

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Rafael Donayre Rojas”



TITULO

**CARACTERISTICAS DE LAS CESAREAS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL II-2 DE TARAPOTO**

2014

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

Presentado por el Bachiller de Medicina Humana

JULIO CESAR PAREDES ARBILDO

ASESOR

Dr. JORGE SIBINA VELA

Punchana – Iquitos

Perú

2015

INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iii
Reconocimiento	iv
Índice de Tablas	v
Índice de Gráfica	vi
Resumen	vii
Capítulo I	
1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	4
3. Objetivos	5
Capítulo II	
4. Marco Teórico	7
5. Hipótesis	26
6. Variables	27
7. Operacionalización de variables	28
Capítulo III	
8. Metodología	31
8.1 Tipo y Diseño de investigación	31
8.2 Población y Muestra	31
8.3 Técnicas e Instrumentos	32
8.4 Procedimiento de Recolección de Datos	33
8.5 Análisis e Interpretación	33
8.6 Protección de los Derechos humanos	33
Capítulo IV	
9. Resultados	35
10. Discusión	43
11. Conclusiones	45
12. Recomendaciones	46
Capítulo V	
13. Referencias Bibliográficas	48
14. Anexos	45

DEDICATORIA

A Dios, quien es fuente de toda sabiduría, por darme la tranquilidad y paciencia en los momentos difíciles de mi carrera, y al mismo tiempo por no dejarme caer y hacer de mi vida una lucha constante.

A mis Padres: a quienes amo incondicionalmente están presentes en mi mente y en mi corazón en cada una de las dificultades de mi vida, siendo ellos la energía inagotable que me hace avanzar día a día.

A mi hermano, a quien agradezco por su cariño, apoyo y comprensión en mis momentos difíciles.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor: Dr. Jorge Sibina Vela, por su valioso apoyo en la elaboración de este trabajo.

A mi Jurado de Tesis, Dr. Edwin Zevallos Bazán, Dr. Beder Camacho Flores y Dr. Zaid Ríos Paredes por todas sus enseñanzas durante mis años de estudio y su invaluable apoyo en la realización de mi tesis.

A mis maestros por su dedicación constante para mi formación como médico, y en especial para aquellos que me enseñaron a luchar y ser mejor cada día.

A mi universidad por darme la oportunidad de pertenecer a su casa de estudios y así poder formarme como médico.

A mis amigos y compañeros con quienes estoy llegando a esta meta y que también formaron parte de este logro en mi vida profesional.

Y a todas aquellas personas que contribuyeron en mi formación profesional, y que me brindaron su amistad, gracias.

.

.

Índice de Tablas

Tabla Nº 1	Edad de las gestantes cesareadas	35
Tabla Nº 2	Procedencia de las gestantes cesareadas	35
Tabla Nº 3	Estado Civil de las gestantes cesareadas	35
Tabla Nº 4	Nivel de Instrucción de las gestantes cesareadas	36
Tabla Nº 5	Antecedente de cesárea de las gestantes cesareadas	36
Tabla Nº 6	Edad gestacional de las gestantes cesareadas	36
Tabla Nº 7	Paridad de las gestantes cesareadas	37
Tabla Nº 8	Control prenatal de las gestantes cesareadas	37
Tabla Nº 9	Tipo de cesárea en las gestantes cesareadas	37
Tabla Nº 10	Indicaciones de las cesáreas	38
Tabla Nº 11	Indicaciones de las cesáreas según edad de la gestante cesareada	39
Tabla Nº 12	Indicaciones de las cesáreas según Tipo de cesárea	40
Tabla Nº 13	Complicaciones de las cesáreas	42

Índice de Gráficas

Gráfica Nº 1 Tasa de Complicaciones de las cesáreas

41

Resumen

CARACTERÍSTICAS DE LAS CESAREAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 DE TARAPOTO, 2014

Bach. JULIO CESAR PAREDES ARBILDO

Introducción

Está demostrado que en nuestro país existe un aumento de la tasa de cesáreas en los hospitales; al igual que en el Hospital II-2 de Tarapoto por lo que se desea conocer las características con propósito de identificar patrones de riesgo a la presencia de cesárea

Objetivo

Describir las características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto, 2014.

Metodología

El presente estudio es de diseño no experimental descriptivo transversal retrospectivo, hubieron 1627 cesáreas realizadas en el Hospital II-2 de la ciudad de Tarapoto, entre enero a diciembre del 2014, la muestra fue de 312 cesáreas que cumplen los criterios de inclusión y exclusión; La técnica de información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica y del informe operatorio.

Resultados

Las gestantes cesareadas en el Hospital II-2 de Tarapoto tienen entre los 20 a 34 años de edad (60.9%), proceden de la zona urbana (59.0%), son conviviente (55.8%), con nivel de instrucción de secundaria (54.2%).

El 40.4% tienen antecedente de cesárea anterior, el 24.0% son embarazos pre término, el 34.0% son primíparas, el 32.1% tienen menos de 6 controles prenatales.

El 59.6% fueron cesáreas primaria y el 53.8% cesáreas de emergencia.

Las principales indicaciones de cesáreas fueron cesárea anterior (29.2%), sufrimiento fetal agudo (21.5%), desproporción cefalopélvica (9.9%), hipertensión inducida en el embarazo (8.3%) y embarazo pre término (8.3%).

Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo (35.7%), desproporción cefalopélvica (12.5%), hipertensión inducida en el embarazo (9.5%) y embarazo pre término (9.5%).

La tasa de complicaciones de las cesáreas fue de 15.4% (48), la tasa de complicaciones intraoperatoria fue de 3.5% y de post operatoria fue de 8.7%; las principales fueron la infección de herida operatoria (25.0%), hematomas de pared (16.7%), hipotensión (14.6%), atonía uterina (12.5%) y hemorragia (12.5%).

Conclusiones

Las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto, son más frecuente de indicadas por condiciones de emergencia, como el sufrimiento fetal, la desproporción cefalopélvica y los cuadros hipertensivos-

Palabras claves: Cesáreas, características, Tarapoto

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La cesárea constituye la operación obstétrica más comúnmente efectuada. Es la más antigua y moderna de las operaciones y ha llegado a un grado de perfeccionamiento que ha motivado una confiabilidad excesiva y un uso irracional. El aumento de este indicador es un problema a escala mundial. Aun cuando países desarrollados continúan con bajos indicadores de cesáreas, tanto en EE.UU. como en Europa estos se elevan, sobre todo en la práctica privatizada, de predominio la no docente.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la tasa aceptada de cesárea según los especialistas es de alrededor del 10-15%. En Latinoamérica las cifras son superiores, así lo demuestra la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS, realizada entre el 2004 - 2005 en 24 regiones de ocho países: la mediana de la tasa de cesárea fue del 33% y, en hospitales privados se observaron tasas de hasta el 51%²

En el Perú, de acuerdo a la última Encuesta de Demografía y Salud (DHS) reveló que las cesáreas en todo el país han aumentado de 21,4% a 25,3% entre los periodos 2009 y 2012. Las cesáreas se realizaron en el 48,6% de las mujeres en el quinto superior de riqueza y en el 44,1% de las mujeres con educación superior. Las tasas también varían según el área geográfica, en el noroeste de Perú la tasa de cesáreas fue del 48,7%, seguido de Lima Metropolitana a 41%; la tasa más baja, 8,6%, fue encontrada en la región andina de Huancavelica³.

Este aumento se ha explicado que la cesárea tiene una causalidad multifactorial; donde se conjuga varios factores como los cambios demográficos y socioculturales; seguridad del procedimiento debido a las; técnicas quirúrgicas y anestésicas, prácticas defensivas por parte de los médicos, el aumento de la solicitud directa de las pacientes entre otras⁴⁻⁷; aunque ARRIETA⁸ en su revisión anota sobre la tasa de cesáreas, que los factores clínicos y demográficos no parecen explicar completamente el crecimiento de este tipo de intervención médica y es, por ello, muchos trabajos se han centrado en explorar la influencia de factores no clínicos. Entre los factores no clínicos que pueden explicar el aumento de las cesáreas se encuentran: la medicina defensiva, los cambios en el estilo de práctica médica, el cambio de actitud de los pacientes, la preferencia que los médicos puedan tener por el ocio y los incentivos económicos. Estos últimos se han identificado como uno de los factores más

relevantes que explican el crecimiento de las cesáreas, especialmente en el sector privado, en donde los médicos habitualmente son retribuidos mediante un esquema de pago por servicio. Sin embargo, apenas se ha estudiado la incidencia de cesáreas en el sector público, probablemente porque el poder del incentivo económico se diluye en este contexto. Por otro lado, tampoco se ha considerado la influencia que pueden tener otros factores no clínicos como la disponibilidad de recursos sanitarios y la capacidad hospitalaria.

La cesárea puede ser necesaria cuando el parto vaginal suponga un riesgo para la madre o el niño pero la cesárea puede ser causa de complicaciones importantes, discapacidad y muerte, sobre todo en entornos que carecen de instalaciones para realizar intervenciones quirúrgicas en condiciones seguras y tratar posibles complicaciones

Está demostrado que en nuestro país existe un aumento de la tasa de cesáreas en los hospitales y centro médicos públicos, sin que se establezca medidas de reducción de la tasa de cesáreas.

El Hospital II-2 de Tarapoto no se escapa de esta situación por la alta tasa de cesárea registrada para el 2014 según su unidad de estadística; por tal motivo el presente estudio de investigación se realiza en post cesareadas realizadas en el Hospital II-2 de Tarapoto del departamento de San Martín, buscando conocer las características sociodemográficas y obstétricas con el propósito de identificar patrones de riesgo a la presencia de cesárea, pensamos que con los resultados el profesional de salud lograra conocer mejor el problema de cesáreas en su establecimiento de salud y podrá identificar los grupos de riesgo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto, 2014?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir las características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto, 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer las características sociodemográficas (edad, estado civil, procedencia, nivel de instrucción) de las cesáreas de las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto,
- Identificar las características obstétricas (cesárea anterior, paridad, edad gestacional, número de control prenatal, indicaciones de las cesáreas, tipo de cesárea, complicaciones) de las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto,

CAPITULO II

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Cesárea

La Cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos a través de la vía abdominal incidiendo en el útero. También se puede definir como el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal.

4.2 Tipos de Cesáreas

Según antecedentes obstétricos de la paciente ¹⁰

- **Primaria o Primitiva:** Es la que se realiza por primera vez en mujeres con más de 20 semanas de gestación.
- **Previa:** Es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior. La vía del parto de elección tras una cesárea previa es la vía vaginal, con una tasa de éxito aproximada del 80%, aunque se deberá tener en cuenta las preferencias de la madre, así como informarle de un aumento en el riesgo de ruptura uterina de aproximadamente el 0,5%
- **Iterativa:** Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas. La vía del parto recomendada tras dos cesáreas previas es una cesárea electiva. Si la paciente solicita un parto vaginal se le informara de un riesgo aproximado de rotura uterina del 1,4 % y una tasa de éxito de parto vaginal de alrededor del 70%

Según Indicaciones ¹¹

- **Cesárea electiva:** es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.
- **Cesárea en curso de parto o de recurso:** se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvica fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. No existe 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.

Según técnica quirúrgica ¹²⁻¹⁴

- **Corporal o clásica:** La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pre término, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, 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 dehisciente durante un nuevo embarazo.
- **Segmento corporal (Tipo Beck):** La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pre término, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.
- **Segmento arciforme (Tipo 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.

4.3 Indicaciones de cesárea

Las principales indicaciones de la operación cesárea son

Desproporción cefalopélvica ¹⁵: Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del

parto por vía vaginal. La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud.
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.
- Pelvis y feto normales con diámetros feto pélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.

La desproporción fetopélvica puede traer como consecuencia un trabajo de parto largo y laborioso, lo que aumenta el riesgo de morbilidad materna y perinatal, además el trabajo de parto prolongado produce mayor incidencia de endometritis, disminución de las cifras de pH fetal y hospitalización prolongada; esto ha conducido a los obstetras durante años a buscar un método que ayude a diagnosticar de manera precoz la desproporción fetopélvica y evitar el trabajo de parto en estas gestantes. Existen diversos métodos para lograr su diagnóstico, entre ellos, métodos clínicos y paraclínicos como la pelvimetría por rayos X, la tomografía, la ultrasonografía y más recientemente la resonancia magnética nuclear .

Cesárea previa ^{19,20}: La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico, por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación. De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de permitir un parto vaginal a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones.

Las contraindicaciones para permitir el parto vaginal en mujeres con cesárea previa son:

- Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento arciforme.
- Antecedentes de cesárea previa tipo segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas
- Antecedente de cesárea previa reciente (menor a 6 meses)
- Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia
- Pelvis no útil clínicamente

En embarazos pre término y pos término, gemelares o con productos macrosómicos, se valorará cuidadosamente el caso.

Sufrimiento fetal ^{19,21}: Alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis que provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso la muerte fetal. El sufrimiento fetal puede ser agudo (se establece durante el trabajo de parto) o crónico. Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de encontrar alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación. El diagnóstico puede hacerse durante el trabajo de parto de una forma indirecta mediante el registro continuo de la FCF (monitorización biofísica, por exceso o por defecto de la FCF cuyo parámetros normales están entre 120-160 latidos / min), o de una forma más directa mediante el análisis de microtomas de sangre fetal (monitorización bioquímica). Ambos procederes no se excluyen, sino que se complementan.

Ruptura prematura de membranas ¹⁹: Es la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 hrs. antes del inicio del trabajo de parto. El diagnóstico clínico se realiza mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico, a través del orificio cervical en el examen con espejo vaginal, o mediante maniobras que hagan evidente la salida de líquido amniótico como: la compresión del fondo uterino con una mano, mientras que con la otra se rechaza ligeramente la presentación (maniobra de Tamier) o se le indica a la paciente que puje (maniobra de Valsalva); en algunas ocasiones puede ser difícil establecer el diagnóstico y se requiere del apoyo de métodos auxiliares de laboratorio y de gabinete.

Presentación pélvica o podálica: Presentación longitudinal en la que el feto ofrece al estrecho superior de la pelvis materna, su polo podálico. Es considerada una presentación distócica por el riesgo perinatal que conlleva.

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

Conscientes de la importancia de promover el parto vaginal sobre la cesárea, diferentes países desarrollados vienen destinando una gran cantidad de recursos para disminuir la tasa de cesáreas, con resultados bastante promisorios, siendo una de estas estrategias, la promoción del parto vaginal en gestantes con antecedentes de al menos una cesárea anterior. Criterio considerado anteriormente, como absoluto para indicación de cesárea para prevenir complicaciones, hecho que hoy se ha descartado.²¹

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas ¹⁹.

A) Causas maternas

Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica):

- Estrechez pélvica.
- Pelvis asimétrica o deformada.
- Tumores óseos de la pelvis.

Distocia de partes blandas:

- Malformaciones congénitas.
- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.
- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
- Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.

Distocia de la contracción.

- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)

- Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.

B) Causas fetales:

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso de cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Cesárea posmortem

C) Causas mixtas:

- Síndrome de desproporción cefalopélvica
- Preclampsia/eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Isoinmunización materno-fetal

4.4 Complicaciones de las cesáreas ²²⁻²⁴

La cesárea, como todo procedimiento quirúrgico, no está exenta de complicaciones, aun en manos experimentadas. La mortalidad asociada al procedimiento es en la actualidad muy baja, siendo de aproximadamente el 5,8 x 100.000 nacimientos, aunque se evidencia que la operación cesárea aislada de otras complicaciones del embarazo representa un riesgo relativo de 5 para mortalidad comparada con el parto vaginal y éste es mayor cuando el procedimiento se realiza de manera no electiva. Esta premisa es igualmente válida para la morbilidad materna, ya que se aprecia una tasa mayor de complicaciones intra y posparto en las pacientes sometidas a este procedimiento, comparadas con aquellas pacientes que tienen su parto por vía vaginal.

Clasificación:

1. Complicaciones anestésicas:

- Hipotensión
- Cefalea pos punción dural
- Otras menos frecuentes (Bloqueo dural completo, parada cardiorrespiratoria, Síndrome de Mendelson,

2. Complicaciones quirúrgicas:

El riesgo de que se produzcan este tipo de complicaciones oscila entre un 1 y un 2 %. Son más frecuentes en las cesáreas urgentes, y el riesgo aumenta con la presencia de 1 o más cesáreas previas, los factores de riesgo son: prematuridad, existencia de trabajo de parto previo, presentación en plano bajo e inexperiencia del cirujano

- Desgarro de la histerotomía
- Lesiones vasculares
- Lesiones en el tracto urinario
- Lesión del intestino
- Lesiones nerviosas

3. Complicaciones infecciosas:

Son las más frecuentes (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea. Además de factores de riesgo tales como trabajo de parto ya iniciado (el de mayor relevancia) o urgencia de la intervención, las complicaciones infecciosas se relacionan con la ruptura de membranas, el tiempo transcurrido con bolsa rota, el nivel socioeconómico, el número de tactos vaginales, la existencia de infección urinaria previa, la anemia o pérdida hemática importante, la obesidad (sobre todo en infecciones de pared), la Diabetes Mellitus, la anestesia epidural, la experiencia del cirujano y la técnica quirúrgica utilizada, la existencia de Vaginosis bacteriana,

- Endometritis
- Infección del tracto urinario
- Infección de la herida quirúrgica
- Tromboflebitis séptica pélvica

- Otras menos frecuentes (bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis, fascitis necrotizante,...)

4. Complicaciones hemorrágicas postparto

Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal. La definición de HPP no está consensuada. Aunque parece que se suele definir como aquel sangrado vaginal mayor de 500cc tras un parto vía vaginal o mayor de 1000cc tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta.

La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna. Por su tiempo de aparición distinguimos entre:

- HPP precoz: (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves y las que citaremos.
- HPP tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto

5. Complicaciones tromboembólicas:

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). Son poco frecuentes, entorno al 0.52%, pero continúan siendo desde hace años la causa directa más frecuente de mortalidad materna en muchos países, debido probablemente a fallos en la identificación de los factores de riesgo trombótico, en establecer una profilaxis adecuada y un tratamiento correcto ante la sospecha clínica de ETE.

El embarazo conlleva un aumento del riesgo trombótico venoso, debido a la presencia de los 3 elementos de la triada de Virchow: hipercoagulabilidad (aumentan los factores de coagulación I, II, VII, IX, X y disminuye la fibrinólisis), lesión del endotelio vascular durante el parto (tanto vaginal como cesárea) y éstasis venoso producido por un aumento de la capacitancia venosa unido a una disminución del flujo sanguíneo venoso por compresión del útero gravídico.

Por otro lado las complicaciones o riesgos en el recién nacido en una cesárea de emergencia son producto de que pueden ser extraídos en forma prematura, pudiendo

presentar problemas respiratorios o alimenticios; algunos podrán ser lesionados por el bisturí durante la cirugía.; tienen un 50% de los valores de Apgar más bajos, requieren cinco veces más frecuentemente asistencia respiratoria, y cinco veces más frecuente son admitidos a cuidados intermedios o intensivos; los recién nacidos de una cesárea pueden desarrollar cuatro veces más hipertensión pulmonar persistente, comparados con los nacidos vaginalmente.

4.5 Antecedentes de investigación

a) Internacionales

CASAGRANDE (2007) ²⁵ en su investigación clasifica como descriptiva retrospectiva, de las cesáreas realizadas en el Hospital "Ramón González Coro", de Ciudad de La Habana, Cuba, durante el período del 1996 al 2005. Se creó un sistema automatizado para el registro continuo de todas las cesáreas realizadas en el hospital, que se comenzó a utilizar a partir de enero del 1996. Se presentan en este trabajo algunas variables relacionadas con la operación en tres años: 1996, 1999 y 2005. El índice de cesáreas se incrementó (18,3 % a 29,2 %, años 1996 y 2005, respectivamente). Las indicaciones más frecuentes en el 1996 fueron la desproporción cefalopélvica (13,1 %) y la presentación pelviana (11,1 %), mientras que en el 2005 fueron el sufrimiento fetal agudo (15,1 %) y las afecciones médicas asociadas (12,1 %). En cuanto a la frecuencia de las indicaciones más frecuentes para la cesárea primitiva aparece, aunque no se evidencian grandes diferencias en las indicaciones en los años estudiados, en el año 2005 se aprecia una mayor frecuencia de las cesáreas realizadas con los diagnósticos de sufrimiento fetal agudo (S.F.A), oligohidramnios, restricción del crecimiento intrauterino (R.C.I.U) y afecciones médicas asociadas. En este estudio, el incremento de la frecuencia de realización de cesáreas no se acompañó de un incremento en la mortalidad materna

SANDELIZ y col. (2008) ²⁶ realizaron un estudio descriptivo transversal en la Maternidad del Hospital Central de Windhoek (África) en el período comprendido desde enero a diciembre de 2008. El universo de estudio estuvo constituido por 528 pacientes cesareadas. Como resultado se obtuvo que de las pacientes con antecedentes de una cesárea anterior que fueron atendidas; se encontró un mayor

número en el grupo de 25-29 años (175 pacientes, para un 33.1%), seguido del de 30-34 años (148, 28%) y del grupo de más de 35 años (123, 23.3%). Según la indicación de la primera cesárea en las pacientes que presentaron parto eutócico: fue más frecuente con 36 pacientes la pre-eclampsia, eclampsia representado por un 18.3%; bienestar fetal alterado 33 pacientes (16.9%); distocia de la dinámica 27 pacientes (13.8%); embarazo prolongado 23 pacientes (11.8%); fallo de inducción 21 pacientes (10.8%); ruptura prematura de membranas 19 pacientes (9.6%); presentación viciosa 15 pacientes (7.6%); embarazo gemelar 7 pacientes (3.5%) y otras causas 15 pacientes (7.7%).

CHOUHURY y col. (2009) ²⁷ reportaron una tasa de cesáreas en el Reino Unido de 21,5%. Las indicaciones más comunes fueron cesárea anterior, falla del progreso en el trabajo de parto en la primera etapa, sufrimiento fetal y presentación de pelvis. La cesárea anterior se mantuvo como la primera causa de cesárea durante los 7 años en que se realizó este estudio y constituyó la indicación que llevó a la realización del 21% de las cesáreas en el 2007. El sufrimiento fetal a su vez, constituyó la indicación más común en el reporte nacional del Reino Unido con un 22%. La presentación de pelvis fue la cuarta indicación más común, con una tasa de 11-12%, manteniéndose constante en el transcurso de los 7 años del estudio. La tasa de cesárea indicada por solicitud de la madre fue de 7% en un registro nacional y del 2% en este reporte.

LICONA (2009) ²⁸ determino las causas de cesárea más frecuentes en el Hospital Santa Bárbara Integrado (HSBI), para mejorar la atención que se brinda a las embarazadas durante los controles de embarazo y poder detectar tempranamente si ameritará intervención quirúrgica. Evaluó 159 historias clínicas de pacientes que dieron a luz en el HSBI durante los meses de enero a marzo del año 2008, el 30% de las pacientes tenían edades comprendidas entre 16 y 20 años, 44% eran primigestas, 25% tenían cesárea previa, de las cuales en el 74% la causa fue desproporción céfalo pélvica (DCP), la causa de la cesárea actual fue DCP en el 51% de los casos, se encontró que la prevalencia de cesárea es 170 por 1000. Las causas más frecuentes de cesáreas fueron; DCP, sufrimiento fetal agudo (SFA) y presentaciones anormales (pélvico y transversal) respectivamente.

CHAMY y col. (2009) ²⁹ en su estudio de cohorte retrospectiva de todos los embarazos atendidos en el hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, entre enero

de 2001 y diciembre de 2006. Se excluyeron menores de 20 años. Se analizaron variables maternas y perinatales. Resultados: En el período hubo 16.338 partos, 10,9% fueron en mujeres entre 35 y 39 años y 3,6% en embarazadas de 40 años o más. Un 27,2% de los embarazos fue en primigestas. La comparación entre embarazadas de 20-34 años y de 35-39 años mostró mayor frecuencia de hipertensión arterial crónica, hospitalización durante el embarazo, diabetes, preeclampsia, hemorragia del tercer trimestre, parto cesárea, hemorragia puerperal, menor peso del recién nacido, y defectos congénitos, entre otros. Hubo mayor frecuencia de rotura prematura de membranas al analizar las mayores de 40 años. Las primigestas tuvieron mayor frecuencia de obesidad, preeclampsia, diabetes, hospitalización del recién nacido, y hemorragia puerperal. Al realizar una regresión logística para determinar influencia de la edad, se apreció que el riesgo de morbilidades y eventos adversos maternos y fetales aumentaba proporcionalmente con la edad. Concluye que la edad materna se asoció significativamente en forma independiente con resultados maternos y perinatales adversos. Hubo mayor riesgo para la mayoría de las variables analizadas en embarazadas de 35 años o más.

MILLÁN (2010) ³⁰ realizó un estudio de cohorte en el servicio de Obstetricia del Hospital General Universitario "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo - Cuba, en el periodo comprendido desde el 1º de enero hasta el 30 de junio de 2009, en pacientes a las que se les realizó cesárea por primera vez. Ocurrieron 2 122 nacimientos de los cuales 694 fueron cesáreas primitivas con un índice de 37,2 %. Del análisis univariado de las variables paridad previa y su relación con la edad materna menor de 20 años. En la relación de las patologías asociadas o propias del embarazo con las condiciones cervicales desfavorables encontramos el 35,88 % del grupo estudiado. La relación entre la edad gestacional mayor de 40 semanas y el diagnóstico de macrosomía obtuvo un nivel de asociación estadística de $p=0,0016$. En cuanto a la presencia de meconio con las condiciones cervicales desfavorables, la asociación estadística fue significativa ($p= 5,712E-06$). Se concluye que los factores estudiados están asociados estadísticamente con la cesárea primitiva y son capaces de incrementar su índice.

MEDINA y col. (2010) ³¹ en su estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, en gestantes de enero de 2009 al 30 de abril de 2010. Se registraron 4016 nacimientos,

con incidencia de cesáreas de 32% (n=1299). Indicaciones obstétricas de cesáreas: 30.94% por cesárea anterior, 16 % sufrimiento fetal agudo, 9.76% falta de progresión del trabajo de parto, 9.04% distocia de presentación, 9.04% negativa al parto, 5.45% ginecorragia de la segunda mitad del embarazo, 3.80% desproporción feto pélvica, 3.30% embarazo gemelar, 13.13% otras en un total de 1393 pacientes. Indicaciones por patologías maternas asociadas: 46% hipertensión arterial, 21.60% diabetes, 8.40% coreoanmionitis, 7.60% cáncer de cérvix, 5.20% ruptura prematura de membrana, 4% cardiopatías, 2.40% Lúes, 2.40% colestasis, 1.20% condilomatosis, 0.80% código 76 y otras 0.40% en un total de 250 pacientes. La conclusión fue que las cesáreas han aumentado significativamente, respecto de años anteriores, principalmente a expensas de la cesárea anterior e iterativa. Y las patologías maternas asociadas hipertensión arterial y diabetes fueron las de mayor incidencia.

MUÑOZ y col. (2011) ³² en su estudio descriptivo y transversal realizado en los cuatro principales hospitales de segundo nivel: ISSSTE, ISEA, IMSS1, IMSS2 (81% de la atención obstétrica) desde 1º de septiembre al 31 de octubre de 2008. Estas son las indicaciones de operación cesárea en orden de frecuencia para cada uno de los hospitales mencionados: ISSSTE: Desproporción cefalopélvica 20%, Baja reserva fetal 13.4%, Alteración médica materna 13.4%, preclampsia 8.8%, Sufrimiento fetal 6.6%, Cesárea iterativa 6.6%, etc. ISEA: Desproporción cefalopélvica 19.2%, Cesárea iterativa 14%, Alteración médica materna 9%, Baja reserva fetal 8.6%, Rotura prematura de membranas 7.4%, Cesárea previa 5.8%, etc. IMSS1: Desproporción cefalopélvica 16.4%, Cesárea iterativa 13.8%, Oligoarnios 8%, Presentación pélvica 8%, Cesárea previa 5.2%, Preclampsia 5.2%, etc. IMSS2: Cesárea previa 24.2%, Cesárea iterativa 16%, Desproporción cefalopélvica 12%, Sufrimiento fetal 11.8%, Baja reserva fetal 5.6%, Rotura prematura de membranas 5.2%, etc. En el estudio se encontraron 45 indicaciones de cesárea diferentes lo que indudablemente refleja gran diversidad de criterios en el personal médico institucional para programar la operación cesárea.

PALEARI y col. (2012) ³³ en su estudio analítico, observacional y prospectivo de cohorte entre el 1 de junio de 2009 y el 25 de enero de 2010. Resultados: durante el periodo de estudio se incluyeron 762 pacientes del hospital abierto y 768 del hospital cerrado. La tasa global de cesárea en el hospital abierto fue de 53.5% y en el cerrado

de 48.7%, el RR =1.09 (IC 0.99-1.21), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.058$). El inicio del trabajo de parto espontáneo en el hospital abierto fue significativamente mayor que en el cerrado (74.9% vs 41.8%) RR = 2.66 (IC1.98-3.57). El trabajo de parto inducido fue significativamente menor en el hospital abierto con respecto al cerrado (9.7% vs 28.3%) el RR = 0.34 (IC 0.27-0.44). La cesárea electiva fue significativamente menor en el hospital abierto (15.3% vs 29.9%), RR= 0.51 (IC 0.42-0.62). En conclusión: este estudio demuestra que en dos hospitales privados con diferentes sistemas de atención la tasa de cesáreas es similar. Sin embargo, en el hospital abierto es mayor la tendencia a operar a las pacientes con inicio de trabajo espontáneo y en el cerrado son más las inducciones de trabajo de parto y cesárea electiva.

BARRIGA y col. (2012) ³⁴ realizaron un análisis estadístico descriptivo en pacientes sometidas a cesárea durante los meses de enero a abril de 2011, atendidas en un centro de referencia distrital de tercer nivel materno y perinatal. Entre los resultados, el diagnóstico de cesárea anterior correspondió al 26,4% de las cesáreas realizadas; siguieron en orden de frecuencia: estado fetal insatisfactorio 15.5%, trastornos hipertensivos del embarazo 15,5%, detención secundaria de la dilatación y el descenso 5,5%, ruptura prematura de membranas 4,7%. La conclusión fue que la cesárea anterior constituyó la indicación de cesárea más frecuente en esta institución en estudio. Los trastornos hipertensivos del embarazo y la ruptura prematura de membranas se encontraron dentro de los diagnósticos más frecuentes que llevaron a la cesárea, diagnósticos que no se reportan en los registros internacionales.

b) Nacionales

CHE LEON (2009) ³⁵ en su estudio analítico y correlacional que tuvo por finalidad identificar los indicadores de alto riesgo obstétrico y su relación con la decisión de la cesárea en el Hospital La Caleta de Chimbote, para lo cual se tomó una muestra representativa de 93 partos normales y 95 cesáreas. Del total de mujeres cesareadas 6% presentaron problemas de incompatibilidad cervical en embarazos pasados; todas las mujeres cesareadas en este estudio fueron primíparas; 3% presentaron antecedentes de infección de las vías urinarias; 14 % tenían edad menor de 19 o mayor de 35 años, 23% tenían hemoglobina menor de 11gr%; 8% no se realizó

controles prenatales; 11% tuvieron edad gestacional <37 semanas; 2% presentaron feto grande para la edad gestacional; 8% de los casos fue por presentación de cara o pelviana; 4% mostraron casos de prolapso de cordón; 17% presentaron signos de sufrimiento fetal; 21% presentó desprendimiento prematuro de la placenta; 4% fue por estimulación o inducción fallida.

SÁENZ y col. (2010) ³⁶ en su estudio descriptivo tipo serie de casos. Realizado en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia - Lima. El grupo de estudio fueron todas las pacientes con antecedente de cesárea. Se incluyó en el estudio 1 591 pacientes con antecedente de cesárea atendidas entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2009. Se obtuvo los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), de la planilla de egresos hospitalarios 2001-2009, historias clínicas y libros de egreso de Banco de Sangre. Resultados: La tasa de partos vaginales en pacientes con antecedente de cesárea fue 19%, y 81% de pacientes fue sometida a nueva cesárea. Hubo 18 casos de endometritis y 3 de infección de herida operatoria en el grupo de cesareadas a repetición, en contraste con dos casos de endometritis y ningún caso de infección de herida operatoria en el grupo de parto vaginal. Hubo pocos casos de APGAR bajo y ninguno de muerte neonatal. Conclusiones: El porcentaje de complicaciones materno neonatales fue similar en ambos grupos.

QUISPE y col. (2010) ³⁷ analizaron la tendencia de la "tasa de cesáreas" (TC) mensual en todos los hospitales de la Dirección de Salud (DISA) V Lima-Ciudad desde el año 2001 al 2008, y determinar los patrones característicos. Resultados. Se encontró que durante el periodo total del estudio la TCM promedio fue de 36,9 % ± 9,1%(rango: 16,5%-71,4%). Entre los años 2001 (TCM: 33,5% ± 6,9%), y 2008 (TCM: 39,7% ± 8,3%) se registró un incremento promedio del 6,9% ± 7,0%, alcanzándose un incremento del 7,7% ± 6,4% en el año 2007 (TCM: 43,5% ± 9,8%). En la mayoría de los hospitales, se registró un aumento significativo de la TCM entre los años 2004 y 2005. Analizando la variación anual de las TCM se observó que éstas tienden a incrementarse en los meses de abril (37,9% ± 9,7%) y septiembre (40,2% ± 8,9%), ciclo que se ha repetido en la mayoría de los centros hospitalarios bajo estudio. En conclusión la TCM de los hospitales de la DISA V Lima-Ciudad supera largamente el límite recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y durante los años de estudio ha mantenido una tendencia significativamente creciente.

HUERTAS y col. (2010) ³⁸ en su estudio de cohortes, retrospectivo, analítico. Institución: Unidad de Medicina Fetal, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú. Participantes: Gestantes con antecedente de una cesárea previa y atendidas en el parto. Intervenciones: Se revisó 584 historias clínicas de mujeres con antecedente de una cesárea previa que dieron a luz entre enero y diciembre de 2007. Se excluyó las pacientes que no cumplían los criterios de inclusión y se obtuvo los resultados materno perinatales de las 266 gestantes restantes. Principales medidas de resultados: Resultados materno-perinatales. Resultados: De 266 gestantes con antecedente de una cesárea previa y sin contraindicación para el parto vaginal, a 188 (70,7%) se les indicó cesárea electiva repetida y a 78 (29,3%), prueba de trabajo de parto. De estas últimas, 51 (65,3%) tuvieron éxito. Los resultados maternos muestran en el grupo de cesárea electiva una rotura uterina, una histerectomía y dos casos de hemorragia posparto. En el grupo prueba de trabajo de parto, no hubo rotura uterina, histerectomía, hemorragia posparto. No hubo muertes maternas en algún grupo. En cuanto a los resultados perinatales, no hubo caso de muerte intraútero, anteparto o intraparto, APGAR menor de 7 a los 5 minutos, ni muertes neonatales, en ninguno de los dos grupos. Conclusiones: No hubo diferencia estadísticamente significativa en los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa a quienes se indicó prueba de trabajo de parto, comparados con quienes se indicó cesárea electiva repetida. La tasa de éxito del grupo prueba de trabajo de parto fue 65,3%

MANZANO (2011) ³⁹ realizó un estudio de diseño transversal y descriptivo en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima, desde enero 2005 a diciembre 2009. Resultados: Se registró 584 partos de adolescentes multigestas. 264 correspondieron a cesáreas iterativas, lo que significó una incidencia de 45 cesáreas iterativas por cada 100 gestaciones (45%). El promedio de edad fue de 18.2 años (14 a 19 años). Por modelo de regresión logística multivariante, se identificó como factor de riesgo la desproporción céfalo-pélvica (ORa, 166.39; IC95%: 60.25 – 459.53; p <0.001), y como factores protectores el número de hijos vivos (ORa, 0.18; IC95%: 0.01 – 0.04; p <0.001) y abortos (ORa, 0.08; IC95%: 0.04 – 0.16; p <0.001). Se concluyó que la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multigestas, fue de 45%. Asociado a desproporción céfalo- pélvica y con menor indicación por el mayor número de hijos vivos y abortos previos.

PATIÑO (2011) ⁴⁰ refiere que en el Hospital de Apoyo I-2 José Alfredo Mendoza Olavarría de Tumbes, la tasa de cesárea varió entre el 35 % y 49 % durante los años 2003-2005, mientras que el Hospital I EsSalud registró una tasa del 45 % en el año 2006. Frente a esta realidad, se planteó el problema de investigación para determinar cuáles fueron los factores determinantes de la cesárea en los hospitales del departamento de Tumbes durante el año 2011. Con el objetivo de conocer los factores maternos y fetales asociados a la cesárea y la frecuencia de la operación, se realizó el estudio en las cesareadas de los hospitales del Ministerio de Salud y EsSalud de Tumbes durante seis meses. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos fueron observacionales, utilizándose una ficha de recolección de datos que contenía los antecedentes personales y ginecoobstétricos de la gestante, así como datos fundamentales del recién nacido. Se realizaron entrevistas a las pacientes cesareadas, utilizando un cuestionario con preguntas estructuradas y no estructuradas, para reseñar los datos relacionados con la indicación de la cesárea. Se encontraron que en el Hospital del Ministerio de Salud, la edad promedio fue de 26,4 años, mientras que en el de EsSalud fue de 29,4. En cuanto al control prenatal, fueron gestantes controladas con más de 6 controles prenatales y con embarazos previos a quienes se les explicó el motivo pero no las probables complicaciones de la cesárea. Los recién nacidos en el hospital del Ministerio de Salud tuvieron en promedio un peso de 3194 g y un apgar de 9,1, mientras que en la seguridad social el peso fue de 3200 g y un apgar promedio de 9,2. La frecuencia de cesárea en el hospital de EsSalud fue de 58,76 %, y de 49,52 % en el MINSa.

MALATESTA (2013) ⁴¹ determinó las características demográficas y obstétricas de las cesáreas en el Hospital Regional de Loreto, entre Mayo a Junio del 2013; realizando un estudio de diseño descriptivo transversal retrospectivo, se evaluaron 189 gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto entre Enero a Mayo del 2013. Las gestantes cesareadas eran de edad fértil (59.8%), proceden de la zona urbana (75.1%), el 25.4% con antecedente de cesárea previa, con edad gestacional a término (76.2%), nulíparas (49.2%), con adecuado control pre natal (68.3%), de las 116 gestantes con antecedente de una gestación previa el 60.3% tuvieron un intervalo intergenésico de 2 a 5 años y el 15.5% menor de 2 años. El 59.3% de las cesáreas realizadas fueron de emergencia y el 40.7% programadas. Las principales indicación de las cesáreas programadas fueron cesárea anterior (37.7%), DCP

(14.3%), pre eclampsia leve (14.3%). Las principales indicaciones de la cesárea de emergencia fueron los casos de enfermedad hipertensiva (19.6%), SFA (18.8%), cesárea anterior (9.8%), y DCP (9.8%). Concluye que las cesáreas de emergencia predominan en el Hospital Regional de Loreto, principalmente producto a enfermedad hipertensiva en el embarazo y sufrimiento fetal agudo.

REATEGUI (2014) ⁴² determino características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de la cesárea en el Hospital III Iquitos de EsSALUD; evaluando a 200 gestantes cesareadas de las 420 realizadas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD entre Enero a Julio del 2013, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, revisando la historia clínica, reporte operatorio e historia perinatólogica. Las cesáreas son en gestantes de 20 a 34 años de edad (60,5%); que proceden de la zona urbana (60.5%); convivientes (56.0%), de educación secundaria (62.5%); ama de casa (61.5%). Con antecedente de cesárea anterior (34.0%); pre termino (18.5%); multíparas (34.0%); con intervalo intergenésico de 2 a 5 años (71.5%); con control prenatal adecuado (66.0%). Presentan morbilidad durante el embarazo (44.0%); principalmente anemia (65.9%), ITU (55.7%), y vulvovaginitis (25.0%). El 22.0% de los recién nacidos tienen morbilidad perinatal, siendo prematuridad (84.1%), SFA (43.2%), RNBP (34.1%) y RCIU (31.8%). Las principales indicaciones de cesáreas fueron: cesárea anterior (34.0%), DCP (18.0%), SFA (17.5%) y pre término (15.0%). El 43.0% de las cesáreas fueron electivas y el 57.0% de emergencia. Las principales indicaciones de cesárea en las gestantes adolescentes fueron DCP (50.0%) y SFA (16.7%); en las gestante en edad fértil su indicación fue por cesárea anterior (37.2%), pre término (19.8%), DCP (14.9%) y SFA (14.0%); en las añosas fue por cesárea anterior (53.5%) y SFA (27.9%). Las cesáreas de emergencia fueron más frecuente en gestantes adolescentes (66.7%), gestantes añosas (65.1%), nulíparas (62.0%), primíparas (61.9%), periodo intergenésico < 2 años (59.0%) y control prenatal < 6 (60.3%). Concluye que las edades extremas, paridad e intervalo intergenésico factores que deben ser consideradas para detectar a gestantes con alto riesgo de cesárea y concentrar en éstas, una mayor vigilancia durante el control prenatal.

GALVEZ (2014) ⁹ determino la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital "San José" del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013, para lo cual realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo; en el

Hospital San José del Callao en el periodo Enero – Diciembre 2013. La población está constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y el espacio muestral corresponde a 160 pacientes. La información fue recolectada principalmente del libro de cesáreas de sala de operaciones, de las Historias Clínicas respectivas, así como del Libro de Registros que se encuentra en el Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital San José del Callao. Al analizar las 160 historias clínicas, se encontró que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 81%, se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2 500 g. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preclampsia 9%, sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha, periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar. La tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero-Diciembre 2013 fue de 42 % respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40 % registrado en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18 % son cesáreas emergencia y el 24 % son de tipo electivas. Adicionalmente (a pesar que no fue el objetivo de esta investigación) 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 %), preclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%).

BUSTAMANTE y col. (2014) ⁴³ determinaron la frecuencia e indicaciones más frecuentes de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL), durante el periodo 2010- 2011; utilizaron una ficha de recolección de datos, en una muestra de 273 historias clínicas de gestantes cesareadas. La edad promedio fue 25,71±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-edampsia(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%). Concluyen que la frecuencia de operación cesárea es alta en el HPDBL. La indicación más frecuente de cesárea fue cesárea segmentaria previa; siendo más frecuente en jóvenes que en adolescentes. Se encontró asociación entre Indicación de cesárea absoluta y las variables antecedentes de cesárea e incisión abdominal.

PUMA y col. (2015) ⁴⁴ describieron las complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general. Su estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, tipo serie de casos, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia – Lima entre el 1 de enero de 2011 hasta el 31 diciembre de 2012. Incluyeron 67 gestantes a término operadas en periodo expulsivo. Se revisaron las historias clínicas de las pacientes, se registraron las características clínicas y las complicaciones maternas. En el periodo de estudio se realizaron 4 218 cesáreas, siendo el 1,84% hechas en periodo expulsivo. En general, 59/ 67 (88,1%) presentaron algún tipo de complicación. Se observaron 8 casos de hipotonía uterina (11,9%) y 2 (2,9%) de atonía. En 5 (7,4%) pacientes ocurrieron desgarros de segmento adyacente a la histerotomía, siendo 2 de ellos asociados a compromiso de cuerpo uterino y vagina, y 4 (5,9%) casos a laceración de arteria uterina, uno fue bilateral. No se produjeron lesiones en tracto urinario ni digestivo y tampoco hubo necesidad de re intervención quirúrgica. Cuatro pacientes presentaron hemorragia puerperal, dos asociados a hipotonía uterina post cesárea. En 56 (83,5%) casos ocurrió anemia post operatoria. Hubo 1 (1,5%) caso de endometritis, 3 (4,5%) infecciones de herida operatoria. Concluyen que la cesárea realizada en período expulsivo ocasiona complicaciones frecuentes, algunas muy severas.

5 HIPOTESIS

Según el diseño de estudio no experimental descriptivo, el presente estudio no requiere hipótesis.

6 VARIABLES

Variable Dependiente

- Cesárea
 - Tipo de cesárea
 - Complicaciones de la cesárea

Variables Independientes

- Características sociodemográficas
 - Edad
 - Estado civil
 - Procedencia
 - Nivel de Instrucción
- Características obstétricas
 - Antecedente de Cesárea
 - Paridad
 - Edad gestacional
 - Control prenatal
 - Indicación de la cesárea

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICOS Es el conjunto de características demográficas, de la unidad de estudio como su edad, procedencia, nivel de instrucción, estado civil.	Fecha de nacimiento registrada en el SIS o historia clínica	Eclad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ocurrir la cesárea	Continua
	Estado civil registrado en el SIS o historia clínica	Estado civil: Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales Soltera: que vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. Conviviente: que convive con su pareja pero no tienen vinculo legal Casada: que tiene vinculo legal (civil) con su pareja	Nominal
	Dirección registrada en el SIS o historia clínica	Procedencia: se define como la dirección registrada en la historia clínica, debido a que es un estudio retrospectivo Urbano: que procede de la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Urbanomarginal: que procede de áreas alejadas del perímetro urbano. Rural: que procede de pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Nominal
	Fecha de nacimiento registrada en el SIS o historia clínica	Nivel de instrucción: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos, tendrá 4 índices: sin estudios, Primaria, secundaria y técnica o superior. Sin instrucción: no curso estudios en un centro educativo Primaria: con estudios en centro educativo primario completa o incompleta. Secundaria con estudios en centro educativo secundario completa o incompleta. Técnica : con estudios en centro educativo técnico completa o incompleta Superior: con estudios en centro educativo técnico o superior, completa o incompleta	Nominal
CARACTERISTICAS OBSTETRICAS Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, como: antecedente de cesárea, paridad, edad gestacional, control prenatal, indicación cesárea	Antecedente de cesárea anterior registrada en la historia clínica	Antecedente de cesárea: gestante que refiere haber presentado con anterioridad a la gestación actual parto por cesárea.	Nominal
	Formula obstétrica registrada en la historia clínica	Paridad: Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron	Nominal

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
		500g o más, o que poseen más de 20 sem. de edad gestacional, tendrá 4 índices; nulípara, primípara, múltipara y gran múltipara Nulípara: 0 partos Primípara: solo tuvo 1 parto Múltipara: tuvo entre 2 a 4 partos Gran Múltipara: tuvo 5 a más partos	
	Edad gestacional registrada en la historia clínica	Edad Gestacional: Tiempo comprendido entre el primer día del último periodo menstrual o fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud. Pre término: Embarazo menor a 37 semanas y mayor o igual a 28 semanas. A término: Embarazo menor a 41 semanas y mayor o igual a 37 semanas. Post término: Embarazo mayor o igual a 41 semanas	Nominal
	Número de controles prenatales registrado en la historia clínica	Control Prenatal: Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción, las que tienen 6 a más controles se considera adecuado.	Discreta
	Historia clínica Reporte operatorio	Indicación de cesárea: condición clínica-obstétrica que condiciona la extracción del feto por vía abdominal	Nominal
CESÁREA La cesárea es la intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal	Historia clínica Reporte operatorio	Tipo de Cesárea: según la condición de riesgo con que se extrae el producto por vía abdominal, puede ser cesárea de emergencia o si no tiene estas condiciones será una cesárea programada o electiva; también puede ser según su antecedente obstétrico como primaria, previa e iterativa.	Nominal
		Complicaciones de la cesárea: condición médica quirúrgica que presenta la madre intra o post cesárea.	Nominal

CAPITULO III

8. METODOLOGIA

8.1 Tipo y Diseño de Investigación

El presente es de tipo cuantitativo de diseño no experimental descriptivo transversal retrospectivo

- Descriptivo: Porque describe las características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas realizadas en el Hospital II-2 de la ciudad de Tarapoto.
- Transversal: Porque evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio.
- Retrospectivo: Porque el evento (cesárea) ocurrió antes del inicio del estudio.

8.2 Población y Muestra:

a) Población

La población estuvo constituida por 1627 cesáreas realizadas en el Hospital II-2 de la ciudad de Tarapoto, entre enero a diciembre del 2014

b) Muestra

La muestra estuvo constituida por 312 cesáreas que cumplen los criterios de inclusión y exclusión;

c) Tamaño muestral

El tamaño de la muestra fue calculado a través de la fórmula para poblaciones finitas:

Cálculo del tamaño de la muestra = $n / (1 + (n/N))$

$$n = (Z^2) (p) (q) / e^2$$

Z = 1.96, valor de Z al 95% de confianza

$$p = 0.5$$

$$q = 1 - p = 0.5$$

e = error estándar, que su valor es de 0.05

N = cesáreas 1627

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384.16$$

$$TM = 384.16 / (1 + (384.16/1627)) = 312$$

Los criterios de inclusión fueron:

- Cesárea realizada entre enero a diciembre del 2014.
- Historia clínica completa
- Informe operatorio.

Los criterios de exclusión al estudio fueron:

- Historia clínica incompleta
- No presencia del informe operatorio
- Historia clínica con letra ilegible

El muestreo fue probabilístico, en forma al azar se tomaran las historias clínicas.

8.3 Técnicas e Instrumentos:

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación es la de recolección de información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica y del informe operatorio, los datos serán registrados en una ficha de recolección de datos; que consta de dos ítems, la primera donde se registra las características sociodemográficas, el segundo ítem sobre las características obstétricas.

8.4 Procedimiento de recolección de datos:

Durante el internado en el Hospital II-2, se recogió la información sobre los datos de la cesárea.

Los datos recolectados serán verificados con el asesor de la tesis, luego de ello se ordenaran según las variables a estudiar para su almacenamiento.

8.5 Análisis e interpretación de datos:

Durante el internado en el Hospital II-2 de Tarapoto, se recogió la información sobre los datos de la cesárea.

Los datos recolectados serán verificados con el asesor de la tesis, luego de ello se ordenaran según las variables a estudiar para su almacenamiento.

8.6 Protección de los Derechos Humanos:

Se ha revisado la declaración de Helsinki médica mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, nuestro estudio no es experimental, por lo cual no se experimenta y se mantiene la confidencialidad de la información.

CAPITULO IV

9. RESULTADOS

El 60.9% (190) de las cesáreas son en gestantes de 20 a 34 años de edad, el 30.1% (94 en menores de 20 años de edad (Tabla Nº 1)

Tabla Nº 1
Edad de las gestantes cesareadas en el Hospital II-2 de Tarapoto
2014

Edad	Nº	%
< 20 años	94	30.1%
20 a 34 años	190	60.9%
35 a más años	28	9.0%
Total	312	100.0%

La mayoría las gestantes cesareadas proceden de la zona urbana (59.0%) y de la zona urbanomarginal (26.3%) (Tabla Nº 2)

Tabla Nº 2
Procedencia de las gestantes cesareadas en el Hospital II-2 de Tarapoto
2014

Procedencia	Nº	%
Urbano	184	59.0%
Urbanomarginal	82	26.3%
Rural	46	14.7%
Total	312	100.0%

El 55.8% (174) de las gestantes cesareadas son conviviente, el 28.5% (89) son solteras y el 15.7% (49) son casadas (Tabla Nº 3)

Tabla Nº 3
Estado Civil de las gestantes cesareadas en el Hospital II-2 de Tarapoto
2014

Estado Civil	Nº	%
Soltera	89	28.5%
Conviviente	174	55.8%
Casada	49	15.7%
Total	312	100.0%

El 54.2% (169) de las gestantes cesareadas tienen nivel de instrucción de secundaria, el 17.0% (53) primaria y el 14.1% (44) técnica (Tabla Nº 4)

Tabla Nº 4
Nivel de Instrucción de las gestantes cesareadas en el Hospital II-2 de Tarapoto 2014

Nivel de Instrucción	Nº	%
Sin estudios	22	7.1%
Primaria	53	17.0%
Secundaria	169	54.2%
Técnica	44	14.1%
Superior	24	7.7%
Total	312	100.0%

El 40.4% (126) de las gestantes cesareadas tienen antecedente de cesárea anterior (Tabla Nº 5)

Tabla Nº 5
Antecedente de cesárea de las gestantes cesareadas en el Hospital II-2 de Tarapoto 2014

Antecedente de cesárea	Nº	%
Si	126	40.4%
No	186	59.6%
Total	312	100.0%

El 65.7% (205) de las gestantes cesareadas tienen entre 37 a 42 semanas de gestación, y el 24.0% (75) menos de 37 semanas de gestación (Tabla Nº 6)

Tabla Nº 6
Edad gestacional de las gestantes cesareadas en el Hospital II-2 de Tarapoto 2014

Edad Gestacional	Nº	%
< 37 semanas	75	24.0%
37 a 42 semanas	205	65.7%
> 42 semanas	32	10.3%
Total	312	100.0%

El 34.0% (106) de las gestantes cesareadas son primíparas, el 28.5% (89) son multíparas y el 26.9% (84) nulíparas (Tabla Nº 7)

Tabla Nº 7
Paridad de las gestantes cesareadas en el Hospital II-2 de Tarapoto 2014

Paridad	Nº	%
Nulípara	84	26.9%
Primípara	106	34.0%
Multípara	89	28.5%
Gran Multípara	33	10.6%
Total	312	100.0%

El 67.9% (212) de las gestantes cesareadas tienen entre 6 a más controles prenatales y el 32.1% (100) entre 0 a 5 controles prenatales (Tabla Nº 8)

Tabla Nº 8
Control prenatal de las gestantes cesareadas en el Hospital II-1 de Tarapoto 2014

Control prenatal	Nº	%
0 a 5	100	32.1%
6 a más	212	67.9%
Total	312	100.0%

Según el antecedente obstétrico, el 59.6% de las cesáreas fueron primaria y el 26.9% cesáreas previas; según la indicación médica el 53.8% fueron cesáreas de emergencia y el 46.2% cesáreas electivas (Tabla Nº 9)

Tabla Nº 9
Tipo de cesárea en las gestantes cesareadas en el Hospital II-2 de Tarapoto 2014

Según antecedente obstétrico	Nº	%
Primaria	186	59.6%
Previa	84	26.9%
Iterativa	42	13.5%
Según indicación médica	Nº	%
Emergencia	168	53.8%
Electiva	144	46.2%

Las principales indicaciones de cesáreas fueron cesárea anterior (29.2%), sufrimiento fetal agudo (21.5%), desproporción cefalopélvica (9.9%), hipertensión inducida en el embarazo (8.3%) y pre término (8.3%) (Tabla Nº 10)

Tabla Nº 10
Indicaciones de las cesáreas en el Hospital II-2 de Tarapoto
2014

Principal indicación de la cesárea	Nº	%
Cesárea anterior	91	29.2%
SFA	67	21.5%
Desproporción cefalopélvica	31	9.9%
HIE	26	8.3%
Pre término	26	8.3%
Pre eclampsia	25	8.0%
Eclampsia	14	4.5%
Fase latente prolongada del trabajo de parto	11	3.5%
RPM	10	3.2%
Distocia (hombros/transverso)	4	1.3%
DPP	3	1.0%
Placenta previa	2	0.6%
Macrosómicos	2	0.6%
Total	312	100.0%

Las principales indicaciones de cesáreas en las gestantes menores de 20 años de edad fueron: sufrimiento fetal agudo (29.8%), desproporción cefalopélvica (19.1%), embarazo pretérmino (11.7%), hipertensión inducida en el embarazo (10.6%) y preeclampsia (10.6%) (Tabla Nº 11).

Las principales indicaciones de cesáreas en las gestantes de 20 a 34 años de edad fueron: cesárea anterior (41.6%), sufrimiento fetal agudo (18.4%), Hipertensión inducida en el embarazo (6.8%), preeclampsia (6.8%), (Tabla Nº 11)

Las principales indicaciones de cesáreas en las gestantes mayores de 34 años de edad fueron: cesárea anterior (39.3%), sufrimiento fetal agudo (14.3%), hipertensión inducida en el embarazo (10.7%) y embarazo pre término (10.7%) (Tabla Nº 11)

Tabla Nº 11
Indicaciones de las cesáreas según edad de la gestante cesareada en el
Hospital II-2 de Tarapoto
2014

Principal indicación de la cesárea	< 20 años		20 a 34 años		> 34 años		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Cesárea anterior	1	1.1%	79	41.6%	11	39.3%	91
SFA	28	29.8%	35	18.4%	4	14.3%	67
Desproporción cefalopélvica	18	19.1%	12	6.3%	1	3.6%	31
HIE	10	10.6%	13	6.8%	3	10.7%	26
Pre término	11	11.7%	12	6.3%	3	10.7%	26
Pre eclampsia	10	10.6%	13	6.8%	2	7.1%	25
Eclampsia	5	5.3%	7	3.7%	2	7.1%	14
Fase latente prolongada del trabajo de parto	4	4.3%	6	3.2%	1	3.6%	11
RPM	4	4.3%	5	2.6%	1	3.6%	10
Distocia (hombros/transverso)	1	1.1%	3	1.6%	0	0.0%	4
DPP	1	1.1%	2	1.1%	0	0.0%	3
Placenta previa	1	1.1%	1	0.5%	0	0.0%	2
Macrosómicos	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	2
Total	94	100.0%	190	100.0%	28	100.0%	312

Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo (35.7%), desproporción cefalopélvica (12.5%), preeclampsia (11.3%), hipertensión inducida en el embarazo (9.5%) y embarazo pre término (9.5%) (Tabla Nº 12)

Las principales indicaciones de cesáreas electivas fueron cesárea anterior (57.6%), desproporción cefalopélvica (6.9%), hipertensión inducida en el embarazo (6.9%) y embarazo pre término (6.9%) (Tabla Nº 12)

Tabla Nº 12
Indicaciones de las cesáreas según Tipo de cesárea
Hospital II-2 de Tarapoto
2014

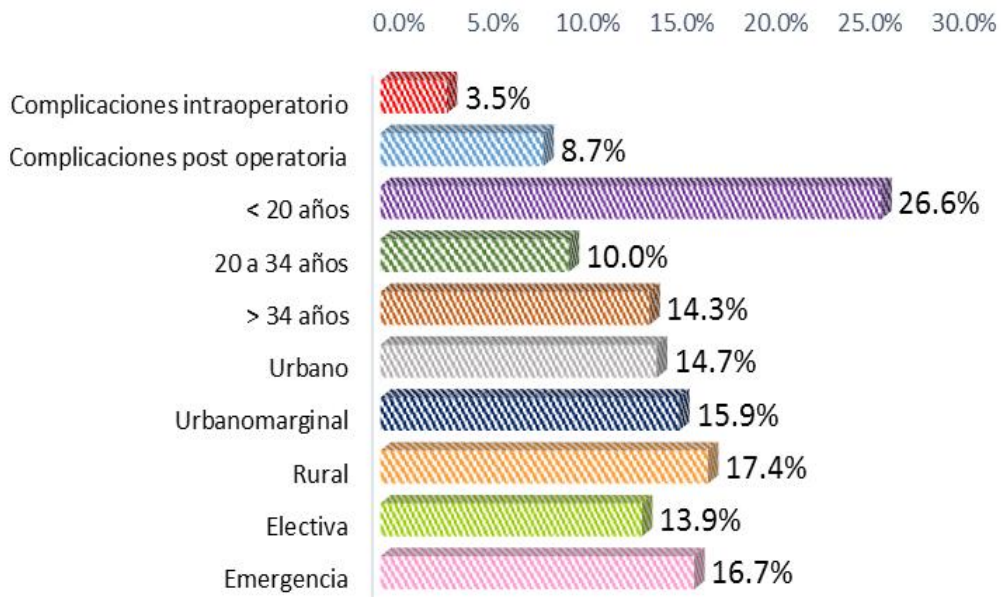
Principal indicación de la cesárea	Emergencia		Electiva		Total
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	
Cesárea anterior	8	4.8%	83	57.6%	91
SFA	60	35.7%	7	4.9%	67
Desproporción cefalopélvica	21	12.5%	10	6.9%	31
HIE	16	9.5%	10	6.9%	26
Pre término	16	9.5%	10	6.9%	26
Pre eclampsia	19	11.3%	6	4.2%	25
Eclampsia	11	6.5%	3	2.1%	14
Fase latente prolongada del trabajo de parto	7	4.2%	4	2.8%	11
RPM	4	2.4%	6	4.2%	10
Distocia (hombros/transverso)	1	0.6%	3	2.1%	4
DPP	3	1.8%	0	0.0%	3
Placenta previa	2	1.2%	0	0.0%	2
Macrosómicos	0	0.0%	2	1.4%	2
Total	168	100.0%	144	100.0%	312

La tasa de complicaciones de las cesáreas fue de 15.4% (48), la tasa de complicaciones intraoperatoria fue de 3.5% y de post operatoria fue de 8.7% (Gráfica N° 1)

La mayor tasa de complicaciones de las cesáreas fueron en las gestantes menores de 20 años de edad (26.6%) que en los otros grupos de edades; discretamente la tasa de complicaciones fue mayor en las gestantes que proceden de la zona rural (17.4% que de las que proceden de la zona urbanomarginal (15.9%) y urbana (14.7%) (Gráfica N° 1)

La tasa de complicaciones de las cesáreas de emergencia fue de 16.7%, y en las cesáreas electivas de 13.9% (Gráfica N° 1)

Gráfica N° 1
Tasa de Complicaciones de las cesáreas
Hospital II-2 de Tarapoto
2014



Las principales complicaciones fueron la infección de herida operatoria (25.0%), hematomas de pared (16.7%), hipotensión (14.6%), atonía uterina (12.5%) y hemorragia (12.5%) (Tabla Nº 13)

Tabla Nº 13
Complicaciones de las cesáreas
Hospital II-2 de Tarapoto
2014

Complicaciones de la cesárea	Nº	%
Infección de la herida quirúrgica	12	25.0%
Hematomas de pared	8	16.7%
Hipotensión	7	14.6%
Hipotonía o atonía uterina	6	12.5%
Hemorragia	6	12.5%
Cefalea post anestésica	5	10.4%
Infección del tracto urinario	4	8.3%
Complicaciones de la cesárea	48	100.0%

10. DISCUSION

Las características sociodemográficas de las gestantes cesareadas en el Hospital II-2 de Tarapoto tienen una tendencia similar a los estudios realizados en el Hospital Regional de Loreto por MALATESTA ⁴¹, que encuentra gestantes cesareadas en edad fértil que proceden de la zona urbana, también en el estudio de REATEGUI ⁴² que lo realizó en el Hospital III Iquitos de EsSALUD refiere que las gestantes cesareadas son de 20 a 34 años de edad; de la zona urbana, convivientes y educación secundaria. BUSTAMANTE ⁴³ en su estudio en la ciudad de Lambayeque encuentra que los casos de cesáreas son en edad fértil, conviviente, instrucción secundaria pero con tendencia a una mayor procedencia de la zona rural; que sabemos que tienen unas condiciones de baja accesibilidad a los sistemas de salud.

El 40.4% tienen antecedente de cesárea anterior, MALATESTA ⁴¹ encuentra solo el 25.4% con antecedente de cesárea previa. REATEGUI ⁴² con el 34.0% de antecedente de cesárea anterior. GALVEZ ⁹ encuentra una tasa similar del 31% de cesárea anterior.

El 24.0% son embarazos pre término, MALATESTA ⁴¹ reporta el 23.8% de embarazos pre término; REATEGUI ⁴² con menos frecuencia de embarazo pre término (18.5%). BUSTAMANTE ⁴³ solo un 15% son gestantes pre término. GALVEZ ⁹ con el 19% de embarazo pre términos.

Se encuentra mayor frecuencia de primíparas, MALATESTA ⁴¹ más gestantes nulíparas, REATEGUI ⁴² más multíparas. GALVEZ ⁹ más casos de nulíparas.

El 32.1% tienen menos de 6 controles prenatales. MALATESTA ⁴¹ reporta el 31.7% de control prenatal inadecuado. REATEGUI ⁴² con el 34.0% de control prenatal inadecuado; en cambio en el estudio de BUSTAMANTE ⁴³ cerca del 60% no tienen control prenatal; el control prenatal es importante para la detección oportuna de las morbilidades que empobrecen la salud de la madre y al niño.

El 59.6% fueron cesáreas primaria y el 53.8% cesáreas de emergencia. MALATESTA ⁴¹ en su estudio encuentra que el 59.3% de las cesáreas fueron de emergencia. REATEGUI ⁴² también su tendencia fue mayor con cesáreas de emergencia (57.0%).

Las principales indicaciones de cesáreas fueron la cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, desproporción cefalopélvica, hipertensión inducida en el embarazo y embarazo pre término; CASAGRANDE ²⁵ en su estudio indica a desproporción cefalopélvica y sufrimiento fetal agudo. SANDELIZ ²⁶ encuentra como principal indicación las enfermedades hipertensivas durante el embarazo. CHOUDHURY ²⁷ en su revisión encuentra a los cesárea anterior, falla del progreso en el trabajo de parto en la primera etapa, sufrimiento fetal y presentación de pelvis. LICONA ²⁸ reporta que las causas más frecuentes de cesáreas fueron; DCP, SFA y presentaciones anormales (pélvico y transverso). MALATESTA ⁴¹ en su estudio las principales indicación de las cesáreas fueron cesárea anterior (37.7%) y DCP (14.3%). REATEGUI ⁴² reporta que las principales indicaciones de cesáreas fueron: cesárea anterior, DCP, SFA y pre término. BUSTAMANTE ⁴³ menciona que la indicación más frecuente fue cesárea previa seguidas por sufrimiento fetal agudo y pre eclampsia-eclampsia. GALVEZ ⁹ encuentra principalmente desproporción feto-pélvica, macrosomía fetal, preeclampsia y sufrimiento fetal agudo.

Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo, desproporción cefalopélvica, hipertensión inducida en el embarazo y embarazo pre término; MALATESTA ⁴¹ encuentra que las principales indicaciones de la cesárea de emergencia fueron los casos de enfermedad hipertensiva y sufrimiento fetal agudo. BARRIGA ³⁴ encuentra que los casos de trastornos hipertensivos del embarazo y la ruptura prematura de membranas se encontraron dentro de los diagnósticos más frecuentes que llevaron a la cesárea de emergencia.

La tasa de complicaciones de las cesáreas fue de 15.4%; las principales fueron la infección de herida operatoria, hematomas de pared, hipotensión, atonía uterina y hemorragia; una tasa mucho menor a los reportado por PUMA ⁴⁴, el 88,1% presentaron algún tipo de complicación como hipotonía uterina, atonía uterina y desgarros de segmento adyacente a la histerotomía. SÁENZ ³⁶ reporta endometritis e infección de herida operatoria.

11. CONCLUSIONES

- Las gestantes cesareadas en el Hospital II-2 de Tarapoto tienen entre los 20 a 34 años de edad (60.9%), proceden de la zona urbana (59.0%), son conviviente (55.8%), con nivel de instrucción de secundaria (54.2%).
- El 40.4% tienen antecedente de cesárea anterior, el 24.0% son embarazos pre término, el 34.0% son primíparas, el 32.1% tienen menos de 6 controles prenatales.
- El 59.6% fueron cesáreas primaria y el 53.8% cesáreas de emergencia.
- Las principales indicaciones de cesáreas fueron cesárea anterior (29.2%), sufrimiento fetal agudo (21.5%), desproporción cefalopélvica (9.9%), hipertensión inducida en el embarazo (8.3%) y embarazo pre termino (8.3%).
- Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo (35.7%), desproporción cefalopélvica (12.5%), hipertensión inducida en el embarazo (9.5%) y embarazo pre término (9.5%).
- La tasa de complicaciones de las cesáreas fue de 15.4% (48), la tasa de complicaciones intraoperatoria fue de 3.5% y de post operatoria fue de 8.7%; las principales fueron la infección de herida operatoria (25.0%), hematomas de pared (16.7%), hipotensión (14.6%), atonía uterina (12.5%) y hemorragia (12.5%).

12. RECOMENDACIONES

Los hallazgos encontrados en las gestantes cesareadas en el Hospital II-2 de Tarapoto, nos permiten recomendar

- Fortalecer la atención prenatal obstétrica para mejorar el número de controles prenatales.
- Evaluar los factores asociados a la prematuridad.
- Evaluar el valor predictivo del monitoreo fetal en relación a la presencia de sufrimiento fetal agudo.
- Evaluar el parto vaginal en las gestantes con cesárea anterior.

CAPITULOV

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. **NÁPOLES MÉNDEZ D.; PILOTO PADRÓN M.** Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_10_12/san131012.htm.
2. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Técnicas quirúrgicas para la cesárea. 2007. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004662_abalose.com/es/index.html
3. **WYNN A, CABEZA J, ADACHI K, NEEDLEMAN J, GARCIA PJ, KLAUSNER JD** Frequency of Maternal and Newborn Birth Outcomes, Lima, Peru, 2013. PLoS ONE 2015, 10(3): e0116102. doi:10.1371/journal.pone.0116102
4. **LEONE T, PADMADAS SS, MATTHEWS Z** Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries. Soc Sci Med. 2008; 67(8): 1236-46.
5. **MCCOURT C, WEAVER J, STATHAM H, BEAKE S, GAMBLE J, CREEDY DK.** Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. Birth. 2007; 34(1): 65-79.
6. **DUCKWORTH S.** Should maternal choice be an indication for caesarean section?. Int J Surg. 2008; 6(4): 277-80.
7. **VISWANATHAN M, VISCO AG, HARTMANN K, WECHTER ME, GARTLEHNER G, WU JM,** et al. Cesarean delivery on maternal request. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2006(133):1-138.
8. **ARRIETA ALEJANDRO; GARCÍA PRADO ARIANA.** El aumento de las cesáreas en los hospitales públicos: Un análisis de la capacidad hospitalaria y de los incentivos médicos. Economía y Salud. boletín Informativo. 2012. Nº 3.
9. **GÁLVEZ LIÑAN E.** Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del Callao, periodo enero-diciembre 2013 Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina. UNMSM. 2014
10. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. Lima; 2007. p. 127
11. **ROS, C. BELLART, J. HERNÁNDEZ, S.** Protocolo de Cesárea. Hospital Clínica de Barcelona. 2010.1-9.

12. **VILLAVERDE R.** Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. [Tesis para optar el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Zaragoza - España. Universidad de Zaragoza; 2009.
13. **VALENTI E.** Guías de práctica clínica. División urgencias. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2005. Cesárea. Rev. Hbsp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2006; 25 (4):178-183
14. **PLAZA A, COLL O.,** Protocolo de actuación ante cesárea urgente. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic de Barcelona. 2008:1-10.
15. **STANTON C, RONSMANS C.** Recommendations for Routine Reporting on Indications for Cesarean Delivery in Developing Countries. BIRTH. 2008; 35: 204-11.
16. **FERGUSON JE, SISTROM CL.** Can fetal-pelvic disproportion be predicted? Clin Obstet Gynecol. 2000; 43(2):247-264.
17. **KATANOZAKA M, YOSHINAGA M, FUCHIWAKI, NAGATA Y.** Measurement of obstetric conjugate by ultrasonic tomography and its significance. Am J Obstet Gynecol. 1999; 180:159-162.
18. **PIÑANGO CRUZ PEGGI, RODRÍGUEZ PENSO ALEJANDRO, FAJARDO JUAN F, BELLO FREDDY.** Desproporción feto pélvico: diagnóstico ecsonográfico. Rev. Obste Gineceo Benes 2006, 66(1): 55-57.
19. **DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA.** Cesárea Segura. Lineamiento Técnico.- México. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>.
20. **MASCARO SÁNCHEZ, PEDRO A. ALVARADO ÑATO, CARLOS J. HINOJOSA PEREZ, JULIA R.** Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal. MINSA, Perú. 2010; 158-163.
21. **GAYÁN, PATRICIO. VARAS, JORGE. DEMETRIO, ANA M. LATTUS, JOSÉ.** Protocolo de Indicación Operación Cesárea. Rev. Obste. Gineceo. Artículo Especial- Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tizné Bross. 2009; VOL 4 (2): 116.
22. **RUBIO ROMERO J.; ÁNGEL MÜLLER E.** Operación Cesárea. Capítulo 16. <http://www.bcdigital.unal.edu.co/2795/19/9789584476180.16.pdf>
23. **NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH COMMISSIONED BY THE NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE.** Causaran sección Clínica Guídenme; 2004. [consultado el 1 de junio de 2010]. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG13/Gúidense/puf/English 25>.
24. **MANRIQUE FUENTES M.** Complicaciones de la Cesárea. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada.

http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf.

25. **CASAGRANDE CASANOVA, DAVIDE. PÉREZ PIÑERO, JULIA. ARECES DELGADO, GEORGINA. SANABRIA ARIAS, ANA. et. al.** Tendencias de Algunos Indicadores Relacionados con la Cesárea. Hospital Gineco-Obstétrico "Ramón González Coro". Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2007; 33(3).
26. **SANDELIZ CÁRDENAS, EDUARDO. CONDE MARQUÉZ, JORGE. CASTANEDO GRANDA, JUAN F. MEDINA SUÁREZ, MANUEL.** Parto Fisiológico en Pacientes con Cesárea Previa en la Maternidad del Hospital Central de Windhoek. África. 2008; 2,3.
27. **CHOUHURY AP, DAWSON AJ.** Trenches in indicators for caesarean section or vaginal delivery in a Wells district general hospital. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2009; 29: 714-17.
28. **LICONA T.** Causas de Cesárea en el Hospital Santa Bárbara Integrado. Rev. Fac. Cienc. Méd. 2009; 35-39
29. **CHAMY, VERÓNICA. CARDEMIL, FELIPE. BETANCOUR, PABLO. RÍOS, MATÍAS. LEIGHTON, LUIS.** Riesgo Obstétrico y Perinatal en Embarazadas Mayores de 35 años. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2009; 74(6): 331-338.
30. **MILLÁN VEGA, MARÍA MARGARITA. MENDOZA ARROYO, ALINA.** Factores Relacionados con la Cesárea Primitiva. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 36(3): 360-367.
31. **MEDINA PINTO, SOFÍA ESTHER; ORTIZ GAVILÁN, ANALÍA VALERIA; MIÑO, LAURA CECILIA.** Incidencia e Indicaciones de Cesáreas. Servicio de Tocoginecología del Hospital "Dr. José R. Vidal". Corrientes – República Argentina. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina. Nº 207 – Junio 2011; 12-14.
32. **MUÑOZ ENCISO, JOSÉ ROSALES AUJANG, ENRIQUE DOMÍNGUEZ PONCE, GUILLERMO. SERRANO DÍAZ, CÉSAR.** Operación Cesárea: ¿Indicación Justificante o Preocupación Justificada? Artículo original. Nivel de evidencia: II-2. Ginecología Obstétrica. México. 2011; 79(2): 67-74
33. **PALEARI, LEONARDO. GIBBONS, LUZ CHACÓN, SANDRA RAMIL, VERÓNICA. BELIZÁN, JOSÉ M.** Tasa de Cesáreas en dos Hospitales Privados con Normativas Diferentes: abierto y cerrado. ISSN-0300-9041. Volumen 80, núm. 4, abril 2012; 266-268.
34. **BARRIGA MORENO, ADRIANA PAOLA. BAUTISTA SÁNCHEZ, JOHN. NAVARRO VARGAS, JOSÉ RICARDO.** Indicación de Cesárea en el Instituto Materno Infantil (IMI) Bogotá - Colombia. Serie de Casos. Revista de la Facultad de Medicina. 2012; 60:111-115.

35. **CHE LEON, VICTOR HUGO.** Indicadores de Alto Riesgo Obstétrico y su Relación con la Decisión de la Cesárea en el Hospital La Caleta De Chimbote. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad 2009; 1(4):1.
36. **SÁENZ, CLAUDIA N. SANTANA, SARA R. TORRES, LUIS.** Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones maternas neonatales. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2010; 56: 232-237.
37. **QUISPE, ANTONIO M. SANTIVÁÑEZ PIMENTEL, ALVARO. LEYTON VALENCIA, IMELDA.** Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: Análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2010; 27(1): 45-50.
38. **HUERTAS TACCHINO, ERASMO. POCCO HINOSTROZA, DIANA J.** Prueba de Trabajo de Parto en Cesareada Anterior. Trabajo presentado como Tema libre al XVIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2010; 56: 284-288
39. **MANZANO ESPEJO, GIANCARLO.** Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2005 - 2009. Rev Horiz Med 2011; 11(2):78.
40. **PATIÑO G.** Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011). www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_15-02_Esp_03.pdf
41. **MALATESTA ZUMAETA BRENDA.** Características demográficas y obstétricas de las cesáreas en el Hospital Regional de Loreto, Mayo a Junio del 2013. Tesis para optar el título de Obstetra. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Científica del Perú 2013.
42. **REATEGUI ALVÁN SUSAN.** Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de la cesárea en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, Enero a Julio del 2013. Tesis para optar el título de Obstetra. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Científica del Perú 2014.
43. **BUSTAMANTE-NÚÑEZ J., VERA-ROMERO O., LIMO-PEREDO J., PATAZCA-ULFE J.** Frecuencia e Indicaciones más frecuentes de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL), 2010- 2011I. Rev. Cuerpo Méd. HNAAA 7(1) 2014, 7(1):6-12
44. **PUMA J.; FRÍAS J.; CAPARÓ C.** Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. Rev Med Hered. 2015; 26:17-23.

14. ANEXOS

ANEXO Nº 1 FICHA DE RECOLECCION DE DATOS CARACTERISTICAS DE LAS CESAREAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 DE TARAPOTO 2014

1. Características sociodemográficas

Edad: 1. < 20 años 2. 20 a 34 años 3. 35 a más años

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

Procedencia: 1. Urbano 2. Urbano-marginal 3. Rural

Nivel de Instrucción: 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria
4. Técnica 5. Superior

2. Características Obstétricas

Cesárea anterior: 1. Si 2. No

Paridad: 1. Nulípara 2. Primípara 3. Secundípara 4. Multípara 5. Gran Multípara

Edad gestacional: 1. < 37 semanas 2. 37 a 41 semanas 3. 42 a más semanas

Número de controles prenatales: 1. 0 a 5 controles 2. 6 a más controles

Indicación de la cesárea

- Fase latente prolongada del trabajo de parto ()
- Desproporción cefalopélvica: ()
- Presentación podálica: ()
- Presentación transversa: ()
- HIE: ()
- Pre eclampsia: ()
- Eclampsia: ()
- SFA: ()
- Pre término: ()
- Placenta previa: ()
- DPP: ()
- Gemelar: ()
- Otros:.....

Tipo de cesárea:

- Según antecedente obstétrico:
 1. Primaria
 2. Previa
 3. Iterativa
- Según indicación médica:
 1. Electiva (programada)
 2. Emergencia

Complicaciones de la cesárea

- Complicación intraoperatoria: Sí Cuál:
No
- Complicación post-operatoria: Sí Cuál:
No