

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS INDICACIONES PARA
LA REALIZACIÓN DE CESÁREAS EN LAS GESTANTES DEL
SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA
DURANTE EL PERÍODO 2015

TESIS

Presentada por:

Bach. Eder Martín Curo Mamani

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**CONFIRMACION POSTOPERATORIA DE LAS INDICACIONES PARA
LA REALIZACIÓN DE CESÁREAS EN LAS GESTANTES DEL
SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA
DURANTE EL PERÍODO 2015**

TESIS

Presentada por:

BACH. EDER MARTÍN CURO MAMANI

Para optar el Título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente Jurado



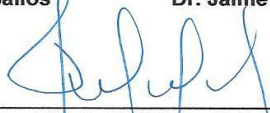
Med. Cristina Llosa Rodríguez
Presidenta



Mgr. Jaime Edgar Vargas Zeballos
Miembro



Dr. Jaime Edgar Miranda Benavente
Miembro



Mgr. Alberto Saúl Flor Chávez
Asesor

DEDICATORIA

Dedicado a todas aquellas personas
que luchan por sus sueños,
que a pesar de todo nunca se rinden
y siguen adelante,
que en ese afán
y deseos de superación
lograrán todo lo que se propongan.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso, por guiarme e iluminarme el sendero del camino que debo recorrer.

A mi madre y mi padre, por enseñarme a vivir y acompañarme en el proceso, son mi guía y mis pilares. En ustedes me apoyo.

A Jéssica, por ser esa persona tan especial que siempre me brinda su apoyo en los buenos y malos momentos. Gracias por estar en mi vida.

A mis asesores de tesis, que sin su gran guía y apoyo, no hubiera podido culminar este trabajo.

A todos aquellos que de manera directa o indirecta colaboraron con este nuevo logro.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Justificación e importancia del problema.....	7
⊙ Viabilidad:	8
1.4. Objetivos:.....	9
1.4.1. Objetivo general:	9
1.4.2. Objetivos específicos:.....	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes	11
2.2. Bases teóricas	34
2.2.1. Historia	34
2.2.2. Definiciones:.....	37
2.2.3. Definición de cesárea:	40
2.2.4. Indicaciones de cesárea:	41
2.2.5. Contraindicaciones:.....	42
2.2.6. Procedimiento:	43
2.2.7. Complicaciones:	50
2.3. Hipótesis:	50
2.3.1. Hipótesis central:	50

2.3.2. Hipótesis nula:	51
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	52
3.1. Tipo y diseño de la investigación	52
3.2. Población	52
3.3. Variables de estudio:	54
3.4. Operacionalización de las variables:.....	56
3.5. Técnicas e instrumentos para recolección de datos.....	59
3.6. Procesamiento y análisis de datos	60
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	61
DISCUSIÓN	104
CONCLUSIONES	123
RECOMENDACIONES	125
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
ANEXOS.....	133

RESUMEN

Objetivo: Determinar la confirmación postoperatoria de las indicaciones de cesáreas de las gestantes del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Ica durante el año 2015.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron 1046 Historias Clínicas de gestantes cesareadas durante el año 2015.

Resultados: La incidencia de cesáreas fue del 47,12%. La edad promedio fue 30,49 años. La edad materna más frecuente estuvo entre los 30 y 34 años. El 69,69% fueron cesareadas por una indicación absoluta, 21,70% por una indicación relativa, 5,07% por otras indicaciones y 3,54% por una indicación no justificada. Se confirmó postoperatoriamente 78,01% de las cesáreas.

Conclusiones: La incidencia de cesáreas durante el año 2015 fue alta en el HAHM (47,12%). La indicación más frecuente de cesárea fue la macrosomía fetal, seguida de la cesárea iterativa. Se confirmaron postoperatoriamente el 78,01% de las cesáreas (n=816). La indicación no confirmada más frecuente fue el sufrimiento fetal agudo, seguida de macrosomía fetal y sufrimiento fetal crónico.

Palabras clave: Cesárea, indicaciones de cesárea, confirmación postoperatoria.

ABSTRACT

Objective: To determine the postoperative confirmation of the indications of caesarean sections in pregnant women in Hospital IV Augusto Mendoza Hernandez from Ica in 2015.

Methods: A descriptive, retrospective and cross-sectional study. 1046 medical histories of women with cesarean sections in 2015 were reviewed.

Results: The incidence of Caesarean sections was 47.12% (1049 of 2226 births). The average age was 30,49. The most frequent maternal age was between 30 and 34 years. 69,69% of cesarean section were performed for an absolute indication, 21,70% for a relative indication, 5,07% for other indications and 3,54% for an unjustified indication. 78,01% of cesarean sections were confirmed postoperatively.

Conclusions: The incidence of cesarean sections during 2015 was high in the HAHM (47,12%). The most common indication for cesarean section was fetal macrosomia, followed by iterative cesarean section. 78,01% of cesarean sections was confirmed postoperatively (n=816). The most frequently not confirmed indication was acute fetal distress, followed by fetal macrosomia and chronic fetal distress.

Key words: Caesarean section, indications for caesarean section, postoperative confirmation.

INTRODUCCIÓN

Según las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal del año 2010, la cesárea se define como el nacimiento de un feto mayor de 22 semanas por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía y en la pared uterina (histerotomía) cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando así los riesgos y complicaciones materno-fetales.

El Perú es uno de los países en donde la tasa de cesáreas se ubica por encima del promedio latinoamericano. Esto preocupa a los organismos internacionales, ya que según recomienda la Organización Mundial de la Salud, este procedimiento debería realizarse sólo en el 15% de los casos. Básicamente, de cada diez bebés nacidos en nuestros hospitales, 4 o 5 nacen por cesáreas. Actualmente las cifras se mantienen muy similares. Ninguna razón es válida para una tasa de cesáreas tan perturbadora.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que solo debe hacerse una cesárea cuando el parto no se puede desarrollar de manera normal, lo que sucede en un 15% de los casos. Por encima de ese porcentaje se consideran intervenciones quirúrgicas innecesarias.

En el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica se ha detectado durante el año 2014 una incidencia de cesáreas de casi el 50% (48,56%), incidencia que permanece casi en el mismo margen durante el periodo enero – junio del 2015 (46.95%), cifras realmente alarmantes para el estándar que menciona la OMS. El presente estudio pretende determinar las indicaciones para la realización de esta incidencia de cesáreas, y si se confirman posoperatoriamente para evaluar y está justificada la incidencia tan alta de esta operación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

América Latina es la región del mundo donde más cesáreas se practican. El 38% de los nacidos entre 2006 y 2010 vinieron al mundo en un quirófano, según el último informe Estado Mundial de la Infancia de Unicef. Cada vez más mujeres y médicos desoyen las recomendaciones de las autoridades sanitarias, que llevan décadas alertando de los riesgos de resolver quirúrgicamente un proceso tan natural como nacer. La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que solo debe hacerse una cesárea cuando el parto no se puede desarrollar de manera normal, lo que sucede en un 15% de los casos. Por encima de esa cifra se consideran intervenciones quirúrgicas innecesarias. (1)

El informe de Unicef pone a la cabeza a Brasil, con el 50% de cesáreas. Sin embargo, la ONG mexicana El Poder del Consumidor asegura que en 2012 el país norteamericano superó al

gigante sudamericano. Países como la República Dominicana (42%) o Paraguay (33%) también doblan con creces el reto de la OMS. El informe de Unicef no ofrece datos de Chile, Argentina o Venezuela, pero indicadores nacionales muestran la misma tendencia. (2)

Las cifras hablan de medias, pero las diferencias porcentuales entre los hospitales públicos y las clínicas privadas son abismales. El número de cesáreas en los centros privados supera el 70% en México (41% en los públicos) o el 60% en Chile, según el Ministerio de Salud chileno. En Venezuela, sin datos oficiales, el doctor y miembro de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología Fredy González aseguró a France Presse que el índice supera el 70% en las clínicas privadas y que se mantiene en un 40% en las públicas. Con cifras más bajas que sus vecinos, Argentina tuvo un 26,7% de cesáreas en 2011, según datos del Gobierno. (2)

Laguado, N. y colaboradores realizaron una investigación para identificar los factores maternos y fetales que inciden en el aumento de cesáreas que se presentan en el servicio de quirófanos de la Clínica San José de Cúcuta, Colombia en el año 2010;

llegando a la conclusión que las edades en la que las mujeres más se realizan una cesárea es entre los 20 y 22 años, el nivel socioeconómico más frecuente es el estrato 2, el factor materno más encontrado es el de cesárea electiva (“deseo” de la madre) y la evidencia de infección intrauterina (Toxoplasmosis) es el factor fetal más encontrado. (3)

Bustamante Nuñez y colaboradores publicaron en el año 2014 un estudio sobre la frecuencia e indicaciones de las cesáreas en el Hospital Provincial Docente “Belén” en Lambayeque durante los años 2010-2011, donde se demostró que la incidencia de cesáreas en ese hospital era alta (33,6%) y que la indicación más frecuente de cesárea fue cesárea segmentaria previa; siendo más frecuente en jóvenes que en adolescentes, encontrándose además una asociación entre Indicación de cesárea absoluta y las variables antecedentes de cesárea e incisión abdominal. (4)

Patiño, G. realizó un estudio en el año 2011 acerca de los factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes durante ese año, demostrando que los factores maternos para la indicación de cesárea en los dos hospitales de Tumbes estudiados durante el

2011 fueron las cesáreas anteriores en las pacientes mayores de 25 años, con una gestación previa y más de seis controles prenatales. (5)

En el Perú la tasa de cesáreas es del 33 % según la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS - 2012). (1)

En el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica se ha detectado durante el año 2014 una incidencia de cesáreas de casi el 50% (48,56%), incidencia que permanece casi en el mismo margen durante el periodo enero – junio del 2015 (46.95%), una cifra realmente alarmante para lo propuesto por la OMS que menciona que la incidencia debe ser de un 15%. Y es por la importancia y el aumento excesivo del número de cesáreas que se decide investigar sus indicaciones así como la confirmación postoperatoria de las mismas en las gestantes atendidas en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica durante el año 2015.

1.2. Formulación del problema

¿Se confirman postoperatoriamente las indicaciones para la realización de cesáreas en las gestantes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Ica durante el año 2015?

1.3. Justificación e importancia del problema

La cesárea es la intervención quirúrgica comúnmente realizada, que se utiliza para finalizar un embarazo o parto que ayudará a conservar la salud y la vida materno-fetal; siendo el objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. Esta se realiza bajo indicaciones precisas sean estas de causa primaria de manera electiva, de emergencia o en curso de parto, que desaconsejan el parto vaginal. Sin embargo ninguna intervención quirúrgica está libre de riesgos y la cesárea no debe efectuarse sin razón plenamente justificada.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en ninguna región del mundo se justifica una frecuencia de cesáreas mayor del 10-15%. Las estimaciones globales indican una tasa de cesárea a nivel mundial del 15%, con una variación del 3,5%. (4)

En el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica, la incidencia de cesáreas durante el año 2014 es del 48,56%, y durante el periodo enero – junio 2015 es del 46,95%, cifras mucho más elevadas que lo establecido según la OMS, es por eso que se quiere investigar la confirmación de la indicación de las cesáreas con el diagnóstico postoperatorio en las gestantes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” durante el año 2015.

☉ **Viabilidad:**

La presente investigación es viable, ya que se disponen de los recursos necesarios para su elaboración. No se encuentran obstáculos culturales ni éticos para su realización. Por otro lado, los datos para realizar la investigación son accesibles, lo cual nos facilitará el proceso de la investigación.

1.4. Objetivos:

1.4.1. Objetivo general:

- Determinar la confirmación postoperatoria de las indicaciones para la realización de las cesáreas de las gestantes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Ica durante el año 2015.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Conocer la incidencia de las cesáreas en las gestantes del servicio de Gineco – obstetricia del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica durante el período 2015.
- Describir las principales características sociodemográficas de las gestantes que se sometieron a cesárea en el Servicio de Gineco - obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Ica durante el año 2015.
- Describir las principales características maternas de las gestantes que se sometieron a cesárea en el Servicio de

Gineco - obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Ica durante el año 2015.

- Identificar las indicaciones absolutas para la realización de cesáreas en las gestantes del servicio de Gineco – obstetricia del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica durante el período 2015.
- Identificar las indicaciones relativas para la realización de cesáreas en las gestantes del servicio de Gineco – obstetricia del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica durante el período 2015.
- Determinar la tasa de confirmación postoperatoria de las indicaciones para la realización de las cesáreas en las gestantes del servicio de Gineco – obstetricia del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica durante el período 2015.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Nacionales:

Cam Gerardo et al. “Estudio descriptivo de las cesáreas en el Hospital Materno – Infantil Canto Grande”. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Callao - Perú. 2005

Gerardo Cam, Andrade Trisolini y Aníbal Oscanoa realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de determinar la tasa de cesáreas y las principales indicaciones en el Hospital Materno Infantil de Canto Grande en el año 2003. Hubo un total de 4072 partos, de los cuales 429 fueron por cesárea, dando una tasa del 10,5%. En el grupo etario de 20 a 35 años se practicaron el 60% del total y en el grupo de adolescentes menores de 20 años el 29,8%. Se obtuvo que las principales indicaciones de la cesárea fueron: cesárea anterior (15,4%),

presentación podálica (13,5%), estrechez pélvica (12,6%), macrosomía fetal (11.9%) y sufrimiento fetal agudo (10,5%). Al final se llegó a la conclusión de que la tasa de cesáreas en este hospital es la que corresponde a un Hospital de primer nivel, con indicaciones que difieren muy poco a las de otros hospitales. (6)

Bendezú Andrés Guido. “Cesárea programada y morbilidad neonatal”. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Ica - Perú. 2005

En el año 2005 se realizó un estudio para determinar la morbilidad de los recién nacidos por cesárea programada. En esta investigación se revisaron 102 casos de recién nacidos en gestantes con partos por cesárea programada atendidos en el Servicio de Obstetricia del Hospital III Essalud “Félix Torrealva Gutiérrez” de la ciudad de Ica entre el período comprendido entre el 1 de enero del 2000 y el 31 de diciembre del 2003. Se les comparó con un número similar de nacidos de parto eutócico. Durante ese período, se atendió 3780 partos, de los cuales 102 fueron por cesárea

programada. La edad materna mayor correspondió en 36,3% al grupo etéreo de 35 a 40 años, 70 (70,6%) eran casadas, 51,9% empleadas, 46,1% primigestas. El APGAR del recién nacido fue ≥ 7 en 96,7% de neonatos, y no hubieron casos de asfixia severa; 58,8% fueron varones, 70,6% con peso adecuado. Se encontró 27,5% de casos de ictericia fisiológica, 17,7% con síndrome de dificultad respiratoria tipo II y 7,8% con trastornos metabólicos, mientras en el grupo control fueron 6,9%, 4,9% y 3,9%, respectivamente; en el grupo control, los traumatismos obstétricos fueron 6,9% y sólo 0,9% en el grupo de estudio. Se llegaron a las conclusiones de que existió relación entre la morbilidad y la vía del parto, y que el riesgo de enfermedad fue mayor para los neonatos nacido por cesárea programada. (17)

Manzano Espejo Giancarlo. “Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 – 2009”. Revista Horizonte Médico. Lima – Perú. 2011

Se realizó un estudio para determinar la incidencia y factores asociados a cesárea iterativa, en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales desde enero 2005 a diciembre 2009. Se registraron 584 partos de adolescentes multigestas. 264 correspondieron a cesáreas iterativas, lo que significó una incidencia de 45 cesáreas iterativas por cada 100 gestaciones (45%). El promedio de edad fue de 18.2 ± 1.1 años (14 a 19 años). Se llegó a la conclusión que la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multigestas, fue de 45%, y que estuvo asociado a desproporción céfalo-pélvica y con menor indicación por el mayor número de hijos vivos y abortos previos, lo cual lo catalogó como un factor protector. (8)

Patiño Gladys. “Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011)”. Dirección Regional de Salud. Tumbes – Perú. 2011

Se planteó un estudio para determinar cuáles fueron los factores determinantes de la cesárea en los hospitales del departamento de Tumbes durante el año 2011. Con el objetivo de conocer los factores maternos y fetales asociados a la cesárea y la frecuencia de la operación, se realizó el estudio en las cesareadas de los hospitales del Ministerio de Salud y Essalud de Tumbes durante seis meses. Se encontraron que en el Hospital del Ministerio de Salud, la edad promedio fue de 26,4 años, mientras que en el de Essalud fue de 29,4. En cuanto al control prenatal, fueron gestantes controladas con más de 6 controles prenatales y con embarazos previos a quienes se les explicó el motivo pero no las probables complicaciones de la cesárea. Los recién nacidos en el hospital del Ministerio de Salud tuvieron en promedio un peso de 3194 g y un APGAR de 9,1, mientras que en la seguridad social el peso fue de 3200 g y un APGAR

promedio de 9,2. La frecuencia de cesárea en el hospital de Essalud fue de 58,76 %, y de 49,52 % en el MINSA. (5)

Carpio Barón Walter Vidauro. “Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud - Chiclayo durante el periodo Enero – Diciembre 2012”. Repositorio Académico USMP. Lima – Perú. 2012

Walter Carpio presentó en el año 2012 un estudio para determinar la incidencia e indicaciones más frecuentes para la ejecución de cesáreas en el Hospital Naylamp – Essalud de Chiclayo durante el período enero – diciembre del año 2012. La muestra estuvo conformada por 154 casos de cesárea realizadas en dicho hospital. En los resultados se encontró una incidencia de cesáreas del 27,70%, la mayor parte de gestantes en las que se realizó cesárea tuvieron una gestación a término (90,9%). Las principales indicaciones de cesárea encontradas en dicho estudio fueron: Cesárea segmentaria previa (23,4%), presentación podálica (22,7%), desproporción cefalopélvica (21,4%); desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8,4%,

macrosomía fetal mayor de 4.500 g (6,5%). Se concluyó que la incidencia se encuentra en porcentaje superior al recomendado por la OMS, constituyendo las indicaciones absolutas en un 50.6% y las relativas en un 49.4% (9)

Gálvez Liñan Edgar Mario. “Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2013

Edgar Gálvez Liñan presentó en el 2013 un estudio para determinar la tasa de incidencia de cesáreas en el Hospital “San José” del Callao durante el período enero – diciembre 2013. El hospital en estudio contó con una población constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y el espacio muestral correspondió a 160 pacientes. Al analizar las 160 historias clínicas, se encontró que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52% fueron nulíparas, el 69% de las pacientes no habían sido previamente intervenidas quirúrgicamente para cesárea. El 81% se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de

los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2500 g. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9% , sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha , periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%. Se llegaron a las conclusiones que la tasa de incidencia de cesáreas en el Hospital San José del Callao fue de 42% respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40 % registrado en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18% son cesáreas de emergencia y el 24 % son de tipo electivas. (10)

Bustamante Núñez Julio Miguel et al. “Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Lambayeque 2010 – 2011. Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo – Perú. 2014

Se planteó un estudio para determinar la frecuencia e indicaciones más frecuentes de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL), durante el periodo 2010- 2011, para lo cual se utilizó una ficha de recolección de datos, en una muestra de 273 historias clínicas de gestantes cesareadas. Se encontró que la frecuencia de cesáreas practicadas en el HPDBL fue 33.6%; la indicación más frecuente fue cesárea segmentaria previa (25,6%); seguidas por sufrimiento fetal agudo (13,9%), pre eclampsia-eclampsia (12,1%), presentación podálico (10,6%), macrosomía fetal mayor de 4.500 g. (10,3%); oligohidramnios severo (9,2%); dos o más cesáreas previas (8%); desproporción céfalo-pélvica (7,4%); expulsivo prolongado (6,2%); y otras indicaciones (31,8%). Se concluyó al final que La frecuencia de operación cesárea es alta en el HPDBL. La

indicación más frecuente de cesárea fue cesárea segmentaria previa; siendo más frecuente en jóvenes que en adolescentes. Se encontró asociación entre Indicación de cesárea absoluta y las variables antecedentes de cesárea e incisión abdominal.

(4)

2.1.2. Internacionales:

Spaans Wilbert A. et al. “Factores de riesgo en la cesárea y fallo de un intento de parto posterior”. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (Ed. Española). Amsterdam – Holanda. 2002

Este estudio se realizó en el Centro Médico Académico de Amsterdam (hospital universitario), con el fin de identificar los factores de riesgo de la cesárea inicial (CS) relacionados con un fallo del intento del parto (IP) en una gestación posterior. Se revisaron los archivos hospitalarios (1988 - 1999) de la gestación en que se realizó la cesárea (gestación inicial) para determinar el uso de oxitocina, la indicación de la cesárea, la dilatación del cérvix, la velocidad de dilatación, la duración de

las contracciones y peso del niño al nacer. Se estudiaron los archivos de la gestación posterior para ver si hubo un parto vaginal satisfactorio después de la cesárea (PVDC), y los resultados maternos y neonatales. Se investigó la significación estadística de los datos con una ecuación de Mantel-Haenszel de los cocientes de probabilidad (CP con 95% de intervalo de confianza [IC]), test exacto de Fisher o test de la t de Student. Se obtuvieron como resultados que el 58,7% de las 214 mujeres con una cesárea anterior se sometieron a un IP, que fue satisfactorio en el 71,4%, un parto por cesárea de la inicial caracterizado por el uso de oxitocina (CP=3,1; 95% IC=1,4-7,1), contracciones de más de 12 horas (CP=3,0; 95% IC=1,3-7,0) y dilatación cervical menor de 1 cm/hora (CP=5,6; 05% IC=1,1-39,4) aumentó significativamente el riesgo de fallo de IP en la gestación posterior. Se llegaron a las conclusiones finales que las mujeres que intentan un PVDC deben ser informadas de que el modelo del parto de la gestación inicial, caracterizado por oxitocina, contracciones de más de 12 horas y dilatación lenta se asocia con una reducción de la probabilidad de éxito. La

partografía del primer parto podría ser un instrumento útil para el parto posterior. (11)

**Salinas Hugo et al. “Factores predictores de cesárea”.
Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Chile. 2004**

Se realizó una investigación para identificar factores predictores de cesárea, en pacientes que ingresan para atención de parto. Para esto, se estudiaron 2883 pacientes con embarazo de término, feto único, presentación cefálica, que ingresaron para atención de parto, desde enero de 2001 a diciembre de 2002, en el Servicio de Obstetricia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, las que fueron sometidas a un análisis multifactorial de factores de riesgo para cesárea (regresión logística). En el modelo final los factores de riesgo incluidos fueron los siguientes: multiparidad, inicio espontáneo del trabajo de parto, inducción del trabajo de parto, cicatriz de cesárea y peso del recién nacido ≥ 4000 gramos. Se llegó a la conclusión que en pacientes con embarazo de término, la multiparidad disminuye el riesgo de cesárea. Macrosomía fetal, inducción del trabajo de parto y cicatriz de cesárea

aumentan significativamente dicho riesgo, y que estos factores debieran ser empleados para detectar a gestantes con alto riesgo de cesárea y concentrar en éstas, una mayor vigilancia durante el control prenatal. (12)

Flores Padilla Luis et al. “Factores de riesgo en la operación cesárea”. Ginecología y Obstetricia de México. México. 2008

Se realizó un estudio para identificar factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos, de atención y práctica médica relacionados con la operación cesárea. Para ello, se estudiaron 580 mujeres embarazadas en el Hospital General de Zona número 6 (IMSS) de Ciudad Juárez, Chihuahua (México), de enero a junio de 2007. Las pacientes se dividieron en dos grupos: 222 con operación cesárea (grupo de casos) y 358 mujeres con parto vaginal. Se utilizaron las pruebas estadísticas de χ^2 y exacta de Fisher para comparar las variables sociodemográficas, obstétricas, de atención y práctica médica; la relación entre éstas se estimó con razón de momios. El intervalo de confianza para todos los casos fue

de 95%. Se concluyó que los factores de riesgo relacionados con la operación cesárea fueron el antecedente de cesárea previa, atención por un ginecólogo con más de 16 años de experiencia o por un residente. (13)

Millán Vega María Margarita et al. “Factores relacionados con la cesárea primitiva”. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Cuba. 2010

Este estudio fue realizado en Cuba en el Servicio de Obstetricia del Hospital General Universitario "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, en el periodo comprendido desde el 1 de enero hasta el 30 de junio de 2009, en pacientes a las que se les realizó cesárea por primera vez, con los objetivos de identificar el comportamiento de algunos factores perinatales asociados a esta intervención, mostrar la relación entre la paridad y edad materna, y además las patologías asociadas o propias del embarazo y las condiciones cervicales, identificar la relación entre la edad gestacional y el peso al nacer, así como la presencia de meconio y las condiciones cervicales. Durante ese período ocurrieron 2122

nacimientos de los cuales 694 fueron cesáreas primitivas con un índice de 32,7%. En la relación de las patologías asociadas o propias del embarazo con las condiciones cervicales desfavorables encontramos el 35,8% del grupo estudiado. La relación entre la edad gestacional mayor de 40 semanas y el diagnóstico de macrosomía fetal obtuvo un nivel de asociación estadística de $p=0,0016$. En cuanto a la presencia de meconio con las condiciones cervicales desfavorables, la asociación estadística fue significativa. Se llegó a la conclusión que los factores estudiados están asociados estadísticamente con la cesárea primitiva y son capaces de incrementar su índice. (14)

Muñoz Enciso José Manuel et al. “Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada?”. Ginecología y Obstetricia de México. México. 2011

Este estudio fue realizado en la ciudad de México con el fin de conocer el comportamiento de la operación cesárea en los cuatro principales hospitales de segundo nivel del sector salud del estado de Aguascalientes entre el 1 de septiembre y el 31

de octubre del 2008, y analizar las indicaciones durante un mismo periodo. Se analizaron: indicación de la operación cesárea y su clasificación; embarazos previos, estado civil, edad gestacional, peso y Apgar al minuto del recién nacido y el método anticonceptivo indicado durante el evento. Se obtuvo que durante el periodo de estudio se registraron 2,964 embarazos mayores de 29 semanas; de éstos, 1,195 se terminaron por operación cesárea con una tasa global de 40.3%. Se encontraron 45 indicaciones diferentes, lo que indudablemente refleja la gran diversidad de criterios en el personal médico institucional para programar la operación cesárea. Al final se llegó a la conclusión que a pesar de que cada institución cuenta con diferentes recursos y con una población de diferentes características, deben elaborarse protocolos de tratamiento por parte del personal de cada hospital que tengan como piedra angular la prueba de trabajo de parto y solicitar una segunda opinión ante una cesárea programada, todo esto con el fin de disminuir la frecuencia de la operación cesárea. (15)

Laguado Nelly et al. “Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea”. Revista Ciencia y Cuidado. Colombia. 2011

Se realizó un estudio para identificar los factores maternos y fetales que inducen a la práctica de la cesárea y la caracterización socioeconómica de estas mujeres en la Clínica San José, Cúcuta, en el año 2010. Al final se llegó a la conclusión que la edad más frecuente en que las mujeres se realizan una cesárea es entre los 20 y 22 años, el nivel socioeconómico más frecuente es el estrato 2, el factor materno más encontrado es el de cesárea electiva y la evidencia de infección intrauterina (Toxoplasmosis) es el factor fetal más encontrado. (3)

Vélez Pérez Eduardo et al. “Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de GinecoPediatria del IMSS de Hermosillo, Sonora”. Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora. México. 2013

Se realizó un estudio para determinar factores de riesgo que se asocien al incremento en la práctica de la operación cesárea en el Hospital de GinecoPediatria del IMSS de Hermosillo, Sonora, en México. Se incluyeron 654 expedientes clínicos, 327 de mujeres sometidas a cesárea (casos) y 327 de mujeres de parto por vía vaginal (controles). Se llegó a la conclusión que la operación cesárea está asociada a la nuliparidad, cesárea previa y peso materno mayor o igual de 80 kilogramos. Factor protector: la inductoconducción. (16)

Ruíz Sánchez Joaquín et al. “Cesárea: Tendencias y resultados”. Revista Perinatología y Reproducción Humana. México. 2013

Se publicó en México en el año 2013 en la Revista de Perinatología y Reproducción Humana un artículo de revisión para tener conocimiento acerca del proceso de la toma de decisión con respecto a la vía de nacimiento, con el fin de establecer estrategias para disminuir el índice de cesáreas en una población y disminuir, así, la morbilidad y mortalidad materna. En el artículo mencionan que diversos estudios en diferentes países han señalado que los factores para el incremento del porcentaje de las cesáreas es multifactorial y difícil de estudiar. Entre los factores identificados se señalan, en primer lugar, los cambios en las características maternas y su relación con la práctica obstétrica que se ha modificado debido a las preocupaciones relacionadas con el feto y la seguridad de la madre, seguido por los factores sociales e institucionales. Al final llegan a las conclusiones que la cesárea es el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo en mujeres en edad reproductiva; sin embargo, aún

existe controversia en cuanto a las indicaciones de la misma. También que el médico debe ser cauteloso y es su función informar claramente a la pareja sobre las posibilidades de la vía de nacimiento, así como de los riesgos y posibles complicaciones de cada una de ellas en el corto, mediano y largo plazo. Y por último, mencionan que es necesario establecer criterios precisos para la indicación de una cesárea, así como determinar con claridad los beneficios y el riesgo de esta práctica que permitan tener un sustento más amplio que soporte su indicación como primera elección. (17)

Integrantes del Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). “Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). Bogotá, 2014”. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Colombia. 2014

Se realizó una investigación con el objetivo de identificar la tendencia de la tasa de cesárea, la clasificación, los riesgos materno-perinatales, los factores asociados a dicha tasa y proponer estrategias para racionalizar el uso de cesáreas en Colombia. Se realizó una revisión de las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) de 1998 a 2013 para estimar la tasa de cesárea. Los resultados y las conclusiones fueron discutidos en consenso no formal de expertos realizado el día 9 de mayo de 2014 en Bogotá D.C y socializados en el XIX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología realizado los días 29 al 31 de mayo de 2014 en Medellín, Colombia. Se obtuvo como resultados

que la tasa de cesáreas en Colombia pasó de 24,9 % en 1998 a 45,7 % en 2013, que la cesárea incrementa el riesgo de muerte, las complicaciones maternas graves y la morbilidad respiratoria neonatal comparada con el parto vaginal. Además los factores médicos, socioculturales y económicos incrementan el uso de la cesárea, y las estrategias multifacéticas demuestran mayor efectividad para reducir la tasa de cesárea. Se concluyó que se deben promover estrategias como educación continua, auditoría, mejoramiento de la calidad e involucrar otros actores sociales para generar un cambio cultural y racionalizar el uso de la cesárea en Colombia. (18)

Schnapp Carlos et al. “Operación Cesárea”. Revista Médica de la Clínica Las Condes. Chile. 2014

Carlos Schnapp y col. publicaron un artículo de revisión en el año 2014 donde describen los aspectos clínicos para la ejecución de las cesáreas y las indicaciones más frecuentes. En este artículo recalcan que la incidencia de éstas ha aumentado significativamente en los últimos años con una

gran variabilidad de tasas entre países e instituciones, y que las causas de este aumento son diversas. Además mencionan que es motivo de preocupación en salud pública que su indicación sea la correcta, evitando consecuencias en morbilidad y mortalidad que pudiesen resultar de su sobre indicación. (19)

Cóppola Francisco. “Cesáreas en Uruguay”. Revista Médica del Uruguay. Uruguay. 2015

El Dr. Francisco Cópola publicó un artículo de opinión en el año 2015 acerca del problema de la tasa creciente de cesáreas tanto a nivel mundial como en Uruguay, donde menciona un ascenso progresivo desde el 2009 (35,5%) al 2013 (43,7%), pero con muchas instituciones por encima de 55% y alguna que supera el 70%. Siempre es mayor en el ámbito privado que en el público. También menciona que todas las complicaciones maternas son mayores en la cesárea que en el parto (hemorragia que necesite histerectomía, complicaciones anestésicas, paro cardíaco, tromboembolismo e infección puerperal mayor), y también la

complicación de distrés pulmonar fetal. También analiza los cuatro argumentos más esgrimidos para explicar este fenómeno: el beneficio económico del ginecólogo, cada vez más mujeres piden cesáreas sin justificación médica, el aumento de demandas y que el número de mujeres que de verdad necesitan una cesárea está aumentando. Al final se concluye que la tasa de cesáreas constituye un problema de salud pública y debe ser tratado como tal y se establecen recomendaciones, entre otras, una política de aplicación de las recomendaciones de la OMS en instituciones, auditorías y posicionamiento de la partera como recurso humano fundamental y autónomo para la asistencia del parto de bajo riesgo. (20)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Historia

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero. En sus inicios, fue indicada

cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%. En la medida que su mortalidad ha disminuido sus indicaciones han aumentado, tanto en el manejo de patología materna así como fetal. En la actualidad incluso es aceptada su realización a solicitud de la paciente; factor que ha sido relevante en el aumento de su incidencia que se reporta más adelante. (19)

El origen de la palabra cesárea generalmente se debe a la “Lex Regia” del año 715 A.C de Numa Pompilius (siglo VIII A.C.) que impedía inhumar a la mujer embarazada sin haber sacado previamente al niño con una incisión abdomino-uterina (ley de los césares) y a la leyenda que cuenta que Julio Cesar nació de este modo. La primera cesárea en el Perú fue realizada en la Maternidad de Lima por el Dr. Camilo Segura en el año 1861, en una paciente fallecida durante el parto. (4)

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países en desarrollo como en países desarrollados. (21-23). En las Américas, esta tasa es del 38,9% en promedio, según los últimos datos disponibles de 25 países. De todos modos, la cifra, podría ser mayor: en muchos casos no se tiene en cuenta las cesáreas que se realizan en el sector privado (23). La cesárea, cuando es justificada desde un punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal (21,24). Sin embargo, los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario no están demostrados. Como en cualquier otra cirugía, esta operación está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud tanto de la mujer, como del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. (21,22)

2.2.2. Definiciones:

- **Amniotomía:** Es la ruptura artificial o deliberada de las membranas corioamnióticas, realizada digitalmente o a través de instrumentos denominados amniótomos. (25)
- **Bloqueo peridural:** Anestesia regional mediante inyección perineural o extraneural de anestésico en proximidad del nervio cuya conductividad pretende suprimir. (26)
- **Cesárea:** Es la intervención quirúrgica que permite extraer un feto mediante laparotomía e incisión de la pared uterina. Constituye un procedimiento obstétrico fundamental para reducir daños al recién nacido y a la madre, siempre y cuando se realice bajo justificación médica. (27)
- **Cesárea programada:** Es una intervención programada que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. (28)
- **Cesárea de urgencia:** Es una intervención cuya indicación surge como consecuencia de una patología

aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente. (28)

- **Distocia:** Parto difícil prolongado, doloroso, debido a factores fetales, maternos y alteraciones de la dinámica uterina. (27)
- **Edad gestacional:** Es la temporalidad del desarrollo fetal, iniciando a partir del primer día del último ciclo menstrual. (27)
- **Histerotomía:** Incisión que se realiza en la pared del útero. (26)
- **Inducción del trabajo de parto:** Es la iniciación del parto en forma artificial, requiere las mismas técnicas y fármacos cuando el parto se ha iniciado espontáneamente. (26)
- **Nacimiento por fórceps:** Instrumento quirúrgico que se utiliza para facilitar la salida de la cabeza del bebé del canal de parto, debido a una emergencia obstétrica. Se lo utiliza a veces en el último período del parto ante situaciones de sufrimiento fetal agudo o períodos

expulsivos muy prolongados, y solamente con la cabecita del bebé prácticamente en el periné. (26)

- **Nacimiento pretérmino:** Nacimiento después de las 22 y antes de las 37 semanas de gestación. (27)
- **Perinatal:** Período que abarca el antes, durante y después del nacimiento. (27)
- **Placenta creta:** Una condición en donde la placenta se adhiere al músculo del útero sin existir capa de separación decidual, haciendo difícil su remoción. (27)
- **Presentación pélvica:** Cuando la cabeza fetal se encuentra en el fondo uterino y la pelvis del producto se aboca al estrecho superior de la pelvis materna. (27)
- **Prueba de trabajo de parto después de una cesárea:** Procedimiento obstétrico a que se somete una parturienta con relación cefalopélvica límite y mediante su vigilancia y conducción sin riesgo materno, tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, venciendo obstáculos previstos y presumiblemente franqueables. (29)
- **Ruptura uterina:** Pérdida de la solución de continuidad del músculo uterino, la cual puede ser parcial o total y constituye una catástrofe obstétrica. (30)

- **Trabajo de parto:** Contracciones uterinas suficientes en frecuencia, intensidad y duración, que produce borramiento y dilatación del cérvix. (27)
- **Versión cefálica externa:** Procedimiento externo para rotar al feto de la presentación pélvica a presentación cefálica. (27)

2.2.3. Definición de cesárea:

Según las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal del año 2010, la cesárea se define como el nacimiento de un feto mayor de 22 semanas por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía y en la pared uterina (histerotomía) cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando así los riesgos y complicaciones materno-fetales. (31)

2.2.4. Indicaciones de cesárea:

a) Indicaciones absolutas:

- Cesárea iterativa
- Cesárea anterior con período intergenésico corto.
- Sufrimiento fetal agudo
- Sufrimiento fetal crónico
- Distocia de presentación (situación podálica, transversa, etc.)
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa centro total
- Incompatibilidad céfalo pélvica
- Estrechez pélvica
- Prolapso de cordón umbilical
- Macrosomía fetal
- Infección por herpes activa
- Problemas obstructivos benignos y malignos
- Cirugía uterina previa, antecedente de plastía vaginal
- Infección por VIH. (31)

b) Indicaciones relativas

- Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento
- Presentaciones anómalas
- Anomalías fetales
- Embarazo múltiple
- Asimetría pélvica
- Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia
- Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP
- Insuficiencia cardio-respiratoria
- Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedentes de desprendimiento de retina)
- Papiloma virus humano. (31)

2.2.5. Contraindicaciones:

Al ser un procedimiento que está destinado a salvar la vida de la paciente o de su producto, no tiene contraindicación definida. (31)

2.2.6. Procedimiento:

2.2.6.1. Requisitos:

a) Consentimiento informado

b) En caso de cesárea electiva:

- Historia clínica completa
- Nota preoperatorio
- Exámenes preoperatorios: Hemograma, hemoglobina, o hematocrito, grupo y factor Rh, perfil de coagulación, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, recuento de plaquetas, glicemia, úrea, creatinina, VIH, RPR y sedimento de orina.
- Electrocardiograma
- Descarte de hepatitis B en zonas endémicas
- Riesgo quirúrgico
- Depósito de sangre. (31)

c) Cesárea de Emergencia:

- Nota de ingreso de emergencia o nota preoperatorio de piso

- Exámenes preoperatorios: Hemograma hemoglobina o hematocrito, grupo y factor Rh, perfil de coagulación, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, y recuento de plaquetas, glicemia, úrea, creatinina, Test de ELISA para tamizaje de VIH, RPR. (31)

2.2.6.2. Preparación previa a la intervención:

- a) Evaluación preanestésica el día anterior a la intervención.
- b) Preparación psicológica.
- c) No ingesta de alimento por horas antes de la cirugía programada.
- d) Retirar joyas y dentadura postiza, no usar cosméticos. Vestir con bata delgada y limpia.
- e) Baño completo, cabello firmemente sujetado.
- f) Recorte de vello en el área operatoria con tijera (30 minutos antes de la cirugía).
- g) Llevar a la paciente a la sala de operaciones media hora antes de lo programado con vendaje

compresivo de miembros inferiores (profilaxis de tromboembolia). (31)

2.2.6.3. Técnicas Quirúrgicas Cesárea Segmentaría:

- a) Lavado de manos
- b) Lavado de pared abdominal
- c) Colocación de campos incisión de la pared abdominal mediante intraumbilical (MIU) o transversa (Plannenstiel).
- d) Después de la incisión en piel, realizar la apertura por planos hasta llegar a cavidad.
- e) En cavidad abdominal, palpar el útero o restablecer la dextrorrotación.
- f) Incidir el peritoneo en la reflexión vesico uterina y disecar digitalmente, dejando un amplio campo para permitir la apertura del útero.
- g) Con el bisturí hacer una incisión de aproximadamente 2cm en sentido transversal en el segmento, evitando lesionar al feto y tratando de mantener intactas las membranas.

- h) Abierto el útero, extender la incisión, cortando lateralmente y luego ligeramente hacia arriba con tijeras. Si el segmento es delgado, hacerlo con ambos dedos índices.
- i) Deslizar cuidadosamente la mano dentro de la cavidad uterina, levantando suavemente la cabeza fetal, mientras el ayudante presiona el fondo uterino, extrayendo la cabeza, los hombros y el resto del cuerpo fácilmente.
- j) Aplicación de oxitócicos, extracción de la placenta y limpieza de la cavidad uterina.
- k) Para la histerorrafia se puede exteriorizar el útero a través de la incisión abdominal, cubriéndolo con un campo estéril.
- l) La histerorrafia se realiza en un plano con sutura continua con catgut crómico 1 o ácido poliglicólico 1. colocar el punto inicial lateral en el ángulo de la histerotomía; si la aproximación no es satisfactoria después del cierre continuo en una sola capa o si persisten puntos sangrantes, puede colocarse otra capa de sutura. Luego aproximar los bordes

de la serosa el útero y la vejiga con sutura continua catgut crómico 2/0.

m) Retirar todas las compresas. Si el útero se exteriorizo, revisar y restituirlo a su lugar, limpiar pliegues y correderas parietocólicas de sangre y líquido amniótico.

n) Solicitar recuento de gasas.

o) Cerrar peritoneo parietal con catgut crómico 2/0.

p) Afrontamiento de plano muscular con puntos interrumpidos con catgut crómico 2/0.

q) Afrontar la aponeurosis con ácido poliglicólico, sutura continua.

r) Cerrar la piel con sutura subdérmica o con puntos separados si hay riesgo de infección. (31)

2.2.6.4. Antibiótico profilaxis:

En todos los casos de cesárea, inmediatamente después de colocar el clamp en el cordón umbilical administrar un antibiótico de amplio espectro.

- Primera opción: Cefazolina 1 gr EV. (31)

2.2.6.5. Post Operatorio Inmediato:

- a) Vigilancia en Sala de Recuperación por 4 horas.
- b) Control de funciones vitales sangrado vía vaginal y estado de contracción uterina cada 15 minutos.
- c) Fluidoterapia y uso de oxitócicos y analgésicos:
 - Ketorolaco 60 mg IM x/8 horas.
 - En pacientes con perfusión renal disminuida: Preeclampsia severa.
 - Sepsis y post hemorragia no usar AINES ni pirazolonas.
 - Si se cuenta con bomba de infusión: Fentanilo 50 mg diluido en 100 cc de ClNa al 9% a razón de 5 cc/hora.

- Movilización precoz. (31)

2.2.6.6. Reporte Operatorio:

- a) Fecha y hora de inicio y termino de la operación
- b) Diagnostico preoperatorio
- c) Diagnostico post operatorio
- d) Nombre del cirujano, asistentes, Anestesiólogo, instrumentista y circulante.
- e) Tipo de anestesia
- f) Tiempo operatorio
- g) Hallazgos y condiciones del recién nacido
- h) Procedimiento
- i) Perdida sanguínea
- j) Incidentes
- k) Condición de la paciente al salir de sala de operaciones. (31)

2.2.7. Complicaciones:

- Hemorragia por atonía uterina, acretismo o desgarro uterino.
- Hematoma de la histerorrafia o Retroperitoneal
- Lesión del tracto urinario
- Infecciones tardías: infecciones de Herida Operatoria, Endometritis, Infecciones Urinarias. (31)

2.3. Hipótesis:

2.3.1. Hipótesis central:

Las indicaciones para la realización de las cesáreas están confirmadas postoperatoriamente en las gestantes del servicio de Gineco – obstetricia del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica durante el período 2015.

2.3.2. Hipótesis nula:

Las indicaciones para la realización de las cesáreas no están confirmadas postoperatoriamente en las gestantes del servicio de Gineco – obstetricia del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica durante el período 2015.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal, porque evaluará en un tiempo dado la incidencia e indicaciones para la realización de las cesáreas además de la confirmación de las mismas mediante el diagnóstico post operatorio en las gestantes del servicio de Gineco – obstetricia del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica durante el período 2015.

3.2. Población

La población estará formada por todas las gestantes que fueron sometidas a la operación cesárea en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica durante el período enero – diciembre 2015, las cuales hacen un total de 1049 gestantes.

La selección del grupo de estudio se ha basado en los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Todas las historias clínicas de mujeres gestantes cesareadas atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica durante el período enero – diciembre 2015.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas, con falta de datos necesarios para la investigación.
- Historias clínicas con información poco legible.
- Historias clínicas que no se encuentren en el Archivo de Historias al momento de la recopilación de datos.

Se trabajó con toda la población, que luego de la selección de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una población de estudio de 1046 historias clínicas, 3 historias clínicas

no se han encontrado en el Archivo de Historias Clínicas al momento de la búsqueda.

3.3. Variables de estudio:

3.3.1. Indicaciones absolutas:

- Cesárea iterativa
- Cesárea anterior con período intergenésico corto
- Sufrimiento fetal agudo
- Sufrimiento fetal crónico
- Distocia de presentación (situación podálica, transversa, etc.)
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa centro total
- Incompatibilidad feto pélvica
- Estrechez pélvica
- Prolapso de cordón umbilical
- Macrosomía fetal
- Infección por herpes activa
- Problemas obstructivos benignos y malignos
- Cirugía uterina previa, antecedente de plastía vaginal

- Infección por VIH

3.3.2. Indicaciones relativas:

- Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento
- Presentaciones anómalas
- Anomalías fetales
- Embarazo múltiple (tres o más fetos)
- Asimetría pélvica
- Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia
- Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP
- Insuficiencia cardio-respiratoria
- Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedentes de desprendimiento de retina)
- Papiloma virus humano.

3.4. Operacionalización de las variables:

Variable	Definición	Tipo de Variable	Nivel de medición	Indicador
Cesárea	Nacimiento de un feto mayor de 22 semanas por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía y en la pared uterina (histerotomía) cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando así los riesgos y complicaciones materno-fetales.	Cualitativa	Nominal	Porcentaje de pacientes que han sido cesareadas
Cesárea iterativa	Cesárea que se practica en una paciente con antecedente de 2 o más cesáreas anteriores	Cuantitativa	Ordinal	Número de cesáreas anteriores
Cesárea anterior con período intergenésico corto	Paciente que ha sido cesareada anteriormente (1 vez) y presenta un período intergenésico menor de 2 años	Cualitativa	Nominal	Número de pacientes cesareadas anteriormente (1 vez) y con un período intergenésico menor a 2 años
Sufrimiento fetal agudo	Perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal.	Cualitativa	Ordinal	APGAR en el recién nacido
Distocia de presentación	Condición que dificulta el parto vaginal por alteraciones de la presentación del feto.	Cualitativa	Nominal	Tipo de presentación anormal en el recién nacido
Desprendimiento prematuro de placenta	Separación parcial o total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto.	Cualitativa	Nominal	Grado de desprendimiento de la placenta

Placenta previa centro total	Inserción total de la placenta en el segmento inferior del útero	Cuantitativa	Nominal	Nivel de inserción de la placenta a nivel del segmento uterino
Incompatibilidad céfalo pélvica	Es la desigualdad o discordancia que existe entre los diámetros de la pelvis materna y los diámetros de la cabeza fetal.	Cualitativa	Nominal	Grado de desproporción entre la pelvis materna y la cabeza fetal
Estrechez pélvica	Toda reducción de los diámetros de la pelvis que disminuya su capacidad puede provocar una distocia durante el trabajo de parto.	Cualitativa	Nominal	Nivel donde se produce la estrechez pélvica
Prolapso de cordón umbilical	Protrusión del cordón umbilical en el canal del parto por delante de la presentación fetal.	Cualitativa	Nominal	Grado de prolapso de cordón
Macrosomía fetal	Feto grande para la edad de gestación (mayor del percentil 90) según incrementado riesgo perinatal que presenta. En valores absolutos y para recién nacidos a término estos criterios se corresponden con un peso de 4.000g hacia arriba.	Cualitativa	Nominal	Peso del recién nacido
Infección por herpes activa	Infección de transmisión sexual (ITS), causada por el virus del herpes simple (VHS). A nivel genital hablamos del VHS-2.	Cualitativa	Nominal	Infección por herpes
Tumores obstructivos benignos y malignos	Tumores que obstruyen el paso del feto por el canal del parto	Cualitativa	Nominal	Nivel de las tumoraciones en el canal del parto
Cirugía uterina previa, antecedente de plastía vaginal	Cirugía uterina o vaginal (plastía) previa a la que fue sometida una paciente antes del embarazo.	Cualitativa	Nominal	Tipo de cirugía previa
Infección por VIH	Infección de transmisión sexual (ITS), causada por el virus del VIH.	Cualitativa	Nominal	Infección por VIH

Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento	Condición que dificulta la continuación del trabajo de parto que no responde al tratamiento indicado.	Cualitativa	Nominal	Tipo de distocia
Presentaciones anómalas	Son aquellas en las cuales se pierde la actitud fetal normal de flexión de la cabeza.	Cualitativa	Nominal	Tipo de presentación anómala de la cabeza fetal
Anomalías fetales	Defectos estructurales que presenta el feto que impide o dificulta la continuación del trabajo de parto.	Cualitativa	Nominal	Tipo de anomalía en el feto
Embarazo múltiple	Desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos.	Cualitativa	Ordinal	Número de feto en el embarazo
Asimetría pélvica	Condición que consiste en una anomalía en la estructura simétrica de la pelvis y que dificulta el trabajo de parto	Cualitativa	Nominal	Nivel de asimetría pélvica
Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia	Trastorno mental o de conciencia que podría impedir la colaboración de la madre en el trabajo de parto	Cualitativa	Nominal	Tipo de trastorno mental
Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP	Extensa variedad de procesos que tienen en común la existencia de hipertensión arterial durante la gestación.	Cualitativa	Ordinal	Grado de enfermedad hipertensiva
Insuficiencia cardio-respiratoria	Trastorno que causa gran cansancio a quien la padece, y que puede dificultar la colaboración de la madre en el trabajo de parto.	Cualitativa	Nominal	Grado de insuficiencia cardio-respiratoria
Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedentes de desprendimiento de retina)	Alteración oftalmológica que puede dificultar el trabajo de parto.	Cualitativa	Nominal	Grado de oftalmopatía
Papiloma virus humano	Infección de transmisión sexual (ITS), causada por el virus del papiloma humano.	Cualitativa	Nominal	Infección por VPH

3.5. Técnicas e instrumentos para recolección de datos

En el presente trabajo de investigación se utilizaron las historias clínicas de las mujeres gestantes cesareadas atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica durante el período enero – diciembre 2015, así como el Libro de Registro de cesáreas de Sala de Operaciones, y el Libro de Registros que se encuentra en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital.

La recolección de datos estuvo a cargo del investigador. La relación de pacientes fue obtenida del Registro de Certificados de Recién Nacido Vivo de la RENIEC, que fue corroborada con el Libro de Registro de Cesáreas de Sala de Operaciones y el Libro de Registro de Partos del Servicio de Gineco – obstetricia. Durante el período de estudio, hubo un total de 2226 partos, de los cuales 1049 fueron partos por cesárea, haciendo un 47,12% del total de partos.

Los datos fueron recolectados en una ficha de recolección de datos elaborada especialmente para el estudio, la cual fue consultada y

aprobada por los asesores y especialistas del Servicio de Gineco – obstetricia del Hospital (ver Anexo 01).

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Los datos serán procesados y analizados, utilizando los programas Microsoft Office Excel 2010 y SPSS v.20, en donde se generarán resultados mediante análisis descriptivos de frecuencia y porcentajes de las variables que estaban en estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA 01

**TOTAL DE PARTOS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE
ICA EN EL AÑO 2015: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO
DE PARTO**

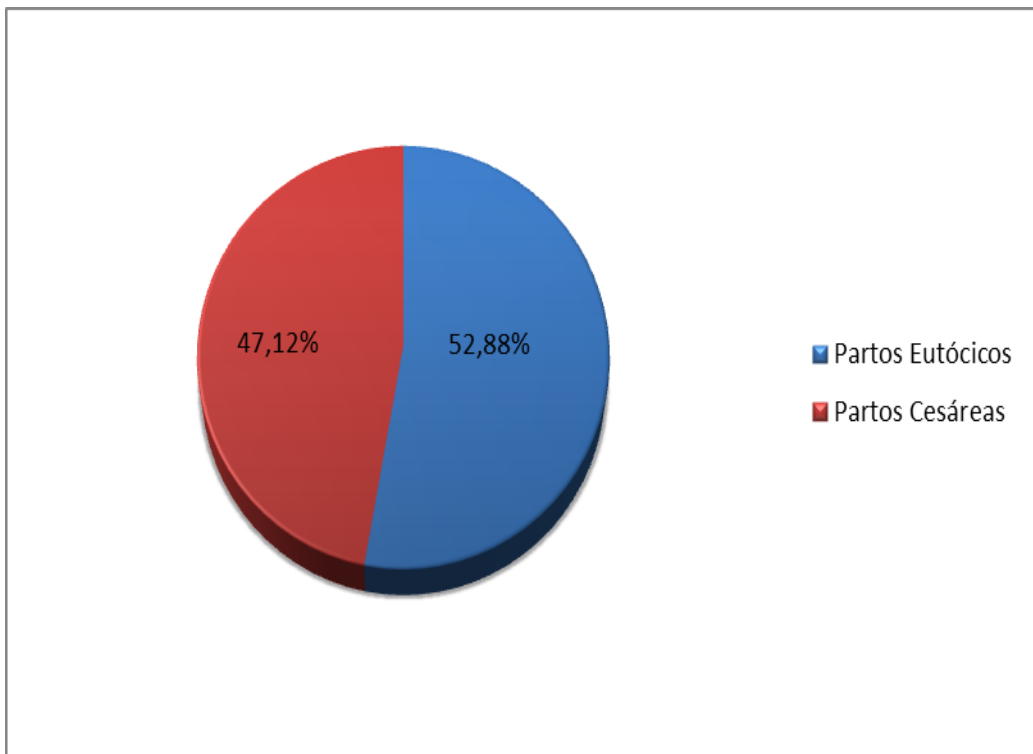
Parto	N	Porcentaje
Partos Eutócicos	1177	52,88%
Partos Cesáreas	1049	47,12%
Total de Partos	2226	100,00%

Fuente: Libro de Registro de Partos del Servicio de Gineco – obstetricia del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla nos muestra que durante el año 2015 hubo un total de 2226 partos, de los cuales, 1177 fueron partos eutócicos (vaginales), haciendo un 52,88% del total, y 1049 partos por cesárea, lo que nos da un 47,12% del total de partos durante el año estudiado.

GRÁFICO 01

TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA EN EL AÑO 2015: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE PARTO



Fuente: Libro de Registro de Partos del Servicio de Gineco – obstetricia del Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza" de Ica en el año 2015

TABLA 02

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015

Características Sociodemográficas		X	± ds
	Media	30,49	6,583
	Mediana	30	---
		N	Porcentaje
Edad	Menor de 15 años	5	0,48%
	De 15 a 19 años	46	4,40%
	De 20 a 24 años	148	14,15%
	De 25 a 29 años	269	25,72%
	De 30 a 34 años	280	26,77%
	De 35 a 39 años	202	19,30%
	De 40 años a más	96	9,18%
Estado Civil	Soltera	46	4,40%
	Casada	390	37,28%
	Conviviente	582	55,64%
	Divorciada	28	2,68%
Grado de Instrucción	Analfabeta	5	0,48%
	Primaria Incompleta	27	2,58%
	Primaria Completa	30	2,87%
	Secundaria Incompleta	24	2,29%
	Secundaria Completa	133	12,72%
	Superior No Universitario Incompleto	125	11,95%
	Superior No Universitario Completo	220	21,03%
	Superior Universitario Incompleto	204	19,50%
Superior Universitario Completo	278	26,58%	
Total		1046	100,00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla podemos describir las principales características sociodemográficas que fueron registradas en las Historias Clínicas del Hospital en estudio. En primer lugar, podemos observar que el promedio de edad de las gestantes que se sometieron a cesárea fue de 30,59 años, con una mediana de 30. El mayor porcentaje de cesáreas fue realizado en gestantes de 30 a 34 años, con 26,77% (n=280), seguido de las gestantes de 25 a 29 años, con un 25,72% (n=269). Las gestantes de 35 a 39 años comprendieron un 19,30% (n=202), y las de 20 a 24 años un 14,15% (n=148). Luego siguen las gestantes de 40 años a más, con 9,18% (n=96), seguidas de las de 15 a 19 años, con 4,4% (n=46), y las menores de 15 años con 0,48% (n=5).

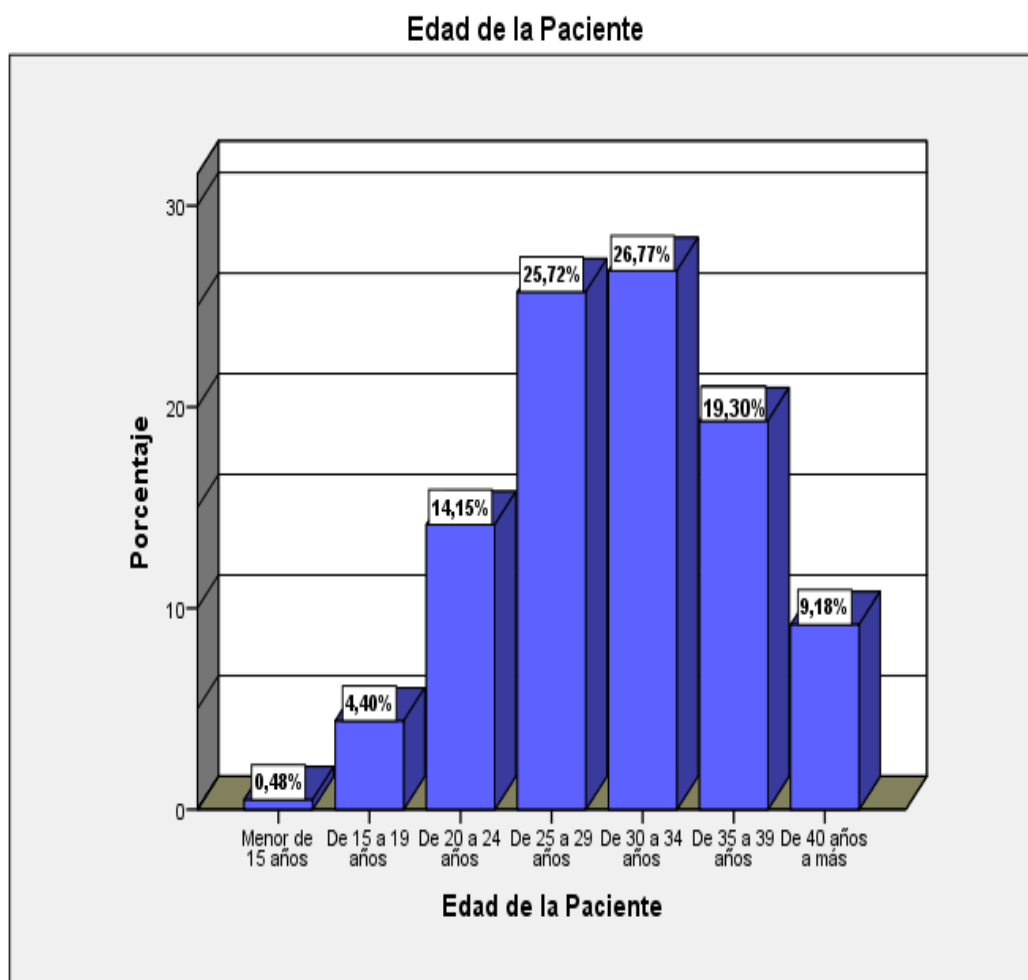
En cuanto al estado civil, podemos observar que el mayor porcentaje lo abarcan las gestantes convivientes, con un total de 582 pacientes, que hacen un 55,64%, seguidas de las pacientes casadas con un total de 390 gestantes (37,28%), abarcando menor porcentaje las pacientes solteras con 46 gestantes (4,4%), finalizando con las gestantes divorciadas, que fueron 28 pacientes, haciendo un 2,68%.

Por último, vemos el Grado de Instrucción, donde se describe que el mayor porcentaje lo ocupan las gestantes con estudio superior

universitario completo, con un 26,58% (n=278), seguidas de las gestantes con estudio superior no universitario (técnico) completo, con un 21,03% (n=220), y las gestantes con estudio superior universitario incompleto le siguen con un 19,50% (n=204). Se observan que las pacientes con estudios secundarios completos representan un 12,72% (n=133). El último lugar lo ocupan las gestantes analfabetas con 0,48% (n=5).

GRÁFICO 02

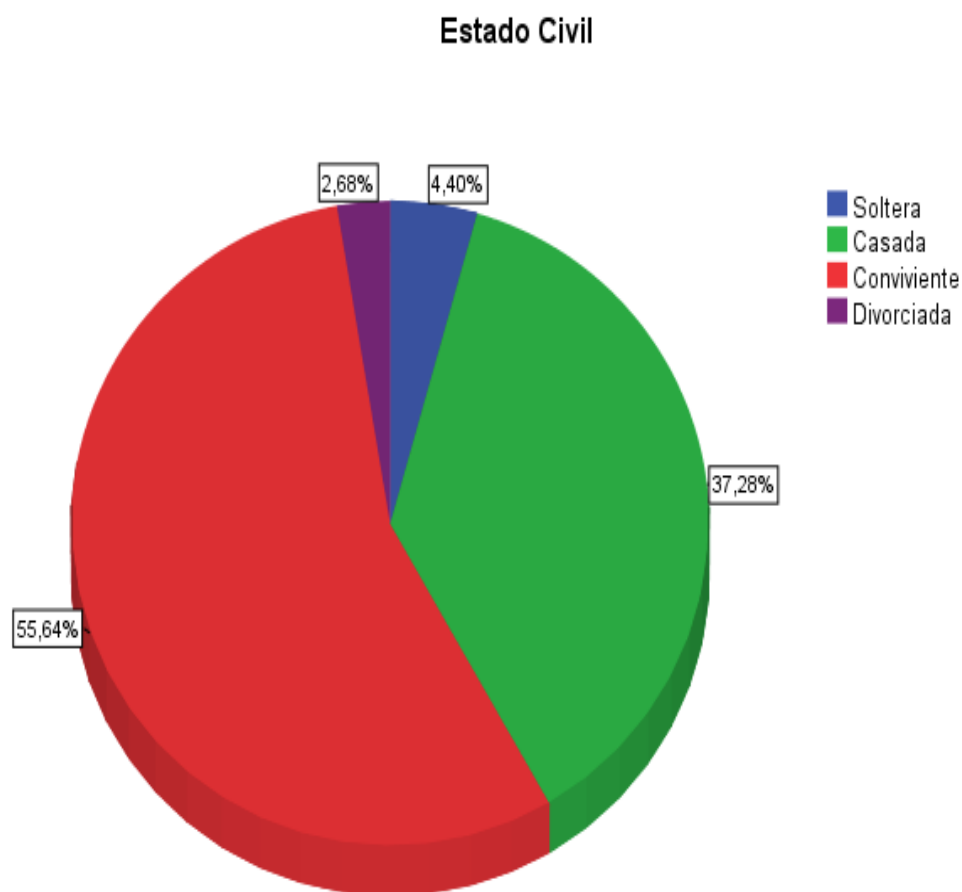
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

GRÁFICO 03

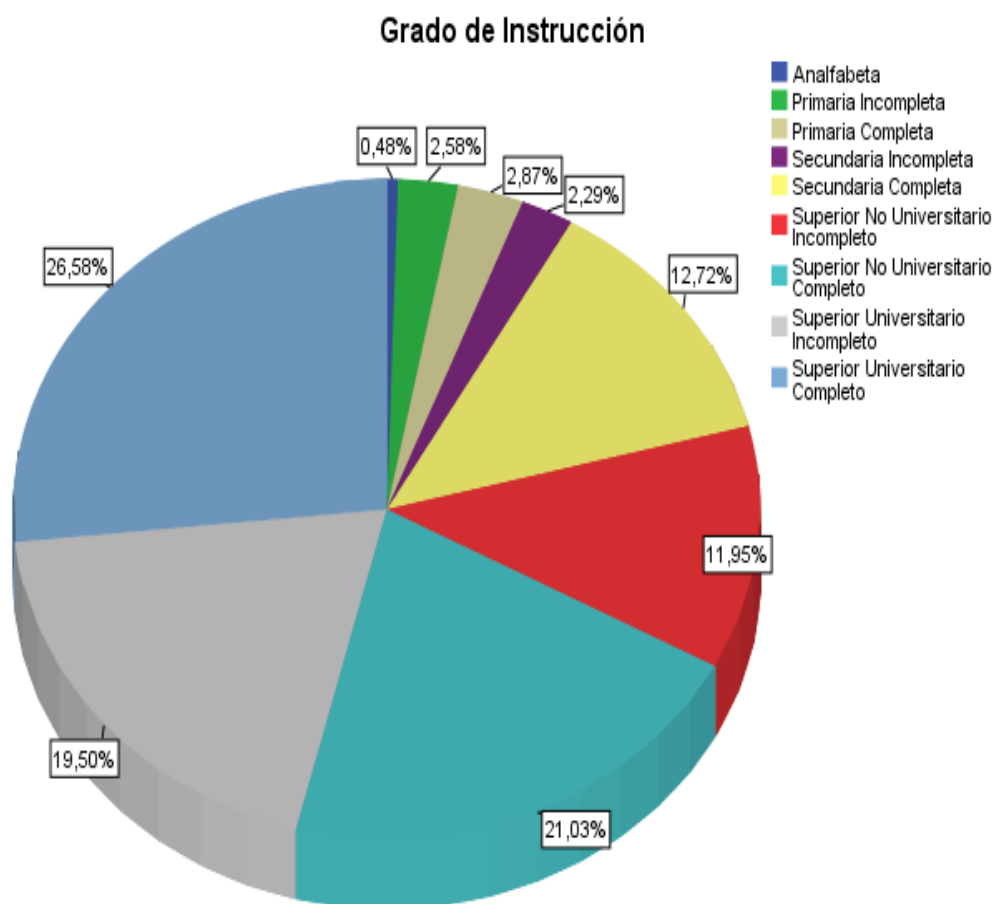
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015: DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza" de Ica en el año 2015

GRÁFICO 04

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015: DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

TABLA 03

**PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LAS GESTANTES
SOMETIDAS A CESÁREA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE
EL AÑO 2015**

Características Maternas		N	Porcentaje
Edad Gestacional	Menor de 37 semanas	86	8,22%
	37 - 41 semanas	952	91,01%
	De 42 semanas a más	8	0,77%
Número de Gestaciones	Primigesta	333	31,84%
	Multigesta	700	66,92%
	Gran Multigesta	13	1,24%
Número de Controles Prenatales	De 6 a más controles	644	61,57%
	Menos de 6	375	35,85%
	No Registrado	27	2,58%
Total		1046	100,00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza" de Ica en el año 2015

En la tabla podemos observar las principales características maternas registradas en las Historias Clínicas. En primer lugar tenemos a la Edad Gestacional, donde observamos el mayor porcentaje lo ocupan las gestantes a término, es decir, de 37 a 41 semanas, con un 91,01% (n=952). Luego le siguen las gestantes con una edad gestacional entre menor de 37 semanas (pretérmino) con 8,22% (n=86). Y para finalizar están las pacientes con embarazos posttérmino, con 42 semanas de gestación o más, con 8 pacientes (0,77%).

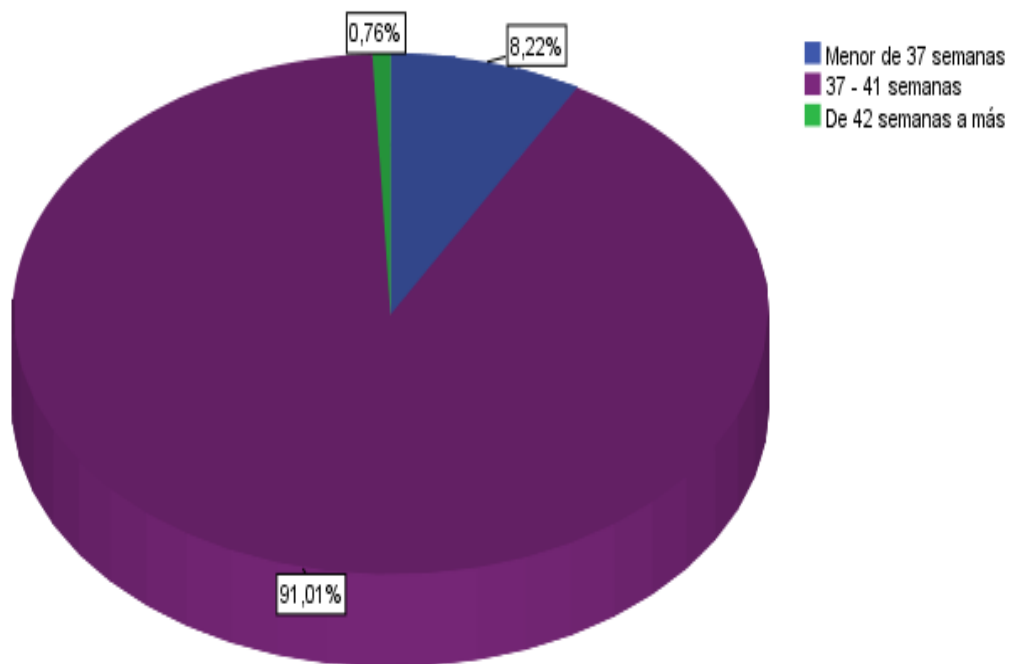
Respecto al número de gestaciones (incluyendo la actual) se observa que un 66,92% (n=700) de las gestantes cesareadas eran multigestas (de 2 a 5 gestaciones), seguidas de un 31,84% (n=333) de las pacientes que eran primigestas, y finalizando con 1,24% (n=13) de las gestantes que eran granmultigestas (más de 5 gestaciones).

Para finalizar tenemos el número de controles prenatales, describiendo el mayor porcentaje en las pacientes con al menos 6 controles prenatales, con un 61,57% (n=644), seguidas de 375 gestantes con menos de 6 controles, lo que nos da un porcentaje de 35,85%, y hay 27 historias clínicas de las pacientes que no tienen registrado el número de controles prenatales en la Historia Clínica, con un porcentaje de 2,58%.

GRÁFICO 05

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015 SEGÚN EDAD GESTACIONAL

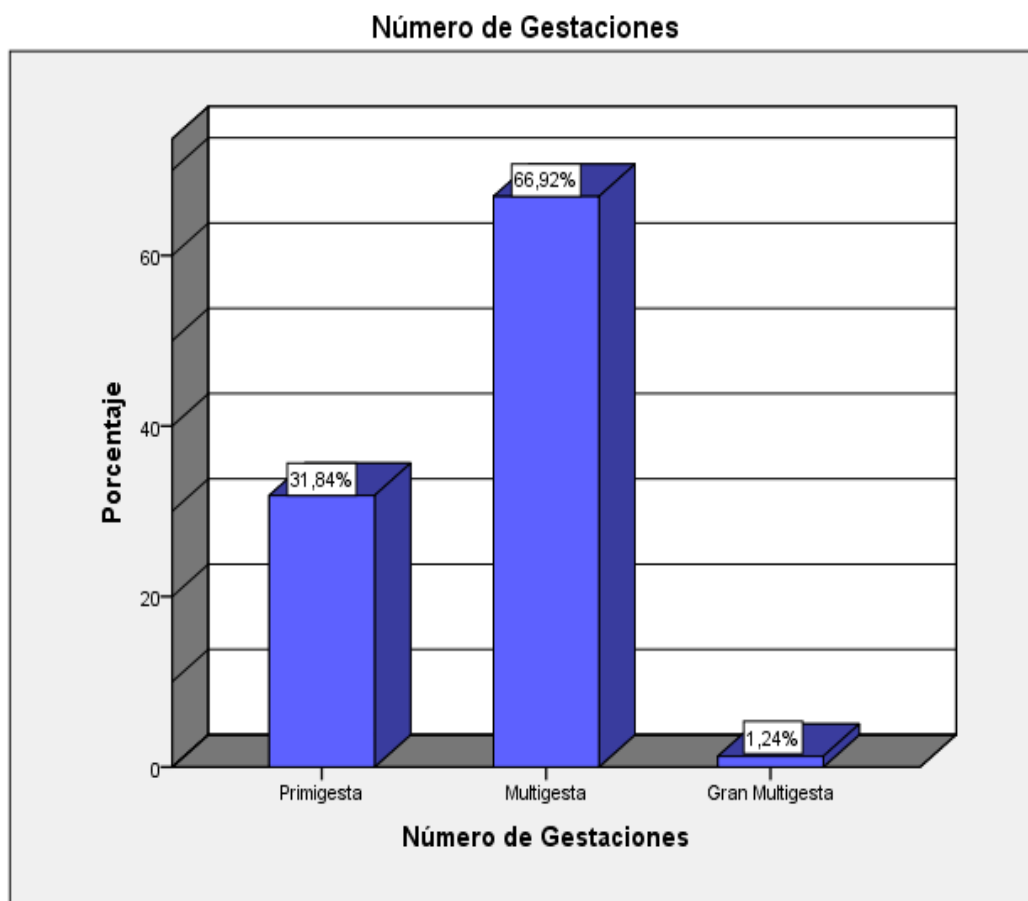
Edad Gestacional



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza" de Ica en el año 2015

GRÁFICO 06

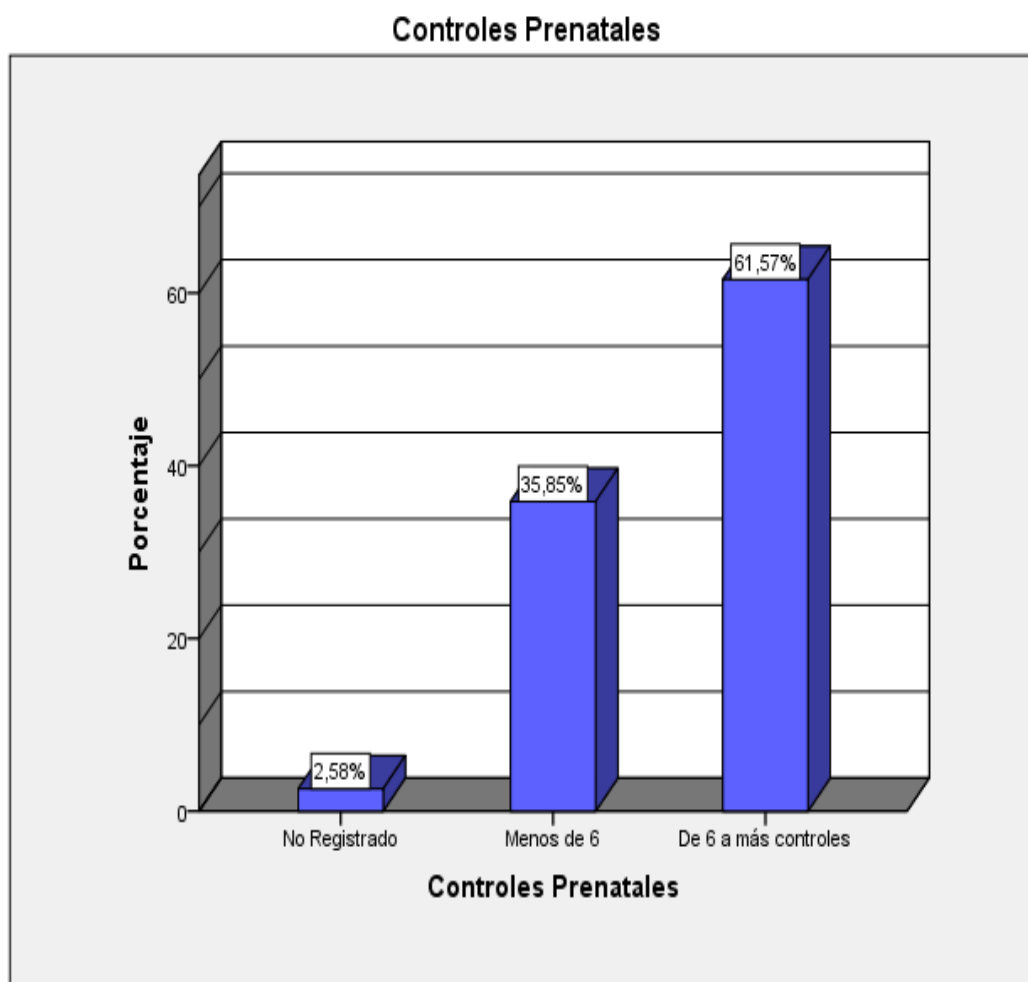
DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015 SEGÚN NÚMERO DE GESTACIONES



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

GRÁFICO 07

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015 SEGÚN NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza" de Ica en el año 2015

TABLA 04

**DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN
EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV
“AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE
EL AÑO 2015 SEGÚN EL TIPO DE INDICACIÓN**

Tipo de Indicación	N	Porcentaje
Absoluta	729	69,69%
Relativa	227	21,70%
Otra Indicación	53	5,07%
No Es Indicación	37	3,54%
Total	1046	100,00%

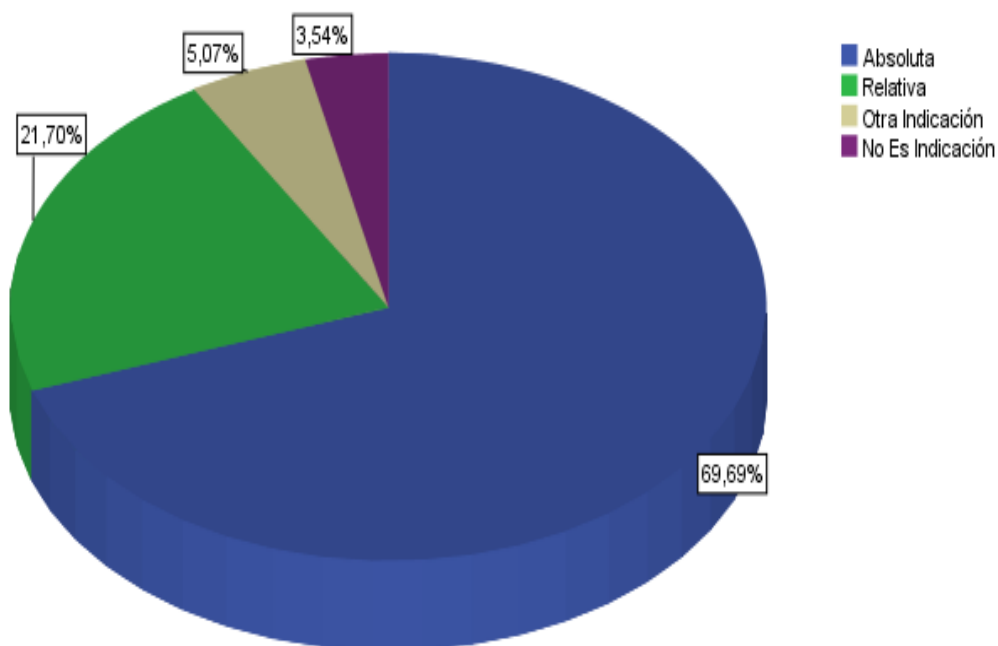
Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla podemos observar que de las 1046 cesáreas realizadas en el año 2015, 729 (69,69%) fueron debido a una indicación absoluta, 227 (21,70%) cesáreas fueron por una indicación relativa, 53 pacientes fueron cesareadas por otras indicaciones, haciendo un 5,07%, y 37 cesáreas fueron realizadas por una indicación que no justificaba la operación, haciendo un 3,54%.

GRÁFICO 08

DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015 SEGÚN EL TIPO DE INDICACIÓN

Tipo de Indicación



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

TABLA 05

INDICACIONES ABSOLUTAS DE CESÁREAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015

Indicaciones Absolutas de Cesárea	N	Porcentaje
Macrosomía Fetal	192	26,34%
Cesárea Iterativa	116	15,91%
Sufrimiento Fetal Agudo	113	15,50%
Distocia de Presentación/Situación	87	11,93%
Sufrimiento Fetal Crónico	59	8,09%
Cesárea Anterior con Período Intergenésico Corto	49	6,72%
Incompatibilidad Feto Pélvica	45	6,17%
Pelvis Estrecha	25	3,43%
Placenta Previa Total	20	2,74%
Problemas Obstructivos	9	1,23%
Desprendimiento Prematuro de Placenta	7	0,96%
Cirugía Uterina Previa	3	0,42%
Infección por VIH	3	0,42%
Prolapso de Cordón Umbilical	1	0,14%
Infección por Herpes Activa	0	0,00%
Total	729	100,00%

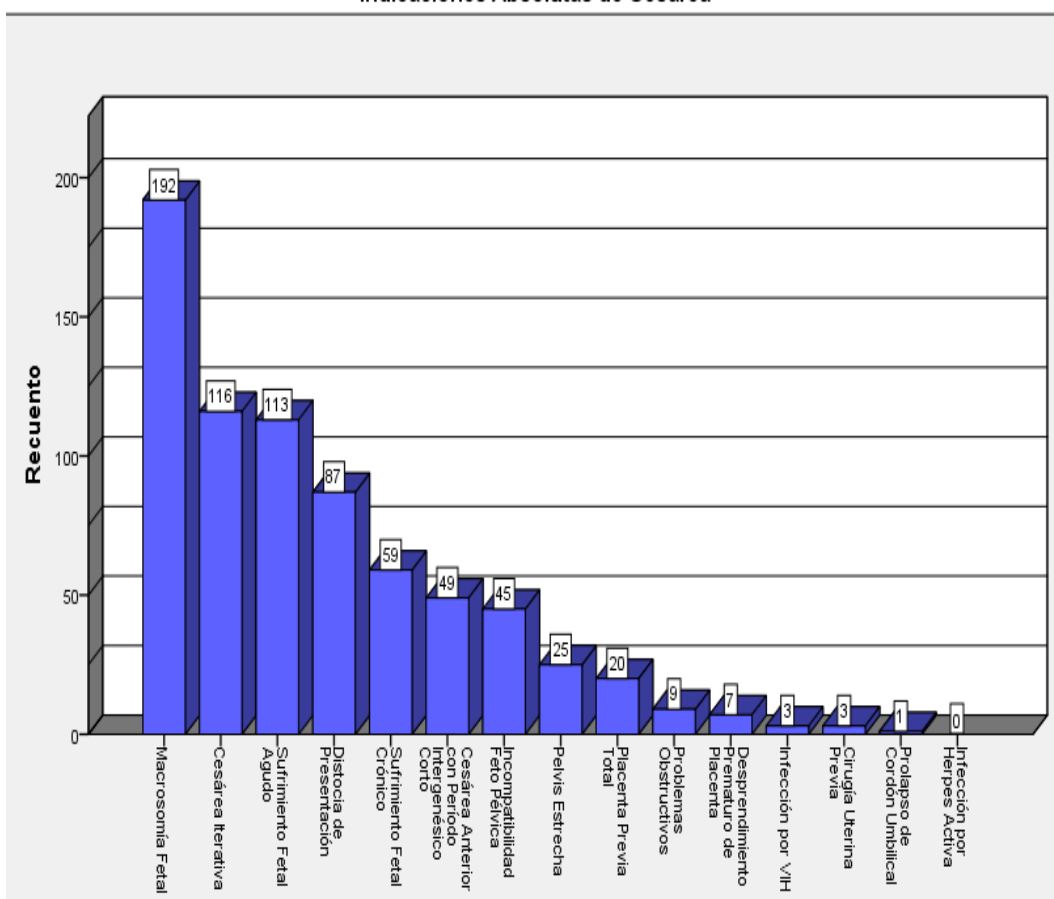
Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla se observa que de las 729 cesáreas por una indicación absoluta, la indicación con más frecuencia fue la macrosomía fetal, con 192 cesáreas (26,34%), seguida de la indicación de cesárea iterativa, con 116 casos (15,91%), y el sufrimiento fetal agudo, con 113 casos (15,50%). Luego le siguen las distocias de presentación/situación (podálico, transverso, oblicuo) con 87 casos (11,93%), y el sufrimiento fetal crónico con 59 gestantes (8,09%). La indicación de cesárea anterior más período intergenésico corto representa un 6,72% (n=46), seguida de incompatibilidad feto pélvica con 6,17% (n=45). Luego se encuentra la indicación de pelvis estrecha, con un 3,43% (n=25), siguiéndole la placenta previa total con un 2,74% (n=20). La indicación de problemas obstructivos representa sólo un 1,23% (n=9), y el desprendimiento prematuro de placenta ocupa un 0,96% (n=7). Las indicaciones menos frecuentes fueron cirugía uterina previa con 3 pacientes (0,42%), infección por VIH con la misma frecuencia (0,42%), y el prolapso de cordón umbilical, con sólo 1 caso (0,14%). La indicación de infección por herpes activa no tuvo ningún caso, por lo que hace un 0,00%.

GRÁFICO 09

INDICACIONES ABSOLUTAS DE CESÁREAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015

Indicaciones Absolutas de Cesárea



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

TABLA 06

**CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS CESÁREAS POR
MACROSOMÍA FETAL EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN
EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA
DURANTE EL AÑO 2015:**

Indicación Preoperatoria		Confirmación Postoperatoria	
Indicación	N	N	Porcentaje
Macrosomía Fetal	192	131	68,23%

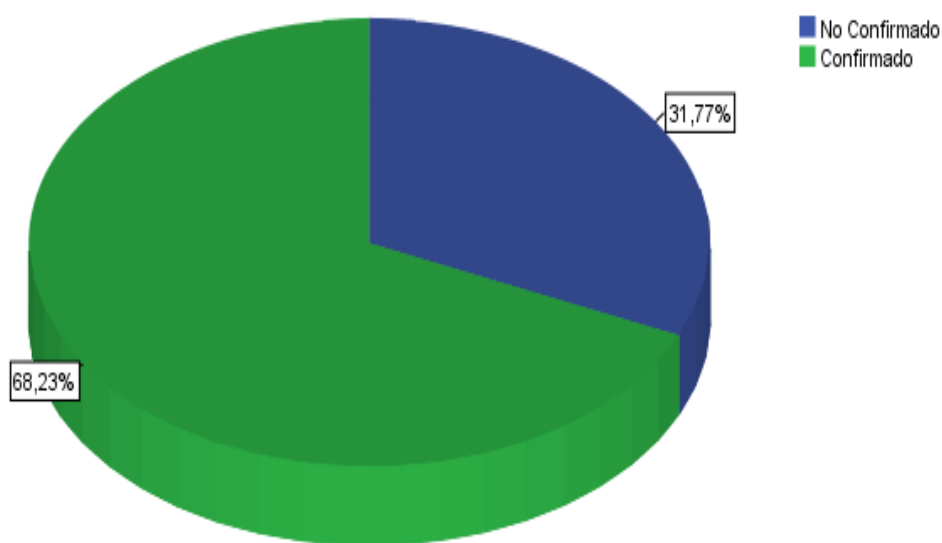
Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla observamos que del total de 192 pacientes que fueron cesareadas por la indicación de macrosomía fetal, fueron confirmadas postoperatoriamente 131 cesáreas, haciendo de 68,23%, y 61 pacientes que fueron cesareadas por esta indicación, no fueron confirmadas postoperatoriamente, ocupando un porcentaje del 31,77%.

GRÁFICO 10

CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS CESÁREAS POR MACROSOMÍA FETAL EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015:

Confirmación Postoperatoria de Cesárea por Macrosomía Fetal



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

TABLA 07

CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS CESÁREAS POR SUFRIMIENTO FETAL EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015:

Indicación Preoperatoria		Confirmación Postoperatoria	
Indicación	N	N	Porcentaje
Sufrimiento Fetal Agudo	113	8	7,08%
Sufrimiento Fetal Crónico	59	48	81,36%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

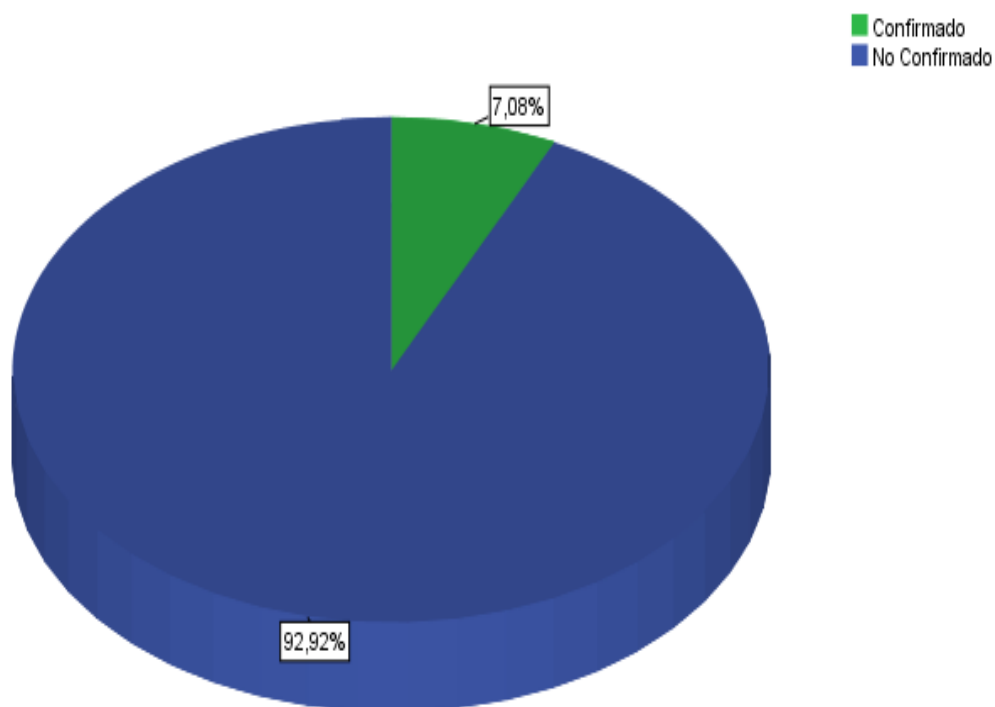
En la tabla podemos observar que de los 113 casos de cesáreas por la indicación de sufrimiento fetal agudo, sólo 8 casos fueron confirmados postoperatoriamente (7,08%); mientras que las otras 105 pacientes (92,92%) que fueron cesareadas por esta indicación no se confirmaron postoperatoriamente, no siendo calificadas como sufrimiento fetal agudo.

En cuanto al sufrimiento fetal crónico, se observa que de las 59 gestantes que fueron cesareadas esta indicación, 48 casos fueron confirmados postoperatoriamente, haciendo un 81,36% del total de esta indicación; y los 11 casos restantes no fueron confirmados postoperatoriamente, haciendo un 18,64%.

GRÁFICO 11

CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS CESÁREAS POR SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015:

Confirmación Postoperatoria de Cesárea por SFA

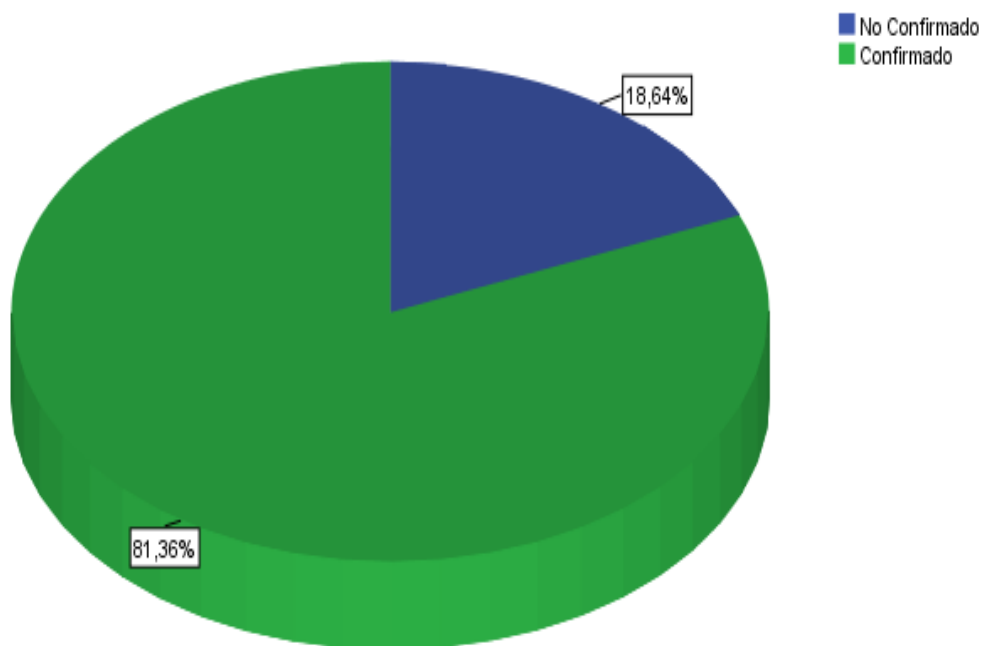


Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

GRÁFICO 12

CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS CESÁREAS POR SUFRIMIENTO FETAL CRÓNICO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015:

Confirmación Postoperatoria de Cesárea por SFC



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

TABLA 08

CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN/SITUACIÓN EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015

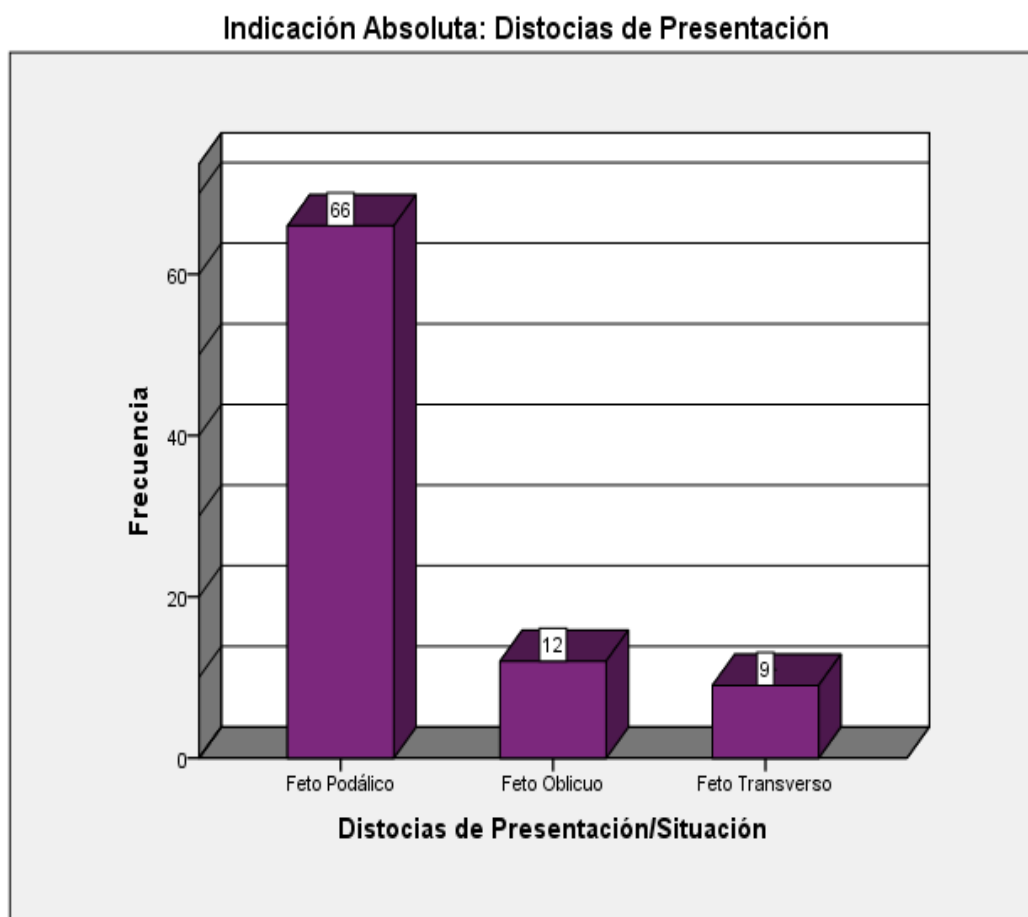
Indicación Preoperatoria			Confirmación Postoperatoria	
Distocia de Presentación/Situación	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Feto Podálico	66	75,86%	66	100,00%
Feto Oblicuo	12	13,79%	12	100,00%
Feto Transverso	9	10,35%	9	100,00%
Total	87	100,00%	87	100,00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla se puede observar que de los 87 casos de cesáreas por indicación de distocia de presentación/situación, 66 fueron por feto podálico, haciendo un 75,86% del total de esta indicación seguido de la indicación de feto oblicuo, con 12 pacientes (13,79%); ocupando el último lugar la indicación de feto transverso, con 9 casos, haciendo un 10,35% del total. A su vez se determinó que el 100,00% de todas estas indicaciones fueron confirmadas postoperatoriamente.

GRÁFICO 13

INDICACIONES ABSOLUTAS DE CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015: DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

TABLA 09

**CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE OTRAS INDICACIONES
ABSOLUTAS DE CESÁREAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS
EN EL SERVICIO DE GINECO–OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA
DURANTE EL AÑO 2015:**

Indicación Preoperatoria	Confirmación Postoperatoria		
Indicación Absoluta	N	N	Porcentaje
Cesárea Iterativa	116	116	100,00%
Cesárea Anterior con Período Intergenésico Corto	49	49	100,00%
Desprendimiento Prematuro de Placenta	7	7	100,00%
Placenta Previa Total	20	20	100,00%
Incompatibilidad Feto Pélvica	45	37	82,22%
Pelvis Estrecha	25	25	100,00%
Prolapso de Cordón Umbilical	1	1	100,00%
Infección por Herpes Activa	0	0	0,00%
Problemas Obstructivos	9	9	100,00%
Cirugía Uterina Previa	3	3	100,00%
Infección por VIH	3	3	100,00%

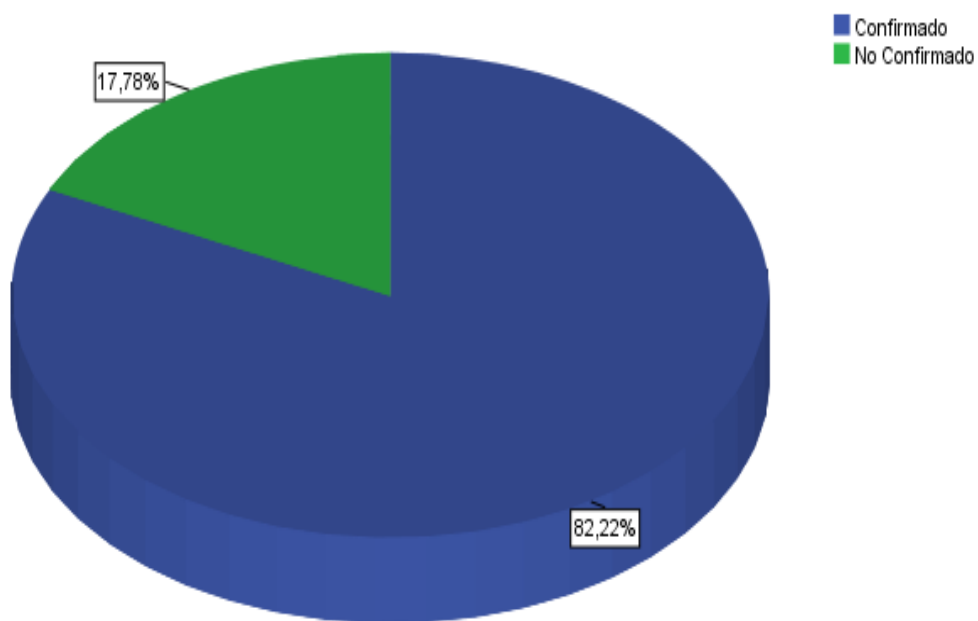
Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla se observa que todas las demás indicaciones absolutas de cesáreas fueron confirmadas postoperatoriamente, excepto la indicación de incompatibilidad feto pélvica, que de los 45 casos que hubieron, se confirmaron 37 cesáreas postoperatoriamente, lo que hace un 82,22%, mientras que el restante 17,78% (n=8) no fueron confirmadas luego de la operación.

GRÁFICO 14

CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS CESÁREAS POR INCOMPATIBILIDAD FETO PÉLVICA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015:

Confirmación Postoperatoria de Cesárea por Incompatibilidad Feto Pélvica



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

TABLA 10

**CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS INDICACIONES
ABSOLUTAS DE CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS
EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA” DE ICA DURANTE EL
AÑO 2015:**

Indicación Preoperatoria	Confirmación Postoperatoria			
	Indicación	N	Confirmado	No Confirmado
Macrosomía Fetal	192	131	61	68,23%
Cesárea Iterativa	116	116	0	100,00%
Sufrimiento Fetal Agudo	113	8	105	7,08%
Distocia de Presentación/Situación	87	87	0	100,00%
Sufrimiento Fetal Crónico	59	48	11	81,36%
Cesárea Anterior con Período Intergenésico Corto	49	49	0	100,00%
Incompatibilidad Feto Pélvica	45	37	8	82,22%
Pelvis Estrecha	25	25	0	100,00%
Placenta Previa Total	20	20	0	100,00%
Problemas Obstructivos	9	9	0	100,00%
Desprendimiento Prematuro de Placenta	7	7	0	100,00%
Cirugía Uterina Previa	3	3	0	100,00%
Infección por VIH	3	3	0	100,00%
Prolapso de Cordón Umbilical	1	1	0	100,00%
Infección por Herpes Activa	0	0	0	0,00%
TOTAL	729	544	185	74,62%

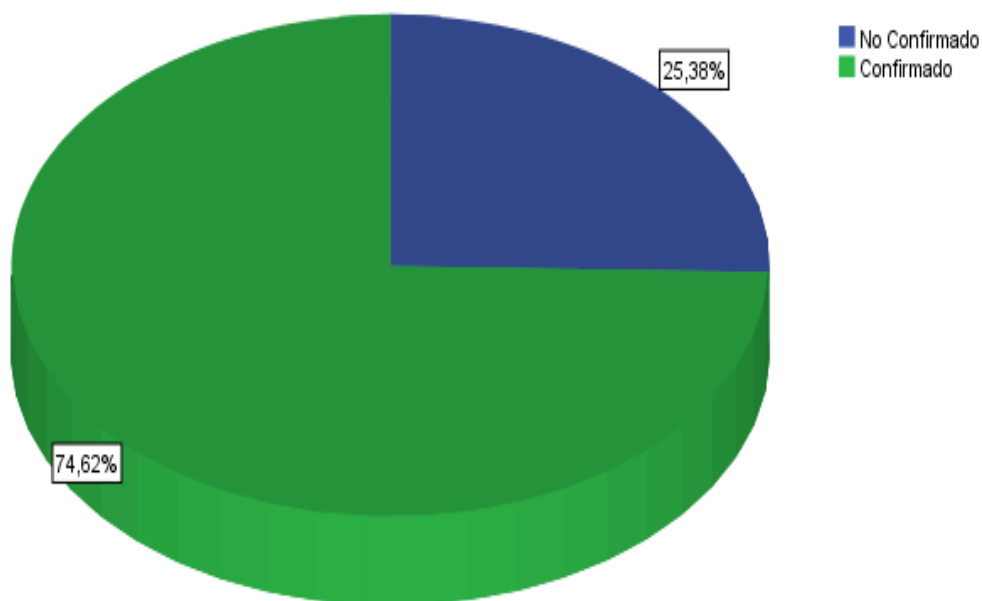
Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla se pueden observar que de las 729 cesáreas realizadas por una indicación absoluta, 544 fueron confirmadas postoperatoriamente, representando un 74,62%, mientras que 185 cesáreas no fueron confirmadas postoperatoriamente, siendo un 25,38%.

De esos 185 casos que no fueron confirmados postoperatoriamente, 105 fueron por la indicación de sufrimiento fetal agudo, siendo la indicación que menos confirmación ha tenido en el diagnóstico postoperatorio. En segundo lugar está la indicación de macrosomía fetal, con 61 cesáreas. Luego sigue la indicación de sufrimiento fetal crónico, con 11 casos, y para finalizar las gestantes que entraron con la indicación de incompatibilidad feto pélvica, con 8 casos no confirmados postoperatoriamente.

GRÁFICO 15
CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS INDICACIONES ABSOLUTAS DE CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015:

Confirmación Postoperatoria



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

TABLA 11

INCIDENCIA Y CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS INDICACIONES RELATIVAS DE CESÁREAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015

Indicación Preoperatoria			Confirmación Postoperatoria	
Indicaciones relativas	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Distocias de Trabajo de Parto	87	38,33%	87	100,00%
Distocias de Variedad de Presentación	43	18,94%	43	100,00%
Hipertensión Inducida por el Embarazo Severa	43	18,94%	43	100,00%
Embarazo Múltiple	31	13,66%	31	100,00%
Insuficiencia Cardiorrespiratoria	10	4,41%	10	100,00%
Trastornos Neurológicos	4	1,76%	4	100,00%
Condilomatosis Vulvoperineal	4	1,76%	4	100,00%
Asimetría Pélvica	3	1,32%	3	100,00%
Anomalías Fetales	1	0,44%	1	100,00%
Enfermedad Oftalmológica	1	0,44%	1	100,00%
Total	227	100,00%	227	100,00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla observamos que de las 227 cesáreas que fueron realizadas por indicaciones relativas, el 38,33% (n=87) fueron por distocias del trabajo de parto, seguida de las distocias de variedad de presentación y la hipertensión inducida por el embarazo severa, ambas con un 18,94% (n=43). Luego observamos la indicación de embarazo múltiple, con un 13,66% (n=31) y la insuficiencia cardiorrespiratoria con un 4,41% (n=10).

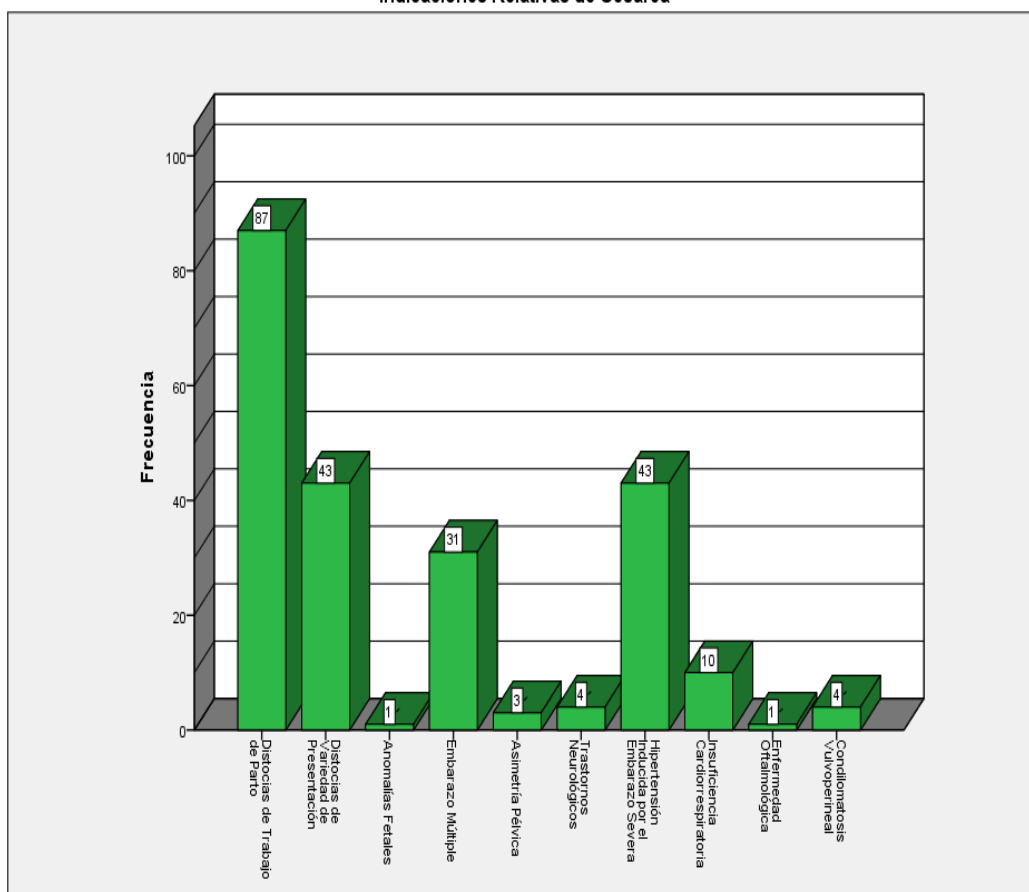
Los trastornos neurológicos y la condilomatosis vulvoperineal representan cada una el 1,76% (n=4), seguidas de la asimetría pélvica con un 1,32% (n=3). En el último lugar están la enfermedad oftalmológica y las anomalías fetales con un 0,44% (n=1).

El 100,00% de las indicaciones relativas encontradas en este estudio fueron confirmadas postoperatoriamente

GRÁFICO 16

INDICACIONES RELATIVAS DE CESÁREAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015

Indicaciones Relativas de Cesárea



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

TABLA 12

CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS DISTOCIAS DEL TRABAJO DE PARTO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015

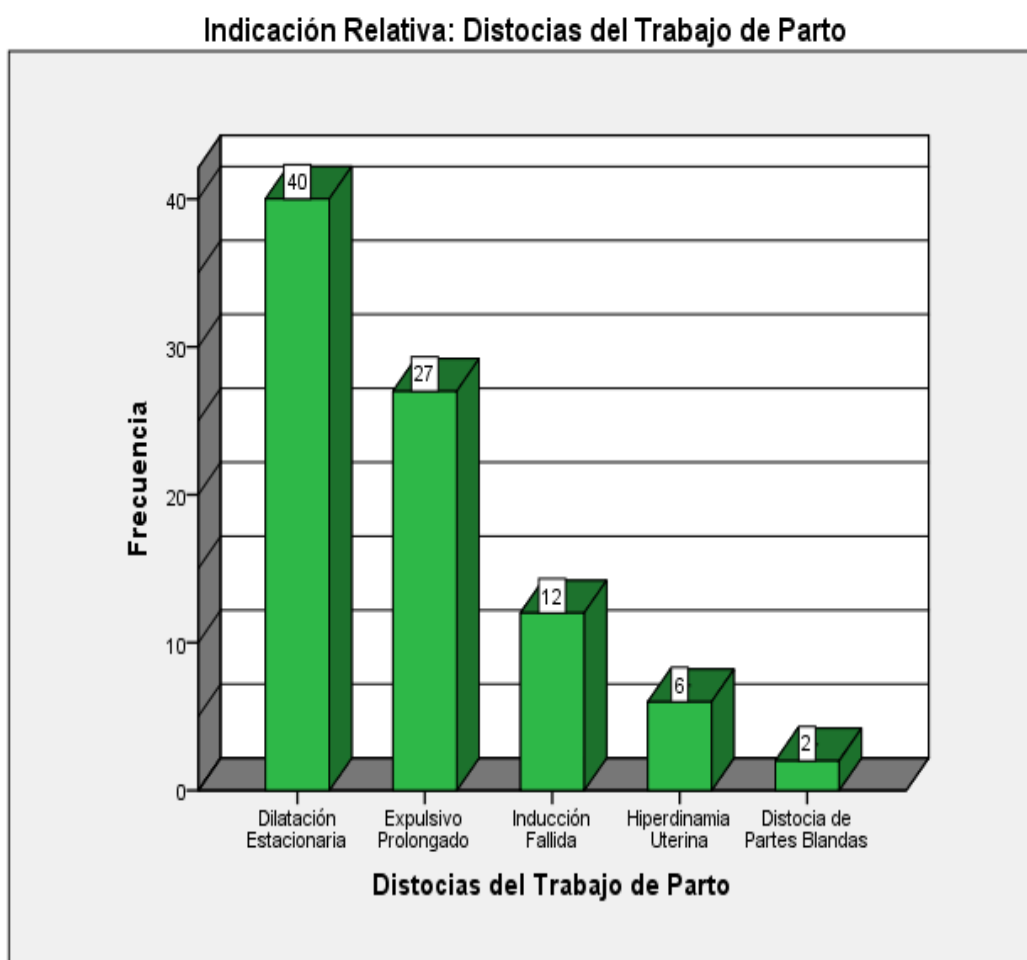
Indicación Preoperatoria			Confirmación Postoperatoria	
Distocias del Trabajo de Parto	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Dilatación Estacionaria	40	45,98%	40	100,00%
Expulsivo Prolongado	27	31,03%	27	100,00%
Inducción Fallida	12	13,79%	12	100,00%
Hiperdinamia Uterina	6	6,90%	6	100,00%
Distocia de Partes Blandas	2	2,30%	2	100,00%
Total	87	100,00%	87	100,00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla podemos observar que de las 87 cesáreas por la indicación de distocias del trabajo de parto, el mayor porcentaje lo ocupa la indicación de dilatación estacionaria, con un 45,98% (n=40), seguida de la indicación de expulsivo prolongado, con un 31,03% (n=27). Luego está la indicación de inducción fallida con un 13,79% (n=12), y finalmente las indicaciones de hiperdinamia uterina con un 6,9% (n=6) y distocia de partes blandas con un 2,3% (n=2). De las cesáreas realizadas por distocias del trabajo de parto, el 100,00% fueron confirmadas postoperatoriamente.

GRÁFICO 17

INDICACIONES RELATIVAS DE CESÁREAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015: DISTOCIAS DEL TRABAJO DE PARTO



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

TABLA 13

INCIDENCIA Y CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS OTRAS INDICACIONES DE CESÁREAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015

Indicación Preoperatoria			Confirmación Postoperatoria	
Otras Indicaciones de Cesárea	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Patología Materna	15	28,30%	15	100,00%
Distocia Funicular Doble	13	24,53%	12	92,31%
Corioamnionitis	11	20,75%	4	36,36%
Inminencia de Ruptura Uterina + Cesárea Anterior 1 vez	9	16,99%	9	100,00%
Abdomen Agudo Quirúrgico	2	3,77%	2	100,00%
Parto Prematuro	2	3,77%	2	100,00%
Cirugía Abdominal Previa	1	1,89%	1	100,00%
Total	53	100,00%	87	100,00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

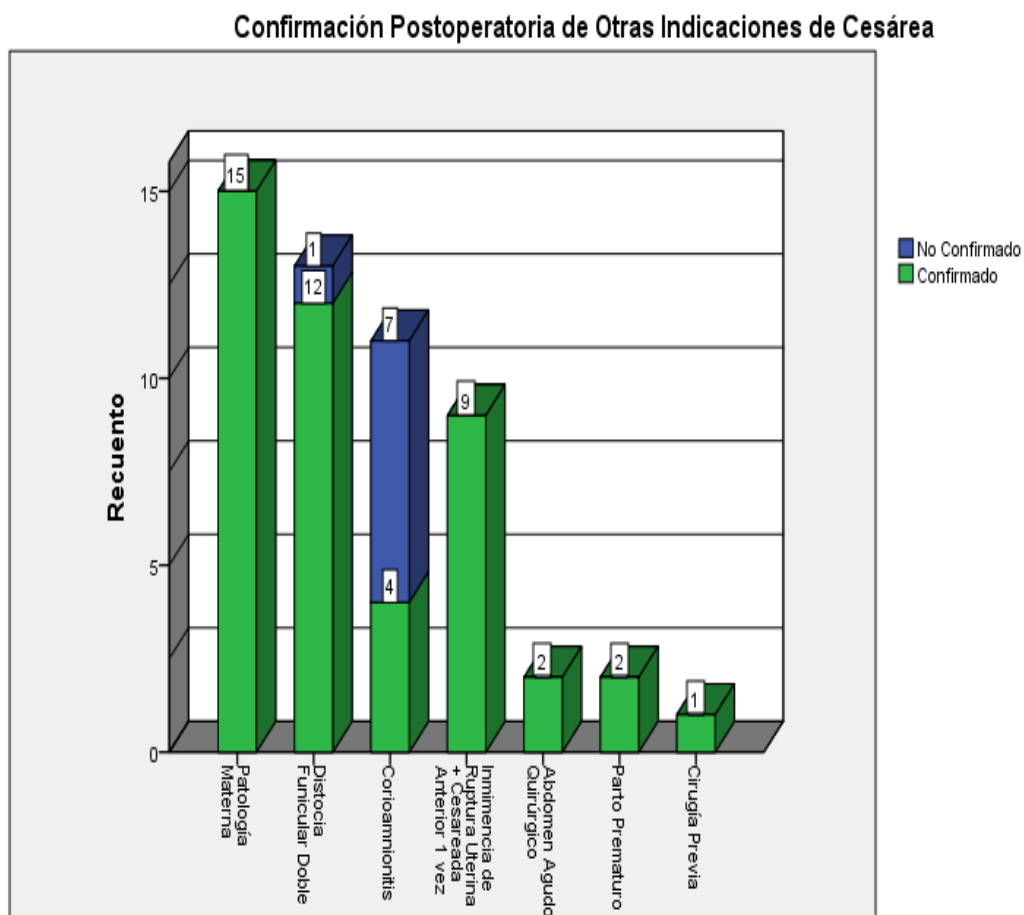
En la tabla se puede observar que de las 53 cesareadas que fueron ubicadas en esta categoría, el 28,30% fueron por patología materna (n=15), seguida de un 24,53% por distocia funicular doble (n=13), y un 20,75% que fueron realizadas por corioamnionitis (n=11). Luego sigue la inminencia de ruptura uterina + cesárea anterior 1 vez, con un 16,99% (n=9), seguidas de las indicaciones de abdomen agudo quirúrgico y parto

premature, ambas con 3,77% (n=2). En el último lugar tenemos a la cirugía abdominal previa, con un 1,89% (n=1).

En cuanto a la confirmación postoperatoria de estas indicaciones, 12 de los 13 casos de distocia funicular doble fueron confirmados (92,31%), mientras que 4 de los 11 casos de corioamnionitis fueron confirmados postoperatoriamente (36,36%). Las demás indicaciones fueron confirmadas postoperatoriamente en su totalidad.

GRÁFICO 18

CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE OTRAS INDICACIONES DE CESÁREAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

TABLA 14

**INDICACIONES NO JUSTIFICADAS DE CESÁREA EN LAS
GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO –
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA
DURANTE EL AÑO 2015**

Indicaciones No Justificadas de Cesárea	N	Porcentaje
Cesárea Anterior 1 Vez	14	37,84%
Preeclampsia Leve	10	27,03%
Ruptura Prematura de Membranas	6	16,22%
Feto Grande	5	13,51%
Primigesta Añosa	1	2,70%
Producto Valioso	1	2,70%
Total	37	100,00%

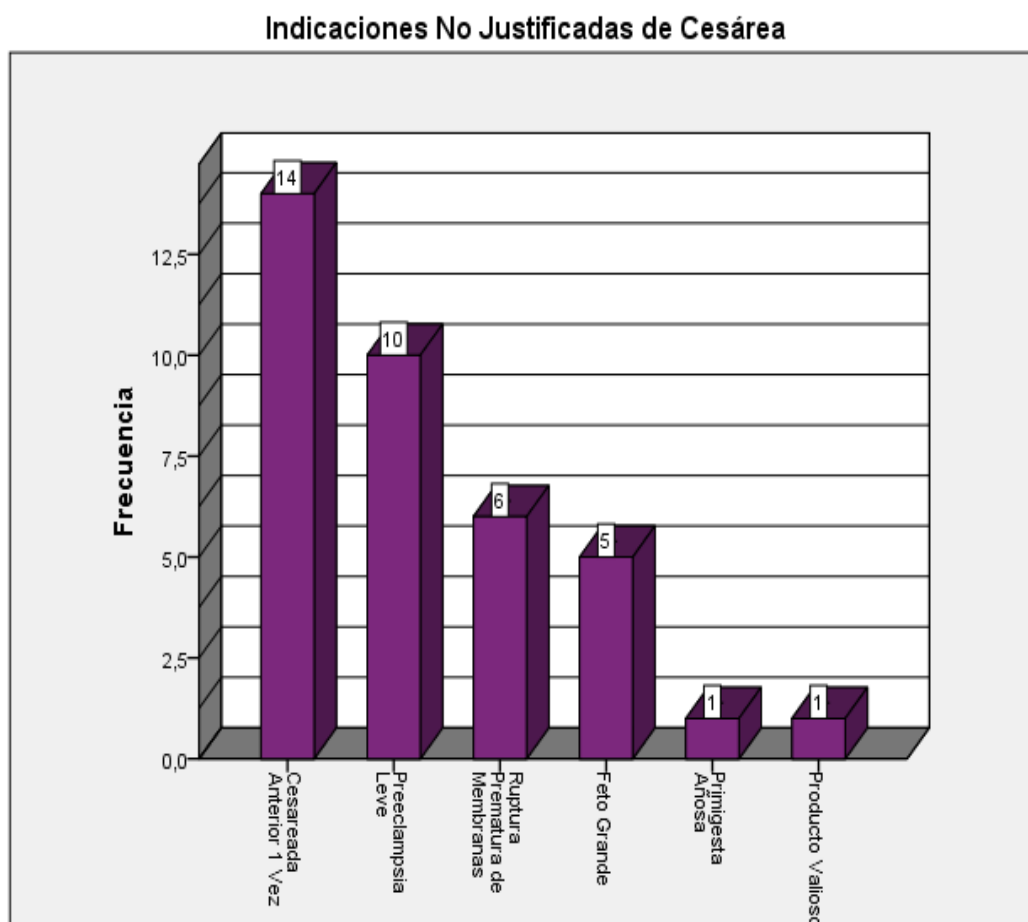
Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla se pueden observar las indicaciones que no justificaban la realización de cesárea, teniendo un total de 37 casos, de los cuales el 37,84% (n=14) fueron por cesárea anterior 1 vez, sin ningún otro factor de riesgo o indicación. Le sigue un 27,03% de casos (n=10) que tuvieron la indicación de preeclampsia leve. En tercer lugar está la ruptura prematura de membranas sin otra especificación, con un 16,22% (n=6), siguiéndole la indicación de feto grande, con un 13,51% (n=5). El último lugar lo

comparten las indicaciones de producto valioso y primigesta añosa, ambos sin ninguna otra especificación, con un 2,7% cada una (n=1).

GRÁFICO 19

INDICACIONES NO JUSTIFICADAS DE CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

TABLA 15

CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS INDICACIONES DE CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015

Confirmación Postoperatoria de las Indicaciones de Cesárea	N	Porcentaje
No Confirmado	193	18,45%
Confirmado	816	78,01%
Indicación No Justificada	37	3,54%
Total	1046	100,00%

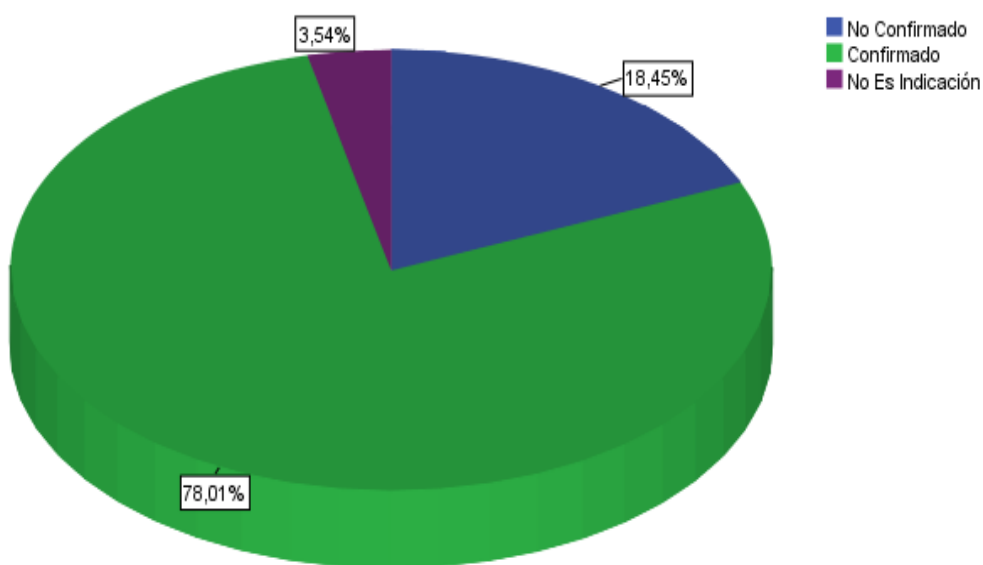
Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla podemos observar que del total de las cesáreas realizadas en el año 2015 (n=1046), el 78,01% fueron confirmadas (n=816), mientras que el 18,45% no fueron confirmadas postoperatoriamente (n=193). Además el 3,54% del total de cesáreas (n=37) fueron realizadas por una indicación no justificada.

GRÁFICO 20

CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS INDICACIONES DE CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015

Confirmación Postoperatoria de las Indicaciones de Cesárea



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza" de Ica en el año 2015

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó para determinar la incidencia de las cesáreas realizadas durante el año 2015 en el hospital en estudio, así como las indicaciones que determinaron esa tasa de cesáreas, y principalmente para determinar la confirmación postoperatoria de las mismas, para verificar qué porcentaje de cesáreas fueron realizadas por una indicación adecuada que justificara la realización de dicha operación, cuya incidencia está aumentando cada vez más en muchos centros de salud (hospitales, clínicas, etc.), tanto en entidades públicas como privadas.

Para una mejor categorización de estas indicaciones para el respectivo análisis se ha decidido usar la clasificación de la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima – Perú, del año 2010, la cual clasifica las indicaciones de cesárea en indicaciones absolutas y relativas. (31)

Sin embargo existen otras clasificaciones que categorizan a las cesáreas de diferente manera, como por la causa de origen de la cesárea, lo divide

en materna, fetal, y ovular; (4) u otra clasificación de acuerdo a las condiciones del momento de trabajo de parto, categorizándola en electiva, de emergencia, o en curso de parto (28). Por eso, se ha tomado como base la primera clasificación antes mencionada, y se creó la categoría de **“Otras Indicaciones de Cesárea”** para clasificar a las indicaciones que no están en la primera clasificación, pero si en alguna de las otras, y que sí justifican la realización de este acto operatorio. También se creó la categoría de **“Indicación No Justificada de Cesárea”** para clasificar a las indicaciones que no están en ninguna de las clasificaciones antes mencionadas, y que no justifican, por sí solas, la realización de esta operación.

No hay estudios relacionados al mismo tema en la región de Ica sobre los cuales hacer una comparación con el nuestro, sin embargo se ha encontrado estudios similares en otras regiones como Lambayeque, Tumbes, Lima, y otros países como Chile, México, Colombia, etc. En primer lugar debemos observar la incidencia total de las cesáreas realizadas durante el año 2015 en nuestro hospital de estudio. Se observan que hubo un total de 2226 partos, de los cuales 1177 fueron partos vaginales, y 1049 fueron partos por cesárea, lo que hace un 47,12% del total de partos realizados en dicho año (Tabla y Gráfico 01).

Este porcentaje es muy alto en comparación a los estándares que menciona la Organización Mundial de la Salud, quien afirma que la tasa de cesáreas no debería ser mayor a 15% (3), y que una incidencia mayor no muestra ninguna mejoría en el producto en comparación a un parto vaginal. Bustamante y col. (4) encuentran en su estudio en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque una frecuencia de cesáreas del 33,6%, mientras que Manzano (8) realizó un estudio en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Lima) donde encuentra una incidencia de cesáreas del 45%, incidencias que son menores en comparación a la hallada en nuestro hospital. Carpio (9) nos muestra en su estudio realizado en el Hospital Naylamp – Essalud en el año 2012 una incidencia de cesáreas del 27,70%, mientras que Gálvez (10) en un estudio en el Hospital San José del Callao afirma que la incidencia de cesáreas encontrada fue del 42,01%, cifras muy altas en comparación al estándar aceptado por la OMS, pero que sin embargo son menores a las encontradas en nuestro estudio. Por otro lado, Patiño (5) encuentra en su estudio en los Hospitales MINSA y Essalud de Tumbes una frecuencia del 49,52% en el Hospital del MINSA, y un 58,76% en el Hospital Essalud, que son mayores que las encontradas en nuestro estudio.

Estas incidencias contrastan con Cam y col. (6) quienes presentan en un estudio realizado en el Hospital Materno Infantil de Canto Grande en Lima una incidencia de cesáreas del 10,5%, mencionando que esa es una tasa de cesáreas adecuada que corresponde a su nivel de atención. Por otro lado, Salinas y col. (12) en un estudio realizado en Chile encontraron una incidencia de cesáreas del 27%, lo cual fue menor a nuestro estudio, mientras en Vélez et al. (16) en México encontró una incidencia de cesáreas del 46,20%, incidencia próxima a la encontrada durante el año 2015 en nuestro Hospital. La gran mayoría de estos estudios, muestran una tasa de incidencia de cesáreas mucho mayor a la recomendada por la literatura y la OMS.

En cuanto a las principales características sociodemográficas de las pacientes en estudio (Tabla 02), en donde se puede observar respecto a la variable de edad, que se halló una edad promedio de $30,59 \pm 6,583$ años, con una mediana de 30; la mayoría de las pacientes se ubicaron en el grupo de edad de 30 a 34 años, con un 26,77% (n=280), mientras que los grupos extremos tuvieron mucha menor frecuencia, como el grupo de 40 años a más con un 9,18% (n=96), el grupo de gestantes menores de 15 años con un 0,48% (n=8), y el grupo de 15 a 19 años, con un 4,4% (n=46). Esta clasificación (Gráfico 02) se realizó para tener un mejor

panorama en la ubicación de las edades en las cuales las gestantes son sometidas a esta operación. Estos resultados contradicen lo que menciona la literatura, en donde las edades extremas son las que presentan un mayor riesgo, tanto en una gestante añosa, como en una gestante adolescente, y por lo tanto tienen una gestación con mayor predisposición a terminar en una cesárea. Este estudio sería comparable con lo realizado por Patiño (5) quien encontró que en el Hospital del Ministerio de Salud la edad materna promedio fue de 26,4 años, mientras que en el Hospital de Essalud fue de 29,4 años, datos relativamente próximos a la edad hallada en nuestro estudio. Cam y col. (6) encontraron en un estudio realizado en Canto Grande, que la edad materna más frecuente fue entre los 20 y 35 años, lo cual también haría notar que las edades extremas no presentaron una mayor tasa de cesáreas. Carpio (9) menciona en su estudio que la edad promedio fue de 29,79 años, con una mediana de 30, y que la mayoría de las gestantes se ubicó entre los 25 y 35 años (59,7%). Por otro lado, Gálvez (10) encuentra que la mayoría de las pacientes sometidas a cesárea en su estudio se ubicaron entre los 20 y 24 años (32%), seguida de un 31% de gestantes entre los 25 y 29 años; y Bustamante y col. (4) mencionan en un estudio realizado en Lambayeque que la edad promedio de las gestantes que fueron cesareadas estuvo entre los 20 y 30 años, con un promedio de edad de

25,71 años, edades menores a la encontrada en nuestro estudio. A nivel internacional, Vélez y col. (16) encontraron en su estudio que la edad materna con mayor frecuencia en la realización de este evento fue el grupo de 20 a 29 años, correspondiéndole un 61,48%, con una edad media de 27,1 años. Por otro lado, Laguado y col. (3) muestran en su estudio realizado en Cucuta, que la edad en que más se realizaron cesáreas las gestantes fue entre los 20 y 22 años, lo cual contrasta con los demás estudios realizados. Como podemos observar, hay variabilidad en el rango de edad promedio, sin embargo la mayoría de los estudios coincidirían en que la mayoría de las pacientes se ubican entre los 25 y 35 años aproximadamente, esto probablemente debido a las distintas esferas sociales, culturales y económicas de los lugares estudiados, además de un deseo de superación de la mujer, y la competitividad profesional y laboral a la que actualmente se encuentran sometidas, lo cual podría encajar en nuestra población estudiada, ya que al contar con un Seguro de Essalud la mayoría pertenecen a una clase media a alta, lo cual les da estabilidad y posibilidades de seguir estudios, una carrera y ser más competitivas en el mundo actual.

En cuanto a la variable de estado civil (Gráfico 03), se observa que la mayoría de las gestantes son convivientes, con un 55,64% (n=582),

seguida de las gestantes casadas, con un 37,38% (n=290), teniendo luego a las solteras que ocupan un 4,40% (n=46) y al final un 2,68% de mujeres que son divorciadas (n=28). Esto concordaría con el estudio realizado por Bustamante et al. (4) quienes afirman que la mayor parte de las gestantes que se realizaron cesáreas son convivientes (70,92%), seguidas de un 24,54% de pacientes que eran casadas. De la misma manera Cam y col. (6) afirman que en su estudio el 82,5% de las pacientes que se sometieron a cesárea fueron convivientes, mientras que le sigue un 6,2% de casadas. Carpio (9), sin embargo, discrepa en estos hallazgos, al encontrar en su estudio un 42,2% de mujeres casadas, seguidas de un 29,9% de solteras, y en tercer lugar un 27,3% de gestantes convivientes. Esto podría explicarse debido a que en esa región las parejas cuentan con muchos más recursos económicos, por lo que deciden formalizar su relación.

Respecto al grado de instrucción (Gráfico 04), la mayoría de pacientes pertenecen al grado Superior Universitario Completo, con un 26,58% (n=278), seguidas del grado Superior No Universitario Completo con un 21,03% (n=220). El grado de instrucción Superior en su totalidad ocupa un 79,06% de la población estudiada (n=827), mientras que las gestantes con grado de instrucción Secundaria Completa representan el 12,72%

(n=133). Esto concordaría con el estudio de Carpio (9), que encuentra un 49,4% de gestantes con estudios superiores, a la par de un 49,4% de pacientes con estudios secundarios completos. Sin embargo, difieren con el estudio realizado por Bustamante y col. (4) quienes encuentran una mayoría de gestantes con estudios secundarios completos con un 34,40%, mientras que las pacientes con grado de instrucción superior sólo alcanzarían el 10,30%. Esto podría explicarse porque las pacientes estudiadas pertenecerían en su mayoría a una clase socioeconómica media, ya que cuentan con el Seguro de Essalud por lo que provienen de una familia con una situación económica estable, esto les permitiría tener un grado de instrucción más elevado en comparación a las pacientes que no cuentan con Seguro, por lo que muy probablemente su nivel socioeconómico no sería tan estable.

Respecto a las características maternas (Tabla 03), tenemos en primer lugar la edad gestacional, en donde observamos que un 91,01% de las pacientes cesareadas (n=952) presentaron una edad gestacional a término, seguida de los embarazos pretérmino (menor a 37 semanas) con un 8,22% (n=86) y sólo un 0,77% de las gestantes presentaron embarazos postérmino (n=8) (Gráfico 05). Esto es comparable con lo afirmado por Bustamante y col. (4) quienes encuentran en su estudio una

mayoría de pacientes con gestaciones a término (85,0%), mientras que un 11,4% son pacientes con embarazos menores de 37 semanas, y finalizando con un 3,7% de embarazos postérmino. De la misma manera, Carpio (9) demuestra en su estudio que la mayoría de las gestantes (90,9%) se hallaban entre las 37 y 41 semanas de gestación al momento de la cesárea, y Gálvez (10) afirma que el 81,3% de las gestantes de su estudio tenían una edad gestacional a término. Esto ocurriría porque la mayoría de gestantes acuden a sus Centros de Salud cuando presentan trabajo de parto, a la par que son referidas a este hospital en el momento adecuado, por el nivel de complejidad que amerita, además que las indicaciones de cesárea se dan generalmente cuando la gestación está a término y en un menor porcentaje en embarazos pretérmino y postérmino.

En cuanto al número de gestaciones (Gráfico 06), el 66,92% de las gestantes son multigestas (n=700), es decir que tienen de 2 a 5 gestaciones (incluyendo la actual); mientras que un 31,84% (n=333) son primigestas, y finalmente un 1,24% (n=13) son gran multigestas, es decir que tienen más de 5 gestaciones, lo cual coincidiría con Gálvez (10) quien encuentra que un 59,4% de las pacientes cesareadas eran multigestas, mientras un 38,8% fueron primigestas, y un 1,8% eran gran multigestas.

Un 61,57% (n=644) de las pacientes se realizaron 6 controles prenatales o más, mientras que un 35,85% (n=375) de las gestantes tuvieron menos de 6 controles prenatales, quedando un 2,58% (n=27) de pacientes que cuya cantidad de controles prenatales no estaban registrados en la Historia Clínica (Gráfico 07), lo cual es comparable con el estudio de Patiño (5), quien encuentra un 60% de gestantes con 6 o más controles prenatales en el Hospital Essalud de Tumbes, mientras que en el Hospital de MINSA encuentra un 86,7% de gestantes con al menos 6 controles prenatales. De la misma manera, Carpio (9) nos muestra que un 87% de las gestantes de su estudio tienen de 6 controles prenatales a más, seguidas de un 13% que tiene menos de 6 controles prenatales, o no tiene ninguno. Sin embargo estos estudios difieren con el estudio de Bustamante y col. (4) quien encuentra un 59,3% con ningún control prenatal, seguido de un 26,7% de pacientes con al menos 6 controles prenatales, y 13,6% con menos de 6 controles prenatales. Esto se debería a que al ser una población que cuenta con Seguro de Essalud y con una clase socioeconómica más estable, saben que deben acudir a tiempo a sus controles prenatales, además que son referidas con su carnet de control prenatal adecuadamente lleno en ese aspecto.

En lo que respecta a las indicaciones que han ameritado que nuestra población estudiada fuera sometida a la operación cesárea (Tabla 04 y Gráfico 08), se obtuvo que un 69,69% de las gestantes tuvieron una indicación absoluta (n=729), seguidas de un 21,70% que fueron sometidas a cesárea por una indicación relativa (n=227). En cuanto al grupo “Otras Indicaciones de Cesárea”, en este estudio se encuentra un 5,07% (n=53) de gestantes que fueron cesareadas por esta causa. Finalmente, tenemos un 3,54% (n=37) de pacientes que fueron sometidas a esta operación con una indicación que no está categorizada ni justifica la realización de una cesárea, por lo que fueron categorizadas como “Indicación No Justificada de Cesárea”. Carpio (9) nos muestra un resultado similar con un 50,6% de indicaciones absolutas, y 49,4% de indicaciones relativas, lo cual concordaría con nuestro estudio. Sin embargo, estos resultados difieren de los encontrados por Bustamante y col. (4) quienes encuentran en su estudio que las principales indicaciones de cesárea fueron las indicaciones relativas, con un 61,5%. Esto podríamos explicarlo por el hecho que las indicaciones más frecuentes encontradas en nuestro estudio fueron la macrosomía fetal, cesárea iterativa, y sufrimiento fetal, tanto agudo como crónico, las cuales son indicaciones absolutas.

De las indicaciones absolutas (Tabla 05), encontramos que la indicación más frecuente de cesárea fue la macrosomía fetal (peso del feto mayor a 4000 g) con 192 gestantes, haciendo un 26,34% de las indicaciones absolutas (Gráfico 09). A su vez, la macrosomía fetal es la indicación más frecuente de todas las indicaciones de cesáreas obtenidas en nuestro estudio, ya que tiene una frecuencia mayor a todas las demás indicaciones relativas (Tabla 11) y a las otras indicaciones clasificadas en este estudio (Tabla 13). Si lo comparamos con el total de la población en estudio, la macrosomía fetal representa un 18,36% de todas las indicaciones de cesáreas realizadas en este Hospital. Volviendo a las indicaciones absolutas, en segundo lugar tenemos a la cesárea iterativa (mayor o igual a 2 cesáreas anteriores) con 116 gestantes, representando un 15,91% de las indicaciones absolutas, siendo también la segunda indicación más frecuente de todas las indicaciones de cesáreas realizadas (11,09% de todas las indicaciones). En tercer lugar está la indicación de sufrimiento fetal agudo, con 113 gestantes, alcanzando un 15,50% de estas indicaciones, además de ocupar el tercer lugar de todas las indicaciones de cesárea (10,80% de todas las indicaciones). Carpio (26) nos muestra en su estudio que la principal indicación para cesárea fue la cesárea segmentaria previa (23,4%), seguida de la presentación podálica (22,7%), y la desproporción céfalo pélvica (21,4%). Sin embargo esta

principal indicación es muy discutible, ya que uno de los grandes conflictos obstétricos es sin lugar a dudas poder someter a trabajo de parto a una paciente que tiene una cesárea. Este problema nace del aforismo de Craigin en 1916: “Una cesárea, siempre cesárea”, manteniéndose vigente por mucho tiempo. Sin embargo, se han realizado investigaciones donde se demuestra que el parto vaginal posterior a cesárea es una forma de tratamiento seguro, siempre y cuando se sigan los protocolos ya establecidos y la paciente reúna una serie de condiciones para ello.

Un 11,93% de las indicaciones absolutas se debieron a distocias de presentación/situación (n=87), de las cuales, 66 fueron por feto podálico, 12 por feto oblicuo y 9 por feto transverso (Gráfico 13); seguidas de un 8,09% por sufrimiento fetal crónico (n=59), un 6,72% por la indicación de cesárea anterior más período intergenésico corto (n=49), un 6,17% con la indicación de incompatibilidad feto pélvica (n=45), un 3,43% con indicación de pelvis estrecha (n=25). La indicación de problemas obstructivos presento una incidencia del 1,23% (n=9). En penúltimo lugar quedaron las indicaciones de cirugía uterina previa e infección por VIH, ambas con 0,42% cada una (n=3), y al final está la indicación absoluta de prolapso de cordón umbilical, con 0,14%(n=1). Respecto a lo que es la

confirmación postoperatoria (Tabla 10), podemos apreciar que 185 de las 729 cesáreas que fueron realizadas por una indicación absoluta no fueron confirmadas postoperatoriamente, lo que hace un 25,38% de las indicaciones absolutas (Gráfico 15), de los cuales 105 cesáreas fueron realizadas por la indicación de sufrimiento fetal agudo, un diagnóstico que no fue confirmado postoperatoriamente (Tabla 07 y Gráfico 11), ya que como sabemos, el gold estándar para el diagnóstico de sufrimiento fetal es el APGAR del recién nacido, el cual debe ser inferior a 7, y aunque se entró a la operación como sospecha de sufrimiento fetal agudo, por hallazgos tales como taquicardia fetal, bradicardia fetal, líquido amniótico meconial, o DIPS II en el examen NST, al momento de la cesárea los recién nacidos presentaron un APGAR igual o mayor de 7, por lo que no se logró confirmar el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo. Además 61 cesáreas de las 192 que fueron realizadas por macrosomía fetal, tampoco fueron confirmadas postoperatoriamente (Tabla 06 y Gráfico 10), ya que el diagnóstico se basó en el examen ecográfico que mostraba un ponderado fetal mayor a 4000 gramos, sin embargo en el postoperatorio se dio a conocer que estos recién nacidos tenían un peso menor a 4000 gramos, llegando incluso a diferencias significativas de hasta 800 gramos. Esto podría deberse a un probable mal cálculo en el ponderado fetal a la hora de realizar el examen ecográfico obstétrico realizado en el hospital,

lo cual habría que dar a conocer al Servicio de Imagenología del Hospital en estudio, ya que habría que determinar la causa de este mal cálculo del ponderado fetal. Por otro lado, 11 de las 59 cesáreas realizadas por sufrimiento fetal crónico (Gráfico 12), ya sea por insuficiencia placentaria, oligoamnios severo o RCIU, no se confirmaron en el diagnóstico postoperatorio. Esto también podría deberse a un mal examen ecográfico, por lo que también se debe determinar la causa de este diagnóstico erróneo, conversando con el área de Imagenología. En la indicación de incompatibilidad feto pélvica, 37 de las 45 cesáreas que fueron realizadas fueron confirmadas postoperatoriamente, lo cual representa un 82,22% de esta indicación. (Gráfico 14), mientras que el 100% de las cesáreas por distocias de presentación fueron confirmadas postoperatoriamente (n=87) (Tabla 08). Las demás indicaciones absolutas, como cesárea iterativa, cesárea anterior con período intergenésico corto, y las demás mostradas en la Tabla 09 fueron confirmadas en un 100%. No se encontró ningún caso de infección por Herpes activa (n=0).

En lo que concierne a las indicaciones relativas, la Tabla 11 nos muestra que hubieron 227 cesáreas de los 1046, realizadas por alguna indicación de este tipo, de las cuales las más frecuentes fueron las distocias del trabajo de parto con un 38,33% (n=87). El segundo lugar lo comparten

las distocias de variedad de presentación y la hipertensión inducida por el embarazo severa, cada una con 18,94% (n=43). Luego le sigue el embarazo múltiple con un 13,66% (n=31) y la insuficiencia cardiorrespiratoria materna con un 4,41% (n=10). Los trastornos neurológicos y la condilomatosis vulvoperineal ocupan un 1,76% cada uno (n=4), seguida de la asimetría pélvica con un 1,32% (n=3). En el último lugar figuran las anomalías fetales y enfermedad oftalmológica materna, ambas con sólo un 0,44% (n=1).

En las distocias del trabajo de parto, el 45,98% (n=40) se definió el diagnóstico de dilatación estacionaria, seguida de un 31,03% que fue diagnosticada como expulsivo prolongado (n=27). Hubo un 13,79% de estas gestantes que se sometieron a cesárea por una inducción fallida (n=12), seguida de la hiperdinamia uterina con un 6,90% (n=6). En el último lugar están las distocias de partes blandas, con un 2,30% (n=2) (Gráfico 17). El 100,00% de las cesáreas realizadas por alguna distocia en el trabajo de parto fueron confirmadas postoperatoriamente (Tabla 12). Cabe resaltar que el 100,00% de las indicaciones relativas halladas en este estudio fueron confirmadas posoperatoriamente (Tabla 11).

La tabla 13 nos muestra, como ya mencionamos anteriormente, otras indicaciones que sí justifican la realización de una cesárea, y que sin embargo no están en la clasificación en la cual nos estamos basando para este estudio, por lo que se las agrupó en la categoría de “Otras indicaciones”. Para la creación de esta categoría en estudio se dialogó con el Dr. Alberto Flor Chávez, asesor interno de esta tesis, el cual dio los aportes necesarios para la ubicación de estas indicaciones en esta categoría.

De un total de 53 cesáreas, el 28,30% (n=15) fueron realizadas por la indicación de patología materna, la cual podría descompensarse en el momento del trabajo de parto, motivo por el cual la madre tuvo que ser sometida a una cesárea. En el segundo lugar está la distocia funicular doble, con un 24,53% (n=13), seguida de la corioamnionitis con un 20,75% (n=11). Menos frecuente es la indicación de inminencia de ruptura uterina más cesárea anterior 1 vez, con 16,99% (n=9). Y en los últimos lugares están el abdomen agudo quirúrgico y el parto prematuro, ambas con un 3,77% (n=2), y la cirugía abdominal previa, con un 1,89% (n=1).

De estas indicaciones, fueron confirmadas postoperatoriamente 12 de las 13 cesáreas por distocia funicular doble (92,31%), y 4 de las 11 cesáreas

por corioamnionitis (36,36%). El resto de las indicaciones agrupadas en esta categoría fueron confirmadas postoperatoriamente en su totalidad (Gráfico 18).

Hubieron 37 cesáreas que fueron realizadas con una indicación registrada en la Historia clínica que no ameritaban por sí solas, que las gestantes fueron sometidas a esta operación, las cuales están descritas en la tabla 15, por lo que fueron categorizadas como “Indicaciones No Justificadas de Cesárea”. En primer lugar tenemos la indicación de cesárea anterior 1 vez, con un 37,84% (n=14); esta indicación, por sí sola, no justifica la realización de otra cesárea, a menos que esté acompañada de otra indicación, como por ejemplo período intergenésico corto, o que el motivo que haya causado la cesárea anterior pueda volver a condicionar esta gestación para ser sometida nuevamente a cesárea, como un ejemplo a mencionar: pelvis estrecha. Sin embargo, en la historia clínica se registra en los antecedentes las causas de la cesárea anterior, por lo que revisando los antecedentes se concluyó que no tenían algún factor que puedan condicionar la realización de una nueva cesárea en la actual gestación. En segundo lugar tenemos a la preeclampsia leve con 27,03% (n=10), la cual por sí sola no es una indicación para cesárea. En tercer lugar está la ruptura prematura de membranas, menor de 24 horas, y sin

ninguna otra especificación, donde mencionen que hay alteración del bienestar fetal o materno (por ejemplo: corioamnionitis) ya que la RPM por sí misma no es una indicación de cesárea. La indicación de feto grande o feto de alto peso (mayor a 3800 g) representa un 13,51% (n=5), seguida en el último lugar de las indicaciones primigesta añosa y producto valioso, ambas sin otras especificaciones, cada una con un 2,70% (n=1).

CONCLUSIONES

1. La incidencia de cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza durante el año 2015 fue del 47,12%.
2. El promedio de edad de las gestantes que se sometieron a cesárea fue de $30,49 \pm 6,583$, y la mayoría de gestantes se ubicaron entre los 30 a 34 años. Respecto al estado civil, la mayoría de las gestantes fueron convivientes. Y la mayoría de gestantes pertenece al grado de instrucción Superior Universitario Completo, seguida del grado Superior No Universitario Completo.
3. El 91,01% de las pacientes cesareadas tenían una edad gestacional a término (de 37 a 41 semanas), además que el 66,92% eran multigestas, seguidas de un 31,84% de primigestas. Y el 61,57% de las gestantes tenían al menos 6 controles prenatales.
4. Las indicaciones absolutas de cesáreas más frecuentes encontradas fueron: macrosomía fetal (26,34%), cesárea iterativa (15,91%), sufrimiento fetal agudo (15,50%), distocias de presentación/situación (11,93%) y sufrimiento fetal crónico (8,09%).

5. Las indicaciones relativas de cesáreas más frecuentes encontradas fueron: distocias del trabajo de parto (38,33%), distocias de variedad de presentación (18,94%), hipertensión inducida por el embarazo severa (18,94%), y embarazo múltiple (13,66%).

6. Se confirmaron postoperatoriamente un 78,01% de las cesáreas realizadas durante el año 2015 en el Hospital en estudio (n=816). De las indicaciones que no se confirmaron postoperatoriamente (n=193), la más frecuente fue el sufrimiento fetal agudo, con 105 de 113 cesáreas (92,92%), seguida de la macrosomía fetal, con 61 de 192 gestantes (32,77%), y el sufrimiento fetal crónico, con 11 de 59 cesáreas por esta indicación (81,36%).

RECOMENDACIONES

- Mejorar el control y monitoreo materno fetal estricto, usando tanto la parte clínica, como la tecnología adecuada (exámenes complementarios), para mejorar el diagnóstico de Sufrimiento Fetal, a fin de disminuir la realización de estas operaciones.
- Capacitación para mejorar la eficacia del ponderado fetal ecográfico en el Servicio de Imagenología del Hospital, comunicando a los Jefes de Departamento para que puedan detectar la causa de las discrepancias en las ecografías obstétricas, las cuales han sido de hasta 800 gramos en el ponderado fetal, además de otros diagnósticos que fueron basados en la ecografía.
- Proponer la inclusión de los ginecoobstetras dentro de la realización del examen ecográfico obstétrico y capacitación constante, ya que ellos realizan una evaluación clínica, la cual puede ir a la par con los exámenes complementarios, y de esta manera habría una menor predisposición a fallas en el diagnóstico; porque hasta el momento, el examen ecográfico sólo es validado por los médicos imagenólogos del Hospital.

- Evaluar las políticas en el Hospital, a fin de elaborar un protocolo que unifique las indicaciones que ameriten la realización de una operación cesárea, con el fin de disminuir la incidencia de las cesáreas en el Servicio de Gineco – obstetricia, capacitando constantemente al Personal de Salud para tener en cuenta los puntos en donde más se ha detectado una falla en el diagnóstico, terminando en una operación que no era necesaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Curo EM. Cesárea como problema de salud pública. Revista Médica Basadrina. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Vol. 8 N° 2. Tacna – Perú. 2014. Páginas 56 – 59.
2. América Latina contradice a la OMS. [Seriada en línea]. Diariocentinel.com.ec; 2013. [Fecha de acceso 21 de agosto del 2015]. URL disponible en: <http://diariocentinel.com.ec/2013/03/16/america-latina-contradice-a-la-oms/>
3. Laguado N, Jaimes A, Meza J, Colobon JJ, Salazar L, Mora M, Cáceres Y. Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea. Revista Ciencia y Cuidado. Vol. 1 N° 8. Cúcuta – Colombia. 2011. Páginas 55 – 60.
4. Bustamante JM, Vera OE, Limo J, Patazca J. Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Lambayeque 2010-2011. Rev. cuerpo médico. HNAAA Vol. 7 N° 1. Lambayeque – Perú. 2014. Páginas 6 – 12.
5. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011). Artículo Original. Tumbes – Perú. 2011.

6. Cam G, Trisolini A, Oscanoa A. Estudio descriptivo de las cesáreas en el Hospital Materno-Infantil Canto Grande. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 51. N° 4. Perú. Octubre – Diciembre 2005. Páginas 203 – 205.
7. Bendezú AG. Cesárea programada y morbilidad neonatal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 51. N° 4. Perú. Octubre – Diciembre. 2005. Páginas 206 – 211.
8. Manzano G. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 – 2009. Revista Horizonte Médico. Vol. 11 N° 2, Julio - Diciembre 2011. México. Páginas 75 – 79.
9. Carpio WV. Operación cesárea: incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud - Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012. Repositorio Académico USMP. Lima – Perú. 2015
10. Gálvez EM. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013. Facultad de Medicina - UNMSM. Lima – Perú. 2014.
11. Spaans WA, Sluijs MB, van Roosmalen J, Bleker OP. Risk factors at cesarean section and failure of subsequent trial of labour. European of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2002; 100: 163-166.

12. Salinas H, Albornoz J, Reyes A, Carmona S. Factores predictores de cesárea. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol. 69 N° 5. Chile. 2004. Páginas 353 – 360.
13. Flores L. et al. Factores de riesgo en la operación cesárea. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 76 N° 7. México. 2008. Páginas 392 – 397.
14. Millán MM, Mendoza A. Factores relacionados con la cesárea primitiva. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 36. N° 3. Cuba. 2010. Páginas 360 – 367.
15. Muñoz JM, Rosales E, Domínguez G, Serrano CL. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Revista de Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 79. N° 2. México. 2011. Páginas 67 – 74.
16. Vélez E, Tovar VJ, Méndez F, López CR, Ruiz E. Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de GinecoPediatria del IMSS de Hermosillo, Sonora. Boletín Clínico del Hospital Infantil Estado de Sonora. Vol. 30 N° 1. Sonora – México. 2013. Páginas 16 – 23.
17. Ruíz J, Espino S, Vallejos A, Durán L. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatología y Reproducción Humana. Vol. 28, N° 1. México 2013. Páginas 33 – 40.

18. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). Integrantes del Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 65 N° 2. Colombia. Abril-Junio 2014. Páginas 139 – 151.
19. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert JA. Operación cesárea. Revista Médica Clínica Las Condes Vol. 25 N° 6. Chile. 2014. Páginas 987 – 992.
20. Cóppola F. Cesáreas en Uruguay. Artículo de opinión. Revista Médica Uruguaya. Vol. 31. N° 1. Uruguay. 2015. Páginas 7 – 14.
21. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Organización Mundial de la Salud. Ginebra – Suiza. 2015. Páginas 1 – 8.
22. Cesáreas en el mundo. Adecra + Celdim. Argentina. N° 5. Noviembre 2015. Páginas 15 – 17.
23. Porcentaje de cesáreas en países americanos preocupan a la OMS [Seriada en línea]. Espectador.com. 2015. [Fecha de acceso 01 de marzo del 2016]. URL disponible en:

<http://www.espectador.com/salud/313385/porcentaje-de-cesareas-en-paises-americanos-preocupan-a-la-oms>

24. Cajina JC. Las cesáreas. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. Estados Unidos. 2015. Páginas 1 – 5.
25. Ventura W, Lam N. Is routine amniotomy during spontaneous labor useful? Review of the literature. An. Fac. med. 2008 jun; 69(2).
26. Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Glosario para facilitar el uso de la Clasificación de Procedimientos en Salud. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud; 2011. Report No.: 0325-0008.
27. Romero J, Biruete B, Borrego M, al e. Guía de Práctica Clínica. Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México: Instituto Mexicano de Seguro Social, CENETEC; 2014. Report No.: 978-607-7790-92-1. (12)
28. Ros C, Bellart J, Hernández S. Protocolo Cesárea. Hospital Clínica Barcelona. Disponible en:
<http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/cesarea.pdf>

29. Dirección general de salud reproductiva. Cesárea Segura. Lineamiento técnico. Secretaría de Salud México, Chapultepec. 2002. Página 48.
30. Cano R, Covarrubias M, Ríos A. Guía de Práctica Clínica. Parto después de una cesárea México: CENETEC. 2013.
31. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima – Perú. 2010. Páginas 335 – 339.

ANEXOS

ANEXO 01: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de recolección de datos

Cesáreas en el Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza" – 2015

- I. Nombre (Iniciales): _____
- II. Edad: _____
- III. Estado civil:
1. Soltera
 2. Casada
 3. Conviviente
 4. Divorciada
- IV. Grado de Instrucción:
1. Analfabeta
 2. Primaria Incompleta
 3. Primaria completa
 4. Secundaria Incompleta
 5. Secundaria completa
 6. Superior No Universitario Incompleto
 7. Superior No Universitario completo
 8. Superior Universitario Incompleto
 9. Superior Universitario completo
- V. Edad Gestacional: _____
1. Menos de 37 semanas
 2. 37 – 41
 3. Mayor o igual a 42 semanas
- VI. Número de Gestaciones: _____
- VII. Controles Prenatales: _____
1. No documentado
 2. Menor de 6
 3. Mayor o igual de 6
- VIII. Indicación de la Cesárea: _____
1. Absoluta
 2. Relativa
 3. Otra Indicación
 4. No es Indicación
- IX. Diagnóstico Postoperatorio: _____
- X. Confirmación postoperatoria:
1. Confirmado
 2. No confirmado

ANEXO 02

INDICACIONES ABSOLUTAS DE CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015: CESÁREA ITERATIVA

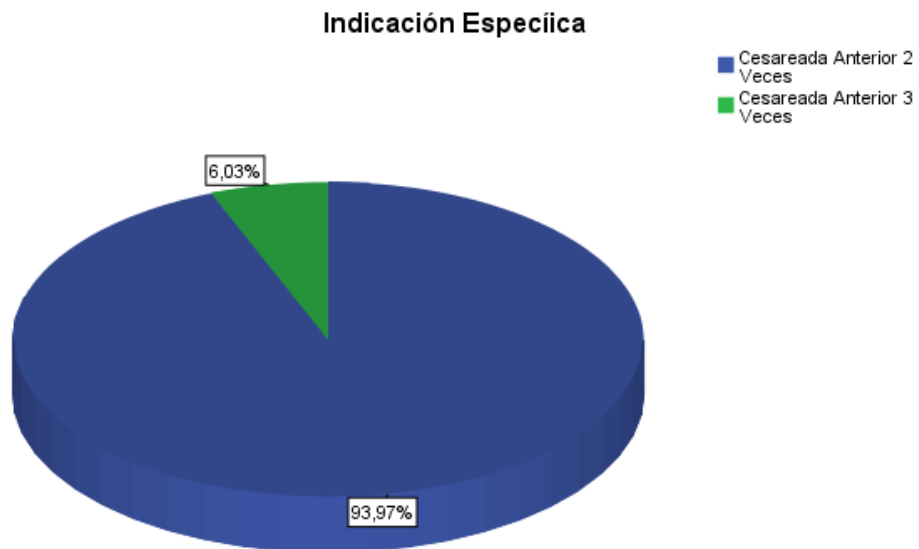
Indicación Absoluta: Cesárea Iterativa	N	Porcentaje
Cesárea Anterior 2 Veces	109	93,97%
Cesárea Anterior 3 Veces	7	6,03%
Total	116	100,00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla se observa que de los 116 casos de indicación de cesárea por cesárea iterativa, 109 pacientes tuvieron la indicación de cesárea anterior 2 veces, haciendo un 93,97% del total de esta indicación; y 7 gestantes tuvieron la indicación de cesárea anterior 3 veces, haciendo un 6,03% del total.

ANEXO 03

INDICACIONES ABSOLUTAS DE CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015: CESÁREA ITERATIVA



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

ANEXO 04

CONFIRMACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS CESÁREAS POR PROBLEMAS OBSTRUCTIVOS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015:

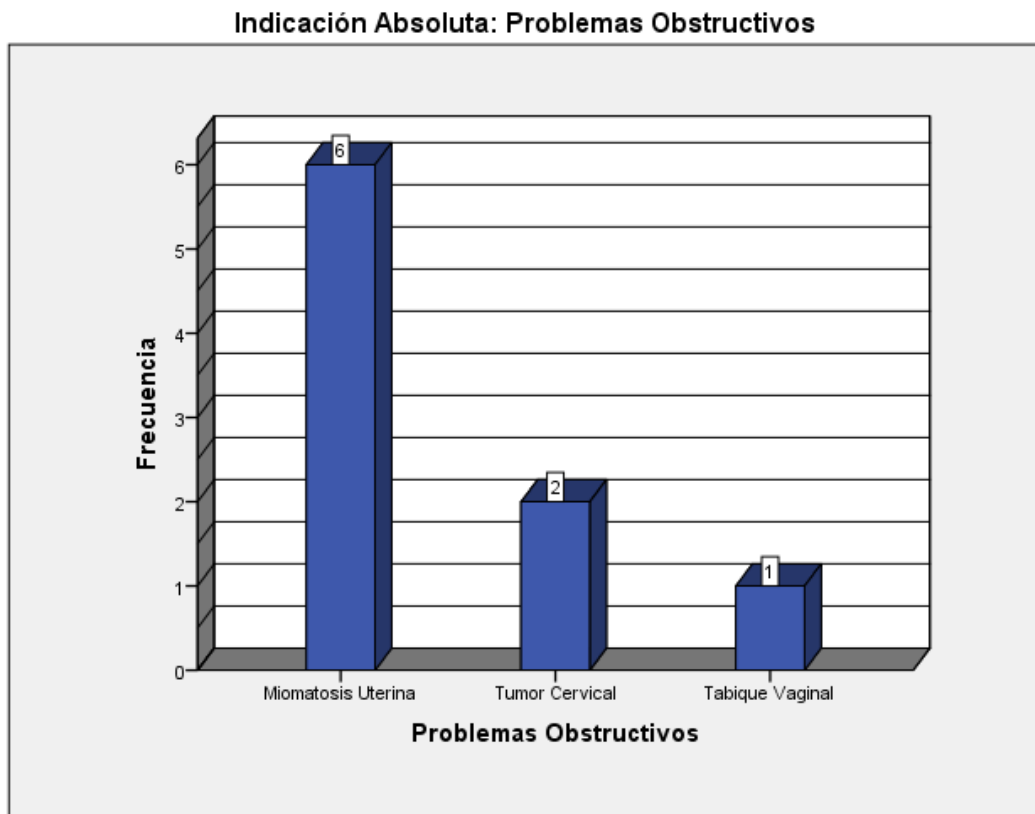
Indicación Preoperatoria			Confirmación Postoperatoria	
Problema Obstructivo	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Miomatosis Uterina	6	66,67%	6	100,00%
Tumor Cervical	2	22,22%	2	100,00%
Tabique Vaginal	1	11,11%	1	100,00%
Total	9	100,00%	9	100,00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla se observan que el 66,67% (n=6) de las pacientes cesareadas por la indicación de problemas obstructivos fueron por miomatosis uterina, seguido de un 22,22% (n=2) que fueron cesareadas por un tumor cervical, y el 11,11% (n=1) tuvo la indicación de tabique vaginal. Además, el 100% de las cesáreas realizadas por esta indicación fueron confirmadas postoperatoriamente.

ANEXO 05

INDICACIONES ABSOLUTAS DE CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015: PROBLEMAS OBSTRUCTIVOS



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

ANEXO 06

INDICACIONES RELATIVAS DE CESÁREAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015: DISTOCIAS DE VARIEDAD DE PRESENTACIÓN

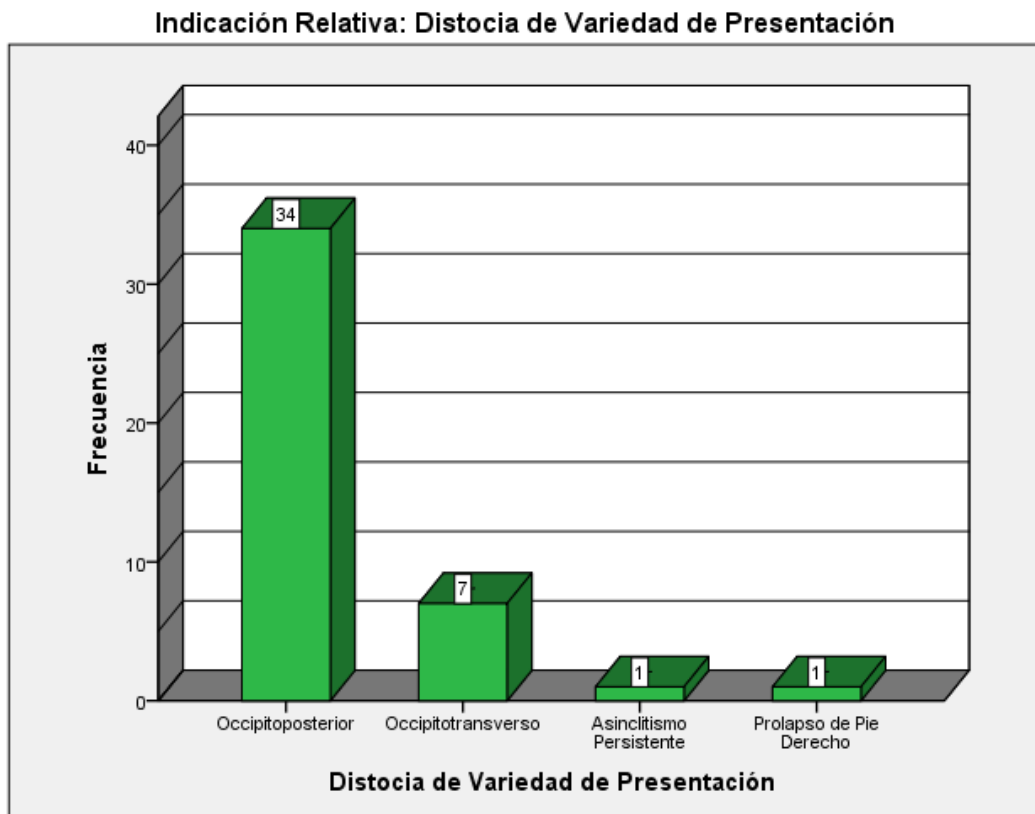
Distocia de Variedad de Presentación	N	Porcentaje
Occipitoposterior	34	79,07%
Occipitotransverso	7	16,27%
Asinclitismo Persistente	1	2,33%
Prolapso de Pie Derecho	1	2,33%
Total	43	100,00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla se observa que de las 43 pacientes que fueron cesareadas por la indicación de distocia de variedad de presentación, el 79,07% (n=34) fueron realizadas por la indicación de occipitoposterior, seguida de un 16,27% (n=7) que fueron indicadas por un feto occipitotransverso. El último lugar lo ocupan las indicaciones de asinclitismo persistente y prolapso de pie derecho, ambas con un 2,33% (n=1).

ANEXO 07

INDICACIONES RELATIVAS DE CESÁREAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015: DISTOCIAS DE VARIEDAD DE PRESENTACIÓN



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

ANEXO 08

INDICACIONES RELATIVAS DE CESÁREAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015: SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO SEVERO

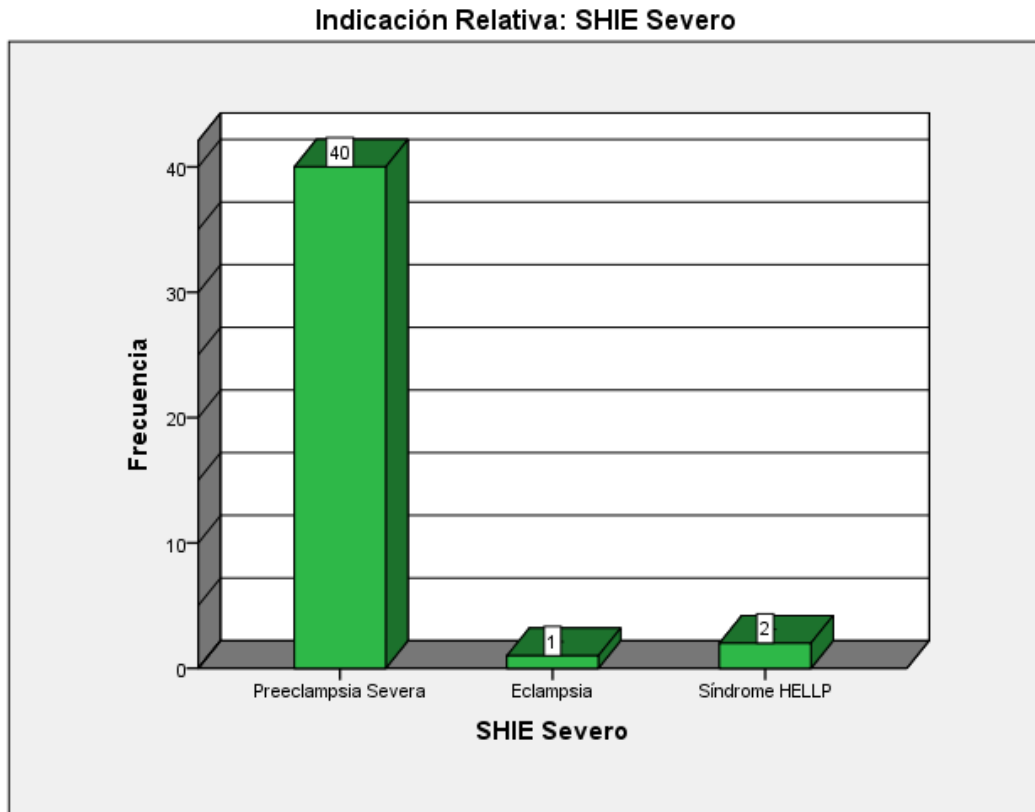
SHIE Severo	N	Porcentaje
Preeclampsia Severa	40	93,02%
Eclampsia	1	2,33%
Síndrome HELLP	2	4,65%
Total	43	100,00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de Ica en el año 2015

En la tabla se puede observar que 40 de las 43 cesáreas que fueron indicadas por un síndrome de hipertensión inducida por el embarazo de intensidad severa fueron por la indicación de preeclampsia severa, haciendo un 93,02% del total de esta indicación. Luego le siguen 2 casos de síndrome HELLP, con un 4,65%, y finalmente 1 caso de eclampsia, haciendo un 2,33% del total.

ANEXO 09

INDICACIONES RELATIVAS DE CESÁREAS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IV “AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA” DE ICA DURANTE EL AÑO 2015: SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO SEVERO



Fuente: Ficha de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Archivo del Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza" de Ica en el año 2015