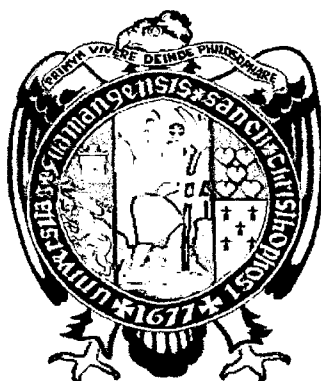


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**  
**FACULTAD DE OBSTETRICIA**  
**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**

**EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES SEGÚN CAUSA DE  
CESÁREA. HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO DE  
AYACUCHO -ENERO DEL 2013 A JUNIO DEL 2014.**

**PRESENTADO POR:**

**QUISPE MONTERO, INDIRA JANET.**

**RAMOS VARGAS, ROXANA.**

**ASESORA:**

**DRA. LUISA ALCARRAZ CURÍ.**

**AYACUCHO – PERÚ**  
**2014**

## DEDICATORIA

*A DIOS por ser mi fortaleza, por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencia y sobre todo felicidad.*

*A mis padres, KARINA Y FRANCISCO, en reconocimiento a su infinito amor y paciencia.*

*A mi querido esposo GERMÁN por su entereza y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío.*

*A mí amado hijo GERMANCITO, quien llena mi vida de alegría, por su estoicismo, comprensión y amor.*

*A mis hermanos: RAÚL, JORGE, CINDY, LUCERO, JANIRA Y DEYMONT, por compartir momentos invaluables conmigo.*

*Infinitas gracias, mi amor y agradecimiento eterno por siempre con ustedes.*

INDIRA

## DEDICATORIA

*A DIOS Todo Poderoso, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente.*

*A mi padre EUDOCIO, por contar con tu apoyo en forma incondicional y darme palabras de aliento para alcanzar mis metas.*

*Con gratitud y cariño a mis hermanos KATTY, JAVIER, MIRTHA, FABIOLA y sobrinos ALEXIS, DULCE, NAOMI y TEO por compartir alegrías en mi vida.*

*A mi novio HENRRY, por los grandes momentos de felicidad que pasamos juntos, por el apoyo y amor que recibo cuando más lo necesito.*

**ROXANA**

## *AGRADECIMIENTO*

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Alma Mater, fuente de sabiduría y enseñanza.

A la Facultad de Obstetricia, forjadora de profesionales competentes, a su plana docente por brindarnos sus conocimientos durante nuestra formación profesional.

A Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno de Ayacucho, por brindarnos las facilidades para nuestra investigación, en especial al servicio de Gineco-obstetricia.

A nuestra asesora Dra. Luisa Alcarraz Curi, por su valioso apoyo, durante el desarrollo y concretización del presente trabajo.

A nuestros familiares y amigos, quienes con su ejemplo impulsaron el término del trabajo.

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

#### CAPITULO I

#### PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

	Pág.
1.1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	11
1.2. OBJETIVOS DE ESTUDIO	15
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	15
1.2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	15

#### CAPITULO II

#### MARCO TEÓRICO

	Pág.
2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	16
2.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA	20
2.2.1 CESÁREA	20
2.2.2 FRECUENCIA	20
2.2.3 TIPOS DE CESÁREA	21
2.2.4 INDICACIONES DE CESÁREA	22
2.2.5 CAUSAS DE CESÁREA MÁS FRECUENTES	24
2.2.6 COMPLICACIONES DE CESÁREA	28
2.2.7 EVOLUCIÓN CLÍNICA	31
2.2.8 PRONÓSTICO	38
2.2.9 ALTA DE LA PACIENTE	39
2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TÉRMINOS	41
2.4. HIPOTEISIS	43
2.5. VARIABLES DE ESTUDIO	44

**CAPITULO III**  
**METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

	Pág.
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
3.2 MÉTODO DE ESTUDIO O DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	45
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	45
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	46
3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	46
3.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.8 PROCEDIMIENTO	46
3.9 PROCESAMIENTO DE DATOS	47

**CAPITULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

	Pág.
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	84
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	
ANEXOS	

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años en el ámbito mundial, nacional y regional la frecuencia de cesárea está aumentando en forma continua. En gran parte se debe a complicaciones durante el embarazo, trabajo de parto o parto, o simplemente por la predilección de los especialistas a no someter a un parto vaginal laborioso así eximir futuras complicaciones. De la misma manera el registro del estado fetal por medios electrónicos, ha permitido y permite una detección oportuna del sufrimiento fetal.

La cesárea como toda intervención quirúrgica tiene riesgos, que contribuyen a las tasas de morbilidad y mortalidad materna, en general los expertos sostienen que los efectos del riesgo de muerte después de una cesárea, es al menos de tres a cinco veces, el consentido en un parto vaginal<sup>1</sup>, todo lo señalado puede deberse a una gran variabilidad de indicaciones y complicaciones, aun en los casos más favorables hay factores inestables que pueden influir en el estado materno perinatal antes, durante y después de una cesárea por ello el presente trabajo de investigación tuvo el propósito de conocer la evolución clínica de las

pacientes según causa de cesárea en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno en el periodo, enero del 2013 a junio del 2014, mediante un estudio descriptivo, correlacional teniendo como muestra 204 historias clínicas de pacientes cesareadas en el periodo y lugar ya indicado anteriormente.

Los resultados de la investigación muestran que en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho la frecuencia de cesáreas es en un (28%). Las causas de cesáreas fueron causas maternas (36%), causas fetales (28%), causas materno-fetales (20%), causas ovulares (16%). La evolución clínica durante la hospitalización de las pacientes cesareadas por causas maternas, fue por cesárea iterativa, (9.8%) tuvieron evolución clínica favorable y (5.9%) por preeclampsia con evolución desfavorable. La evolución clínica durante la hospitalización de las pacientes cesareadas por causas fetales, fue por distocia de presentación, (12.3%) tuvieron evolución clínica favorable y (1.5%) de evolución desfavorable. La evolución clínica durante la hospitalización de las pacientes cesareadas por causas materno fetales, fue por desproporción céfalo pélvica, (13.7%) tuvieron evolución clínica favorable y (2.0%) con evolución desfavorable. La evolución clínica durante la hospitalización de las pacientes cesareadas por causas ovulares, fue por oligohidramnios, (4.9%) tuvieron evolución clínica favorable y (2.4%) por ruptura prematura de membranas presentaron evolución desfavorable. La evolución clínica durante la hospitalización de pacientes cesareadas, fue en mujeres jóvenes de 21 a 34 años de edad, (45.6%) tuvieron evolución clínica



favorable y (11.3%) evolución desfavorable; con nivel de instrucción secundaria, (37.3%) presentaron evolución clínica favorable y (10.8%) evolución desfavorable; de procedencia urbano marginal, (39.7%) tuvieron evolución clínica favorable y (9.8%) de procedencia urbana con evolución desfavorable. La evolución clínica durante la hospitalización de pacientes cesareadas, fue en mujeres multigestas, (39.7%) tuvieron evolución clínica favorable y (11.3%) mujeres primigestas presentaron evolución desfavorable; con periodo intergenésico mayor de 4 años, (23.5%) tuvieron evolución clínica favorable y (4.9%) evolución desfavorable; con edad gestacional de 37 a 40 semanas (54.9%) tuvieron evolución clínica favorable y (17.2%) evolución desfavorable; y con atención prenatal, (61.8%) tuvieron evolución clínica favorable y (18.1%) evolución desfavorable. Las complicaciones de las cesareadas durante la hospitalización fueron infección del tracto urinario I.T.U (9.8%), seguida de preeclampsia grave, eclampsia, síndrome de HELLP (4.4%), síndrome febril (3.4%) y atonía (1.5%). Finalmente La evolución clínica durante la hospitalización de pacientes cesareadas, fue normal de 3 a 4 días, (67.2%) tuvieron evolución clínica favorable y (18.1%) con hospitalización prolongada mayor de 4 días presentaron evolución desfavorable.

Los resultados de la investigación nos permiten mostrar la evolución clínica de las pacientes cesareadas durante la hospitalización en relación a las causas de cesárea en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, nos orientan en la prevención y promoción de los cuidados antes, durante y después de la cesárea, ya que esta intervención

quirúrgica tiene riesgos que contribuyen a las tasas de morbilidad y mortalidad materna. En consecuencia evaluar la evolución clínica de las cesareadas tiene un gran valor e importancia ya que se pueden presentar complicaciones, aun en los casos más favorables hay factores inestables que pueden influir en el estado materno perinatal.

## **CAPITULO I**

### **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La cesárea es la terminación quirúrgica del embarazo o del parto<sup>2</sup>. 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 el feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal<sup>3</sup>.

Sin duda alguna, la cesárea es uno de los avances más grandes en la atención del parto. Ella permitió y permite aún salvar muchas vidas, tanto de la madre como del feto, que sin su empleo no lo hubiéramos podido hacer<sup>4</sup>.

Antes de 1970, las tasas de cesárea en la mayoría de los países con recursos medios y altos oscilaban entre 3% y un 5%. Las estimaciones globales indican una tasa de cesárea a nivel mundial del 15%. La tasa promedio en África fue de 3,5%, y un 29.2% en Latinoamérica y el Caribe (1985)<sup>5</sup>. En una encuesta realizada por la

Organización Mundial De La Salud (OMS), el 2004 y 2005 en ocho países de América Latina, demuestra que la tasa de cesárea fue del 33% en hospitales públicos y 51% en hospitales privados<sup>6</sup>. El incremento de la frecuencia de cesáreas en la actualidad es considerada un problema de salud pública, es probable que esta situación se acentúe en los próximos años, la razón para este incremento es compleja y de diferentes índoles, según parece estar relacionada con la seguridad que ofrece esta operación, falta de experiencia de los obstetras, temor a problemas médico legales, presión de las pacientes, enfermedades concomitantes y complicaciones del embarazo<sup>7</sup>.

Las fuentes más importantes de morbilidad materna después de la intervención quirúrgica cesárea, se relacionan con problemas de tipo infeccioso, enfermedad tromboembólica, complicaciones anestésicas, y de la herida quirúrgica, infección de tracto urinario (ITU), mastitis<sup>5</sup>.

El Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en cuanto a la atención de parto, 2007-2012 reporta que el (85%) de partos son atendidos por personal calificado, a su vez son institucionales y un 25% de estos terminan en cesárea por complicaciones maternas o neonatales<sup>8</sup>.

Fernando José (Perú) menciona que la tasa de cesárea es de (25,7%). El (95,4%) de las pacientes cesareadas tuvo una gestación con feto único. El (71,5%) de los casos, tuvo control prenatal adecuado. El (56,9%) oscila entre 20 y 35 años, (32,1%) fueron menores de 20 años, y

(11%) mayores de 35 años. Las principales indicaciones para el parto por cesárea fueron: Desproporción céfalo-pélvica (21,1%), sufrimiento fetal agudo (20,2%), cesárea previa (11,9%) y mala presentación fetal (10,1%)<sup>9</sup>.

La evolución clínica de las pacientes post cesareadas depende de las complicaciones propias del acto quirúrgico, y de las causas de su indicación, es así que una post cesareada por ruptura prematura de membranas prolongada (RPM), no tendrá la misma evolución que una post cesareada por distocia de presentación fetal. Esta última tendrá los cuidados, tratamiento y evolucionará como una mera cirugía, mientras en la post cesareada por RPM, se tendrán cuidados y tratamiento específico (antibiótico-terapia), de tal manera que evolucionara de diferente manera<sup>10</sup>. Las complicaciones que determinarán una evolución no favorable de la paciente post cesareada dependerán de la población y época en que se realice el estudio, y evidencia un riesgo mayor con respecto al parto vaginal. La frecuencia de infecciones, en el parto vaginal es 1.3%, cifra que contrasta con 13% observado en mujeres con cesárea, las infecciones constituyen una de las principales complicaciones asociadas con la cesárea, entre estas, la mayoría corresponde a afecciones de la herida quirúrgica y varían dependiendo de la prescripción o no de antibióticos, 6.2% y 7.7% respectivamente. La endometritis también ha sido asociada con la cesárea y su evolución desfavorable, con una frecuencia de 13.24%<sup>9</sup>. Otra investigación señala que el 24.23% de las cesareadas tuvieron complicaciones, la más frecuentes fueron;

hemorrágicas 19.1%, infecciosas 1.34%, laceración cervical o cervicouterino 1.13%, lesión vascular 0.39%, la estancia promedio en el nosocomio fue de 4 días<sup>11</sup>.

La cesárea, como todo procedimiento quirúrgico, no está exenta de complicaciones, aún en manos experimentadas. La mortalidad asociada al procedimiento en la actualidad es 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 emergencia. Esta premisa es igualmente válida para la morbilidad materna, ya que se da 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<sup>12</sup>.

La problemática expuesta plantea la necesidad de realizar investigaciones que permitan conocer la evolución clínica y causas de cesárea, por ser de importancia clínica obstétrica, de gran incidencia en la salud materna perinatal, ya que pese a los avances en la cirugía Gineco obstétrica, a los medios de diagnóstico, a los protocolos y guías clínicas, las cesáreas como toda intervención quirúrgica tiene riesgos, por lo que la interrogante de la investigación se planteó en la siguiente **formulación del problema**. ¿Cuál es la evolución clínica de las pacientes según causa de cesárea en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho - Enero del 2013 a Junio del 2014?

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 General**

- Conocer la evolución clínica de las pacientes según causa de cesárea en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho - Enero del 2013 a Junio del 2014.

### **1.2.2 Específicos**

- Determinar la frecuencia de partos por cesárea en pacientes atendidas en el Hospital de Apoyo.
- Identificar las causas de cesárea en pacientes atendidas en el Hospital de Apoyo.
- Determinar la evolución clínica de las pacientes según causa de cesárea.
- Relacionar la evolución clínica con edad materna, nivel de instrucción, procedencia, paridad, edad gestacional, periodo intergenésico, control prenatal y tiempo de hospitalización.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES

**Caraballo S. y Cols (Cuba - 2001)<sup>13</sup>**, "Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos Hospital Gineco-obstétrico Ramón González Coro 1997 - 1998". **Objetivo:** Identificar la frecuencia de complicaciones infecciosas en pacientes sometidas a operación cesárea y la posible relación de estas complicaciones con la clasificación previa y el uso de antibióticos. **Metodología:** Estudio retrospectivo. **Resultados:** La principal indicación fue la cesárea anterior (34,1%) seguida de la desproporción cefalopélvica (13,5%). El (17,1%) presentaron alguna complicación infecciosa, la más frecuente endometritis con (7,9%). Las pacientes con uso incorrecto de antibióticos tuvieron más complicaciones infecciosas (37,8%).



**Corona A. y Cols (España - 2008)<sup>14</sup>**, "Complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con cesárea en el Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron durante el primer trimestre del 2007". **Objetivo:** Determinar si las pacientes con cesárea tienen un mayor número de complicaciones que las de parto vaginal y describir el tipo de complicaciones observadas. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, comparativo y retrospectivo. **Resultados:** Para una tasa de cesáreas del (22%), la incidencia de complicaciones maternas fue del (18%) en pacientes sometidas a cesárea y del (6%) en partos vaginales. Las complicaciones más frecuentes fueron la infección de herida operatoria (7,5%), la transfusión de sangre (5,3%) y la hemorragia (3,1%); la endometriometritis fue más común en el grupo de pacientes de parto por cesárea con (1.6%) y de (1.3%) en parto vaginal.

**León I. y Cols (Cuba - 2010)<sup>15</sup>**, "Complicaciones post operatorias en la operación cesárea sin sutura del plano peritoneal. Instituto Superior de Medicina Militar Dr. Luis Díaz Soto, octubre del 2002 - marzo del 2006". **Objetivo:** Describir las complicaciones post operatorias en mujeres cesareadas sin sutura y con sutura peritoneal. **Metodología:** Estudio prospectivo de evaluación de técnica quirúrgica sin sutura peritoneal. **Resultados:** Presentaron complicaciones con significación estadística, la fiebre post operatoria (15% vs. 22,9%) y las patologías de la pared abdominal (74,5% vs. 25,5%), con una reducción significativa en la indicación de antibióticos (11% vs. 26,6%) y de la estadía posquirúrgica (4,1 y 5,0 días, respectivamente).

**Vélez E. y Cols (México - 2012)<sup>16</sup>**, "Incidencia, indicaciones y complicaciones de la operación cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social de Hermosillo, Sonora".

**Objetivos:** Determinar la incidencia, indicaciones y complicaciones en la práctica de la operación cesárea. **Metodología:** Estudio observacional, transversal, analítico y descriptivo. **Resultados:** La incidencia de la operación cesárea fue del (46%), con un incremento promedio del (1.2%). La proporción de cesárea previa (35.78%), cesárea iterativa (11.62%), sufrimiento fetal agudo (11.62%), desproporción cefalopélvica (7.95%), ruptura prematura de membranas (4.89%), distocia dinámica (4.28%), presentación pélvica (3.98%), oligohidramnios (3.98%), entre otras (8.9%), fueron las indicaciones que mayormente justificaron el procedimiento quirúrgico. La morbilidad hemorrágica post cesárea fue observada hasta en el (5.1%) de los casos, adicionándose la histerectomía obstétrica en el (0.92%). La infección de la herida quirúrgica (0.31%) y la formación de absceso de mama (0.31%) fueron los componentes de la morbilidad infecciosa. La punción de la duramadre, así como la punción roja fueron las complicaciones del bloqueo peridural encontradas hasta en el (1.22%).

**Fernando J. y Cols (Perú - 2004)<sup>9</sup>**, "Cesárea. Experiencia en el hospital general de Oxapampa, enero de 2001 y diciembre del 2002".

**Objetivo:** Determinar y especificar las principales indicaciones y complicaciones de los partos por cesárea. **Metodología:** Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. **Resultados:** La tasa de cesáreas fue de (25,7%). Las edades oscilaban entre 20 y 35 años

(56.9%), educación primaria (35,8%), estado civil conviviente (54,1%) gestación a término (77,6%). Las principales indicaciones para cesárea fueron: desproporción cefalopélvica (21,1%), sufrimiento fetal (20,2%), cesárea previa (11,9%) y presentación podálica (9,2%). Siete pacientes (6,3%) presentaron morbilidad puerperal, siendo la endometritis la infección de herida operatoria las principales causas (28,6%). No hubo muertes maternas. La tasa de mortalidad perinatal fue 8,7 por 1000 nacidos vivos.

**Paredes J. y Cols (Perú - 2011)<sup>17</sup>**, "Complicaciones intra y post operatorias de la cesárea de emergencia y electivas. Instituto Materno Perinatal 2011". **Objetivo:** Determinar diferencias en la presencia de complicaciones intra y postoperatorias entre gestantes con cesárea de emergencia en comparación con gestantes con cesárea electiva. **Metodología:** Estudio observacional, transversal retrospectivo. **Resultados:** El (20,9%) del total de pacientes presentó complicaciones. Las complicaciones post operatorias (52,5%) fueron las más frecuentes. Las complicaciones intra operatorias en pacientes cesareadas más frecuentes fueron laceraciones cervicales, lesión vesical y hemorragia >1 litro y las complicaciones post operatorias en pacientes cesareadas más frecuentes fueron infección de herida quirúrgica, endometritis. En las pacientes con cesárea de emergencia el riesgo de complicaciones intra operatorias fue (2,7%) veces mayor y el riesgo de complicaciones post operatorias (3,17%) veces mayor en relación con las pacientes con cesárea electiva.

## **2.2 BASE TEÓRICA CIENTÍFICA**

### **2.2.1 Cesárea**

La cesárea es la terminación quirúrgica del embarazo o del parto<sup>2</sup>. 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 el feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal<sup>3</sup>.

El origen del término cesárea no está esclarecido. Se ha planteado que se originó en el nacimiento de Julio César, el cual habría nacido mediante este procedimiento. Parece poco probable esta explicación, ya que la madre de Julio César vivió muchos años después de este parto y hasta fines del XVIII, la cesárea era mortal. Otros historiadores han centrado el origen de este nombre en una Ley Romana que ordenaba la extracción del feto en madres que fallecían en las últimas semanas del embarazo: *lexcesarea*. Sin embargo la explicación más probable del origen del nombre proviene del verbo latino: *caedere*; cortar<sup>18</sup>.

### **2.2.2 Frecuencia**

Las cifras más altas se registran principalmente en centros especializados de alta complejidad y concentración de patologías.

En las instituciones con resultados perinatales exitosos la tasa global de ésta operación oscila entre un 8% y un 22%. En occidente a partir de la década de 1970 la tasa de cesáreas fue en continuo aumento. Para el final de siglo pasado en Estados Unidos de Norteamérica la tasa

global rodeaba el 22%. La frecuencia en América Latina es alta, se debe a varios factores; algunos sustentados ética y científicamente mientras que otros no tienen justificación<sup>19</sup>.

Otros datos importantes presentados por la UNICEF, en cuanto a la atención durante el parto, señala que el 85% de partos son atendidos por personal calificado, a su vez son institucionales y un 25% de partos terminan en cesárea por complicaciones maternas o neonatales, datos de 2007-2012, Perú<sup>8</sup>.

### **2.2.3 Tipos de cesárea**

La operación cesárea ha tenido variaciones en sus técnicas de acuerdo al progreso de la cirugía, pudiéndose establecer los siguientes tipos de cesárea<sup>1</sup>:

#### **2.2.3.1 Cesárea extraperitoneal**

Intervención quirúrgica que incide la cavidad uterina sin seccionar el peritoneo, para proteger la cavidad abdominal de la infección. No tiene indicación actual por las complicaciones mayores a que se expone por su técnica poco práctica.

#### **2.2.3.2 Cesárea transperitoneal**

Intervención quirúrgica en el que se secciona la cavidad abdominal, como una laparotomía simple, son las que practican actualmente. Pueden ser corporales o segmentarias.

- a. **Cesárea corporal o clásica**, muy poco practicada en la actualidad, se secciona a nivel del cuerpo uterino, zona más vascularizada. Expuesta a riesgo y mayores complicaciones.
- b. **Cesárea segmentaria**, la incisión se hace transversalmente en el segmento uterino, que es una zona menos vascularizada del órgano, disminuyendo así las complicaciones.
- c. **Cesárea segmento corporal**, se realiza con una incisión baja, longitudinal, que abarca el segmento y parte del cuerpo uterino. Son las llamadas segmentarias longitudinales.

### **2.2.3.3 Cesárea histerectomía**

La cesárea histerectomía consiste en la realización de ambos procedimientos en un acto operatorio, cesárea seguida de histerectomía<sup>19</sup>.

### **2.2.4 Indicaciones de cesárea**

Las indicaciones de cesárea se clasifica en: maternas, fetales, materno fetales y ovulares<sup>20</sup>.

#### **Indicaciones maternas<sup>19</sup>**

##### **a. Por Patologías Locales:**

- Distocia ósea.
- Distocia dinámica (hipotonía, hipertonia, incoordinación).
- Distocia de partes blandas.
- Tumores previos (miomas, quistomas ováricos, sarcomas).

- Rotura uterina.
  - Cesárea anterior.
- b. Por Patologías Sistémicas:
- Pre eclampsia.
  - Hipertensión crónica grave.
  - Nefropatía crónica.
  - Tuberculosis pulmonar grave.
- c. Fracaso de la inducción

### **Indicaciones fetales**

- a. Colocaciones viciosas
- Situación transversa.
  - Presentaciones podálica, frente, cara, mixta
- b. Macrosomía fetal
- c. Vitalidad fetal comprometida
- Sufrimiento fetal agudo.
  - Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU).
  - Enfermedad hemolítica fetal grave.
  - Muerte habitual del feto.

### **Indicaciones materno fetales**

- a. Desproporción fetopélvica
- b. Parto obstruido

## **Indicaciones ovulares**

- a. Placenta previa.
- b. Desprendimiento prematuro de placenta (normo placentario).
- c. Procidencia del Cordón.

### **2.2.5 Causa de cesárea más frecuentes:**

- a. **Cicatriz uterina previa**, la cicatriz uterina se puede originar en miomectomía, plastia uterina, cesárea corporal, rotura de cicatriz uterina, etc. estas cicatrices determinan que el próximo parto debe realizarse por cesárea electiva, con anterioridad al inicio de las contracciones uterinas<sup>18</sup>.
- b. **Desproporción céfalo pélvico**, es la incongruencia entre la relación de la pelvis y el ovoide fetal. Se puede tratar de una pelvis estrecha con un feto de tamaño normal, o de una pelvis límite con un feto macrosómico<sup>18</sup>.
- c. **Sufrimiento fetal**, es un proceso patológico que se origina a consecuencia de la insuficiencia de oxígeno (O<sub>2</sub>) en la sangre u órganos fetales, lo que origina el trastorno del equilibrio ácido básico, por acumulación de productos insuficientemente oxidados, y como consecuencia acidosis. El difícil de oxigenación lleva al feto a la hipoxia y esta al sufrimiento fetal agudo<sup>1</sup>.



- d. Distocia de presentación fetal**, la presentación pelviana y las presentaciones deflexionadas (cara, frente, bregma), situación transversa, de acuerdo a sus factores etiológicos son definitivamente patológicas y por lo tanto causantes de distocia por causa fetal<sup>1</sup>.
- e. Distocia de la contracción**, estas comprenden las anomalías que se producen en el factor del parto, constituido por las fuerzas expulsivas, trastornando la evolución y marcha clínica así como interfiriendo en los intercambios metabólicos del feto por acción mecánica. Como consecuencia se puede producir prolongación, detención y aceleración del parto<sup>1</sup>.
- f. Macrosomía fetal**, un feto se considera de peso excesivo para su edad gestacional cuando sobrepasa el percentil 90. Al término de la gestación se considera que el feto tiene alto peso al nacer (Macrosomía), cuando supera los 4000 gramos<sup>20</sup>.
- g. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo**, sangrado vaginal variable que puede estar acompañado o no de dolor, en una mujer con más de 22 semanas de gestación, con o sin trabajo de parto<sup>3</sup>.
- **Placenta previa**, es la implantación en el segmento uterino inferior, área en la que se incorpora y dilata el cérvix durante el trabajo del parto. Se denomina placenta previa marginal, parcial o total, de acuerdo a que proporción cubre el cuello uterino. Con mayor frecuencia en mujeres de mayor edad y paridad y con cesárea previa, por lo que se cree pueda influir la mala vascularización en la implantación anormal de la placenta<sup>2</sup>.

- **Desprendimiento prematuro de placenta**, consiste en la separación total o parcial de una placenta normalmente implantada de su decidua basal, después de las 20 semanas de gestación, y antes del periodo de alumbramiento<sup>2</sup>, por el aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio intervelloso<sup>3</sup>.
  - **Rotura uterina**, es la rotura de las fibras musculares del útero sujeto a estiramiento excesivo, que vence su capacidad de distensión<sup>3</sup>, accidente que puede ocurrir en el embarazo y más frecuentemente durante el parto, con grave repercusión sobre la madre y el hijo. Puede producirse en forma espontánea, traumática o por una acción iatrogénica negativa<sup>20</sup>.
- h. Hipertensión inducida por el embarazo**, son trastornos hipertensivos que se presentan en la gestación y que aparecen entre las 20 semanas hasta las 72 horas después del parto, cuyo sustrato es la vasoconstricción originada por la menor síntesis de sustancias vasodilatadoras. Está asociada a proteinuria<sup>21</sup>. El momento para terminar el embarazo dependerá del grado de maduración pulmonar y de los resultados de las pruebas de vitalidad fetal. En la preeclampsia severa, es necesario terminar la gestación por riesgo materno fetal si no hay condiciones para parto vaginal, se optara por vía abdominal, especialmente si existe signos inminentes de eclampsia o de desarrollo de Síndrome de HELLP o si se trata de retardo de crecimiento intrauterino, o productos con ponderación baja.

- i. **Ruptura prematura de membranas**, es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas producidas antes del inicio de trabajo de parto y después de la semana 22 de gestación<sup>22</sup>. El periodo de latencia es el tiempo transcurrido entre el momento de la rotura y el parto. Cuando este periodo supera las 24 horas se designa ruptura prematura de membranas prolongada<sup>1</sup>.
- j. **Oligohidramnios**, cuadro caracterizado por presentar una cantidad de líquido amniótico que no excede los 300 cc. En sentido estricto es toda reducción por debajo del mínimo normal 600 cc. Es frecuentemente vinculado con anomalías del aparato renal fetal (agenesia renal, riñones poliquísticos, obliteración uretral, etc.)<sup>1</sup>.
- k. **Infecciones**, diversas virosis pueden afectar a la mujer embarazada<sup>1</sup>.  
Las causas de indicación de cesárea son:
- **Condilomatosis**, son proliferaciones papilomatosas múltiples que pueden invadir los genitales adquiriendo el aspecto de una coliflor. Se presentan húmedos y cubiertos de una secreción fétida. El diagnóstico diferencial es con los condilomas planos y el carcinoma de la vulva<sup>18</sup>. Se ha vinculado el papiloma laríngeo fetal al papiloma materno, de esta la indicación de cesárea<sup>22</sup>.
  - **SIDA/VIH (virus de la inmunodeficiencia adquirida)**, Virus de Inmunodeficiencia Humana o VIH. Es el agente causal del SIDA. El VIH puede permanecer de manera latente en la sangre y en algunos fluidos corporales. Las formas de transmisión sexual son:

contacto sexual, vía parenteral y vertical. Esta última es indicación de cesárea electiva como profilaxis para el feto<sup>23</sup>.

- l. Embarazo múltiple**, es el desarrollo simultáneo de varios fetos. La especie humana es unípara por excelencia; por lo tanto, todo embarazo múltiple es de alto riesgo, se recomienda cesárea por la frecuente coexistencia de prematuridad, discrepancia de pesos fetales y presentaciones viciosas<sup>24</sup>.
- m. Embarazo prolongado**, se denomina así al embarazo mayor de 293 días o 41 semanas con 6 días de amenorrea desde el inicio del último ciclo menstrual<sup>18</sup>. Si no existen condiciones para inducción o existe compromiso fetal o si durante el trabajo de parto se presenta complicaciones, se recomienda practicar cesarea<sup>2</sup>.

## **2.2.6 Complicaciones de la cesárea<sup>19-25</sup>.**

Entre las complicaciones más frecuentes tenemos:

### **2.2.6.1 Complicaciones quirúrgicas:**

Complicaciones hemorrágicas intraoperatorias; es una de las complicaciones más frecuentes, el sangrado excesivo es ocasionado por atonía, desgarros, retención de restos placentarios y coagulopatías, lesiones de órganos vecinos como: vejiga, asas intestinales, uréter y lesiones de tracto urinario.

### 2.2.6.2 Complicaciones infecciosas:

- a. **Infección de la herida operatoria**, es aquella que se presenta secundaria al procedimiento quirúrgico de la cesárea, en cualquiera de los niveles anatómicos de dicho procedimiento. tiene su origen en la contaminación de la flora cutánea o en la diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea.
- b. **Dehiscencia de las heridas**, es la separación de la fascia. La mayor parte de las dehiscencias se manifiesta al quinto día del postoperatorio a través de una secreción serosanginolenta.
- c. **Peritonitis**, absceso peritoneal localizado. En el periodo puerperal, la infección endometrial se ve favorecida por la dilatación del cuello (a mayor dilatación mayor riesgo de ingreso de microorganismos patógenos), la herida intracavitaria, los coágulos intrauterinos, y la existencia de suturas (operación cesárea), restos ovulares; a lo que se suma las maniobras instrumentales. Todo ello favorece la contaminación y eventual infección.
- d. **Absceso pélvico**, un absceso es una acumulación de pus, generalmente causada por una infección bacteriana. Cuando las bacterias invaden el tejido sano, la infección se extiende por toda el área. Algunas células mueren y se desintegran, dejando espacios en los que se acumulan líquido y células infectadas.
- e. **Endometritis**, la infección del endometrio tiene un origen polimicrobiano procedente de vagina o cérvix. Los agentes más

frecuentemente aislados son: Estreptococo del grupo B, Estreptococos anaerobios, Escherichia Coli y especies de Bacteroides. La fiebre en las primeras 12 horas del puerperio suele asociarse a infección por Escherichia Coli; la fiebre en el puerperio tardío (3 días – 6 semanas post parto) suele asociarse con Chlamydia.

- f. **Infecciones del tracto urinario**, se relaciona con la cateterización uretral y el sondaje vesical continuo durante la cesárea y las primeras horas del post operatorio. También guarda relación con los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación (hidronefrosis fisiológica con aumento de orina en la pelvis renal) que normalmente desaparecen a las 2 semanas del parto.

### **2.2.6.3 Complicaciones anestésicas:**

- a. **Hipotensión**, debida a la vasodilatación producida por el bloqueo simpático y a la obstrucción del retorno venoso por compresión de la vena cava y grandes venas adyacentes por el útero gravídico (Síndrome de hipotensión por decúbito supino). Se trata con el cambio postural (decúbito lateral izquierdo), con hidratación y con la administración rápida de efedrina o fenilefrina.
- b. **Cefalea post punción**, es una complicación que ocurre al puncionar la duramadre en el curso de una anestesia intradural o epidural. La pérdida de líquido cefalorraquídeo produce vasodilatación intracerebral, que a su vez produce cefalea. Lo más frecuente es que aparezca tras 24 horas de la punción. Se trata de una cefalea pulsátil,

a veces se acompaña de síntomas audiovisuales y vegetativos. Se recomienda el reposo en cama y la hidratación intravenosa, junto al tratamiento médico<sup>25</sup>.

### **2.2.7 Evolución clínica**

Es el procedimiento destinado a recoger las incidencias asistenciales que se presentan durante la atención de la paciente, así como los correspondientes comentarios de actualización de los datos recogidos en la anamnesis y la exploración<sup>26</sup>.

La gestación, parto, puerperio y enfermedades como fenómenos biológicos que son, presentan sus fases, nacen, crecen, alcanzan su acmé y decrecen<sup>27</sup>. De esta manera la evolución clínica se realiza diariamente, cuando el especialista pasa visita médica, así revisa los cambios generales en el estado clínico del paciente, así como su respuesta a la terapéutica, y la evolución frente a esta.

En el caso de enfermedades terminan o se transforman en crónicas<sup>26</sup>, y en el caso de una paciente cesareada evoluciona favorablemente, o se sobre agrega a la operación una complicación que altera o difiere la evolución favorable.

La recopilación de los datos en las distintas fases constituyen la evolución clínica<sup>26</sup>; Estas notas se escribirán identificando los problemas principales y comprende:

- a. **Aspectos subjetivos**; que comprenden los síntomas que el paciente refiere, su aparición, el tiempo, la intensidad, y los cambios que ha experimentado.
- b. **Aspectos objetivos**; que comprende los signos que el paciente presenta<sup>20</sup>, además de la gráfica de los controles vitales, control de diuresis, balance hídrico, peso diario, exámenes auxiliares, informe de especialistas, hoja de evolución médica y el kardek<sup>27</sup>.

### **2.2.7.1 Factores determinantes de la evolución clínica**

#### **a. Preparación previa a la intervención<sup>3</sup>**

- Evaluación pre anestésica
- Preparación psicológica
- Consentimiento informado
- Nada por vía oral (horas antes de la cirugía se interrumpirá la ingestión)
- Retirar joyas, dentadura postiza, paciente desmaquillada, uñas despintadas, bata adecuada, cabello recogido.
- Cateterizar vía permeable de CINA al 9º/1000 cc, con bránula N° 18
- Cateterizar con sonda Foley N° 14, previa higiene vulvo perineal.
- Vendaje de miembros inferiores<sup>21</sup>.

**En las cesáreas programadas (electivas)**, se debe efectuar la operación en la mañana para no alterar el ritmo de reposo y vigilia de la paciente. Esta debe estar en ayunas<sup>1</sup>.



los parámetros normales), balance hídrico positivo (diuresis horaria adecuada), restitución de las funciones biológicas (micción y deposición), deambulación precoz y sostenida, tolerancia al dolor, y la herida operatoria en proceso de cicatrización. El conjunto de estos factores determinará la evolución favorable de la paciente post cesareada. Y esto significará el alta médica en el tiempo promedio indicado.

- **Desfavorable;** hace referencia a un escenario negativo, que ofrece complicaciones, y difiere con el restablecimiento del estado de convalecencia. Es decir que se prolongará este estado por un periodo mayor al establecido en la evolución favorable de una paciente con operación cesárea. Esto determinará que la paciente sea monitorizada y sometida a más estudios para determinar su estado, e iniciar el tratamiento respectivo<sup>20</sup>.

### 2.2.8 Pronóstico

El pronóstico materno y feto neonatal de la operación cesárea ha ido mejorando sustancialmente con el tiempo.

Los adelantos técnicos han determinado en las últimas décadas que la cesárea se ha hecho cada vez más inocua para la madre. La idea de que la cesárea disminuya a la mujer desde el punto de vista obstétrico ha perdido vigencia. Además, la redefinición de alguna de sus indicaciones ha posibilitado una mayor supervivencia perinatal y un menor

traumatismo obstétrico en muchos casos en los que antes se optaba por la vía vaginal. Ejemplo: presentación pelviana con feto único atérmino<sup>20</sup>.

### **2.2.9 Alta de la paciente**

A menos que haya complicaciones durante el puerperio, el alta por lo general se da en el tercer o cuarto día posparto. Las actividades de la madre durante la primera semana deben de restringirse al autocuidado y el cuidado del recién nacido<sup>19</sup>.

Si hay complicaciones el alta será de acuerdo a la evolución, la evolución favorable dependerá de las condiciones en las cuales se encuentre la cesareada es decir; si el sangrado vaginal es escaso (loquios hemáticos en escasa cantidad), balance hídrico positivo (volumen de orina horaria normal), funciones vitales dentro de los parámetros normales, que la post cesareada pueda sostener la deambulaci3n y que esta se haya iniciado precozmente, restituci3n de las funciones biol3gicas como la micci3n y deposici3n, que los exámenes de laboratorio se encuentren dentro de los parámetros n3rmales, que la post cesareada conserve tolerancia al dolor pues el tratamiento analgésico se aminorará gradualmente, en este caso la cita será a los 7 días para retiro de puntos y evaluaci3n de la evoluci3n post cesárea, este será considerado como el primer control puerperal y a los 20 días el segundo control. En caso contrario si la paciente presentara: funciones vitales alteradas (fiebre, hipotensi3n, hipertensi3n, bradicardia, taquicardia, etc.), balance hídrico negativo, exámenes de laboratorio patol3gico o con alguna alteraci3n,

todos estos factores restringirán la evolución favorable, se recomienda permanecer en el establecimiento de salud para una reevaluación por el médico especialista y la evolución clínica dependerá del diagnóstico y gravedad de la paciente (Infección de herida operatoria, endometritis, absceso de herida operatoria)<sup>3</sup>, en caso de presentar algún signo o síntoma de peligro (cefalea, fiebre, escalofríos, etc.) después del alta es decir en el domicilio de la post cesareada la indicación es acudir al establecimiento de salud para su evaluación y según sea el diagnóstico reingreso para el tratamiento hospitalario.

## 2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TÉRMINOS

**Evolución clínica;** es el procedimiento destinado a recoger las incidencias asistenciales que se presentan durante la atención de la paciente así como los correspondientes comentarios de actualización de los datos recogidos en la anamnesis y la exploración<sup>26</sup>. Se clasifica en: evolución favorable (sin complicaciones) y evolución desfavorable (con complicaciones)<sup>20</sup>.

**Cesárea;** es la terminación quirúrgica del embarazo o del parto<sup>2</sup>. A través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía)<sup>3</sup>.

**Edad gestacional;** es el tiempo transcurrido entre el primer día en que se inició el último periodo menstrual y la fecha actual o el instante del parto. Expresándose en semanas, se clasifica en: pretérmino (menor a 37 semanas), a término (entre 37 a 40 semanas), post término (mayor a 41 semanas).

**Edad materna;** tiempo transcurrido a partir del nacimiento, se expresa en años se clasifica en: adolescente menor de 20 años, joven de 21 a 34 años y adulto mayor de 35 años.

**Nivel de instrucción;** nivel académico alcanzado a la fecha actual. Se clasifica en: analfabeta, primaria, secundaria, superior.

**Paridad;** categorización de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos de más de 28 semanas de gestación: se clasifica en primigesta, multigesta y gran multigesta.

**Procedencia;** territorio de nacimiento u origen de la gestante, se clasifica en: Urbano (circunscrita al cercado de la ciudad), urbano marginal (barrios alejados), rural (zonas apartadas de la ciudad).

**Causas de la cesárea;** se define como factor que determina o induce a la decisión de realizar la intervención quirúrgica cesárea. Se clasifica en causas: maternas, fetales, materno fetales y ovulares.

**Complicaciones de la cesárea;** fenómeno que difiere en el curso de una enfermedad y que agrava el pronóstico alterando así la evolución favorable. Se clasifican en: quirúrgicas, infecciosas y anestésicas.

**Control prenatal;** serie de contactos, entrevistas o visitas programadas entre el obstetra y la gestante, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y crianza del neonato<sup>20</sup>. Se clasifica: con control (mayor a 6 controles), sin control (menor a 6 controles).

**Periodo intergenésico;** es el espacio entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos, menos la edad gestacional del neonato más reciente<sup>18</sup>. Se clasifica en: precoz (menor de 2 años), normal (de 2 a 4 años) y prolongado (mayor de 4 años).

**Tiempo de hospitalización;** período determinado entre la hospitalización de la paciente y alta médica. Se clasifica en: Precoz (menor de 3 días), normal (de 3 a 4 días), prolongado (mayor de 4 días)

## 2.4 HIPÓTESIS

- La evolución clínica de un grupo significativo de pacientes cesareadas es desfavorable según causas maternas, materno fetales, fetales, ovulares y están relacionadas con la edad materna, nivel de instrucción, procedencia, paridad, edad gestacional, periodo intergenésico, control prenatal y tiempo de hospitalización en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho.

## **2.5 VARIABLES DE ESTUDIO**

### **Independiente:**

#### Causas de cesárea

- Maternas
- Fetales
- Materno Fetales
- Ovulares

### **Dependiente:**

#### Evolución clínica

- Favorable, sin complicaciones
- Desfavorable, con complicaciones

### **De control:**

- Edad materna
- Nivel de instrucción
- Procedencia
- Paridad
- Edad gestacional
- Periodo intergenésico
- Control prenatal
- Tiempo de hospitalización.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.10 Tipo de investigación**

Aplicada, no experimental

#### **3.11 Método de estudio o diseño de investigación**

Descriptivo, correlacional

#### **3.12 Población y muestra**

##### **Población**

Constituida por 204 historias clínicas de pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho durante enero del 2013 a junio del 2014.

##### **Muestra**

Constituida por 204 historias clínicas de pacientes cesareadas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho durante enero del 2013 a junio del 2014.



## **Tipo de muestreo**

No probabilístico, intencional

### **3.13 Criterios de inclusión**

- Historias clínicas de pacientes cesareadas

### **3.14 Criterios de exclusión**

- Historias clínicas de pacientes con parto vaginal
- Historias clínicas de mujeres cesareadas que estén incompletas

### **3.15 Técnica de recolección de datos**

- Revisión documental
- Registro de datos en ficha pre elaborada

### **3.16 Instrumentos de recolección de datos**

- Historia clínica
- Ficha de recolección de datos

### **3.17 Procedimiento**

- Se solicitó el permiso a la Dirección del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho para realizar el trabajo de investigación en el servicio de Gineco Obstetricia.
- Después de obtener el permiso, se procedió a la identificación de historias clínicas de pacientes cesareadas en el sistema informático perinatal (SIP) del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno.

- Identificada las historias clínicas se revisó minuciosamente, con la finalidad de registrar los datos en las fichas de recolección de datos, con énfasis en la causa de cesárea y evolución clínica.
- La causa de cesárea se confirmó revisando la hoja de reporte operatorio.
- La evolución clínica se determinó mediante la revisión de la hoja de visita y evolución médica diaria.

### **3.18 Procesamiento de datos**

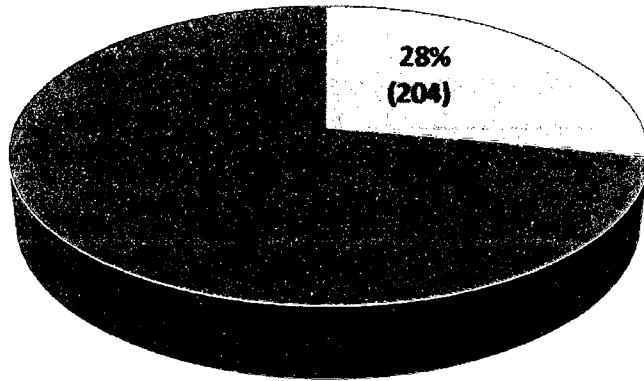
Con los datos obtenidos se ha constituido una base de datos. Luego se procesó con el software estadístico SPSS 18.0 - PAWS (StatisticalPackageFor Social Science). Con los cuales se construyeron las respectivas tablas estadísticas compuestas.

#### **Análisis estadístico**

Para el análisis de datos se empleó la prueba estadística de Chi cuadrado ( $X^2$ ) con la finalidad de determinar la dependencia entre variables independientes y dependientes. Se consideró significancia estadística a  $P < 0,05$ .

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**



□ Cesárea    ■ Eutócico

FUENTE: Sistema Informático Perinatal – H.A.J.N

**GRÁFICO N° 01: FRECUENCIA DE CESÁREA Y PARTO EUTÓCICO. HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO DE AYACUCHO (H.A.J.N). ENERO DEL 2013 A JUNIO DEL 2014.**

El gráfico N°01 muestra la frecuencia de cesárea y parto eutócico en el periodo comprendido entre enero del 2013 a junio del 2014 en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, se observa que del 100% (724) partos, el 28% (204) fueron partos por cesárea y el 72% (520) fueron partos eutócicos.

De los resultados podemos concluir que la frecuencia de cesárea es alta en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho, con un 28% (204), este porcentaje supera los límites establecidos por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S)<sup>6</sup>

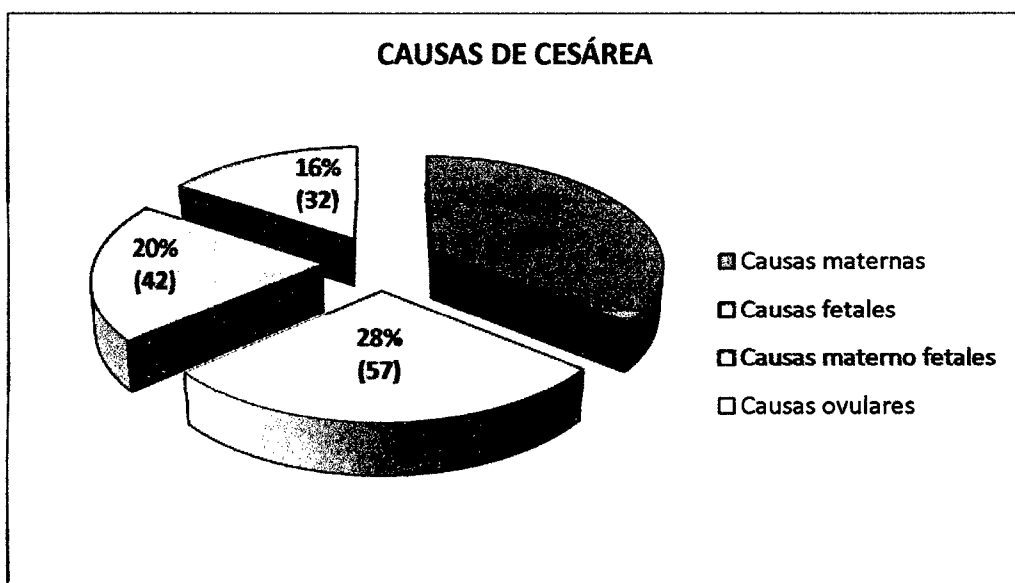
INEI<sup>30</sup>, señala que los nacimientos por cesárea presentan una tendencia al aumento al pasar de 17.3% en el 2005 a 31.4% en el 2012.

El Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho acoge a gestantes referidas de la periferie, con patologías diversas y que en la mayoría de casos la solución planteada ante éstas patologías fue la cesárea, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>6</sup>, no existen argumentos que justifiquen una frecuencia de cesáreas superior al 15%, y considera porcentajes superiores a éste como un indicador de mala calidad de atención obstétrica, ya que implica mayor morbilidad y no necesariamente es una solución al problema.

Contrastando nuestros resultados hallamos que **Fernando J. y Cols (Perú - 2004)**<sup>9</sup>, en el estudio "Cesárea. Experiencia en el hospital general de Oxapampa, enero de 2001 y diciembre del 2002", reportó una tasa de cesáreas de (25,7%), mientras que **Coronado A. y Cols (España - 2008)**<sup>14</sup>, en el estudio "Complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con cesárea en el Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron durante el primer trimestre del 2007", reportó una tasa de cesáreas (22%), en tanto **Vélez E. y Cols (México - 2012)**<sup>16</sup>, en el estudio "Incidencia, indicaciones y complicaciones de la operación cesárea en el Hospital de Gineco-pediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora", reportó una incidencia de cesárea del (46%).

Analizando los reportes presentados y nuestros resultados se infiere que los porcentajes de cesárea son significativamente altos. **Cunningham**<sup>19</sup>, señala que las cifras más altas de cesárea se registran principalmente en centros especializados de alta complejidad y concentración de patologías,

afirmación que tiene relación con nuestros resultados, ya que el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno es un establecimiento de salud que admite la referencias de casos complicados provenientes de los establecimientos de la periferie.



FUENTE: Sistema Informático Perinatal – H.A.J.N

**GRÁFICO N° 02: FRECUENCIA DE CAUSAS DE CESÁREA. HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO DE AYACUCHO. ENERO DEL 2013 A JUNIO DEL 2014.**

El gráfico N°02 muestra la frecuencia de causas de cesárea en el periodo comprendido entre enero del 2013 a junio del 2014 en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, se observa que del 100% (204) causas de cesárea, el 36% (73) fueron causas maternas, el 28% (57) fueron causas fetales, el 20% (42) fueron causas materno fetales y el 16% (32) fueron causas ovulares.

De los resultados podemos concluir que el alto porcentaje de cesáreas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho, fueron por causas maternas con un 36% (73) y en menor porcentaje por causas ovulares con un 16%(32).

**TABLA N°03**

**EVOLUCIÓN CLÍNICA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN  
RELACIÓN A CAUSAS MATERNO FETALES DE CESÁREA.  
HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO DE AYACUCHO. ENERO  
DEL 2013 A JUNIO DEL 2014.**

CAUSAS MATERNO FETALES	EVOLUCIÓN CLÍNICA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN				TOTAL	
	Favorable		Desfavorable		N°	%
	N°	%	N°	%		
Desproporción cefalopélvica	28	13.7	4	2.0	32	15.7
Embarazo múltiple	3	1.5	0	0.0	3	1.5
Embarazo prolongado	6	2.9	1	0.5	7	3.4
Otras causas *	121	59.3	41	20.1	162	79.4
<b>TOTAL</b>	<b>158</b>	<b>77.5</b>	<b>46</b>	<b>22.5</b>	<b>204</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 03 muestra la relación de evolución clínica durante la hospitalización y las causas materno fetales de cesárea en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Del 100% (204) de gestantes cesareadas, el 15.7% (32) fueron cesareadas por desproporción cefalopélvica, de ellas el 13.7% (28) tuvieron evolución clínica favorable; el 2.0% (4) tuvieron evolución clínica desfavorable. Seguido del total 3.4% (7) fueron cesareadas por embarazo prolongado, de ellas el 2.9% (6) tuvieron evolución favorable; el 0.5% (1) tuvo evolución clínica desfavorable. Finalmente el 1.5% (3) fueron cesareadas por embarazo múltiple, de ellas el 1.5% (3) tuvieron evolución favorable.

Se concluye de la tabla que, la evolución clínica durante la hospitalización de las pacientes cesareadas por causas materno fetales, fue por desproporción céfalo pélvica, 13.7% (28) tuvieron evolución clínica favorable y 2.0% (4) con evolución desfavorable.



Sometidos los resultados al análisis estadístico Chi cuadrado, no se halló significancia estadística ( $P > 0.05$ ), indicándonos que la evolución clínica de las pacientes cesareadas no guardan dependencia con las causas materno fetales.

Contrastando nuestros resultados hallamos que **Caraballo S. y Cols Cuba - 2001**)<sup>13</sup>, en el estudio "Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos Hospital Gineco-obstétrico Ramón González Coro 1997 - 1998", reportó entre la principal indicación la desproporción cefalopélvica (13,5%). Las pacientes con uso incorrecto de antibióticos tuvieron más complicaciones infecciosas con un (37,8%). Mientras que **Vélez E. y Cols (México - 2012)**<sup>16</sup>, en el estudio "Incidencia, indicaciones y complicaciones de la operación cesárea en el Hospital de Gineco-pediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora", reportó entre las principales indicaciones la desproporción cefalopélvica (7.95%). La infección de la herida quirúrgica (0.31%) y la formación de absceso de mama (0.31%) fueron los componentes de la morbilidad infecciosa. La punción de la duramadre, así como la punción roja fueron las complicaciones del bloqueo peridural encontradas hasta en el (1.22%). En tanto **Fernando J. y Cols (Perú - 2004)**<sup>9</sup>, en el estudio "Cesárea. Experiencia en el hospital general de Oxapampa, enero de 2001 y diciembre del 2002", reportó entre las principales indicaciones la desproporción cefalopélvica (21,1%). Presentaron morbilidad puerperal (6,3%), siendo la endometritis y la infección de herida operatoria las principales causas (28,6%).

**Pérez Sánchez<sup>18</sup>**, señala que la desproporción céfalo pélvica es la incongruencia entre la relación de la pelvis y el ovoide fetal, se puede tratar de una pelvis estrecha con un feto de tamaño normal y de una pelvis límite con un feto macrosómico; en estos casos si el diagnóstico es definitivo el parto necesariamente debe ser por la vía abdominal y así evitar complicaciones y favorecer la evolución clínica favorable.

**Pacheco Romero<sup>2</sup>**, indica que confirmado el embarazo prolongado, y si no hay condiciones para la inducción o existe compromiso fetal, practicar de forma definitiva una cesárea programada, si durante el trabajo de parto se presentara cualquier inconveniente efectuar una cesárea de emergencia. En ambos casos la vía del parto es la abdominal de primera elección para evitar complicaciones maternas fetales y favorecer la evolución clínica de la paciente al ser sometida al trabajo de parto innecesario o de alto riesgo poniendo en peligro la vida de la madre y el perinato.

**Schwarcz<sup>20</sup>**, señala que en cuanto a la evolución clínica de la post cesareada por embarazo múltiple, la involución uterina es más lenta por la hiperdistensión de las fibras musculares del útero, el riesgo de infección es mayor por el tiempo de exposición de la cesareada aun en ambientes altamente estériles.

**(Otras causas \***. Se presenta en las tablas siguientes)

**TABLA N° 04**

**EVOLUCIÓN CLÍNICA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN RELACIÓN A CAUSAS OVULARES DE CESÁREA. HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO DE AYACUCHO. ENERO DEL 2013 A JUNIO DEL 2014.**

CAUSAS OVULARES	EVOLUCIÓN CLÍNICA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN				TOTAL	
	Favorable		Desfavorable		N°	%
	N°	%	N°	%		
Placenta previa	4	2.0	0	0.0	4	2.0
Oligohidramnios	10	4.9	4	2.0	14	6.9
Ruptura prematura de membrana	9	4.4	5	2.4	14	6.9
Otras causas *	135	66.2	37	18.1	172	84.3
<b>TOTAL</b>	<b>158</b>	<b>77.5</b>	<b>46</b>	<b>22.5</b>	<b>204</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 1.965 \quad X^2_t = 6 \quad g. l. = 2 \quad P > 0.05$$

La tabla N° 04 muestra la relación de evolución clínica durante la hospitalización y las causas ovulares de cesárea en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Del 100% (204) de gestantes cesareadas, el 6.9% (14) fueron cesareadas por oligohidramnios, de ellas el 4.9% (10) tuvieron evolución clínica favorable; el 2.0% (4) tuvieron evolución clínica desfavorable. Seguido del total 6.9% (14) fueron cesareadas por ruptura prematura de membranas, de ellas el 4.4% (9) tuvieron evolución favorable; el 2.4% (5) tuvieron evolución desfavorable. Finalmente el 2.0% (4) fueron cesareadas por placenta previa, de ellas el 2.0% (4) tuvieron evolución favorable.

Se concluye de la tabla que, la evolución clínica durante la hospitalización de las pacientes cesareadas por causas ovulares, fue por

oligohidramnios, 4.9% (10) tuvieron evolución clínica favorable y 2.4% (5) por ruptura prematura de membranas presentaron evolución desfavorable.

Sometidos los resultados al análisis estadístico Chi cuadrado, no se halló significancia estadística ( $P > 0.05$ ), indicándonos que la evolución clínica de las pacientes cesareadas no guardan dependencia con las causas ovulares.

Contrastando nuestros resultados hallamos que **Vélez E. y Cols (México-2012)<sup>16</sup>**, en el estudio "Incidencia, indicaciones y complicaciones de la operación cesárea en el Hospital de Gineco-pediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora", reportó entre las principales causas de cesárea la ruptura prematura de membranas (4.89%) y el oligohidramnios (3.98%). La infección de la herida quirúrgica (0.31%) y la formación de absceso de mama (0.31%) fueron los componentes de la morbilidad infecciosa. La punción de la duramadre, así como la punción roja fueron las complicaciones del bloqueo peridural encontradas hasta en el (1.22%).

**Pacheco Romero<sup>2</sup>**, refiere que en la placenta previa es importante considerar la madurez fetal y la cantidad del sangrado, con feto a término y presencia de sangrado, realizar cesárea de emergencia. Durante el puerperio y durante la evolución de la paciente, es frecuente la hemorragia por atonía uterina, lesiones del lecho placentario y detección de algunos fragmento placentarios, algunos casos requerirán de suturas compresivas de B Lynch, por tales razones los expertos refieren que la

evolución clínica dependerá del sangrado, y esto se reflejará en los exámenes de control hemático.

**Mongrut<sup>1</sup>**, considera que la ruptura prematura de membranas superior a las 24 horas es indicación relativa de cesárea, y absoluta cuando además de ésta presenta inducción fallida. Durante el puerperio se deberá mantener la antibióticoterapia a fin de beneficiar la evolución favorable, disminuyendo infecciones producidas por la exposición que ocasiona la ruptura prematura de las membranas. De la misma manera considera indicación de cesárea a la presencia de una cantidad menor a 300 cc de líquido amniótico (oligohidramnios) a fin de disminuir complicaciones fetales, la evolución clínica de la post cesareada por oligohidramnios no conllevará mayor riesgo que la de una cirugía común y requerirá de cuidados generales.

**Otras causas\***. Referidas a las causas maternas, causas fetales causas materno fetales han sido presentados y discutidos en las tablas anteriores.

**TABLA N°05**

**EVOLUCIÓN CLÍNICA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN RELACIÓN A LAS CARACTERÍSTICAS DE GESTANTES CESAREADAS. HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO DE AYACUCHO. ENERO DEL 2013 A JUNIO DEL 2014.**

CARACTERÍSTICAS		EVOLUCIÓN CLÍNICA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN				TOTAL	
		Favorable		Desfavorable			
		N°	%	N°	%	N°	%
Edad (años)	De 13 a 20	37	18.1	18	8.8	55	26.9
	De 21 a 34	93	45.6	23	11.3	116	56.9
	De 35 a 44	28	13.7	5	2.4	33	16.2
<b>TOTAL</b>		<b>158</b>	<b>77.5</b>	<b>46</b>	<b>22.5</b>	<b>204</b>	<b>100.0</b>
Nivel de instrucción	Analfabeta	3	1.5	1	0.5	4	2.0
	Primaria	32	15.7	9	4.4	41	20.1
	Secundaria	76	37.3	22	10.8	98	48.0
	Superior	47	23.0	14	6.9	61	29.9
<b>TOTAL</b>		<b>158</b>	<b>77.5</b>	<b>46</b>	<b>22.5</b>	<b>204</b>	<b>100.0</b>
Procedencia	Urbana	36	17.6	20	9.8	56	27.5
	Urbano marginal	81	39.7	17	8.3	98	48.0
	Rural	41	20.1	9	4.4	50	24.5
<b>TOTAL</b>		<b>158</b>	<b>77.5</b>	<b>46</b>	<b>22.5</b>	<b>204</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos

EDAD:  $\chi^2_c = 4.788$   $X^2_t = 6$  g. l. = 2 P > 0.05

NIVEL INSTRUCCIÓN:  $\chi^2_c = 0.864$   $X^2_t = 7,8$  g. l. = 3 P > 0.05

PROCEDENCIA:  $\chi^2_c = 7.669$   $X^2_t = 6$  g. l. = 2 P < 0.05

La tabla N° 05 muestra la relación de evolución clínica durante la hospitalización con las características de gestantes cesareadas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. En relación a edad, se observa que del total el 56.9% (116) fueron mujeres jóvenes entre 21 a 34 años de edad de los cuales, el 45.6% (93) presentaron evolución clínica favorable y el 11.3% (23) presentaron evolución clínica desfavorable, seguido del 26.9% (55) de mujeres adolescentes de 13 a 20 años de edad de las

cuales el 18.1% (37) presentaron evolución favorable y el 8.8% (18) tuvieron evolución desfavorable.

Con respecto al nivel de instrucción la tabla muestra que el 48.0% (98) de total fueron mujeres cesareadas con nivel de instrucción secundaria, de los cuales el 37.3% (76) presentaron evolución favorable y en el 10.8% (22) fue evolución desfavorable en tanto que el 29.9% (61) tenían nivel de instrucción superior de los cuales el 23.0% (47) presentaron evolución favorable y el 6.9% (14) fue evolución desfavorable.

Finalmente en cuanto a procedencia se determina que el 48% (98) cesareadas fueron de procedencia urbano marginal de las cuales el 39.7% (81) presentaron evolución favorable y el 8.3% (17) presentaron evolución desfavorable y el 27.5% (56) del total fueron mujeres de procedencia urbana de los cuales el 17.6% (36) tuvieron evolución favorable y el 9.8% (20) presentaron evolución desfavorable.

Se concluye de la tabla que, la evolución clínica durante la hospitalización de pacientes cesareadas, fue en mujeres jóvenes de 21 a 34 años de edad, (45.6%) tuvieron evolución clínica favorable y (11.3%) evolución desfavorable; con nivel de instrucción secundaria, (37.3%) presentaron evolución clínica favorable y (10.8%) evolución desfavorable; de procedencia urbano marginal, (39.7%) tuvieron evolución clínica favorable y (9.8%) de procedencia urbana con evolución desfavorable.

Sometidos los resultados al análisis estadístico Chi cuadrado, no se halló significancia estadística ( $P > 0.05$ ), que indica que la evolución clínica durante la hospitalización no es dependiente de la edad ni del nivel de instrucción de las gestantes cesareadas en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno, en cuanto a procedencia se halló significancia estadística ( $P < 0.05$ ), que indica que la evolución clínica durante la hospitalización es dependiente de la procedencia de las gestantes cesareadas en el Hospital de apoyo Jesús Nazareno.

Contrastando nuestros resultados hallamos que **Fernando J. y Cols (Perú - 2004)**<sup>9</sup>, en el estudio "Cesárea. Experiencia en el hospital general de Oxapampa, enero de 2001 y diciembre del 2002", reportó las edades de las cesareadas que oscilaban entre 20 y 35 años (56.9%), educación primaria (35,8%). Presentaron morbilidad puerperal (6,3%), siendo la endometritis y la infección de herida operatoria las principales causas (28,6%).

**Alcarraz Curi**<sup>27</sup>, señala que desde el punto de vista clínico, la edad tiene un gran valor para el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y orientación de la conducta clínica del profesional. Existe mayor frecuencia de distocias en primigestas jóvenes y primigestas añosas.

El grupo etario con mayor frecuencia mostrado en el cuadro, pertenece a jóvenes entre 21 - 34 años, de las cuales el (11.3%) tuvieron una evolución clínica desfavorable, mientras que el grupo etario perteneciente a 13 - 20 años muestra (8.8%) de evolución clínica desfavorable, fracción



importante perteneciente al grupo de mujeres en estado fértil, a su vez, el INEI<sup>30</sup>, reporta que existe un 0.5% de madres entre 12 a 14 años, (18.5%) de madres entre 15 a 19 años, (43.8%) de madres entre 20 a 29 años, (32%) de madres entre 30 a 39 años y finalmente (5.2%) de madres mayores de 40 años. A su vez este estudio señala que en el año 2007 las mujeres con nivel de instrucción, secundaria abarcaban el (60%) de las mujeres en estado fértil (15 - 44 años). Dato se asemeja a nuestro resultado.

En cuanto al área de procedencia urbana, urbana rural, rural además de definir el contexto socio cultural de una población determina entre otros, el acceso o inaccesibilidad a un conjunto de servicios entre ellos la salud. Nuestra investigación muestra que las gestantes cesareadas con evolución clínica desfavorable son de procedencia urbana y urbano marginal con un (9.8%) y (8.3%) respectivamente.

TABLA N°06

EVOLUCIÓN CLÍNICA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN RELACIÓN A LOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE GESTANTES CESAREADAS. HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO DE AYACUCHO. ENERO DEL 2013 A JUNIO DEL 2014.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		EVOLUCIÓN CLÍNICA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN				TOTAL	
		Favorable		Desfavorable			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Paridad	Primigesta	68	33.3	23	11.3	91	44.6
	Multigesta	81	39.7	20	9.8	101	49.5
	Gran multigesta	9	4.4	3	1.5	12	5.9
<b>TOTAL</b>		<b>158</b>	<b>77.5</b>	<b>46</b>	<b>22.5</b>	<b>204</b>	<b>100.0</b>
Periodo intergenésico (años)	Menor de 1	15	7.4	6	2.9	21	10.3
	De 2 a 4	25	12.3	7	3.4	32	15.7
	Mayor de 4	48	23.5	10	4.9	58	28.4
	No aplica	70	34.3	23	11.3	93	45.6
<b>TOTAL</b>		<b>158</b>	<b>77.5</b>	<b>46</b>	<b>22.5</b>	<b>204</b>	<b>100.0</b>
Edad gestacional (semanas)	Menos de 37	12	5.9	7	3.4	19	9.3
	37 a 40	112	54.9	35	17.2	147	72.1
	Más de 41	34	16.7	4	2.0	38	18.6
<b>TOTAL</b>		<b>158</b>	<b>77.5</b>	<b>46</b>	<b>22.5</b>	<b>204</b>	<b>100.0</b>
Atención Prenatal	Si	126	61.8	37	18.1	163	79.9
	No	32	15.7	9	4.4	41	20.1
<b>TOTAL</b>		<b>158</b>	<b>77.5</b>	<b>46</b>	<b>22.5</b>	<b>204</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos

PARIDAD:	$\chi_c^2 = 0.865$	$\chi^2_t = 6$	g. l. = 2	P > 0.05
PERIODO INTERGENESICO:	$\chi_c^2 = 1.634$	$\chi^2_t = 7.8$	g. l. = 3	P > 0.05
EDAD GESTACIONAL:	$\chi_c^2 = 5.501$	$\chi^2_t = 6$	g. l. = 2	P > 0.05
ATENCION PRENATAL:	$\chi_c^2 = 0.010$	$\chi^2_t = 3.8$	g. l. = 1	P > 0.05

La tabla N° 06, muestra la evolución clínica durante la hospitalización en relación a los antecedentes obstétricos de gestantes cesareadas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Se observa del 100% (204) gestantes cesareadas en cuanto a la paridad que el 49.5% (101) fueron multigestas las cuales en un 39.7% (81) presentaron evolución clínica favorable y el 9.8% (20) tuvieron evolución clínica desfavorable. Seguido del 44.6% (91)

fueron primigestas las cuales en un 33.3% (68) tuvieron evolución favorable y el 11.3% (23) tuvieron evolución desfavorable.

En relación a periodo intergenésico, el 28.4% (58) del total, el periodo intergenésico fue mayor a 4 a años de los cuales el 23.5% (48) presentaron evolución favorable y el 4.9% (10) tuvieron evolución desfavorable, seguido del 15.7% (32) gestantes con periodo intergenésico entre 2 a 4 años, de la cuales el 12.3% (25) presentaron evolución favorable y el 3.4% (7) tuvieron evolución desfavorable.

En consideración a edad gestacional el 72.1% (147) fueron gestantes con edad gestacional entre 37 a 40 semanas de las cuales el 54.9% (112) tuvieron evolución favorable y el 17.2% (35) tuvieron evolución desfavorable, luego el 18.6% (38) tenían edad gestacional mayor a 41 semanas de las cuales el 16.7% (34) presentaron evolución favorable mayor que el 2.0% (4) que presentaron evolución desfavorable.

Finalmente en cuanto a la atención prenatal el 79.9% (163) del total tenían atención prenatal, de las cuales el 61.8% (126) presentaron evolución favorable y el 18.1 % (37) presentaron evolución desfavorable. En tanto el 20.1% (41) no tenían atención prenatal de la cuales el 15.7% (32) presentaron evolución favorable y el 4.4% (9) presentaron evolución clínica desfavorable.

Se concluye de la tabla que, la evolución clínica durante la hospitalización de pacientes cesareadas, fue en mujeres multigestas, (39.7%) tuvieron

evolución clínica favorable y (11.3%) mujeres primigestas presentaron evolución desfavorable; con periodo intergenésico mayor de 4 años, (23.5%) tuvieron evolución clínica favorable y (4.9%) evolución desfavorable; con edad gestacional de 37 a 40 semanas (54.9%) tuvieron evolución clínica favorable y (17.2%) evolución desfavorable; y con atención prenatal, (61.8%) tuvieron evolución clínica favorable y (18.1%) evolución desfavorable.

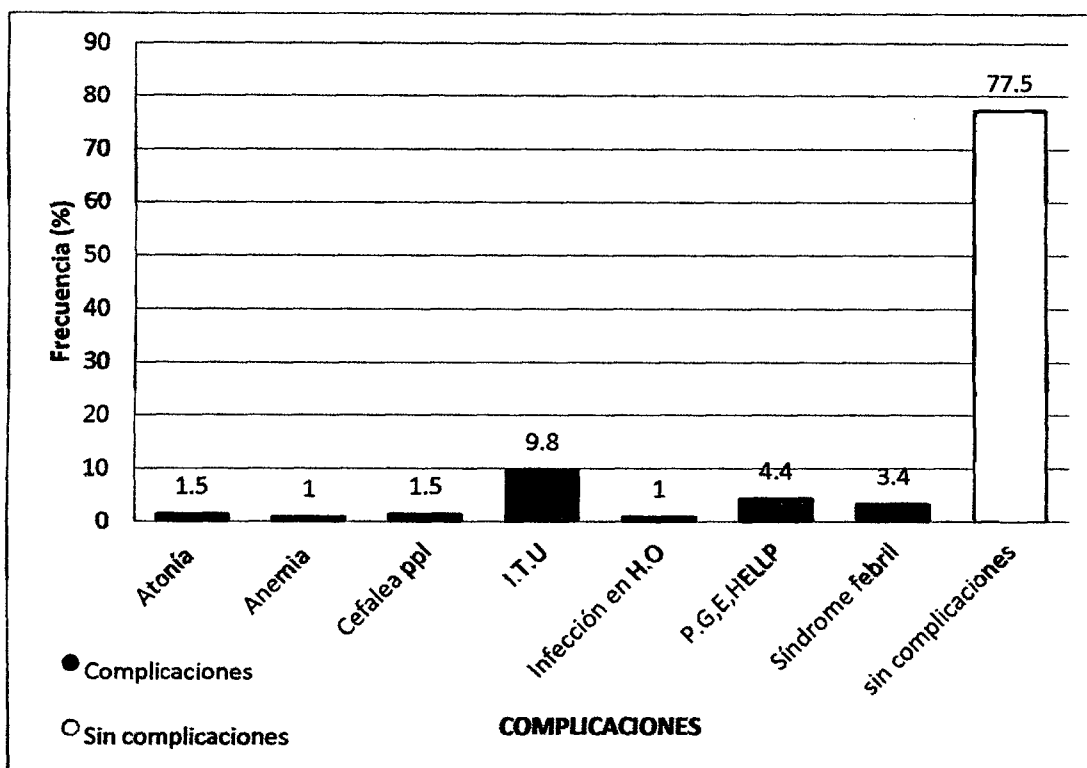
Sometidos los resultados al análisis estadístico Chi cuadrado, no se halló significancia estadística ( $P > 0.05$ ), que indica que la evolución clínica durante la hospitalización no es dependiente de los antecedentes obstétricos en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno.

Contrastando nuestros resultados hallamos que **Fernando J. y Cols (Perú - 2004)**<sup>9</sup>, en el estudio "Cesárea. Experiencia en el hospital general de Oxapampa, enero de 2001 y diciembre del 2002", reportó la gestación a término en un (77,6%). Presentaron morbilidad puerperal (6,3%), siendo la endometritis y la infección de herida operatoria las principales causas (28,6%).

**Alcarraz Curi**<sup>27</sup>, señala que el propósito de los antecedentes obstétricos es investigar el proceso del embarazo, parto y puerperio, conocer los factores de riesgo de los mismos, sus características y consecuencias. Estos factores pueden depender del propio embarazo de procesos dependientes de organismos maternos (existentes antes de la gestación), de origen patológico o proveniente del medio económico, social y cultural

de la mujer. Es así que en nuestra investigación se ha tomado en cuenta algunos antecedentes como; paridad, periodo inter-genésico, edad gestacional, atención prenatal.

**INEI**<sup>30</sup>, hace referencia al nivel de educación de la población, se encuentra asociado con las decisiones sobre la regulación de la fertilidad, es decir, la paridad y el periodo inter- genésico, que al incrementarse, conduce no solamente a que las mujeres y sus parejas tengan un menor número de hijos (paridad), sino que además, tengan embarazos con menor riesgo y nacimientos con periodos íter genésicos adecuados. Por último, es de esperar que conforme aumente el nivel de educación, las mujeres tengan mayor capacidad para demandar acceso a servicios de salud tener mayor información y discernimiento sobre la importancia de la precocidad y consecución del control prenatal. Las mujeres sin nivel de educación, registran una tasa global de morbimortalidad que es aproximadamente dos veces mayor que la correspondiente a aquellas que cursaron algún año en el nivel de educación superior o secundaria completa. Nuestros resultados y los estudios con los cuales hemos contrastado demuestran que la primiparidad en adolescentes y jóvenes, el periodo intergenésico no adecuado y la atención prenatal óptima en cuanto a frecuencia pero no de calidad, son antecedentes obstétricos que condicionan el riesgo para la incidencia de la evolución clínica desfavorable de las gestantes cuyo parto culminaron en cesárea.



FUENTE: Ficha de recolección de datos

LEYENDA: PPL. Post punción lumbar. H.O. herida operatoria. I.T.U. infección del tracto urinario. P.G. Preeclampsia grave. E. eclampsia. HELLP.

**GRÁFICO N° 03: COMPLICACIONES DE LAS CESAREADAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO DE AYACUCHO. ENERO DEL 2013 A JUNIO DEL 2014.**

El gráfico N°03 muestra las complicaciones de las cesareadas durante la hospitalización en el periodo comprendido entre enero del 2013 a junio del 2014 en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, se observa que del 100% (204) pacientes cesareadas, el 77.5% no presentaron complicaciones, el 22.5% presentó complicaciones de las cuales, el 9.8% presentaron infección del tracto urinario (I.T.U), el 4.4% presentaron preeclampsia, el 3.4% síndrome febril.

Del gráfico se concluye que en mayor porcentaje las complicaciones que presentaron las cesareadas fueron, infección del tracto urinario 9.8%, seguida de preeclampsia grave, eclampsia, síndrome de HELLP 4.4%, síndrome febril 3.4% y atonía 1.5%

Contrastando nuestros resultados hallamos que **Coronado A. y Cols (España - 2008)**<sup>14</sup>, en el estudio "Complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con cesárea en el Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron durante el primer trimestre del 2007", reportó entre las principales complicaciones de cesárea la infección de herida (7,5%) y la hemorragia (3,1%). Mientras que **León I. y Cols (Cuba - 2010)**<sup>15</sup>, en el estudio "Complicaciones post operatorias en la operación cesárea sin sutura del plano peritoneal. Instituto Superior de Medicina Militar Dr. Luis Díaz Soto, octubre del 2002 - marzo del 2006", reportó entre las principales complicaciones de cesárea, fiebre post operatoria (15% vs. 22,9%) y las patologías de la pared abdominal (74,5% vs. 25,5%). En tanto **Paredes J. y Cols (Perú - 2011)**<sup>17</sup>, en el estudio "Complicaciones intra y post operatorias de la cesárea de emergencia y electivas. Instituto Materno Perinatal 2011", reportó entre las complicaciones post operatorias más frecuentes fueron: infección de herida quirúrgica y endometritis en un 52,5%.

**Cunningham**<sup>19</sup>, refiere que la infección del tracto urinario es aquella que se presenta secundaria al procedimiento quirúrgico de la cesareada, se relaciona con la cateterización uretral y el sondaje vesical durante la cesárea y las primeras horas del post operatorio. También guarda relación

con los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación hidronefrosis fisiológica (aumento de la orina en la pelvis renal) que normalmente desaparecen a las dos semanas del parto eutócico o parto por vía abdominal.

**Pérez Sánchez<sup>18</sup>**, menciona que los trastornos hipertensivos del embarazo son un factor de riesgo para el desarrollo posterior de enfermedades cardiovasculares y de mortalidad asociado. Estos trastornos se deben considerar como el inicio o la continuación de un sin número de eventos subclínicos. Para la preeclampsia, el parto únicamente soluciona la "crisis" temporal que produce el embarazo, más no alivia definitivamente el trastorno, razón por la cual toda paciente que ha presentado alza tensional durante el embarazo debe ser sometida a control de la presión arterial durante el puerperio.

Es importante considerar, que las complicaciones de las cesareadas durante la hospitalización en mayor porcentaje fue la infección del tracto urinario (ITU), con un (9.8%), atribuible al sondaje vesical que requiere la cirugía de la cesárea, esta complicación aplaza la evolución favorable de la paciente e incrementa el tiempo de hospitalización de la misma. En los casos de preeclampsia grave, eclampsia y síndrome de HELLP son complicaciones no deseables de los síndromes hipertensivos de la gestación, cuadros clínicos con alta morbilidad materno perinatal, que requiere de una atención multidisciplinaria.



**TABLA N° 07**

**EVOLUCIÓN CLÍNICA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN RELACIÓN A TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CESAREADAS. HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO DE AYACUCHO. ENERO DEL 2013 A JUNIO DEL 2014.**

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	EVOLUCIÓN CLÍNICA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN				TOTAL	
	Favorable		Desfavorable		N°	%
	N°	%	N°	%		
Precoz (< de 3 días)	21	10.3	2	1.0	<b>23</b>	<b>11.3</b>
Normal (3 a 4 días)	137	67.2	7	3.4	<b>144</b>	<b>70.6</b>
Prolongado (> de 4 días)	0	0.0	37	18.1	<b>37</b>	<b>18.1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>158</b>	<b>77.5</b>	<b>46</b>	<b>22.5</b>	<b>204</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 155.411 \quad \chi^2_{t=6} \quad g. l. = 2 \quad P < 0.05$$

La tabla N° 07 muestra la evolución clínica durante la hospitalización en relación al tiempo de hospitalización de gestantes cesareadas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Del 100% (204) pacientes cesareadas, el 70.6% (144) tuvieron tiempo de hospitalización normal (3 a 4 días), de ellas el 67.2% (137) presentaron evolución clínica favorable; el 3.4% (7) tuvieron evolución clínica desfavorable. Seguido del total del 18.1% (37) que tuvieron tiempo de hospitalización prolongado (> de 4 días), de ella el 18.1% (37) presentaron evolución desfavorable. Finalmente el 11.3% (23) tuvieron tiempo de hospitalización precoz (< de 3 días), de ellas el 10.3% (21) presentaron evolución favorable; el 1.0% (2) tuvieron evolución desfavorable.

De la tabla se concluye que, la evolución clínica durante la hospitalización de pacientes cesareadas, fue normal de 3 a 4 días, (67.2%) tuvieron evolución clínica favorable y (18.1%) con hospitalización prolongada mayor de 4 días presentaron evolución desfavorable.

Sometidos los resultados al análisis estadístico Chi cuadrado, se halló significancia estadística ( $P < 0.05$ ), que indica que la evolución clínica durante la hospitalización es dependiente del tiempo de hospitalización en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno.

Contrastando nuestros resultados hallamos que **León I. y Cols (Cuba - 2010)**<sup>15</sup>, en el estudio "Complicaciones post operatorias en la operación cesárea sin sutura del plano peritoneal. Instituto Superior de Medicina Militar Dr. Luis Díaz Soto, octubre del 2002 - marzo del 2006", reportó que la estadía post quirúrgica de las cesareadas fue de (4 a 5 días), no coincidiendo con nuestros resultados ya que la evolución clínica desfavorable se presentó en cesareadas con tiempo de hospitalización prolongada.

El tiempo de hospitalización y la evolución clínica de la paciente se encuentra íntimamente ligadas, ya que una paciente post cesareada con evolución clínica desfavorable sugiere mayor tiempo para el tratamiento, cuidados, monitoreo necesario de acuerdo al cuadro clínico presentado (preeclampsia, diabetes) o alguna sobre-agregada en el transcurso de la hospitalización (infección de herida quirúrgica, absceso).

La evolución clínica de la cesareada depende de un conjunto de factores tales como: preparación previa a la intervención quirúrgica cesárea, atención post operatoria inmediata y cuidado post operatorio inmediato<sup>3</sup>. Sobre todo de la responsabilidad y el monitoreo especializado que realiza el profesional de obstetricia; control del sangrado, administración de

analgésicos, indicación y monitoreo del inicio de la deambulaci3n, indicaci3n y monitoreo de la restituci3n de la alimentaci3n (dieta), inspeccionar y monitorizar la restituci3n de las funciones b3sicas como la micci3n y deposici3n, ordenar y evaluar ex3menes de laboratorio post ces3rea. Adem3s de detectar e instalar tratamiento a las complicaciones que pueda presentar eventualmente una paciente post cesareada.

## CONCLUSIONES

- 1° En el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho la frecuencia de cesáreas es en un (28%).
- 2 °Las causas de cesáreas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho, fueron causas maternas (36%), causas fetales (28%), causas materno fetales (20%), causas ovulares (16%).
- 3° La evolución clínica durante la hospitalización de las pacientes cesareadas por causas maternas, fue por cesárea iterativa, (9.8%) tuvieron evolución clínica favorable y (5.9%) por preeclampsia con evolución desfavorable.
- 4° La evolución clínica durante la hospitalización de las pacientes cesareadas por causas fetales, fue por distocia de presentación, (12.3%) tuvieron evolución clínica favorable y (1.5%) de evolución desfavorable.
- 5° La evolución clínica durante la hospitalización de las pacientes cesareadas por causas materno fetales, fue por desproporción céfalo pélvica, (13.7%) tuvieron evolución clínica favorable y (2.0%) con evolución desfavorable.
- 6° La evolución clínica durante la hospitalización de las pacientes cesareadas por causas ovulares, fue por oligohidramnios, (4.9%)

tuvieron evolución clínica favorable y (2.4%) por ruptura prematura de membranas presentaron evolución desfavorable.

7° La evolución clínica durante la hospitalización de pacientes cesareadas, fue en mujeres jóvenes de 21 a 34 años de edad, (45.6%) tuvieron evolución clínica favorable y (11.3%) evolución desfavorable; con nivel de instrucción secundaria, (37.3%) presentaron evolución clínica favorable y (10.8%) evolución desfavorable; de procedencia urbano marginal, (39.7%) tuvieron evolución clínica favorable y (9.8%) de procedencia urbana con evolución desfavorable.

8° La evolución clínica durante la hospitalización de pacientes cesareadas, fue en mujeres multigestas, (39.7%) tuvieron evolución clínica favorable y (11.3%) mujeres primigestas presentaron evolución desfavorable; con periodo intergenésico mayor de 4 años, (23.5%) tuvieron evolución clínica favorable y (4.9%) evolución desfavorable; con edad gestacional de 37 a 40 semanas (54.9%) tuvieron evolución clínica favorable y (17.2%) evolución desfavorable; y con atención prenatal, (61.8%) tuvieron evolución clínica favorable y (18.1%) evolución desfavorable.

9° Las complicaciones de las cesareadas durante la hospitalización fueron infección del tracto urinario (9.8%), seguida de preeclampsia grave, eclampsia, síndrome de HELLP (4.4%), síndrome febril (3.4%) y atonía (1.5%).

10° La evolución clínica durante la hospitalización de pacientes cesareadas, fue normal de 3 a 4 días, (67.2%) tuvieron evolución clínica favorable y (18.1%) con hospitalización prolongada mayor de 4 días presentaron evolución desfavorable.

9. **Fernando Echáis José.** Cesárea experiencia en el Hospital General de Oxapampa. 2004.
10. **Parra Pineda Mario O., Müller Edith A.** Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Obstetricia Integral Siglo XXI. Operación Cesárea, Capítulo 16. 2009.
11. **Tissolt Gueffaz F. y col.** Infección hospitalaria en la maternidad. J GynecolObstetBiolReprod 1990;19:19-24
12. **Roberto Anaya Prado y col.** Mortalidad materna asociada a la operación cesarea. CirCiruj 2008;76:467-472
13. **Caraballo López, Selkis.** Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos. Cubana. 2001.
14. **América Aimé Corona Gutiérrez.** Complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con cesárea en el Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron durante el primer trimestre de 2007. Barcelona España. 2008.
15. **León Cid, Iraisá.** Complicaciones posoperatorias en la operación cesárea sin sutura del plano peritoneal. Cubana. 2010.
16. **Vélez Pérez Eduardo.** Incidencia, indicaciones y complicaciones de la operación cesárea en el Hospital de Gineco-pediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. México. 2012.
17. **José Manuel Paredes Loli.** Complicaciones intra y post operatorias de la cesárea de emergencia y electivas. Instituto Materno Perinatal 2011. Lima-Perú; 2011.

18. **Pérez Sánchez, Alfredo.** Obstetricia. Tercera Edición. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile. 1999.
19. **Cunningham FG; Leveno KJ; Bloom SL; Hauth JC; Gilstrap III LC, Wenstrom KD.** Obstetricia de Williams. Vigésimo Segunda Edición. Edit. McGRAW-HILL/interamericana. México. 2006.
20. **Schwarcz, Ricardo Leopoldo.** Obstetricia. 6ta. Edición. Buenos Aires-Argentina. 2005.
21. Dirección regional de salud Ayacucho. Guía de atención de emergencia obstétrica. Programa de salud materno perinatal. Ayacucho. 2002.
22. **Coacalla C, Alcides.** Perlas de obstetricia y ginecología. Primera Edición Talleres gráficos de ediciones del sur S.R.L. Lima. 2001.
23. **Movimiento Manuela Ramos.** Centro de Investigación y Promoción Popular (CENDIPP). Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). el VIH/Sida y su incidencia en la vida de las mujeres. Primera Edición. Perú. 2009
24. **Távora Orozco, Luis.** Cesárea en el Perú: Presente y futuro. Ginecología y Obstetricia - Vol. 39. Perú. 1993.
25. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. Complicaciones de la cesárea  
[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones\\_cesarea.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf)



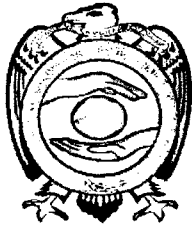
- 26.** Hospital de Basurto. Reglamento de uso de la historia clínica. España. Julio – 2003.  
[http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkhbas05/es/contenidos/informacion/hbas\\_ad\\_comision\\_normativa/es\\_hbas/adjuntos/reglamento\\_uso\\_historia\\_clinica.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkhbas05/es/contenidos/informacion/hbas_ad_comision_normativa/es_hbas/adjuntos/reglamento_uso_historia_clinica.pdf)
- 27.** Alcarraz Curi, Luisa. ABC en obstetricia. Edit. Práctico L&C. Facultad de Obstetricia. Ayacucho. 2012
- 28.** La internacional liga de la leche. El arte femenino de amamantar. Situaciones especiales. Parte seis. Edit. Pax. Pag.200. México. 2001.
- 29.** Gómez y col. Factores que influyen en la frecuencia de cesáreas en el hospital de apoyo de tumbes y el hospital regional de Ayacucho 1994. Tesis obstetricia UNSCH.
- 30.** Dirección técnica de demografía e indicadores sociales del Instituto Nacional de Estadística Informática. Perú: fecundidad y sus diferenciales por departamento, provincia y distrito. Lima. 2009.

# Anexos

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<b><u>INDEPENDIENTE</u></b> Causas de cesárea	Se define como factor que determina o induce a la decisión de realizar la intervención quirúrgica cesárea.	• Maternos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesárea iterativa</li> <li>• Preeclampsia</li> <li>• Inducción fallida</li> <li>• Condilomatosis</li> <li>• Talla baja</li> </ul>	Nominal	Revisión documental	Historia clínica, Ficha de recolección de datos
		• Fetales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distocia de presentación</li> <li>• Macrosomía fetal</li> <li>• Sufrimiento fetal agudo</li> </ul>	Nominal	Revisión documental	Historia clínica, Ficha de recolección de datos
		• Materno fetales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desproporción cefalopélvica</li> <li>• Embarazo múltiple</li> <li>• Embarazo prolongado</li> </ul>	Nominal	Revisión documental	Historia clínica, Ficha de recolección de datos
		• Ovulares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placenta previa</li> <li>• Oligohidramnios</li> <li>• Ruptura prematura de membranas prolongada</li> </ul>	Nominal	Revisión documental	Historia clínica, Ficha de recolección de datos
<b><u>DEPENDIENTE</u></b> Evolución clínica	Es el procedimiento destinado a recoger las incidencias asistenciales que se presentan durante la atención de la paciente, así como los correspondientes comentarios de actualización de los datos recogidos en la anamnesis y la exploración.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorable</li> <li>• Desfavorable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin complicaciones</li> <li>• Con complicaciones</li> </ul>	Cualitativa Nominal	Revisión documental	Historia clínica, Ficha de recolección de datos

<b>DE CONTROL</b> Edad gestacional	Es el tiempo transcurrido entre el primer día en que se inició el último periodo menstrual, y el momento del parto. Expresándose en semanas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pretérmino</li> <li>• A término</li> <li>• Post término</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; a 37 sem.</li> <li>• 37 a 40 sem.</li> <li>• &gt; a 41 sem.</li> </ul>	Cualitativa Nominal	Revisión documental	Historia clínica, Ficha de recolección de datos
Edad materna	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento, se expresa en años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescente</li> <li>• Joven</li> <li>• Adulto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; de 20 años</li> <li>• 21 a 34 años</li> <li>• &gt; de 35 años</li> </ul>	Cualitativa Nominal	Revisión documental	Historia clínica, Ficha de recolección de datos
Nivel de instrucción	Nivel académico alcanzado a la fecha actual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeta</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior.</li> </ul>		Ordinal	Revisión documental	Historia clínica, Ficha de recolección de datos
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos de más de 28 semanas de gestación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primigesta</li> <li>• Multigesta</li> <li>• Gran multigesta</li> </ul>		Cualitativa Nominal	Revisión documental	Historia clínica, Ficha de recolección de datos
Procedencia	Lugar de nacimiento u origen de la gestante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbano</li> <li>• Urbano marginal</li> <li>• Rural</li> </ul>		Cualitativa Nominal	Revisión documental	Historia clínica, Ficha de recolección de datos
Periodo intergenésico	Es el tiempo entre dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Precoz</li> <li>• Normal</li> <li>• Prolongado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 2 años</li> <li>• de 2 a 4 años</li> <li>• &gt; 4 años</li> </ul>	Cualitativa Nominal	Revisión documental	Historia clínica, Ficha de recolección de datos
Control prenatal	Es una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas entre la obstetra y la gestante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con control</li> <li>• Sin control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 a más controles</li> <li>• 1 a 5 controles</li> </ul>	Cualitativa Nominal	Revisión documental	Historia clínica, Ficha de recolección de datos
Tiempo de hospitalización	Período determinado entre la hospitalización de la paciente y alta médica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Precoz</li> <li>• Normal</li> <li>• Prolongado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 3 días</li> <li>• 3 a 4 días</li> <li>• &gt; 4 días</li> </ul>	Cualitativa Nominal	Revisión documental	Historia clínica, Ficha de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE  
HUAMANGA**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**



**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

**FICHA N°..... FECHA..... H.CI. N°.....**

**I. DATOS DE FILIACIÓN**

1. Edad.....años
2. Nivel de instrucción:  
Analfabeta ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )
3. Procedencia:  
Urbana ( ) urbano marginal ( ) Rural ( )

**II. ANTECEDENTES GINECO – OBSTETRICOS**

4. Paridad:  
Primigesta ( ) Multigesta ( ) Gran multigesta ( )
5. Periodo intergenésico:  
< 2 años ( ) 2 a 4 años ( ) > 4 años ( ) No aplica ( )
6. Edad gestacional al momento de la cesárea.  
< 37 semanas ( ) 37 a 40 semanas ( ) > 41 semanas ( )
7. Atención prenatal:  
SI ( ) NO ( )

### III. DATOS ESPECIFICOS

#### 8. Indicaciones de cesárea:

Maternos	Fetales	Materno fetales	Ovulares
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cesárea iterativa ( )</li><li>• Preeclampsia ( )</li><li>• Inducción fallida ( )</li><li>• Condilomatosis ( )</li><li>• Talla baja ( )</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Distocia de presentación ( )</li><li>• Macrosomía fetal ( )</li><li>• Sufrimiento fetal agudo ( )</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desproporción céfalopélvica ( )</li><li>• Embarazo múltiple ( )</li><li>• Embarazo prolongado ( )</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Placenta previa ( )</li><li>• Oligohidramnios severo ( )</li><li>• Ruptura prematura de membranas prolongada ( )</li></ul>

#### 9. Tiempo de hospitalización

Precoz < 3 días ( ) Normal 3 a 4 días ( ) prolongado > 4 días ( )

### IV. EVOLUCIÓN CLÍNICA

#### 10. Durante la hospitalización:

Favorable. Sin complicaciones ( ) Desfavorable. Con complicaciones ( )

**COMPLICACIONES**.....  
.....  
.....  
.....



# HOJA DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Fecha: 18, 02, 14  
Hora: 8:30 hrs.

ORIGEN:  Emergencia  Consultorio Ext.  Referida   
Control Pre Natal: SI  No:   
Lugar de Referencia: \_\_\_\_\_

Hist. Clín N° 13756  
N° Cama \_\_\_\_\_

DATOS DEL PACIENTE  
Apellidos y Nombres: Peratta Perez Mary Cruz Fecha de Nacimiento: 9, 03, 88 Edad: 25 a  
Fecha de Nacim: Ayacucho Est. Civil: Comunicante Ocupación: S/C D.N.I.: 4498195  
Domicilio: Casa Alegria 1040 Distrito: Tarija Regimen: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
FUR: 13, 5, 13 EG: 40 G: 3 P: 1011

DATOS DEL ACOMPAÑANTE  
Apellidos y Nombres: Peratta Uccella Julieta Quien lo trae/Parentesco: Má  
Dirección: Casa Alegria 1040 Teléfono: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN  
1. Conarca anterior  
2. D.C.P.  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_  
Enfermedad Actual: Entiste aude e parte contraria uterina en posición de 12 horas, y cuenta recibiendo H. p' J.T.U.  
Tiempo de Enfermedad: 12 hr.

Examen Físico  
T: 36.5 Estado general y sensorio  Normal  Anormal Edemas: NO  
Pulso: 74 Aparato cardiovascular  Reflejos: ++  
F.R.: 21 Aparato respiratorio   
P.A.: 90/60 mmHg Aparato urinario   
Peso: 58.500 Kg. Abdomen   
Albuminuria: 3+ Extremidades

EXAMEN GINECOLÓGICO  
Genit. Externos  Normal  Anormal No hidrancia no ginecomagra  
Vagina   
Cérvix   
Útero   
Anexos   
F. de saco Douglas   
Parámetros (T. R.)   
Mamas   
Abundancia de secreción cervical por tubo utero oculto  
Bandas de mueras

ABDOMEN: Feto Situación Long  Posición: Derecha  Prest. Cel.   
Trans.  Izquierda  Pod.   
A.U. 34 c.m. Siglos: SI  NO  Dinámica Uterina: F 50' 3" 4 0 20"  
L.F. 141 x min. DIP II: SI  NO  Ponderado Fetal: \_\_\_\_\_ grs.

EXAMEN OBSTÉTRICO  
TACTO VAGINAL: Cerviz Long 2cm Const.  Ubic. 10 8'  
Dilatación 1 Procubito  Pérdida Liq. Amniótico   
Incorporación 70% Prolapso  Claro   
Altura de Presentación -4 Sangrado Vag  Meconial   
Varied. de Present 0-0-0 Sanguinolento   
Membranas 2 Mal Olor   
PELVIMETRIA: Estrecho: Adecuado  Estrecho   
Superior  Medio  Inferior   
Pelvis Ginecoide: Si  No   
Compatibilidad feto - Pélvica: Si  No

IMPRESIÓN DE  
1. Parto gest. de 40 semanas Plan de trabajo  
2. Pruebas Tubo. Parto 2. Intero Ex  
3. Reserva Antenar.  
4. J.T.U.  
5. D.C.P.  
Destino: Ginecología  Su casa   
Puerperio  Otro   
ARC   
Centro Obst.   
Sala de Op.   
Hr. Salida: 11:00

1. NPO  
2. OLN: 2/0 a 1000cc 30cc  
3. Comprimidos 100mg 1ov/24h.  
4. MMF  
5. preparar para ces.  
6. \_\_\_\_\_  
Profesional Examinador: [Firma]  
Dra. Elizabeth C. [Firma]  
Médico Responsable  
CAMA RESPONSABLE  
Firm y sello



### REPORTE OPERATORIO

Nombre: Rovatto Paz Maulez  
 Cirujano Dr. Gohaus 1° Asistente \_\_\_\_\_  
 2° Asistente Dr. Morales ANESTESISTA \_\_\_\_\_  
 Fecha de Operación: 18/2/14 Inicio: 17:55 Término: 18:15 Duración: 20'  
 Diagnóstico Pre-Operatorio: quistosa. UOpu / NTP / SEP. / cesareo de ant. vez  
 Diagnóstico Post-Operatorio: asfijado  
 Operación: Quiste seg. fractur.

#### DESCRIPCION DE LA OPERACIÓN (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenes, Cierre)

BA + CCE  
Incidencia planar en la piel  
apertura de pared por planos  
histiotomía  
extracción de RN en cepalico  
EMP. + embalsamaje  
histiotomía en el plano  
cierre de pared  
piel con seda 2/0

Diálogos: LA. Mecanico fluido  
anular de cordón  
RNO apgar 7.9

[Firma]  
 Firma del cirujano

Condición al Terminar estable  
 Número de gasa después de la operación \_\_\_\_\_  
 Medicamentos en la sala de operación \_\_\_\_\_





# EVOLUCIÓN MÉDICA



MÉDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: 19/02/14 DÍA HOSP \_\_\_\_\_

PA:  
FC:  
FR:  
T°

DIAGNÓSTICOS: PO. Inmediata; sequeles a OCP + CA 1 vez / 17U'

ANAMNESIS: paciente q' se encuentra con dolor lue en gona -

Operativa; amnesia disminuida:

FCF:  
AV:  
DIURESIS/ORAL

EXAMEN CLÍNICO: lotap - apénit. req.

abd: apanto operativa; e/sauprados sauppuslento

BH:

EXAMEN AUXILIARES: \_\_\_\_\_

APRECIACIÓN: Ev. favorable

PLAN: deambulación manepare dolor!

INTERNO

*Dr. Elizabeth L. Salazar Peña*  
Médico Interno  
C.M. 34525  
MÉDICO DE SERVICIO

MÉDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: 20/02/14 DÍA HOSP \_\_\_\_\_

PA:  
FC:  
FR:  
T°

DIAGNÓSTICOS: PO. 2da día Ourea KCP + CA 1 vez f 17U'

ANAMNESIS: paciente q' se encuentra tranquilo con lue:

dolor en gona operativa buena movilidad. amnesia  
conservada

FCF:  
AV:  
DIURESIS/ORAL

EXAMEN CLÍNICO: lotap - apénit

abd: todos op en buenas condiciones

BH:

EXAMEN AUXILIARES: \_\_\_\_\_

APRECIACIÓN: Ev favorable.

PLAN: beta + indicaciones

INTERNO

*Dr. Elizabeth L. Salazar Peña*  
Médico Interno  
C.M. 34525  
MÉDICO DE SERVICIO

APELLIDOS Y NOMBRES:

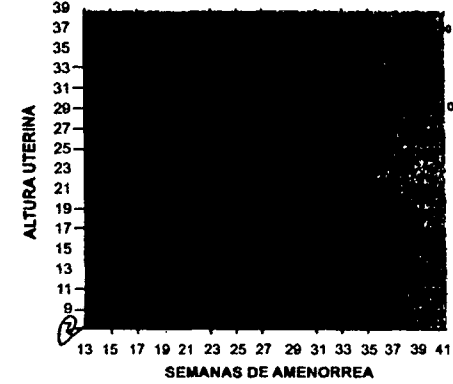
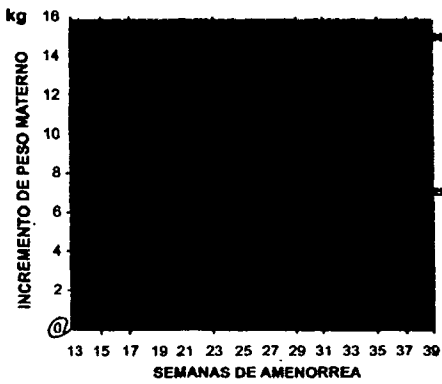
REVATA PEREZ Flory Cruz

CAMA:



CONTROLES PRENATALES	CONTROL 1	CONTROL 2	CONTROL 3	CONTROL 4	CONTROL 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha	24/07/13	28/8/13	24/9/13	24/10/13	24/11/13	24/12/13	24/01/14	24/02/14	24/03/14
Edad Gest. (Semanas)	10	15	19	25	28	32	36	37	39
Peso de la Madre (Kg)	49.500	50.0	52	53	54	55.5	56.400	58.0	60.00
Incremento Peso (Kg)	1.7	0.5	2.0	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Incremento Acumulado (Kg)	1.7	2.2	4.2	5.7	6.7	7.7	8.7	9.7	10.7
Temperatura (°C)	36	36	36	36	36	36.2	36.2	36.1	36.5
Presión Arterial (mm hg)	100/60	90/50	90/50	100/70	90/60	99/60	80/50	90/60	80/60
Altura Uterina (Cm)	17	17	20	22	23	26	26	26	26
Presentación (C/PT/NA)	NA	NA	C	C	C	NA	NA	NA	NA
Labios Fetales (por minuto)	NA	142'	144'	142'	142'	139'	138'	140'	148'
Mov. Fetal (+/...../S/N/A)	NA	NA	NA	NA	NA	L	L	L	L
Edema (+/...../SE)	NA	NA	NA	NA	NA	L	L	L	L
Pulso Materno (por min.)	72	72	72	72	72	L	L	L	L
Corazón PF (S/N/DNA)	NA	NA	NA	NA	NA	D	D	D	D
Parto Biotico	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Visita Domiciliar (Si - No - Na)	NA	NA	NA	NA	NA	139'	138'	140'	148'
Sufato Ferroso / Consumo	100 ESC.	NA	100	100	100	+	+	+	+
Participación de Parity	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Riesgo identificado por el P. de Salud	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Seguimiento de Acuerdos	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Establecimiento de Salud	P. S. C.	M. P. S. C.	P. S. C.	P. S. C.	P. S. C.	SE	SE	SE	SE
Responsable	NA	NA	NA	NA	NA	+	+	+	+
Acuerdo Suficiente	NA	NA	NA	NA	NA	F	F	F	F
Examen de orina (N/A)	NA	NA	NA	NA	NA	4/30	4/30	5/30	NA

Indic. Ac. Fético						NA	NA	NA	NA
Órbit. Corneal (transparencia)						NA	NA	NA	NA
EQ de Eco. Control						NA	NA	NA	NA
Parto Biotico (A, B, R, S)						NA	NA	NA	NA
Cita (señal)						10/01/14	24/02/14	24/02/14	NA
Visita domicil. (señal)						NO	NO	NO	NO
Plan Parto						NA	NA	NA	NR
Estab. de la atención						HASU	HASU	HASU	HASU
Responsable atención						Marleny	Marleny	Marleny	Marleny
Nro Formato SIS	01	02	03	04	05	06	07	08	09



Sin patologías  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_ 1: [ ][ ][ ][ ][ ]

2. \_\_\_\_\_ 2: [ ][ ][ ][ ][ ]

3. \_\_\_\_\_

Referencia - Consulta Externa  Si  No  No Aplica  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Establ. Trasl: \_\_\_\_\_

Referencia - Emergencia  Si  No  No Aplica  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Establ. Trasl: \_\_\_\_\_

Referencia - Apoyo al Diagnost.  Si  No  No Aplica  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Establ. Trasl: \_\_\_\_\_

PSICOPROFILAXIS  ESTIMULACIÓN PRENATAL  PLAN DE PARTO  Si  No  No Aplica  ALOJADA EN CASA DE ESPERA  Si  No  No Aplica







**UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA**



**FACULTAD DE OBSTETRICIA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE  
HUAMANGA**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**

**“EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES SEGÚN CAUSA DE  
CESÁREA. HOSPITAL DE APOYO JESÚS DE NAZARENO. ENERO  
DEL 2013 A JUNIO DEL 2014”**

**Área de Investigación:** Materno perinatal

**Autoras:**

**Quispe Montero, Indira Janet                      DNI: 45008219**

**Ramos Vargas, Roxana                              DNI: 44163559**

**Título profesional a que conducen:** Obstetra

**Año de aprobación de la sustentación:** 2014

## I. Resumen:

**Planteamiento del problema:** La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en la especialidad de Gineco-obstetricia. Las estimaciones globales y lo indicado por la (OMS) organización mundial de la salud es de un 15% de cesáreas del total de partos, considera también datos superiores a este como indicador de mala calidad de atención obstétrica. La cesárea como toda intervención quirúrgica tiene riesgos los cuales contribuyen a las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal. Los expertos sostienen que el riesgo de muerte por cesárea es de 3 a 5 veces mayor que en un parto vaginal, estos riesgos son más altos cuando la vitalidad del feto o la madre se encuentran comprometidos. Las complicaciones antes, durante y después de una cesárea son de índole quirúrgica, anestésica e infecciosa, se encuentran relacionadas a su indicación materno, materno fetal, fetal y ovulares, además de si fueron cesáreas programadas o de emergencia. Todo esto influye en la evolución clínica de las pacientes. **Objetivo:** Conocer la evolución clínica de las pacientes según causa de cesárea en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho, durante el periodo comprendido entre enero del 2013 a junio del 2014. **Hipótesis:** La evolución clínica de un grupo significativo de pacientes cesareadas es desfavorable según causas maternas, materno fetales, fetales, ovulares y están relacionadas con la edad materna, nivel de instrucción, procedencia, paridad, edad gestacional, periodo intergenésico, control prenatal y tiempo de hospitalización en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho. **Marco teórico:** La cesárea es la terminación quirúrgica del embarazo o del parto, 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 el perinato o ante la imposibilidad de éste ultimo de nacer por la vía vaginal. **Evolución clínica:** Es el procedimiento destinado a recoger las incidencias asistenciales que se presentan durante la atención de la paciente, así como los correspondientes comentarios de actualización de los datos recogidos en la anamnesis y la exploración. **Conclusión:** La frecuencia de cesáreas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho es (28%), por causas maternas (36%) por cesárea iterativa (11.3%), con evolución favorable (9.8%), evolución desfavorable (5.9%) en preeclampsia. Causas fetales (28%) por distocia de presentación (13.7%), con evolución favorable (12.3%) evolución desfavorable (1.5%), causas materno fetales (20%) por desproporción céfalo pélvica (15.5%) con evolución favorable (13.7%) y evolución desfavorable (2%), causas ovulares (16%) por oligohidramnios y RPM (6.9%) con evolución favorable (4.9%) en oligohidramnios y evolución desfavorable (2.4%) en RPM. **Recomendaciones:** A la DIRESA Fortalecer los procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación de pacientes cesareadas a fin de identificar de manera ágil y rápida los signos y síntomas de complicaciones en pacientes post cesareadas. A la UNSCH y facultad de Obstetricia, Realizar investigaciones longitudinales de pacientes post cesareadas y sus neonatos con evolución desfavorable.

## Referencias bibliográficas

1. Mongrut Steane, Andrés. Tratado De Obstetricia Normal Y Patológica. Cuarta Edición. Editorial el peruano. Lima. 2000.
2. Pacheco Romero, José. Manual de obstetricia. 6ta. Edición. Editorial Talleres gráficos de R&F publicaciones y servicios S.A.C. Lima. 2011.

## II. Summary:

**Problem:** Caesarean section is one of the most common surgeries in the specialty of Gynecology and Obstetrics. Global estimates and indicated by the (WHO) World Health Organization is 15% of all cesarean deliveries, also considered superior to this as an indicator of poor quality of obstetric care data. Cesarean section as all surgery has risks that contribute to morbidity and perinatal maternal mortality. Experts say the risk of death by cesarean is 3-5 times higher than vaginal delivery, these risks are higher when the vitality of the fetus or mother are engaged. The complications before, during and after cesarean are surgical, anesthetic and infectious nature, are related to his maternal indication, fetal, maternal fetal and ovular, plus whether they were scheduled or emergency cesarean. All this influences the clinical course of patients. **Objective:** To study the clinical course of patients by cause of cesarean Support Hospital in Jesus Nazareno de Ayacucho, during the period from January 2013 to June 2014. **Hypothesis:** The clinical course of a significant group of patients is unfavorable cesarean as maternal, fetal maternal, fetal, ovular and are related to maternal age, education level, origin, parity, gestational age, birth period, prenatal care and hospitalization time in the Hospital de Apoyo Jesus Nazareno de Ayacucho causes. **Theoretical Framework:** Cesarean section is the surgical termination of pregnancy or childbirth, through an incision in the abdominal wall (laparotomy) and the uterine wall (hysterectomy), in a situation of danger for the mother or perinato or before the impossibility of this last birth vaginally. **Clinical evolution:** The procedure to collect welfare incidents that occur during patient care and related comments of updating the data collected in the history and examination. **Conclusion:** The frequency of caesarean sections in the Hospital de Jesús Nazareno de Ayacucho Support is (28%), maternal causes (36%) by iterative (11.3%) cesarean section with favorable outcome (9.8%), unfavorable (5.9%) in preeclampsia. Fetal causes (28%) Dystocia presentation (13.7%), with favorable outcome (12.3%) unfavorable (1.5%), fetal maternal causes (20%) cephalopelvic disproportion (15.5%) with favorable outcome (13.7%) and unfavorable (2%), ovular (16%) causes oligohydramnios and RPM (6.9%) with favorable outcome (4.9%) in oligohydramnios and unfavorable (2.4%) in RPM. **Recommendations:** A DIRESA Strengthen monitoring processes, monitoring and evaluation of cesarean patients to identify agile and quick way signs and symptoms of complications in patients post cesarean. A UNSCH and faculty of Obstetrics, longitudinal research Perform post cesarean patients and their infants with unfavorable.

## References

1. Mongrut Steane, Andrew. Treaty Of Obstetrics Normal and Pathological. Fourth Edition. Editorial Peru. Lime. 2000.
2. Pacheco Romero, José. Manual obstetrics. 6ta. Edition. Editorial Workshops R & F charts publications and services SAC Lime. 2011