



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**CAUSAS DE INDICACIONES DE CESAREA EN LA CLINICA  
CORI S.A.C, LOS OLIVOS EN EL AÑO 2015.**

**TESIS PRESENTADO POR:**

**ERIKA, MALPICA VENTOCILLA**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**LIMA-PERU**

**2016**

## INDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	V
<b>CAPITULO I PLANEAMIENTO METODOLÓGICO</b>	<b>9</b>
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	9
1.2 Delimitación de la investigación	12
1.3 Formulación del Problema	12
1.3.1 Problema principal	12
1.3.2 Problemas secundarios	12
1.4 Objetivos de la investigación	12
1.4.1 Objetivo general	12
1.4.2 Objetivos específicos	13
1.5 Hipótesis	13
1.5.1 Hipótesis general	13
1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	14
1.6 Diseño de la Investigación	15
1.6.1 Tipo de investigación	15
1.6.2 Nivel de la investigación	15
1.6.3 Método	15
1.7 Población y muestra	15
1.7.1 Población	15
1.7.2 Muestra	16
1.8 Técnicas e instrumentos	16
1.8.1 Técnicas	16
1.8.2 Instrumentos	17
1.9 Justificación	17

<b>CAPITULO II</b>	<b>MARCO TEORICO</b>	18
2.1	Fundamentos teóricos de la Investigación	18
2.1.1	Antecedentes	18
2.1.2	Bases teóricas	24
2.1.3	Definición de términos	39
<b>CAPITULO III.</b>	<b>PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y</b>	
	<b>DISCUSION DE RESULTADOS</b>	41
3.1	Presentación de resultados	42
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados	49
<b>CAPITULO IV.</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	54
4.1	Conclusiones	54
4.2	Recomendaciones	55
	<b>FUENTES DE INFORMACION</b>	
	<b>ANEXOS</b>	60
	Matriz de consistencia	63
	Instrumentos de recolección de datos	61
	Autorización de la institución, Clínica Cori S.A.C.	
	Hoja de evaluación de los instrumentos de los tres Jueces expertos.	

### **DEDICATORIA:**

Dedico de manera especial a mis padres, y a mi hermana y hermano menores ya que son el motor para seguir y dar un paso más en mi vida y mi vida profesional.

Gracias Dios por darme las fuerzas y no dejarme caer, y seguir creciendo día a día.

### **AGRADECIMIENTO:**

Primero a Dios por permitirme lograr cada objetivo en mi vida.

Y mi agradecimiento especial a mi asesora, Caldas Herrera, María que me supo brindar sus enseñanzas y la señorita Ponce Muñoz, Rosa secretaria de EAPO por brindarme información.

De igual manera expreso al Director de la clínica Cori S.A.C, el Dr. Ítalo Coripuna Romero y a su esposa Juana Andrade Pilco que me dio todas las facilidades para la recolección de la información en dicha institución.

## RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **Objetivo:** determinar las causas de indicaciones de cesárea en la Clínica Cori S.A.C, Los Olivos en el año 2015.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, la muestra está constituida por 169 historias clínicas de las pacientes cesareadas durante el año 2015, el método a utilizar fue cuantitativo.

**Resultados** Al revisar las 169 historias clínicas, se encontró que 73% de las pacientes tenían menos de 35 años, asimismo el grado de instrucción fue mayormente superior universitario completo (32,5%) y procedencia fue con un (57,9%), el estado civil casadas (62,1%), y su ocupación fue con (50,3%), y entre las primera causa de indicaciones de cesárea fue cesareada anterior con un 29% (49 casos) del total del universo, luego por decisión personal con un 20,7% (35 casos), inducción fallida con un 8,9% (15 casos), HIE con un 7,7% (13 casos), edad con un 7,1% (12 casos), ITU con un 5,9% (10 casos), macrosomia fetal con un 14,8% (25 casos), distocia fetal con un 5,9% (10 casos).

**Conclusión:** La cesárea anterior fue la causa principal de cesárea en la población atendida en la clínica cori S.A.C en el año 2015. La causa fetal estuvieron en segundo lugar.

**Palabras clave:** cesárea, causas maternas, causas fetales.

## ABSTRACT

The present study was presented with the **Objective:** to determine the causes of cesarean indications in the Clinic Cori S.A.C, Los Olivos in the year 2015.

**Material And Methods:** A descriptive, retrospective cross-sectional study was carried out. The sample consisted of 169 clinical records of patients who were cesareaned during the year 2015, and the method used was quantitative.

Results When reviewing the 169 clinical histories, 73% of the patients were under 35 years of age, the degree of education was higher than that of the university (32.5%) and the source was 57.9% (62.1%), and their occupation was with (50.3%), and among the first cause of cesarean indications was previous caesarean section with 29% (49 cases) of the total universe, then (15 cases), HIE with 7.7% (13 cases), age with 7.1% (12 cases), ITU with 5.9% (10 cases), fetal macrosomia with 14.8% (25 cases), fetal dystocia with 5.9% (10 cases).

**Results:** In analyzing the 169 medical records found that 73% of patients were under 35 years. The first cause of previous cesarean indications cesareada was 29% (49 cases) of the total universe, then by choice with 20.7% (35 cases), failed induction with 8.9% (15 cases), HIE with 7.7% (13 cases), age with 7.1% (12 cases), ITU with 5.9% (10 cases), fetal macrosomia with 14.8% (25 cases), fetal dystocia with 5.9% (10 cases).

**Conclusion:** The previous cesarean section was the main cause of cesarean delivery in the clinic treated at Cori S.A.C population in 2015. The causes were fetal second.

**Keywords:** cesarean section, maternal causes, fetal causes.

## INTRODUCCION

La cesárea es un procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía). Dicho procedimiento ha sido incorporado a la práctica médica obstétrica con el fin de prevenir la morbilidad materna y perinatal; sin embargo, durante los últimos años su frecuencia se ha incrementado a tal punto que actualmente se considera un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. La Organización Mundial de la Salud recomienda realizar una cesárea por indicaciones médicas en porcentajes no mayores al 15%; pero por el contrario, hoy en día la prevalencia de la misma se encuentra en la mayor parte del mundo por encima de ese rango, y además, se realizan cesáreas por petición materna. La decisión de realizar una cesárea depende de cada médico, basándose en su experiencia y en protocolos o guías clínicas del lugar en donde trabaja si las hay, ya que no existe un consenso para las indicaciones de cesárea. Más allá de algunas variaciones entre países, sectores de salud u hospitales, se describe un patrón de indicaciones de Cesárea bastante similar, las cesáreas anteriores e iterativas, las distocias, y el sufrimiento fetal agudo, son las principales, en orden de frecuencia.

Ciertamente, la cesárea no es un procedimiento inocuo y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos, Se calcula que su morbilidad es 20 veces superior si se la compara con las cifras propias del parto vaginal. Por lo tanto, resulta de gran importancia la indicación adecuada de tal procedimiento, que podría causar complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido. Adicionalmente, las cesáreas innecesarias representan un aumento en el costo de los servicios.

Nuestro país no es ajeno a ésta tendencia del aumento de cesáreas, muchas sin indicaciones justificadas en las instituciones tanto del sector público como del privado, siendo motivo de preocupación para el sistema de salud.



## **CAPITULO I**

### **PLANEAMIENTO METODOLÓGICO**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

El embarazo y el parto son considerados como fisiológicos y totalmente naturales, sin embargo, en determinadas circunstancias y condiciones, la gestante presenta mayores riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal; De acuerdo al ENDES 2014 la mortalidad materna fue de 93 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos; pero aún es una cifra algo distante de la meta para el año 2015 (66,3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos). <sup>(1)</sup>

En la actualidad uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta el Obstetra y compete a la práctica diaria, es el de conocer en todo momento el estado materno y bienestar fetal, la cual garantice la

preservación de una correcta función neurológica y función de todos los órganos tanto maternos como fetales. <sup>(2)</sup>

En general, las tasas de parto por cesárea se viene incrementando en los últimos años, pero el control prenatal hospitalario al parecer reduciría estas tasas. Se puede definir hoy en día a la cesárea como la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía). <sup>(3)</sup>

El origen del término cesárea es indefinido y se han sugerido tres explicaciones. En la primera, según la leyenda de Julio Cesar nació de esa forma, por lo que la operación proviene de una ley Romana supuestamente creada en el siglo VIII A.C. por Numa Pompilio, que ordenaba que hicieran el procedimiento en mujeres que morirían en las últimas semanas de embarazo con la esperanza de salvar al niño. La tercera explicación es que la palabra de cesárea, que significa cortar (3,4). Actualmente podemos decir que “estamos” viviendo la era de la moda de la cesárea”. <sup>(5)</sup>

Las principales indicaciones de cesárea son: Maternas absolutas: Desproporción céfalo pélvica (DCP) por pelvis estrecha, Cirugía ginecológica previa, Mioma (u otro tumor pélvico) obstructivo, Fibrosis cervical, Herpes genital activo, Virus del papiloma humano con lesiones obstructivas del canal de parto, Inducción fallida, Cesárea clásica (corporal) previa, Cesárea previa complicada (infección, dehiscencia, etc.), Antecedente de dos o más cesáreas, Carcinoma de cérvix avanzado, Aneurisma o malformación arteriovenosa cerebrales, Malformación de la pelvis ósea. Indicaciones maternas relativas: Distocia dinámica refractaria, Una cesárea segmentaria previa no complicada, Toxemia severa, Embarazo postérmino, Cuello inmaduro, Primigesta

añosa, Infección materna por virus de inmunodeficiencia humana. Indicaciones fetales absolutas: DCP por macrosomía fetal, Situación transversa, Presentación de pelvis, Anomalías fetales como: meningocele, hidrocefalia, onfalocele o gastrosquisis, Presentación de frente. Indicaciones fetales relativas: Presentación de cara variedades posteriores persistentes, Detención secundaria de la dilatación y el descenso, Estado fetal insatisfactorio, Restricción de crecimiento intrauterino, Peso fetal <1.500 gr, Peso fetal > 4.000 g, Gestación múltiple. Indicaciones ovulares absolutas: Placenta previa oclusiva, Prolapso de cordón. Indicaciones ovulares relativas: Placenta previa no oclusiva sangrante, Ruptura prematura de membranas con cuello desfavorable para inducción. <sup>(4)</sup>

Según ENDES 2014, el nacimiento por cesárea, que se estima debe situarse entre 5,0% y 15,0% de todos los nacimientos como solución final a las complicaciones del embarazo y parto, continúa aumentando en el Perú. En la encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014; las cesáreas se incrementaron de 21,4% a 28,6% entre los años 2009 y 2014. <sup>(1)</sup> En las Américas, “cuatro de cada diez partos son por cesárea” superando el ideal de uno de cada diez, considerado por profesionales de la salud de todo el mundo” En países como Argentina se ha reportado una incidencia de cesáreas del 32%, siendo este valor superior respecto a años previos y se asocia principalmente a patologías maternas como la hipertensión arterial y la diabetes. Asimismo, Brasil, México y Chile superan con gran diferencia las recomendaciones sanitarias de la OMS. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea se asocia a riesgos a corto y a largo plazo que pueden afectar a la salud de la gestante y su hijo, así como cualquier embarazo futuro. Por ello es importante racionalizar este proceder quirúrgico y solo emplearse en casos clínicamente indicados, pues se ha reportado que la decisión de parto después de una cesárea previa resulta en menores tasas de hemorragia, infección y tiempo de recuperación.

## **1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN**

**1.2.1 Delimitación Espacial:** El presente estudio se realizó en la Clínica Particular Cori S.A.C., ubicado en la Av. Carlos Izaguirre 978, en el distrito de Los Olivos.

**1.2.2 Delimitación Temporal:** La investigación se llevó a cabo desde el mes de febrero a agosto del año 2016, la recolección de los datos se realizó en los meses de marzo y julio del año 2016, con la autorización correspondiente de dicha institución.

**1.2.3 Delimitación Social:** la población sujeto de estudio son las mujeres cesáreas en la Clínica Cori S.A.C. distrito Los Olivos 2015.

## **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

### **1.3.1 Problema Principal**

- ¿Cuáles son las causas de indicaciones de cesárea en la Clínica Cori S.A.C, Los Olivos en el año 2015?

### **1.3.2 Problemas Secundarios**

- ¿Cuáles son las causas maternas de indicaciones de cesárea en la clínica en la Clínica Cori S.A.C.?
- Cuáles son las causas fetales de indicaciones de cesárea en la clínica en la Clínica Cori S.A.C.?

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 Objetivo General**

- Identificar las causas de indicaciones de cesárea en la Clínica Cori S.A.C, Los Olivos en el año 2015.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar causas maternas de indicaciones de cesárea en la Clínica Cori S.A.C.
- Determinar causas fetales de indicaciones de cesárea en la Clínica Cori S.A.C.

## **1.5 HIÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1 Hipótesis General**

La presente investigación no amerita el planteamiento de hipótesis por el carácter descriptivo del estudio.

### **1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores**

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES
CAUSAS MATERNAS DE INDICACIONES DE CESAREA	RPM
	DECISION PERSONAL
	HIE
	EDAD
	EMBARAZO MULTILPE
	PLACENTA PREVIA
	CESAREADA ANTERIOR
	INDUCCION FALLIDA
	DPP
	EMBARAZO PROLONGADO
	ITU
	OTROS
CAUSAS FETALES DE INDICACION DE CESAREA	DISTRES FETAL
	DCP
	DISTOCIA FETAL
	MACROSOMIA FETAL
	RCIU SEVERO
	MALFORMACIONES UTERINAS
	OTROS

## **1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.6.1 Tipos de Investigación**

El presente trabajo de investigación es de tipo aplicativo, el cual presenta un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, el cual se desarrollará en la Clínica Cori S.A.C.; ubicado en el distrito de los Olivos.

### **1.6.2 Nivel de Investigación**

El método es aplicativo, porque nos permite solucionar problemas, en el presente estudio se describirá las causas de indicaciones de cesárea con la finalidad de detectar el factor de riesgo más frecuente para llevar a una cesárea en nuestra realidad hospitalaria y así intervenir de manera efectiva.

### **1.6.3 Método**

El método es cuantitativo ya que se trata de determinar los resultados a través de una muestra.

## **1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

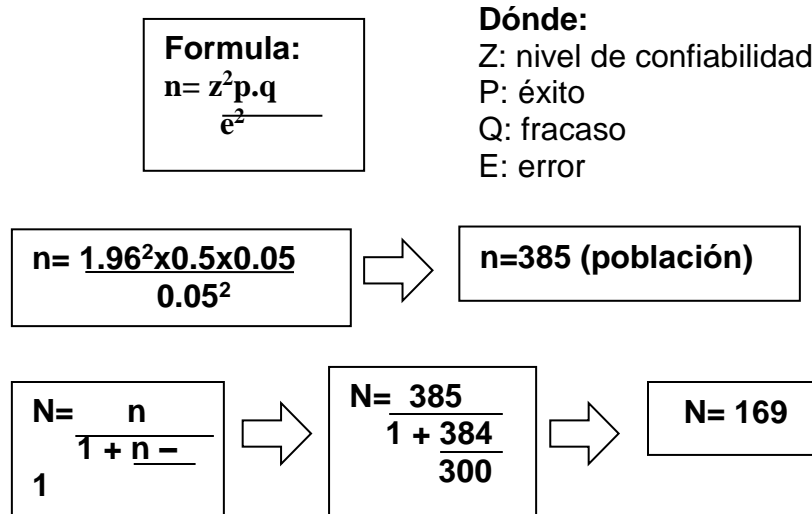
### **1.7.1 Población**

La población estuvo integrada por 300 pacientes cesareadas en el año 2015, la información fue recolectada de las historias clínicas en el servicio de Gineco-Obstetricia de la Clínica Cori S.A.C.

### 1.7.2 Muestra

La muestra del estudio está constituida por 169 pacientes

Cesareadas en la Clínica Cori S.A.C, Los Olivos en el año 2015?



Donde la muestra fue de 169 pacientes cesareadas en la clínica cori S.A.C.

## 1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE

### DATOS:

#### 1.8.1 Técnicas

El presente trabajo de investigación se realizó previa autorización del director de la Clínica Cori S.A. La técnica usada fue la revisión de historias clínicas.

#### 1.8.2 Instrumentos

Para el levantamiento de la información se elaboró una ficha de recolección de datos, la misma que fue sometida a juicio de tres expertos quienes dieron la conformidad con la firma respectiva en la hoja de evaluación.



El instrumento fue elaborado por el investigador en base a la revisión de la literatura sobre el tema y se incluyó variables identificadas con mayor frecuencia en los antecedentes investigativos.

## **1.9 JUSTIFICACIÓN E INPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio se justifica por la importancia de conocer las causas de indicaciones de cesárea. Son muchos los factores que subyacen el uso excesivo de la cesárea por una parte aquellos asociados a las preferencias o practicas del propio personal de salud, por otra parte, las propias mujeres se convierten en demandantes activas de la cesárea, porque la ausencia de información en torno a las posibles complicaciones favorece el que sea vista como una forma de parto sin dolor.

Actualmente en la Clínica Cori S.A.C. las indicaciones para realizar la operación cesárea no se encuentran protocolizadas de manera eficiente y sería necesario entender los diferentes factores que se asocian a las indicaciones establecidas para dicha intervención quirúrgica, permitiendo conocer de esta manera la situación real de la Clínica Cori S.A.C. y aportar información que contribuirá en cierta forma a la toma de decisiones, replantear estrategias de manejo, con el fin de disminuir complicaciones materno - perinatales, logrando una atención de calidad en la prevención y solución del problema, y a la vez realizar de ésta forma la menor cantidad posible de cesáreas innecesarias, sin la necesidad de invertir abundantes recursos económicos. Además los datos obtenidos podrán servir de base para la realización de estudios posteriores.<sup>(5)</sup>

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

##### 2.1.1 ANTECEDENTES

**Santamaría Naranjo, Gabriela Carolina** en su trabajo realizado en el hospital Enrique Garces en el año 2013, con el **objetivo:** Demostrar la relación existente entre la indicación de parto por cesárea debido a desproporción céfalo-pélvica (factor fetal) o macrosomía con los datos antropométricos del recién nacido y compararlos con los datos obtenidos de partos vaginales. **Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y transversal, en el cual se revisó las bases de datos maternas y perinatales de los departamentos de obstetricia y pediatría del Hospital Enrique Garcés durante el año 2013. La muestra se constituyó por 131 recién nacidos de madres sanas con gestaciones a término, que registraron diagnósticos preoperatorios de desproporción céfalo-pélvica (Factor fetal) o macrosomía. Se incluyó además la totalidad de partos vaginales durante el periodo de estudio, 1975 casos. **Resultados:** El porcentaje de neonatos nacidos por cesárea con peso elevado fue de

18%, macrosómicos 9%; frente a 71% con peso normal y un 2% con peso bajo. Del 100% de partos céfalo-vaginales, el 84% representa a recién nacidos con peso adecuado, 10% peso elevado, 1% macrosómicos y 5% peso bajo. De los 1975 partos vaginales 1743, corresponden a neonatos con perímetro cefálico normal. La macrosomía fetal tuvo una representatividad de 9% en los nacidos por cesárea y de 1% en los partos vaginales. En cuanto al tipo de macrosomía, la mayoría de casos se clasificaron dentro de la de tipo simétrica, con un 73% para los neonatos nacidos por cesárea por desproporción o macrosomía y un 56% para los nacidos por parto vaginal **Conclusiones:** La frecuencia de recién nacidos con peso normal es mayor que la de aquellos con peso elevado o macrosómicos en el grupo de madres sometidas a cesárea por diagnóstico de desproporción céfalo-pélvica factor fetal o macrosomía. La mayoría de neonatos nacidos por parto vaginal tuvieron una talla adecuada para la edad gestacional, iguales resultados se encontraron en el grupo de nacidos por cesárea en el que el 64% tuvo una talla normal. El perímetro cefálico fue adecuado con un 57% en el grupo de cesárea, resultado claramente en discordancia con el diagnóstico preoperatorio de desproporción por características fetales o macrosomía. Se encontró una fuerte asociación entre ser un feto masculino y presentar peso elevado o macrosomía sin embargo este hallazgo resulto no ser estadísticamente significativo. <sup>(6)</sup>

**Gálvez E** en su trabajo realizado en el Perú, en el año 2014, con el **Objetivo:** titulado Tasa de Incidencia de Cesárea en el población estuvo constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y la muestra fue de 160 pacientes. **Material y Método:** en realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo **Resultado:** En dicho estudio se obtuvo la tasa de incidencia de cesárea 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% fueron cesáreas emergencia y el 24% fueron de tipo electivas. Adicionalmente se encontró que las 5 principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron: Desproporción céfalo- pélvica y macrosomía fetal (12%), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%). (21).<sup>(7)</sup>

**Paiba Samame, Manuel** en su trabajo realizado en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, en el año 2014, con el **Objetivo:** Causas de Cesáreas en el Hospital Provincial docente Belén de Lambayeque, 2014 **Materiales y Métodos:** Estudio Retrospectivo, comparativo mediante la revisión de 140 historias clínicas de partos por cesárea y un mismo número por parto vaginal. Se recolectaron datos epidemiológicos y clínico - obstétrico consignados en hojas de recolección y registrado en el programa de Excel XP para Windows para luego ser procesados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 17. **Resultados:** Las pacientes sometidas a cesáreas se caracterizan porque el 70.7%, son de 19 a 34 años; el 65.7% proceden de los “pueblos de Lambayeque”, existe un predominio de monitoreo adecuado de 60.7%. El número de profesionales que atienden es adecuado solo en 57%. En la indicación del profesional predomina el riesgo obstétrico con 98,6%. La comodidad del profesional y de la paciente fue mayor con 98.6% y 87.1% respectivamente. Las causas maternas asociadas al parto por cesárea son la cesárea previa, las distocias del canal del parto, el periodo intergenésico corto y enfermedad hipertensiva del embarazo. Las causas fetales son malformaciones congénitas, RCIU y la muerte fetal previa; mientras que el Oligohidramnios, el DPP y la placenta previa constituyen causas específicas del parto por cesárea. Se concluye que existen causas maternas, fetales y ovulares de partos por cesáreas. **Palabras clave:** Cesáreas, Causas, Fetal, Ovular, Materna.<sup>(8)</sup>

**Dávila Ayvar, herbert** en su trabajo realizado en el “Hospital Vitarte” de Ate en el año 2014, con el **Objetivo:** Determinar la prevalencia y principales indicaciones de cesárea en el Hospital Vitarte en el año 2014.

**Materiales y métodos:** Para la presente tesis se realizó un estudio de enfoque cuantitativo y de tipo observacional. El diseño del estudio fue transversal descriptivo y retrospectivo. La población está constituida por las 1130 pacientes cesareadas en el hospital Vitarte en el año 2014. Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo incidental. Se recolectó información de las historias clínicas con la ficha de recolección de datos elaborada para este estudio.

**Resultados:** Luego de analizar 1130 historias clínicas se encontró que la prevalencia de cesárea corresponde a 31,63% (1130 pacientes) de un total de 3572 partos. La indicación más frecuente es cesárea anterior con 20,35% (230 pacientes), seguido por las siguientes indicaciones en orden decreciente: macrosomía fetal 13,27% (150 pacientes), desproporción cefalopélvica 9,73% (110 pacientes), sufrimiento fetal agudo 9,20% (104 pacientes), feto podálico 6,37% (72 pacientes), preeclampsia 4,16% (47 pacientes), insuficiencia útero placentaria (IUP) 3,27% (37 pacientes), taquicardia fetal 3,19% (36 pacientes), oligohidramnios 3,19% (36 pacientes), distocia funicular 2,92% (33 pacientes), ruptura prematura de membranas (RPM) 2,57% (29 pacientes), bradicardia fetal 2,48% (28 pacientes), pelvis estrecha 2,30% (26 pacientes), expulsivo prolongado 2,21% (25 pacientes), feto en transverso 2,12% (24 pacientes), embarazo gemelar (múltiple) 1,59% (18 pacientes), condilomatosis 1,59% (18 pacientes), mala actitud de presentación 1,50% (17 pacientes), inducción fallida 1,33% (15 pacientes), trabajo de parto disfuncional 1,06% (12 pacientes), desprendimiento prematuro de placenta (DPP) 0,97% (11 pacientes), feto en oblicuo 0,88% (10 pacientes).

**Conclusiones:** La prevalencia de cesáreas en el Hospital Vitarte de Ate en el año 2014 fue 31,63%, superando el 29,35% del año 2013. Se evidenció una gran heterogeneidad de diagnósticos operatorios, siendo los más frecuentes:

Cesárea anterior con 20,35% (230 pacientes), seguido por las siguientes indicaciones en orden decreciente: macrosomía fetal 13,27% (150 pacientes), desproporción cefalopélvica 9,73% (110 pacientes), sufrimiento fetal agudo 9,20% (104 pacientes), feto podálico 6,37% (72 pacientes), preeclampsia 4,16% (47 pacientes) entre los más importantes. Se halló un alto número de cesáreas de tipo urgente: 62,12% (702 pacientes) superando la tasa de incidencia de cesáreas electivas: 37,88% (428 pacientes).<sup>(9)</sup>

**Gonzales Valdivia, Martha Del Pilar** en su trabajo realizado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2014, con el **Objetivos:** Conocer las indicaciones que determinan un parto por cesárea, así como su frecuencia y las características de las pacientes en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Comas-Lima Perú durante el período 2014. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 338 casos de cesárea en dicho hospital. La información fue recolectada principalmente del registro de sala de operaciones y de las Historias Clínicas respectivas, para lo cual se empleó una ficha de recolección de datos. Los resultados se analizaron en el programa informático Microsoft Office Excel 2010. **5 Resultados:** Se encontró una frecuencia de la operación cesárea de 42,07%. Las principales indicaciones de cesárea fueron: Cesárea Anterior con 24.26%; Desproporción Céfalo-Pélvica con 16.57%; Pre-eclampsia o Eclampsia con un 10.95%; Macrosomía Fetal con 9.47% y Ruptura Prematura de Membranas con 8.87%. **Conclusión:** Las indicaciones de cesárea por causa materna fueron las más frecuentes representando 63.02% del total y dentro de éstas la cesárea anterior fue la principal causa con 24.26%. La frecuencia de la operación cesárea fue de 42,07%, cifra superior a lo recomendado por la OMS que es un 10-15%.

(10)

**Jáuregui Calle, María Paz** en su trabajo realizado en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo en el año 2012, con el **Objetivos:** Principales causas de Cesárea **Material y Método:** Es un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se realizó en la fundación Pablo Jaramillo. La población a ser estudiada serán todas las mujeres embarazadas, en quienes se indicó la necesidad de realizar cesárea. La variable a emplearse son: edad materna semanas de gestación en la que termino con el embarazo diagnostico establecido como indicación de cesárea. **Resultado:** La primera causa de cesárea fue por cesárea anterior con un 32,4% (191 casos) del total del universo, luego el sufrimiento fetal agudo con un 8%( 47 casos), la desproporción céfalo pélvica con un 7,8% (46 casos),la dilatación estacionaria con un 7,3% (43 casos),los trastornos hipertensivos del embarazo con un 7,3% (43 casos),la distocia de presentación con un 6,4% (38 casos), la ruptura prematura de membrana con un 4,1% (24 casos), la cesárea iterativa 1 con un 3,4% (20 casos), las distocias Oseas con un 3,1% (18 casos) y la macrostomia fetal con un 2% (12 casos), **Conclusión:** La cesárea anterior fue la principal causa de cesárea en la población atendida en la Fundación Pablo Jaramillo durante el 2011. Las causas fetales estuvieron en segundo lugar causas maternas no presentaron mayor prevalencia en esta población. <sup>(11)</sup>

### 2.1.2 BASES TEÓRICAS

**CESAREA EN LA HISTORIA:** La cesárea es uno de los procedimientos más utilizados conocido por la humanidad desde la antigüedad. La extracción del feto a través de las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía), es practicada por el hombre desde la prehistoria. Magia, leyenda, misterio, sangre y muerte, son palabras que se grabarían en la historia de la operación cesárea desde su origen hasta el ocaso de la era moderna. <sup>(12)</sup>

Etimológicamente, el nacimiento de una criatura por corte de las paredes abdominales viene del verbo latino caedere (cortar). A los recién nacidos por esa vía se les llamaba cesones o cesares en la Roma Imperial, precisamente debido a la indicación de la operación. Sin embargo, el verdadero origen del término cesárea es indefinido siendo objeto de múltiples y discutibles versiones.<sup>(12,13)</sup> Se han sugerido tres explicaciones principales:

La primera explicación, y la más popular de todas, se desprende del nacimiento de Cayo Julio César (101-44 a.n.e), quien según Gaius Plinius Secundus (Plinio el Viejo 23-79) vino al mundo y llevó su nombre por el útero escindido de su madre. Varias circunstancias debilitan ésta hipótesis. En primer lugar, el hecho de que Aurelia viviera muchos años después del alumbramiento en el año 100 a.c. y hasta el siglo XVII la intervención quirúrgica era casi invariablemente letal, relacionándola más bien con el mito del “parto inmaculado” con el que se hacía nacer a los dioses en muchas culturas de la antigüedad. En segundo lugar, el procedimiento efectuado en mujeres vivas o muertas, no se menciona en escrito médico alguno antes de la Edad Media.<sup>(12,13,14)</sup>

La segunda explicación al posible origen de su nombre derivaba de la llamada Lex Regia o “Ley del Rey” de Numa Pompilio, soberano de Roma entre los años 715 y 773 a.n.e.; ley que bajo los Césares habría tenido el apelativo de cesárea, y que imponía que se realizara el procedimiento en mujeres que morían en las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al feto. <sup>(12,13,14)</sup>.

A pesar de las referencias existentes en la mitología griega, así como en textos hindúes y hebreos, y tomando en cuenta que en la época de Numa Pompilio no se consideraba ser humano al feto por nacer, es muy probable que la cesárea post-mortem no fuera práctica común hasta una época más avanzada del cristianismo, hecho que queda demostrado



cuando ni Hipócrates de Samos (460-377 a.n.e), Aurelius Cornelius Celsus (2a.n.e-50 n.e), Sorano de Éfeso (98-138), o Claudius Galeno (131-201) la mencionaron dentro de sus obras. <sup>(12)</sup>

La tercera explicación es que la palabra cesárea se originó en algún momento de la Edad Media a partir del verbo latino caedere, el cual significa cortar. Esta explicación parece muy lógica; pero no se sabe con exactitud cuándo se aplicó por primera vez para referirse a dicho procedimiento. Puesto que corte proviene del verbo latino seco, que también significa cortar, la denominación operación cesárea parece tautológica, por lo cual se usa la de cesárea. <sup>(13)</sup>

El primer dato que se tiene de una mujer que sobrevivió a una cesárea fue en Alemania en 1500: Se cree que Jacob Nufer, un castrador de cerdos, le hizo esta operación a su esposa Elizabeth Alice Pachín, tras una prolongada labor y ante la imposibilidad del nacimiento empleó una navaja de rasurar para abrir el abdomen de la mujer y el niño nació vivo, sin lesión alguna, posteriormente suturó la herida abdominal según costumbre veterinaria, con la sorprendente supervivencia tanto de la madre como del niño <sup>(12,13,14)</sup>. La madre tuvo 5 hijos más, lo que pudiera señalarse como uno de los primeros partos vaginales después de una cesárea, aspecto que en la actualidad cobra vigencia y defensores. <sup>(14)</sup>

### **CESAREA EN EL MUNDO:**

La OMS (Organización Mundial de la Salud) desde la declaración de Fortaleza de 1985 recomienda que la tasa ideal de cesáreas debe oscilar entre 10 y 15% También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal.

sin embargo la distribución del porcentaje de cesáreas a nivel mundial es (como las realidades socioeconómicas y políticas) extremadamente desigual y oscila entre el déficit y el exceso. Por ejemplo, 33 países (24% del total) tienen una tasa menor de 5% que puede considerarse insuficiente (falta de acceso), considerando un 10% de tasa (también insuficiente) incluye 54 países (40% de los países). Contrasta con las cifras latinoamericanas que se ubican en el rango de exceso, para el 2012, Brasil tenía una tasa de 45,9%, México 37,8%, Uruguay 31,9%. Los países nórdicos tienen rangos entre 16% y 20%.<sup>(39)</sup>

En el mundo anualmente se realizan aproximadamente 18,5 millones de cesáreas <sup>(34)</sup>. En el estudio de Zizza y colaboradores en relación a las cesáreas a nivel mundial se usaron datos de 142 naciones y se encontró que el 47,2% de países tiene una prevalencia de cesáreas >15%, en el 27,5% de países tienen una prevalencia de alrededor del 5% al 15% y en el 25,3% de países tienen una prevalencia menor al 5% <sup>(35)</sup>. En el mismo estudio, los países de América Latina y el Caribe (20 países) tuvieron un promedio de cesáreas de 23,7%, con cifras que van desde un 3% en Haití, hasta un 41,9% en República Dominicana. <sup>(35)</sup>

En América Latina la prevalencia de cesáreas se encuentra en alrededor del 18,6% en Bolivia hasta un 30,7% en Chile, siendo la principal causa de cesáreas que la madre tenga un antecedente de cesárea previa en un embarazo anterior <sup>(36)</sup>. Pese a los grandes avances tecnológicos y la preparación de los equipos de salud, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces mayor que la de un parto vaginal <sup>(37)</sup>, además el incremento de la mortalidad neonatal en Estados Unidos luego de un nacimiento por cesárea es 1,5 veces mayor comparado con un nacimiento vaginal, sin embargo, este aumento de mortalidad se asume que se debe a una mayor existencia de embarazos de alto riesgo que culminan mediante una operación cesárea <sup>(38)</sup>.

Aunque la recomendación de la OMS sobre la cifra en relación a la prevalencia adecuada de cesáreas es del 10 al 15%, en ciertos países del mundo, entre ellos países de África, Asia, Latino América y el Caribe existe un déficit de 3,18 millones de procedimientos al año, las cuales tendrían un costo de 432 millones de dólares aproximadamente; en el lado opuesto, en otros países se realizan 6,2 millones de cesáreas al año innecesarias, cuyo costo es de alrededor de 2,32 billones de dólares y de las cuales China y Brasil son responsables de 3,1 millones de procedimientos innecesarios <sup>(34)</sup>.

Aunque la prevalencia de cesáreas en ciertos países se encuentra dentro del rango recomendado por la OMS o incluso la prevalencia de cesáreas es menor al recomendado, 3,2 millones de cesáreas medicamente justificadas no se están realizando anualmente en 54 países del mundo, en los mismos, las tasas de cesárea fueron <10%, de los cuales 68,5% son países de África, 29,6% de Asia y un país de Latino América y el Caribe, lo cual aumenta la morbilidad materna e infantil y nos indica una posible falta de recursos para realizar el procedimiento; sin embargo el uso excesivo de este procedimiento resulta también en una mayor morbilidad materna y perinatal. <sup>(34)</sup>

## **CESÁREAS EN EL PERÚ**

Se dispone de pocos estudios que aporten una representación actualizada sobre la tasa de cesáreas y su comportamiento en el Perú.  
<sup>(15)</sup>

A sabiendas del informe de la OMS sobre las altas tasas de cesárea y aunque la intervención por cesárea sea una práctica efectiva para salvaguardar la vida materna y fetal cuando ésta sea necesaria, las tasas superiores al 10% a nivel poblacional, no han sido asociadas al decremento de las tasas de morbilidad de la mujer gestante y su

producto. El problema actual del incremento de las cesáreas innecesarias en el Perú tendría su origen en el ámbito privado, en donde se ve involucrado el aspecto económico, trayendo consigo debates sobre la repercusión en la salud reproductiva de la mujer y por otro lado los sobrecostos en exceso en el sector salud.<sup>(16)</sup>

## **DEFINICIÓN DE CESÁREA**

Cesárea es una intervención quirúrgica para el nacimiento de un bebé. El bebé se saca a través de una incisión en el abdomen de la madre. Si el feto aun no es viable, el mismo procedimiento es denominado histerotomía. Existen varios tipos: segmentaria inferior (al nivel del segmento uterino inferior), clásica (incisión en el cuerpo del útero), extraperitoneal (se entra al útero sin incidir el peritoneo) y la cesárea histerectomía (cesárea seguida de histerectomía). Otros términos empleados son de urgencia, electiva, transversal y vertical. La mayoría de las cesáreas se realiza cuando ocurren problemas inesperados durante el parto. Entre ellos se encuentran:<sup>(22)</sup>

- Problemas de salud de la madre
- Posición del bebé
- Falta de espacio para que el bebé salga a través del canal vaginal
- Signos de sufrimiento en el bebé

La operación es relativamente segura para la madre y el niño. Sin embargo, es una cirugía mayor e implica riesgos. La cesárea también requiere un período de recuperación más prolongado que el parto vaginal. Cuando cicatriza la incisión puede dejar un área más débil en la pared uterina. Esto podría causar problemas para intentar partos vaginales en el futuro. Sin embargo, más de la mitad de las mujeres que tuvieron una cesárea pueden dar a luz con un parto vaginal más

adelante. Cada vez es más importante complementar el ejercicio de la medicina con un sentido humanístico que aborde de una forma amplia la especialidad, ya que sin conocer su historia difícilmente podemos comprender la medicina actual. <sup>(31,32)</sup>

## **EPIDEMIOLOGIA.**

Durante 30 años, 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%. Para ello se han basado en la siguiente declaración hecha por un panel de expertos en salud reproductiva en una reunión organizada por la OMS en 1985 en Fortaleza (Brasil): «No hay justificación alguna para que ninguna región presente una tasa superior al 10-15%. (Organización Mundial de la Salud, 2015). La tasa de partos por cesárea ha aumentado consistentemente en todo el mundo durante los últimos 50 años, alcanzando en la actualidad cifras del 30% de los nacimientos en comparación con un 5% en los años 60, Tanto en países en desarrollo como en los países desarrollados. <sup>(18)</sup>

## **CLASIFICACIÓN DE CESÁREA:**

- **Según antecedentes obstétricos de la paciente:**

**Primaria:** Es la que se realiza por primera vez.

**Iterativa:** Es la que se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas. Este procedimiento se debe programar en lo posible a las 39 semanas de gestación. En este periodo es adecuado porque se evita el riesgo de inmadurez pulmonar fetal y se minimiza el riesgo que implica un inicio espontáneo de trabajo de parto en estas pacientes. En cuanto a la opción del parto vaginal después de cesárea previa, es deber del médico informarle a la paciente cuáles son sus opciones, y los riesgos y

beneficios que cada una de estas tiene. Es la paciente quien toma la última decisión, pero si el médico no está de acuerdo con esta, lo mejor es referirla a otro especialista. <sup>(22)</sup>

- **Según indicaciones:**

**Urgente:** Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.

**Electiva:** Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto. <sup>(22)</sup>

- **Según el tipo de incisión:**

**Corporal o clásica:** La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo. <sup>(22)</sup>

**Segmento corporal: (Beck),** la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior

del útero, anillo de retracción e histerorrافیas corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior. <sup>(22)</sup>

**Segmento arciforme o transversal: (Kerr)**, es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias. <sup>(22)</sup>

### **PRINCIPALES INDICACIONES:**

Las indicaciones pueden agruparse de diversas maneras: maternas, fetales y mixtas, según quien sea el supuesto beneficiario de la intervención; electivas, esto es, sin intentar el trabajo de parto o intraparto o de recursos emergentes, urgentes o programables, absolutas o relativas. De acuerdo con la comisión de Bioética de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) se acepta que existen indicaciones absolutas de cesáreas que no plantean problemas en la toma de decisiones por la evidencia de su necesidad; otras de justificación más discutible, son las que hoy proporcionan buena parte de la alta incidencia de cesáreas. <sup>(9)</sup>

### **INDICACIONES MATERNAS:**

**-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO:** En los casos de preeclampsia leve con embarazo a término se plantea la indicación de cesárea cuando no existe respuesta a la inducción de parto y/o hay signos de deterioro materno o fetal .En la preeclampsia severa ,es necesario terminar la gestación por riesgo materno y fetal, si no hay

condiciones para parto vaginal ,se optará por la vía abdominal ,en especial si hay signos inminentes de eclampsia o de desarrollo del Síndrome HELLP o si se trata de restricción de crecimiento fetal o bebés de peso muy bajo. <sup>(9,10)</sup>

**-COMPLICACIONES MÉDICAS ASOCIADAS:** En la mayoría de las enfermedades asociadas a la gestación se elige la vía del parto de acuerdo a la complicación obstétrica. En algunos casos, como el herpes genital reciente o activo, salvo membranas rotas más de 4 horas y en el SIDA, la intervención es mandatoria y en otros, como la diabetes mellitus complicada, cardiopatía severa, cuadro de lupus eritematoso sistémico activo, madre con sensibilización Rh, entre otras. <sup>(10)</sup>

**-CÁNCER DE CUELLO UTERINO:** Toda gestante con diagnóstico de cáncer invasivo del cuello uterino después de las 22 a 26 semanas debe ser sometida a cesárea inmediatamente se demuestre la madurez fetal. En los casos con diagnóstico histopatológico de cáncer in situ o micro invasor de cérvix, la vía de parto puede ser vaginal, limitándose la cesárea a una indicación obstétrica. <sup>(9)</sup>

**-INCISIÓN UTERINA PREVIA:** En los casos de cesárea previa, la cicatriz de la incisión en la pared uterina puede predisponer a su rotura antes o durante el trabajo de parto, por lo que, en estos casos el parto abdominal ha sido considerado como indicación casi absoluta. Sin embargo la cicatriz de una cesárea segmentaria transversa es capaz de tolerar el embarazo y el parto sin romperse. Sin embargo se debe considerar el riesgo de morbilidad o mortalidad del feto y neonato, cuando el intervalo internatal es menor de dos años, lo que no tiene que ver con la calidad de la cicatriz. <sup>(9)</sup>



## **INDICACIONES FETALES:**

**-SUFRIMIENTO FETAL:** La hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación o se espera un expulsivo prolongado. En nuestro medio, es necesario el criterio clínico del médico gineco-obstetra quien principalmente en los casos de preeclampsia, oligohidramnios, diabetes o parto prolongado, hará una evaluación con la ayuda del partograma con curvas de alerta, para tomar la decisión más apropiada.

(19)

**-MALA PRESENTACIÓN FETAL:** Los casos con feto en situación transversa en el parto o con presentación de cara mentoposterior o de frente son indicaciones de cesárea. También lo son las presentaciones cefálicas deflexionadas, cuando el progreso del parto es dificultoso, comportándose como desproporciones fetopelvicas relativas. La presentación podálica es indicación de cesárea en el parto pretérmino, principalmente si se estima un peso fetal muy bajo, por la fragilidad fetal y por el riesgo de atrapamiento de la cabeza en un cuello insuficientemente dilatado, también en los casos de presentación podálica incompleta, por el riesgo de prolapso de cordón. (19)

**-PREMATURIDAD:** La experiencia obstétrica y neonatológica indica que el feto prematuro tiene más riesgo de traumatismo obstétrico si nace por vía vaginal, más aún, si viene en podálica. Por tal motivo se recomienda que los fetos con peso menor o igual a 1 500 g deban nacer por cesárea.

(19)

**EMBARAZO MULTILPE:** Es aquél en el que dos o más bebés se desarrollan simultáneamente en el útero. Los gemelos, trillizos, cuatrillizos, quintillizos, sextillizos o septillizos, entran en esta categoría. Un embarazo de más de un embrión se lo considera fuera de lo habitual y está encuadrado dentro de los embarazos de alto riesgo, porque se apartan de lo normal. Esto no significa que tenga que complicarse Siempre, pero tienen mayor frecuencia de asociarse a algunas enfermedades o complicaciones del embarazo. <sup>(22)</sup>

**MACROSOMIA FETAL:** Es el incremento de peso corporal por encima del percentil 90 utilizando la curva del peso divergente o por encima de mayor de 400 gr. de peso la macrosomia fetal es un factor de riesgo importante para morbilidad perinatal tanto como en la madre y como en el feto. <sup>(22)</sup>

#### **ANORMALIDADES DEL PARTO:**

**-DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA:** Es una indicación frecuente de cesárea. Así un bebé pequeño puede, durante el trabajo de parto, salvar la desproporción relativa, a menos que la deformidad pélvica sea extrema. Por otro lado, la pelvis aparentemente normal puede resultar pequeña para un bebé macrosómico o con la cabeza reflexionada. Las primigestas que inician el trabajo de parto con la presentación flotante, probablemente presenten un estrecho superior contraído .En caso de compromiso del estrecho medio, con bebé grande, la cesárea está indicada si la cabeza no desciende luego de una prueba de 29 trabajos de parto. Los casos de contracción del estrecho inferior usualmente tienen confirmación durante el segundo periodo del parto. <sup>(9)</sup>

**-DISTOCIA:** También se define como parto anormal en el que al analizar las características de la gestante, no se presupone un parto vaginal seguro. La desproporción cefalopélvica es una de sus causas. La inercia o disfunción uterina es la otra explicación de la distocia y suele corregirse mediante el uso de oxitócicos. Sin embargo, la diferencia entre ambas requiere el juicio adecuado del gineco-obstetra. La distocia ha sido la primera razón de indicación de cesárea repetida. El partograma es el instrumento que ayuda a diagnosticar la inercia o la disfunción uterina. <sup>(9)</sup>

**-INDUCCIÓN FALLIDA DEL TRABAJO DE PARTO:** En casos indicados de inducción por riesgo materno fetal puede haber falta de respuesta o, una vez iniciado el parto inducido, este no progresa, lo que requerirá la culminación del embarazo por cesárea. <sup>(9)</sup>

**-FORCEPS O VACUUM EXTRACTOR FALLIDOS:** La aplicación del fórceps y de la ventosa o vacuum requiere el cumplimiento de ciertas indicaciones y condiciones para el uso del parto instrumentado. La experiencia institucional nos dice que estos casos no deberían ocurrir con una evaluación más cuidadosa, no se debe insistir en el procedimiento después que se falló en la aplicación. La morbimortalidad neonatal es alta por inexperiencia o exceso de confianza del instrumentador. <sup>(9)</sup>

#### **INDICACIONES PLACENTARIAS:**

**- HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE:** Los casos de hemorragia del tercer trimestre debidos a placenta previa tienen indicación de cesárea cuando el embarazo está a término y persiste la obstrucción parcial o completa del canal cervical o cuando se presenta un sangrado importante en cualquier momento del embarazo. Las pacientes con

diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta moderada o severa deben ser sometidas a cesárea inmediatamente; cuando el desprendimiento es leve; se realizará la cesárea cuando el bebé está vivo y presenta signos de sufrimiento fetal; o cuando se considera que el parto va a demorar más de dos horas o el sangrado aumenta. <sup>(10)</sup>

**-ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:** La rotura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto está asociada con corioamnionitis y prematuridad, así como con muerte materna y perinatal. Es por esto que, en un cuadro de rotura prematura de membranas (RPM), si no hay condiciones de parto vaginal después de las 24 horas de ocurrida la RPM, si falló la inducción, o ante la presencia de corioamnionitis o de sufrimiento fetal sin trabajo de parto, se prefiere terminar la gestación por vía alta, usándose profilaxis antibiótica o en el caso de corioamnionitis, antibioticoterapia de espectro amplio. <sup>(10)</sup>

### **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.
- Pre eclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp.
- Insuficiencia cardio-respiratoria.
- Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina).
- Papiloma virus humano. <sup>(10)</sup>

## **COMPLICACIONES INTRA OPERATORIAS:**

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

- Lesiones viscerales: generalmente vesicales, más raras uretrales o intestinales.
- Hemorragias, por atonía uterina, lesión vascular, anomalías placentarias y extensiones de la incisión uterina.
- Embolismo de líquido amniótico: asociado a polihidramnios, y descompresiones bruscas. <sup>(20)</sup>

## **COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MEDIATAS:**

Son de más frecuentes presentación, en su orden:

- Endometritis: 40% en frecuencia. Riesgo aumentado en bolsas rotas, trabajo de parto prolongado, mala técnica quirúrgica y manipulaciones intrauterinas. La profilaxis antibiótica disminuye su incidencia y las complicaciones (abscesos, tromboflebitis pélvica y shock pélvico).
- Infección urinaria: 2 al 15%. Se relaciona al sondaje vesical.
- Infección de la pared abdominal: Especialmente en pacientes obesas se evita esta complicación cuidando la asepsia, la hemostasia correcta y la profilaxis antibiótica.
- Tromboflebitis: se evita favoreciendo la movilización precoz. En pacientes con várices es conveniente utilizar vendajes compresivos las primeras horas. En todas las pacientes con factores de riesgo utilizar heparina profiláctica. <sup>(20)</sup>

## **COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDÍAS:**

- Adherencias abdominales.
- Obstrucción intestinal secundaria.
- Endometriosis de la incisión uterina.
- Placenta previa o acreta en gestaciones posteriores.
- Cesárea en gestaciones posteriores.
- Rotura uterina en partos posteriores. <sup>(20)</sup>

## **RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA CESÁREA**

Originalmente fue diseñada como un procedimiento para extracción del feto en casos de urgencia, debido al aumento en la seguridad de los procedimientos quirúrgicos actualmente ha llegado a ser una técnica electiva para el nacimiento. Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos cuando son necesarias por motivos médicos. Sin embargo, los riesgos y beneficios de la interrupción del embarazo vía abdominal deben de ser considerados al momento de decidir el procedimiento. <sup>(21)</sup>

## **RIESGOS PARA LA MADRE**

La muerte materna sigue siendo el punto más importante a tener en cuenta. La cesárea tiene un mayor riesgo de muerte materna. Esto es difícil de establecer ya que la tasa de muerte materna es baja y no hay datos suficientes para poder establecer una tendencia. Por otra parte, la morbilidad asociada a la cesárea ha disminuido a nivel mundial. Las mujeres con el antecedente de una cesárea tienen mayor riesgo de tener rotura uterina, placenta previa, acreta, desprendimiento de placenta y embarazo ectópico. Hay que considerar las complicaciones quirúrgicas como como en todo acto operatorio. <sup>(21)</sup>

### 2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**Cesárea:**

Intervención quirúrgica en la que se realiza una incisión del abdomen y el útero produciéndose el nacimiento transabdominal del feto.

**Cesárea Electiva:**

Cesárea programada durante la atención prenatal.

**Cesárea de Emergencia:**

Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.

**Indicación de cesárea:**

Causas determinantes de parto por cesárea.

**Edad:**

Número de años cumplidos, la escala de medición será cuantitativa.

**Estado Civil:**

Variable cualitativa nominal, nos indicará la Situación jurídica de la gestante.

**Grado de instrucción:**

Variable cualitativa ordinal, nos indicará el nivel que se alcanza al superar determinado grado de estudio, pudiendo ser clasificado como: Analfabeta, Primaria, Secundaria y Superior.

**Paridad:** Número de partos a término; número de alumbramiento pretérmino, número de embarazos fallidos y número de hijos nacidos vivos



**CAPITULO III**  
**PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE**  
**RESULTADOS**

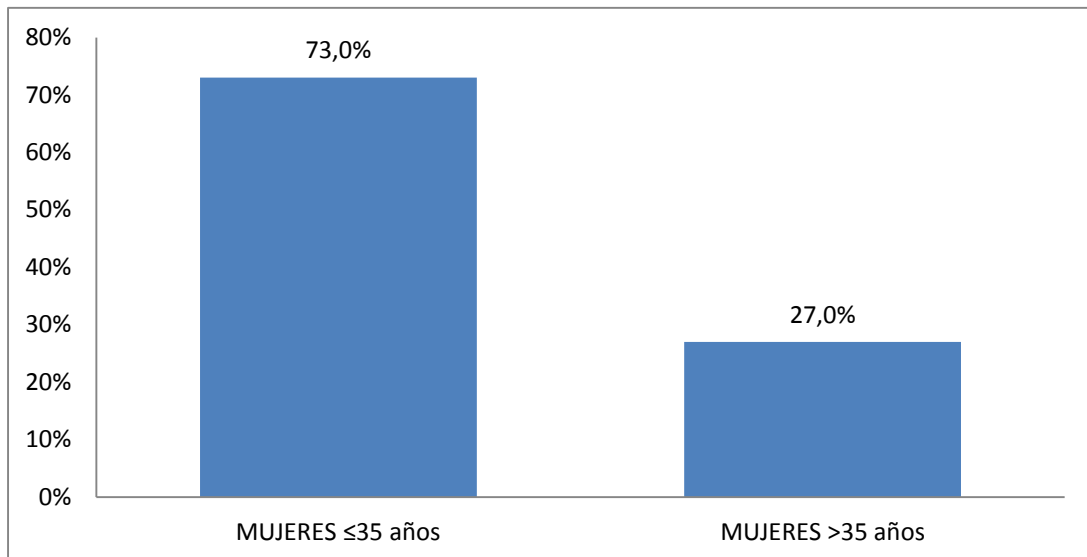
### 3.1 Presentación de resultados

**GRAFICO N° 1  
EDAD MATERNA**

<b>EDAD(AÑOS)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>≤35 años</b>	<b>124</b>	<b>73,0%</b>
<b>&gt;35 años</b>	<b>45</b>	<b>27,0%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>100%</b>

La presente tabla muestra que las edades que predominan con mayor porcentajes son las mujeres de ≤35 años con 124 casos encontrados que representa al 73.0% y con menor porcentaje se encuentra la mujeres de >35 años con 45 casos que representa al 27.0% de la población.

**GRAFICO N° 1  
EDAD MATERNA**

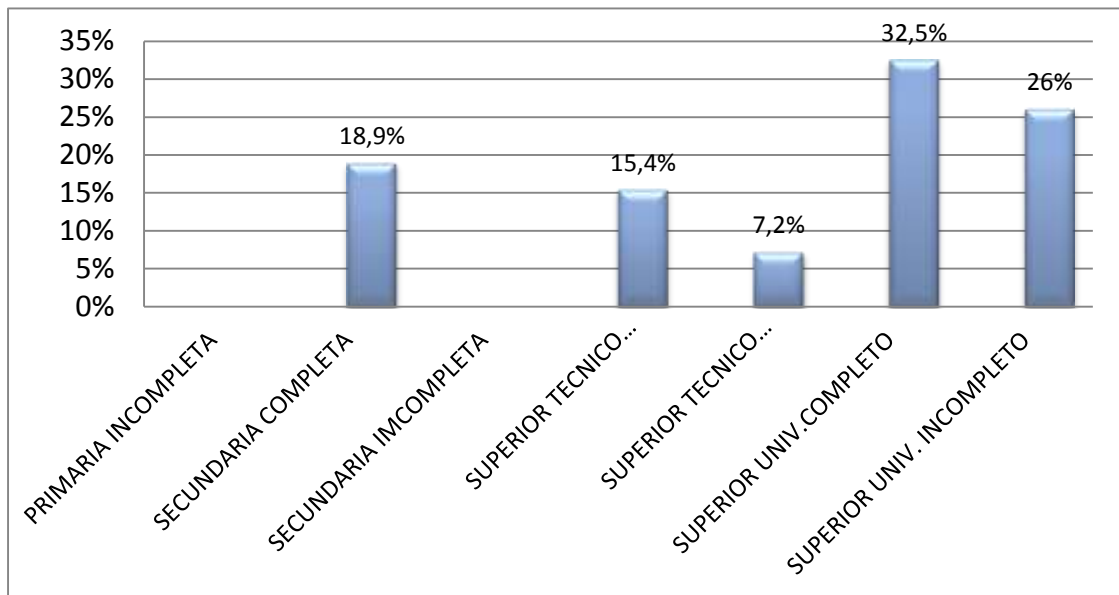


**TABLA Nº 2  
GRADO DE INSTRUCCION**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Primaria completa	0	0,0%
Primaria Incompleta	0	0,0%
Secundaria completa	32	18,9%
Secundaria Incompleta	0	0,,0%
Superior Técnico Completo	26	15,4%
Superior Técnico Incompleta	12	7,2%
Superior Univ. Completo	55	32,5%
Superior Univ. Incompleto	44	26,0%
Total	169	100%

La presente tabla muestra que el mayor porcentaje de mujeres tienen superior universitario completo con 55 casos encontrados que representan al 32,5% por el contrario se observa que el menor porcentaje de mujeres indican superior técnico incompleto con 12 casos que representa el 7,2% de la población estudiada.

**TABLA Nº 2  
GRADO DE INSTRUCCION**

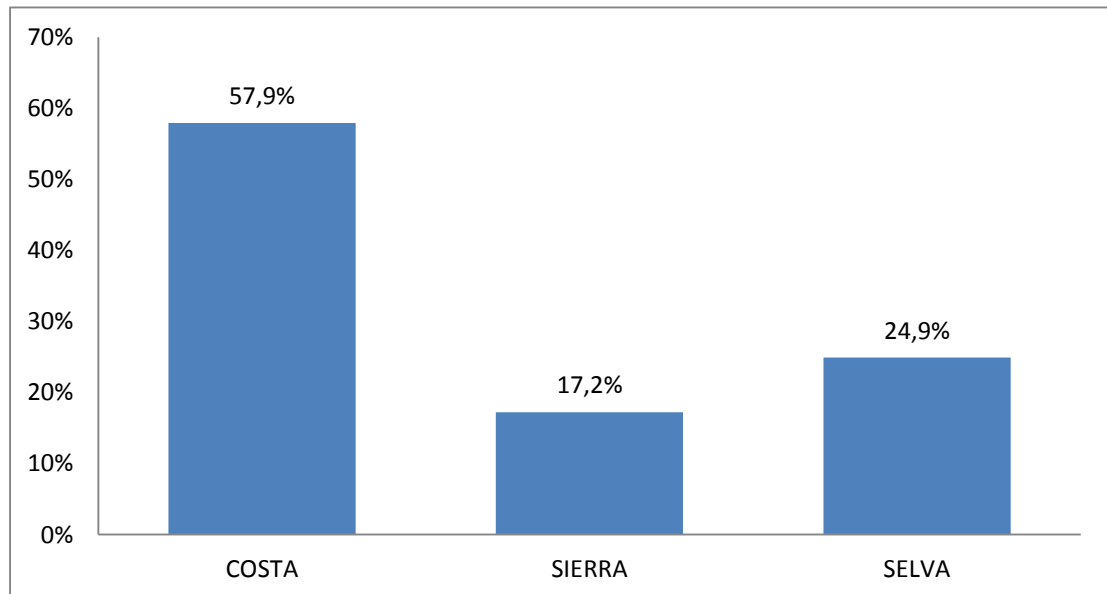


**TABLA N° 3  
PROCEDENCIA**

PROCEDENCIA	N	%
COSTA	98	57,9%
SIERRA	29	17,2%
COSTA	42	24,9%
TOTAL	169	100%

La presente tabla muestra que el mayor porcentaje de mujeres son de la costa con 98 casos encontrados que representan al 57,9% por el contrario se observa que el menor porcentaje de mujeres son de sierra con 29 casos que representa el 17,2% de la población.

**TABLA N° 3  
PROCEDENCIA**

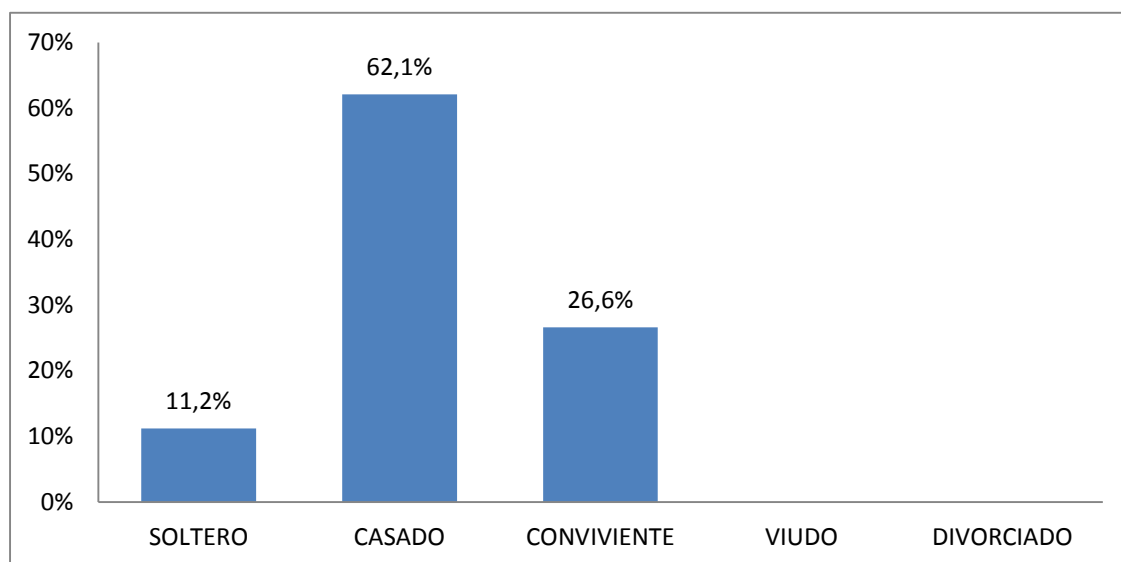


**TABLA Nº 4  
ESTADO CIVIL**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Soltero	19	11,2%
Casado	105	62,1%
Conviviente	45	26,6%
Viudo	0	0,0%
Divorciado	0	0,0%
Total	169	100%

La presente tabla muestra que el mayor porcentaje de mujeres son casadas con 105 casos encontrados que representan al 62,1% por el contrario se observa que el menor porcentaje de mujeres son solteras con 19 casos que representa el 11,2% de la población estudiada.

**TABLA Nº 4  
ESTADO CIVIL**

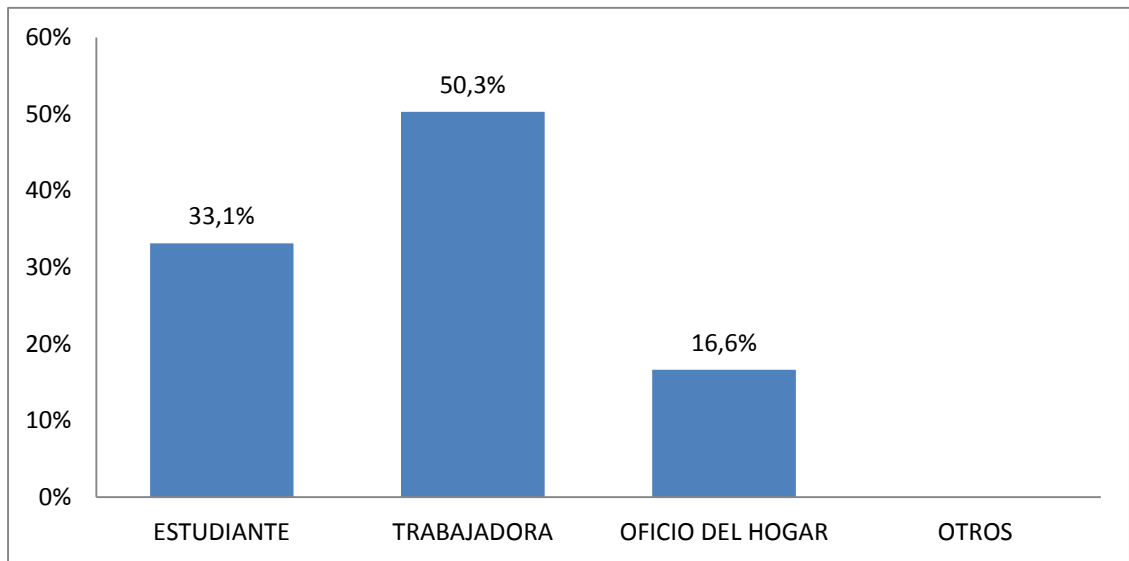


**TABLA Nº 5  
OCUPACION**

<b>OCUPACION</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Estudiante	56	33,1%
Trabajadora independientes	85	50,3%
Ama de casa	28	16,6%
Total	169	100%

La presente tabla muestra que el mayor porcentaje de mujeres son trabajadoras con 85 casos encontrados que representan al 50,3% por el contrario se observa que el menor porcentaje de mujeres son oficio del hogar con 28 casos que representa el 16,6% de la población estudiada.

**TABLA Nº 5  
OCUPACION**



**TABLA Nº 6**  
**CAUSAS MATERNAS Y FETALES**

<b>CAUSAS MATERNAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
RPM		
Decisión Personal	35	20,7%
HIE	13	7,7%
Edad	12	7,1%
Embarazo Múltiple		
Placenta Previa		
Cesareada Anterior	49	29,0%
Inducción Fallida	15	8,9%
DPP		
Embarazo Prolongado		
ITU	10	5,9%
total		79,3%

<b>CAUSAS FETALES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Distres Fetal		
DCP		
Distocia Fetal	10	5,9%
Macrosomia Fetal	25	14,8%
RCIU		
Malformaciones Fetales		
Total		20,7%

La presente tabla muestra que el mayor porcentaje de mujeres que fueron cesareadas por causa materna fue cesareada anterior con 49 casos encontrados que representan al 29,0% por el contrario se observa que el menor porcentaje de mujeres que fueron cesareadas por causa materna fue por ITU con 10 casos que representa el 5,9%, y por causa fetal fue macrosomia fetal con 25 casos encontrados que representan al 14,8% por el contrario se observa que el menor porcentaje de mujeres que fueron cesareadas por causa fetal fue por distocia fetal con 10 casos que representa el 5,9% de la población estudiada.

### 3.2 Interpretación, análisis y discusión de resultados

El constante crecimiento del número de cesáreas en el mundo durante los últimos años es considerado un problema actual, lo cual motivó a realizar un estudio con la finalidad de conocer las principales indicaciones que determinan un parto por cesárea en la Clínica Cori S.A.C en los olivos durante el Periodo 2015. Así mismo conocer la frecuencia con la cual se realiza dicha práctica y las características de la paciente cesareada. Para ello se analizaron 169 historias clínicas de pacientes que culminaron su embarazo mediante cesárea en el periodo del 2015 en la Clínica Cori S.A.C. en los olivos, de donde se obtuvo respecto a la frecuencia de cesáreas un 56.3%, cifra que se encuentra por encima del estándar internacional fijado por la OMS de 10-15%. Además es superior a las reportadas en otros estudios como, Carpio W. (Chiclayo, 2015) con una incidencia de 27.70%, por Bustamante M. y Col. (Lambayeque, 2014) con una frecuencia de 33,56%, por Pavón L. (México, 2002) con un valor de 37,2%. Si comparamos este resultado con otros estudios podemos apreciar que la frecuencia obtenida es inferior al estudio realizado por el Dr. Ceriani J. (Argentina, 2010) donde concluyó con una incidencia de cesárea de 46,3%, por Dávila G. (Quito, 2014) cuya prevalencia de cesáreas se encuentra en 50,32% y es similar al estudio realizado por Gálvez E. (Callao, 2014) con una tasa de incidencia de cesáreas en el Hospital San José del 42%, por Jáuregui M. (Cuenca, 2012) con una prevalencia de cesáreas del 43.38%

Se puede establecer esta alta frecuencia de cesáreas por la mayor cobertura de atención, así como por mejores métodos y pautas para diagnosticar distocias durante el trabajo de parto, para evitar la mortalidad de la paciente o el recién nacido; sin embargo se ha señalado la presencia de factores no clínicos, indicaciones injustificadas y cesáreas innecesarias, haciendo la salvedad que existen indicaciones definidas, claras y poco discutibles, catalogadas como absoluta. Durante los últimos años muchas cosas han cambiado, por lo cual podemos señalar dentro de estos factores algunos



ginecoobstetras que consideran el nacimiento por cesárea como una mejor opción que el parto vaginal, principalmente por motivos relacionados con mayor conveniencia en su ejercicio profesional, hecho quizá debido en nuestros tiempos a la cultura de la demanda, además porque optando por ésta, resuelven el nacimiento en minutos, mientras que el parto vaginal, podría demandar hasta 12 horas en primigestas. Así mismo la incorporación de médicos residentes en los servicios de gineco-obstetricia, quienes se encuentran en formación, puede ser otro factor que conlleva al incremento de la práctica de cesáreas. También se puede mencionar que existen pacientes que eligen la cesárea, probablemente por una utilización inadecuada del principio de autonomía y por el mayor acceso que tienen a la información (sobre todo a través de internet), argumentando mayor seguridad para su hijo y por miedo al dolor principalmente, lo cual se origina en la falsa percepción de que la cesárea es más segura que el parto vaginal, tanto para la madre como para el feto. Ante lo cual, el médico es el responsable de aconsejar a la gestante acerca de los pro y los contra de las distintas opciones, guiándose por sus conocimientos y su criterio profesional y ético. Además la gestante debería contar con adecuada preparación física y psíquica para llegar a la culminación de su embarazo de la manera más fisiológica y con el mayor bienestar materno-fetal posible, a corto y largo plazo.

En la Clínica Cori S.A.C.en los olivos, vemos que las principales indicaciones de cesárea son las debidas a causas maternas que representan un 79.3%, seguidas de las causas fetales con un 20.7%, siendo la primera indicación de cesárea la Cesárea anterior con un 29.0% del total, lo cual es comparable con el estudio realizado por Jáuregui M. (Cuenca, 2012) donde la principal indicación de cesárea fue por causas maternas con un 68.1% siendo la primera indicación la cesárea anterior con un 47.5%. Como ya se mencionó anteriormente el antecedente de una cesárea anterior, propició la práctica de una nueva cesárea hasta en un 24.26%, hecho que concuerda con otros autores quienes hallaron que la primera causa de cesárea fue la cesárea

anterior como Gonzales v, con 24,26%, Jáuregui M. (Cuenca, 2012) con 32.4% y Galvez E. (Perú, 2014) con 25,6%. Ésta indicación se encuentra en 3er lugar y en diferentes estudios hechos en Perú se encuentra en 2do lugar y 3er lugar. Sin lugar a dudas se puede decir que uno de los conflictos obstétricos más grandes es someter a trabajo de parto a una paciente que tiene una cesárea anterior. Este problema nace del postulado emitido por Edward Cragin en 1916, quien decía “una vez cesárea, siempre cesárea”, manteniéndose vigente por mucho tiempo, ya que la práctica de este procedimiento quirúrgico se encuentra vinculado dentro de las indicaciones más frecuentes en la práctica operatoria obstétrica actual, lo cual puede deberse en estos tiempos al riesgo de demandas legales y a la comodidad que implica programar la cesárea frente a la imprevisibilidad de un parto natural. Así mismo, al derecho de autonomía que la bioética actual establece para que las pacientes decidan sobre su cuerpo, en lugar de exponerse al resultado dramático y funesto de la presencia de la dehiscencia de la cicatriz uterina o de la ruptura del útero que se observa en menos del 1% así como a la pérdida neonatal. Sin embargo, se han realizado investigaciones donde se demuestra que el parto vaginal posterior a cesárea es una forma de tratamiento seguro con exitosos resultados de hasta un 70-80%, siempre y cuando se sigan los protocolos ya establecidos y la paciente reúna una serie de condiciones muy específicas para ello.

La segunda indicación de cesárea en la población estudiada fue la de Decisión personal con 20.7%, lo cual difiere de otros estudios como los realizados por Carpio W. (Chiclayo, 2015) con 21.4%.

La tercera indicación de cesárea fue Inducción fallida con un valor de 8.9%. Este hallazgo es comparable con otros autores como Bustamante M. (Lambayeque, 2014) con 12,1%.

La cuarta indicación de cesárea fue HIE con un valor de 7.7% en nuestra población, ocupando también el 3er lugar pero difiere de otros estudios como los realizados por De La Cruz Galarza, A. (Cuzco, 2004) en el Hospital

Regional quedando en 5to lugar con un valor 8,6%. Por ello la importancia de los controles prenatales adecuados, ya que constituyen una herramienta eficaz para detectar la comorbilidades existentes y posteriormente establecer su manejo.

La quinta indicación de cesárea fue Edad con un valor de 7.1% en nuestra población total.

La sexta indicación de cesárea fue ITU con un valor de 5.9% de la población total.

Las demás indicaciones de cesárea encontradas fueron: Las causas fetales de indicaciones de cesárea, siendo la primera indicación es macrosomia fetal con un valor de 14.8% de la población total y seguido Distocia fetal con un valor de 5.9%. Por otro lado, al ser intervenciones programadas, tenemos a pacientes que ingresan al hospital preparadas para una cirugía, es decir en las mejores condiciones posibles, lo cual podría verse reflejado en menores complicaciones post-operatorias, si es que comparamos con las pacientes que deben ser intervenidas de emergencia.

En lo que se refiere a las características de las pacientes que culminaron su gestación por cesárea, podemos ver que respecto a la Edad Materna de realización de este evento quirúrgico se observó con mayor frecuencia en el grupo de menores de 35 años correspondiéndole el 73.0%, muy similar a lo reportado por Davila A. cuyo mayor porcentaje de casos tuvo edades de 19 a 34 años con un 70.7% , en el estudio de Alvia K. cuyo mayor porcentaje de casos fue entre los 21 a 34 años con un 58%.

Respecto al Estado Civil, el 62.1% de las pacientes cesareadas fueron casadas, representando el mayor porcentaje en el presente estudio. El 26.6% de las pacientes fueron convivientes y 11.2% fueron solteras. Lo cual es similar a lo encontrado en el estudio de José Fernando donde el mayor porcentaje de pacientes cesareadas fueron convivientes con 54,2%.

En relación al Grado de Instrucción el mayor porcentaje de pacientes tuvo estudios superior universitario completo con un 32.5%, representaron mayor porcentajes en el presente estudio. El 26.0% de las pacientes tuvo estudio de superior universitario incompleto. El 18.9% fueron de estudio de secundaria completa. El 15.4% de las pacientes tuvo estudio superior técnico completo. El 7.2% fueron de estudio de superior técnico incompleto.

En relación a procedencia, fue de la costa con un 57.9%, representaron mayor porcentajes en el presente estudio. El 24.9% de las paciente fue de la selva. El 17.2% de las pacientes fue de la sierra.

En relación a procedencia, fue trabajadora con un 50.3%, representaron mayor porcentajes en el presente estudio. El 33.1% de las paciente fue estudiante. El 16.6% de las pacientes fue ama de casa.

## CONCLUSIONES

- Las principales indicaciones de cesárea encontradas en el presente estudio fueron: Cesárea Anterior con 29%; Decisión personal con 20.7%; Inducción fallida con un 8.9%; HIE con 7.7%; Edad con 7.1%; ITU con 5,9%; macrosomia fetal con 14,8% y Distocia Fetal con 5,9%.
- Las indicaciones de cesárea por causa materna fueron las más frecuentes en la población de estudio, representaron el 79.3% del total y dentro de éstas la cesárea anterior con un 29.0% fue la de mayor presentación.
- Las indicaciones de cesárea por causa fetal fue en la población de estudio, representaron el 20.7% del total y dentro de éstas macrosomia fetal con un 14.8% fue la de mayor presentación.

## RECOMENDACIONES

- Capacitar al personal profesional de salud de la Clínica Cori S.A.C. (Gineco-obstetras) para aplicar los protocolos establecidos en parto vaginal posterior a cesárea.
- Se recomienda una adecuada control prenatal para así disminuir las elevadas tasa de cesárea en dicha institución.
- Considerar el chance vaginal en pacientes con cesárea anterior utilizando correctamente los protocolos del partograma para así evitar complicación obstétrica.
- Incentivar en las pacientes gestantes la difusión y el conocimiento del riesgo y consecuencias que amerita una cesárea ya que se encuentra como segundo lugar como causa materna de parto por cesárea.
- Definir claramente las historias clínicas, por el personal profesional de salud el diagnostico principal para realizar la intervención quirúrgica.

## FUENTES DE INFORMACION

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima: Instituto nacional de estadística e informática; 2014.
2. Espinoza B. Manejo del embarazo cronológicamente prolongado. In V congreso del congreso de la asociación castellano Manchega de
3. ginecología y obstetricia. Alcázar de San Juan Guadalajara; 2010.
4. Jaúregui MP. Principales causas de cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero-Diciembre 2011. Tesis de bachiller. Cuenca, Ecuador. Universidad del Azuay, 2012.32pp.
5. Sardinas, A.(2005) la operación cesarea y la obstetricia de hoy Ginecol Obstetr Mex, Volumen 73,Num.3, marzo 2005 disponible en: [http://www.scielo.org.ve/pdf/gmc/v116n4/art\\_03.pdf](http://www.scielo.org.ve/pdf/gmc/v116n4/art_03.pdf) (27 de mayo de 2012)
6. Rubio JA, Müller EA. Operación cesárea. En: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/19/9789584476180.16.pdf> (fecha de acceso:20 de setiembre).
7. Gonzales Valdivia, M. indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. [tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016.
8. Santamaría Naranjo, G. indicación de parto por cesárea debido a desproporción céfalo pélvica factor fetal o macrosomía y su relación con la antropometría del recién nacido. [Disertación previa a la obtención del título de Médico Cirujano].Quito-Ecuador: Universidad católica de ecuador; 2013.
9. Paiba Samame, M. Causas de Cesáreas. [Tesis para optar el título Médico Cirujano]. Lima-Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2015.

10. Leal Mateos, M. Giacomini Carmiol, L. Resultados obstétricos y neonatales de pacientes secundigestas con antecedente de cesárea 2011,52(1):30-34.
11. Dávila Ayvar, H. Prevalencia y principales indicaciones de cesárea. [ para optar el Título de Médico Cirujano ]. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma; 2014.
12. Jauregui Calle, M. indicaciones de Cesárea [Tesis para: Optar el Título de Médico]. Cuenca-Ecuador: Universidad Zuay; 2012.
13. Ricardo Arencibia Jorge. Técnico en Información Científico-técnica y Bibliotecología. Operación Cesárea: Recuento Histórico. Departamento de Información Científica. Centro Nacional de Investigaciones Científicas. Apartado Postal 6414, La Habana, Cuba. Rev. Salud Pública. 4 (2): 170 -185, 2002.
14. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. Williams Obstetricia. Capítulo 25: Operación cesárea e histerectomía periparto. 23a Edición
15. Dr. Miguel Lugones Botell. La Cesárea en la Historia. Policlínico Docente "26 de Julio". Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(1):53-6.
16. Quispe A, Santivañez A, Leyton I, Pomasunco D. Cesareas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001 – 2008. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1): 45-50.
17. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gulmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. BJOG. 2015 Aug 24. doi: 10.1111/1471-0528-13592.
18. MedlinePlus. Cesarea. (sitio en internet). Consultado: 11 de agosto de 2012. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cesareansection.html>



19. Moreno O, Felix C. Cesarea En: Bravo A. Manual de Manibras y Procedimientos en Obstetricia.4º ed. Mexico D.F:McGraw-Hill Interamericana;2006.366-7
20. Calvas Torres, K. Factores asociados a la realización de Cesárea. [Tesis previa a la Obtención del Título de Médico General ].Loja-Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2015.
21. Oshiro E. Cesárea, tasa, indicaciones y factores de morbimortalidad materno perinatal asociados en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el periodo 2003-2005.Lima,Peru.Univesidad Peruana Cayetano Heredia;2010.
22. Santiago E. Factores asociados a complicaciones postoperatoria en pacientes sometidas a cesárea. [Tesis para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia]. Lima-Perú. Universidad de San Martin de Porres; 2011.
23. Gómez, P., Hernández, J., Martínez, J., & García, E. (n.d.). Cesárea Riesgos y Beneficios. Medigraphic.
24. Galvez L. Tasa de incidencia de cesárea. [Tesis para optar el Título Profesional Médico Cirujano]. Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2013.
25. Organización Mundial de la Salud, D. de S. R. e I. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea, 2–4.
26. Signore C, Klebanoff M. Neonatal Morbidity and Mortality After Elective Cesarean Delivery. Clin Perinatol. 2008 Jun;35(2):361-371.
27. Hemminki E, Shelley J, Gissler M. Mode of delivery and problems in subsequent births: A register-based study from Finland. Am J Obstet Gynecol. 2005;193(1):169-177.
28. Medline Plus. Cesárea. [sitio en internet]. Consultado: 11 de agosto de 2012. Disponible en:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cesareansection.html>

29. Moreno O, Félix C. Cesárea. En: Bravo A. Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia. 4° ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2006.366-7
30. Geidam, A. D., Audu, B. M., Kawuwa, B. M., & Obed, J. Y. (2009). Rising trend of caesarean section at the university of Maiduguri teaching hospital, Nigeria. *Annals of African Medicine*, 8, 127-132.
31. Gibbons, L., Belizán, J., Lauer, J., Beltrán, A., Merialdi, M., & Althabe, F. (2010). The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *WHO, Health Systems Financing*, 30, 1-47.
32. Goffinet, F., Carayol, M., Midwife, Foidart, J.-M., Alexander, S., Uzan, S., y otros. (2006). Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194, 1002-11.
33. H, D., B, R., & I, H. (2013). Multidimensional approaches to reduce rising caesarean section rate in Nizwa hospital. *Middle East Journal of Family Medicine*, 11, 4-8.
34. Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hewson, S. A., Hodnett, E. D., Saigal, S., & Willan, A. R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *The Lancet*, 356, 1375-1383.
35. Villanueva, L. (2009). Operación cesárea: una perspectiva integral. Monografía, 1-6.
36. Virgil-de Gracia, P., Savransky, R., Pérez Wuff, J. A., Delgado Gutierrez, J., & Nunez de Morais, E. (2011). Ruptura prematura de membranas. *Guia Clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia*, 1-19.
37. Visvalingam, G., Purandare, N., Cooley, S., Roopnarinesingh, R., & Geary, M. (2012). Perinatal outcome after ultrasound diagnosis of anhidramnios at term. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32, 50-53.
38. Zizza, A., Tinelli, A., Malvasi, A., Barbone, E., Stark, M., De Donno, A., et al. (2011). Caesarean section in the world: a new ecological approach. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 52, 161-173.

## **ANEXOS**



## 5.- OCUPACION

- a. Estudiante
- b. Trabajadora
- c. Oficio del hogar
- d. Otros

INDICADORES:	SI	NO
<b>CAUSAS MATERNAS</b>		
RPM		
DECISION PERSONAL		
HIE		
EDAD		
EMBARAZO MULTIPLE		
PLACENTA PREVIA		
CESAREADA ANTERIOR		
INDUCCION FALLIDA		
DPP		
EMBARAZO PROLONGADO		
ITU		
OTROS		
<b>CAUSAS FETALES</b>		
DISTRES FETAL		
DCP		
DISTOCIA FETAL		
MACROSOMIA FETAL		
RCIU SEVERO		
MALFORMACIONES FETAL		
OTROS		

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TITULO DEL PROYECTO:** CAUSAS DE INDICACIONES DE CESAREA EN LA CLINICA CORI S.A.C, LOS OLIVOS EN EL AÑO 2015.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			VARIABLE	INDICADORES	
<p><b><u>PROBLEMA PRINCIPAL</u></b></p> <p>¿Cuáles son las causas de indicaciones de cesárea en la Clínica Cori S.A.C, Los Olivos en el año 2015?</p>	<p><b><u>OBJETIVO GENERAL</u></b></p> <p>Identificar las causas de indicaciones de cesárea en la Clínica Cori S.A.C, Los Olivos en el año 2015?</p>	<p><b><u>HIPÓTESIS GENERAL</u></b></p> <p>La presente investigación no amerita el planteamiento de hipótesis por el carácter descriptivo del estudio.</p>	<p style="text-align: center;"><b>CAUSAS DE INDICACIONES DE CESAREA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RPM</li> <li>• DECISION PERSONAL</li> <li>• HIE</li> <li>• EDAD</li> <li>• PLACENTA PREVIA</li> <li>• CESAREADA ANTERIOR</li> <li>• INDUCCION FALLIDA</li> <li>• DPP</li> <li>• EMBARAZO PROLONGADO</li> <li>• ITU</li> <li>• EMBARAZO MULTIPLE</li> <li>• OTROS</li> </ul>	<p><b>Diseño de investigación:</b></p> <p><b>Tipo:</b> descriptivo, retrospectivo, corte transversal.</p> <p><b>Población:</b> gestantes con indicaciones de cesárea y resultado neonatal en la clínica cori S.A.C. en el año 2015?</p> <p><b>Muestra:</b> estuvo conformada por 169 cesareadas durante el año 2015.</p>
<p><b><u>PROBLEMAS SECUNDARIOS</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuáles son las causas maternas de indicaciones de cesárea en la clínica en la Clínica Cori S.A.C.</li> <li>• Cuáles son las causas fetales de indicaciones de cesárea en la clínica en la Clínica Cori S.A.C.</li> </ul>	<p><b><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar las causas maternas de indicaciones de cesárea en la Clínica Cori S.A.C.</li> <li>• Determinar las causas fetales de indicaciones de cesárea en la Clínica Cori S.A.C.</li> </ul>		<p style="text-align: center;"><b>CAUSAS FETALES DE INDICACIONES DE CESAREA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SFA</li> <li>• DCP</li> <li>• DISTOCIA FETAL</li> <li>• MACROSOMIA FETAL</li> <li>• RCIU SEVERO</li> <li>• MUERTE FETAL</li> <li>• OTROS</li> </ul>	<p><b>TECNICA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de Historias clínicas.</li> <li>• Libro de S.O.P</li> </ul> <p><b>INSTRUMENTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de chequeo</li> </ul>

