

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL  
DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**“FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESAREA  
ELECTIVA Y DE URGENCIA. HOSPITAL II CARLOS  
TUPPIA GARCÍA GODOS EsSALUD DE AYACUCHO.  
ENERO A MARZO 2018”**

**PRESENTADO POR:**

**AGUILAR PORRAS, Gina Cintia**

**CURO RAMOS, Endira Gandi**

**ASESORA**

**Dra. Obst. DELIA ANAYA ANAYA**

**AYACUCHO – PERÚ**

**2019**

## ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

**RD N° 592-2018-FCSA-UNSCH**

**BACHILLER:** Aguilar Porras, Gina Cintia

**BACHILLER:** Curo Ramos, Endira Gandhi

En la ciudad de Ayacucho ,siendo las cuatro con quince de la tarde del día cuatro de enero del dos mil diecinueve se reunieron en el auditorium de la escuela profesional de obstetricia de la UNSCH, los miembros del jurado de sustentación conformados por:

**PRESIDENTA:** Mg Noemí Quispe cadenas (delegado por el decano)

**MIEMBROS:** Mg. Oriol Chuchón Gómez

Mg. Héctor Velarde Valer

Mg. Roaldo Pino Anaya

**ASESORA:** Dra. Delia Anaya Anaya (asesora y secretaria docente)

Con el Quorum de reglamento se dio inicio a la sustentación de la tesis titulada **“FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESARE ELECTIVA Y DE URGENCIA .HOSPITAL II CARLOS TUPPIA GARCIA GODOS EsSALUD DE AYACUCHO. ENERO A MARZO 2018”**. Presentado por los Bachilleres: Endira Gandhi, Curo Ramos y Gina Cintia Aguilar porras, para obtener el Título Profesional de Obstetra.

Finalizada la exposición se dio inicio a la defensa de la tesis, la presidenta del jurado, invita a los miembros del jurado calificador para efectuar las interrogantes, aclaraciones, observaciones que consideren conveniente. Empezó con el Mg Héctor Velarde valer, y seguidamente el Mg Roaldo Pino Anaya, posteriormente el Mg Oriol Chuchón Gómez, la Mg Noemí Quispe cadena invita a la Dra. Delia Anaya Anaya en su condición de asesora de tesis para que participe. Las preguntas fueron respondidas por las Bachilleres, concluyendo esta etapa con las observaciones, sugerencias y recomendaciones realizados por el jurado calificador.

La presidenta del jurado calificador invita a las sustentantes y al público a abandonar la sala para la deliberación y concluir los resultados.

<b>BACHILLER : ENDIRA GANDI , CURO RAMOS</b>				
JURADOS	TEXTO	EXPOSICION	PREGUNTAS	P.F
Mg. Noemí Quispe Cadenas	17	17	17	17
Mg. Oriol Chuchón Gómez	17	17	17	17
Mg. Roaldo Pino Anaya	17	16	15	16
Mg. Héctor Velarde Valer	16	16	16	16
<b>PROMEDIO FINAL</b>	<b>17</b>			

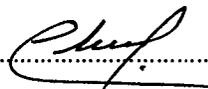
BACHILLER : AGUILAR PORRAS,GINA CINTIA				
JURADOS	TEXTO	EXPOSICION	PREGUNTAS	P.F
Mg. Noemí Quispe cadenas	17	17	17	17
Mg. Oriol Chuchón Gómez	17	17	17	17
Mg. Roaldo Pino Anaya	17	17	17	17
Mg. Héctor Velarde valer	16	16	16	16
<b>PROMEDIO FINAL</b>	<b>17</b>			

De acuerdo a los resultados los Bachilleres Endira Gandhi, Curo Ramos obtuvo la nota de diecisiete (17) y el Bachiller Gina Cintia, Aguilar Porras la nota de diecisiete (17) por el cual firman al pie de la presente acta, siendo las cinco con cincuenta minutos de la tarde finalizo dicho acto.



Mg. Noemí Quispe cadenas

PRESIDENTA



Mg. Oriol Chuchón Gómez

MIEMBRO JURADO



Mg. Roaldo Pino Anaya

MIEMBRO JURADO



Mg. Héctor Velarde Valer

MIEMBRO JURADO



Dra. Delia Anaya Anaya

ASESORA SECRETARIA

## **DEDICATORIA**

**A mi madre:** Yolanda ramos Marquéz,  
por su amor infinito, por creer en mí y  
estar siempre presente. Gracias madre  
bella por todo lo que hiciste y por todo  
lo que serías capaz de hacer. Sin ti no  
sería quien soy, todo te lo debo a ti, te  
amo.

**A mi padre:** Fortunato Curo mallqui,  
quien en mi infancia y juventud,  
siempre estuvo presente en todos mis  
logros.

**A mi hija:** Quilla Luciana Vega Curo,  
razón y motor de mis logros, a quien  
con mi ejemplo, demuestro que nunca  
es tarde para lograr nuestros sueños y  
metas.

**A mi amado esposo:** Edgar Vega  
Neyra, amigo, cómplice, compañero de  
mi vida, con quien tomados de la mano  
continuamos avanzando.

**Endira Gandi Curo Ramos**

**A Dios:** Gracias por la oportunidad de estar con vida. Por mantener unidos a mis padres, con toda la familia.

**A mis Padres:** Por el mejor ejemplo a seguir en la vida. Por la paciencia que me han tenido desde pequeña y hasta ahora, agradezco por todo el apoyo, ánimo, amor que me han brindado.

**A mis hijas:** Noelia Belén y Daniela London, son el motivo principal para avanzar en la vida.

**Gina Cintia Aguilar porras**

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a mi universidad, gracias por haberme permitido formarme en ella, gracias a todas las personas que fueron partícipes de este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, gracias a todos ustedes, quienes fueron los responsables de realizar su pequeño aporte, que el día de hoy se vería reflejado en la culminación de mi paso por la universidad. Gracias a mis padres, que fueron mis mayores promotores durante este proceso, gracias a Dios, que fue mi principal apoyo y motivador para cada día continuar sin tirar la toalla.

## **ABSTRACT**

Objectives: To know the frequency rate and the indications of the elective or emergency caesarean in the Hospital II Carlos Tuppia Garcia Godos EsSalud of Ayacucho, during the months of January to March 2018. Design: Non-experimental, Retrospective and transversal. Materials and methods: review of the medical records of all pregnant women with cesarean delivery attended at the EsSalud Hospital in Ayacucho. Results: a total of 132 caesarean sections were found in the frequency of elective cesarean sections and emergency caesarean sections, of which 56.8% (75) were elective cesareans and 43.2% (57) emergency caesarean sections. From the results it is concluded that elective caesarean sections are more frequent, represented by 56.8% in Hospital II Carlos Tuppia Garcia Godos de Ayacucho.

**INDICE**  
**CAPÍTULO I**  
**PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

	<b>PAG.</b>
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	04
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	08
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	09
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	10

**CAPITULO II**  
**MARCO TEORICO**

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	12
2.2. BASE TEORICO CIENTÍFICA.....	19
2.2.1. Historia de la Cesárea.....	19
2.2.2. Cesárea.....	20
2.2.3. Indicaciones de la Cesárea.....	21
2.2.4. Tipos de Cesárea.....	25
2.2.5. Complicaciones de la Cesárea.....	27
2.2.6. Riesgos y beneficios de la Cesárea.....	29
2.2.7. Frecuencia de la Cesárea.....	30
2.3. HIPOTESIS.....	34
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS.....	35
2.5. VARIABLES E INDICADORES.....	37

### **CAPITULO III**

#### **MATERIALES Y MÉTODO**

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.4. MÉTODO DE ESTUDIO.....	38
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	38
3.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.	40
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
3.8. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	41

### **CAPITULO IV**

#### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1. RESULTADOS.....	42
4.2. CONCLUSIONES.....	63
4.3. RECOMENDACIONES.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS.....	68
Ficha de recolección de datos.....	79

## INTRODUCCIÓN

La Cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos a través de la vía abdominal incidiendo en el útero. También se puede definir como el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal.<sup>1</sup>

A través del tiempo, la operación cesárea ha tenido diferentes conceptualizaciones, pero hoy en día, se define como, la intervención quirúrgica, que tiene por objeto, extraer al producto de la concepción vivo o muerto mediante una laparotomía e incisión de la pared uterina después de que el embarazo ha llegado a una edad gestacional adecuada.<sup>2</sup>

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15% tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde ese entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para

las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral.<sup>3</sup>

Las Indicaciones para ordenar la realización de una cesárea, se categorizan atendiendo si su causa primaria es de origen materno, fetal u ovular, las cuales a su vez, pueden ser consideradas con criterio de absolutas o relativas: Absolutas: incluye a todas aquellas morbilidades y/o comorbilidades propias al embarazo-parto o asociadas a la gestación que la medicina ha mostrado que el parto vaginal no es posible, o bien de estar presentes, se asocian con altísimas probabilidades de muerte materna o fetal en caso de ocurrir un parto vaginal. Relativas: incluye aquellas patologías las cuales ameritan unas condiciones de atención (infraestructura, recurso humano, apoyos diagnósticos, etc.) que, de no tenerse, no se puede garantizar plenamente un buen pronóstico de la salud del binomio madre-feto durante la atención del parto vaginal.<sup>4</sup>

La finalidad de la presente investigación fue conocer la incidencia e indicaciones de la cesárea electiva y la cesárea de urgencia en el Hospital II Carlos Tupppia García Godos EsSalud de Ayacucho, durante los meses de Enero a Marzo del 2018, con una muestra de 132 cesareadas, encontrando los siguientes resultados: La frecuencia de cesáreas electivas es de 75

(56,8%) y de urgencia fue 57 (43,2%). Las indicaciones más frecuentes para la cesárea electiva fueron la cesárea previa y las distocias de presentación con 28,0%. En cambio, para las cesáreas de urgencia fue el sufrimiento fetal con 33,3%. Las indicaciones para la cesárea y la edad son factores asociados al tipo de cesárea con significancia estadística ( $p < 0,05$ ).

## **CAPÍTULO I:**

### **PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

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

El incremento en la frecuencia de cesáreas se considera un problema de salud pública en el mundo. Esta intervención quirúrgica no es inocua y conlleva riesgos quirúrgicos y anestésicos, eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que favorece una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y, por lo tanto, mayor probabilidad de muerte materna. En la actualidad, el aumento de las cesáreas en la población general no guarda proporción con la disminución de la mortalidad y la morbilidad perinatal, por lo que no resulta comprensible que esta intervención quirúrgica sea utilizada tan o más frecuentemente que la vía vaginal, sin que signifique una mejoría en las condiciones de los niños al nacer. A mediados de la década de 1980, la Organización Mundial de la Salud propuso el 15 % como estándar para los nacimientos por cesárea. A pesar de esta recomendación, los nacimientos

quirúrgicos se han incrementado de manera notable en los últimos años en casi todos los países de ingresos altos y medios.<sup>5</sup>

A pesar de esta recomendación, los nacimientos quirúrgicos se han incrementado de manera notable en los últimos años en casi todos los países de ingresos altos y medios.<sup>5</sup>

América Latina cuenta con los índices más altos de partos por cesárea. El índice de cesáreas fluctúa entre 20 y 25% en hospitales públicos y es mayor al 50% en las instituciones médicas privadas. La Organización Mundial de Salud (OMS) señala que el índice de cesáreas a nivel poblacional no debe ser superior al 15%, y concluyó estadísticamente que no existen beneficios adicionales para la salud por encima de este porcentaje pero esto va aumentando en los últimos años según el centro hospitalario, factores como la reducción en la paridad (aumento de nulíparas), postergación de la maternidad (aumento de primigestas añosas), el uso de pruebas de vigilancia del bienestar fetal, alto riesgo médico-legal, factores socioeconómicos y culturales como la preferencia social y el tipo de aseguramiento. En la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive, documento redactado por el Ministerio de Salud en el año 2007, la frecuencia de cesáreas en el Perú es de 20 %.<sup>6</sup>

Cada año nacen en el mundo muchos niños antes del inicio del trabajo de parto por cesárea electiva. Aunque las complicaciones como asfixia neonatal, aspiración de meconio y encefalopatía hipóxico isquémica han disminuido, un

número significativo de estos recién nacidos padecerán síndrome de dificultad respiratoria de curso grave, que puede requerir manejo en la unidad de cuidados intensivos, ventilación mecánica y uso de surfactante. Es necesario desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas para mejorar los resultados en esta población vulnerable.<sup>7</sup>

Sin bien es cierto que hoy en día, las cesáreas son por lo general procedimientos con un alto grado de seguridad; no debemos olvidar que cualquier tipo de cirugía conlleva riesgos como: aumento del sangrado (que podría requerir una transfusión de sangre), infecciones de herida operatoria, daño accidental al intestino y/o vejiga, reacción adversa a medicamentos, muerte materno-fetal (muy poco frecuente) y posibles daños al neonato. Además de tener presente las implicaciones médico-legales que obligan a justificar plenamente los riesgos de la ejecución de este procedimiento. Además de persistir esta problemática, podría ocasionar en la población una generalización de esta tendencia, con diversas consecuencias como: disminución de atención de parto eutócico, incremento en las consecuencias post operatorias y un incremento en el gasto familiar por parte de la población (ya que al generalizarse esta tendencia las familias optarían por la realización de este procedimiento quirúrgico). Todo esto conllevaría a que la realización de este procedimiento que debería ser estrictamente de tipo médico-asistencial, sea con fines netamente lucrativos. Es por eso que debemos tener presente, que las reales indicaciones de parto por cesárea hacen referencia a

las circunstancias clínicas en las cuales el pronóstico materno-fetal se optimiza utilizando este procedimiento quirúrgico<sup>8</sup>.

En el hospital II Carlos Tuppia García Godos EsSalud de Ayacucho se ha registrado un incremento notable de la frecuencia de las cesáreas, principalmente las realizadas de urgencia, bordeando el 40% aproximadamente, tasa muy por encima del promedio nacional que es de 31,6% según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDES 2015), y en los últimos 5 años este tipo de procedimiento se incrementó en 11,2%.

Son muchos los factores que subyacen al uso excesivo de la cesárea, por una parte, aquéllos asociados a las preferencias o prácticas del propio personal de salud, por otra parte, la comercialización de esta intervención quirúrgica donde las propias mujeres se convierten en demandantes activas de la cesárea, porque la ausencia de información en torno a las posibles complicaciones favorece el que sea vista como una forma de parto sin dolor.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál será la frecuencia e indicaciones de las cesáreas electiva y de urgencia en el Hospital II Carlos Tupia García Godos EsSalud de Ayacucho, durante los meses de Enero a Marzo del 2018?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. GENERAL**

Conocer la tasa de frecuencia y las indicaciones de la cesárea electiva o de urgencia en el Hospital II Carlos Tuppia García Godos EsSalud de Ayacucho, durante los meses de Enero a Marzo del 2018

#### **1.3.2. ESPECÍFICOS:**

1. Determinar la frecuencia de la cesárea electiva en el Hospital II Carlos Tuppia García Godos EsSalud de Ayacucho.
2. Determinar la frecuencia de la cesárea de urgencia en el Hospital II Carlos Tuppia García Godos EsSalud de Ayacucho.
3. Establecer las indicaciones causales de una cesárea electiva en el Hospital II Carlos Tuppia García Godos EsSalud de Ayacucho.
4. Identificar las indicaciones causales de una cesárea de urgencia en el Hospital II Carlos Tuppia García Godos EsSalud de Ayacucho.
5. Relacionar las cesáreas electivas y de urgencia con los factores: Paridad, edad materna, atención prenatal recibida, procedencia, estado civil y condición económica.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La cesárea, cuando es justificada desde el punto de vista ginecológico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal y sin beneficios para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro.<sup>9</sup>

La operación cesárea es un procedimiento quirúrgico alternativo a la vía de nacimiento natural, razonablemente seguro tanto para la madre como para el feto, sin embargo, las complicaciones no son siempre previsibles o evitables, de tal manera que existen evidencias que establecen que el nacimiento por cesárea está asociado a complicaciones que van del 12 al 15%. De las complicaciones maternas, las que más frecuentemente se presentan son: infección, hemorragia y procesos tromboembólicos.<sup>10</sup>

De seguir con esta situación se advierte el aumento de cesáreas hospitalarias en nuestra región, presentando mayor riesgo para la salud reproductiva al sobrepasar los beneficios. Es claro, que las cesáreas llevan implícito un mayor riesgo de complicaciones en relación al parto normal. El problema puede solucionarse si se aplicaran adecuadamente las guías clínicas que establecen cuando debe realizarse una cesárea. Por otro lado, la tasa de cesáreas debe constituirse como un indicador de calidad de atención<sup>11</sup>.

Con los resultados de este estudio se busca, saber cuál es la tasa de frecuencia de la cesárea electiva y las de urgencia en el Hospital II Carlos

Tuppia García Godos EsSalud de Ayacucho durante el periodo de Enero a Marzo del 2018, así mismo se pretende identificar los factores por los cuales se procede con una cesárea electiva o urgencia.

De esta manera se podrá informar a los directivos de EsSalud para que ellos a su vez puedan implementar una política de auditoría para verificar cuántos partos que se realizaron por cesárea fueron hechos innecesariamente, a fin de tomar las acciones para que esta situación pueda ser revertida.

Por último debemos tener presente que el continuo aumento de la utilización de cesárea en este hospital de EsSalud, la diversidad de complicaciones asociadas a ésta y algunas de las características sociodemográficas de las mujeres en mayor riesgo de ser sometidas a esta cirugía, crean la necesidad de realizar estudios adicionales para revisar los criterios bajo los cuales se llevan a cabo, con el propósito de lograr que toda cesárea efectuada sea justificada médicamente para el bienestar y la salud del binomio madre – hijo.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

**Zornoza y Col. (España, 2006) “Modificación en la tasa de cesáreas y sus indicaciones entre 2000 y 2006 en el Hospital de León”. Objetivo:** Determinar cómo ha cambiado el porcentaje de cesáreas entre los años 2000 y 2006 en el Hospital de León y analizar sus indicaciones. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Analizamos 858 cesáreas. **Resultados:** La tasa de cesáreas subió del 19,82% al 22,06%. Las indicaciones por cesárea anterior y podálica pasaron del 15,7 y el 15,4% al 24,8 y el 20,2% respectivamente. Los partos vaginales entre mujeres con antecedente de cesárea y presentación podálica bajaron del 42,62 y el 15,71% al 12,6 y el 2,04%, respectivamente. El número de gestantes de 35 años o más en el momento de la cesárea aumentó del 25,1 al 36,8%. **Conclusiones:** Aumentó la tasa de cesáreas y cambió el porcentaje en sus indicaciones: se incrementó por cesárea anterior y podálica, y disminuyó por distocia.

**Vélez y Col. (México, 2012) “Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora”.** **Objetivo:** Determinar la incidencia, indicaciones y complicaciones en la práctica de la operación cesárea. **Material y Métodos:** estudio de tipo observacional, transversal, analítico y descriptivo. Con un muestreo de tipo probabilístico simple aleatorio, intervalo de confianza del 95% y error del 5%. Se utilizó el modelo de regresión lineal simple para determinar el incremento promedio anualizado de la proporción de cesáreas, previo análisis de normalidad (Chi cuadrada) de la variable dependiente. **Resultados:** La incidencia de la operación cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS, en Hermosillo, Sonora fue del 46%, con un incremento promedio anualizado del 1.2%. La proporción de cesárea previa (35.78%), la cesárea iterativa (11.62%), el sufrimiento fetal agudo (11.62%), la desproporción cefalopélvica (7.95%), la ruptura prematura de membranas (4.89%), la distocia dinámica (4.28%), la presentación pélvica (3.98%) el oligohidramnios (3.98%), entre otras (8.9%), fueron las indicaciones que mayormente justificaron el procedimiento quirúrgico. **Conclusiones:** En el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora, se tuvo una incidencia en la práctica de la operación cesárea del 46 %, cifra superior a la media nacional (37.9%), la media estatal (39.8%) y a más del doble del estándar establecido por la OMS. La importancia de conocer la tendencia de la práctica de la operación cesárea, así como sus indicaciones más comunes

y complicaciones nos permiten proponer o establecer medidas que disminuyan su frecuencia y el impacto negativo hacia la salud materna y fetal.

**Gálvez L, Mario (Lima, 2014). “Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013” Objetivo:**

Determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013. **Material y Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo; en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero – Diciembre 2013. La población está constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y el espacio muestral corresponde a 160 pacientes. **Resultados:** Al analizar las 160 historias clínicas, se encontró que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 81%, se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2 500 g. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9% , sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha , periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%.

**Carpio (Chiclayo, 2015). Operación Cesárea; incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud de Chiclayo durante el periodo enero a diciembre 2015.** El trabajo de investigación tuvo como objetivo general: Saber cuál es la incidencia de la operación cesárea y las indicaciones más frecuentes para su ejecución. Además fue una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal y analítico en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo. La muestra estuvo conformada por 154 casos de cesárea en dicho hospital. Se empleó una hoja de recolección de datos. Los resultados se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 21 encontrándose una incidencia de la operación cesárea de 27.70%, entre las principales indicaciones: Cesárea segmentaria previa con 23,4%; presentación Podálica con 22,7%; Desproporción cefalo-pelvica 21,4%; Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8,4%, Macrosomía Fetal Mayor de 4.500 gr 6,5% y cesareadas a término 90,0%. Por lo que se concluye que la incidencia se encuentra en porcentaje superior al recomendado por la OMS, constituyendo las indicaciones absolutas en un 50.6% y las relativas en un 49.4%, haciendo presente que estas cifras podrían no corresponder exactamente ya que como se informó hay un buen número de pacientes que fueron transferidos para la operación cesárea a un centro de mayor resolución.

**Álvarez (Perú, 2016) "Principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del callao durante el periodo julio del 2014 – julio del 2015".** **Objetivo:** Determinar las principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo

Julio 2014 - Julio del 2015. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, el universo consto de 1226 pacientes a las que se les realizo cesárea durante el periodo Julio del 2014 a Julio del 2015, la muestra fue de 151 casos y se calculó con una fórmula para poblaciones finitas. Se diseñó una ficha de recolección de datos para transcribir las indicaciones de cesárea. Los datos extraídos se analizaron con el programa estadístico SPSS IBM versión 23. **Resultados:** Al analizar los 151 casos, se agruparon en 3 grupos principales los diagnósticos encontrados: Indicación materna con un 37,7%, indicación fetal con un 47,7% y parto disfuncional con un 17,9%. La principal indicación de cesárea fue por causa fetal, encontrándose 72 casos (47,7%), de los cuales 23 (31,9%) fueron por macrosomía fetal, 14 casos (20,8%) fueron por distocia de presentación. Dentro de las indicaciones maternas, preeclampsia con 21 casos (29,2%) fue la más prevalente, y le siguió la cesárea previa con 19 casos (26,4%). De la misma forma, en las indicaciones por parto disfuncional, se encontró 10 casos (13,9%) por inducción fallida y 5 casos (6,9%) por dilatación estacionaria. Conclusiones: La principal indicación de cesárea fue la indicación fetal con un 47,7%, siendo la macrostomia fetal la de mayor prevalencia con 31,9%.

**Medina (Perú, 2016) “Factores asociados a la indicación de cesárea en el hospital nacional dos de mayo de enero a diciembre del 2015”.** **Objetivo:** Determinar los factores asociados a indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de Enero a Diciembre del 2015.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal, en el cual se revisó el Libro de Reporte Operatorio del Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Nacional Dos de Mayo.

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

**Luque (Puno, 2016) “indicaciones y tasa de cesáreas en el Hospital**

**EsSalud III Puno en el año 2016”.** **Objetivos:** Identificar las Indicaciones y Tasa de Cesáreas en el Hospital EsSalud III Puno en el año 2016. **Materiales**

**y métodos:** El presente estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal.

**Resultados:** Hubo un total de 940 partos, con una tasa de cesáreas del 43,4.

Las indicaciones principales fueron: la cesárea previa con 25,5% y el sufrimiento fetal agudo con 18%. **Conclusiones:** El Hospital EsSalud III Puno

presentó, una tasa de cesáreas mayor a la recomendada por la OMS.

Utilizando la clasificación de Robson se pudo determinar que la tendencia a operar a los grupos 1 y 5 fue mayor que en otros hospitales, lo que determino la alta tasa de cesáreas en esta institución.

**Paucar y Gutiérrez (Ayacucho, 2015) Frecuencia e indicaciones de parto por cesárea en adolescentes. Hospital Regional de Ayacucho. Septiembre a diciembre 2014. *Objetivos***; establecer la frecuencia e indicaciones de parto por cesárea en gestantes adolescentes durante los meses de septiembre a diciembre del 2014, en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. ***Materiales y métodos***; investigación aplicada, cuantitativa descriptiva de corte transversal, teniendo como población 148 gestantes adolescentes ***Resultados***: La frecuencia de parto por cesárea de gestantes adolescentes es de 36% (53) cuyas indicaciones más frecuentes para la cesárea fueron: la desproporción céfalo pélvica (20,6%) sufrimiento fetal agudo (11,3%) y la distocia de contracción (9,4%) con un predominio de cesáreas de urgencia 89% (47). Las características maternas como la edad gestacional, atención prenatal, APGAR neonatal, nivel de instrucción, procedencia, estado civil y condición económica no tienen relación estadísticamente significativa ( $p>0,05$ ) con la incidencia de cesáreas en las adolescentes.

## **2.2. BASE TEORICO CIENTÍFICA**

### **2.2.1. HISTORIA DE LA CESAREA**

Rousste, en 1581, recomendó por primera vez la cesárea en mujeres vivas; las primeras declaraciones fiables acerca de la intervención no aparecieron hasta el siglo XVII. En 1865, en Gran Bretaña e Irlanda, la tasa de mortalidad materna debida a la cesárea era del 85%. En París, hasta 1876 ninguna madre había sobrevivido a la intervención. En 1882 Max Säger introdujo la sutura de la pared abdominal. Hasta entonces no se realizaba por la creencia de que eran superfluas, lesivas y servían de asiento a infecciones graves. A partir de ese momento, disminuyó la mortalidad secundaria a la hemorragia y la peritonitis se convirtió en la principal causa de muerte. El advenimiento de la anestesia, las técnicas quirúrgicas asépticas y la hemoterapia dio como resultado una reducción aún mayor de la tasa de mortalidad. En la actualidad, los riesgos que acompañan a la cesárea han descendido espectacularmente, pero también se asocia a una mayor gravedad y número de complicaciones (tanto maternas como fetales) que el parto vaginal. En los últimos 40 años hemos asistido a un aumento ininterrumpido en la tasa de cesáreas; el cual ha pasado del 4 al 15-25% y ha llegado en algunos centros al 50%. La mayor parte de ese aumento ocurrió en el decenio de 1970 a 1980. Dos de las causas que parecen estar contribuyendo a este aumento son el antecedente de cesárea y la presentación podálica.<sup>8</sup>

### 2.2.2. CESAREA

La cesárea se define como el nacimiento del feto, placenta y los anexos a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y la uterina (histerotomía). Sin embargo, esta definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura uterina o de un embarazo en esa localización.<sup>9</sup>

El término "cesárea" es atribuido a distintas versiones. Julio César habría nacido por cesárea, sin embargo, la historia relata que su madre estaba viva cuando fue emperador, lo que hace esta versión improbable. Otra, proviene de una ley romana denominada "Ley Regia o Ley César", la que obligaba a cortar el abdomen y extraer al feto de toda mujer embarazada fallecida. Por último, se argumenta que el verbo latino "caedere" -que significa cortar- simplemente se haya adaptado al nacimiento de un niño mediante un "corte".<sup>10</sup>

Cesárea es una intervención quirúrgica; si el feto aun no es viable, el mismo procedimiento es denominado histerotomía. Existen varios tipos: segmentaria inferior (al nivel del segmento uterino inferior), clásica (incisión en el cuerpo del útero), extraperitoneal (se entra al útero sin incidir el peritoneo) y la cesárea histerectomía (cesárea seguida de histerectomía). Otros términos empleados son de urgencia, electiva, transversal y vertical. La mayoría de las cesáreas se realiza cuando ocurren problemas inesperados durante el parto.<sup>11</sup>

### 2.2.3. INDICACIONES

Las indicaciones de cesárea se pueden dividir de varios tipos. Estos pueden ser:

**Indicaciones Absolutas:** aquellas que no admiten discusión porque el parto vaginal es simplemente imposible o altamente riesgoso. En este grupo tenemos a la Desproporción Cefalo-pelvica, Macrosomía fetal con peso estimado sobre 4500 gramos., Presentación distócica, Tumor previo, Placenta previa oclusiva, Sufrimiento fetal en ausencia de condiciones para parto vaginal inmediato, enfermedad materna grave, Antecedente de dos o más cesáreas, Antecedente de operaciones plásticas uterinas o miomectomía.<sup>12</sup>

**Indicaciones Relativas:** Son producto de problemas circunstanciales, que no obligatoriamente se repetirán en un próximo parto. Dentro de este grupo tenemos: los trastornos hipertensivos del embarazo, distocias de la dinámica (híper o hipodinamia refractaria); Distocias de la progresión del Parto: Dilatación estacionaria, Falta de descenso de la presentación, Distocias de posición, Prueba de trabajo de parto fracasada.; Antecedente de operación cesárea.<sup>13</sup>

**Indicaciones según el origen de la causa:**

#### **Indicaciones maternas**

Enfermedad hipertensiva del embarazo: En preeclampsia leve con embarazo a término se indica la cesárea cuando no existe respuesta a la inducción de parto y/o hay signos de deterioro materno o fetal.

En la preeclampsia severa, es necesario terminar la gestación por riesgo materno y fetal.

Complicaciones médicas asociadas: En algunos casos, como el herpes genital reciente o activo, salvo membranas rotas más de 4 horas y en el SIDA, la intervención es obligatoria y en otros, como la diabetes mellitus complicada, cardiopatía severa, cuadro de lupus eritematoso sistémico activo, madre con sensibilización Rh, entre otras.

Cáncer de cuello uterino: Toda gestante con diagnóstico de cáncer invasivo del cuello uterino después de las 22 a 26 semanas debe ser sometida a cesárea inmediatamente se demuestre la madurez fetal.

Incisión uterina previa: En los casos de cesárea previa, la cicatriz de la incisión en la pared uterina puede predisponer a su rotura antes o durante el trabajo de parto, por lo que, en estos casos el parto abdominal ha sido considerado como indicación casi absoluta.<sup>11</sup>

#### **Indicaciones Fetales:**

Sufrimiento fetal: La hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación de forma inmediata.

Distocias de presentación fetal: Los casos con feto en situación transversa en el parto o con presentación de cara mentoposterior o de frente son indicaciones de cesárea. La presentación podálica es indicación de cesárea

en el parto pretérmino, principalmente si se estima un peso fetal muy bajo, por la fragilidad fetal y por el riesgo de atrapamiento de la cabeza en un cuello insuficientemente dilatado, también en los casos de presentación podálica incompleta, por el riesgo de prolapso de cordón.

**Prematuridad:** La experiencia obstétrica y neonatológica indica que el feto prematuro tiene más riesgo de traumatismo obstétrico si nace por vía vaginal, más aún, si viene en podálica. Por tal motivo se recomienda que los fetos con peso menor o igual a 1 500 g deban nacer por cesárea.<sup>11</sup>

#### **Indicaciones por anomalías del Parto:**

**Desproporción cefalopélvica:** Es una indicación frecuente de cesárea. La pelvis aparentemente normal puede resultar pequeña para un bebé macrosómico o con la cabeza deflexionada.

La inercia o disfunción uterina es la otra explicación de la distocia y suele corregirse mediante el uso de oxitócicos. Sin embargo, la diferencia entre ambas requiere el juicio adecuado del gineco-obstetra. La distocia ha sido la primera razón de indicación de cesárea repetida. El partograma es el instrumento que ayuda a diagnosticar la inercia o la disfunción uterina.

**Inducción fallida del trabajo de parto:** En casos indicados de inducción por riesgo materno fetal puede haber falta de respuesta o, una vez iniciado el parto inducido, este no progresa, lo que requerirá la culminación del embarazo por cesárea.<sup>11</sup>

### **Indicaciones Placentarias:**

Hemorragia de la segunda mitad del embarazo: Los casos de hemorragia debidos a placenta previa tienen indicación de cesárea cuando el embarazo está a término y persiste la obstrucción parcial o completa del canal cervical o cuando se presenta un sangrado importante en cualquier momento del embarazo.

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

La cesárea, a pesar de su alta seguridad, no está exenta de complicaciones, algunas impuestas por la propia indicación para realizar el procedimiento (situaciones maternas de extrema urgencia), y otras derivadas de la técnica en sí. No es correcto ignorar el incremento de morbilidad neonatal y materna que se deriva de su práctica, por no mencionar el aumento de riesgo, de 2.8 a 6 veces más de muerte materna. Las infecciones son más frecuentes que en el parto vaginal y en ocasiones fuerzan a terapéuticas muy agresivas (histerectomía). La necesidad de transfusión, con sus particulares complicaciones, se requiere del 1 al 6% de las ocasiones. Hay posibilidad de daño en órganos vecinos y en ocasiones se presentan cuadros de íleo paralítico que son muy raros en el parto vaginal. El hecho de requerir anestesia constituye otra fuente de eventuales complicaciones. El postoperatorio es

mucho más molesto y prolongado, con alto riesgo de tener que abandonar la lactancia materna. Su costo es también superior al del parto vaginal, llegando una cesárea sin complicaciones, a costar más del doble de los gastos generados por el primero.<sup>11</sup>

#### **2.2.4. TIPOS DE CESAREA**

##### **Por indicaciones:**

**Cesárea electiva:** Es una intervención programada que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal.

Si bien es difícil de cuantificar, se cree que de 4 a 18% de todas las cesáreas se realizan por elección materna o, en su caso, por angustia relacionada con el trabajo de parto, por la incertidumbre y el dolor que éste produce, lo que a su vez hace que la paciente y su familia presionen al médico para la terminación “más controlada”, como la cesárea “cuasi” electiva, con un trabajo de parto breve y frecuentemente inducido. Las razones aducidas por las pacientes y el equipo de salud que prefiere la cesárea electiva son el mayor control (tiempo, lugar, conveniencia) de la terminación del embarazo y el temor al trabajo de parto, así como al daño vaginal y perineal, incluidos la incontinencia anal y urinaria y el riesgo fetal en el trabajo de parto y el nacimiento. Hasta ahora, la cesárea se vincula con mayores riesgos para la madre que el parto vaginal.<sup>5</sup> La percepción de la paciente es que la cesárea electiva le proporciona ventajas como: disminución de hemorragia postparto, menor incontinencia urinaria, menor morbilidad fetal, reducción en la

posibilidad de encefalopatía hipóxica isquémica y menores lesiones producidas durante el parto vaginal, como la parálisis del plexo braquial. El aumento de la edad materna al primer embarazo, los embarazos en pacientes con problemas de infertilidad, los embarazos múltiples y la madre trabajadora que “planea” su condición laboral y personal contribuyen a esta “epidemia de cesárea”, que, según la tendencia actual, llegó para quedarse.

**Cesárea de urgencia:** Es la que se lleva a cabo sin existir una programación previa, en donde las condiciones maternas y/o fetales durante el trabajo de parto son incompatibles con un parto por vía vaginal. Esta decisión se lleva a cabo por el médico de turno, luego de agotar todas las posibilidades de parto por la vía fisiológica. Algunas indicaciones de cesárea de urgencia son las alteraciones del registro cardiotocográfico fetal; como sufrimiento fetal, o presencia mantenida de desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal y test estresante positivo. Dentro de las causas maternas destacan dilatación estacionaria y desprendimiento de placenta normo inserta. Se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.<sup>12</sup>

**Por técnica quirúrgica:**

**Corporal o clásica:** La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento

inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. **Segmento corporal (Tipo Beck):** La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas.

**Segmento arciforme o transversal (Kerr):** Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.<sup>12</sup>

#### **2.2.5. COMPLICACIONES DE LA CESAREA**

La cesárea, como todo procedimiento quirúrgico, no está exenta de complicaciones, aun en manos experimentadas. La mortalidad asociada al procedimiento es en la actualidad muy baja, siendo de aproximadamente el 5,8 x 100.000 nacimientos, aunque se evidencia que la operación cesárea aislada de otras complicaciones del embarazo representa un riesgo relativo de 5% para mortalidad comparada con el parto vaginal y éste es mayor cuando el procedimiento se realiza de manera no electiva.<sup>13</sup>

Para el recién nacido, parto por cesárea ofrece menores tasas de trauma del nacimiento y muerte fetal. Por el contrario, las tasas de dificultades respiratorias iniciales son mayores con el parto por cesárea.<sup>4</sup>

Estas complicaciones pueden ser intraoperatorias o postoperatorias:

**Complicaciones intraoperatorias:** Durante el procedimiento quirúrgico pueden presentarse lesiones intestinales, vesicales, uretrales y vasculares que de no ser reconocidas y manejadas a tiempo pueden tener consecuencias catastróficas. La mejor manera de manejar estas complicaciones consiste en la prevención y el diagnóstico temprano. El conocimiento adecuado del tamaño, la posición, situación y actitud fetales también son indispensables para la planeación y ejecución del procedimiento, evitando así los desgarros o prolongaciones de la histerotomía, que pueden afectar las arterias uterinas y por cercanía al uréter, o en las incisiones segmentarias verticales a la vejiga y la vagina, como ya se mencionó. Igualmente, pueden producirse lesiones cortantes sobre la piel fetal (alrededor del 2%) si no se es cuidadoso en la incisión uterina, traumatismos más severos durante la extracción fetal.<sup>13</sup>

**Complicaciones postoperatorias:** Las complicaciones postoperatorias pueden ser secundarias a la anestesia o al procedimiento quirúrgico. Las más importantes son: sangrado posparto, infección puerperal y embolismo de líquido amniótico. Como consecuencia de la anestesia raquídea puede aparecer el cuadro de cefalea pulsátil, que se incrementa en la bipedestación y en la posición vertical, de gran intensidad, y que disminuye al acostar a la paciente. El uso de antibióticos profilácticos ha disminuido la tasa de infección

posparto hasta niveles por debajo del 10%, tanto de endometritis como de infecciones urinarias y de la herida quirúrgica. Se describen complicaciones tardías asociadas a la cesárea como la dehiscencia tardía de la histerorrafia. La cesárea, unida a los cambios fisiológicos de la gestación que promueven la coagulación, incrementa el riesgo de complicaciones tromboembólicas durante el puerperio, incluido el tromboembolismo pulmonar masivo. El recién nacido experimenta con mayor frecuencia taquipneas transitorias del recién nacido luego del parto por vía abdominal, especialmente aquellos sin trabajo de parto previo o llevados a cesárea electiva, lo que hace suponer una falta de adaptación del feto para la vida extrauterina inducida por el trabajo de parto.<sup>13</sup>

#### **2.2.6. BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA CESAREA**

**Beneficios para la madre:** El mayor beneficio materno de la cesárea es la potencial protección del piso pelviano que reduce la incidencia de incontinencia de heces, flatos y orina y el prolapso de los órganos pelvianos. El riesgo de tener una cirugía por prolapso o incontinencia de orina es del 11.1 %.

**Beneficios para el feto:** Algunos resultados adversos neonatales podrían evitarse si se programaran las cesáreas a las 39 semanas de gestación. La tasa de muerte anteparto o intraparto desde la semana 39 es de 2 en 1000. Algunas de estas muertes podrían prevenirse al programar una cesárea.

#### **Riesgos para la madre**

La muerte materna sigue siendo el punto más importante a tener en cuenta. La cesárea tiene un mayor riesgo de muerte materna. Esto es difícil de

establecer ya que la tasa de muerte materna es baja y no hay datos suficientes para poder establecer una tendencia. Por otra parte, la morbilidad asociada a la cesárea ha disminuido a nivel mundial.

Las mujeres con el antecedente de una cesárea tienen mayor riesgo de tener rotura uterina, placenta previa, acreta, desprendimiento de placenta y embarazo ectópico.<sup>12</sup>

#### **Riesgos para el feto:**

Existen problemas pulmonares neonatales por la cesárea realizada antes de las 39 semanas. El distrés respiratorio iatrogénico es del 0.4%. La hipotensión materna por la anestesia puede causar una acidosis respiratoria fetal transitoria.

Dentro de las recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento, señaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece que no existe justificación en ninguna región geográfica específica para tener más de un 10 a 15% de cesáreas, ya que no existen evidencias de que se requiera una operación cesárea después de una cesárea transversa segmentaria inferior. Se deberían favorecer los partos vaginales en cesareadas anteriores, en lugares donde existan las facilidades quirúrgicas en caso de emergencia.<sup>14</sup>

#### **2.2.7. FRECUENCIA DE LA CESAREA**

La tasa de cesáreas va en aumento tanto en los hospitales privados como en los públicos. La tasa de cesárea recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de un 10-15 %, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) 15,5 % y Salud para todos en 2010 también da un 15 %

en nulíparas con presentaciones cefálicas a término y 63 % en mujeres con cesárea anterior.

En Italia, uno de los países de Europa con tasa más alta de cesárea, Zanetta presentó una disminución del 26% al 12%. En España, en 2011, el Hospital La Inmaculada de Almería consiguió una disminución del 2%, reduciendo el número de inducciones de parto, realizando versiones externas en presentación podálica y aumentando el número de partos vaginales con cesárea anterior. En el 2010, Choudhury y Dawson reportaron una tasa de cesáreas en el Reino Unido de 21,5%<sup>16</sup>. Las indicaciones más comunes fueron cesárea anterior, falla del progreso en el trabajo de parto en la primera etapa, sufrimiento fetal y presentación de pelvis. La cesárea anterior se mantuvo como la primera causa de cesárea durante los 7 años en que se realizó este estudio y constituyó la indicación que llevó a la realización del 21% de las cesáreas en el 2010<sup>16</sup>. El sufrimiento fetal a su vez, constituyó la indicación más común en el reporte nacional del Reino Unido con un 22%. La presentación de pelvis fue la cuarta indicación más común, con una tasa de 11-12%, manteniéndose constante en el transcurso de los 7 años del estudio. La tasa de cesárea indicada por solicitud de la madre fue de 7% en un registro nacional y del 2% en este reporte.

Los índices más altos de cesárea están en América Latina, oscilan entre 16% a 40 %. En Estados Unidos la tasa de cesárea era de 26,1% en el 2002; ascendió a 29,1 % en el 2004, es la tasa más alta registrada; se debería a un

aumento en las primeras cesáreas, y a la disminución de los partos vaginales en mujeres con cesárea previa, en quienes la intervención subió a 91 %.<sup>15</sup>

En el Perú, 20% de los nacimientos en MINSA son por cesárea. Fernando José en su revisión Cesárea, experiencia en el Hospital General de Oxapampa del 2011 se encontró una tasa de cesárea de 25,7 %, 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 %). Según Patiño, en Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes del 2011, el hospital de apoyo I-2 José Alfredo Mendoza Olavarría tenía una tasa de cesárea que varió entre el 35 % y 49 % durante los años 2010-2013, mientras que el hospital I EsSalud registró una tasa del 45 % en el año 2012. Gálvez Liñan en el 2014 evaluó la tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao durante el periodo enero-diciembre 2013, el cual fue de 42 % respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40 % registrado en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18% son cesáreas emergencia y el 24% son de tipo electivas. Se concluyó, además que las 5 principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron: Desproporción céfalo- pélvica y macrosomía fetal (12 %), pre eclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%). Innumerables estudios han evidenciado un incremento del porcentaje de cesáreas tanto en la práctica privada como pública, así como las causas e indicaciones más frecuentes<sup>16</sup>.

Por lo citado anteriormente, la práctica de la cesárea debería realizarse únicamente en los casos necesarios, en donde exista una indicación médica justificada, para lo cual se requiere un adecuado adiestramiento y preparación por parte de todo el personal de salud encargado en la atención del parto.<sup>11</sup>

### **2.3. HIPOTESIS.**

La frecuencia de las cesáreas electivas y de urgencia en el Hospital II Carlos Tuppia García Godos EsSalud de Ayacucho, son superiores al 20% y 25%, respectivamente y las principales indicaciones son por causas maternas (Pre eclampsia, eclampsia, cesárea previa, complicaciones médicas) fetales (sufrimiento fetal, distocias de presentación, prematuridad) anormalidades del parto (Desproporción céfalo-pélvica, inercia o disfunción uterina, inducción fallida del trabajo de parto) y placentarias (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta).

## 2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS

- **Indicaciones:** Término que describe una razón válida para emplear una prueba diagnóstica, un procedimiento médico, un determinado medicamento, o técnica quirúrgica.
- **Frecuencia:** Es el número de nuevos “casos” en un periodo de tiempo. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés.
- **Cesarea:** Es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza mediante una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés
- **Cesárea electiva:** Es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.
- **Cesárea de urgencia:** es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo inmediatamente.
- **Técnica quirúrgica:** Ejecución reglada y sincrónica de las maniobras operatorias, para beneficio del paciente.
- **Complicación:** situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.
- **Riesgo:** se define como la combinación de la probabilidad de que se

produzca un evento y sus consecuencias negativas. Los factores que lo componen son la amenaza y la vulnerabilidad.

- **Beneficio:** Concepto positivo pues significa dar o recibir algún bien, o sea aquello que satisface alguna necesidad. El beneficio aporta, adiciona, suma, y de él que se obtiene utilidad o provecho.
- **Paridad:** Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos.
- **Edad materna:** Es el tiempo de vida cronológica de una persona desde el nacimiento.
- **Atención prenatal:** Es la vigilancia y evaluación de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un niño sano, sin deterioro de la salud de la madre.
- **Procedencia.** Origen, principio de donde nace o procede la gestante. Lugar habitual donde vive actualmente la gestante adolescente y adulta.
- **Estado civil.** Es la condición marital de la persona ante la ley. Sus indicadores son soltera, casada, conviviente, otros.
- **Condición económica.** Está referida al grado de satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vestido, educación y salud. Sus indicadores son: alta media y baja.

## **2.5. VARIABLES E INDICADORES**

### **2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE**

*Indicaciones para una cesárea*

- indicaciones maternas
- indicaciones fetales
- indicación por anomalías del parto
- indicaciones placentarias

### **2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE**

*Frecuencia de la cesárea*

- Cesárea electiva
- Cesárea de urgencia

### **2.5.3. VARIABLES INTERVINIENTES**

- Paridad
- Edad Materna
- Atención prenatal
- Procedencia
- Estado civil
- Condición económica

## **CAPITULO III**

### **MATERIALES Y MÉTODO**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Aplicada

#### **3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Descriptivo

#### **3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

No experimental

#### **3.4. MÉTODO DE ESTUDIO**

Retrospectivo y transversal

#### **3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **3.5.2. UNIVERSO O POBLACIÓN**

Constituido por todas las gestantes con parto por cesárea atendidas en el Hospital II Carlos Tupia García Godos EsSalud de Ayacucho en el periodo comprendido de Enero a Marzo 2018.

### 3.5.2. MUESTRA

Representada por 132 mujeres gestantes con parto por cesárea atendidas en el Hospital II Carlos Tupppia García Godos EsSalud de Ayacucho en el periodo comprendido de Enero a Marzo del 2018.

#### TAMAÑO DE MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula estadística.

$$n = \frac{NZ^2pq}{[e^2(N)] + [Z^2pq]} = 132$$

$$n = \frac{200(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{[0,05^2(200)] + [1,96^2 \times 0,5 \times 0,5]} = 132$$

Donde:

- n : tamaño de muestra
- z : Nivel de confianza del 95% (1,96)
- p : Proporción de éxito del 50% (0,5)
- q : 1 – p (0,5)
- e : Error muestral del 5% (0,05)
- N : Población de gestantes cesareadas (Registro 2017)

**Criterios de Inclusión:**

Todas las gestantes con parto por cesárea atendidas en el Hospital de EsSalud de Ayacucho.

**Criterios de Exclusión:**

- Gestantes con parto por vía vaginal
- Gestantes quienes prefieran no participar en la presente investigación.

**Tipo de Muestreo**

El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencionado por conveniencia.

**3.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS****TÉCNICA:**

- Revisión de la historia clínica
- Revisión de registro de cesáreas
- Entrevista estructurada

**INSTRUMENTOS:**

- Ficha de entrevista estructurada
- Ficha de recolección de datos

**3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- A través del Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud se solicitó permiso a la Dirección del Hospital de EsSalud de Ayacucho la autorización correspondiente para la recolección de los datos.
- Se procedió a identificar a las puérperas cesareadas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, en la sala de puerperio para

posteriormente aplicarles los instrumentos respectivos.

- Finalizada esta etapa se codificó cada instrumento de recolección de datos para su posterior procesamiento.

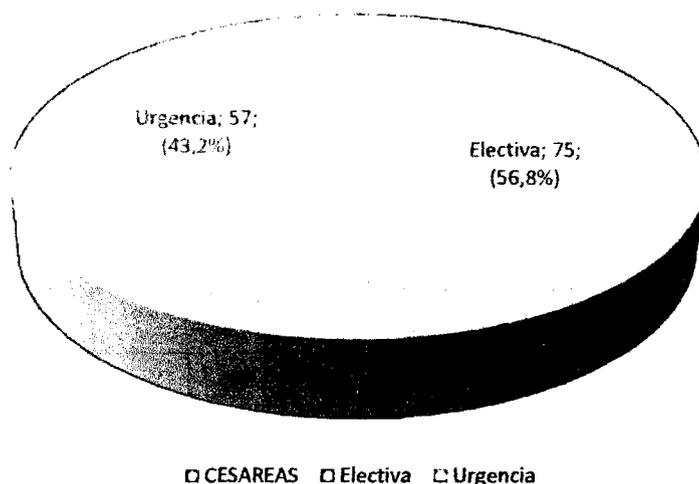
### **3.8. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Se creó una base de datos con los instrumentos de recolección de datos en la hoja de cálculo Excel, seguidamente fueron exportados al software estadístico SPSS-IBM 24.0 (*Statistical Package For Social Science*), con los cuales se construyeron los cuadros de contingencia de doble entrada, a los cuales se les aplicó la prueba estadística de independencia de Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) con un valor de  $p < 0.05$  para determinar la dependencia de las principales variables de estudio.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**Figura 1: Frecuencia de cesáreas electivas y de urgencia. Hospital II Carlos Tupia García Godos EsSalud de Ayacucho. Enero - Marzo, 2018.**



Fuente: Ficha de recolección de datos

La figura 01 nos muestra la frecuencia de cesáreas electivas y de urgencia, encontrándose un total de 132 cesáreas, de las cuales, en el 56,8% (75) fueron cesárea electiva y en el 43,2% (57) cesáreas de urgencia.

De los resultados se concluye que es más frecuentes las cesáreas electivas representado por un 56,8% en el Hospital II Carlos Tupia Godos de Ayacucho durante los meses de enero a marzo del 2018.

Con estos resultados se afirma que en este citado nosocomio se realiza con más frecuencia las cesáreas electivas; esto por atender a una población asegurada con buen nivel de instrucción y regular condición económica, quienes asisten con frecuencia a su atención prenatal, y es allí donde se detecta con anterioridad las complicaciones que presentan en su embarazo por lo cual son programadas con anticipación la intervención quirúrgica a fin de evitar complicaciones en el trabajo de parto.

Nuestros resultados son similares a lo reportado por **Gálvez L, Mario (Lima, 2014)**. En su tesis **“Tasa de incidencia de cesárea en el Hospital “San José” del Callao de enero a diciembre 2013”**. Realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo. La población estuvo constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y el espacio muestral corresponde a 160 pacientes. Encontrando los siguientes resultados; respecto al tipo de cesárea se observa que el 56.8 % (91 pacientes) fue de tipo electivo y el 43.2 % (69 pacientes) correspondió a cesáreas de emergencia.

Sin embargo, contrariamente a nuestros resultados **Medina (Perú, 2016)** en su tesis **“Factores asociados a la indicación de cesárea en el hospital nacional dos de mayo de enero a diciembre del 2015”**. Refiere que en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2015, el porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos en ese año fue de 57,5%. Del total de cesáreas, el 68,7% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal indicación la cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande, sufrimiento fetal agudo.

**Tabla 01**

**Indicaciones de Cesárea Electiva y de Urgencia. Hospital II Carlos Tupcia Garcia Godos EsSalud de Ayacucho. Enero - Marzo, 2018.**

Indicaciones	CESAREA			
	Electiva		Urgencia	
	Nº	%	Nº	%
Pre-eclampsia/Eclampsia	00	00	06	10,5
Cesárea previa	21	28,0	01	1,7
Condilomatosis genital	03	4,0	00	00
Sufrimiento fetal	00	00	19	33,3
Distocias de presentación	21	28,0	04	7,0
Embarazo gemelar	01	1,3	00	00
Macrosomía fetal	08	10,7	02	3,5
Desproporción Céfalo Pélvico	15	20,0	02	3,5
Trabajo de parto disfuncional	00	00	05	8,7
Inducción fallida del trabajo de parto	00	00	05	8,7
Placenta previa	00	00	01	1,7
DPP	00	00	01	1,7
Distocia funicular doble	06	8,0	04	7,0
Oligohidramnios severo	00	00	07	12,2
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 90,919 **$$

$$\chi_i^2 = 5,991$$

$$g. l. = 13$$

$$p < 0.05$$

La tabla 01 muestra las indicaciones que determinaron la cesárea electiva y de urgencia en las gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud de Ayacucho. Del 100.0% (75) partos por cesárea electiva, la causa más representativa fueron la cesárea previa y las distocias de presentación con 28,0% (21) en ambos casos, en 20,0%(15) la desproporción céfalo pélvica seguido de la

Macrosomía fetal con 10,7%(08) y finalmente la distocia funicular doble con 8,0%(06). Asimismo, en el 100%(57) de partos por cesárea de urgencia, en el 33,3% (19) la indicación más frecuente fue por sufrimiento fetal, en 12,2%(07), por oligohidramnios severo, 10,5%(06) por pre eclampsia/ eclampsia y finalmente las distocias de presentación con la distocia funicular doble, representa la indicación de cesáreas de urgencia con 7,0%(04) en ambos casos.

Del análisis de la tabla podemos concluir que las indicaciones más frecuentes para la cesárea electiva fueron la cesárea previa y las distocias de presentación con 28,0%. En cambio, para las cesáreas de urgencia fue el sufrimiento fetal con 33,3%.

Al realizar la prueba estadística de Chi Cuadrado se halló evidencia estadística significativa ( $p < 0.05$ ) lo cual indica que la indicación para la realización de una cesárea está asociado con el tipo de cesárea.

En estos resultados se observa que la mayoría de cesáreas electivas es por tener como antecedente cesáreo previa (28,0%), en estos casos de cesárea previa, la cicatriz de la incisión en la pared uterina puede predisponer a su rotura antes o durante el trabajo de parto, por lo que, en estos casos el parto abdominal ha sido considerado como indicación casi absoluta. Sin embargo, la cicatriz de una cesárea segmentaria transversa es capaz de tolerar el embarazo y el parto sin romperse. Sin embargo, se debe considerar el riesgo de morbilidad o mortalidad del feto y neonato, cuando el intervalo internatal es menor de dos años, lo que no tiene que ver con la calidad de la cicatriz.

Con la misma proporción (28,0%) de las cesáreas electivas fue por distocias de presentación, en estos casos el feto se encuentra en situación transversa en el parto o con presentación de cara mentoposterior o de frente son indicaciones de cesárea. También lo son las presentaciones cefálicas deflexionadas, cuando el progreso del parto es dificultoso, comportándose como desproporciones feto pélvicas relativas. La presentación podálica es indicación de cesárea en el parto pretérmino, principalmente si se estima un peso fetal muy bajo, por la fragilidad fetal y por el riesgo de atrapamiento de la cabeza en un cuello insuficientemente dilatado, también en los casos de presentación podálica incompleta, por el riesgo de prolapso de cordón.

En el grupo de mujeres con cesárea de urgencia destaca como indicación principal el sufrimiento fetal (33,3%) en la cual el feto presenta hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión

neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación o se espera un expulsivo prolongado. En nuestro medio, es necesario el criterio clínico del médico gineco-obstetra quien principalmente en los casos de preeclampsia, oligohidramnios, diabetes o parto prolongado, hará una evaluación con la ayuda del partograma con curvas de alerta, para tomar la decisión más apropiada.

Nuestros resultados son similares a lo descrito por **Zornoza y Col. (España, 2006)** en su tesis **“Modificación en la tasa de cesáreas y sus indicaciones entre 2000 y 2006 en el Hospital de León”**. Quienes determinaron cómo ha cambiado el porcentaje de cesáreas entre los años 2000 y 2006 en el Hospital de León y analizar sus indicaciones. Donde reportaron que la tasa de cesáreas subió del 19,82% al 22,06%. Las indicaciones por cesárea anterior y podálica pasaron del 15,7 y el 15,4% al 24,8 y el 20,2% respectivamente. Los partos vaginales entre mujeres con antecedente de cesárea y presentación podálica bajaron del 42,62 y el 15,71% al 12,6 y el 2,04%, respectivamente. El número de gestantes de 35 años o más en el momento de la cesárea aumentó del 25,1 al 36,8%. De esta forma concluye indicando que aumentó la tasa de cesáreas y cambió el porcentaje en sus indicaciones: se incrementó por cesárea anterior y podálica, y disminuyó por distocia.

Asimismo, **Vélez y Col. (México, 2012)** en su investigación **“Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital**

**de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora”** refieren que la incidencia de la operación cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS, en Hermosillo, Sonora fue del 46%, con un incremento promedio anualizado del 1.2%. La proporción de cesárea previa (35.78%), la cesárea iterativa (11.62%), el sufrimiento fetal agudo 11.62%), la desproporción cefalopélvica (7.95%), la ruptura prematura de membranas (4.89%), la distocia dinámica (4.28%), la presentación pélvica (3.98%) el oligohidramnios (3.98%), entre otras (8.9%), fueron las indicaciones que mayormente justificaron el procedimiento quirúrgico. **Conclusiones:** En el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora, se tuvo una incidencia en la práctica de la operación cesárea del 46 %, cifra superior a la media nacional (37.9%), la media estatal (39.8%) y a más del doble del estándar establecido por la OMS. La importancia de conocer la tendencia de la práctica de la operación cesárea, así como sus indicaciones más comunes y complicaciones nos permiten proponer o establecer medidas que disminuyan su frecuencia y el impacto negativo hacia la salud materna y fetal.

**Tabla 02**

**Tipos de Cesárea Electiva y de Urgencia en relación a la Paridad.  
Hospital II Carlos Tupppia García Godos EsSalud de Ayacucho. Enero -  
Marzo, 2018.**

PARIDAD	CESAREA			
	Electiva		Urgencia	
	Nº	%	Nº	%
Nulípara	21	28,0	20	35,1
Primípara	18	24,0	08	14,0
Múltipara	36	48,0	29	50,9
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 2,211 \quad \chi_r^2 = 5,991 \quad \text{g. l.} = 2 \quad p > 0.05$$

La Tabla Nº 02 presenta el tipo de cesárea en relación a la paridad; donde se observa que del 100% (75) gestantes con cesárea electiva, el 48,0% (36) fueron múltiparas, 28,0%(21) nulíparas y 24,0%(18) primíparas. Asimismo, del 100,0%(57) partos por cesárea de urgencia, 50,9%(29) fueron múltiparas, 35,1%(20) nulíparas y 14,0%(08) primíparas.

De la tabla se concluye que el 48,0% y 50,9% de las gestantes fueron múltiparas con cesárea electiva y de urgencia respectivamente.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado, no se halló significancia estadística ( $p > 0.05$ ); por lo tanto, se concluye que la paridad no está asociada al tipo de cesárea de las gestantes.

Al respecto **Gálvez L, Mario (Lima, 2014)**. En su tesis **“Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013”**. Con el objetivo de determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el

Hospital "San José" del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013. Realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo. La población está constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y el espacio muestral corresponde a 160 pacientes. Encontrando los siguientes resultados; al analizar las 160 historias clínicas, se encontró que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 81%, se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2 500 g. Respecto al tipo de cesárea se observa que el 56.8 % de la muestra (91 pacientes) fue de tipo electivo y el 43.2 % de la muestra (69 pacientes) corresponde a cesáreas de emergencia. En relación a gestación y paridad se observa que un 38.8% (equivalente a 62 pacientes) son primigestas, siendo este porcentaje el de mayor predominancia; seguido de un 25.7% (equivalente a 41 pacientes) que han tenido solo un hijo.

**Tabla 03**

**Tipos de Cesárea Electiva y de Urgencia en relación a la Edad. Hospital II Carlos Tupipa García Godos Es Salud de Ayacucho. Enero - Marzo, 2018.**

EDAD	CESAREA			
	Electiva		Urgencia	
	Nº	%	Nº	%
Adolescente	05	6,7	00	00
Adulta	45	60,0	45	78,9
Añosa	25	33,3	12	21,1
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 7,248$$

$$\chi_i^2 = 5,991$$

$$g. l. = 2$$

$$p < 0.05$$

La Tabla Nº 03 muestra el tipo de cesárea en relación a la edad; donde se observa que del 100% (75) partos con cesárea electiva, el 60,0% (45) fueron adultas, 33,3%(25) añosas y 6,7%(05) adolescentes. Asimismo, del 100,0%(57) partos por cesárea de urgencia, el 78,9%(45) fueron adultas y 21,1%(12) añosas.

De la tabla se concluye que el 60,0% y 78,9% de las gestantes fueron adultas con cesárea electiva y de urgencia respectivamente.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado, se halló significancia estadística ( $p < 0.05$ ); por lo tanto, se concluye que la edad está asociada al tipo de cesárea de las gestantes.

Nuestros resultados son similares a lo reportado por Medina (Perú, 2016) en su investigación "Factores asociados a la indicación de cesárea en el

**hospital nacional dos de mayo de enero a diciembre del 2015**". Realizó un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal, en el cual se revisó el Libro de Reporte Operatorio del Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Nacional Dos de Mayo. Reportando que en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2015, el porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos en ese año fue de 57,5%. Las gestantes entre 20 y 35 años son las de mayor frecuencia. Del total de cesáreas, el 68,7% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal indicación la cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande, sufrimiento fetal agudo.

Asimismo, Gálvez L, **Mario (Lima, 2014)**. En su tesis "**Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del callao, periodo enero-diciembre 2013**". Con el objetivo de determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital "San José" del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013. Realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo. La población estuvo constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo. Encontrando de un total de 160 historias clínicas de pacientes cesareadas (correspondiente a la muestra), se encontró que el rango de edades estaba entre los 16 y 41 años; siendo el porcentaje más elevado 32% (equivalente a 51 pacientes cesareadas) el cual representaba al rango de edades entre los 20 y 24 años; así mismo se puede apreciar que las pacientes con rango de edad de 25 a 29 años obtuvieron un porcentaje de 31%; en tercer lugar se encuentran las pacientes con un rango de edad entre los 16 y 19 años, con un porcentaje de 15%; y por último el porcentaje más

bajo (tan solo 2%) lo obtuvieron las pacientes con un rango de edad entre 40 y 41 años.

**Tabla 04**

**Tipos de Cesárea Electiva y de Urgencia en relación a la Atención Prenatal. Hospital Il Carlos Tuppia García Godos Es Salud de Ayacucho. Enero - Marzo, 2018.**

ATENCIÓN PRENATAL	CESAREA			
	Electiva		Urgencia	
	Nº	%	Nº	%
≥ 6 veces	59	78,7	47	82,5
Menor a 6 veces	16	21,3	10	17,5
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 0,294 \quad \chi_i^2 = 3,841 \quad g. l. = 1 \quad p > 0.05$$

La Tabla Nº 04 muestra el tipo de cesárea en relación a la atención prenatal; donde se observa que del 100% (75) partos con cesárea electiva, el 78,7% (59) tuvieron atención prenatal mayor o igual a 6 veces y 21,3%(16) menor a 6 veces. Asimismo, del 100,0%(57) partos por cesárea de urgencia, el 82,5%(47) tuvieron atención prenatal mayor o igual a 6 veces y 17,5%(10) menor a 6 veces.

De la tabla se concluye que el 78,7% y 82,5% de las gestantes tuvieron atención prenatal mayor o igual a 6 veces con cesárea electiva y de urgencia respectivamente.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado, no se halló significancia estadística ( $p > 0.05$ ); por lo tanto, se concluye que la atención prenatal no influye en el tipo de cesárea de las gestantes.

La atención prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, consulta prenatal o control prenatal) son todas aquellas actividades

asistenciales y preventivas promocionales que se realizan en la embarazada, con la finalidad de proteger la salud de la madre y de su niño. La atención prenatal adecuada en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciada, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar materno perinatal. Es utilizado en la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal, valorando el riesgo obstétrico, detectando y tratando enfermedades que agravan la gestación, previniendo las complicaciones obstétricas; por todo lo descrito anteriormente se observa en los resultados que existe un predominio de cesárea tanto en adolescentes y adultas (71 y 86,7%) respectivamente en gestantes que tuvieron atención prenatal completa igual o mayor a 6 veces, en la cual se pudo detectar alguna complicación del embarazo y motivo por lo cual la gestante tuvo que terminar en cesárea.

Nuestros resultados coinciden a los hallazgos de **Salinas Ramón et al. (Argentina: 2008)**, quienes reportaron el 70.6% atención prenatal completa y el 20.5% atención prenatal incompleta. Igualmente, se asemejan a los de **Monterrosa A y Arias M (Colombia: 2007)**, quien refiere que el 58.2% de gestantes con cesárea tuvo mayor de 6 controles prenatales; 25.7% de 3 a 5 controles prenatales y solo 1.4% sin atención prenatal.

**Tabla 05**

**Tipos de Cesárea Electiva y de Urgencia en relación a la Procedencia.  
Hospital II Carlos Tupia García Godos EsSalud de Ayacucho. Enero -  
Marzo, 2018.**

PROCEDENCIA	CESAREA			
	Electiva		Urgencia	
	Nº	%	Nº	%
Urbano	43	57,3	34	59,6
Urbano-marginal	24	32,0	14	24,6
Rural	08	10,7	09	15,8
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 1,312 \quad \chi_t^2 = 5,991 \quad g. l. = 2 \quad p > 0.05$$

La Tabla Nº 05 muestra el tipo de cesárea en relación a la procedencia; donde se observa que del 100% (75) partos con cesárea electiva, el 57,3% (43) procedieron de la zona urbana, 32,0%(24) de la zona urbano-marginal y 10,7%(08) de la zona rural. Asimismo, del 100,0%(57) partos por cesárea de urgencia, el 59,6% (34) procedieron de la zona urbana, 24,6%(14) de la zona urbano-marginal y 15,8%(09) de la zona rural.

De la tabla se concluye que el 57,3% y 59,6% fueron gestantes procedentes de la zona urbana con cesárea electiva y de urgencia respectivamente.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado, no se halló significancia estadística ( $p > 0.05$ ); por lo tanto, se concluye que la procedencia no está asociada al tipo de cesárea de las gestantes.

Estos hallazgos son similares a lo descrito por **PAUCAR, Lisbeth y GUTIERREZ, Ericka** en su tesis *Frecuencia e indicaciones de parto por*

*cesárea en el hospital regional de Ayacucho, octubre a diciembre del 2014,* encontraron que del 100% (53) gestantes adolescentes, el 41,5% (22) proceden de la zona urbano marginal, de las cuales 37,7%(20) tuvieron parto por cesárea de urgencia y 3,8%(02) cesárea electiva. Luego el 34%(18) de adolescentes procedieron de la zona urbana, de ellas 28,3%(15) culminaron su parto por cesárea de urgencia y 5,7%(03) fueron cesárea electiva. Asimismo 24,5%(13) son de la zona rural, de ellas el 22,6%(12) fueron partos por cesárea de urgencia y 1,9%(01) cesárea electiva.

**Tabla 06**

**Tipos de Cesárea Electiva y de Urgencia en relación al Estado Civil.  
Hospital II Carlos Tupppia García Godos EsSalud de Ayacucho.  
Enero - Marzo, 2018.**

ESTADO CIVIL	CESAREA			
	Electiva		Urgencia	
	Nº	%	Nº	%
Soltera	13	17,4	09	15,8
Casada	31	41,3	24	42,1
Conviviente	31	41,3	24	42,1
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 0,056 \quad \chi_i^2 = 5,991 \quad g. l. = 2 \quad p > 0.05$$

La Tabla Nº 06 nos presenta el tipo de cesárea en relación al estado civil; donde se observa que del 100% (75) partos con cesárea electiva, el 41,3% (31) fueron casadas y convivientes en ambos casos y 17,4%(13) fueron solteras. Asimismo, del 100,0%(57) partos por cesárea de urgencia, el 42,1%(24) fueron casadas y convivientes en ambos casos y 15,8%(09) solteras.

De la tabla se concluye que el 41,3% y 42,1% de las gestantes fueron casadas y convivientes en ambos casos con cesárea electiva y de urgencia respectivamente.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado, no se halló significancia estadística ( $p > 0.05$ ); por lo tanto, se concluye que el estado civil no está asociada al tipo de cesárea de las gestantes.

Al respecto **GALLARDO Henry et al** en su investigación *Adolescencia materna y su asociación con la realización de la cesárea* realizó un estudio de casos (1304) y controles (2608) de manera retrospectiva y encontró con respecto al estado civil, que el 49,5% de las adolescentes eran solteras y 49,31% vivían en unión libre; de estas, un 33,3% llevaban menos de dos años de convivencia con su pareja. En el caso de las adultas, solo el 8,6% estaban casadas, y el 65,1% de ellas vivían en unión libre.

De la misma forma Saucedo, **Marcelo** quien refiere en su trabajo *La adolescencia, ¿Es un factor de riesgo para cesárea?* en Colombia en el año 2007, de 88 adolescentes con cesárea, en cuanto al estado civil de las mismas, el 62,8% viven en unión libre (Convivientes), un 24,4% son solteras

**Tabla 07**

**Tipos de Cesárea Electiva y de Urgencia en relación a la Condición Económica. Hospital II Carlos Tuppia García Godos Es Salud de Ayacucho.**

**Enero – Marzo, 2018.**

CONDICIÓN ECONÓMICA	CESAREA			
	Electiva		Urgencia	
	Nº	%	Nº	%
Baja	14	18,7	06	10,5
Media	61	81,3	51	89,5
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 1,669 \quad \chi_t^2 = 3,841 \quad \text{g. l.} = 1 \quad p > 0.05$$

La Tabla Nº 07 muestra el tipo de cesárea en relación a la condición económica; donde se observa que del 100% (75) partos con cesárea electiva, el 81,3% (61) fueron de condición económica media y 18,7%(14) de baja condición económica. Asimismo, del 100,0%(57) partos por cesárea de urgencia, el 89,5%(51) fueron de condición económica media y 10,5%(06) de baja condición económica.

De la tabla se concluye que el 81,3% y 89,5% de las gestantes fueron de condición económica media con cesárea electiva y de urgencia respectivamente.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado, no se halló significancia estadística ( $p > 0.05$ ); por lo tanto, se concluye que la condición económica no está asociada al tipo de cesárea de las gestantes.

Estos resultados coinciden con lo descrito por **PAUCAR, Lisbeth y**

**GUTIERREZ, Ericka** en su tesis *Frecuencia e indicaciones de parto por cesárea en el hospital regional de Ayacucho, octubre a diciembre del 2014*, encontraron que del 100% (53) adolescentes cesareadas, el 79,2% (42) fueron de baja condición económica, de las cuales 67,9%(36) tuvieron parto por cesárea de urgencia y 11,3%(06) cesárea electiva. Asimismo el 18,9%(10) fueron de condición económica media, y todas fueron partos por cesárea de urgencia. Finalmente, solo el 1,9%(01) tuvo alta condición económica el cual culminó su parto por cesárea de urgencia.

## CONCLUSIONES

1. La frecuencia de cesáreas electivas es de 75 (56,8%) y de urgencia fue 57 (43,2%) en el Hospital II Carlos Tupppia García Godos EsSalud de Ayacucho durante los meses de Enero - Marzo del 2018.
2. Las indicaciones más frecuentes para la cesárea electiva fueron la cesárea previa y las distocias de presentación con 28,0%. En cambio, para las cesáreas de urgencia fue el sufrimiento fetal con 33,3%, con evidencia estadística significativa ( $p < 0.05$ ) lo cual indica que la indicación para la realización de una cesárea está asociada con el tipo de cesárea.
3. En el grupo de gestantes con cesárea electiva; el 48,0% fueron multíparas, 60,0% adultas, 78,7% tuvieron atención prenatal mayor o igual a 6 veces, 57,3% fueron procedentes de la zona urbana, 41,3% casadas y convivientes, y el 81,3% fueron de condición económica media
4. En las gestantes con cesárea de urgencia; el 50,9% fueron multíparas, 78,9% adultas, 82,5% tuvieron atención prenatal mayor o igual a 6 veces, 59,6% fueron procedentes de la zona urbana, 42,1% casadas y convivientes, y el 89,5% fueron de condición económica media
5. Las indicaciones para la cesárea y la edad son factores asociados al tipo de cesárea con significancia estadística ( $p < 0,05$ ).
6. La paridad, atención prenatal, procedencia, estado civil, y la condición económica son factores que no tienen relación con el tipo de cesárea, sin significancia estadística ( $p > 0,05$ ).

## RECOMENDACIONES

1. Mejorar el uso de las normas y protocolos institucionales de EsSalud con la finalidad de justificar los diagnósticos operatorios para disminuir el excesivo número de cesáreas.
2. Formar una comisión de control en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital de EsSalud, encargada de analizar la tasa de frecuencia de cesáreas electivas de manera permanente.
3. Promover el uso correcto del partograma, a fin de posibilitar como alternativa el parto vaginal en gestantes con cesárea previa que no presenten otras complicaciones.
4. Informar a las gestantes sobre los riesgos y consecuencias que trae consigo una cesárea.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jáuregui MP, Tapia I, Duque S, Garate G, Montes de Oca G, Gaybor M, Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero – Diciembre de 2011. Argentina. Revista médica HJCA. Vol.6 Núm.1. 2014. Disponible en: [revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/97](http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/97)
2. Vélez E, Tovar VJ, Méndez F, López CR, Ruiz E. incidencia, indicaciones y complicaciones de la operación cesárea en el Hospital de Ginecopediatria del IMSS de Hermosillo, sonora (México). Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2012; 29(2); 58-64. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2012/bis122d.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2012/bis122d.pdf)
3. Estrada CG, Hernández R, Gómez C, Negrete ML. Incidencia de Cesáreas en el Hospital General de Zona. (México); Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (5): 517-522. Disponible en: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745497012](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745497012)
4. Luque, AS. Indicaciones y tasa de cesáreas en el hospital EsSalud III Puno en el año 2016, [tesis] Puno: repositorio Institucional UNA-Puno; 2017.
5. Hrp. OMS. declaración de la OMS sobre tasas de cesarea. ([www.who.int/reproductivehealth/](http://www.who.int/reproductivehealth/)) 2015; WHO/RHR/(15.02): 01
6. Medina JL. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a diciembre del 2015, [tesis] Lima–Perú: Universidad Ricardo Palma– facultad de Medicina Humana; 2016.
7. Acevedo E, Jara JA, Velásquez IN. Cesarea de urgencia: características biosociodemograficas de las madres intervenidas en esta modalidad de parto, Hospital Regional de Valdivia, [tesis] Valdivia-Chile: Universidad Austral de Chile-Facultad de Medicina; 2013.
8. Jonguitud A. Cesárea Electiva: Repercusión en la evolución neonatal.

(Mexico); Ginecol Obstet Mex 2011;79(4):206-213. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom114f.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom114f.pdf)

9. Zornoza V, Luengo A, Ferrero A, Fernández A, Gonzales C. modificación en la tasa de cesáreas y sus indicaciones entre el 2000 y 2006 en el Hospital de León. (España), Prog Obstet Ginecol. 2008;51(7):404-10. Disponible en: <https://medes.com/publication/41904>
10. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert JA. Operación Cesárea. (Chile). REV. MED. CLIN. CONDES - 2014; 25(6) 987-992. Disponible en: [www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf](http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf)
11. Álvarez Carla. Principales indicaciones de Cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el periodo julio del 2014-julio del 2015, [tesis] Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma – Facultad de Medicina Humana; 2015.
12. Fiestas JA. Prevalencia de parto por cesarea en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo julio 2014-julio 2015, [tesis] Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma – facultad de Medicina Humana; 2015.
13. De La Cruz JA. Prevalencia y Principales indicaciones de Cesarea en el Hospital Vitarte de Ate durante el periodo enero – diciembre del 2014, [tesis] Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma – facultad de Medicina Humana; 2016.
14. Patiño G. Factores determinantes de la cesarea en los hospitales de Tumbes. (Tumbes-Perú). Ciencia y Desarrollo V. 15 / Nº 2- 2012. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21503/CienciayDesarrollo.2012.v15i2.03>
15. Maquera FP. Incidencia de cesarea y sus principales indicaciones en el Hospital II Suarez Angamos de EsSalud Miraflores – Lima 2010, [tesis] Lima-Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna –

Facultad de Ciencias de la Salud.

16. Gálvez Liñan, Edgar M. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del Callao, periodo enero-diciembre 2013. Tesis Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014
17. Paucar y Gutiérrez. Frecuencia e indicaciones de parto por cesárea en adolescentes. Hospital Regional de Ayacucho. Septiembre a diciembre 2014. Tesis, facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho, 2015

**ANEXO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Nº de ficha:.....

**TIPO DE CESAREA**

- Cesárea Electiva ( )  
Cesárea de urgencia ( )

**1.- EDAD:**

1. menor a 20 años ( )  
2. 20 a 35 años ( )  
3. mayor a 35 años ( )

**PROCEDENCIA**

1. Urbano ( )    2. Urbano Marginal ( )    3. Rural ( )

**ESTADO CIVIL**

1. Soltera ( )                      2. Casada ( )  
3. Conviviente ( )                4. Otros ( )

**CONDICIÓN ECONÓMICA DE LA GESTANTE:**

1. Bajo            Ingreso < 850 soles            ( )  
2. Medio        Ingreso 851-1700 soles        ( )  
3. Alto            Ingreso > 1700 soles        ( )

**2.- ANTECEDENTES OBSTETRICOS**

**PARIDAD:**

1. Nulípara ( )  
2. Primípara ( )  
3. Multípara ( )

**ATENCIÓN PRENATAL**

1. ≥ 6 veces ( )    Con atención prenatal  
2. < 6 veces ( )    Sin atención prenatal

**3.- INDICACION DE LA CESAREA**

**A. CAUSAS MATERNAS:**

- ✓ Preeclampsia, ( )