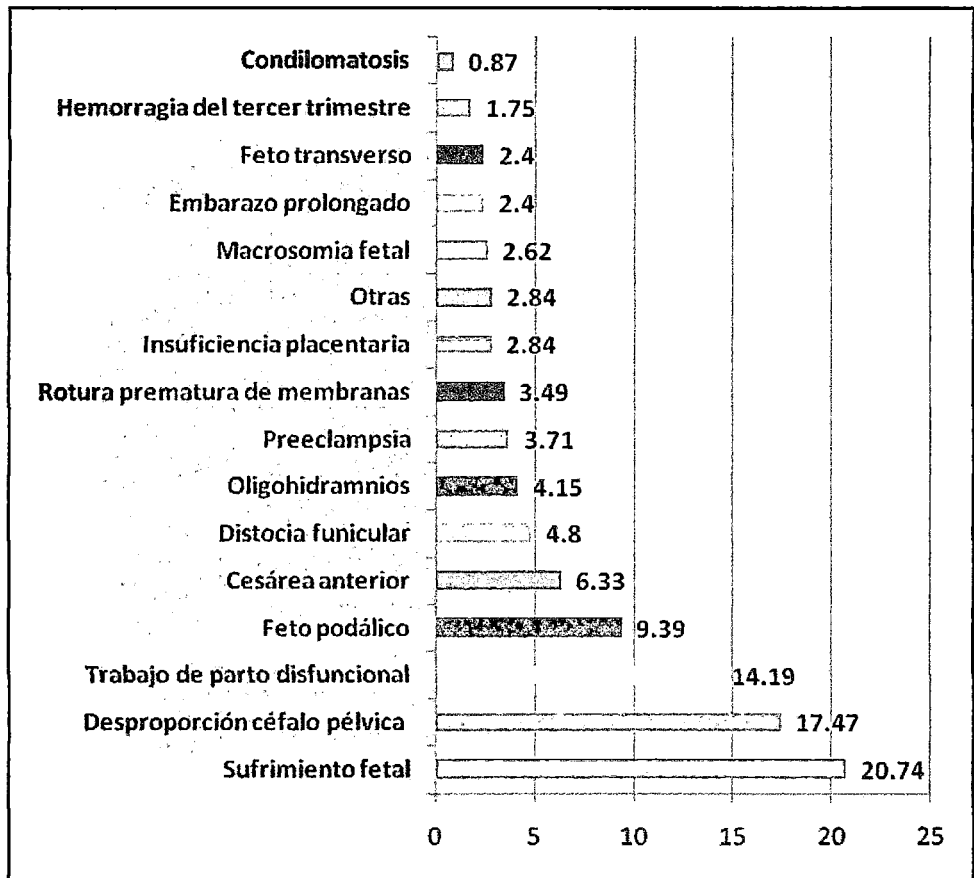
### Interpretación

En el Cuadro 9 se aprecia, que la principal indicación de cesárea fue el sufrimiento fetal (20,74%) lo que corresponde a la quinta parte de todos los casos, un porcentaje muy cercano de 17,47% corresponde a la indicación de desproporción céfalo pélvica y en tercer lugar con un 14,19% se refiere a la indicación de trabajo de parto disfuncional, las que constituyeron las tres principales indicaciones para la operación cesárea.

### Gráfico 12

#### Principales indicaciones de cesárea en el Hospital II Suárez

Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010



Fuente: Cuadro 9

## Cuadro 10

### Indicaciones no convencionales de cesárea en el Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010

Tipo	Nº=13	%=100
Gestante añosa	6	46,15
Miomectomía previa	3	23,08
Inducción fallida	2	15,39
Polihidramnios	1	7,69
Herpes genital	1	7,69

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

En el Cuadro 10 se aprecia, otras indicaciones de cesárea no convencionales no comprendidas en la literatura especializada, evidenciándose que del total de 13 casos, casi la mitad (46,15%) la indicación se dio por ser gestante añosa, casi en la cuarta parte (23,08%) por miomectomía previa y un 15,39 % por inducción fallida. Un caso por polihidramnios y otro caso por herpes genital.

## Cuadro 11

### Tipo de causa de cesárea en el Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, 2010

Tipo	Nº=458	%=100
Causas fetales	161	35,15
Causas maternas	114	24,89
Causas mixtas	80	17,47
Ovulares	30	6,55
Otras	73	15,94

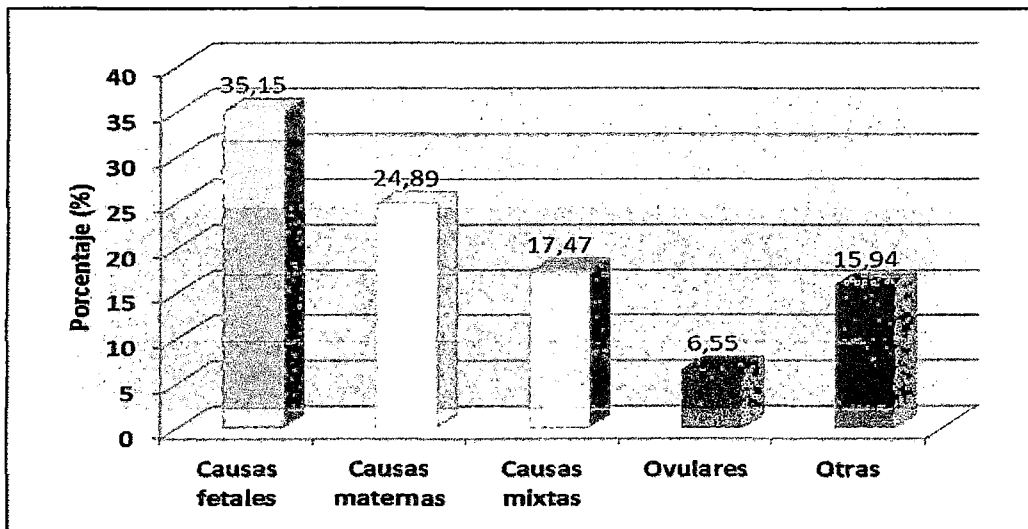
Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

Se observa en el Cuadro 11, que del total de las cesáreas, la causa fue mayormente fetal (35,15%), seguida de las causas maternas (24,89%) y causas mixtas con un 17,47%, principalmente.

**Gráfico 13**

**Tipo de causa de cesárea en el Hospital II Suárez Angamos de  
ESSALUD Miraflores de Lima, 2010**



Fuente: Cuadro 11

## Cuadro 12

### Cesareadas del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, por tipo de cesárea según indicaciones, 2010

	CESAREA							
	Cesárea primaria		Cesárea previa		Cesárea iterativa		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sufrimiento fetal	95	20,74	0	,00	0	,00	95	20,74
Trabajo de parto disfuncional	63	13,76	2	,44	0	,00	65	14,19
Desproporción céfalo pélvica	77	16,81	3	,66	0	,00	80	17,47
Feto podálico	38	8,30	5	1,09	0	,00	43	9,39
Cesárea anterior	0	,00	23	5,02	6	1,31%	29	6,33
Rotura prematura de membranas	14	3,06	2	,44	0	,00%	16	3,49
Oligohidramnios	19	4,15	0	,00	0	,00	19	4,15
Macrosomia fetal	11	2,40	1	,22	0	,00	12	2,62
Distocia funicular	19	4,15	3	,66	0	,00	22	4,80
Insuficiencia placentaria	12	2,62	1	,22	0	,00	13	2,84
Embarazo prolongado	11	2,40	0	,00	0	,00	11	2,40
Preeclampsia	16	3,49	1	,22	0	,00	17	3,71
Feto transverso	10	2,18	1	,22	0	,00	11	2,40
Hemorragia del tercer trimestre	6	1,31	2	,44	0	,00	8	1,75
Condilomatosis	4	,87	0	,00	0	,00	4	,87
Otras	11	2,40	1	,22	1	,22	13	2,84
<b>Total</b>	<b>406</b>	<b>88,65</b>	<b>45</b>	<b>9,83</b>	<b>7</b>	<b>1,53</b>	<b>458</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2 = 272,246$$

$$P = ,000$$

## **Interpretación**

En el Cuadro 12, se aprecia que las frecuencias más altas son para las cesareadas que presentaron sufrimiento fetal y cesárea primaria, proporción que alcanza el 20,74% del total, le sigue en orden de magnitud aquellas que tuvieron cesárea primaria y desproporción céfalo pélvica, mientras que un poco más de la décima parte (13,76%) presentaron una cesárea primaria y trabajo de parto disfuncional. De otro lado, sólo un 5,02% tuvo como indicación cesárea anterior y la cesárea fue previa. Cabe mencionar, que un 1,31% tuvieron la indicación de cesárea anterior y concurrieron con una cesárea iterativa. La prueba estadística nos indica una asociación entre las variables indicaciones y tipo de cesárea ( $P = ,000$ ).

**Cuadro 13**  
**Cesareadas del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD**  
**Miraflores de Lima, por peso del recién nacido, 2010**

Indicaciones		PESO DEL RECIÉN NACIDO				Total
		< 2500	2500 - 3499	3500 - 3999	≥4000	
Sufrimiento fetal	Nº	2	55	27	11	95
	%	2,11	57,89	28,42	11,58	100,00
Trabajo de parto disfuncional	Nº	1	34	25	5	65
	%	1,54	52,31	38,46	7,69	100,00
Desproporción céfalo pélvica	Nº	1	24	34	21	80
	%	1,25	30,00	42,50	26,25	100,00
Feto podálico	Nº	2	29	9	3	43
	%	4,65	67,44	20,93	6,98	100,00
Cesárea anterior	Nº	0	15	12	2	29
	%	,00	51,72	41,38	6,90	100,00
Rotura prematura de membranas	Nº	1	10	4	1	16
	%	6,25	62,50	25,00	6,25	100,00
Oligohidramnios	Nº	1	11	7	0	19
	%	5,26	57,89	36,84	,00	100,00
Macrosomía fetal	Nº	0	0	5	7	12
	%	,00	,00	41,67	58,33	100,00
Distocia funicular	Nº	0	12	8	2	22
	%	,00	54,55	36,36	9,09	100,00
Insuficiencia placentaria	Nº	0	8	4	1	13
	%	,00	61,54	30,77	7,69	100,00
Embarazo prolongado	Nº	0	4	5	2	11
	%	,00	36,36	45,45	18,18	100,00
Preeclampsia	Nº	2	9	4	2	17
	%	11,76	52,94	23,53	11,76	100,00
Feto transverso	Nº	0	1	9	1	11
	%	,00	9,09	81,82	9,09	100,00
Hemorragia del tercer trimestre	Nº	2	6	0	0	8
	%	25,00	75,00	,00	,00	100,00
Condilomatosis	Nº	0	4	0	0	4
	%	,00	100,00	,00	,00	100,00
Otras	Nº	0	9	4	0	13
	%	,00	69,23	30,77	,00	100,00
Total	Nº	12	231	157	58	458
	%	2,62	50,44	34,28	12,66	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

## **Interpretación**

En el Cuadro 13 se aprecia que para los casos de sufrimiento fetal, el peso del recién nacido en más de la mitad de las cesareadas (57,89%) osciló entre 2500 a 3499, igualmente en la mayoría de las demás causas, predominó el peso del recién nacido entre 2500 a 3499 gramos, a excepción de la indicación de desproporción céfalo pélvica en la que el peso del recién nacido estuvo entre 3500 y 3999. De los casos que presentaron indicación de macrosomía fetal, el 58,33% presentó un peso mayor o igual a 4000 gramos.

### Cuadro 14

#### Cesareadas del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, por número de controles prenatales según indicaciones, 2010

Indicaciones		Número de controles prenatales			
		Ningún control	De 1-5	De 6 a más	Total
Sufrimiento fetal	Nº	0	21	74	95
	%	,00	22,11	77,89	100,00
Trabajo de parto disfuncional	Nº	0	9	56	65
	%	,00	13,85	86,15	100,00
Desproporción céfalo pélvica	Nº	0	13	67	80
	%	,00	16,25	83,75	100,00
Feto podálico	Nº	0	10	33	43
	%	,00	23,26	76,74	100,00
Cesárea anterior	Nº	0	11	18	29
	%	,00	37,93	62,07	100,00
Rotura prematura de membranas	Nº	0	3	13	16
	%	,00	18,75	81,25	100,00
Oligohidramnios	Nº	0	1	18	19
	%	,00	5,26	94,74	100,00
Macrosomía fetal	Nº	0	0	12	12
	%	,00	,00	100,00	100,00
Distocia funicular	Nº	1	7	14	22
	%	4,55	31,82	63,64	100,00
Insuficiencia placentaria	Nº	0	2	11	13
	%	,00	15,38	84,62	100,00
Embarazo prolongado	Nº	0	1	10	11
	%	,00	9,09	90,91	100,00
Preeclampsia	Nº	0	6	11	17
	%	,00	35,29	64,71	100,00
Feto transverso	Nº	0	1	10	11
	%	,00	9,09	90,91	100,00
Hemorragia del tercer trimestre	Nº	0	2	6	8
	%	,00	25,00	75,00	100,00
Condilomatosis	Nº	0	1	3	4
	%	,00	25,00	75,00	100,00
Otras	Nº	0	2	11	13
	%	,00	15,38	84,62	100,00
Total	N	1	90	367	458
	%	0,22	19,65	80,13	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

## **Interpretación**

Es de notar en la Cuadro 14, que en todos los casos los valores son más altos para las indicaciones y un número de controles de seis a más que respecto a las demás categorías de número de controles (ningún control y de 1 a 5 controles). En el caso de la indicación de macrosomía fetal el 100% tenía 6 o más controles, para la indicación de oligohidramnios el 94% también tenía 6 o más controles. Se encontró un caso de indicación de distocia funicular y 0 controles. También se observa la indicación de cesárea y controles de 1 a 5 con un 37,93 %.

## Cuadro 15

### Cesareadas del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, por macrosomía fetal según sufrimiento fetal, 2010

Sufrimiento fetal	Macrosomía fetal					
	4000 gramos a más		Menos de 4000 gramos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	11	11,58	84	88,42	95	100,00
No	47	12,95	316	87,05	363	100,00
Total	58	12,66	400	87,34	458	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

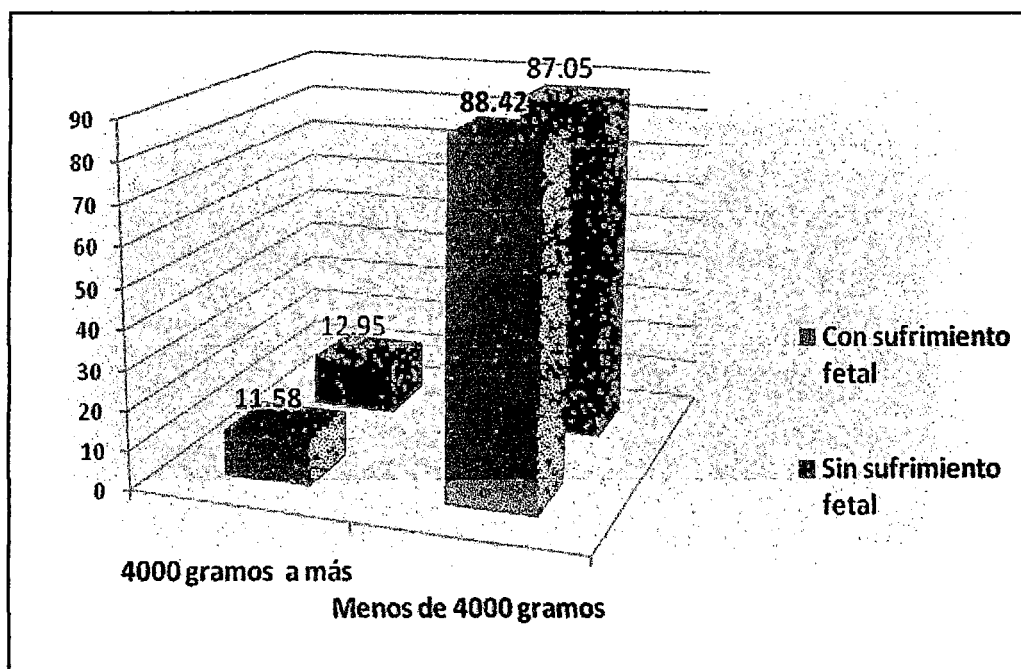
$$X^2= 0,128 \quad P= 0,721$$

### Interpretación

En el Cuadro 15, se observa que de las cesareadas que presentaron sufrimiento fetal el 88,42 % los fetos no eran macrosómicos, la diferencia tenían pesos mayores a 4000 gramos (11,58%). De otro lado, las pacientes que no presentaron sufrimiento fetal, el 87% también tenían fetos con pesos menores de 4000 gramos, mientras que el 12,95% si presentaron fetos macrosómicos, con un peso superior a los 4000 gramos. La probabilidad es mayor a 0,05; lo que no respalda una asociación entre estados dos variables.

**Gráfico 14**

**Cesareadas del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, por macrosomía fetal según sufrimiento fetal, 2010**



Fuente: Cuadro 15

### Cuadro 18

**Cesareadas del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, por macrosomía fetal según desproporción céfalo pélvica, 2010**

Desproporción céfalo pélvica	Macrosomía fetal					
	4000 gramos a más		Menos de 4000 gramos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	21	26,25	59	73,75	80	100,00
No	37	9,79	341	90,21	378	100,00
Total	58	12,66	400	87,34	458	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

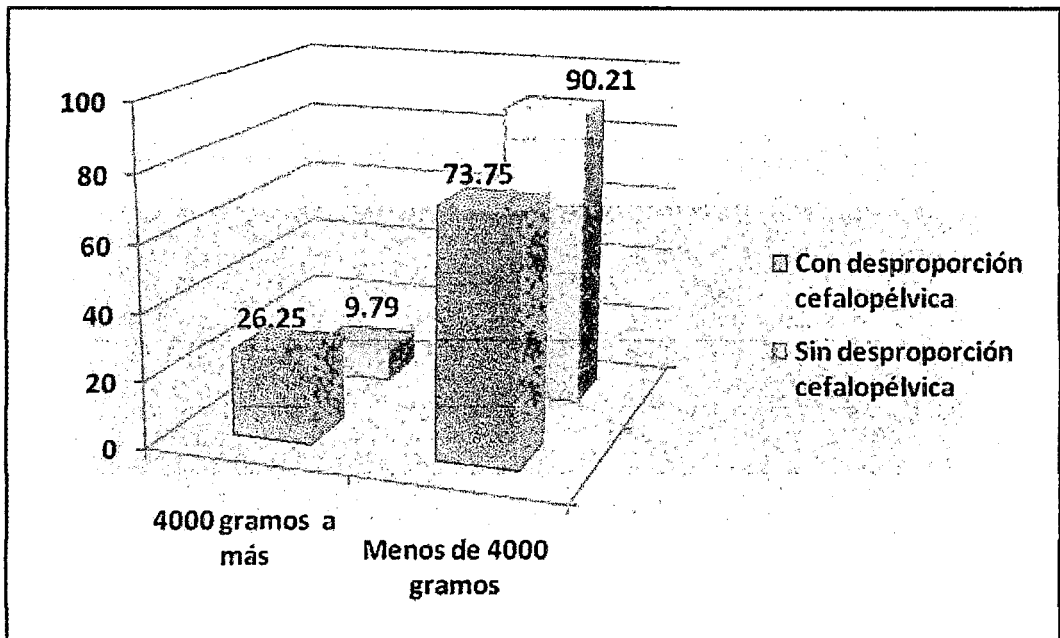
$$X^2= 16,177 \quad P= 0,001$$

#### Interpretación

Se aprecia en el Cuadro 18, que de las cesareadas que presentaron diagnóstico de desproporción céfalo pélvica el 26,25% de los fetos presentaron macrosomía, la diferencia no. En contraste, de las pacientes que no presentaron desproporción cefalopélvica sólo el 9,79% los fetos tenían pesos superiores a los 4000 gramos. La prueba estadística de X2 arroja una  $P=<0,05$ ; lo que aporta evidencia a favor de una asociación.

**Gráfico 15**

**Cesareadas del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores  
de Lima, por macrosomía fetal según desproporción céfalo pélvica,  
2010**



Fuente: Cuadro 18

### Cuadro 19

**Cesareadas del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, por macrosomía fetal según trabajo de parto disfuncional, 2010**

Trabajo de parto disfuncional	Macrosomía fetal					
	4000 gramos a más		Menos de 4000 gramos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	5	7,69	60	92,31	65	100,00
No	53	13,49	340	86,51	393	100,00
Total	58	12,66	400	87,34	458	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2= 1,693 \quad P= 0,193$$

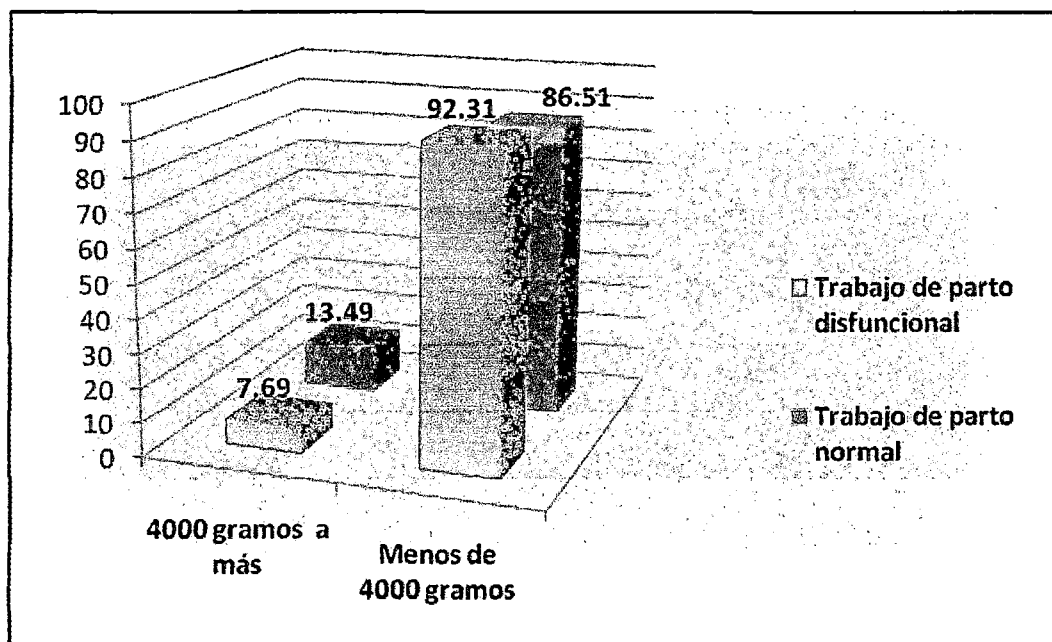
#### Interpretación

En el Cuadro 19 se muestra que de las cesareadas que presentaron un trabajo de parto disfuncional (TPD) sólo el 7,69% también presentaron fetos macrosómicos, la diferencia (92,31%) los pesos no se correspondieron con macrosomía fetal, ya que fueron menores a 4,000 gramos. Sin embargo, las pacientes que no presentaron trabajo de parto disfuncional macrosomía fetal, el 13,49% si presentó macrosomía fetal, la diferencia (86,51%) no presentaron un TPD ni tampoco fetos macrosómicos. La probabilidad es mayor a 0,05; lo que no respalda una asociación entre estas dos variables.

**Gráfico 16**

**Cesareadas del Hospital II Suárez Angamos de ESSALUD Miraflores de Lima, por macrosomía fetal según trabajo de parto disfuncional,**

**2010**



Fuente: Cuadro 19

## DISCUSIÓN

La cesárea es una intervención quirúrgica que permite proteger la salud de la madre y su hijo si está correctamente indicada, muy por el contrario pone en riesgo la salud de ellos sino se tienen las consideraciones necesarias para su indicación, pudiendo ocasionar complicaciones presentes o futuras.

El conocimiento de las características sociodemográficas y obstétricas en quienes se está realizando esta intervención permite un análisis de su correcta indicación.

En nuestro estudio, con respecto a las características sociodemográficas encontramos que la mayor proporción de cesáreas se realiza en mujeres de 20 a 35 años 83,19%, con edad promedio de 29,09 años, de estado civil conviviente 60,26% y con grado de instrucción secundaria 55.46%.

A nivel local lo hallado por Paredes, L. y col. en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao en el 2006 corrobora nuestra edad promedio con 29,31 años. Almanza en Colombia encontró que la edad de mayor frecuencia es de 25 a 35 años afianzando nuestro estudio.

Con respecto a la edad materna podemos deducir que la cesárea tiene mayor incidencia en el grupo etáreo de mayor natalidad.

A nivel internacional Carmona, J. y col. en el Hospital Justo Arias de Rubio en Venezuela en el período enero 1998 a diciembre 2003, encontró que las solteras conforman el grupo más numeroso 83,17% constituyendo así un factor de riesgo para la gestante.

El estado civil casada representa el 70,6% en la investigación realizada por Bendezú, A.; en el Hospital III Essalud "Félix Torrealva Gutiérrez" de Ica durante el 2000 a 2003, difiriendo totalmente con nuestro estudio. Estos hallazgos actuarían como factores protectores más que de riesgo para un embarazo, como lo es el estado civil soltera.

En cuanto a las características obstétricas de las gestantes con indicación de cesárea en nuestro estudio encontramos que el 62,23% inicia su control prenatal en el primer trimestre y tiene de 6 a más controles el 80,13%. Corrobora nuestro hallazgo Carmona, J. y col. encontrando un control prenatal adecuado en el 65,71%. Lógicamente lo hallado por Cachay, C.; en el Hospital "San Bartolomé" entre 1993 y 1997, de un 18,14% sin control prenatal comparado a nuestro hallazgo de un 0,22% se explica por el avance en la implementación de estrategias de atención a la salud de la mujer hace ya más de una década a nivel nacional a través de un control prenatal precoz y adecuado.

El antecedente de partos vaginales en gestantes con indicación de cesárea plantea la posibilidad de un siguiente parto vaginal, dependiendo de la entidad presentada. En nuestro estudio el 72,49% de cesareadas era nulípara.

El estado nutricional pregestacional de las gestantes con indicación de cesárea fue normal en un 70,52% estado deseable para el desarrollo de un embarazo saludable. El 23% aumentó de peso en forma excesiva.

En nuestro estudio también encontramos que el estado nutricional de bajo peso tiende en su mayor parte a lograr una escasa ganancia durante el embarazo 47,06%, la gestante normal gana adecuado peso 43,65% y la gestante con sobrepeso y obesidad tiene una ganancia excesiva de peso con un 47,06% y 62,5% respectivamente, corroborando la premisa de que los hábitos alimenticios y la actividad física repercuten en la ganancia de peso durante el embarazo.

Nuestro estudio encontró que el 31% de cesáreas se realizó en ausencia de trabajo de parto y según lo encontrado por Carmona, J. y col. el 85,71% no tuvieron trabajo de parto. Este hallazgo nos permite afirmar que nuestras gestantes tuvieron mayor oportunidad de parto vaginal con cifras ampliamente diferentes.

Las gestantes con indicación de cesárea presentaron una edad gestacional de 37 a 41 semanas en un 95,85%. Cachay, C. en su estudio encontró que el 81,38% fueron gestantes a término, cifra que se ha incrementado por los avances alcanzados en la atención materno perinatal.

En cuanto a la patología médica más frecuente que presentó la gestante es la infección del tracto urinario 20,74%, relacionándose con la patología obstétrica más frecuente encontrada, la ruptura prematura de membranas 12,01%, que dará origen a indicación de cesárea sino responde al tratamiento de primera elección.

En lo referente al recién nacido nuestra investigación encontró que el 50,44% tienen un peso entre 2500 a 3499 gr., el 34,28% tiene un peso de 3500 a 3999 y el 12,66% pesó 4000 gr. o más. Bendezú encontró en su estudio que el 70,6% de recién nacidos presentó un peso adecuado. En nuestro estudio presentan peso alto y macrosomía en casi la mitad del total 46.86%.

En cuanto a la edad por examen físico del recién nacido, nuestro estudio mostró que el 98,91% de recién nacidos son a término superando la cifra encontrada de edad gestacional a la cesárea 95,85%.

El perímetro cefálico se relaciona directamente con el tamaño fetal y para nuestro estudio encontramos que casi la tercera parte 29,48% presentó un perímetro cefálico de 36 a más. Dicho hallazgo se relaciona con peso alto y macrosomía encontrada.

La valoración del APGAR nos descarta la presencia de asfixia al nacimiento y en el caso de nuestro estudio sólo el 4,37% presentó algún grado de depresión al minuto, y 0,44% a los cinco minutos. Observamos entonces que la cifra de depresión disminuye resguardándose la salud neurológica futura del recién nacido del estudio.

Según Bendezú, el 96,7% tuvo APGAR mayor o igual a 7 y no se presentó asfixia severa. Comparando ambos estudios las cifras son similares.

La frecuencia de la operación cesárea se ha ido incrementando en las últimas décadas y sobrepasa ampliamente la cifra recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Se aprecia este incremento aún mayor en hospitales privados y docentes.

En el Hospital II Suárez Angamos Miraflores de Lima durante el período 2010 encontramos que del total de partos ocurridos el 28,45% corresponde a partos por cesárea.

En el nivel local Cachay, C. encontró en el Hospital Nacional "San Bartolomé" entre 1993 a 1997 una incidencia de 24,57% y en el nivel internacional Carmona, J. y col. en el Hospital Justo Arias de Rubio en Venezuela en el período enero 1998 a diciembre 2003, encontró una incidencia del 12,5%. Estas cifras se encuentran muy por debajo de lo encontrado en nuestro estudio, explicándose por la tendencia actual del incremento de la operación cesárea a través del tiempo.

Así mismo Pomasunco, D. y col. en su análisis de la tendencia de los partos por cesárea en los 7 hospitales de la DISA V Lima, en el 2008, encontró un 38.9% de incidencia. Paredes, L. y col. en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao durante el año 2006 encontró una incidencia de 34,51%, cifras que superan significativamente nuestro hallazgo demostrando el aumento de esta intervención. Podemos deducir que nuestro hospital se encuentra en una situación intermedia de incidencia influenciado por la condición de establecimiento de Essalud.

Se consideran tres tipos de cesárea de acuerdo al número de cesáreas practicadas en la gestante: La primaria, la previa y la iterativa.

Nuestro estudio encontró que el 88.65% fueron primarias. En el nivel local Paredes y col. hallan que el 37.59% fueron primarias y Cachay, C. un 53,9%. A nivel nacional Bendezú encontró un 46,1% de

cesáreas primarias. Todos estos resultados son superados ampliamente por nuestros hallazgos. En el nivel internacional Carmona, J. y col encontró un 40% de nulíparas, Almanza, S. y col. encontró que la mayor incidencia se daba en multíparas.

En nuestro hospital se hace evidente la cesárea primaria en más de las dos terceras partes constituyendo esto un mal pronóstico obstétrico para las mujeres en edad fértil.

Nuestro estudio permitió identificar las principales indicaciones de cesárea en el Hospital II Suárez Angamos de Essalud Miraflores de Lima, 2010 y según orden de frecuencia son: Sufrimiento Fetal (20,74%), Desproporción Céfalo pélvica (17,47%), Trabajo de Parto Disfuncional (14,19%), Feto en Podálico (9,39%) y Cesárea Anterior (que incluye la Iterativa) (6,33%); constituyendo las cinco primeras causas de cesárea.

Tenemos que a nivel local e internacional el Sufrimiento Fetal se encuentra dentro de las tres principales causas, coincidiendo como causa principal de nuestro estudio con el estudio realizado por Paredes, L. y col. en el Callao.

Así mismo la Distocia ya sea de causa materna o fetal se encuentra en la mayoría de estudios como la segunda más frecuente. Arauzo, G. en

el Hospital de Tingo María entre 1979 y 1992 con un 34,73%, Paredes y col. en el Callao y Carmona en Venezuela 30,15%.

La cesárea iterativa y cesárea anterior se encuentra dentro de las tres principales indicaciones, como ser según: Arauzo, G. 19,21%, Cachay, C. 17,5%, Gonzalo, A. y col. en el Hospital "J.R.Vidal" en Argentina durante el 2002 al 2003 encontró un 33,5% y Carmona 22,69%.

El sufrimiento fetal constituye una indicación absoluta de cesárea justificándose su realización. Además coincidimos también en la indicación de presentación podálica como cuarta causa.

En nuestro trabajo se encontró asociación entre las indicaciones y tipo de cesárea ( $p=0,000$ ), por tanto encontramos que la cesárea primaria se realizó con mayor frecuencia en casos de sufrimiento fetal, trabajo de parto disfuncional, desproporción céfalo pélvica y feto podálico con 20,74%; 13,76%; 16,81%; 8,30%; respectivamente. Según Cachay, C. la indicación más frecuente en cesáreas primarias fue en orden de frecuencia: desproporción feto pélvica (19,79%); feto podálico (12,63%); sufrimiento fetal agudo (11,5%). Nuestros hallazgos coinciden con los encontrados por Cachay, C.

La cesárea anterior en la actualidad no es indicación de cesárea en el segundo embarazo, puesto que la paciente debe tener prueba de

trabajo de parto vaginal si el caso lo permite. Más si, en el caso de dos cesáreas anteriores la indicación de cesárea iterativa para el tercero y en adelante partos constituye indicación absoluta. Observamos que en el estudio de Cachay, C no se diferencia el antecedente de número de cesáreas, catalogándose como cesárea anterior y cesárea iterativa indistintamente.

Sabemos que el elevado peso del recién nacido origina en la mayoría de los casos distocias del trabajo de parto con complicaciones tanto maternas como fetales. En nuestro estudio observamos que en la mayoría de indicaciones de cesárea; el peso del recién nacido fue adecuado, a excepción de la indicación de desproporción céfalo pélvica cuyo peso fue mayoritariamente alto (entre 3500 a 3999 gr.) con un 42,50% y la indicación de macrosomía fetal con un peso mayor o igual a 4000 gr. en un 58,33%.

Para todas las indicaciones de cesárea nuestro estudio encontró que la mayor parte no tenía partos vaginales (72%) o tenía un parto vaginal (19,65%). Dado que todo parto constituye un riesgo, éste es mayor en nulíparas y más aún si existen condiciones de indicación absoluta, haciéndose indispensable esta intervención quirúrgica a fin de resguardar la salud de la madre y el niño.

## CONCLUSIONES

1. Las principales características de las gestantes con indicación de cesárea en el Hospital II Suárez Angamos de Lima, en el período estudiado, fueron *sociodemográficas*: edad promedio de 29 años, preferentemente estado civil de conviviente (60,26%), grado de instrucción secundario (55,46 %); *obstétricas*: predominó el inicio del control prenatal en el primer trimestre (62,23%), un número de controles de 6 a más (80,13%), ningún antecedente de parto vaginal (72,49%), ningún antecedente de aborto (73,14%), primera gestación (64,85%), estado nutricional pregestacional normal (70,52%), ganancia de peso materno adecuada (40,17%), forma de inicio de trabajo de parto espontáneo (59,61%), y edad gestacional de 37 a 41 semanas (95,85%); ausencia de patologías médicas (73,58%) y ausencia de patologías obstétricas (75,11%).
2. Las principales características de los recién nacidos de parto por cesárea en el Hospital II Suárez Angamos de Lima, en el período estudiado, fueron: sexo masculino (51,97%), peso entre 2500 y

3499 gramos (50,44%), talla entre 48 y 52 centímetros (72,93%), perímetro cefálico de 33 a 35 centímetros (63,97%), edad a término por examen físico (98,91%); APGAR al minuto (95,63%) y cinco minutos (99,56%) entre 7 a 10; *características patológicas* : mayormente ninguna patología (85,37%).

3. La Incidencia de Cesáreas en el Hospital II Suárez-Angamos de Lima con respecto al total de partos producidos en el año 2010 fue de 28,45%; correspondiente a 478 partos por cesárea, de un total de 1680 partos.
4. Las tres principales indicaciones obstétricas de Cesárea en el Hospital II Suárez Angamos de Lima, en el período estudiado, fueron sufrimiento fetal (20,74%), desproporción céfalo pélvica (17,47%) y trabajo de parto disfuncional (14,19 %).

## **RECOMENDACIONES**

1. Es recomendable que el comité de cesáreas del hospital revise de forma periódica la tasa de cesárea y sus indicaciones.
2. El Partograma y curva de alerta son empleados en la mayoría de instituciones que practican la operación cesárea, sin embargo se debe insistir en su cumplimiento estricto, respetando los parámetros establecidos; tanto en la práctica estatal como en la privada.
3. Es necesaria la implementación del servicio con Protocolos de manejo de emergencias obstétricas adecuadas a la realidad del hospital, con el fin de estandarizar criterios.
4. Se debe concientizar al personal de salud sobre el registro adecuado de información en las Historias Clínicas, para favorecer al desarrollo de investigaciones científicas.

## REFERENCIAS

1. Schwarcz R.L, Duverges C.A., Díaz AG, Fescina R.H. Obstetricia. 5ª ed. (9ª reimp) Bs. As.: El Ateneo; 2003.
2. Cunningham F.G., Leveno K.J., Bloom S., Gilstrap III L.C., Hauth J.H., Wenstrom K.D. Obstetricia de Williams. 22ª edición. México: Mac Graw-Hill; 2006.
3. Mena P. Operación cesárea. En: Perez-Sanchez A., Donoso-Siña E. Perez Sánchez. Obstetricia 2ª ed. Santiago-Chile: Mediterráneo; 1996.
4. WHO. Appropriate thechnology for birth. Lancet. 1985; 2:437-438.
5. Menacker R., Declerq E., Macdorman M.F. Cesarean delivery: Background, trends, and epidemiology. Sem Perinatol. 2006; 30:235 - 241.
6. Belizán J.M., Althabe F., Barros F.C., Alexander S. Rates and implications of caesarean section in Latin America: Ecological study. BMJ. 1999; 319:1397-1940.
7. Farr SL, Jamieson DJ, Vásquez RH, Ahmed Y, Heilig MCh. Risks factors for cesarean delivey among Puerto Rican women. Obstet Gynecol. 2007;109: 1351-1357.

8. Távora L. Cesarea en el Perú: presente y futuro. Ginecología y Obstetricia - Setiembre 1993. Vol. 39 N°15.
9. Uzcátegui, O. "Estado Actual de la Cesárea" 2008; Vol. 116 N° 4: 280-286
10. S. Cabré, M.A. Rodríguez, A. Vela, M. Borrás, J.M. Laila. Incidencia de cesáreas. Evolución. Causas. Análisis de 17 años. Prog. Obstet. Ginecol. 2002; 45(5): 192-200 Disponible en: [www.elsevier.es/sites/default/.../151v45n05a13032032pdf001.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/.../151v45n05a13032032pdf001.pdf)
11. Parral C., Giorgetti L., Matarazzo H., Gandulfo L. ¿Por qué aumentan las cesáreas? Disponible en: <http://www.colmed2.org.ar/images/publ08.pdf>
12. Gonzalo A. y col. "Incidencia y Principales Indicaciones de Cesáreas". Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. Febrero 2004. N° 135.
13. Carmona, J.; D'Alta, M.; Piñero, A.; Contreras I.; Rozo I. Incidencia e indicación de cesárea en el Hospital Padre Justo Arias de Rubio Col. Estado Táchira; oct.-dic. 2005;14(4):23-27
14. Almanza, S. y col. Incidencia de las Causas que conducen a Cesárea en el pabellón Guillermo Gómez Hospital San José de Bogotá 1980 – 1984.

15. Arauzo Ch. Incidencia e indicación de la cesárea en el hospital de Tingo Maria. Ginecología y Obstetricia. 1999 - Vol. 39 N°17
16. Pomasunco, D. "Análisis de la Tendencia de los Partos por Cesárea en los Hospitales de la DISA V Lima Ciudad, 2001 – 2008".
17. Paredes, L. "Indicaciones y Complicaciones de las Cesáreas de Emergencia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao". 2006.
18. Bendezú A. "Cesárea Programada y Morbilidad Neonatal", Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2005, Vol 51 N°4
19. Cachay, C. "Operación Cesárea en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé 1993 – 1997".
20. Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la Operación Cesárea. Disponible en: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL6170.doc](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL6170.doc)
21. Chelmow D, Kilpatrick SJ, Laros RK. Material and neonatal outcomes after prolonged latent phase. Obstet Gynecol 1993; 81 (4): 486-91.
22. Maghoma J, Buchmann EJ. Maternal and fetal risk associated with prolonged latent phase of labour. J Obstet Gynecol 2002; 22 (1):16-9.
23. MsC. Danilo N. Conferencia Cesárea y alternativas en las distocias del trabajo de parto MEDISAN 2007; 11(3). Disponible en: [bvs.sld.cu/revistas/san/vol11\\_3\\_07/san14307.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san14307.pdf)

24. Pineda E.B., Alvarado E.L., "Metodología de la Investigación", 2ª edición, Organización Panamericana de la Salud.

# **ANEXOS**

**Anexo 1:**  
**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**I. CARACTERÍSTICAS DE LA GESTANTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

H.CL.N°: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Edad Gestacional: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: 1. Primaria      2. Secundaria      3. Superior

Estado civil:      1. Soltera      2. Conviviente      3. Casada

Peso Pre - Gest: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Peso Final: \_\_\_\_\_

Controles Prenatales:      1. Ninguno      2. 1 a 5      3. 6 a más

Trimestre Inicio CPN:      1. I      2. II      3. III

Antec. Obstétricos:

Partos Vaginales: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

Cesáreas: \_\_\_\_\_ Hijos Vivos: \_\_\_\_\_

Enfermedades Medicas: \_\_\_\_\_

Complicaciones Obstétricas: \_\_\_\_\_

Fecha y Hora de T de P: \_\_\_\_\_

Inicio T de P: 1. Espontáneo      2. Inducido      3. No hubo T de P

**II. CARACTERÍSTICAS DE LA INDICACIÓN CESÁREA:**

Indicación: \_\_\_\_\_

Cirujano: \_\_\_\_\_ Turno de Realización:      1. I      2. II      3. III

Complicaciones: \_\_\_\_\_

**III. CARACTERÍSTICAS DEL R.N.**

Sexo: 1. Hombre      2. Mujer      Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ PC. \_\_\_\_\_

Apgar al 1': \_\_\_\_\_ 5': \_\_\_\_\_ Edad Ex. Somático: \_\_\_\_\_

Patologías: \_\_\_\_\_

Complicaciones: \_\_\_\_\_

Condición al Egreso:      1. Vivo      2. Fallecido

## Anexo 2: Tablas adicionales

### FORMA DE NACIMIENTO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CESAREA DTDP	258	56,3	56,3	56,3
	CESAREA ATDP	200	43,7	43,7	100,0
	Total	458	100,0	100,0	

### PUERPERIO COMPLICACIONES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	NINGUNA	435	95,0	95,0	95,0
	HIPERTENSION ARTERIAL	9	2,0	2,0	96,9
	ANEMIA	4	,9	,9	97,8
	OTRAS	4	,9	,9	98,7
	INFECCION URINARIA	3	,7	,7	99,3
	INFECCION DE HERIDA OPERATORIA	1	,2	,2	99,6
	ROTURA UTERINA	1	,2	,2	99,8
	ECLAMPIA HELLP	1	,2	,2	100,0
	Total	458	100,0	100,0	

### TURNO DE REALIZACION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	TERCER TURNO	190	41,5	41,5	41,5
	PRIMER TURNO	140	30,6	30,6	72,1
	2DO TURNO	128	27,9	27,9	100,0
	Total	458	100,0	100,0	

### **Anexo 3. Consideraciones éticas**

Se tuvo en cuenta los postulados de la Declaración de Helsinki sobre las Pautas Éticas Internacionales para la investigación Biomédica en Seres Humanos (1964, reformulada 2000) de la Asociación Médica Mundial.

En tal sentido, los datos se vaciaron en una matriz para el manejo estadístico sin considerar los nombres de las pacientes, lo que garantizó la confidencialidad y el anonimato.

Investigadora responsable

Bachiller Fiorella Paulett Maquera Quispe