

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE MEDICINA HUMANA

**Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José”
del callao, periodo enero-diciembre 2013**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Edgar Mario Galvez Liñan

ASESOR

Dr. Ronald Ayala Mendivil

Lima – Perú

2014

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a cada uno de mis maestros que durante toda mi carrera universitaria han sabido inculcar el amor por la medicina y el deseo de llevar en alto y con orgullo el escudo de San Marcos.

Agradecer de manera sincera a mi asesor el Dr. Ronald Ayala Mendivil por aceptar realizar esta tesis y por su dirección en mi formación como investigador.

Un agradecimiento muy especial a l Dr. Manuel Izaguirre. Su apoyo y confianza en mi trabajo, su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable en el desarrollo de esta tesis.

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este momento,
A mi madre Blanca por ser mi soporte en los buenos y malos momentos,
A mi padre Mario de quien herede la convicción y fuerza para persistir,
A mis hermanos Erick y Rosario que desde el cielo guiaron mi camino,
A mis hermanos Milagros, Roxana y Elar por su apoyo incondicional y sincero,
A mi novia Jhulliett por ser mi motivo de superación.

ÍNDICE

Caratula	pag 1
Agradecimiento	pag 2
Dedicatoria	pag 3
Resumen	pag 6
Introducción	pag 8

CAPITULO I: Planeamiento Metodológico

1.1 Descripción de la Realidad Problemática	pag 10
1.2 Delimitación de la Investigación	pag 11
1.3 Formulación del Problema	pag 12
1.4 Objetivos de la Investigación	pag 13
1.5 Identificación de Variables	pag 13
1.6 Diseño Metodológico	pag 13
1.7 Población Y muestra de la Investigación	
1.7.1 Población	pag 13
1.7.2 Muestra	pag 14
1.8 Técnicas e Instrumentos de Recolección	
1.8.1 Técnicas	pag 15
1.8.2 Registro de Instrumentos	pag 16
1.9 Justificación e Importancia de la Investigación	pag 16

CAPITULO II: Marco Teórico

2.1 Antecedentes de la Investigación	pag 18
2.2 Bases Teóricas	
2.2.1 Cesárea en la Historia	pag 21
2.2.2 Definición de Cesárea	pag 22
2.2.3 Clasificación de Cesárea	pag 24

2.2.4	Principales Indicaciones	
2.2.4.1	Indicaciones Maternas	pag 26
2.2.4.2	Indicaciones Fetales	pag 27
2.2.4.3	Anormalidades del Parto	pag 28
2.2.4.4	Indicaciones Placentarias	pag 29
2.2.5	Complicaciones	pag 32
2.2.6	Medidas Generales y Post Operatorio	pag 34
2.2.7	Expectativas después de la Cirugía	pag 34
2.3	Medicina Basada en Evidencias	pag 35
2.4	Definición de Términos Básicos	pag 35

CAPITULO III

3.1	Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados	pag 37
	Tabla 1: Incidencia de Cesárea	pag 38
	Tabla 2: Tipo de Cesárea	pag 39
	Tabla 3: Diagnósticos Operatorios	pag 40
	Tabla 4: Diagnósticos de Cesárea de Emergencia	pag 42
	Tabla 5: Diagnósticos de Cesárea Electiva	pag 44
	Tabla 6: Antecedentes Quirúrgicos	pag 45
	Tabla 7: Edad	pag 46
	Tabla 8: Gestación y Paridad	pag 48
	Tabla 9: Edad Gestacional	pag 49
	Tabla 10: Peso del Recién Nacido	pag 50
3.2	Discusión	pag 52
3.3	Conclusiones	pag 55
3.4	Recomendaciones	pag 58
3.5	Referencias Bibliográficas	pag 59
3.6	Anexos	pag 62

RESUMEN

Objetivo: Determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013.

Material y Método: Para la presente tesis se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo; en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero – Diciembre 2013. La población está constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y el espacio muestral corresponde a 160 pacientes.

La información fue recolectada principalmente del libro de cesáreas de sala de operaciones, de las Historias Clínicas respectivas, así como del Libro de Registros que se encuentra en el Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital San José del Callao.

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%.

Conclusiones: La tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero-Diciembre 2013 fue de 42 % respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40 % registrado en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18 % son cesáreas emergencia y el 24 % son de tipo electivas.

Adicionalmente (a pesar que no fue el objetivo de esta investigación) se encontró que las 5 principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron: Desproporción céfalo- pélvica y macrosomía fetal (12 %), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%).

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.

Se puede distinguir dos tipos de cesárea:

- *Cesárea electiva:*

Cesárea programada durante la atención prenatal.

- *Cesárea de emergencia:*

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

Es importante tener presente que la evolución de las técnicas y materiales quirúrgicos han hecho de este procedimiento gineco-obstétrico una de las cirugías más realizadas en el mundo. Su implementación ha permitido mejorar el pronóstico de patologías que antes representaban una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal tales como las distocias, hemorragias del tercer trimestre, el bajo peso al nacer y la preeclampsia, entre otras patologías gineco-obstétricas.

La cesárea es la cirugía mayor más frecuente que se realiza en los Estados Unidos. En este país, la tasa de cesáreas aumentó de alrededor del 5% en 1970 al 24% aproximadamente en 2001. Desde junio de 1997 hasta mayo de 1999, en un área urbana de la India, la tasa total de cesáreas en consultorios de los sectores público, privado y de caridad fueron del 20%, 38% y 47% respectivamente

América Latina cuenta con los índices más altos de partos por cesárea. El índice de cesáreas (IC) 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.

Según la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutoria, documento redactado por el Ministerio de Salud en el año 2007, la frecuencia de cesáreas en el Perú es de 15 %.

Por último hay que tener presente que a pesar de la alta frecuencia con la que se practica, la cesárea no es un procedimiento inocuo. Se calcula que su morbilidad es 20 veces superior si se la compara con las cifras propias del parto vaginal. Por lo tanto, resulta de gran importancia la indicación adecuada de tal procedimiento, que podría causar complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.

CAPÍTULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Entre 2004 y 2005, se realizó la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS en 24 regiones de ocho países de América Latina. En la encuesta se obtuvieron datos de todas las mujeres que ingresaron para tener el parto en 120 instituciones seleccionadas al azar. La mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados fue del 51%.⁽²⁾

Esta misma tendencia se ha venido incrementando en los últimos años en nuestro país, ya que como se evidencia en múltiples estudios nacionales (presentados más adelante) existe una alta tasa de incidencia de cesárea; las cuales en algunos casos se deben a la asociación de diferentes factores predisponentes, algunos de ellos de tipo materno, fetales u ovulares; y en otros casos siendo estrictamente causas de tipo personales y/o económicas. Esta problemática evidencia una falta de homogeneidad en los criterios que llevan a dicha intervención quirúrgica.⁽⁴⁾

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.⁽¹⁾

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.⁽³⁾

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en el Hospital “San José del Callao”, en el Servicio de Gineco-Obstetricia durante el período Enero - Diciembre 2013, recolectando información de las Historias Clínicas de las pacientes cesareadas, así como del Libro de Partos y Libro de Registro de Cesáreas de Sala de Operaciones.

El Hospital San José fue creado en Junio de 1970, como hospital de campaña a causa del terremoto del 31 de Mayo de ese año; gracias al apoyo de la Fundación Inglesa “St. Joseph’s Hospice Association Liverpool”. En el año 1973, fue transferido al Ministerio de Salud y administrado por el Complejo Hospitalario Daniel Alcides Carrión. Inicialmente funcionó como Hospital Materno Infantil, priorizando su atención en las madres, además de servir como reposo de adultos mayores. Contaba con personal profesional de origen inglés, obstetricas y técnicas peruanas, alguna de las cuales aún se encuentran trabajando en nuestra institución.

El Hospital San José – Callao, se encuentra ubicado en el Jr. Las Magnolias 475, en la cuarta cuadra de la Av. Elmer Faucett, entre el río Rímac y la Av. Argentina, en el Distrito de Carmen de la Legua – Reynoso, Provincia Constitucional del Callao, Región Callao.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI), remitidos a la Dirección de Estadística e Informática del MINSA y enviados a la DIRESA CALLAO: la población proyectada para la Región Callao en el año 2012 es 969,170 habitantes, siendo la Densidad Poblacional de la provincia 6,404.05 habitantes/Km². Para el caso del Distrito Carmen de la Legua Reynoso la población es de 42,065 habitantes y su densidad poblacional se encuentra en 19,841.98 habitantes/Km².

La pirámide poblacional de la Región Callao es de tipo expansiva, típica de los países en desarrollo, de base ancha, a predominio de la población joven, que a partir de los 34 años va estrechándose paulatinamente.

La población de mujeres en edad fértil (MEF), asciende a 249 mil 680 mujeres, que representa el 55,9% del total de mujeres de la Provincia Constitucional del Callao.⁽²⁶⁾

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

- ¿Cuál es la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, en el período Enero-Diciembre 2013?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013.

1.5 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

V1: Variable Independiente:

Gestantes

V2: Variable Dependiente:

Incidencia de Cesárea

1.6 DISEÑO METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación es de tipo aplicativo, el cual presenta un ***estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo***; el cual se desarrolló en el Hospital San José del Callao, ubicado en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso, provincia constitucional del Callao, perteneciente al departamento de Lima; durante el periodo Enero - Diciembre 2013.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 POBLACIÓN

La población estuvo integrada por 762 pacientes cesareadas en el periodo Enero – Diciembre 2013, la información fue recolectada de las Historias Clínicas así como del Libro de Partos y Libro de Registro de Cesáreas de Sala de Operaciones.

1.7.2 MUESTRA

La muestra del estudio está constituida por 160 pacientes cesareadas en el Hospital "San José", Callao, durante el periodo Enero - Diciembre 2013.

Esta muestra se obtuvo con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N: Tamaño de la población

Z: Nivel de fiabilidad al 95% (1.96)

p: Margen de error (5%) Valor estándar 0.05

q: 1-p en este caso (1-0.05=0.95)

d: precisión (deseamos un 3%=0.03)

n =	$\frac{762 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.03^2 (762-1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$
n =	$\frac{762 * 3.8416 * 0.05 * 0.95}{0.0009 (761) + 3.8416 * 0.05 * 0.95}$
n =	$\frac{139.046712}{0.867376} = 160.30 = 160$

- **Criterios de Inclusión:**

- Gestantes primigestas y multigestas.
- Cesáreas de emergencia y programadas.

- **Criterios de Exclusión:**

- Gestantes programadas para cesárea que terminaron en parto vaginal.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 TÉCNICAS:

Principales técnicas aplicadas en la investigación:

- Análisis de documentos :Historias Clínicas, Libro de Partos y Libro de Registro de Cesáreas de Sala de Operaciones.
- Entrevistas al Profesional de Salud: Ginecólogos y Obstetras.

1.8.2 REGISTROS E INSTRUMENTOS

- Los registros utilizados en la presente investigación son:
 - Historias Clínicas
 - Libro de Partos
 - Libro de Registro de Cesáreas de Sala de Operaciones
- El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el formato del Libro de Cesáreas de Sala de Operaciones. (Anexo).

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

En el Perú, de acuerdo con lo reportado por Balizan y colaboradores, igual que lo encontrado en otros países menos desarrollados – como Bolivia, Haití y Guatemala – la incidencia de cesárea se había mantenido por debajo de 10%, cifra muy inferior a la descrita en países como Puerto Rico (45%), Chile (40%), Brasil (27%), Argentina (25%) y México (24%). No obstante, este panorama parece haber cambiado sustancialmente sobre todo en los últimos años. Uno de los pocos estudios publicados al respecto en nuestro medio, el estudio de Távora-Orozco, dio a conocer que para el año 1992 la Tasa de Incidencia de Cesárea ya había superado largamente el 20%.

El presente estudio se justifica por la importancia de conocer la Tasa de Incidencia de Cesárea, debido al incremento en la demanda de esta intervención quirúrgica por parte de la población como podemos apreciar en una Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal (realizada por la OMS en el año 2004-2005) donde encontraron que la mediana de la tasa

de partos por cesárea fue del 33% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados fue del 51%.⁽²⁾

Además la falta de investigación acerca de este tema brinda una importancia adicional para que estudios similares se realicen en diferentes hospitales del país con el fin de identificar y esclarecer esta problemática que viene en aumento en los últimos años.

No debemos olvidar que 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.

Por último debemos tener presente que el continuo aumento de la utilización de cesárea en el país, 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, enfatizarían 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 TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- **Nacionales:**

A pesar de que existen algunos estudios a nivel nacional que miden la incidencia de parto por cesárea asociados a diversos factores, en el hospital San José del Callao no existe ningún trabajo de investigación que pueda servir de base para el presente estudio.

Dentro de los principales estudios realizados en nuestro país podemos encontrar que Gladys Patiño, 2011, Lima-Perú, realizó un trabajo: Tasa de Incidencia y Factores Determinantes de la Cesárea en los Hospitales de Tumbes 2011; encontró que la frecuencia de cesárea en el hospital de EsSalud fue de 58,76 %, y de 49,52 % en el hospital del MINSA, así mismo encontró que en los hospitales del MINSA la edad promedio fue de 26,4 años, mientras que en el de EsSalud fue de 29,4. ⁽⁹⁾

Otro importante trabajo fue el planteado por Manzano Espejo, 2009, Lima-Perú, quien realizó un estudio: Incidencia y Factores Asociados a Cesárea Iterativa en Adolescentes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Este estudio logró demostrar que la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multigestas, fue 45 %. A la vez encontró que existía una mayor asociación a desproporción cefalopelvica y con menor indicación por el mayor número de hijos vivos y abortos previos. ⁽⁵⁾

De igual modo Chávez Zevallos, 2005, Lima-Perú, realizó un estudio: Análisis Estadístico de los Factores de Riesgo que Influyen en el Médico

para la Operación por Cesárea a Pacientes Atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal en el Año 2002. Donde encontró que el sufrimiento fetal agudo (14.0%), la estrechez pélvica materna (12.3%), la ruptura prematura de membranas prolongada (10.5%), la incompatibilidad feto pélvica (9.8%), la pre - eclampsia severa (7.6%), la presentación fetal pélvica (7.0%); así como el control pre natal inadecuado, influyeron en la determinación del médico para la operación cesárea. ⁽⁶⁾

Estudios similares fueron realizados por Oshiro Romero, 2007, Lima-Perú: Cesárea, Tasa, Indicaciones y Factores de Morbimortalidad Materno Perinatal Asociados en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el período 2003-2005. Aquí se logró demostrar que la tasa de cesárea se encuentra por encima del 10% propuesto por la OPS. La principal indicación para cesárea fue la cesárea previa. La principal complicación de la cesárea fue la infección urinaria. ⁽⁷⁾

▪ INTERNACIONALES:

En el plano internacional el estudio más significativo que reafirma lo encontrado a nivel nacional fue realizado por Casagrandi C, Pérez P, Areces D, et al. 2007, Habana – Cuba, quienes realizaron una investigación titulada: Tendencias de Algunos Indicadores Relacionados con la Cesárea. En dicho estudio encontraron que el índice de cesáreas se incrementó (de 18,3% a 29,2%, en los años 1996 y 2005, respectivamente). Las indicaciones más frecuentes en 1996 fueron la desproporción cefalopélvica (13,1 %) y la presentación pelviana (11,1 %), mientras que en el 2005 fueron el sufrimiento fetal agudo (15,1 %) y las afecciones médicas asociadas (12,1 %). ⁽¹⁴⁾

Otro estudio de similares características fue realizado por Villaverde Royo, 2009, Zaragoza- España: Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud; donde encontró que la incidencia observada en el uso de la cesárea fue 22,66%, siendo 18,91% en el caso de mujeres de bajo riesgo, 15,27% para cesáreas primarias de bajo riesgo y 3,04% para cesáreas primarias en mujeres sanas y partos de muy bajo riesgo obstétrico. ⁽¹³⁾

Un estudio importante fue realizado por José Gonzales y Rilque Gonzales, en el año 2007, en Barcelona-España, fue titulada: Indicaciones de Cesárea Segmentaria en Adolescentes en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona. Donde encontraron que el grupo etáreo con mayor número de cesáreas fue el comprendido entre 18 y 19 años con 42%; la indicación de cesárea segmentaría más frecuente según su causa fue la desproporción feto pélvica con 32.43%. En cuanto a la complicación más frecuentemente asociada a la cesárea segmentaría fue anemia en sus diferentes estadios clínicos y se presentó en el 43.18% de los casos estudiados. De las adolescentes con indicación de cesárea segmentaría para este periodo, el 13.42% manifestó antecedente de cesárea. ⁽¹¹⁾

Por último hay que resaltar que Saucedo Delgado, en el año 2006, en Colima – México, con su investigación: La Adolescencia ¿Es un Factor de Riesgo para Cesárea?; encontró que el parámetro adolescencia no se debe considerar como elemento único para decidir una cesárea, sino las demás indicaciones y factores de riesgo de manera individual para cada paciente sean adolescentes o no. ⁽¹²⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 CESÁREA EN LA HISTORIA

No hay duda de que la operación cesárea se cuenta entre las intervenciones de urgencia más antiguas que conoce la humanidad y quizás sí, porque con ella se evitaba el camino estrecho del parto normal con su consecuencia tan gráficamente expuesta por San Agustín en su frase: "Inter faeses et urinas nacimur" (entre excrementos y orinas nacemos), se le tenía como el "parto inmaculado" y se hacía nacer de esta forma a los dioses y se consideraba entre los hombres como signo de brillante porvenir. En el Rig-Veda, el libro más antiguo de la cultura hindú, se relata cómo Indra, el supremo dios védico, se negó a nacer por la "antigua vía ya probada" y deseó "salir oblicuamente por el lado" a pesar de las malas consecuencias que esto traía aparejado a la madre.

Igualmente la operación cesárea juega un importante papel en las tradiciones y leyendas de pueblos primitivos como los habitantes de las Islas Palau, en la Micronesia; de los nubas y tschambas en África; de los pobladores de las Islas Marquesas, del archipiélago de Santa Cruz y Nueva Zelandia en la Polinesia; de los Wiyots en la California Central y los bororos en el oriente del Brasil. Por todo ello, se ha llegado a pensar que también la practicaba el hombre de la prehistoria y el historiador médico, y ginecólogo alemán Reinhard Hofchlager (1871-1951), opina que la operación cesárea se practicaba ya en los cadáveres en los principios de la Edad de Piedra y funda su opinión entre otras cosas en las ideas mágicas del hombre paleolítico, estudiadas no sólo en la arqueología sino también por minuciosas investigaciones en pueblos muy primitivos, principalmente de África Occidental y Oriental.

Plinio el Viejo en su Historia Natural, dice que el primero de los Césares llevó su nombre por el útero escindido de su madre y hace

derivar el nombre de la operación de la palabra caesus, que quiere decir cortado, mondado, y su opinión se ha mantenido durante siglos. Por el gran contenido ético de su práctica en la mujer muerta, influyeron sobre la operación cesárea, como en ninguna otra técnica quirúrgica, las regulaciones jurídicas y religiosas durante siglos. Los antiguos Chinos prohibían la realización de este procedimiento en mujeres vivas. En el libro del Talmud se prohibía el nacimiento por cesárea cuando el embarazo era gemelar ya que modificaba los rituales religiosos del nacimiento.

La operación cesárea en la mujer muerta estuvo influida desde que se conoce su práctica por regulaciones legales y religiosas. Su primera indicación en Europa, documentalmente demostrada, se encuentra en el Digesto, o colección de leyes romanas, del emperador Justiniano, donde se dice: "La Lex regia prohíbe enterrar a una mujer, que ha muerto durante el embarazo, antes de extraerle el fruto por escisión del abdomen. Quien obra en contra de esto, destruye evidentemente la esperanza de un ser viviente".

A partir de los comienzos de la Edad Moderna, la idea del bautismo al practicar la operación cesárea en la mujer muerta desempeñó un papel mucho más importante, al extremo que el clérigo Francesco Enmanuele Cagliamila en su libro Embryología Sacra, publicado en Milán en 1751, exigía que los sacerdotes dominaran la técnica de la operación cesárea, para que en caso de urgencia pudieran administrar a un niño el bautismo. ⁽¹⁵⁾

2.2.2 DEFINICIÓN DE CESÁREA

Cesárea es una intervención quirúrgica para el nacimiento de un bebé. El bebé se saca a través de una incisión en el abdomen de la madre. Si el feto aun no es viable, el mismo procedimiento es

denominado histerotomía. Existen varios tipos: segmentaria inferior (al nivel del segmento uterino inferior), clásica (incisión en el cuerpo del útero), extraperitoneal (se entra al útero sin incidir el peritoneo) y la cesárea histerectomía (cesárea seguida de histerectomía). Otros términos empleados son de urgencia, electiva, transversal y vertical. La mayoría de las cesáreas se realiza cuando ocurren problemas inesperados durante el parto. Entre ellos se encuentran:

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

La operación es relativamente segura para la madre y el niño. Sin embargo, es una cirugía mayor e implica riesgos. La cesárea también requiere un período de recuperación más prolongado que el parto vaginal. Cuando cicatriza la incisión puede dejar un área más débil en la pared uterina. Esto podría causar problemas para intentar partos vaginales en el futuro. Sin embargo, más de la mitad de las mujeres que tuvieron una cesárea pueden dar a luz con un parto vaginal más adelante. ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

La tasa de partos por cesárea en los Estados Unidos durante 2003 fue 27,6%, la más alta reportada hasta ahora. Esta tasa es perceptiblemente más alta que la tasa de 3 a 5% que se mantuvo estable durante varias décadas antes de 1970. Como resultado, este procedimiento ha generado una considerable discusión con respecto a sus indicaciones, técnica, costos, complicaciones y resultados a largo plazo.

Cada vez es más importante complementar el ejercicio de la medicina con un sentido humanístico que aborde de una forma amplia la especialidad, ya que sin conocer su historia difícilmente podemos comprender la medicina actual. ⁽¹⁸⁾

2.2.3 CLASIFICACIÓN DE CESÁREA:

- Según antecedentes obstétricos de la paciente:

Primaria: Es la que se realiza por primera vez.

Iterativa: Es la que se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas.

Este procedimiento se debe programar en lo posible a las 39 semanas de gestación. En este periodo es adecuado porque se evita el riesgo de inmadurez pulmonar fetal y se minimiza el riesgo que implica un inicio espontáneo de trabajo de parto en estas pacientes.

En cuanto a la opción del parto vaginal después de cesárea previa, es deber del médico informarle a la paciente cuáles son sus opciones, y los riesgos y beneficios que cada una de estas tiene. Es la paciente quien toma la última decisión pero si el médico no está de acuerdo con esta, lo mejor es referirla a otro especialista.

- Según indicaciones:

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

Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

- Según el tipo de incisión:

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

Segmento corporal: (Beck), la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.

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. ⁽¹⁹⁾

2.2.4 PRINCIPALES INDICACIONES:

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

2.2.4.1 Indicaciones Maternas:

- **ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO:** En los casos de preeclampsia leve con embarazo a término se plantea la indicación de cesárea cuando no existe respuesta a la inducción de parto y/o hay signos de deterioro materno o fetal .En la preeclampsia severa ,es necesario terminar la gestación por riesgo materno y fetal, si no hay condiciones para parto vaginal ,se optará por la vía abdominal ,en especial si hay signos inminentes de eclampsia o de desarrollo del Síndrome Hellyp o si se trata de restricción de crecimiento fetal o bebés de peso muy bajo.

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

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

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

2.2.4.2 Indicaciones Fetales:

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

partograma con curvas de alerta, para tomar la decisión más apropiada.

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

- 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.

2.2.4.3 Anormalidades del Parto:

- DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA: Es una indicación frecuente de cesárea. Así un bebé pequeño puede, durante el trabajo de parto, salvar la desproporción relativa, a menos que la deformidad pélvica sea extrema. Por otro lado, la pelvis aparentemente normal puede resultar pequeña para un bebé macrosómico o con la cabeza deflexionada. Las primigestas que inician el trabajo de parto con la presentación flotante, probablemente presenten un estrecho superior contraído .En caso de compromiso del estrecho medio, con bebé grande, la cesárea está indicada si la cabeza no desciende luego de una prueba de

trabajo de parto. Los casos de contracción del estrecho inferior usualmente tienen confirmación durante el segundo periodo del parto.

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

- 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.

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

2.2.4.4 Indicaciones Placentarias:

- HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE: Los casos de hemorragia del tercer trimestre debidos a placenta previa tienen indicación de cesárea cuando el embarazo está a término y persiste

la obstrucción parcial o completa del canal cervical o cuando se presenta un sangrado importante en cualquier momento del embarazo.

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

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

- **INDICACIONES RELATIVAS.**

- Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento.
- Presentaciones anómalas.
- Anomalías fetales.
- Embarazo múltiple (tres o más fetos).
- Asimetría pélvica.
- Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia.
- Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp.

- Insuficiencia cardio-respiratoria.
- Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina).
- Papiloma virus humano. ⁽²⁰⁾

- **CONSIDERACIONES NO CLÍNICAS:**

Existen múltiples causas no clínicas o paramédicas que forman parte de las indicaciones de cesárea y que deben revisarse con cierta cautela:

-Edad materna: Es casi constante en la bibliografía la observación de que la tasa de cesáreas aumenta a medida que avanza la edad materna.

-Volumen asistencial: El volumen de partos asistidos en un centro puede justificar diferencias en las tasas probablemente por la infraestructura de que disponen.

-Características de los profesionales: La capacitación de los profesionales puede marcar de forma muy ostensible su decisión quirúrgica.

-Cesárea a Demanda: Cada vez es más frecuente que la propia paciente pida la realización de una cesárea, probablemente debido a la creencia muy difundida de que esta intervención es una práctica igual de segura para ella y el feto que el parto vaginal. Si se practica una cesárea a demanda teóricamente la mujer y el feto asumen los riesgos mientras que si no se hace la responsabilidad recae sobre el médico.

2.2.5 COMPLICACIONES:

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 mucho 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.⁽²⁾

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS:

Se producen complicaciones relevantes en el 1-2% de los casos.

- **Complicaciones infecciosas:** Las complicaciones infecciosas son la principal causa de morbilidad asociada a la cesárea, siendo esta última el factor de riesgo más importante de infección materna posparto. La cesárea tiene entre 5 y 20 veces más riesgo de infección que el parto vaginal. Las complicaciones infecciosas después de una cesárea incluyen: fiebre, infección de la herida quirúrgica y del tracto urinario, endometritis, bacteriemia e infecciones severas (absceso pélvico, tromboflebitis pélvica séptica y shock séptico). Factores como la cesárea emergente, duración del parto, rotura de membranas, estado socioeconómico, número de

exploraciones vaginales, monitorización interna, infecciones del tracto urinario, anemia, pérdida hemática severa, obesidad, diabetes, técnica quirúrgica y experiencia del cirujano están involucradas en la incidencia de tal complicación.

- **Endometritis:** Es la complicación infecciosa más frecuente de la cesárea. Su incidencia sin la administración de antibióticos es de 20-40%. El uso de antibióticos profilácticos ha disminuido estas cifras en un 5%. Es una infección polimicrobiana causada generalmente por bacterias presentes en el tracto genital inferior, las manifestaciones clínicas suelen aparecer a las 24-48 horas de la intervención.

- **Tromboflebitis pélvica séptica:** La incidencia de tromboflebitis pélvica séptica es en algunas series 10 veces más alta después de una cesárea. Es más frecuente en pacientes con anemia, rotura prematura de membranas, presencia de meconio y prolapso de cordón, siendo menos común en las cesáreas electivas. Para su prevención se aconseja una correcta preparación quirúrgica de la piel y una técnica quirúrgica cuidadosa.

- **Infecciones del tracto urinario:** Son una complicación relativamente frecuente con incidencia variable entre el 2 y 16% y se relacionan fundamentalmente con la duración del sondaje vesical.

- **Enfermedad tromboembólica:** Poco frecuente durante el embarazo, la tromboembolia venosa es una de las principales causas de muerte materna en el mundo desarrollado, el riesgo de trombosis venosa profunda es entre 3 y 5 veces superior después de una cesárea que después de un parto vaginal. Además el parto por cesárea particularmente si es emergente, incrementa el riesgo de embolia pulmonar letal más de 10 veces en relación con el parto vaginal. Sin embargo, el riesgo de trombosis puede atenuarse con la administración profiláctica de heparina, sobre todo en pacientes de riesgo por historia familiar, personal o predisposición genética. Es necesario mencionar que no está justificada la administración sistémica profiláctica de

heparina por el incremento de morbilidad que ello condiciona, sin embargo en los casos antes mencionados, su utilización es más que razonable, por no decir imperativa. ⁽²¹⁾

2.2.5 MEDIDAS GENERALES Y POST-OPERATORIO:

La administración profiláctica de antibióticos a la madre, luego de la extracción fetal reduce el riesgo de presentar infecciones graves durante el post-operatorio.

Inmediatamente después se utilizan analgésicos. Se alimenta precozmente a las pacientes, primero con líquidos y luego con sólidos, lo cual disminuye la necesidad de administración de líquidos parenterales. La indicación de deambulación se efectúa también dentro de las primeras 24 a 48 horas de la operación. Las suturas cutáneas en caso de no usar material reabsorbible, son retiradas al séptimo día según el tipo.

2.2.8 EXPECTATIVAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA:

La mayoría de las madres y los niños se recuperan bien, con pocos problemas.

Las mujeres que tienen partos por cesárea pueden tener un parto vaginal normal en los embarazos posteriores, dependiendo del tipo de cesárea efectuado y la razón por la que se realizó.

Muchas mujeres que intentan un parto vaginal después de un parto por cesárea tienen éxito. Sin embargo, hay un leve riesgo de ruptura uterina asociado con dichos intentos, que puede poner en peligro a la madre y

el bebé. Es importante que la persona discuta los beneficios y riesgos de este procedimiento con su médico obstetra. ⁽²²⁾

2.3 MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

Actualmente la cesárea es un procedimiento con algunas controversias mundiales; al compararse el cierre de la herida uterina en una o dos capas, no se ha encontrado ventajas ni desventajas, excepto tal vez un menor tiempo quirúrgico al suturar en un plano por lo que la información disponible en este momento no es suficiente para proponer un cambio en la técnica. La inserción de dispositivo intrauterino durante la cesárea es segura y efectiva, aunque con un riesgo ligeramente mayor de expulsión, no existe diferencia en la forma de colocarlo (manual o instrumentado). En este momento se desarrolla un protocolo por la base de datos Cochrane que compara diferentes técnicas de cesárea, con el cual se podrían resolver algunas dudas acerca de este procedimiento. ⁽²³⁾

2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **CESÁREA:** Intervención quirúrgica en la que se realiza una incisión del abdomen y el útero produciéndose el nacimiento transabdominal del feto.
- **CESÁREA ELECTIVA:** Cesárea programada durante la atención prenatal.
- **CESÁREA DE EMERGENCIA:** Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.
- **CESÁREA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO:** La cesárea se realiza una vez iniciado el trabajo de parto, alcanzada una dilatación concreta con bolsa rota y al menos dos horas de contracciones uterinas adecuadas.

- **INDICACIÓN DE CESÁREA:** Está indicada cuando un parto vaginal no es posible o cuando la ocurrencia del parto vaginal implica grave daño a la salud de la madre o del bebé. Existen indicaciones claras y absolutas, como la placenta previa total. Sin embargo, la mayoría de las indicaciones son relativas, necesiándose una evaluación adecuada y juiciosa de cada caso.
- **HISTERORRAFIA:** Sutura quirúrgica de las laceraciones e incisiones uterinas.
- **MIOMATOSIS UTERINA:** Tumores benignos que se originan en células musculares y que contienen además tejido fibroso y son sensibles a estrógenos a los cuales se debe su desarrollo.
- **HIPOXEMIA:** Déficit del nivel de oxígeno en sangre.
- **HIPOXIA:** El término es utilizado cuando se produce una situación en donde el aporte de oxígeno a las células no puede cubrir las necesidades metabólicas. ⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se realizó una tabulación de los datos a través del vaciamiento del instrumento de recolección en una matriz editora del programa informático Microsoft Office Excel 2010, para Windows; donde se analizaron los datos, para la posterior tabulación y elaboración de las tablas lo que permitió estimar la tasa de incidencia y principales indicaciones de cesárea, características clínicas y antecedentes gineco-obstétricos, de las pacientes cesareadas correspondiente a la población objeto de estudio.

El presente estudio no involucró riesgo alguno sobre la información obtenida, sin embargo se solicitó el permiso correspondiente a las diversas áreas de donde se recolectó dicha información.

Se consideraron ciertos principios éticos fundamentales:

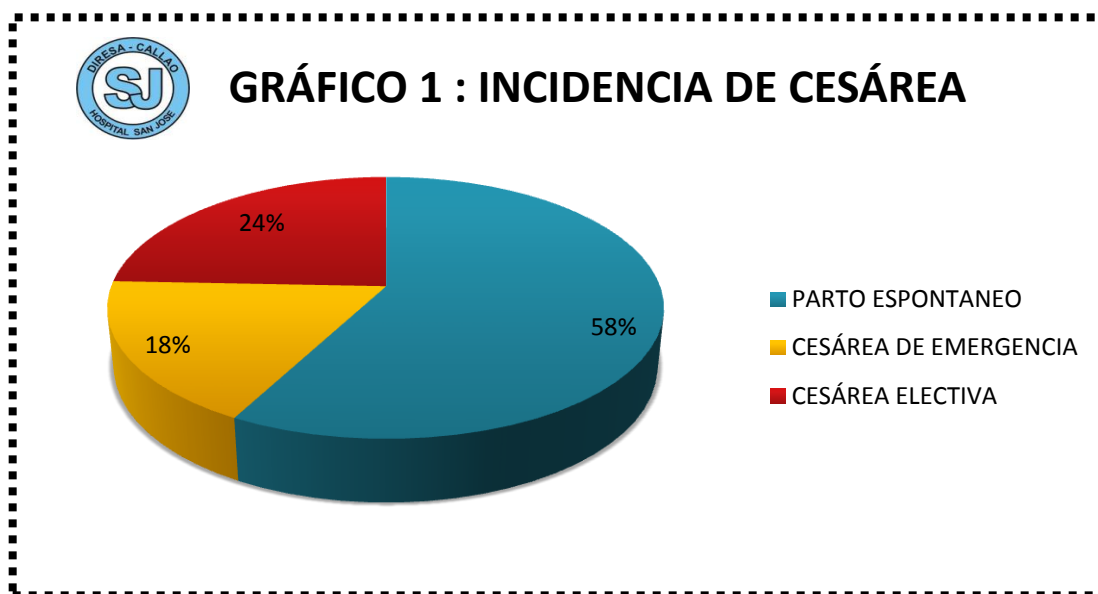
- No maleficencia: se realizaron todos los objetivos y acciones buscando poner en conocimiento la tasa de incidencia de cesárea en el Hospital “San José”, Callao, periodo Enero – Diciembre 2013.
- Confidencialidad: En consideración y respeto de este principio no se divulgaron los nombres de las personas de la población de estudio.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio tuvo como Objetivo General: Determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, en el período Enero – Diciembre 2013; sin embargo, luego de analizar los datos estadísticos se pudo hallar resultados adicionales los cuales fueron:

- **TABLA 1 : INCIDENCIA DE CESÁREA**

TIPO DE PARTO	TOTAL	%
PARTO ESPONTANEO	1052	57.99 %
CESÁREA ELECTIVA	436	24.04 %
CESÁREA DE EMERGENCIA	326	17.97 %
TOTAL	1814	100 %

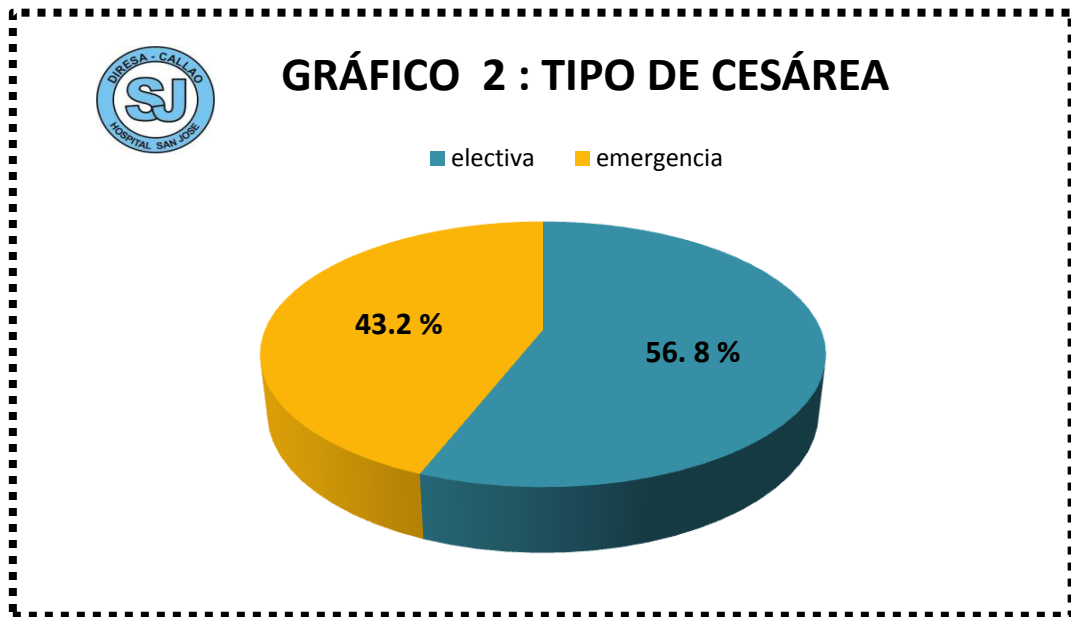


Oficina de Informática y Estadística, Hospital San José del Callao

En la Tabla 1 se observa que la incidencia de cesárea corresponde a un 42 % (762 cesáreas) del total de partos atendidos.

• **TABLA 2 : TIPO DE CESÁREA**

TIPO DE CESÁREA	Total	%
Electiva	91	56.8 %
Emergencia	69	43.2 %
Total general	160	100%



Oficina de Informática y Estadística, Hospital San José del Callao

En el Gráfico 2, 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.

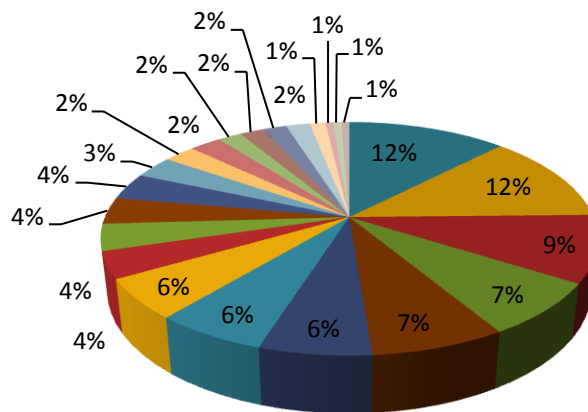
• **TABLA 3 : DIAGNÓSTICOS OPERATORIOS**

DIAGNÓSTICOS	N° de casos
DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA	20
MACROSOMIA FETAL	20
PREECLAMPSIA	15
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	12
CIRCULAR DE CORDÓN	12
INSUFICIENCIA UTERO-PLACENTARIA	10
EXPULSIVO PROLONGADO	10
OLIGOHIDRAMNIOS	9
FASE LATENTE DE TRABAJO DE PARTO	6
EMBARAZO PROLONGADO	6
FETO TRANSVERSO	6
FETO PODÁLICO	6
DISTOCIA FUNICULAR	5
PELVIS ESTRECHA	4
TALLA CORTA	3
ADOLESCENTE	3
NO TRABAJO DE PARTO	3
PERIODO INTERGENESICO CORTO	3
FASE ACTIVA DE TRABAJO DE PARTO	2
EMBARAZO GEMELAR	2
CORIOAMNIONITIS	1
CONDILOMATOSIS VAGINAL	1
HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR LA GESTACIÓN	1



GRÁFICO 3 : DIAGNÓSTICOS OPERATORIOS

- | | | |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| ■ MACROSOMIA F. | ■ DCP | ■ PREECLAMPSIA |
| ■ CIRCULAR DE CORDON | ■ SFA | ■ IUP |
| ■ EXPULSIVO PROLONG. | ■ OLIGOHIDRAMNIOS | ■ FLTP |
| ■ EMBARAZO PROLONG. | ■ FETO TRANSV. | ■ FETO POD. |
| ■ DISTOCIA F. | ■ FATP | ■ PELVIS ESTRECHA |
| ■ TALLA CORTA | ■ ADOLESCENTE | ■ NTP |
| ■ PIC | ■ EMB. GEMELAR | ■ CORIOAMNIONITIS |
| ■ CONDILOMATOSIS VAG. | ■ HIG | |



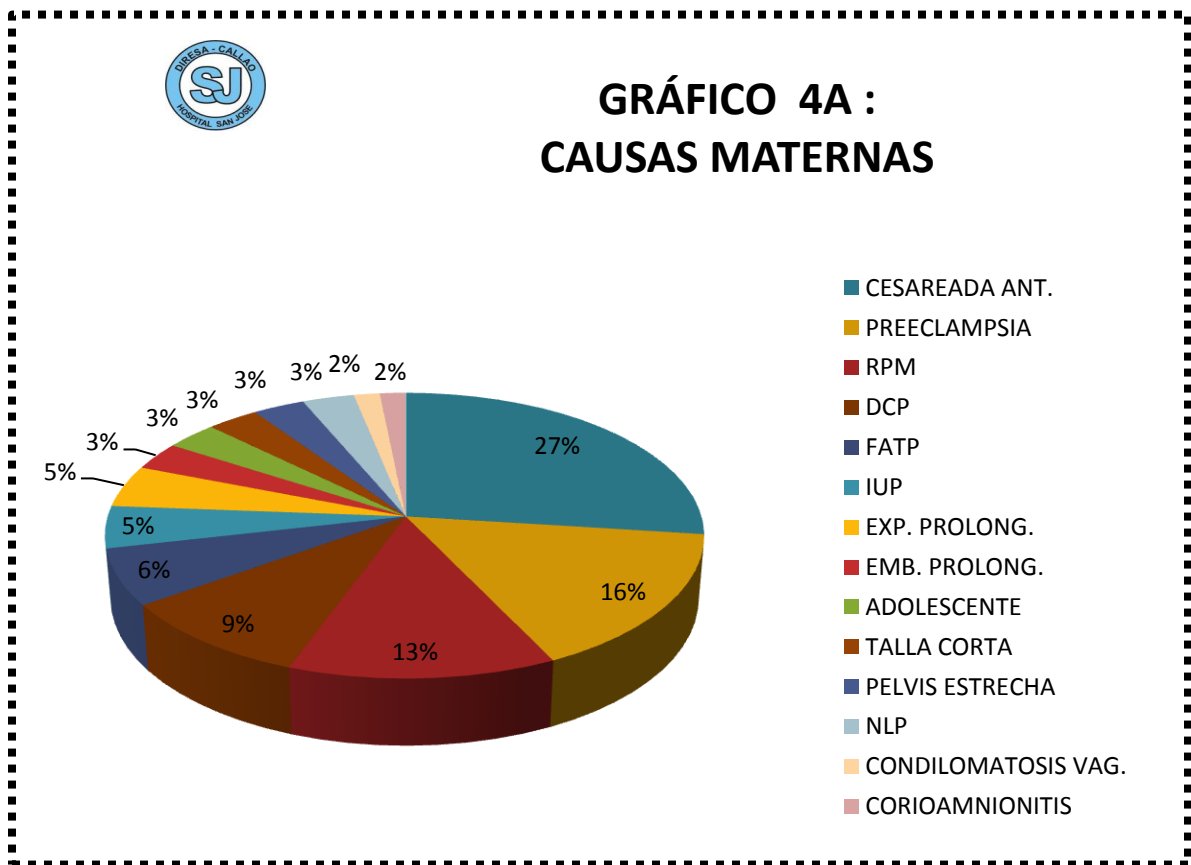
Oficina de Informática y Estadística, Hospital San José del Callao

En el grafico 3 pudimos evidenciar que:

- El mayor porcentaje fue 12 % y corresponden a desproporción cefalo-pelvica (DCP) y macrosomia fetal.
- El 9 % corresponde a preeclampsia,
- El 7 % a sufrimiento fetal agudo (SFA) y circular de cordón.
- El 6 % corresponde a insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios,
- El 4% corresponde a feto podálico, feto en transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto (FLTP).
- El 3 % corresponde a distocia funicular.

- El 2 % corresponde a pelvis estrecha, periodo intergenesico corto (PIC), no trabajo de parto (NTP), adolescente, fase activa de trabajo de parto (FATP) y talla corta.
- Por último el 1 % corresponde a embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación.

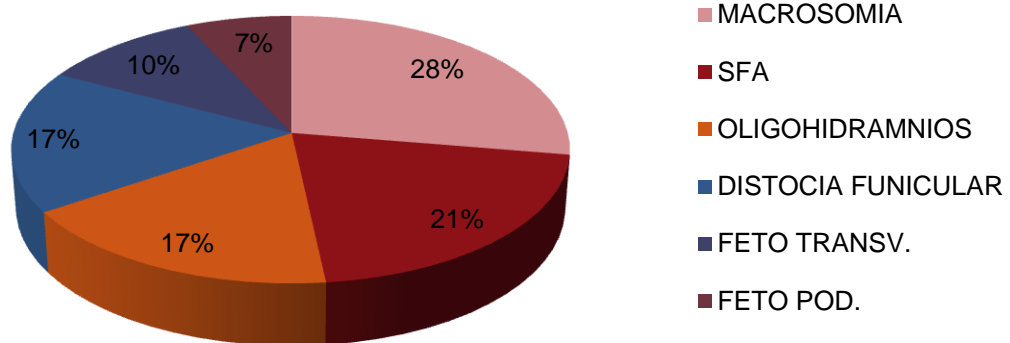
• **TABLA 4 : DIAGNÓSTICOS DE CESÁREA DE EMERGENCIA**



Oficina de Informática y Estadística, Hospital San José del Callao



GRÁFICO 4B : CAUSAS FETALES

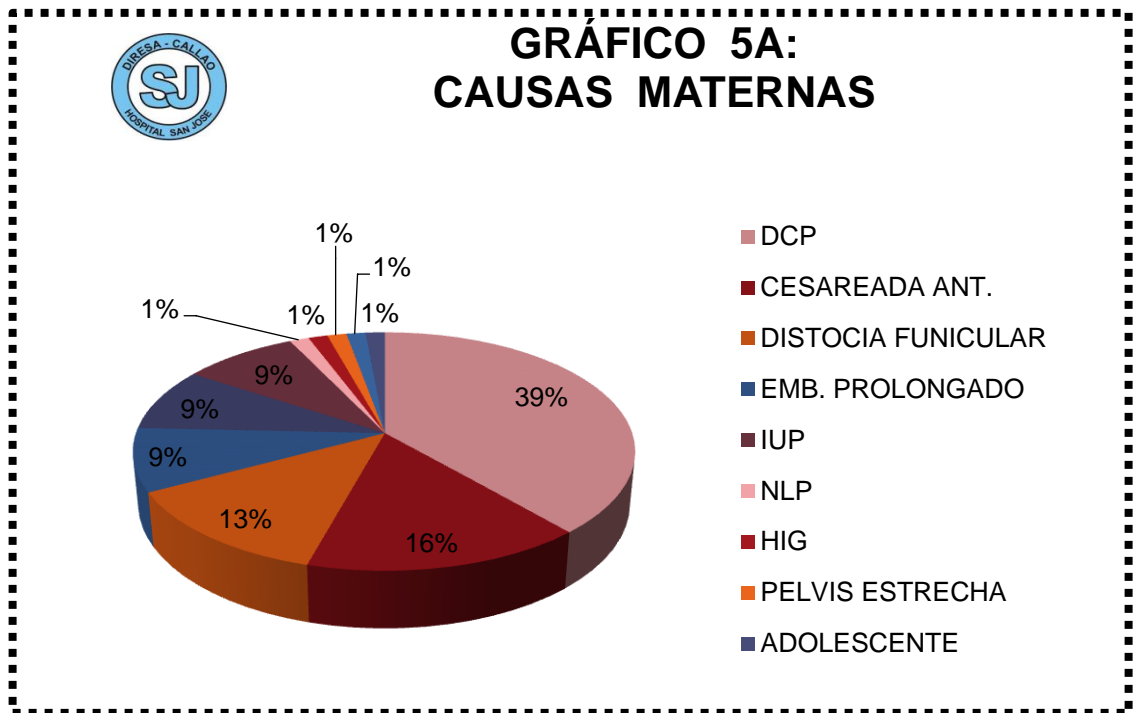


Oficina de Informática y Estadística, Hospital San José del Callao

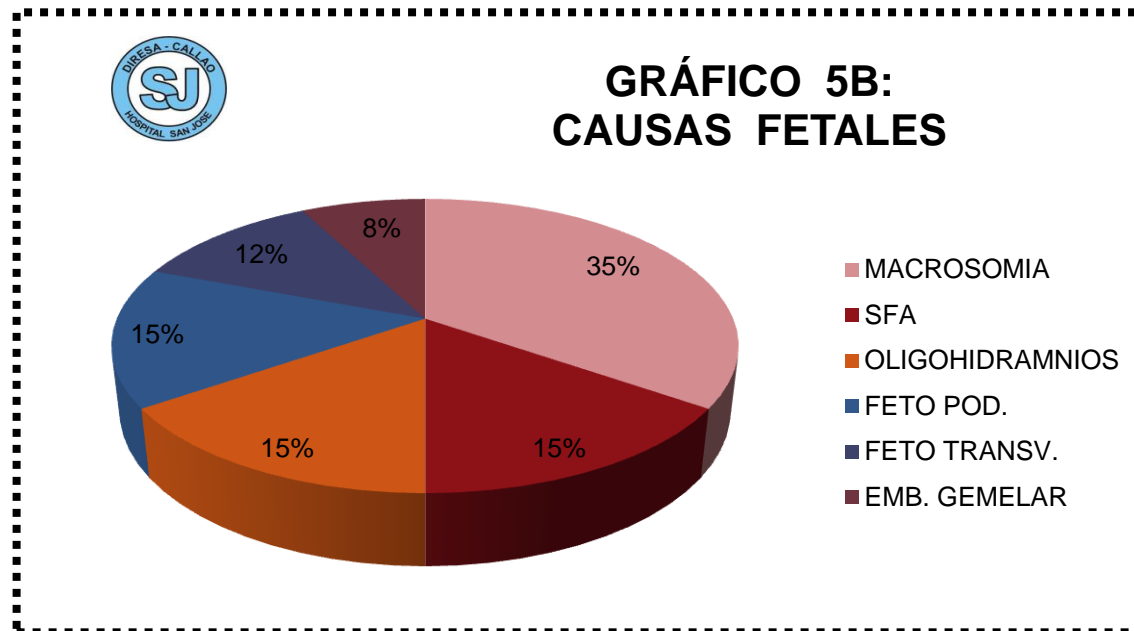
En el gráfico 4, respecto a los diagnósticos de cesárea por emergencia se dividieron en causas maternas y fetales: los 5 principales diagnósticos por causa materna fueron: Cesareada Anterior con un 27%, Preeclampsia con un 16%, Ruptura Prematura de membranas con un 13%, Desproporción Cefalo-pelvica 9% y Fase Activa del Trabajo de Parto con un 9%. Se observa que el principal diagnóstico de emergencia para realizar la cesárea fue por ser cesareada anterior el cual corresponde a un 18%.

Las 5 principales Indicaciones Fetales fueron: Macrosomía con un 28%, Sufrimiento Fetal Agudo con un 21%, Oligohidramnios y Distocia Funicular con un 17%, Feto Transverso con un 10%.

• TABLA 5 : DIAGNÓSTICOS DE CESÁREA ELECTIVA



Oficina de Informática y Estadística, Hospital San José del Callao



Oficina de Informática y Estadística, Hospital San José del Callao

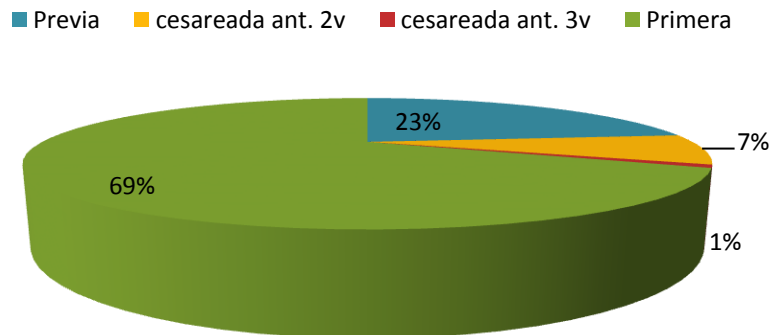
En el gráfico 5 respecto a los diagnósticos de cesárea electiva se han dividido en causas maternas y fetales. Los 5 principales diagnósticos por Causa Materna fueron: Desproporción cefalo pélvica con un 39%, cesareada anterior con un 16%, distocia funicular con un 13% , embarazo prolongado e insuficiencia utero-placentaria con un 9%. Los 5 principales diagnósticos por causa fetal fueron: Macrosomía con un 35%, sufrimiento fetal agudo , oligohidramnios y feto podálico con un 15%, feto en transversal con un 12%.

• **TABLA 6 : ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

ANTECEDENTE QUIRÚRGICO	TOTAL	%
CESÁREA PREVIA 1V	37	23.1 %
CESAREADA ANT. 2V	12	7.5%
CESAREADA ANT. 3V	1	0.6%
NO PRESENTA ANTECEDENTE DE CESÁREA	110	68.8%
TOTAL	160	100%



GRÁFICO 6 : ANTECEDENTE QUIRÚRGICO



Oficina de Informática y Estadística, Hospital San José del Callao

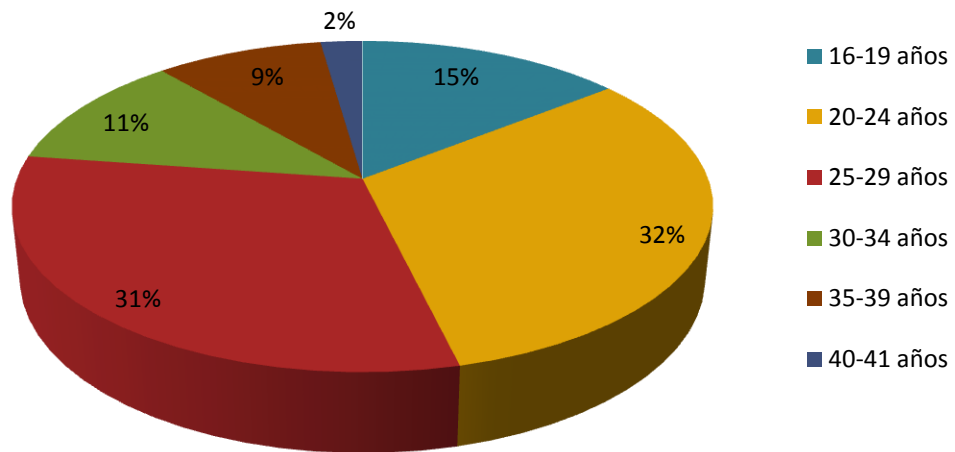
En el gráfico 6 respecto a los antecedentes quirúrgicos se observa que el porcentaje más elevado es 69% equivalente a 110 pacientes que no presentan antecedentes de cesáreas anteriores; el 23%, 7% y 1% corresponden a las pacientes que presentan antecedentes de 1, 2 ó 3 cesáreas respectivamente.

▪ TABLA 7 : EDAD

EDAD	TOTAL	%
16-19 años	24	15
20-24 años	51	32
25-29 años	50	31
30-34 años	18	11
35-39 años	14	9
40-41 años	3	2
TOTAL GENERAL	160	100%



GRÁFICO 7 : EDAD

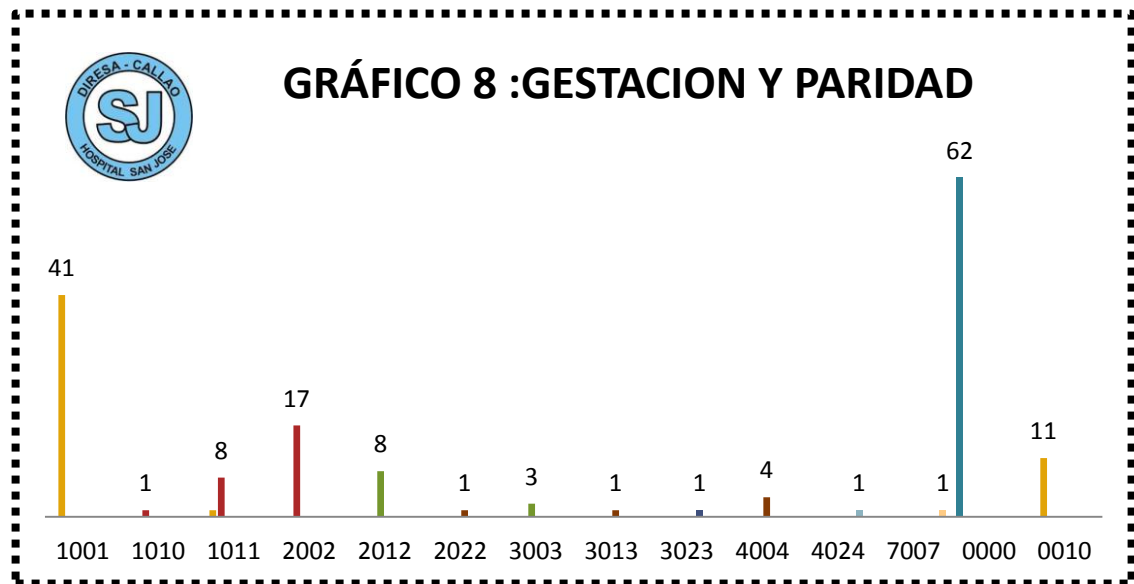


Oficina de Informática y Estadística, Hospital San José del Callao

En el gráfico 7, de un total de 160 historias clínicas de pacientes cesareadas (correspondiente a la muestra) en el periodo Enero – Diciembre 2013, 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 8 : GESTACIÓN Y PARIDAD**

		G	E	S	T	A				
PARA	1	2	3	4	5	6	7	8	Total General	%
0000	62								62	38.8%
0010		11							11	6.9%
1001		41							41	25.7%
1010			1						1	0.6%
1011			8						8	5 %
2002			17						17	10.7%
2012				8					8	5 %
2022					1				1	0.6%
3003				3					3	1.8%
3013					1				1	0.6%
3023						1			1	0.6%
4004					4				4	2.5%
4024							1		1	0.6%
7007								1	1	0.6%
Total General	62	52	26	11	6	1	1	1	160	100%

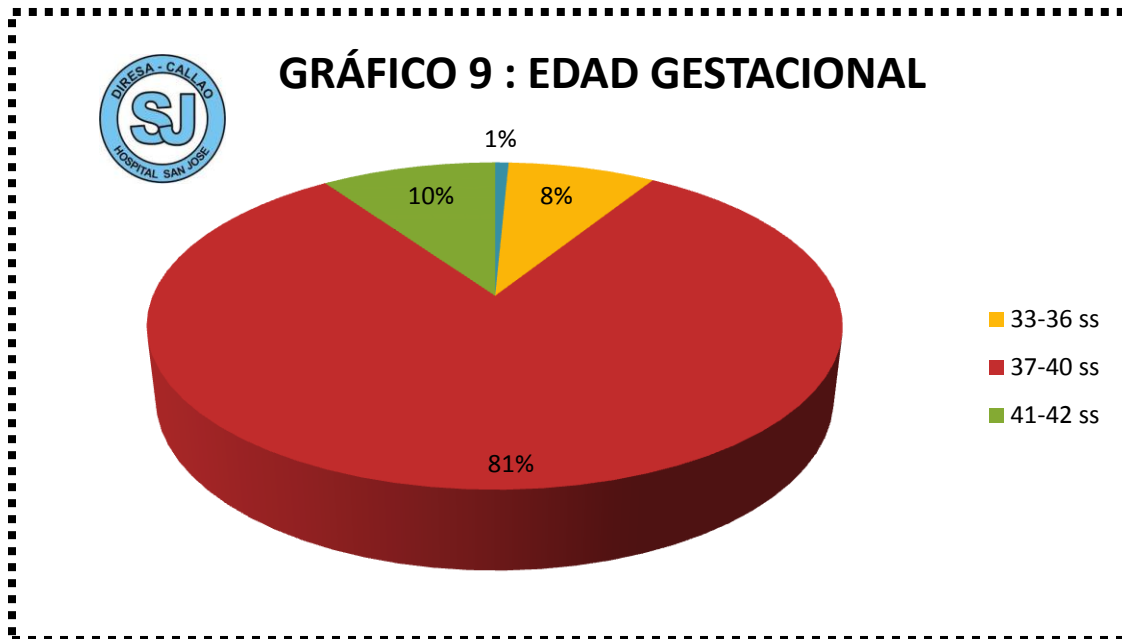


Oficina de Informática y Estadística, Hospital San José del Callao

En el gráfico 8, 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 9 : EDAD GESTACIONAL**

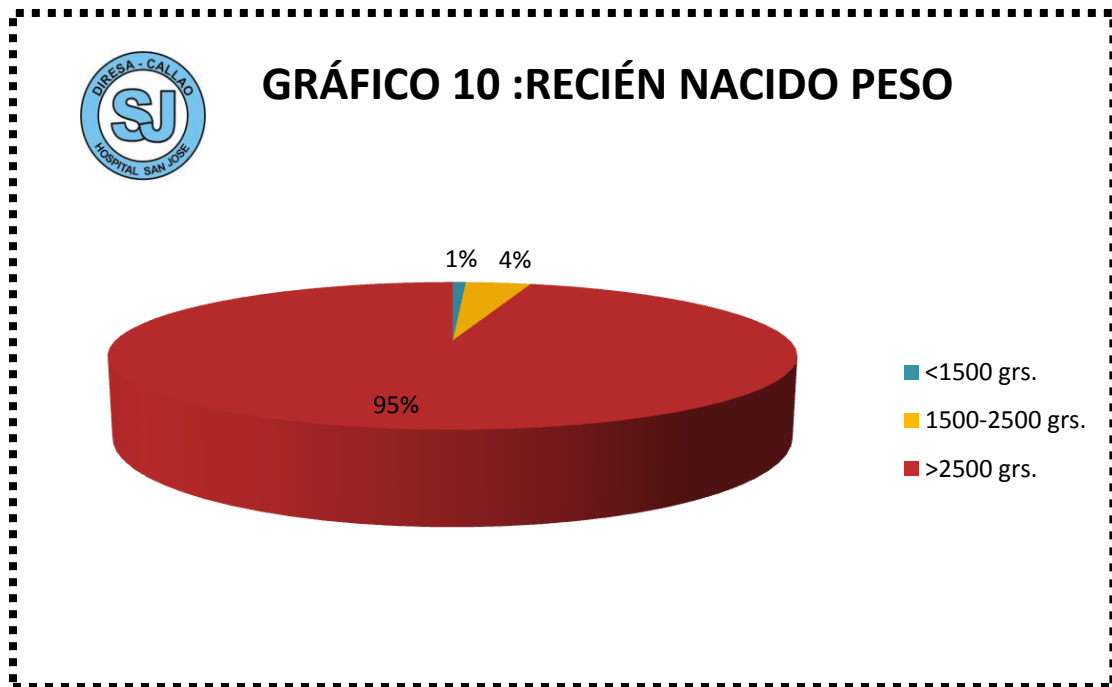
EDAD GESTACIONAL	TOTAL	%
<32 ss	1	0.6%
33-36 ss.	13	8.1%
37-40 ss.	130	81.3%
41-42 ss.	16	10 %
TOTAL GENERAL	160	100%



En el gráfico 9, respecto a la edad gestacional se observa que el 0.6%, corresponde a menos de 32 semanas, entre 33 y 36 semanas (RN pre-término) ocupa el 8.1%, entre las 37 y 40 semanas (RN a término) ocupa el 81.3% , y de 41 a 42 semanas (RN post-término) ocupa el 10 % del total.

• **TABLA 10 : PESO DEL RECIÉN NACIDO**

R.N PESO	TOTAL	%
<1500 grs.	1	0.6 %
1500-2500 grs.	6	3.8 %
>2500 grs.	153	95.6 %
TOTAL GENERAL	160	100%



Oficina de Informática y Estadística, Hospital San José del Callao

RESULTADO: En el gráfico 10, respecto al peso del recién nacido, el mayor porcentaje es 95.6% representando a los recién nacidos con un peso mayor de 2500 g. (RN normales y macrosómicos), el 3.8% representa a 1500 – 2500 g. (RN de bajo peso) y 0.6 % representa a menos de 1500 g. (RN de peso extremadamente bajo).

DISCUSIÓN

Revisando antecedentes de tasa de incidencia de cesáreas, encontramos que en EE. UU. la tasa de incidencia más alta (en el año 2010) corresponde a un 32%; así mismo en algunos Hospitales de España encontramos que presentan tasa de incidencia de 24% (en el año 2009).⁽²⁶⁾

De acuerdo a los resultados encontrados en el presente estudio, la tasa de incidencia de cesáreas en el Hospital San José del Callao en el año 2013 fue 42%, superando el 40% de tasa de incidencia que alcanzó en el año 2012. Frente a esta realidad el presente trabajo demuestra que la tasa de incidencia de partos por cesárea supera notablemente la recomendación de la OMS (incidencia menor o igual a 15%) y a la vez evidencia un aumento cada año.⁽²⁶⁾

Claramente se aprecia una cifra alarmante, donde la tasa de incidencia de cesárea supera casi en un 300% lo estipulado por la OMS; existen muchos factores por analizar, quizá el más importante sería identificar los días y horarios donde se produce con mayor frecuencia las cesáreas, y de esta manera identificar a los profesionales gineco-obstetras encargados de realizar este procedimiento quirúrgico. Además la formación de una comisión fiscalizadora contribuiría enormemente al control y reducción de la tasa de incidencia de cesárea dentro del hospital, ya que a mi parecer existe muy poco control en la toma decisión sobre este procedimiento quirúrgico.

Analizando los datos estadísticos de nuestro espacio muestral, podemos apreciar que el 69.0 % de las cesáreas (equivalente a 110 pacientes) no tenían antecedentes de cesárea anterior y fueron sometidas a este procedimiento quirúrgico por primera vez durante el periodo Enero-Diciembre 2013, este dato cobra mayor relevancia cuando en un grafico posterior se aprecia que el 40 % de las pacientes eran primigestas; es decir por cada 10 mujeres cesareadas, 7 no tenían antecedentes de cesáreas y 4 de ellas gestaban por primera vez.

Entonces, si en la actualidad la cesárea anterior es uno de los diagnósticos operatorios más frecuentes ¿cual era el criterio diagnostico para indicar una cesárea a pacientes sin antecedente de cesárea ni gestación anterior? Probablemente podemos suponer que el criterio clínico tuvo un rol importante en la toma de esta decisión.

Otro punto importante a tener presente es quizá el temor de los profesionales de la salud a probables complicaciones y posteriores demandas judiciales (muy frecuentes por parte de la población en la actualidad), por lo que esta situación subjetiva puede condicionar al aumento del número de cesáreas por cada turno operatorio.

Revisando los datos estadísticos obtenidos en las tablas posteriores se evidenció que el rango de edades de las pacientes cesareadas en el Hospital San José, estaba entre 16 y 41 años, siendo el porcentaje más elevado un 32% (equivalente a 51 pacientes cesareadas) el cual representaba al rango de edades entre 20 y 24 años. Así mismo se evidencia que 38.8% (equivalente a 62 pacientes) corresponden a pacientes primigestas; seguido de un 25.7% (equivalente a 41 pacientes) las cuales solamente han tenido un hijo.

Otro dato importante se evidenció al encontrarse que la mayor frecuencia de cesáreas en el Hospital “San José” del Callao en el periodo Enero-Diciembre 2013 fueron realizadas a pacientes que se encontraban entre las 37 y 40 semanas (81.3% de la muestra); y que el peso del recién nacido, casi en su totalidad (95.6%) fue mayor de 2 500 g. Con esto podemos inferir que la causa de la mayor cantidad de pacientes cesareadas no incluía gestantes cuyo producto era pre termino, ni de bajo peso; siendo otras las causas de cesárea a considerar.

Con estos valores se puede apreciar claramente que ni la edad de los pacientes, ni la edad gestacional, ni el peso del recién nacido fueron motivo de realización de cesárea.

Además, a pesar de no ser el objetivo principal de esta tesis, al analizar los datos estadísticos obtenidos en este estudio, hemos podido encontrar que las principales indicaciones de cesárea en las gestantes del Hospital “San José” del Callao, son: Desproporción céfalo pélvica y la macrosomía fetal, este resultado coincide con el de muchos otros Hospitales de Lima, del interior del País y de Latinoamérica. Sin embargo lo curioso en este estudio es que existe una alta diversidad de diagnósticos pre quirúrgico para este procedimiento, muchos de ellos con tasas muy bajas de 1 %, 2 %, 3 %, 4 %, 6 % y 7 % probablemente por la falta de homogeneidad en los criterios diagnósticos para cesárea.

Por último, se ha podido apreciar que la tasa de Incidencia de cesárea de tipo electiva (56%) es mucho mayor que la tasa de incidencia de cesáreas de emergencia (44 %); lo preocupante de este resultado se debe al temor de que este procedimiento quirúrgico deje de ser utilizado con fines netamente medico-asistenciales y se vuelva una intervención quirúrgica realizada por razones de carácter subjetivo donde la propia paciente decide si desea o no realizarse este tipo de procedimiento, o convertirse en una intervención quirúrgica netamente económica donde es el propio médico quien aumenta la tasa de incidencia de cesárea, al traer al hospital, sus pacientes del sector privado.

Por tal motivo, es de mi parecer, que en los diferentes hospitales del país (en especial de Lima) deberían realizarse múltiples trabajos de investigación de este tipo, con la finalidad de establecer un antecedente de cifras estadísticas que demuestren el incremento año por año de la tasa de incidencia de cesáreas en nuestro país; para que en un futuro puedan servir de base y punto de partida para la realización de otro tipo de investigaciones donde se relacionen las variables encontradas.

CONCLUSIONES

A pesar que la tasa de incidencia de cesáreas en nuestro país muestra un valor estadístico de 15%, esta situación epidemiológica varía mucho entre cada región. Debemos suponer que este promedio probablemente esconde cifras muy altas, de la zonas urbanas -hospitales y clínicas - y cifras muy bajas de las zonas rurales, con poco acceso a los centros de salud.

La conclusión principal consiste en que: el Hospital “San José” del Callao durante el periodo Enero a Diciembre del 2013 la tasa de incidencia de cesárea, representa un 42 % del total de nacimientos registrados en ese periodo de tiempo; claramente se evidencia un valor por encima de lo estipulado a nivel mundial y a nivel nacional; además se aprecia que esta tendencia se viene presentando en los últimos años, como se puede apreciar en el año 2012, donde la tasa de incidencia de cesárea alcanzó un valor de 40 % del total de nacimientos registrados.

Esto llevaría a contemplar tres conclusiones importantes, y es que:

- Primero, en el Hospital “San José” del Callao existe un escaso control en los médicos gineco-obstetras para la toma de decisiones diagnósticas y la realización de cesáreas, este hecho se aprecia claramente con la alta tasa de incidencia de dicho procedimiento quirúrgico y la alta heterogeneidad de diagnósticos operatorios que presenta.
- Segundo, no se está realizando un uso correcto del partograma por parte del personal de salud para la monitorización de las gestantes, a fin de disminuir la cantidad de pacientes cesareadas.
- Tercero, no se está considerando la chance vaginal como posibilidad en las pacientes que han tenido solo una cesárea previa y que no presentan ninguna otra complicación obstétrica.

Además podemos apreciar una alta tasa de incidencia de cesáreas de tipo electivas: 56.8%, superando la tasa de incidencia de cesáreas de emergencia, las cuales también muestran una alta incidencia, alcanzando un 43.2% durante el periodo Enero a Diciembre del 2013.

Ante estas cifras estadísticas podemos concluir que:

- Los controles pre natales en el Hospital san José, no están cumpliendo a cabalidad su objetivo, puesto que existe una alta tasa de cesárea de emergencia.
- No existe una coordinación adecuada con los centros periféricos para el control y traslado de pacientes de emergencia, condicionando un incremento en el número de pacientes cesareadas.
- Existe una mala orientación por parte del personal obstétrico para la información a las gestantes respecto a las consecuencias y peligros relativo a dicha intervención quirúrgica.

Analizando los demás datos estadísticos también se pudo obtener otros resultados que resaltan el objetivo planteado:

- ✓ El 68.8% de las pacientes cesareadas durante este año no tenían antecedente de cesárea anterior.
- ✓ El 63% se trataba de mujeres adultas jóvenes (32% entre los 20 a 24 años y 31% entre los 25 a 29 años).
- ✓ El 38.8% de las pacientes cesareadas (es decir más de la tercera parte del total) eran primigestas.
- ✓ El 81.3% de las pacientes cesareadas se encontraban entre las 37-40 semanas de gestación.
- ✓ El 95.6%, casi la totalidad, de los recién nacidos producto de las cesáreas en el año 2013, presentaron un peso mayor a los 2 500 g.

Por último, a pesar de que no era el objetivo inicial de este trabajo de investigación, al analizar las múltiples causas de cesárea (como ya se mencionó) se evidenció una gran heterogeneidad de diagnósticos operatorios, siendo los más frecuentes: Desproporción céfalo pélvica y macrosomía fetal representadas en 12 % cada uno, preeclampsia representada en 9 %, sufrimiento fetal agudo y distocia funicular representadas en 7%.

Realizando la división de diagnósticos operatorios, según los tipos de cesárea; es decir cesáreas de emergencia y cesáreas electivas, se pudo encontrar que:

- ✓ Los diagnósticos de cesárea de emergencia se dividieron en causas maternas y fetales. Los principales diagnósticos por causa materna fueron: 27% cesareada anterior, preeclampsia con 16%, ruptura prematura de membranas con 13%, desproporción cefalopelvica con 9%. Las principales indicaciones fetales fueron: macrosomía con 28%, sufrimiento fetal agudo con 21%, oligohidramnios y distocia funicular con 17% , feto en transverso con 10%.
- ✓ Los diagnósticos de cesárea electiva también se han dividido en causas maternas y fetales. Los principales diagnósticos por causa materna fueron: Desproporción cefalo pelvica con 39%, cesareada anterior con 16%, distocia funicular con 13% , embarazo prolongado e insuficiencia utero-placentaria con 9%. Los principales diagnósticos por causa fetal fueron: Macrosomía con 35%, sufrimiento fetal agudo, oligohidramnios y feto en podálico con 15%, feto en transverso con 12%.

Con todos estos resultados se concluyó que no existe una normativa o guía institucional dentro del servicio de gineco-obstetricia que establezca los criterios diagnósticos, que sea de conocimiento completo y que sea acatado en su plenitud por parte de los médicos del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital San José del Callao.

RECOMENDACIONES

- Realizar anualmente investigaciones científicas similares y mantener una base de datos con las cifras estadísticas halladas con la finalidad de obtener un punto de partida y/o referencia para futuras investigaciones.
- Definir claramente en las Historias Clínicas el Diagnóstico Principal para realizar la intervención quirúrgica.
- Establecer el uso de normativas y/o guías de manejo institucional, con el fin de justificar los diagnósticos operatorios y disminuir el número de cesáreas.
- Crear una comisión de control dentro del servicio de Gineco-Obstetricia, encargada de analizar la tasa de incidencia de cesáreas cada mes, identificando los médicos asistentes con más alta incidencia de cesárea.
- Mejorar la calidad de la Atención Prenatal para que las pacientes sean programadas de forma electiva, con la finalidad de disminuir la alta incidencia de cesáreas de emergencia.
- Incentivar en las pacientes gestantes la difusión y el conocimiento del riesgo y consecuencias que amerita una cesárea.
- Considerar el chance vaginal con el uso correcto de partograma a fin de posibilitar el parto vaginal en las pacientes que han tenido una cesárea previa y no presentan otra complicación obstétrica.
- Coordinar oportunamente con los centros periféricos para que se derive con anticipación a las pacientes que presenten alguna complicación obstétrica con el objetivo de evitar eventuales emergencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hirsch L. Cesáreas. [Sitio en internet]. Consultado en: 06 de Mayo de 2012. Disponible en:
http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/c_sections_esp.html#.
2. Abalos E. Tecnicas y materiales alternativos para cesárea, Abril 2009. Disponible en:
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004663_abalose_com/es
3. Departamento de Epidemiología del Hospital “San José” del Callao. Registro N 139 – 2012 – GRS – UEPISA - HSJ
4. Rubio M, Ángel M. Operación Cesárea. En: Orlando P, Angel M. Obstetricia Integral Siglo XXI. Bogota-Colombia: Albarracin García; 2009.302.
5. Manzano E. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. [Tesis para optar el Título Profesional de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres; 2011.
6. Chávez R. Análisis estadístico de los factores de riesgo que influyen en el médico para la operación por cesárea a pacientes atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal – 2002. [Tesis para optar el grado de Licenciado en Administración en Establecimientos en Salud] Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.
7. Oshiro E. Cesárea, tasa, indicaciones y factores de morbimortalidad materno perinatal asociados en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el período 2003-2005. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.
8. Santiago E. Factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes sometidas a cesárea. [Tesis para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres; 2011.

9. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. [Sitio en internet]. Consultado : 15 Mayo 2012. Disponible en: http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_1502_Esp_03.pdf
10. Puente A. Incidencia y Factores asociados al riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer en mujeres con cesárea iterativa, Centro Médico Naval 2008 [Tesis para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres; 2009.
11. Gonzales J, Gonzales R. Indicaciones de cesárea segmentaria en adolescentes; Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona. Estado Anzoátegui en el año 2007. [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano] Barcelona, España. Universidad de Oriente; 2009
12. Saucedo D. La adolescencia ¿es un factor de riesgo para cesárea? [Tesis para optar el grado de Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia] Colima, México. Universidad de Colima; 2006.
13. Villaverde R. Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. [Tesis para optar el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Zaragoza - España. Universidad de Zaragoza; 2009.
14. Casagrandi C, Perez P. Areces D, et al. Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007; 33(3): 1
15. Lugones M. La cesárea en la historia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001; 27(1): 53-6
16. Medline Plus. Cesárea. [sitio en internet]. Consultado: 11 de agosto de 2012. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cesareansection.html>
17. Moreno O, Félix C. Cesárea. En: Bravo A. Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia. 4° ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2006. 366-7
18. Echeverry J. Operación Cesárea. En: Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo. 6° ed. Medellín, Colombia: Distribuna; 2008. 687.

19. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la cesárea segura. [sitio en internet]. Consultado: 11 mayo de 2011. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>
20. Pacheco J, Saona P. Cesárea. En: Pacheco J. Ginecología Obstetricia y Reproduccion. 2°ed. Lima, Peru: Rep; 2007. 1322-24
21. Cabero L, Cabrillo E. Finalización del embarazo con cesárea. En: Cabero, Saldivar. Operatoria Obstétrica: una visión actual. 5 edición. Chapultepec, México: Editorial Medica Panamericana; 2009. 231-5.
22. Schwarcz, Sala, Duverges. Operacion Cesarea. Obstetricia. En: Schwarcz. Obstetricia. 6°ed. buenos Aires: El Ateneo; 2005. 703-8
23. Moreno O, Félix C. Cesárea. En: Bravo A. Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia. 4° ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2006. 388
24. Diccionario Mosby Pocket de medicina y ciencias de la salud. 2°ed. Madrid: Harcourt; 2002.
25. Organización de las Naciones Unidas. Guías de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. [sitio en internet] Consultado: 10 de mayo de 2011. Disponible en: <http://www.onu.org.pe/upload/documentos/MINSA-Guia-Atencion-emergencias-Obstetricas.pdf>.
26. Análisis de la Situación de Salud (ASIS) 2012. Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital San José. Callao. Lima 2013

ANEXOS