



**UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” – FILIAL ICA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN EL
HOSPITAL DE ATENCIÓN GENERAL II-1 CANGALLO “JUAN FUKUNAGA
SOYAMA” ABRIL 2016 – MARZO 2017**

PRESENTADO POR:

TRIFFANE BRISSET CUYA ROMANI

PLAN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

ICA – PERÚ

2017

DEDICADO A:

Dios por darme la vida y el que me da fuerzas para seguir adelante con la humildad de mi corazón, dedico mi trabajo a mis padres que ha sabido guiarme con buenos valores, sentimientos y hábitos, la cual me han ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

AGRADEZCO A:

Dios por guiarme en mi camino y a mis padres por protegerme siempre y estar con migo en los buenos y malos momentos.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al parto por cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo en gestantes atendidas en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017 sobre una población de 1200 gestantes y una muestra de 124 gestantes.

Resultados: La frecuencia de cesáreas en el Hospital de atención general II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” de 30.6%. Las causas maternas por orden de frecuencia que fueron motivo para la cesárea son: Cesárea segmentaria previa, Desproporción Céfalo-pélvica, Pre eclampsia-eclampsia, Herpes genital activo y Distocias dinámicas refractarias a manejo médico. Las causas fetales por orden de frecuencia que fueron motivo para la cesárea son: Sufrimiento fetal agudo, Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., Distocias de posición persistente, Macrosomía Fetal. Las causas ovulares por orden de frecuencia que fueron motivo para la cesárea son: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, Placenta previa oclusiva total, Prolapso de cordón con feto vivo, RPM con infección ovular. Los factores de riesgo por orden de frecuencia que fueron motivo para la cesárea son: Sufrimiento fetal agudo, Cesárea segmentaria previa, DPP normoinserta, RPM con infección ovular, Desproporción Céfalo-pélvica Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., Placenta previa oclusiva total, Distocias de posición persistente, Pre eclampsia-eclampsia, Prolapso de cordón, Macrosomía Fetal, Herpes genital activo, Distocias dinámicas refractarias a manejo médico.

Palabras clave: Factores de riesgo asociados, parto por cesárea.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with cesarean delivery in the General Attention Hospital II-1 Cangallo "Juan Fukunaga Soyama" April 2016 - March 2017.

Material and methods: Descriptive, observational, cross-sectional, retrospective study in pregnant women attended at the General Attention Hospital II-1 Cangallo "Juan Fukunaga Soyama" April 2016 - March 2017 on a population of 1200 pregnant women and a sample of 124 pregnant women.

Results: The frequency of cesareans in the general care hospital II-1 Cangallo "Juan Fukunaga Soyama" of 30.6%. The maternal causes in order of frequency that were the reason for caesarean section are: Previous segmental caesarean section, Cephalopelvic disproportion, Pre-eclampsia-eclampsia, Active genital herpes and Dynamic dystocia refractory to medical management. The fetal causes in order of frequency that were the reason for cesarean section are: Acute fetal distress, Fetal weight between 1000 and 1500 gr., Persistent position dystocia, Fetal macrosomia. The ovular causes in order of frequency that were the reason for the caesarean are: premature detachment of normoinserta placenta, total occlusive placenta, cord prolapse with live fetus, PROM with ovular infection. The risk factors in order of frequency that were the reason for cesarean section are: Acute fetal distress, Anterior segmental caesarean section, PND normoinserta, RPM with ovular infection, Cephalo-pelvic disproportion Fetal weight between 1000 and 1500 gr., Total occlusive placenta previa, Disorders of persistent position, Pre eclampsia-eclampsia, Cord prolapse, Fetal Macrosomia, Active genital herpes, Dynamic dystocia refractory to medical management.

Key words: Associated risk factors, cesarean delivery.

	Pág
ÍNDICE	
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	viii

CAPÍTULO: I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática	9
1.2. Delimitación de la investigación	11
1.3. Formulación del problema	11
1.3.1. Problema principal	11
1.3.2. Problemas secundarios	11
1.4. Objetivos	12
1.4.1. Objetivo general	12
1.4.2. Objetivo específico	12
1.5. Hipótesis de la investigación	13
1.5.1. Hipótesis General	13
1.5.2. Variables	13
1.5.3. Operacionalización de la variable	14
1.6. Metodología de la investigación	16
1.6.1. Tipo de investigación	16
1.6.2. Nivel de investigación	16
1.6.3. Método	16
1.7. Población y muestra	16
1.7.1. Población	16
1.7.2. Muestra	16
1.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	17

1.8.1. Técnica	17
1.8.2. Instrumento	17
1.8.3. Técnica de análisis de datos	17
1.9. Justificación e importancia de la investigación	18
Ética de la investigación	19

CAPÍTULO: II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	20
2.2. Bases teóricas	26
2.3. Definición de términos básicos	35

CAPÍTULO: III PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICO	39
3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	45
3.3. CONCLUSIONES	49
3.4. RECOMENDACIONES	50
3.5. FUENTES DE INFORMACIÓN	51
Anexos	55
-Matriz de consistencia	56
-Modelo de instrumento	57

INTRODUCCIÓN

Un alarmante y galopante aumento de la frecuencia de la operación cesárea se ha observado en Latinoamérica y en gran parte del planeta en los últimos años. Actualmente, la operación cesárea es la intervención quirúrgica más frecuente del mundo y constituye una de las operaciones más antiguas de la humanidad y una de las más practicadas en la actualidad.

Diversas son las razones para explicar este aumento. Dentro de las causas que podrían explicar la mayor frecuencia de la indicación de cesárea podríamos encontrar: desarrollo de mejor técnica operatoria y anestésica, mayor cantidad de profesionales con buena formación y destreza en la técnica quirúrgica, mayor conocimiento de patologías que condicionan un embarazo de alto riesgo, mejor vigilancia y monitorización del trabajo de parto, práctica de una medicina defensiva desde el punto de vista médico-legal, mayor número de cesáreas electivas solicitadas por las pacientes.

El incremento injustificado de la cesárea eleva los costos hospitalarios y puede comprometer el futuro obstétrico de la mujer por la existencia de una cicatriz en el útero. Esta se asocia con una incidencia de infecciones entre el 8% y el 27%, mientras que en el parto vaginal es del 2% al 3%.

Los índices de transfusión debido a hemorragias en mujeres con cesárea alcanzan del 1% al 6%. La morbilidad materna es 5 a 10 veces mayor en la operación cesárea y la mortalidad es 2 a 4 veces mayor con relación al parto vaginal. Respecto a mortalidad perinatal, debe analizarse con cuidado la posible relación inversa entre número de cesáreas y mortalidad perinatal. Sin duda que la operación cesárea ha contribuido a la disminución de la misma, no obstante, otras acciones obstétricas, neonatales y de salud pública también lo han hecho.⁽¹⁾

La investigación se diseñó sobre el propósito de conocer la frecuencia de partos por cesáreas en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama”, así como conocer las principales indicaciones de este procedimiento.

CAPÍTULO: I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La OMS envió un pronunciamiento en que recuerda que lo ideal es mantener una tasa de cesáreas entre el 10% y el 15% de todos los nacimientos. El documento aclara que las cesáreas sí son eficaces para salvar la vida de la madre y del bebé o para evitar enfermedades o complicaciones, pero esos casos no son tan frecuentes.⁽¹⁾

A nivel mundial; antes de 1960, la frecuencia de cesárea era inferior al 5%; en la actualidad, la frecuencia oscila entre un 20 a 25% en los servicios públicos de salud y mayor, al 50%, en el sistema privado. En Estados Unidos la tasa de cesáreas creció rápidamente en los años 70 a 80 y se estabilizó en alrededor del 21% para 1998. España en los hospitales públicos expone el 18%, mientras que en las clínicas privadas el 28%. China reporta una tasa tan alta como el 40% en el 2007.⁽¹⁾

A nivel latinoamericano; En Cuba, México, Uruguay y Argentina, el promedio fue de más de 23% en el año 2007.⁽¹⁾

A nivel del Perú: De la misma forma se ha visto una tendencia al incremento en nuestro país. Según ENDES 2014 Perú, la tasa de cesáreas se incrementó de 21,4% a 26,5% entre los años 2009 y 2013.⁽²⁾

Al desagregar la cifra por características de la madre, se revelan importantes contrastes. Se observó que las cesáreas se realizaron en el 49,4% entre las mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza, 43,3% entre aquellas con educación superior, 41,7% que pertenecen al cuarto quintil de riqueza y 32,7% entre las que tuvieron el primer nacimiento.

De acuerdo con el ámbito geográfico, fue 44,6% en Tumbes, 39,3% en Lima Metropolitana y 38,2% en Lambayeque. Por otro lado, se mantiene en niveles bajos entre las mujeres ubicadas en el quintil inferior de riqueza (8,9%) y con el sexto o posterior nacimiento (9,6%); y por ámbito geográfico, en el departamento de Amazonas (10,6%) y en el área rural (11,5%) en Amazonas, y en Ayacucho el porcentaje de cesáreas es de 25%.⁽³⁾

Pese a que la cesárea, como procedimiento, tiene un alto grado de seguridad, esta sigue siendo una cirugía con los riesgos propios como: aumento del sangrado, infecciones de herida operatoria, daño accidental al intestino y/o vejiga, reacción adversa a medicamentos, muerte materno-fetal (muy poco frecuente) y posibles daños al neonato. Además de tener presente las implicaciones médico-legales que obligan a justificar plenamente los riesgos de la ejecución de este procedimiento.

Puesto a que la cesárea fue incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño, se ha ido incrementando en las últimas décadas a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se considera un problema de salud pública por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida.⁽⁴⁾

El Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” atiende a pacientes de toda la región, así como referencias de provincias cercanas y alejadas, realizándose cesáreas con suma frecuencia.

Es por ello es que se desea conocer la realidad de este procedimiento en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” que

ayudará a conocer la problemática para tener en cuenta en futuras indicaciones.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

-Delimitación espacial: El estudio se desarrolló en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” en Cangallo Ayacucho.

-Delimitación temporal: La investigación se realizó sobre registros históricos de pacientes atendidos en el Hospital de abril 2016 a marzo 2017.

-Delimitación social: Paciente que presentaron parto por cesárea en dicho periodo de tiempo.

-Delimitación conceptual: Investigar frecuencias y causas de las cesáreas en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama”.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto por cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

1. ¿Cuál es la frecuencia de gestantes sometidas a operación cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017?
2. ¿Cuáles son las causas maternas asociadas a la indicación de cesárea Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017?

3. ¿Cuáles son las causas fetales asociadas a la indicación de cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017?
4. ¿Cuáles son las causas ovulares asociadas a la indicación de cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVOS GENERAL

- Determinar los factores de riesgo asociados al parto por cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017

1.4.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Estimar la frecuencia de gestantes sometidas a operación cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017.
- II. Identificar las causas maternas asociadas a la indicación de cesárea Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017.
- III. Identificar las causas fetales asociadas a la indicación de cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017.
- IV. Identificar las causas ovulares asociadas a la indicación de cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL

La prevalencia de cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017 es mayor al 20%

1.5.2. VARIABLES

1.5.2.1. Variable dependiente

- Partos por cesárea

1.5.2.2. Variables independientes

-Factores de riesgo

- Causa maternas
- Causas fetales
- Causas ovulares

1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	FUENTE
Parto por cesárea	Intervención quirúrgica cuyo objetivo principal es la extracción, del feto del útero de su madre cuando por vía vaginal esto se torna riesgoso	Parto abdominal	Frecuencia	SI NO	HC
VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	FUENTE
Factores de riesgo	Circunstancias que imposibilitan un parto eutócico	Causas	Causas Maternas	-Desproporción Céfalo-pélvica, -Herpes genital activo, Cardiopatía descompensada, -Pre eclampsia-eclampsia, -Una cesárea segmentaria previa, -Distocias dinámicas refractarias a manejo médico, -Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración, -Embarazo Prolongado.	HC

			Causa fetales	<ul style="list-style-type: none"> -Embarazo múltiple -Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., -Sufrimiento fetal agudo -Distocias de posición persistentes, -Macrosomía Fetal -Anomalías congénitas, -Restricción del crecimiento intrauterino, -Bienestar fetal ante parto comprometido 	HC
			Causas ovulares	<ul style="list-style-type: none"> -Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, -Placenta previa oclusiva total. -Prolapso de cordón con feto vivo, -Oligohidramnios severo, -RPM con infección ovular, -Polihidramnios Severo 	HC

1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, pues no se modifican las variables, analítica porque tiene dos variables.

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Correlacional, transversal, retrospectiva.

1.6.3. MÉTODO

Comparativo

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA

1.7.1. POBLACIÓN

Pacientes atendidos por parto por cesárea desde abril del 2016 a marzo del 2017 en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” que son 1200.

1.7.2. MUESTRA

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

$$N = 1200$$

$$p = 0.1 \text{ proporción de cesáreas}$$

$$q = 1 - 0.1 = 0.9$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{1200 (1.96)^2 (0.1) (0.9)}{(0.05)^2 (1200-1) + (1.96)^2 (0.1) (0.9)}$$

N= 124 partos.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Paciente con historia clínica completa

Paciente con parto por cesárea

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con historias clínicas incompletas

Pacientes cuyo parto no fue por cesárea

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICA

Documental pues se estudió sobre los datos registrados en la historia clínica. Los datos fueron obtenidos por la investigadora a fin de evitar sesgos.

1.8.2. INSTRUMENTOS

Se empleó una ficha de recolección de datos donde se consignaron los valores de las variables. Esta ficha está diseñada a fin de obtener los datos tal como se utilizan para la elaboración de tablas, facilitando la tabulación de los mismos.

1.8.3. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS v23 de donde se obtuvieron las tablas para su respectivo análisis, y los gráficos fueron procesadas en el programa Excel. La estadística a emplear fue inferencial.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

JUSTIFICACIÓN

El conocer que la realización de la operación cesárea se ha incrementado en todo el mundo, subestimándose de esta forma la capacidad natural de la mujer para parir y de esta forma aumentar las probabilidades de complicaciones al someterlas a un riesgo anestésico y quirúrgico, ha sido el motivo de constantes trabajos de investigación. Teniendo como problema cual son los factores causales de las indicaciones de cesárea, y si realmente estos han sido justificables desde el punto de vista médico.

Por todo lo mencionado, el objetivo del presente trabajo es conocer nuestra realidad hospitalaria con respecto a la cesárea, determinando sus indicaciones más comunes, y compararlos con distintos trabajos realizados en el Perú y el mundo.

IMPORTANCIA

La alta frecuencia de cesáreas ya se considera un problema de salud pública y se sospecha que esta situación se va a agravar en los siguientes años. La razón para este incremento es compleja y parece estar relacionada con varias causas como la seguridad que ofrece la operación cesárea, que ocasiona complacencia del médico y la paciente, falta de experiencia en los obstetras jóvenes, temor a problemas médico legales y presión de la paciente al médico.

Otras causas que influyen son la edad, índice de masa corporal, enfermedades concomitantes con embarazo y mala práctica obstétrica.

La investigación develará la realidad en Ayacucho específicamente en el Hospital de Cangallo, y con dichos resultados socializar sobre dicho procedimiento y mejorar los índices de este procedimiento.

ÉTICA:

Los datos obtenidos serán confidenciales, para ello se identificó cada historia clínica con un número, y los resultados solo serán de utilidad para la investigación analizándose en forma global.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes Internacionales

Vélez Perez E. (2013). Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de Gineco Pediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. México. Resultados: Se incluyeron 654 expedientes clínicos, 327 de mujeres sometidas a cesárea (casos) y 327 de mujeres de parto por vía vaginal (controles). Los factores de riesgo asociados: Nuliparidad RM 7.57, IC: 4.52 – 12.67, p 0.000; Cesárea previa RM 40.16, IC: 9.48 – 170.07, p 0.000; Peso Materno mayor o igual a 80 kg RM 1.72, IC: 1.04 - 2.83, p 0.0212; factor protector: inductoconducción, RM 0.12, IC 0.05 – 0.23, p 0.000. Conclusiones: La operación cesárea está asociada a la nuliparidad, cesárea previa y peso materno mayor o igual de 80 kilogramos.⁽⁵⁾

Librero J. (2014). Porcentaje de Cesárea en Mujeres de Bajo riesgo: un indicador útil para comparar Hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. España. Resultados: un total de 117.589 (58,4% del total) partos fueron identificados como de bajo riesgo. El porcentaje de cesáreas en este subgrupo fue del 11,9% (24,4% para el total) con un rango entre hospitales del

7,0% al 28,9%. El porcentaje de cesáreas en bajo riesgo y total se correlacionaron fuertemente ($r=0,88$). El ajuste de los riesgos remanentes en la población de bajo riesgo no alteró el efecto hospital sobre el porcentaje de cesáreas. Conclusiones: el porcentaje de cesáreas en partos de bajo riesgo incluye un alto volumen de partos, correlaciona con el indicador bruto y los riesgos remanentes no están influidos diferencialmente por los hospitales, siendo útil para monitorizar la calidad de la atención obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. ⁽⁶⁾

Paz Jáuregui M. (2014). Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero – diciembre de 2011. Ecuador. Resultados: La primera causa de cesárea fue la cesárea anterior con un 32.4%, luego el sufrimiento fetal agudo con un 8%, desproporción céfalo - pélvica con un 7.8%, dilatación estacionaria con un 7,3%, trastornos hipertensivos del embarazo con 7.3%, distocias de presentación con un 6.4%, ruptura prematura de membranas con un 4.1%, cesárea iterativa 1 con un 3.4%, distocias óseas con un 3.1% y Macrosomía fetal con un 2%. Conclusión: La cesárea anterior fue la principal causa de cesárea en la población atendida en la Fundación Pablo Jaramillo durante el 2011. ⁽⁷⁾

Maimoona H, et al. (2014), realizan su trabajo Prevalencia e Indicaciones de cesárea segmentaria transversal en un Hospital Docente. Es un estudio transversal llevado a cabo en el Departamento de Obstétrica y Ginecología en un periodo de un año en el Hospital Docente de Lahore-Pakistán. Resultados: La prevalencia de cesárea en la población estudiada fue 21,40%; siendo la causa más común para la indicación de la cesárea: la cesárea anterior (22,76%), seguido por falla en el progreso de labor de parto (18,29%), sufrimiento fetal (15,44%) y la presentación de nalgas (14,25%), respectivamente. Concluyendo que el incremento de la prevalencia de cesárea se debió principalmente a la cesárea anterior. ⁽⁸⁾

Antecedentes Nacionales

Bustamante J. (2014). Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010-2011. Resultados: La edad promedio fue 25,71 \pm 6,629 años, la edad materna más frecuente estuvo entre los 20 - 30 años (57,6%), el lugar de procedencia departamento de Lambayeque con 93,4%, siendo el 63,4% del área rural, el estado civil conviviente alcanzo el 70,3%, grado de instrucción secundaria completa (34,4%), edad gestacional a término (85%), ningún control prenatal (59,3%). La frecuencia de cesáreas practicadas 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 gr. (10,3%); oligohidramnios severo (9,2%); dos o más cesáreas previas (8%); desproporción céfalo-pélvica (7,4%); expulsivo prolongado (6,2%); y otras indicaciones (31,8%). Conclusiones: 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. ⁽⁹⁾

Suarez Quispe, R. (2016). Factores de riesgo que condicionan parto por cesárea en nulíparas adolescentes. Hospital Santa María del Socorro, Ica, mayo - octubre, 2015. Resultados: Los factores de riesgo que condicionan el parto por cesárea en el 63.3% fueron los factores relacionados al feto, en el 36.7% fueron los factores maternos; los factores de riesgo maternos en igual porcentaje 27.3% fueron la hipertensión inducida por el embarazo, la estrechez pélvica y el embarazo pre término, en el 13.6% fue el parto prolongado y en el 4.5% fue la infección de transmisión sexual; los factores de riesgo relacionados al feto, fueron el sufrimiento fetal 39.5%, el 21.1% fue por

incompatibilidad feto pélvica y oligohidramnios; el 15.7% fue por macrosomía y el 2.6% fue por presentación podálica; los factores de riesgo según tipo de adolescencia, en la adolescencia temprana el 1.6% fue el factor relacionado al feto; en la adolescencia tardía el 36.7% fueron los factores maternos; según el tipo de adolescencia y factores de riesgo materno, en la adolescencia temprana no se evidenciaron factores de riesgo maternos, mientras que en la adolescencia tardía se observa que el 27.3% presentó hipertensión, estrechez pélvica y embarazo pre término respectivamente; según el tipo de adolescencia y factores de riesgo relacionados al feto, en la adolescencia temprana el 2.6% presentó incompatibilidad feto pélvica, mientras que en la adolescencia tardía el 39.5% presentó sufrimiento fetal, el 18.5% incompatibilidad feto pélvica, el 21.1% oligohidramnios; el 15.7% macrosomía y el 2.6% presentación podálica. ⁽¹⁰⁾

Medina Huiza José. (2015). Factores asociados a la indicación de cesárea en el hospital nacional dos de mayo de enero a diciembre del 2015. Resultados: En el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2015, el porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos en ese año de 57,5%. Las gestantes entre 20 y 35 años son las que con mayor frecuencia se someten a dicha intervención. Del total de cesáreas, el 68,7% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal indicación la cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande, sufrimiento fetal agudo. Conclusiones: La tasa de incidencia de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015 fue de 57,5% respecto del total de nacimientos registrados en es ese periodo de tiempo, evidenciándose un valor muy por encima de lo estipulado por la OMS. La principal indicación materna es placenta previa, la principal indicación fetal es feto grande, y la principal indicación ovular es la ruptura prematura de membranas. ⁽¹¹⁾

Gastelú Hernández, D. (2014). Incidencia y factores sociodemográficos y médicos de las cesáreas en el Hospital San José de Chíncha 2013. Resultados: La incidencia de cesáreas en el año 2013 en el Hospital “San José” de Chíncha fue de 36.3%. El grupo etáreo que presentó mayor incidencia de cesáreas fue las de mayores de 35 años, seguido de las adolescentes menores de 20 años y después las adultas de 20 a 35 años. La incidencia de cesáreas según procedencia tiene porcentajes similares; zonas rurales 34.7%, zonas urbanas 36.9%. La condición económica no tiene mayor influencia en el tipo de parto a presentarse, los que proceden de condición económica baja (37%) y los que proceden de condición económica media (35.1%). Existe diferencia significativa entre tipo de parto según paridad; primíparas 41.6% y múltiparas 29.2%. Las cesáreas son más frecuentes en horarios nocturnos (39.7%) que en los diurnos (31.5%). La indicación médica más frecuente para finalizar el parto por cesárea, fue la incompatibilidad cefalopélvica, seguida de inercia uterina, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, sufrimiento fetal agudo, cesárea anterior preeclampsia, distocia cervical, cáncer y finalmente se agrupó en el rubro de otros el 11.5%.⁽¹²⁾

Azurín J. (2013). Desarrollo de criterios para indicación de cesárea según el método de pertinencia RAND/UCLA. Lima. Resultados. Se identificaron 392 escenarios relevantes para la realización de cesárea, 239 escenarios se consideraron apropiados, el 12% fue inapropiado y el 16% fue considerado incierto. En 141 (36%) escenarios el panel llegó a un acuerdo en la pertinencia. Conclusiones. La aplicación del Método de Pertinencia RAND/UCLA resultó útil para determinar los escenarios clínicos apropiados para realización de cesárea según la opinión de los médicos interesados. El alto número de escenarios en el que no hubo acuerdo podría explicar la dificultad que existe para disminuir la tasa de cesáreas.⁽¹³⁾

Paiba Samamé, M. Salazar Guadalupe, G. en su trabajo: Causas de cesáreas en el hospital provincial docente belén de Lambayeque, 2014. Resultados: Se encontró que 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. ⁽¹⁴⁾

Galvez Liñan, E. (2013). En su trabajo para Determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, en el período Enero - diciembre 2013. Resultados: El 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea 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 fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%. ⁽¹⁵⁾

Díaz Díaz, G. Salas Villaurrutia Y. et al. (2015). Realizaron el trabajo Comportamiento de algunas variables relacionadas con la cesárea primitiva. Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” Ciego de Ávila. Cuba. Resultados: La mayoría de las gestantes son intervenidas con un embarazo a término. La enfermedad que más se asoció al embarazo fue la anemia y de las que complican el embarazo la más frecuente fue el oligohidramnios. Conclusiones: El móvil predominante de la indicación quirúrgica fue el estado fetal intranquilizante. ⁽¹⁶⁾

Vidauro Carpio, W. (2012). en su estudio: Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el periodo Enero – diciembre 2012, Resultados: Una incidencia de la operación cesárea de 27.70%; siendo la principal indicación la cesárea segmentaria previa con 27,7% seguido de la presentación podálica con 22,7%; Desproporción cefalopelvica 21,4%; Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8,4%. Concluyendo que la incidencia se encuentra en un porcentaje superior al recomendado por la OMS y que las indicaciones absolutas representan un 50,6%. ⁽¹⁷⁾

Antecedentes Locales o Regionales

Bellido Santa Cruz, K. (2008). Factores asociados al parto por cesárea en usuarias del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho Abril – junio -2008. Resultados: 27% de partos fueron por cesárea, y el mayor porcentaje de partos por cesáreas fueron de gestantes entre 20 a 35 años, de los cuales 45.6% tuvieron productos de tamaño normal, 29.9% no presentaron sufrimiento fetal agudo, el 49.6% no presentaron placenta oclusiva. La elevación de la tasa de cesáreas se puede deberse por presión social. ⁽¹⁸⁾

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CESÁREA

La cesárea se define como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía). Sin embargo, esta definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura uterina o de un embarazo en esa localización.

Una de las explicaciones del término cesárea, se basó en la leyenda que julio cesar nació de esa manera, por lo cual el procedimiento de llamo cesárea.

Otra explicación es que el nombre proviene de una ley romana creada en el siglo VIII a.C por Numa Pompilio, que ordenaba que se hicieran el

procedimiento en mujeres que morían en las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño. Y por último se cree que la palabra cesárea se originó en algún momento de la edad media a partir del verbo latino caedere, que significa cortar. ⁽¹⁹⁾

El avance del conocimiento médico a través del tiempo ha permitido disminuir el riesgo materno de esta intervención, y con ello la mortalidad perinatal. La operación cesárea en efecto, ha contribuido notablemente en mejorar la sobrevivencia de muchos recién nacidos, como también las condiciones de su nacimiento. Sin embargo, parece ser que en los últimos tiempos, a pesar del aumento de las cesáreas estas no ha guardado proporción con la disminución de la morbilidad perinatal.

La Organización Mundial de la Salud en GINEBRA dice, que la cesárea es una intervención quirúrgica más frecuente en el mundo, en países con ingresos altos o ingresos medianos. Se debe este aumento ya que se pone en práctica sin que existan indicaciones clínicas para que se las pueda realizar. La cesárea es practicada cuando el parto por vía vaginal suponga un riesgo tanto para la madre como para el feto, por ejemplo; sufrimiento fetal, parto prolongado, posición incorrecta o anómala del feto. Según la Comunidad Sanitaria Internacional en 1985, considera que la tasa de cesáreas a nivel poblacional de cada país, debe de ser del 10% al 15%.

Dentro de los tipos de cesárea podemos tener que esta puede ser:

Cesárea primaria, cuando la intervención se realiza por primera vez; cesárea electiva, es elegir la cesárea con el fin de evitar riesgos o sufrimientos para la madre y para el hijo; cesárea iterativa, cuando hay antecedente de 2 o más cesáreas; y la cesárea de Urgencia, cuando surge la necesidad de una operación cesárea debida a complicaciones surgidas después de iniciado la labor de parto. ⁽²⁰⁾

En cuanto a los tipos de cesárea tenemos:

- Cesárea electiva que es aquella que se realizara en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal, siendo considerada también como una intervención programada.

- Cesárea en curso de parto o de recurso que se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia.

Se incluyen: desproporción pélvico fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. En este caso no hay riesgo inminente para la madre ni para el feto.

- Cesárea urgente: es aquella que se realiza 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. ⁽²¹⁾

Las indicaciones de operación cesárea en cuanto a los tipos descritos anteriormente tenemos, que en la cesárea electiva de acuerdo con la evidencia médica disponible son indicaciones la presentación de nalgas o transversa, la macrosomía fetal considerándose la necesidad de practicar una cesárea electiva cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 5000g y en pacientes diabéticas tipo I cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 4500g , la placenta previa, las infecciones maternas como las portadoras de condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando y pacientes VIH+, antecedente de ≥ 2 cesáreas anteriores (riesgo de ruptura uterina del 1,4%), las gestantes sometidas a cirugía uterina previa con apertura de cavidad endometrial (miomectomía), una cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en "T" (riesgo de ruptura uterina del 1.6% y 6% respectivamente), compromiso fetal que contraindique la inducción-monitorización de la FCF del parto (malformaciones fetales, alteraciones Doppler, arritmias fetales...), patología médica materna que desaconseje parto vaginal (cardiopatía, riesgo Accidente cerebro vascular...), y en algunos casos de prematuridad, y gestaciones

múltiples donde se dependerá de las circunstancias individuales de cada caso, y se actuará según los protocolos específicos. Este procedimiento se debe programar en lo posible a las 39 semanas de gestación, siendo este periodo el 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. ⁽²²⁾

La indicación de cesárea en curso de parto o de recurso se debe constar claramente en la Historia Clínica. El motivo para indicar una cesárea de recurso suele ser la distocia: dentro del cual tenemos al fracaso de inducción, considerado fracaso cuando tras 12 horas de oxitocina, no se hayan alcanzado condiciones establecidas de parto (cérvix borrado un 50%, dilatado 2-3 cm, con dinámica uterina activa); el parto estacionado considerado estacionado cuando, habiéndose establecido condiciones de trabajo activo de parto, hayan transcurrido más de 3 horas sin progresión de las condiciones obstétricas (dilatación o borramiento); la desproporción pelvi fetal diagnosticado cuando en dilatación completa, dinámica activa y pujos activos, el punto guía de la presentación no llegue al tercer plano tras un periodo de tiempo que dependerá de la paridad y la analgesia (Sin analgesia epidural: 1 hora en multíparas y 2 horas en primíparas - Con analgesia epidural: 2 horas en multíparas y 3 horas en primíparas); las cesáreas electivas que inician trabajo de parto espontáneo; y por último son también cesáreas de recurso las mal posiciones detectadas durante el trabajo de parto: frente/bregma. ⁽²³⁾

Las indicaciones de cesárea urgente/emergente más frecuentes son: la Sospecha/pérdida de bienestar fetal, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), el Prolapso de cordón, la Ruptura uterina, la Embolia de líquido amniótico, etc.

Otra forma de agrupar las indicaciones para cesárea es quien sea el supuesto beneficiario de la intervención: maternas, fetales y ovulares. 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. ⁽²⁴⁾

Principales Causas de la cesárea son:

a) Maternas, considerando como Absolutas a: Desproporción Céfalo-pélvica, Estrechez pélvica, Obstrucciones mecánicas de la vagina, Fibrosis cervical, Plastia vaginal o del piso pélvico previas, Tumor avanzado del Tracto Genito Urinario, Cerclaje abdominal permanente, dos o más cesáreas previas, Cesárea corporal, Cirugía previa sobre el cuerpo uterino, Persistencia de la causa de la cesárea previa, Cesárea previa complicada (dehiscencia, Infección), Herpes genital activo, Condilomatosis florida obstructiva, Cardiopatía descompensada, Aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral, Fistulas urinarias o intestinales operadas; y Relativas: Pre eclampsia-eclampsia, Una cesárea segmentaria previa, Distocias dinámicas refractarias a manejo médico, Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración, Embarazo Prolongado. ⁽²⁵⁾

b) Fetales, siendo Absolutas: Feto en Situación Transversa, Feto en presentación Podálica, Feto en variedad de Frente, Embarazo múltiple (dos o más), Gemelar monoamniótico monocorial, Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica, Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto, Distocias de posición persistentes, Macrosomía Fetal mayor de 4.500 gr. y Relativas: Anomalías congénitas, Restricción del crecimiento intrauterino, Bienestar fetal ante parto comprometido ante las contracciones uterinas, Peso fetal menor a 1000 gr. (atendiendo la sobrevida en UCI), Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 gr.). ⁽²⁶⁾

c) Ovulares (Materno-Fetales): considerando como Absolutas a: Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, Placenta previa oclusiva total. Prolapso de cordón con feto vivo, Oligohidramnios severo, y

Relativas: Placentas Previas oclusivas parciales, RPM con infección ovular, Polihidramnios severo

La operación cesárea es un procedimiento quirúrgico alternativo a la vía de nacimiento natural, razonablemente seguro tanto para la madre como para el feto, sin embargo, las complicaciones no son siempre previsibles o evitables, de tal manera que existen evidencias que establecen que el nacimiento por cesárea está asociado a complicaciones que van del 12 al 15%. ⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾

De las complicaciones maternas, las que más frecuentemente se presentan son: infección, hemorragia y procesos tromboembólicos. Sin embargo, no existen contraindicaciones absolutas, puesto que no es una técnica exenta de riesgos, la decisión debe estar fundamentada en la obtención de beneficio sustanciales para la madre y/o el feto. Si no existe una contraindicación para el parto vaginal, no está indicada la cesárea. ⁽²⁸⁾

Las causas del aumento en la tasa de cesáreas son multifactoriales, pero existe una clara tendencia al incremento de primeras cesáreas junto a una disminución de partos vaginales post cesáreas y un notorio decrecimiento en la tasa de partos instrumentales.

El aumento en la tasa de inducciones o ingreso a la maternidad en etapas precoces del trabajo de parto, también han sido asociadas a mayor tasa de cesáreas. En efecto, el diagnóstico "Falta de Progreso del Trabajo de Parto" ha pasado a ser la primera causa de esta intervención.

La legalización de la medicina, con la correspondiente aprensión de los prestadores a ser objeto de demandas y los efectos que de ello deriva, son otro factor que lleva a un aumento en el número de cesáreas así como la disminución en la tasa de partos con fórceps y vacuum.

La monitorización fetal intra parto con el registro electrónico de la frecuencia cardíaca fetal, también ha sido asociada con un incremento en la tasa de cesárea sin un claro beneficio en los resultados perinatales. ⁽²⁹⁾

CAUSAS DE CESÁREA EN LATINOAMÉRICA	Porcentaje
DCP, Distocia, falta de progreso trabajo de parto	26%
Monitoreo fetal alterado	20%
Cesárea previa	16%
Otras complicaciones de embarazo no especificadas	12%
Anomalía de presentación	11%
Preeclampsia-Eclampsia	11%
Complicaciones fetales no especificadas	9%
Complicaciones maternas no especificadas	8%
Salpingoligadura	6%
Inducción fracasada	4%
Restricción de crecimiento fetal	3%
Metrorragia tercer trimestre	3%
Embarazo gemelar	2%
Post termino	2%
Herpes genital, Condiloma extenso	<1%
Ruptura uterina	<1%
Cesárea post mortem	<1%
VIH positivo	<1%
Requerimiento materno	<1%
Antecedente de fístula reparada	<1%

Declaración de la OMS ⁽³⁰⁾

Técnica de operación cesárea

Paciente en posición supina con ligera lateralización uterina hacia izquierda que permite mejor retorno venoso. Esto se logra por desplazamiento uterino por compresión manual lateral o uso de cuña en región lumbar derecha que habitualmente se retira al inicio de la cirugía.

Laparotomía de Pfannenstiel: Se realiza incisión transversa de 10- 12 cm de longitud por sobre el pubis. Sección del celular subcutáneo y aponeurosis

también en forma transversa. Disección del plano muscular sub-aponeurótico partiendo por la línea media, teniendo especial cuidado con la hemostasia de vasos perforantes. Se separan en sentido vertical los rectos abdominales hasta identificar el peritoneo parietal y se penetra a la cavidad peritoneal identificándose la zona del segmento uterino.

Histerotomía: La incisión uterina más frecuentemente utilizada es la transversa baja, que tiene dentro de sus ventajas una menor pérdida de sangre así como un menor riesgo de ruptura en embarazos posteriores. Se identifica el segmento uterino (de menor grosor y con adherencia laxa al peritoneo visceral), se abre transversalmente el peritoneo visceral y se desciende la vejiga. La incisión uterina se realiza de manera transversa y arciforme para evitar la lesión de los vasos del ligamento ancho. Una vez expuesto, el amnios se secciona y se procede con la extracción fetal, siendo las maniobras de extracción dependientes del tipo de presentación. ⁽³¹⁾⁽³²⁾

Existe una recomendación de postergar la ligadura del cordón por al menos 30 segundos con el fin de optimizar niveles hematológicos en el neonato. Ello no procede frente a emergencias en la condición de la madre y/o el recién nacido. El alumbramiento manual no ha mostrado beneficio en comparación con el alumbramiento espontáneo. Extraída la placenta, se realiza una revisión instrumental y manual, con el fin de reducir el riesgo de retención de restos ovulares. Completado el alumbramiento y revisión, habitualmente se administra oxitocina o similar, según protocolo local a fin de favorecer la retracción uterina.

Histerorrafía: Múltiples técnicas han sido propuestas para el cierre de la pared uterina. La técnica más frecuentemente utilizada es la sutura continua en uno o dos planos corridos o con vuelta atrás. También se puede realizar una sutura con puntos separados invaginantes. El material de sutura puede ser catgut crómico o vicril N° 0 o N° 1.

El cierre del peritoneo visceral es un tiempo que puede o no realizarse.

Si se realiza se utiliza una sutura corrida o con puntos separados con material reabsorbible. Al concluir la histerorrafia debe ejecutarse una revisión cuidadosa de la hemostasia, así como de los anexos, recuento de agujas y compresas y lavado prolijo de la cavidad pelviana.

Cierre peritoneo parietal, afrontamiento de músculos rectos abdominales y cierre de aponeurosis: El cierre del peritoneo parietal se realiza con una sutura corrida adelante con material reabsorbible o con puntos separados en conjunto con afrontamiento muscular. La fascia aponeurótica se cierra habitualmente con material reabsorbible (vicril) N° 0 con sutura corrida. Se debe ser cuidadoso en la hemostasis por la posibilidad de sangrado de perforantes y la formación de un hematoma subaponeurótico.

Cierre plano celular y piel: Se realiza hemostasia y cierre del tejido celular subcutáneo con sutura corrida o puntos separados con material reabsorbible N° 00. La piel puede afrontarse con sutura subdérmica o con puntos separados. Si se utiliza material no reabsorbible debe retirarse a los 7-10 días posterior a la operación.

Laparotomía media infra umbilical: Esta técnica se prefiere cuando está planificada una potencial ampliación de la laparotomía hacia la porción superior del abdomen, cuando existe una cicatriz previa o en situaciones de urgencia.

Técnica de Pelosi: Incisión de piel similar a Pfannenstiel, con disección utilizando electro bisturí hasta aponeurosis, Se realiza una pequeña separación de músculos rectales para luego continuar con disección digital el resto de línea media y entrada a peritoneo. No se disecciona peritoneo visceral y por tanto, no se desplaza la vejiga hacia inferior.

Se realiza apertura de útero por disección descrita en línea media pero la prolongación lateral de esta es sólo por tracción digital. Se realiza extracción fetal, posterior a lo cual se administra oxitocina esperando alumbramiento espontáneo. Se masajea el fondo uterino e inicia cierre uterino en sutura

continua enganchada o atrás con poliglactina en una sola capa. No se cierra peritoneo visceral ni parietal así como músculo.

La aponeurosis se cierra con poliglactina. Si el tejido celular es grueso se afronta con tres puntos separados absorbibles. Cierre de piel.

2.3. 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.

CESÁREA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: La cesárea se realiza una vez iniciado el trabajo de parto, alcanzada una dilatación concreta con bolsa rota y al menos dos horas de contracciones uterinas adecuadas.

INDICACIÓN DE CESÁREA: Está indicada cuando un parto vaginal no es posible o cuando la ocurrencia del parto vaginal implica grave daño a la salud de la madre o del bebé.

HISTERORRAFIA: Sutura quirúrgica de las laceraciones e incisiones uterinas.

HIPOXEMIA: Déficit del nivel de oxígeno en sangre.

HIPOXIA: El término es utilizado cuando se produce una situación en donde el aporte de oxígeno a las células no puede cubrir las necesidades metabólicas.

FACTOR DE RIESGO: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

FACTORES MATERNOS: Exposición que aumente la probabilidad de parto por cesárea atribuido a causas maternas, tales como preeclampsia.

FACTORES FETALES: Exposición que aumente la probabilidad de parto por cesárea atribuido a causas fetales tales como circular de cordón con sufrimiento fetal agudo.

FACTORES OVULARES: Exposición que aumente la probabilidad de parto por cesárea atribuido a causas de las membranas corio-amnióticas como rotura prematura de membranas.

NEONATO: Se llama neonato al bebé recién nacido, que es un bebé que tiene 30 días o menos, contados desde el día de su nacimiento.

MACROSOMÍA: Este término se utiliza para definir a un feto grande, cuando se calcula que el peso del bebé al nacer será mayor del percentil 90 o superior a 4 kilos de peso.

PERINATAL: Relacionado con la salud del recién nacido, valorándolo desde el momento de la gestación hasta sus primeros meses de vida.

HISTERECTOMÍA: Es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del útero de la mujer.

ECLAMPSIA: se define como el desarrollo de convulsiones y/o coma inexplicable durante el embarazo o después del parto en mujeres con signos y síntomas de la preeclampsia.

APONEUROSIS: Membrana conjuntiva que recubre los músculos y sirve para fijarlos a otras partes del cuerpo.

DISTOCIA: Cuando el parto o expulsión procede de manera anormal o difícil.

CONGÉNITAS: Es una enfermedad que se manifiesta desde el nacimiento, ya sea producida por un trastorno ocurrido durante el desarrollo embrionario, durante el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario.

PARTO PODÁLICO: consiste en un parto en el que la cabeza del bebé adopta la posición podálica. Es decir, sentada.

CAPITULO III
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICO

TABLA N° 1

FRECUENCIA DE GESTANTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA
EN EL HOSPITAL DE ATENCIÓN GENERAL II-1 CANGALLO “JUAN
FUKUNAGA SOYAMA” ABRIL 2016 – MARZO 2017

Cesárea	Frecuencia	Porcentaje
SI	38	30.6%
NO	86	69.4%
Total	124	100%

Fuente: Hospital Juan Fukunaga Soyama

Análisis.- En el Hospital de atención general II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” el 30.6% de las gestantes son sometidas a parto por cesárea.

GRÁFICO N° 1

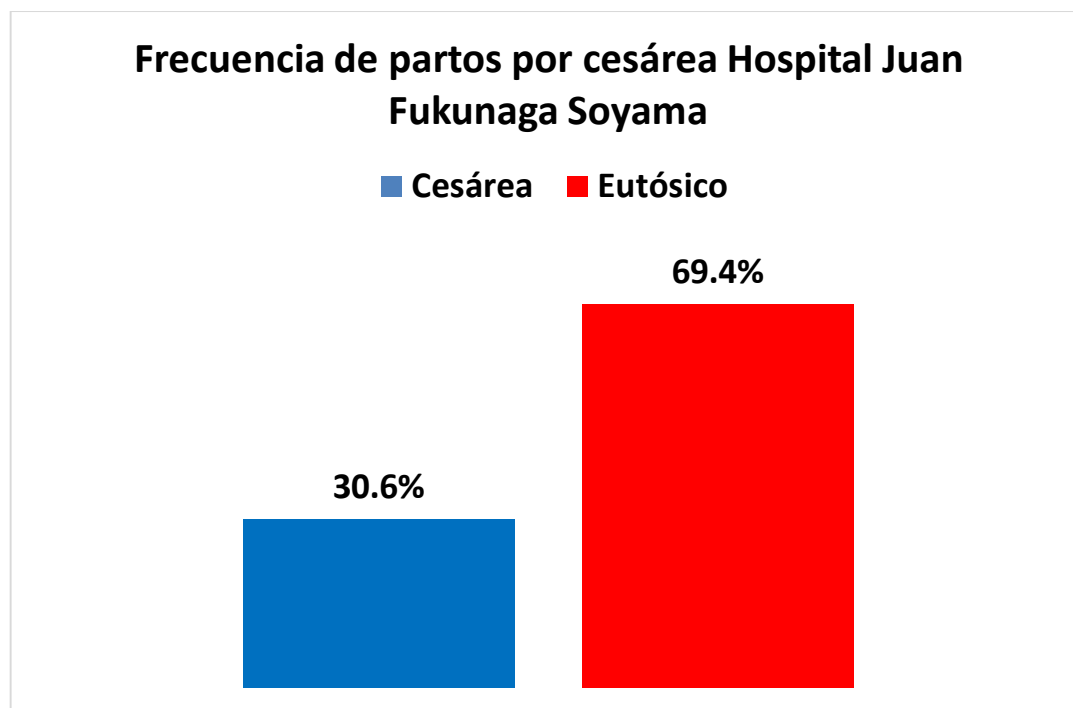


TABLA N° 2

CAUSAS MATERNAS ASOCIADAS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA
 HOSPITAL DE ATENCIÓN GENERAL II-1 CANGALLO “JUAN FUKUNAGA
 SOYAMA” ABRIL 2016 – MARZO 2017

Causas maternas	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea segmentaria previa	6	42.9%
Desproporción Céfalo-pélvica	4	28.6%
Pre eclampsia-eclampsia	2	14.3%
Herpes genital activo	1	7.1%
Distocias dinámicas refractarias a manejo médico	1	7.1%
Total	14	100%

Fuente: Hospital Juan Fukunaga Soyama

Análisis.- Las causas maternas por orden de frecuencia que fueron motivo para la cesárea son: Cesárea segmentaria previa, Desproporción Céfalo-pélvica, Pre eclampsia-eclampsia, Herpes genital activo y Distocias dinámicas refractarias a manejo médico.

GRÁFICO N° 2

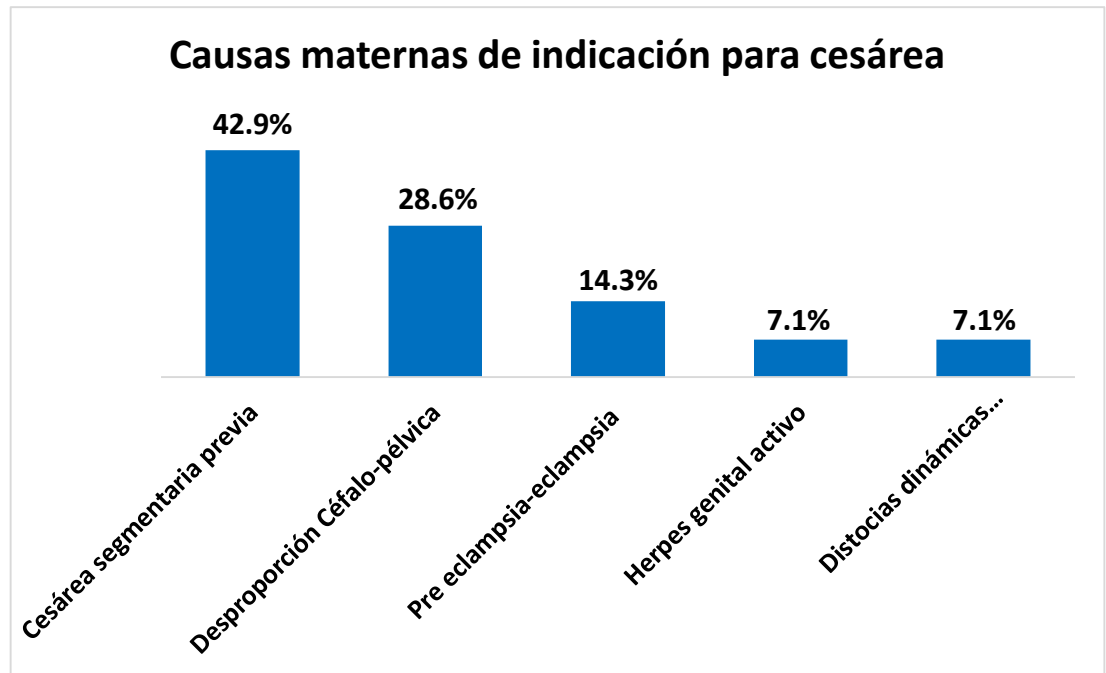


TABLA N° 3

CAUSAS FETALES ASOCIADAS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA
 HOSPITAL DE ATENCIÓN GENERAL II-1 CANGALLO “JUAN FUKUNAGA
 SOYAMA” ABRIL 2016 – MARZO 2017

Causas fetales	Frecuencia	Porcentaje
Sufrimiento fetal agudo	6	50.0%
Peso fetal entre 1000 y 1500 gr.,	3	25.0%
Distocias de posición persistente,	2	16.7%
Macrosomía Fetal	1	8.3%
Total	12	100%

Fuente: Hospital Juan Fukunaga Soyama

Análisis.- Las causas fetales por orden de frecuencia que fueron motivo para la cesárea son: Sufrimiento fetal agudo, Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., Distocias de posición persistente, Macrosomía Fetal.

GRÁFICO N° 3

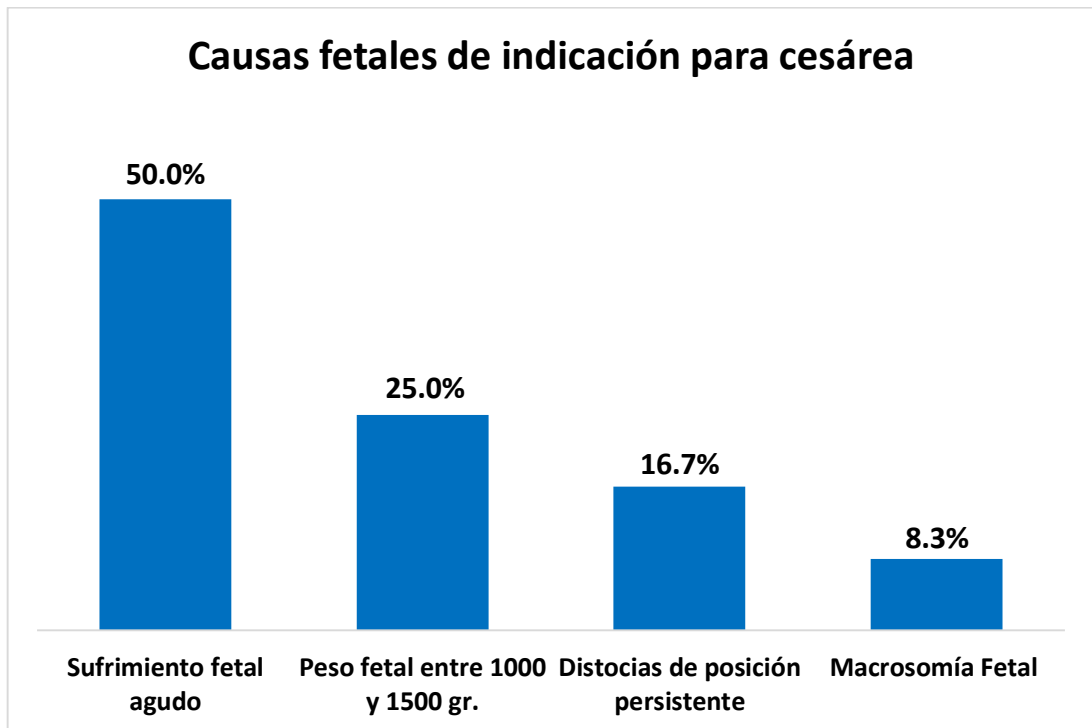


TABLA N° 4

CAUSAS OVULARES ASOCIADAS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA
 HOSPITAL DE ATENCIÓN GENERAL II-1 CANGALLO “JUAN FUKUNAGA
 SOYAMA” ABRIL 2016 – MARZO 2017

Causas ovulares	Frecuencia	Porcentaje
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	4	33.3%
RPM con infección ovular	4	33.3%
Placenta previa oclusiva total	3	25.0%
Prolapso de cordón con feto vivo	1	8.4%
Total	12	100%

Fuente: Hospital Juan Fukunaga Soyama

Análisis.- Las causas ovulares por orden de frecuencia que fueron motivo para la cesárea son: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, Placenta previa oclusiva total, Prolapso de cordón con feto vivo, RPM con infección ovular.

GRÁFICO N° 4

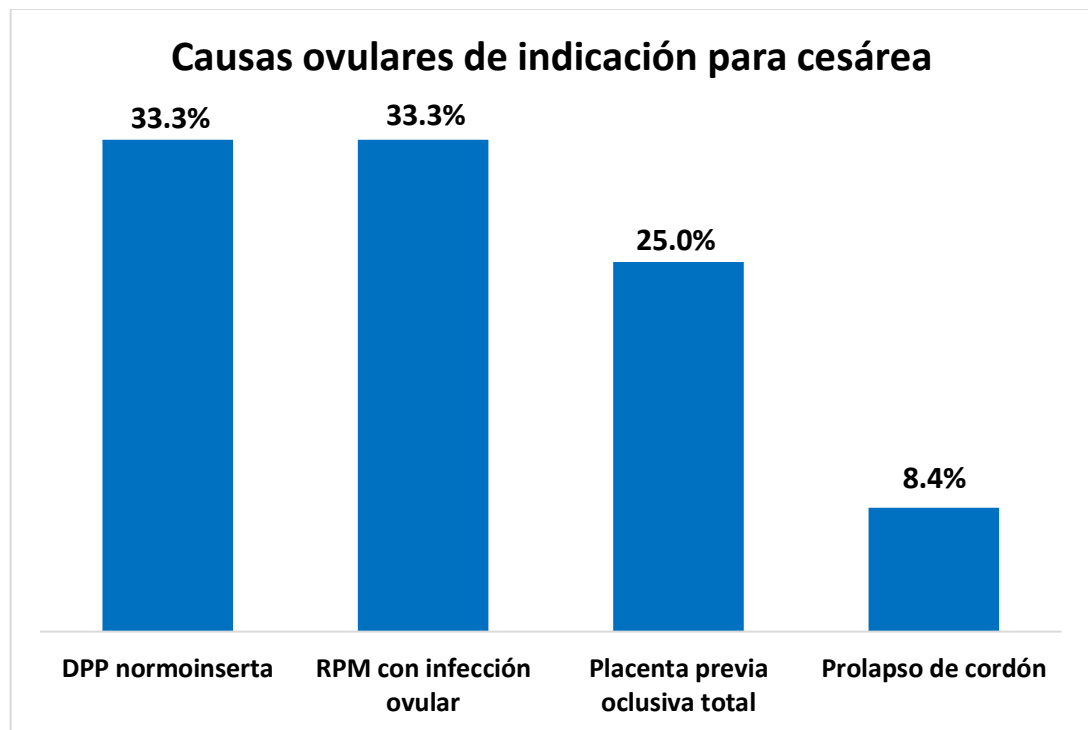


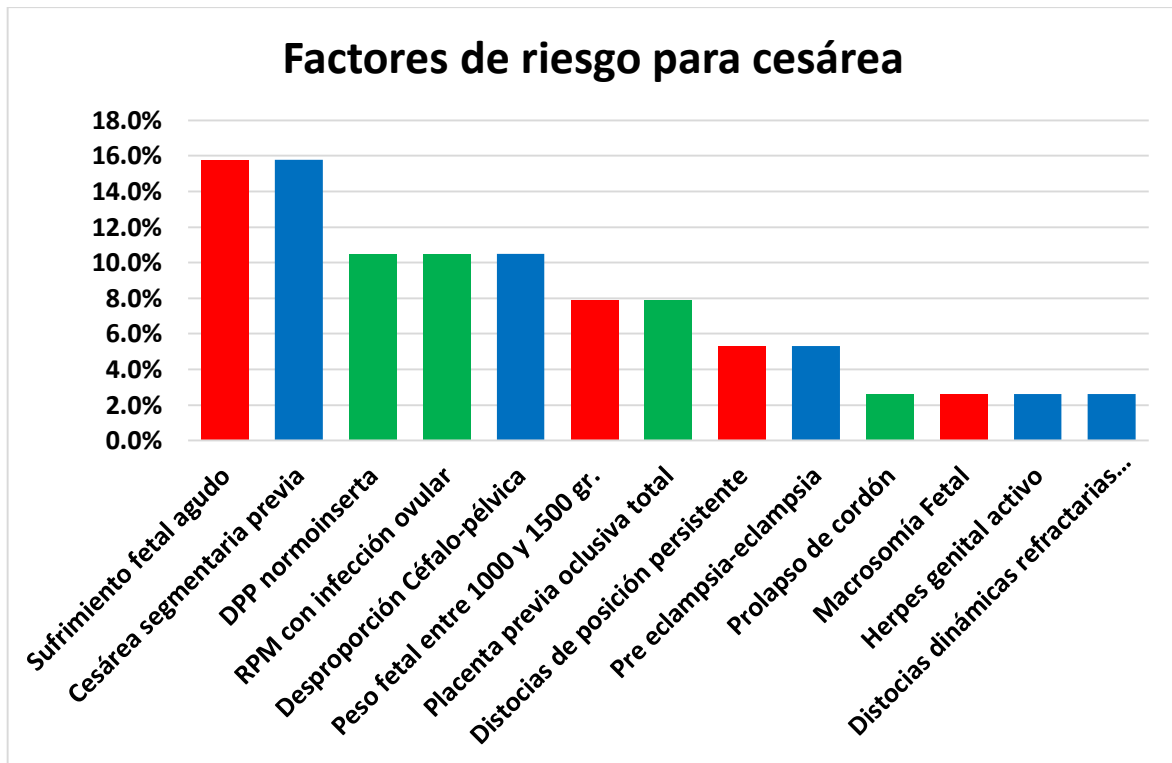
TABLA N° 5
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN EL
HOSPITAL DE ATENCIÓN GENERAL II-1 CANGALLO “JUAN FUKUNAGA
SOYAMA” ABRIL 2016 – MARZO 2017

FACTORES DE RIESGO	Frecuencia	Porcentaje	Causa
Sufrimiento fetal agudo	6	15.8%	Fetal
Cesárea segmentaria previa	6	15.8%	Materna
DPP normoinsera	4	10.5%	Ovular
RPM con infección ovular	4	10.5%	Ovular
Desproporción Céfalo-pélvica	4	10.5%	Materna
Peso fetal entre 1000 y 1500 gr.	3	7.9%	Fetal
Placenta previa oclusiva total	3	7.9%	Ovular
Distocias de posición persistente	2	5.3%	Fetal
Pre eclampsia-eclampsia	2	5.3%	Materna
Prolapso de cordón	1	2.6%	Ovular
Macrosomía Fetal	1	2.6%	Fetal
Herpes genital activo	1	2.6%	Materna
Distocias dinámicas refractarias a manejo médico	1	2.6%	Materna
Total	38	100%	

Fuente: Hospital Juan Fukunaga Soyama

Análisis.- Los factores de riesgo por orden de frecuencia que fueron motivo para la cesárea son: Sufrimiento fetal agudo, Cesárea segmentaria previa, DPP normoinsera, RPM con infección ovular, Desproporción Céfalo-pélvica Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., Placenta previa oclusiva total, Distocias de posición persistente, Pre eclampsia-eclampsia, Prolapso de cordón, Macrosomía Fetal, Herpes genital activo, Distocias dinámicas refractarias a manejo médico.

GRÁFICO N° 5



3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La investigación demostró como se muestra en la tabla N° 1 una frecuencia de cesáreas por diferentes causas de 30.6% que para un hospital de atención general es similar a otros hospitales del País, como es el caso de la investigación realizada por Bustamante J. en el 2014 en Lambayeque encuentra una frecuencia de cesáreas de 33.6%. Sin embargo, Medina Huiza José⁽¹¹⁾ en el Hospital Dos de Mayo encuentra una alta prevalencia de cesáreas del orden del 57.5%, explicable por ser docente que condiciona la práctica más frecuente de cesáreas. Mientras que Gastelú Hernández, D⁽¹²⁾ en Chincha encuentra una frecuencia de cesáreas de 36.3% concordante con el estudio y cuyo perfil de indicación es más bien disconcordante con la investigación pues encuentra que la indicación médica más frecuente para finalizar el parto por cesárea, fue la incompatibilidad cefalopélvica, seguida de inercia uterina, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, sufrimiento fetal agudo, cesárea anterior preeclampsia, distocia cervical, cáncer y finalmente se agrupó en el rubro de otros el 11.5%. también se encontró estudios internacionales como es el caso del estudio realizado por Librero J.⁽⁶⁾ en el 2014 en España donde encuentra una frecuencia de cesáreas de 24.4% con un rango entre hospitales del 7,0% al 28,9%. Maimoona H, et al en Pakistan encuentra una prevalencia de cesárea en la población estudiada de 21,40% que en general son porcentajes cercanos al encontrado en el estudio.

En relación a las causas maternas motivo de la cesárea como se muestra en la tabla N° 2, se encontró que ellos son el 36.8% de las causas siendo en este rubro por orden de frecuencia la cesárea segmentaria previa, desproporción céfalo-pélvica, pre eclampsia-eclampsia, herpes genital activo y distocias dinámicas refractarias a manejo médico, notándose que una cesárea previa condiciona la siguiente cesárea cerrando el círculo vicioso, así lo demostró también Vélez Perez E.⁽⁵⁾ en el 2013 en México concluye que la operación cesárea está asociada a cesárea previa. De igual

modo lo demostró Paz Jáuregui M.⁽⁷⁾ en el 2014 en el Ecuador que concluye que la primera causa de cesárea fue la cesárea anterior con un 32.4%, de igual modo Maimoona H, et al.⁽⁸⁾ En el 2014 en Pakistan menciona que las principales causas de cesárea son, la cesárea anterior (22,76%), seguido por falla en el progreso de labor de parto (18,29%), sufrimiento fetal (15,44%) y la presentación de nalgas (14,25%), resultados muy concordantes con los encontrados en el estudio. Vidauro Carpio, W⁽¹⁷⁾ en Chiclayo encuentra una incidencia de la operación cesárea de 27.7%, menor al encontrado por nosotros, lo que se debería a una mayor discriminación en la causa de cesárea en este nosocomio. Un trabajo local encontrado encuentra 27% de frecuencia de cesáreas en el Hospital Regional de Ayacucho, que se debería a una mejor capacidad resolutoria de este nosocomio en relación al hospital de Cangallo.

Mientras que en relación a las causas fetales motivo de la cesárea, como se muestra en la tabla N° 3 se encontró que ellas son el 31.6% de todas las causas y por orden de frecuencia son, sufrimiento fetal agudo, peso fetal entre 1000 y 1500 gr., distocias de posición persistente, macrosomía fetal, y en este rubro de sufrimiento fetal agudo es el más frecuente, entendiéndose que dicha condición se produce a la vez por múltiples causas.

También se estudió las causas ovulares como motivo para cesárea, encontrándose que este rubro es el responsable del 31.6% de todas las causas y en ellas las más frecuentes son, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, placenta previa oclusiva total, prolapso de cordón con feto vivo, RPM con infección ovular. Suarez Quispe, R⁽¹⁰⁾ en el hospital Socorro de Ica en el 2016 encuentra que los factores de riesgo que condicionan el parto por cesárea en el 63.3% fueron los factores relacionados al feto, en el 36.7% fueron los factores materno que si consideramos que en las causas relacionadas al feto se agregó las causas ovulares se observa que es similar al encontrado en el estudio, explicable por que la fisionomía esa similar en todo el país.

Finalmente se realizó un consolidado de las principales causas para parto por cesárea y en orden de frecuencia se encontró: Sufrimiento fetal agudo, Cesárea segmentaria previa, DPP normoinsera, RPM con infección ovular, Desproporción Céfalo-pélvica, Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., Placenta previa oclusiva total, Distocias de posición persistente, Pre eclampsia-eclampsia, Prolapso de cordón, Macrosomía Fetal, Herpes genital activo, Distocias dinámicas refractarias a manejo médico. Bustamante⁽⁹⁾ en el 2014 en Lambayeque menciona que las principales causas para cesárea son cesárea segmentaria previa (25,6%); seguidas por sufrimiento fetal agudo (13,9%), pre eclampsia-eclampsia(12,1%), presentación podálico (10,6%), macrosomía fetal mayor de 4.500 gr. (10,3%); oligohidramnios severo (9,2%); dos o más cesáreas previas (8%); desproporción céfalo-pélvica (7,4%); expulsivo prolongado (6,2%); y otras indicaciones (31,8%), cuyo perfil es concordante con lo encontrado en el estudio. También se encontró un estudio realizado por Paiba Samamé, M.⁽¹⁴⁾ en Lambayeque, 2014. encontró que 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 concordante con los encontrado en la investigación. El perfil que presenta Galvez Liñan, E.⁽¹⁵⁾ en el callao en lima en el 2013 es a la desproporción cefalo-pélvica como primera causa de cesárea. Mientras que Díaz Díaz, G.⁽¹⁶⁾ en cuba encuentra que el oligohidramnios es que complica con mayor frecuencia al parto, explicable porque las condiciones de vida de las gestantes en este país dista del nuestro.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

1.- Formulación de la hipótesis

Ha: La prevalencia de cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017 es mayor al 20%

Ho: La prevalencia de cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017 es menor o igual al 20%

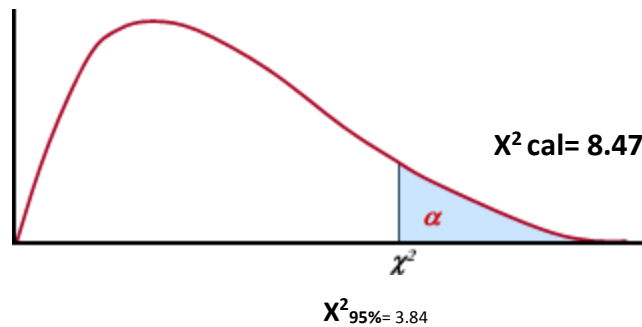
2.- significancia 5%

3.- Prueba estadística: Chi cuadrado

4.- Cálculo

	Cesárea	Eutósico	Total
Observado	38	86	124
Esperado	25	99	124

$$X^2 \text{ cal} = 6.76 + 1.71 = 8.47$$



5.- Decisión: Como el valor de chi cuadrado es mayor de 3.84 entonces el valor de p es menor de 0.05, por lo tanto se rechaza Ho y se acepta Ha: La prevalencia de cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017 es mayor al 20%

3.3. CONCLUSIONES

La frecuencia de cesáreas en el Hospital de atención general II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” de 30.6%

Las causas maternas por orden de frecuencia que fueron motivo para la cesárea son: Cesárea segmentaria previa, Desproporción Céfalo-pélvica, Pre eclampsia-eclampsia, Herpes genital activo y Distocias dinámicas refractarias a manejo médico.

Las causas fetales por orden de frecuencia que fueron motivo para la cesárea son: Sufrimiento fetal agudo, Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., Distocias de posición persistente, Macrosomía Fetal.

Las causas ovulares por orden de frecuencia que fueron motivo para la cesárea son: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, Placenta previa oclusiva total, Prolapso de cordón con feto vivo, RPM con infección ovular.

Los factores de riesgo por orden de frecuencia que fueron motivo para la cesárea son: Sufrimiento fetal agudo, Cesárea segmentaria previa, DPP normoinserta, RPM con infección ovular, Desproporción Céfalo-pélvica, Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., Placenta previa oclusiva total, Distocias de posición persistente, Pre eclampsia-eclampsia, Prolapso de cordón, Macrosomía Fetal, Herpes genital activo, Distocias dinámicas refractarias a manejo médico.

3.4. RECOMENDACIONES

Actuar sobre los factores de riesgo a fin de prevenir enfermedades que conlleven al parto por cesárea, con lo que podría disminuir la frecuencia de cesáreas, para ello es necesario que el personal de obstetricia realice actividades tendientes al diagnóstico temprano de enfermedades que ponen en riesgo el parto.

Evaluar frecuentemente a la gestante a fin de evitar enfermedades maternas como hipertensión, infecciones genitales, que son enfermedades prevenibles o curables, mientras que distocias dinámicas deben ser identificadas precozmente a fin de evitar sufrimiento fetal e interrumpir la gestación a tiempo.

Mejorar la captación de gestantes a fin de que se realicen controles prenatales adecuadamente con lo que se lograría mejorar el bienestar del binomio madre - niño.

Realizar una atención precoz y adecuada por los servicios de nutrición. Odontología y psicología contando con los exámenes de laboratorio para el diagnóstico presuntivo de preeclampsia para la atención correspondiente por el ginecólogo.

Controlar enfermedades relacionados con las membranas ovulares como es la RPM, el DPP, placenta previa y el prolapso del cordón, que son enfermedades que se pueden controlar o prevenir en diferentes grados, con lo que se evitaría cesáreas innecesarias.

Capacitar a los profesionales de salud para la atención correspondiente en el caso de gestantes de alto riesgo

3.5. FUENTES DE INFORMACIÓN

1.- OMS.net [Internet]. Ginebra: WH, 2015. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1

2.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014.

3.- MINSA. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015 disponible en:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pd

4.- Puma J. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Peru. Rev Med Hered. 2015; 26:17-23.

5.- Vélez Perez E. (2013). Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de Gineco Pediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2013; 30(1): 16-23

6.- Librero J. (2014). Porcentaje de Cesárea en Mujeres de Bajo riesgo: un indicador útil para comparar Hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. España. Rev Esp Salud Pública. 2014; 88:315-326.

7.- Paz Jáuregui M. (2014). Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero – diciembre de 2011. Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo. Cuenca-Ecuador. Revista Médica HJCA Vol.6 Núm.1 2014

8.- Maimoona H, Asthma Y, et al. Prevalencia e indicaciones de cesárea segmentaria transversal en el Hospital Docente. JIMSA 2014; 27(1): 3

9.- Bustamante J. (2014). Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010-2011. Rev. cuerpo méd. HNAAA 7(1) 2014.

10.- Suarez Quispe, R. (2016). Factores de riesgo que condicionan parto por cesárea en nulíparas adolescentes. Hospital Santa María del Socorro, Ica, mayo - octubre, 2015. Editorial: Universidad Alas Peruanas (UAP) 2016.

- 11.- Medina Huiza J. (2015). Factores asociados a la indicación de cesárea en el hospital nacional dos de mayo de enero a diciembre del 2015.
- 12.- Gastelú Hernández, D. (2014). Incidencia y factores sociodemográficos y médicos de las cesáreas en el Hospital San José de Chincha 2013. Universidad Alas Peruanas (UAP)
- 13.- Azurín J. (2013). Desarrollo de criterios para indicación de cesárea según el método de pertinencia RAND/UCLA. Universidad de San Marco Lima. Rev. CIMEL 2013; 18(2):9-16
- 14.- Paiba Samamé, M. Salazar Guadalupe, D. causas de cesáreas en el hospital provincial docente belén de Lambayeque, 2014 [tesis]. Lambayeque: universidad nacional Pedro Ruiz gallo. facultad de medicina humana; 2015
- 15.- Gálvez Liñan E. (2013). Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013. Lima Perú.
- 16.- Díaz G. et al. Comportamiento de algunas variables relacionadas con la cesárea primitiva. MEDICIEGO 2015; Vol. 21 No.1
- 17.- Vidauro Carpio, W. (2012). Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el periodo Enero – diciembre 2012 [tesis]. Chiclayo: universidad San Martin De Porres. Facultad De Medicina Humana; 2015.
- 18.- Bellido Santa Cruz, K. (2008). Factores asociados al parto por cesárea en usuarias del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho Abril – junio -2008.
- 19.- Schnapp C. Operación cesárea. Unidad de Medicina Materno Fetal. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Clínica Las Condes. Rev. Med. Clin. condes. 2014; 25(6) 987-992.
- 20.- Lindmeier C, Responsable de Comunicación O. Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [cited 2017 Jan 11]. p. 1. Available from:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>

21.- Nápoles Méndez Danilo, Piloto Padrón Mercedes. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. MEDISAN [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 12 Feb 2014] ; 16(10): 1579-1595. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000013&lng=es.

22.- Santamaría Naranjo G. (2015). Indicación de parto por cesárea debido a desproporción céfalo pélvica factor fetal o macrosomía y su relación con la antropometría del recién nacido en el servicio de ginecología del Hospital Enrique Garcés durante el año 2013. Quito, enero 2015

23.- Martínez Moreno, A. (2015). Indicaciones y factores asociados al parto por cesárea. Universidad de Jaén España.

24.- Ruiz Sánchez J. (2014). Cesárea: Tendencias y resultados. Rev. Perinatología y Reproducción Humana. Volumen 28, Número 1 pp 33-40

25.- Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. [Sitio en internet]. Consultado: 15 mayo 2012. Disponible en:

http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_1502_Esp_03.pdf

26.- Faneite P, Rivera C, Faneite J, Amato R. (2012). Cesárea y mortalidad perinatal: incidencia y tendencia 42 años. Rev Venez Obstet Ginecol. 2012;72(3):145-51.

27.- Carchipulla Maldonado K. (2017). Atención de enfermería y factores causales en la prevalencia de partos por cesárea en centro obstétrico. Machala 2017. klebercarchipulla@hotmail.com

28.- Astudillo D. (2013). Prevalencia de parto por Cesárea en un Hospital de nivel III del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Rev Med HJCA 2013;5(1):12-16.

29.- Pilotón Padron M. (2014). Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. Cuba. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014;40(1):35-47

30.- Lindmeier C, Responsable de Comunicación O. Declaracion de la OMS sobre tasas de cesarea. 2015;1. Available from:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf

31.- Ecuador MSP. ETES Parto Normal Versus Cesárea Electiva. Boletín Et Ecuador No 001 [Internet]. 2014;1–9. Available from:

<http://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/10/Boletin-ETES.pdf>

32.- Ecuador M de salud P. Atención del parto por cesárea. Guia Pract Clin [Internet]. 2015;1–39. Available from:

http://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2014/05/GPC-Atencion_del_Partо_por_cesarea.pdf

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Variable	Problema general	Objetivo general	Objetivos específicos	Hipótesis	Indicadores	Fuente	Pruebas estadística
<p>V. Dependiente</p> <p>Parto por cesárea</p> <p>V. Independientes</p> <p>Factores de riesgo</p>	<p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto por cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017?</p>	<p>Determinar los factores de riesgo asociados al parto por cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017</p>	<p>I. Estimar la frecuencia de gestantes sometidas a operación cesárea</p> <p>II. Identificar las causas maternas asociadas a la indicación de cesárea</p> <p>III. Identificar las causas fetales asociadas a la indicación de cesárea</p> <p>IV. Identificar las causas ovulares asociadas a la indicación de cesárea</p>	<p>La prevalencia de cesárea en el Hospital de Atención General II-1 Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” abril 2016 – marzo 2017 es mayor al 20%</p>	<p>SI NO</p> <p>Causas maternas -Desproporción Céfalopélvica, -Herpes genital activo, Cardiopatía descompensada, -Pre eclampsia-eclampsia, -Una cesárea segmentaria previa, - Distocias dinámicas refractarias a manejo médico, -Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración, -Embarazo Prolongado.</p> <p>Causas fetales</p>	<p>Historia clínica</p>	<p>Chi cuadrado</p>

					<ul style="list-style-type: none"> -Embarazo múltiple -Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., -Sufrimiento fetal agudo -Distocias de posición persistentes, -Macrosomía Fetal -Anomalías congénitas, -Restricción del crecimiento intrauterino, -Bienestar fetal ante parto comprometido <p>Causas ovulares</p> <ul style="list-style-type: none"> -Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, -Placenta previa oclusiva total. - -Prolapso de cordón con feto vivo, -Oligohidramnios severo, -RPM con infección ovular, -Polihidramnios Severo 	
--	--	--	--	--	---	--



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I.- DATOS GENERALES.

N° de ficha _____

Edad:

Edad Gestacional:

Numero de gestaciones

Cesárea:

a) Emergencia b) Programada

II.- DATOS OBSTETRICOS.

a) CAUSAS MATERNAS

1. Cesárea previa SI () NO ()
2. Pelvis estrecha SI () NO ()
3. Distocias dinámicas* SI () NO ()
4. Infecciones sistémicas** SI () NO ()
5. Enf. Hipertensiva SI () NO ()
6. Pre-eclampsia o eclampsia previa SI () NO ()

b) CAUSAS FETALES

1. Embarazo múltiple SI () NO ()
2. Distocias del producto*** SI () NO ()
3. Estado Fetal no tranquilizador SI () NO ()
4. Muertes fetales previas SI () NO ()
5. Malformaciones fetales SI () NO ()
6. RCIU SI () NO ()

c) CAUSAS OVULARES

1. DPP SI () NO ()
2. Placenta previa total SI () NO ()
3. Oligohidramnios severo SI () NO ()

d) OTRAS: _____

*Dilatación estacionaria, expulsivo prolongado.

**HIV, Herpes genital activo, Condilomatosis florida, ITU complicada.

***Podálico, transverso, posiciones persistentes, macrosomía fetal.