

UNIVERSIDAD PERUANA  
DEL CENTRO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA

“CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA CESAREA EN LOS HOSPITALES A  
NIVEL NACIONAL, LATINOAMERICANO E INTERNACIONAL”

TESIS

PRESENTADO POR LAS BACHILLERES:

BATALLA HUANCA, Indira Helen

CHUCO CONDOR, Yovana

PARA OPTAR EL TITULO DE  
OBSTETRA

HUANCAYO – PERU

2016



# UNIVERSIDAD PERUANA DEL CENTRO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA

“CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA CESAREA EN LOS HOSPITALES A  
NIVEL NACIONAL, LATINOAMERICANO E INTERNACIONAL”

TESIS

PRESENTADO POR LAS BACHILLERES:

BATALLA HUANCA, Indira Helen

CHUCO CONDOR, Yovana

PARA OPTAR EL TITULO DE

OBSTETRA

HUANCAYO – PERU

2016

JURADO

DR. Telesforo León Colonia

PRESIDENTE

MC. Juan Carlos Arancibia Pardo

SECRETARIO

MG. Iris Rosales Pariona

VOCAL



## **DEDICATORIA**

Para las personas más importantes de nuestra vida a nuestros padres por su amor y apoyo. Que gracias a su sacrificio pudimos culminar esta etapa tan importante de nuestra vida a nuestros hermanos por su cariño compañía y tolerancia.

A la vida.....por lo aprendido porque detrás de cada logro hay otro desafío.

## AGRADECIMIENTO

A Dios.

..... Por darnos la fuerza para seguir adelante sabiduría y entendimiento para cumplir nuestras metas.”

...A nuestros padres

Quienes fueron participes activos en la formación de nuestros valores por su amor apoyo incondicional.

A nuestros hermanos (as).

Por creer y confiar siempre en mí apoyándome, en todas las decisiones que he tomado en la vida.

A nuestros docentes de la carrera profesional de obstetricia de la universidad.

Que participaron en nuestro desarrollo profesional y por sus consejos.

A nuestra asesora

Por su guía por su ejemplo de profesionalidad y por compartir desinteresadamente sus amplios conocimientos experiencia.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo Describir las causas y consecuencias de las cesáreas en los Hospitales a nivel Nacional, Latino Americano e Internacional. Es un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Basándonos en la recolección y observación de estudios e investigaciones anteriores relacionados a nuestro tema de investigación, para determinar la relación entre las causas y consecuencias de las cesares a nivel Nacional, Latinoamericanas e Internacional.

Los resultados encontrados: Las causas fetales fueron: sufrimiento fetal agudo (7,37%), presentación podálica (5,6%) y causas maternas: cesáreas anteriores (5,69%), preclamsia severa (4,8%); las complicaciones maternas fueron sangrado excesivo sin shock e infección de herida quirúrgica (2,4%); las complicaciones neonatales fueron síndrome de aspiración meconial (7,6%).

Conclusiones: Se concluye que los principales causas de las cesáreas son sufrimiento fetal agudo y cesárea anterior; la principal complicación es infección de herida quirúrgica en las cesareadas y síndrome de aspiración meconial en el recién nacidos.

Palabras claves: Cesárea, causas y consecuencias de las cesáreas



## **SUMMARY**

Investigation this work aimed to describe the causes and consequences of cesarean in hospitals nationwide, Latin American and International. It is a retrospective descriptive cross-sectional study. Based on the collection and observation studies and previous research related to and research topic, to determine the relationship between the causes and consequences of Caesars National, Latin American and internationally.

The results: The fetal causes were: acute fetal distress (7.37%), breech presentation (5.6%) and maternal causes: previous cesarean (5.69%), severe preeclampsia (4.8%); maternal complications were excessive bleeding without shock and wound infection (2.4%); neonatal complications were meconium aspiration (7.6%) syndrome.

Conclusions: It is concluded that the main reasons for cesareans are fetal distress and previous cesarean; The main complication is surgical wound infection in cesarean and meconium aspiration syndrome in newborns.

Keywords: Caesarea, causes and consequences of the Caesarean

## ÍNDICE

PORTADA	i
HOJA DE RESPETO	ii
CONTRAPORTADA	iii
JURADO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
INDICE	vii
RESUMEN	ix
SUMMARY	x
CAPITULO I: EL PROBLEMA	6
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.3. JUSTIFICACIÓN	8
1.4 OBJETIVOS:	9
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	9
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	10
2.1 ANTECEDENTES	10
2.2 BASES TEÓRICAS	17
2.2.1 EL PARTO	17
2.2.1.1. CLASIFICACION DEL PARTO	17
2.2.1.2. TIPOS DE PARTO	18

2.2.1.3. PERIODOS DEL PARTO	19
2.2.1.4. LOS MECANISMOS DEL PARTO	25
2.2.2 .LA CESAREA	35
2.2.2.1 HISTORIA DE LA CESAREA	37
2.2.2.2 DEFINICION	38
2.2.2.3 CLASIFICACION DE LA CESAREA	39
. 2.2.2.4 INDICACIONES	48
2.2.2.5 TECNICA QUIRURGICA	59
2.2.2.6 TIPOS DE INSICION	60
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	62
3.1 TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:	62
3.2 ASPECTOS ÉTICOS:	62
CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	63
4.1 RESULTADOS	63
4.2 DISCUSIÓN	66
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	107
CONCLUSIONES	110
BIBLIOGRAFIA	111

# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

A nivel mundial, se ha evidenciado un incremento en el número de partos por medio de la cesárea sin alguna indicación médica que lo indique poniendo en peligro la salud de la madre o del feto y muchas veces sin medir las potenciales complicaciones que se pueden generar a partir de dicha conducta.

A pesar de Organización Mundial de la Salud recomienda que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%, sin embargo se ha se ha producido una tendencia de incremento en todo el mundo de un 6% al principio de las década de los 60 hacia un 40% en la actualidad.

En el año 2014, una de cada tres mujeres que tuvieron su parto en los Estados Unidos lo hizo por cesárea, en Brasil más del 30 % de los nacimientos son cesáreas, y en Chile la tasa de cesáreas asciende a 40%. Según ENDES 2013 Perú, la tasa de cesáreas se incrementó de 21,4% a 26,5% entre los años 2009 y 2013. De todos estos casos más de 13 mil mujeres son sometidas a cesáreas injustificadas.

La magnitud del impacto de este tipo de procedimiento a nivel global es difícil cuantificar, aún no hay suficiente evidencia que soporta sus beneficios en comparación con la vía natural de parto. En nuestro país cada vez gana mayor aceptación en el medio, pero las consecuencias que se puedan generar en próximas gestaciones y en sus partos deben

de ser reportados, ya que pueden traer consecuencias graves tanto maternas como fetales.

La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos de 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.

En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materno infantil.

Por lo que se ha visto realizar el presente trabajo de investigación para determina causas y consecuencias de la cesárea a nivel nacional Latino América e internacional. (1)

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **PROBLEMAS GENERALES**

¿Cuáles son las causas y consecuencias de las cesáreas en los hospitales a nivel nacional, latino americano e internacional?

### 1.3 JUSTIFICACION

**Social:** El conocer las causas y consecuencias de las cesáreas beneficiara a las madres gestantes de diferentes características sociales, culturales y económicas que tomen conciencia de que la elección de la cesárea como vía de parto se debe de hacer con todos los elementos de valor disponible, minimizando los riesgos y optimizando el bienestar y la salud del binomio madre hijo.

**Clínico:** la investigación realizada servirá para mejorar la atención médica mediante estrategias de capacitación permanente al personal de salud, masificación en el uso adecuado del partograma, herramienta utilizada para controlar la progresión fisiológica del trabajo de parto evitando intervenciones innecesarias y dar una adecuada asesoría a la pareja gestante con el fin de aclarar todas las dudas que puedan presentarse de tal forma que la elección de la vía del parto no sea basada en una medicina a la defensiva sino en la medicina en pro del bienestar de la madre y el feto.

**Metodológico:** La ejecución de esta investigación permitirá generar políticas de mejoramiento que involucren a gobiernos centrales, regionales, instituciones prestadoras de servicios nacionales y privadas, especialistas, protocolos y flujogramas basados en la mejor evidencia disponible; en la evaluación detallada de la población obstétrica, para intervenir a las gestantes en su primer embarazo y así promover el parto

vaginal como vía del parto, y así, dejar de perpetuar la realización de este procedimiento en los siguientes embarazos.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVOS GENERALES**

- Describir las causas y consecuencias de las cesáreas en los hospitales a nivel nacional, latino americano e internacional

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las causas maternas en las mujeres que fueron sometidas a una cesárea a nivel nacional, latino americano e internacional
- Identificar las causas fetales en las mujeres que fueron sometidas a una cesárea a nivel nacional, latino americano e internacional.
- Describir las complicaciones maternas en las mujeres que fueron sometidas a una cesárea a nivel nacional, latino americanos e internacionales.
- Describir las complicaciones de los recién nacidos de las mujeres que fueron sometidas a una cesárea a nivel nacional, latino americanos e internacionales

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO**

##### **Mozo Valdivieso, E 2015**

En esta investigación se pretende conocer la incidencia de morbilidad en las mujeres con una cesárea previa y sus hijos, aportando nuevos datos que ayuden a conocer la opción más adecuada y segura tanto para la madre como su hijo. De diseño longitudinal con una única cohorte, en la que los sujetos presentan el antecedente de cesárea. La evaluación de la morbilidad se ha realizado con la historia clínica y tres entrevistas: al alta hospitalaria, 15 y 42 días posparto. Además se ha evaluado la duración de la estancia hospitalaria, visitas a algún servicio de urgencias posterior al alta, dolor según Eva, satisfacción materna según escala tipo likert y depresión posparto mediante la escala de Edimburgo. Resultados: Las mujeres con un parto vaginal exitoso tienen mejores resultados que aquellas que deciden someterse a una cesárea iterativa, con una tasa de éxito del PVDC de 80,88% y una incidencia de rotura uterina del 1,8%. La morbilidad para las mujeres con una cesárea es del 26,2%, con parto vaginal 20% y 61,5% con PVDC fallido ( $p>0,015$ ). La morbilidad para los niños nacidos con una cesárea ha sido 14,3%, con parto vaginal 27,3% y 46,2% con PVDC fallido ( $p>0,059$ ). (2)



## **PAIGUA M, Y SALAZAR G, 2014**

El objetivo del presente estudio fue determinar las causas que conducen al parto por cesárea con la finalidad de mitigar con prevención la tasa de incremento que según la Organización Mundial de la Salud es 15 %, pero en Perú existe un alto incremento con diversas consecuencias.

Este estudio Retrospectivo, comparativo mediante la revisión de 140 historias clínicas de partos por cesárea y un mismo número por parto vaginal. Se recolectaron datos epidemiológicos y clínico - obstétrico consignados en hojas de recolección y registrado en el programa de Excel XP para Windows para luego ser procesados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 17. Resultados: Las pacientes sometidas a cesáreas se caracterizan porque el 70.7%, son de 19 a 34 años; el 65.7% proceden de los “pueblos de Lambayeque”, existe un predominio de monitoreo adecuado de 60.7%. El número de profesionales que atienden es adecuado solo en 57%. En la indicación del profesional predomina el riesgo obstétrico con 98,6%. La comodidad del profesional y de la paciente fue mayor con 98.6% y 87.1% respectivamente. Las causas maternas asociadas al parto por cesárea son la cesárea previa, las distocias del canal del parto, el periodo intergenésico corto y enfermedad hipertensiva del embarazo. Las causas fetales son malformaciones congénitas, RCIU y la muerte fetal previa; mientras que el Oligohidramnios, el DPP y la placenta previa constituyen causas

específicas del parto por cesárea. Se concluye que existen causas maternas, fetales y ovulares de partos por cesáreas. (3)

#### **CURAHUA L, 2014**

El objetivo es determinar las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y cesárea atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante el primer semestre. Metodología: estudio de tipo observacional, descriptivo comparativo, retrospectivo de corte transversal. Para este trabajo se trabajó con dos muestras: “100 gestantes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y 99 gestantes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal”, atendidas en el instituto nacional materno perinatal en el primer semestre del año 2014. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se estimó medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar). Para el análisis de variables cualitativas se estimó frecuencias absolutas y porcentajes (frecuencias relativas). Resultados: las características generales de las pacientes con cesárea previa según tipo de parto fueron: la edad promedio del grupo de parto vaginal fue 28.65 años y del grupo de parto por cesárea fue 29.13 años.

La mayoría de las pacientes del grupo de parto vaginal (46%) y de cesárea (49.5%) tuvieron edades con rangos entre 30 a 35 años. la indicación de cesárea anterior, el grupo de parto vaginal fue alteración

de la vitalidad fetal (21%), y en el grupo que culminó en cesárea la principal complicación fue la hemorragia intraparto (8.1%). conclusión: las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio que presentaron las pacientes con cesárea previa atendidas en el imp. durante el primer semestre 2014 fueron en el grupo de parto vaginal la anemia y el trauma perineal, y en el grupo de parto por cesárea fueron la anemia y la fiebre puerperal (4)

**Hatem, Yonny, y Col , 2010, VENEZUELA.**

Se realizó un estudio con la finalidad de determinar la incidencia de cesáreas en adolescentes, se realizó un estudio en el Hospital "J. M. Casal Ramos" Acarigua-Araure del Estado Portuguesa-Venezuela, se revisaron historias clínicas de pacientes adolescentes embarazadas, entre 10 y 19 años, durante 2007-2010, que ameritaron atención obstétrica, encontrándose 4.049 casos de embarazos, de los cuales el 9.72% de estas correspondió al grupo de adolescencia tardía (15-19 años) y 7,07% a la adolescencia temprana (10-14 años). El 73,39% de la población estudiada provenía del medio urbano. El control prenatal no se realizó en el 59,59% de las pacientes. El 79,79% de los embarazos que terminaron en cesáreas, fueron término a término y 9,09% pre-termino. Las indicaciones más frecuentes de cesárea fueron distocia de posición y rotación 27,63%, desproporción céfalo pélvica 13,59% y sufrimiento fetal agudo, pre eclampsia, eclampsia, cesárea anterior y distocia de dilatación con 9,8% para cada una de ellas. La anestesia general fue usada en el 68,43% de las pacientes. No hubo mortalidad

materna. Los recién nacidos, presentaron peso y talla adecuada al nacer en un 85% y 83% respectivamente.

Se recomienda medidas efectivas con respecto al control prenatal, educación sexual y métodos de control de natalidad. (5)

**Gonzalo R, Alberto, y cols. 2012, ARGENTINA.**

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en el Servicio de Tocoginecología del Hospital "J. R. Vidal", de Corrientes (Capital), para conocer la incidencia y las indicaciones de cesáreas, y teniendo en cuenta la nueva normativa vigente de permitir a las pacientes con antecedentes de cesárea previa, una prueba de trabajo de parto, ver la implicancia de esta nueva conducta. Para ello se consultó los "Libros de Registros Diarios de Partos", creándose una base de datos para permitirnos agrupar los diferentes datos y realizar un análisis por periodos, de la frecuencia cualitativa y cuantitativa de las indicaciones de cesáreas insertando como punto de corte el cambio en la normativa vigente. Se registró en el año 2010 una incidencia del 26,23% y en el año 2011, del 25,55%, se tomó como periodo de estudio desde el 1º de Junio del 2010 al 31 de mayo del 2011 teniendo en cuenta, poner en un punto medio la nueva normativa vigente. Registrándose 4530 gestaciones de las cuales 1102 culminaron en parto por cesárea, con una incidencia de 24,32% las cuales fueron discriminadas por orden de frecuencias de sus indicaciones, Cesárea Iterativa: 249 (22,5%), Sufrimiento Fetal Agudo: 148 (13,5%), Cesárea anterior: 120 (11%), Presentación Podálica: 111 (10%) y Gestación Múltiple: 82 (7,5%).

A pesar de disminuir casi completamente la indicación por Cesárea Anterior, la cifra de incidencia disminuye escasamente (0,68%), y esto a la alta incidencia de Cesárea Iterativa que enfrenta el servicio. Destacando el poco aumento de la indicación por Sufrimiento Fetal Agudo, causa principal que hace fallar la prueba de trabajo de parto y culminar en parto por cesárea. (6)

**Casagrandi Casanova, Davide, y cols., 2010, CUBA.**

El índice de cesáreas se ha incrementado considerablemente en los últimos años, por lo que el estudio de diferentes factores relacionados con la intervención es de gran importancia en la actualidad. En el Hospital "Ramón González Coro" se creó un sistema para el registro automatizado de cesáreas en el año 1997, se presentan en este trabajo algunas variables relacionadas con la operación en tres años: 1997, 2004 y 2009. El índice de cesáreas se incrementó (18,3% a 29,2%, años 1997 y 2009 respectivamente). Las indicaciones más frecuentes en 1997 fueron la desproporción cefalopelvica (13,1%) y la presentación pelviana (11,1%), mientras que en el 2009 fueron el sufrimiento fetal agudo (15,1%) y las afecciones medicas asociadas (12,1%). Predominaron en los tres años las cesáreas limpio-contaminadas (40%, 35%, 42%, en los años 1997, 2004 y 2009, respectivamente), y la frecuencia de anestesia epidural se incrementó considerablemente (16%, 34%, 92%, en los años 1997, 2004 y 2009, respectivamente). Hubo un descenso en la frecuencia de todas las complicaciones post-operatorias (30%, 26% 11%, en los años 1997, 2004 y 2009

respectivamente) y de las complicaciones infecciosas (15%, 11%, 4% en los años 1997,2004 y 2009, respectivamente), mientras se incrementaron las transfusiones de hemoderivados (4,3%, 4%, 8,1%, en los años 1997,2004 y 2009, respectivamente). Se recomienda la aplicación de programas similares para mejorar la recogida de datos relacionados con la cesárea. (7)

**Arauzo Chuco, Godofredo, 2011, PERÙ.**

En este estudio se ve que la operación cesárea está incrementándose, especialmente en EE.UU y se mantiene estable y más reducida en Europa, con los mismos resultados perinatales. Se realiza un estudio retrospectivo de la cesárea en el Hospital de Tingo María del 1º de Enero de 2003 al 31 de Diciembre de 2010. En los 7 años se atendió 21252 partos y 1520 cesáreas. Las cuatro principales indicaciones fueron distocia 34,73%, cesárea iterativa 19,21% sufrimiento fetal 11,44% y podálico 9,27%. La incidencia de cesárea 7,15% es similar a las del Japón, Bélgica, Austria y Suecia, dentro de los límites recomendados por el Centro Latino Americano de Perinatología y las principales indicaciones tienen la misma secuencia que las reportadas, variando solamente en los porcentajes.(8)

**Ordinola Paz, Julio y Fernández Neyra, Luis F., 2010, PERÙ.**

El presente trabajo de investigación se ejecutó en la ciudad de Paita – Piura, Centro Materno Infantil “Nuestra Señora de las Mercedes”, teniendo como objetivo principal determinar las causas frecuentes de

cesárea. La incidencia de la operación cesárea en este nosocomio fue de 11,45%, con una frecuencia de 1 cesárea por cada 7 a 8 partos, la edad fluctuó entre 20 a 29 años con un 57,14%, el 53,57% provenían de zonas urbano marginales de la provincia de Paita, los cuales no tuvieron control pre natal. La causa más frecuente de la operación cesárea, lo constituyo la cesárea previa con un 26,7%, el sufrimiento fetal agudo fue la causa menos frecuente con 8,3%, no se presentó ningún caso de mortalidad materna, pero si caso de muertes fetales con un 5,17% y el 6% de los recién nacidos fueron pre maternos.(9)

**García, Fernando; 2009, PERÙ.**

El objetivo del estudio es determinar las características de la cesárea histerectomía en un Hospital general de Lima. Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de 29 pacientes mujeres que fueron sometidas a cesárea más histerectomía en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, en el periodo 2004-2009.

Hubo 30 851 partos en ese periodo, de los cuales 8746 fueron por cesárea (incidencia 28,35%). Las cesáreas-histerectomías representaron el 0,3% del total de cesáreas realizadas (tasa de incidencia 84,3 por 1000 partos). La edad promedio fue 34,6 años donde 51,72% fueron añosas. Grandes multíparas fueron el 20,69%, nulíparas el 20,69% y con paridad promedio el 3,6%. El 34.48% tenía antecedente de cesárea. Las indicaciones para cesárea fueron: desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa sangrante, preeclampsia severa, sufrimiento fetal agudo, deflexión, cesareadas 2 o 3 veces, embarazo

prolongado, miomatosis carcinoma in situ de cérvix. Las indicaciones para histerectomía fueron: acretismo placentario (n=11), atonía uterina (n=9), miomatosis (n=3), útero de couvelaire n= (2), corioamnionitis (n=2), ruptura uterina (n=1) y carcinoma in situ (n=1). El tiempo operatorio promedio fue 3 horas 28 minutos. Transfusión sanguínea promedio: 3,6 paquetes globulares. Se usó anestesia epidural (21,1%), general (34,8%) o epidural + general (41,38%). Las complicaciones intraoperatorias fueron sangrado (20,7%), lesión vesical (13,8%), laceración de epiplón (3,45%), entre otras; las post operatorias, infecciones (17,3%), fistula vesicocutanea (3,45%), tromboembolismo pulmonar (3,45%) y anemia (3,45%). Tiempo de hospitalización promedio: 10 días (4-62 d). Ningún paciente falleció. De los recién nacidos, 9 fueron óbitos y 20 recién nacidos vivos. El seguimiento y evolución de las pacientes fue favorable. Conclusión: La cesárea histerectomía es un procedimiento quirúrgico poco frecuente, pero su técnica quirúrgica y sus indicaciones deben ser dominadas por todo especialista en ginecología y obstetricia por su potencial para salvar vidas. Además, es importante contar con un buen banco de sangre y una unidad de cuidados intensivos especializada para lograr resultados satisfactorios. (10)

**Roque Alemán, Clarita María y Purizaga Izquierdo, Néstor, 2009, PERU.**

El objetivo del estudio fue determinar las principales complicaciones materno perinatales según la vía de parto de las pacientes con el



antecedente de cesárea, del Hospital de apoyo III de Sullana, durante el periodo comprendido entre junio de 2003 a mayo del 2008. La investigación fue de tipo descriptiva, y su diseño metodológico no experimental; las unidades de observación se conformaron en dos grupos de puérperas con antecedente de cesárea, el primero correspondió a todos los casos con terminación de parto por vía vaginal (N2=115), durante el lapso del estudio. No hubo selección de la muestra porque se trabajó con los datos de la población de dichos grupos. Se aplicó la prueba de Chi cuadrado para determinar la asociación estadística entre cada una de las variables estudiadas y la vía de parto. También se usó el test Z. Como resultados más importantes, las pacientes con antecedente de cesárea anterior y cuyo parto fue por vía vaginal presentaron como principales complicaciones maternas a la anemia, infección del tracto urinario, desgarros perineales, hemorragia puerperal y dehiscencias de suturas.

Así mismo, sus productos no presentaron asfixia neonatal, registrándose un solo caso de síndrome distress respiratorio. Para el caso de las pacientes con cesárea iterativa las principales complicaciones maternas presentadas fueron: la anemia, infección del tracto urinario, infección de herida operatoria, infección puerperal, hemorragia puerperal y dehiscencia de suturas. Igualmente, sus productos presentaron solo dos casos de complicaciones prenatales (síndrome de aspiración neonatal y depresión neonatal moderada). El desgarro perineal presenta diferencias altamente significativas según la vía del parto. Así mismo, las

complicaciones como la anemia, la infección de herida operatoria y la infección puerperal presentan diferencias significativas.(11)

**Echais, José Fernando, 2010, PERÚ.**

El objetivo de esta investigación es determinar y especificar las principales indicaciones y complicaciones de los partos por cesárea.

Material Y Métodos: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo.

Se revisó las historias clínicas e historias perinatales de 109 pacientes sometidas a parto por cesárea en el Hospital General De Oxapampa, entre enero del 2008 y diciembre del 2009. Se realizó análisis univariado para variables maternas y neonatales utilizando tablas de frecuencia y porcentaje. RESULTADOS: La tasa de cesáreas para el periodo de estudio fue de 25,7%. La mayoría de las pacientes tenían entre 20 y 35 años (56,9%), educación primaria (35,8%), estado civil conviviente (54,1%) gestación a término (77,6%). Las principales indicaciones para cesárea fueron: desproporción cefalopelvica (21,1%), sufrimiento fetal (20,2%), cesárea previa (11,9%) y presentación podálica (9,2%). Siete pacientes (6,3%) presentaron morbilidad puerperal, siendo la endometritis la infección de herida operatoria las principales causas (28,6%). No hubo muertes maternas. La tasa de mortalidad perinatal fue 8,7 por 1000 nacidos vivos. CONCLUSIONES: La tasa de cesáreas para el periodo de estudio fue 25,7%, siendo principales indicaciones desproporción cefalopelvica, sufrimiento fetal, cesárea previa y presentación podálica, las principales complicaciones fueron endometritis e infección de herida operatoria.(12)

**Calapuja Calsina, Lilian, 2010, PERU.**

La cesárea es un procedimiento quirúrgico obstétrico que se realiza en forma programada y otras en condiciones de emergencia lo que genera mayor morbilidad materna y neonatal. OBJETIVO: Comparar la incidencia, indicaciones y la morbimortalidad del parto por cesáreas en los dos quinquenios consecutivos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna periodo 2000-2004 vs 2005-2009. METODO: Estudio Transversal, Retrospectivo, Comparativo y Comparativo y Analítico. RESULTADOS: La incidencia de cesáreas fue de 25,11 % en el quinquenio 2000-2004 y 32,95% en el 2005-2009. La indicación más frecuente fue la Desproporción Feto Pélvica (36,99% y 40,81%), seguida por sufrimiento fetal (14,46% y 15,92%), Cesárea anterior (12,70% y 11,81%), Presentación Podálica (10,38% y 9,07%) y toxemia (6,07% y 5,91%). La morbilidad materna fue de 9,51% y 6,60%. La tasa de mortalidad materna fue de 7,85% y 3,25%; en cuanto al Recién nacido fueron a término 89,61% y 88,68%, el peso entre 2500 gr y 3999 gr fue de 79,06% y 76,17%. En relación al Apgar al minuto fueron vigorosos 92,88% y 94,71% y a los 5 minutos 98,74% y 98,34%. La morbilidad fue de 9,56% y 21,33% respectivamente. (p=0,0001). La mortalidad fue 18,85 x 1000 y 13,03 x 1000 recién nacidos vivos. (p= 0,0001). (13)

## 2.2 BASE TEÓRICA

### 2.2.1 EL PARTO

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Después de dar a luz, tanto la madre como su bebé se encuentran en buenas condiciones. La evolución del parto está influida no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, culturales y ambientales. La mayoría de las mujeres sanas, con la atención y apoyo adecuados y con un mínimo de procedimientos médicos pueden dar a luz sin poner en riesgo su seguridad y la de los bebés.

#### 2.2.1.1 CLASIFICACIÓN DE PARTOS:

Pero independientemente de la opción que elijas para dar a luz, el parto puede clasificarse según el tiempo de gestación:

- **Parto de término:** es el que ocurre entre las 37 y 42 semanas de gestación.
- **Parto pre término:** es el que ocurre entre las 28 y las 37 semanas de gestación.
- **Parto pos termino:** cuando el parto ocurre después de las 42 semanas de gestación.

### **2.2.1.2 Tipo de partos**

- **Parto eutócico:** es el parto normal y el que se inicia de forma espontánea en una mujer, con un feto a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.
- **Parto distócico:** cuando se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto.

### **2.2.1.3 Periodos del parto**

#### **Primer periodo dilatación**

La aparición de contracciones progresivamente más frecuentes e intensas suele ser la primera señal de que el parto comienza. Gracias a ellas, usted prestará atención a lo que le está ocurriendo y podrá observarse para tomar las decisiones más oportunas. Las contracciones se irán convirtiendo en rítmicas y dolorosas consiguiendo que el cuello del útero se adelgace de forma gradual, adquiera una consistencia blanda y vaya dilatándose. En un determinado momento será conveniente que acuda al hospital. Luego se realizará una exploración vaginal para determinar los cambios que el cuello ha experimentado y así conocer si el parto se ha iniciado y en qué fase se encuentra. Se considera que el parto está claramente establecido cuando el cuello tiene una dilatación de alrededor de 4 centímetros. El tiempo y las

contracciones necesarias para alcanzar esta dilatación son muy variables y en ocasiones este periodo denominado **fase latente o pasiva** de la primera etapa del parto es largo y durante él pueden surgir dudas sobre si el parto se ha iniciado ya o no.

**La fase activa** de la primera etapa del parto comienza al alcanzar los 4 centímetros de dilatación y culmina al alcanzar los 10 cm. Su duración es variable, depende sobre todo del número de partos que ha tenido cada mujer y su progreso no es necesariamente lineal: La fase activa de la primera etapa del parto de las mujeres que van a tener su primer bebé (nulíparas) suelen ser de alrededor de 8 horas, siendo infrecuente que se alargue más de 18 horas. En las mujeres que ya han tenido algún parto (multíparas), la duración esperada es de aproximadamente 5 horas, aunque en algunas ocasiones puede prolongarse más de 12 horas.

### **Segundo periodo expulsivo**

Es la que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa (10 centímetros de dilatación) y el nacimiento del bebé. También se subdivide en dos fases:

Pasiva y activa.

Durante la **fase pasiva** de la segunda etapa del parto no se percibe sensación de pujo y las contracciones uterinas hacen

descender la cabeza del bebé a lo largo de la vagina. Su duración en las nulíparas puede alcanzar hasta dos horas y en las mujeres que ya han tenido hijos, hasta una hora si no han recibido analgesia epidural y hasta dos horas si la reciben.

La **fase activa** de la segunda etapa comienza cuando el bebé es visible, se producen contracciones de expulsivo o se percibe el deseo de pujo. A partir de este momento el pujo materno ayuda al descenso y permite el nacimiento del bebé. La duración normal en nulíparas sin epidural es de hasta una hora y de hasta dos horas con epidural. En multíparas la duración normal es de hasta una hora independientemente de que tengan o no analgesia epidural.

En cuanto el bebé nazca será colocado en sus brazos para que lo mantenga en contacto piel con piel sobre su pecho desnudo. Hoy conocemos la importancia de que los bebés sanos mantengan este contacto piel con su madre de forma inmediata e ininterrumpida desde el momento del nacimiento y durante una a dos horas. Tras el nacimiento del bebé el cordón umbilical se ligará, preferiblemente pasados dos minutos o cuando cesa el latido.

### **Tercer periodo alumbramiento**

La tercera etapa del parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. En la guía sobre la atención al parto

normal se recomienda el manejo activo o dirigido de la tercera etapa del parto, es decir, la administración de oxitocina intravenosa para disminuir el riesgo de hemorragia postparto y acortar la duración de este periodo. Sin embargo, el alumbramiento espontáneo, sin utilización de fármacos, es una opción aceptable para aquellas mujeres que, teniendo un riesgo bajo de hemorragia, lo prefieran. Si el alumbramiento es dirigido, es decir con administración de oxitocina, la expulsión de la placenta se produce normalmente en el transcurso de 30 minutos tras el nacimiento, mientras que en el caso de alumbramiento espontáneo se puede demorar hasta 60 minutos.(14)

#### **El cuarto periodo puerperio**

El puerperio inmediato son las primeras horas tras el parto. Se debe realizar una vigilancia de la madre controlando sus constantes vitales, como la tensión arterial, el pulso y la temperatura.

Es muy importante controlar la buena contracción de la matriz para evitar sangrados excesivos. Se palpa el útero como una masa de consistencia dura unos 2-4 cm por debajo del ombligo. La realización de masajes sobre esta masa ayuda su correcta contracción. En las primeras horas pueden aparecer los entuertos, contracciones uterinas a veces dolorosas, más frecuentes en pacientes que han tenido ya varios partos previos.



Los loquios son las pérdidas vaginales posparto, que al principio serán rojos y al cabo de los días cambiarán a color marrónáceo y posteriormente amarillento. Debe controlarse la cantidad de los loquios así como su olor para detectar posibles infecciones lo antes posible.

Es importante que la primera micción posparto no se demore en exceso para evitar infecciones de orina y favorecer la correcta contracción uterina. En algunos casos se mantendrá una sonda urinaria las primeras horas posparto. . La evacuación intestinal debe favorecerse con dieta rica en fibra y la utilización de microenemas si son necesarios.

#### **2.2.1.4 Mecanismo de parto**

Durante la mecánica del parto, los diámetros menores del feto pasan por los diámetros mayores de la pelvis materna. Con el fin de no quedar encajado en algún punto durante su trayectoria fuera del útero, el neonato pasa por una serie de movimientos naturales que constituyen el mecanismo del parto.

- **Descenso:** ocurre por acción de la gravedad una vez dilatado el cuello uterino, así como de las poderosas contracciones uterinas y de los músculos abdominales maternos. El descenso tiende a ser lentamente progresivo basado en la estructura pélvica materna.

- Flexión: la cabeza del feto se flexiona, de modo que el mentón fetal hace contacto con su pecho, al encontrarse el primer punto de resistencia del piso pélvico.
- Encajamiento: el diámetro de la cabeza del feto que va desde un hueso parietal al opuesto, llamado diámetro biparietal, alcanza el estrecho superior de la pelvis a nivel de las espinas isquiáticas. Por lo general ocurre en la fase tardía del embarazo, justo al iniciarse el trabajo de parto.
- Rotación interna: ocurre en el estrecho medio de la pelvis, cuando el feto, al continuar su descenso, hace una rotación de 90° en el sentido contrario a las agujas del reloj, de modo de adaptarse a la configuración romboidal de los músculos del piso pélvico, entre el músculo elevador del ano y los ileocoxígeos. Así, la cara del bebé está dirigida mirando hacia el recto materno.
- Extensión: la cabeza del feto atraviesa el canal del parto, se extiende de tal manera que la frente se desplaza primero por el orificio vulvar. La cabeza está por debajo de la sínfisis púbica y ha distendido al máximo el perineo.
- Rotación externa: una vez que ha salido la cabeza, se gira 45° para restaurar su posición original antes de la rotación interna y quedar en posición normal en relación con los hombros. Se denomina por ella la restitución, haciendo el paso de los hombros más factible.

- Expulsión: el hombro púbico tiende a salir primero, seguido por el hombro perineal. El resto del cuerpo sale por sí solo con una leve impulsión materna.

## **2.2.2 CESÁREA.**

### **2.2.2.1 HISTORIA DE LA CESAREA**

#### **Aumento en la tasa de cesáreas:**

Durante las pasadas dos o tres décadas se observó un incremento sostenido en las tasas de parto por cesárea en varios países; como es de esperarse, existen diferencias entre ellos y aún más entre sus localidades, en especial entre hospitales y centros de atención médica de carácter público y privado.

Se considera que aproximadamente el 30.2% de los nacimientos en Estados Unidos durante el 2005 fueron por vía cesárea, es decir 1.2 millones de gestaciones llegaron a su fin por esta vía, de los cuales, en promedio el 3% fueron a solicitud de la madre.

En Colombia, la tasa de cesáreas según el Ministerio de Protección Social, ente estatal regulador de la salud, está estimada aproximadamente alrededor del 40%. En Bogotá se estima que la tasa subió al 35.8% para el 2008 y se cree que en los últimos años esta cifra pudo haberse aumentado significativamente. Este incremento puede deberse a la mayor realización de este procedimiento en instituciones privadas en relación con las públicas, ya que éstas se encuentran avocadas a

la necesidad de hacer mayor control de sus gastos, a la vez que se encuentran más ceñidas a los lineamientos de la Secretaría de Salud.

La Organización Mundial de la Salud, recomienda que un máximo del 15 % de todos los partos atendidos sea por cesárea, ya que por encima de este valor la realización de este procedimiento no disminuye la tasa de mortalidad materna o fetal y por el contrario, si puede predisponerlos a serias complicaciones. Hasta la fecha este porcentaje a nivel mundial no se cumple. Además, se han identificado como causas de solicitud materna de cesárea sin que medie indicación obstétrica, el temor al dolor, a las complicaciones durante el parto vaginal y el antecedente de cesárea.

La ausencia de diferencias al comparar indicadores de morbilidad y mortalidad entre parto vaginal y cesárea en algunos trabajos recientes han proporcionado nuevos argumentos a la defensa de la posibilidad de poder elegir la vía del parto sin que medien indicaciones médicas. Este aumento en las tasas de cesárea ha producido preocupación en múltiples ámbitos, tanto académicos como aquellos relacionados con las políticas de salud pública. Dentro de las preocupaciones expuestas está el hecho de que el antecedente de una cesárea incrementa los riesgos en los embarazos siguientes, como placenta previa y acretismo placentario, además que el parto también sea por cesárea. Estas preocupaciones de índole clínico, sumadas a las consideraciones

económicas, hacen que el análisis profundo del tema sea de gran trascendencia desde la perspectiva de salud pública.

### **2.2.2.2 DEFINICIÓN**

Es 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.

### **2.2.2.3 CLASIFICACIÓN DE LA CESÁREA**

**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.

**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.

**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

brevidad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.(15) (16)

**Frecuencia:** En el Perú la tasa de cesárea es de 15 %.

#### **2.2.2.4 INDICACIONES**

##### **I.- Indicaciones absolutas:**

**Cesárea 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 espontaneo de trabajo de parto en estas pacientes.

**Cesareada anterior con periodo intergenésico cortó.-** Es el lapso entre dos eventos obstétricos que tiene un efecto directo en la morbilidad materna y fetal. Una paciente con un periodo intergenésico menor de dos años no tiene una adecuada vascularidad útero-placentaria, debido a la poca adaptabilidad vascular y, en caso de antecedente de cesárea, se verá directamente reflejado en las propiedades de extensibilidad y contractilidad uterina, por las pérdidas importantes de fibras musculares e hipoperfusión útero placentaria, por lo que cuanto más corto es el periodo, más débil será la cicatriz. El periodo intergenésico óptimo para prevenir complicaciones maternas y

fetales es de 2 a 4 años; en los menores de 18 meses está indicada la cesárea. (17)

**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.

**Partograma con curvas de alerta, para tomar la decisión más apropiada.** Partograma es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo (18)

La mayoría de los partogramas tienen tres secciones diferenciadas donde se ingresan las observaciones sobre el estado materno, el estado fetal y el progreso del trabajo de parto.

Una inquietud a nivel mundial es disminuir los problemas inherentes al parto y de esta manera reducir las complicaciones maternas y feto-neonatales. Esto ha obligado a prestar más atención en la vigilancia del parto en todos sus períodos y una forma sencilla es la vigilancia en forma gráfica de este, donde se relaciona el tiempo de dilatación cervical con el descenso de la presentación. La descripción de la dilatación cervical y del descenso fetal se ha realizado en poblaciones numerosas de mujeres en trabajo de parto y han sido graficadas con el objetivo de facilitar la vigilancia del trabajo de parto. Se reconoce que el tiempo de dilatación cervical desde el inicio de la fase activa (4 cm de dilatación) hasta la dilatación completa (10 cm) ocurre en el 90% de las mujeres multíparas en 2,4 horas o menos y en la nulípara en 4,6 horas o menos. El descenso de la cabeza fetal suele ocurrir una vez la dilatación cervical alcanzó el 80%, es decir los 8 cm (19)

**Distocia de presentación.-** Las distocias de la presentación se refieren a las causadas por una manera anómala de acomodarse el feto en relación con el canal del parto, y sus consecuencias variarán desde ser imperceptibles hasta hacer imposible el mecanismo del parto.

**Desprendimiento prematuro de placenta.-** Se conoce como desprendimiento abrupto y prematuro de la placenta de la pared



uterina antes del nacimiento del feto, que puede generar hipoxia fetal grave, hemorragia materna significativa, trastornos en la coagulación e incluso la muerte fetal y/o materna. La realización de cesárea de urgencia está indicada cuando se sospecha la presencia de esta patología. Constituye una emergencia obstétrica que puede ocasionar hipoxia y muerte fetal, complicaciones maternas que pueden conducir a útero de “Couvelaire” y alteraciones de la coagulación sanguínea. La operación cesárea, debe realizarse inmediatamente después de la sospecha diagnóstica, lo cual disminuye la probabilidad de ocurrencia de estas complicaciones

**Placenta previa.-** Las mujeres embarazadas, cuyas placentas cubran total o parcialmente el orificio cervical interno del cuello uterino (grados 3 y 4) deben ser sometidas a cesárea electiva. Las embarazadas con placenta previa, que cubra completamente el orificio cervical interno, deben realizarse operación cesárea programada

**Incompatibilidad céfalo pélvica.-** 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.

**Estrechez pélvica:** Desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgos por el canal pélvico. Se denomina pelvis estrecha cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal.

**Prolapso de cordón umbilical.-** Prolapso de cordón umbilical es una condición durante las últimas etapas de embarazo en las que el cordón umbilical desciende dentro de la vagina prematuramente; con más frecuencia después que las membranas se han roto y el bebé se mueve dentro del canal de parto para el alumbramiento. A medida que el bebé pasa a través de la vagina durante el parto, ejerce presión en el cordón, lo cual puede reducir o interrumpir el abastecimiento de sangre del bebé. El prolapso del cordón umbilical es una afección muy peligrosa que puede causar el nacimiento de un niño muerto si el alumbramiento no se produce con rapidez, usualmente por medio de operación cesárea, después de que se diagnostica la afección. Otras complicaciones incluyen daño cerebral por falta de oxígeno.

La mayoría de los bebés alumbrados rápidamente a través de operación cesárea no padecen complicaciones causadas por esta afección. Emergencia obstétrica que ocasiona hipoxia fetal, debiendo realizarse operación cesárea para evitar las complicaciones fetales(20)

**Situación transversa.**- La situación transversa tiene 2 posiciones que se denominan izquierda o derecha, según el lado del abdomen materno que se encuentre la cabeza fetal y 2 variedades de posición de acuerdo con la ubicación del dorso fetal: anterior (DA) si esta hacia delante la más frecuente y posterior (DP), si se encuentra hacia atrás. Igualmente se denominara dorso superior (feto en paracaídas) o dorso inferior (feto en hamacas), si el dorso se dispone hacia el fondo de útero o hacia la pelvis, respectivamente. La situación transversa puede ser accidental o persistente y en esta última debe sospecharse la existencia de una condición que la determine.

**Macrosomía fetal.** Se considera que alrededor del 5% de los recién nacidos pesan más de 4.000 gramos y un 0,05% más de 4.500 gramos, y se denominan macrosómicos. El feto macrosómico, por su mayor volumen, puede causar distocia del estrecho superior al no permitir el descenso y el encajamiento, o en el estrecho inferior, dando origen a la distocia de hombros Clínicamente se encuentra crecimiento uterino por encima de los

parámetros normales y debe sospecharse en casos de diabetes mellitus u obesidad materna o antecedente de fetos macrosómicos; en lo posible, se debe confirmar por ecografía. Al iniciarse el trabajo de parto no se presenta el descenso de la presentación, la cabeza se encuentra por encima del borde superior del pubis y puede desplazarse con facilidad. De prolongarse el trabajo de parto se puede llegar a la inercia uterina, distensión del segmento, ruptura uterina e hipoxia o muerte fetal (13). El tratamiento, en el caso de comprobarse la desproporción fetopélvica por macrosomía, es la operación cesárea.(21)

**Sufrimiento fetal agudo.** El sufrimiento fetal agudo, se establece generalmente durante el trabajo de parto y puede presentarse en una gran variedad de circunstancias relacionadas con problemas o accidentes propios del mismo, en un feto previamente normal, o bien, en un feto con sufrimiento fetal crónico que tiene un episodio agudo durante el trabajo de parto (22)

**Infección por Herpes activa.** El herpes genital esta producido en 60-70 % por VHS-2 y el resto a VHS-1. La lesión inicial es intraepidérmica y en una primera fase brotan múltiples vesículas de localización extensa que se ulceran y se fusionan produciendo dolor y quemazón. La primoinfección se acompaña de sintomatología general con mialgias, artralgias y fiebre. Las mujeres con infección primaria de virus herpes simple genital

(VHS), durante el tercer trimestre de gestación, se les debe realizar operación cesárea, ya que reduce el riesgo de infección neonatal por VHS2. (23)

**Tumores obstructivos benignos y malignos.-** Los tumores pueden ser benignos o malignos. Los tumores benignos no son cancerosos, los malignos sí. Los tumores benignos crecen solamente en un sólo lugar. No pueden diseminarse ni invadir otras partes del cuerpo. Aun así, pueden ser peligrosos si presionan órganos vitales. 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.

**Cirugía uterina previa, antecedente de plastia vaginal:** 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. Y la plastia vaginal son cirugías que están indicadas en aquellos casos en que la vagina sufre una serie de desgarros que le aumentan sus dimensiones y le disminuye la capacidad de los músculos para contraerse en plena relación sexual. Este procedimiento le devuelve a la mujer las dimensiones vaginales apropiadas lo cual permite un mayor deleite sexual, tanto a ella como a la pareja. A la mujer con plastia vaginal, debe recomendársele operación cesárea, con el fin de evitar daño anatómico de los tejidos reparados quirúrgicamente, en forma previa

**Infección por VIH.** La cesárea electiva es una de las medidas por medio de las cuales se ha logrado disminuir en forma significativa, casi hasta un 1%, la tasa de transmisión vertical, de la mano con el uso de terapia antirretroviral, alimentación suplementaria, el uso de AZT durante el parto y al recién nacido. A las embarazadas VIH (+) se les debe realizar una cesárea programada, con esto se reduce el riesgo de transmisión de VIH de mujer a hijo.

## **II.-Indicaciones relativas:**

### **Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento.**

Distocia es un término derivado del griego (dystokia, de dystokos; de dys, mal, y tokos, parto) que significa parto laborioso, difícil y doloroso. Estas distocias son alteraciones o disturbios que se presentan en: la contractilidad uterina, el canal pelvigenital (óseo

y de las partes blandas), y el feto y sus anexos. Las distocias dinámicas son aquellas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o el descenso de la presentación, lo cual puede producir una detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas. Se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha. 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.

**Presentaciones anómalas del feto.** Aquí podemos las presentaciones:

Presentación con occipucio fetal posterior: Se trata de la anomalía obstétrica más frecuente. En ella el feto se halla desviado en algún grado y el diámetro de la cabeza en esa posición es mayor, lo que dificulta el paso del feto por la pelvis materna y el parto es difícil. Así pues el obstetra debe decidir entre fórceps o cesárea para solucionar el problema.

Presentación de cara y presentación de frente: En la presentación de cara la cabeza está hiperextendida y la zona adelantada es el

mentón. Tanto en esta anomalía como en la presentación de frente no es posible el parto vaginal.

**Presentación de nalgas:** En esta anomalía el feto presenta las nalgas en lugar de la cabeza en su descenso pélvico hacia el canal vaginal. El aumento de riesgo de muerte perinatal en partos con presentación de nalgas es cuatro veces mayor al del parto cefálico.

En el parto de nalgas la flexión de las piernas del feto constituye otra característica (presentación de nalgas franca o total) que induce más o menos riesgo.

En todos ellos la manipulación obstétrica para recolocación del feto es a veces factible pero si no lo fuera serán los fórceps o la cesárea la solución.

**Anomalías fetales.** Cada vez con mayor frecuencia y precisión el diagnóstico de malformaciones fetales se puede establecer a edades tempranas del embarazo. En la actualidad, siendo las malformaciones fetales incompatibles con la vida uno de las condiciones por las cuales las parejas gestantes podrían solicitar la terminación de la gestación, las malformaciones con vida extrauterina posible, eventualmente deben ser evaluadas en conjunto con los especialistas involucrados en la resolución de la patología a fin de definir la mejor vía de parto, procurando las mejores condiciones para el feto y la madre. Si el diagnóstico adverso se realiza al final de la gestación, se prefiere la



terminación por vía vaginal a fin de preservar el futuro obstétrico de la paciente y a la vez, evitar riesgos quirúrgicos y anestésicos innecesarios. Como por ejemplo macrocefalia.

**Embarazo múltiple (tres o más fetos).** Se entiende por gestación múltiple aquella en que se desarrollan simultáneamente dos o más fetos y por gestación gemelar aquella en que el desarrollo simultáneo es de dos fetos. El embarazo múltiple tiene unas connotaciones que dan lugar a presentar las patologías que con mayor frecuencia atiende el obstetra y que se puede resumir en: amenaza de parto prematuro, aumento de incidencia de cesárea, mortalidad perinatal y materna y prematuridad elevadas.  
(23)

**Asimetría pélvica.** La asimetría de la pelvis (oblicuidad de la pelvis / disimetría pélvica) o la rotación de la pelvis, puede caracterizarse como otra consecuencia negativa de la disimetría de miembros inferiores. Sometiendo la columna vertebral a fuerzas no simétricas, determinadas por una musculatura contraída sobre todo en un lado, también la pelvis se resiente fuertemente, inclinándose hacia un lado. Una pelvis inclinada repercute negativamente sobre las articulaciones de la cadera, de las rodillas, de los pies y de los discos intervertebrales. La nivelación tiene lugar, con frecuencia, inmediatamente después de un tratamiento o a medida que la estructura esquelética se

reequilibra. Se cree que la asimetría de las estructuras pélvicas conduce a una cascada de compensaciones posturales, predisponiendo al individuo a numerosas disfunciones neuromusculares. El diagnóstico en la práctica clínica de esta asimetría se hace generalmente mediante la palpación, a través de la observación de la espina ilíaca anterior superior y de la ilíaca posterior superior, pero la fiabilidad y eficacia de esta palpación han sido discutidas por varios autores. Por ejemplo, por una parte, Huijbregts consideró que el diagnóstico por palpación y las pruebas de movilidad de la articulación sacroilíacas son poco fiables, sugiriendo una composición de pruebas de provocación del dolor y de movilidad, pero sin explicar los tipos de evaluación de la medida de movimiento a realizar. Aunque, por otra parte, Tong y colaboradores<sup>2</sup> demostraron la fiabilidad de las pruebas de palpación en la determinación de la disfunción sacroilíaca entre los examinadores. (25) (26)

**Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia.** Se define a las psicosis sintomáticas como aquellas alteraciones mentales que son causadas y preservadas por determinadas condiciones somáticas (patológicas o fisiológicas) y que no dependen de una desviación primaria de las funciones mentales

- El concepto de **psicosis** sintomáticas engloba todas aquellas psicosis producidas por sustancias procedentes del interior del organismo producto de una serie de trastornos metabólicos,

infecciones agudas, trastornos endocrinológicos, avitaminosis, etc. (27)

- **El retraso mental** es una de las patologías cuya denominación más ha variado a lo largo del tiempo, mientras que su concepto es más constante. Tal vez el motivo principal de esta variable nomenclatura, aparte de la influencia de la evolución científica, sea que los términos que lo definían han sido pronto utilizados de forma peyorativa por lo que significaban. No en balde el retraso mental (RM) es considerado como “la cenicienta de la psiquiatría, la hermana pobre, el área de menos encanto para un psiquiatra”, como expresa Landesman al referir que los retrasados mentales prefieren ser considerados “locos” porque, como tales, son tratados mejor por los mismos profesionales. (28)
- **Los trastornos del estado de conciencia** son padecimientos donde el estado de alerta o de vigilia se encuentra alterados. Esto puede variar desde la confusión leve (no poder pensar claramente) hasta encontrarse totalmente inconsciente (desmayado). El estado de conciencia es normalmente controlado por diferentes partes del cerebro. Estos sistemas mantienen a una persona alerta y consiente de sí misma y de su ambiente.

- Los siguientes son distintos trastornos de la conciencia, que también pueden ser llamados estados de conciencia:
  - ❖ **Coma:** Este es un estado de conciencia como el sueño. El paciente no responde o no puede ser despertado mediante ningún estímulo, como la voz, un toque ligero o el dolor.
  - ❖ **Estado vegetativo:** Este es un estado en el que el paciente se encuentra despierto (ojos abiertos) pero no consiente de sí mismo o de su alrededor. El paciente se mueve por reflejos (reacciones automáticas) solamente y no por sí mismo.
  - ❖ **Estado de conciencia mínima:** El paciente es capaz de realizar ligeros movimientos, como el movimiento de los ojos, por sí mismo. Él podrá ser capaz de seguir indicaciones sencillas, responder si o no, o hablar un poco.
  - ❖ **Mutismo acinético:** Este es un estado donde el paciente está despierto con conciencia limitada. El paciente puede ser capaz de seguir con los ojos pero no habla ni se mueve por sí mismo.
  - ❖ **Delirio:** Este es un estado de confusión súbito con desorientación, pensamiento y memoria desordenada y cambios en el nivel de conciencia.

**Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp.** Descritas como las complicaciones más severas de los trastornos hipertensivos del embarazo, se presentan por encima de la

semana 20 de gestación. Se define preeclampsia severa cuando se documentan cifras tensionales diastólicas por encima de 110 mmHg asociado a proteinuria significativa (> 3 cruces en muestra de orina aislada ó > 300 mg en orina de 24 horas), disminución del volumen urinario y síntomas de vasoespasmo (cefalea intensa, epigastralgia, acufenos, fosfenos). La eclampsia se presenta en pacientes con los síntomas anteriormente descritos pero con la presencia además de convulsiones y alteración del estado de consciencia. El síndrome HELLP hace referencia a las alteraciones a nivel hematológico y hepático más graves que pueden presentarse en las pacientes que cursan con preeclampsia (hemolisis, elevación de transaminasas, trombocitopenia). La decisión de terminación de la gestación por la vía de la cesárea debe individualizarse, teniendo en cuenta el contexto en el que se encuentre el equipo médico y las condiciones obstétricas asociadas a las que estén sometidos la paciente y el feto.

**Insuficiencia cardio-respiratoria.** Gestantes con antecedente de alteración estructural a nivel cardíaco deben ser sometidas a una evaluación rigurosa previa a la terminación de la gestación. No todas las embarazadas cardiópatas deben ser llevadas a procedimiento quirúrgico y de hecho, se pueden beneficiar más del parto vaginal que de la cesárea. Solo en circunstancias en las

cuales se pueda esperar descompensación de la cardiopatía, es aconsejable la extracción del feto por vía abdominal.

**Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina).**

- Desprendimiento de Retina. El Desprendimiento de retina se define como la separación entre la retina neurosensorial del epitelio pigmentario por líquido subretiniano. Existen tres tipos de Desprendimientos: regmatógenos (causados por roturas en la retina); exudativos (relacionados con procesos inflamatorios o tumorales); y traccionales (retinopatía diabética proliferante, traumatismos penetrantes).
- Durante la gestación se produce un ligero edema de la córnea, lo que modifica su radio de curvatura, originándose de este modo algunas modificaciones de la refracción.
- En la miopía el edema corneal desencadenado por el mismo embarazo predispone a su aparición o la intensifica, por lo que el embarazo puede agravar las lesiones retinianas debidas a la miopía y aumentar el riesgo de desprendimiento. Conocemos la miopía como el defecto refractivo en el que los rayos se enfocan por delante de la retina, no obstante es necesario distinguir dos tipos de situaciones:
  - **Miopía simple:** se trata de un defecto de refracción con unos valores dióptricos alterados, pero que se consideran

variaciones de la normalidad. Esta miopía no suele sobrepasar las 6 D. y es de evolución limitada hasta los 22 o 23 años.

- **Miopía patológica**, magna, progresiva o maligna: Además del defecto de refracción, existe una alteración del ojo que afecta fundamentalmente al polo posterior: vítreo, retina, coroides, etc. y se considera una enfermedad degenerativa ocular. Debe considerarse miopía patológica aquella en la que el defecto de refracción es superior a las 6-8 dioptrías. Ante una gestante con miopía magna como la que se presenta en este caso, se iniciarán los controles y acciones que se realizan en un embarazo normal, en este caso en colaboración con oftalmología, realizando controles oftalmológicos cuando lo precise, y no olvidando preguntar a la paciente cualquier modificación o nueva clínica en relación a su condición de miope en los controles rutinarios que realicemos en la consulta. Además de todo esto, es preciso conocer también que debido a la evolución natural de la miopía magna, progresiva e incurable, sobrelleva a la aparición de complicaciones; como las degeneraciones y roturas retinianas, que predisponen al desprendimiento de retina y como consecuencia pérdida significativa de visión de la paciente. Por lo tanto, es necesario actuar frente a las gestantes que presentan desgarros retinianos, aplicando la fotocoagulación láser para prevenir el desprendimiento de retina. Además es necesario tener en cuenta que pueden

aparecer alteraciones en la visión, (ceguera, diplopía, fotopsias) en otras patologías del embarazo, como sucede en la preeclampsia. Miopías Con respecto a este tema existe escasa información actual publicada. La mayoría de los estudios se derivan de la Europa del Este, debido a la alta incidencia de cesáreas en gestantes con patología ocular. Se creía que el empeoramiento de la patología ocular refractiva ocurría durante los esfuerzos mantenidos y repetidos en el periodo de expulsivo. Sin embargo el aumento de la presión intraocular que se produce en la segunda etapa del parto sigue una distribución equitativa, se propaga en todas las direcciones igualmente, no considerándose un factor de riesgo para el desprendimiento de retina y el empeoramiento de la función visual. El parto instrumental también fue defendido para disminuir los riesgos en las pacientes miopes, sin embargo, no hay evidencia para apoyar esa premisa.

**Papiloma virus humano.** El virus del papiloma humano está involucrado en la mayoría de las lesiones preinvasivas e invasivas del cérvix. Ambos tipos oncogénicos y no oncogénicos pueden complicar el embarazo. La infección por VPH con tipos oncogénicos pueden conducir a una citología cervical anormal detectada durante el embarazo la cual requiere un diagnóstico oportuno y en casos indicados realizar tratamiento.(29)



El efecto del embarazo en la historia natural de la lesión intraepitelial cervical es controversial. Algunos autores reportan que el embarazo no modifica la progresión de las lesiones moderadas a severas, otros describen una alta incidencia de regresión en el postparto. (5 intraepitelial escamosa de alto grado del 47%.(30)

**2.2.2.5 Técnica quirúrgica:** Existe dos tipos de cesárea.

**La corporal clásica**, cada vez menos frecuente y realizada únicamente en situaciones muy específicas y la segmentaria transperitoneal, en la actualidad la que con mayor frecuencia se realiza.

**a. Corporal:** Se corta longitudinalmente la cara anterior del cuerpo uterino.

Indicaciones: Falta de formación del segmento inferior (presentación de tronco o en parto prematuro con presentación de tronco), segmento inferior angosto y no desplegado (embarazo entre 21 y 36 semanas), segmento inferior ocupado por un gran mioma -placenta previa inserta en cara anterior del segmento inferior Desventajas: peor calidad de la cicatriz mayor número de adherencias epiploicas e intestinales por peritonización debido a la invaginación seromuscular involución uterina más lenta - posibilidad de encontrarse con la placenta por estar ésta con mayor frecuencia en cuerpo uterino -es una herida que sangra profusamente.

**b. Segmentaria transversal:** Es el tipo de uso más frecuente.

Detalle de la técnica:

- Abierto el peritoneo se expone con valva de Doyen y valvas laterales. - Se ubican las arterias uterinas por ambos lados mediante palpación.
- Se toma con pinzas el repliegue peritoneal vésico-uterino, se corte lateralmente con tijeras de disección hasta exponer la zona de la pared anterior del segmento donde se va a hacer la histerotomía.
- Luego se formará un colgajo peritoneal superior y otro inferior de 2 a 3 cm con ayuda de una tórula de gasa.
- Se efectúa la histerotomía en la cara anterior del segmento inferior con bisturí, tallando, se amplía lateralmente con tijeras de disección, sin incluir las arterias uterinas, protegiendo con un dedo para así la rotura de las membranas. Se hace una incisión de concavidad superior para seguir la dirección de las fibras musculares uterinas, evitando así la rotura de pequeños vasos. En caso de necesitar ampliación de la incisión, se puede evitar el compromiso de grandes vasos uterinos acentuando la curva de corte en dirección cefálica.
- Luego se efectúa la amniotomía por pinzamiento, seguida por aspiración del líquido amniótico.

Ventajas: - Cuando el segmento uterino está bien formado, la hemorragia es mínima y la cicatrización adecuada - El amplio

colgajo peritoneal permita una buena peritonización de la histerotomía.

Desventajas: - En caso de cesáreas anteriores, se pueden encontrar repliegues de peritoneo en la cara anterior del segmento inferior del útero.

**c. Segmentaria vertical de Krönig:** se secciona longitudinalmente la cara anterior del segmento inferior en su línea media. Generalmente se extiende hasta incluir el cuerpo uterino, seccionando el anillo de Bandl. Ventajas: - Se utiliza en casos con insuficiente formación del segmento inferior - Permite evitar el compromiso de los vasos uterinos - asegura una mejor cicatriz que la cesárea corporal Desventajas: - Tiene el riesgo de prolongarse caudalmente, comprometiendo la vagina. (31)

#### **2.2.2.6 Tipos 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.

(32)

**Quirúrgica:** Existe dos tipos de cesárea.

La corporal clásica, cada vez menos frecuente y realizada únicamente en situaciones muy específicas y la segmentaria

transperitoneal, en la actualidad la que con mayor frecuencia se realiza.

### **PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.**

1. Lavado de manos con solución de yodopovidona por lo menos 5 minutos.
2. Lavado de la pared abdominal por la enfermera, con yodopovidona en espuma, colocar sonda vesical y aplicación por el cirujano solución de yodopovidona.
  - Colocación de campos quirúrgicos.
3. Incisión de la pared abdominal: según el caso lo requiera:
  - Debe proporcionar el espacio suficiente para la extracción del feto y el cirujano responsable es el que elige el tipo de incisión.
  - Incisiones longitudinales: Como la mediana infraumbilical (MIU). En casos de Síndrome de HELLP, SFA, DPP.
  - Transversa (Pfannestiel) y sus modificaciones
  - En las cesáreas secundarias se respetara la incisión previa.
4. Incisión uterina: - La incisión de elección será la segmentaria transversa.
  - La incisión corporal se realizará:
    - Indicaciones absolutas: cáncer cervical.
    - Indicaciones relativas: situación transversa, dorso inferior, PPT, alteraciones en el segmento.

## **TÉCNICA QUIRÚRGICA:**

1. Después de la incisión en piel, apertura de pared por planos hasta llegar a cavidad.
2. Incisión del peritoneo en la reflexión vesicouterina y disección digital dejando un amplio campo para permitir la apertura del útero.
3. Incisión de aproximadamente 2cm sentido transverso en el segmento uterino y ampliar digitalmente hacia las partes laterales.
4. Extracción de polo de presentación fetal.
5. Extracción de la placenta con tracción controlada, evitar la extracción manual de la placenta, y limpieza de cavidad interna. Asegurarse de la aplicación de oxitócicos.
6. Para la histerorrafia se puede exteriorizar el útero a través de la incisión abdominal, cubriéndolo con un campo estéril.
7. Histerorrafia en un plano con una sutura continua, con Catgut crómico N°1. Colocar el punto inicial lateral al ángulo de la histerorrafia, si la aproximación no es satisfactoria después del cierre continuo en una sola capa o persiste puntos sangrantes, puede colocarse un segundo plano con puntos invaginantes, luego sutura de peritoneo visceral con Catgut crómico N°0.
8. Revisión de hemostasia y limpieza de cavidad abdominal y fondo de saco.
9. Solicitar recuento de gasas.
10. Cierre de peritoneo parietal con catgut crómico N°0.

11. Afrontamiento de plano muscular con puntos separados con catgut crómico N° 0. Revisión de hemostasia del plano muscular.
12. Cierre de aponeurosis con Acido poliglicólico N°1 (Vicryl).
13. Cierre de TCSC con Catgut simple N° 0. 14. Cierre de piel con Nylon monofilamento N° 2/0

### **CIERRE DE INCISIÓN CORPORAL:**

1. La histerorrafia de la incisión corporal se sutura con catgut crómico N°1 con sutura continua cruzada para aproximar la mitad inferior de la incisión.
2. La unidad superior se cierre con sutura continua cruzada o en forma de ocho, invaginando el primer plano.
3. Los bordes de la serosa se sutura con catgut crómico N°0.

### **MANEJO DEL POST OPERATORIO INMEDIATO:**

1. Vigilancia en sala de recuperación por 3 horas a cargo del personal del servicio de Anestesiología.
2. Fluidoterapia con dextrosa y cloruro de sodio.
3. Uso de oxitocina: oxitocina vía parenteral.
4. Analgésicos: Ketorolaco o Metamizol.

### **CRITERIOS DE ALTA Y CONTROL:**

1. Alta al tercer día sin complicaciones.
2. Con aplicación de acuerdo a evolución.

3. Control por consultorio externo de 7 a 10 días de operada y retiro de puntos.
4. Control y conserjería en planificación familiar a los 30 a 45 días post cesárea.

### **2.3 HIPOTESIS.**

Podemos decir que la cesárea está en incremento en todos los países, está asociada a riesgos de 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 a nivel nacional, Latinoamérica e internacional.



## 2.4 VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición Operacional	Categorización O dimensiones	Definición Operacional de la dimensión	Indicador	Nivel de medición	Unidad de medida	Valor
Causas	Cualitativa	Lo que produce un efecto; lo que se considera fundamento u origen de algo.	Cesárea anterior	Embarazo anterior termine en cesárea.	Porcentaje	Nominal	%	
			Ruptura de membranas	Es un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo de parto.	Porcentaje	Nominal	%	
			Sufrimiento fetal	Alteración la fisiología fetal antes o durante el parto.	Porcentaje	Nominal	%	

			Presentación podálica	El feto presenta las nalgas o variantes (pies, rodillas) en dirección al canal del parto.	Porcentaje	Nominal	%	
			Pre-eclampsia	Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso; puede preceder a una eclampsia.	Porcentaje	Nominal	%	
			Eclampsia	Enfermedad que afecta a la mujer en el	porcentaje	Nominal	%	

				<p>embarazo o el puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma; suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina</p>				
			<p>Inducción fallida</p>	<p>Si después de 3 inducciones realizadas correctamente, en 3 días consecutivos, con una actividad</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Nominal</p>	<p>%</p>	

				uterina buena , se considera a la inducción fallida,				
			Placenta previa	Placenta que se desarrolla en el segmento inferior del útero y que causa hemorragias importantes durante el embarazo y el parto.	Porcentaje	Nominal	%	
			Prolapso de cordón	Cordón umbilical cae (prolapso) a través del cérvix abierto en la vagina por delante del bebé.	Porcentaje	Nominal	%	

			DPP	Es la separación de la placenta de su adhesión a la pared uterina antes de dar a luz al bebé.	Porcentaje	Nomina	%	
			RCIU	Es la consecuencia de la supresión del potencial genético de crecimiento fetal, que ocurre como respuesta a la reducción del aporte de sustratos, o, más.	Porcentaje	Nominal	%	

			Situación oblicua	El eje longitudinal del feto forma 45° con el de la madre.	Porcentaje	Nominal	%	
			Situación transversa	El eje longitudinal del feto es perpendicular al de la madre (90°)	Porcentaje	Nominal	%	
			Macrosomia fetal	Como el feto grande para la edad de gestación, en base al incrementado riesgo perinatal que presenta.	Porcentaje	Nominal	%	
			Distocia funicular	Puede ser el resultado de contracciones uterinas	Porcentaje	Nominal	%	

				<p>incoordinadas, de una posición anormal del feto.</p> <p>Disminución de la cantidad de líquido amniótico.</p>	Porcentaje	Nominal	%	
				<p>Prematuridad</p> <p>Es un término usado para describir cuando un bebé nace antes de tiempo.</p>	Porcentaje	Nominal	%	
				<p>Embarazo prolongado</p> <p>Se designa como embarazo prolongado a todo aquel cuya duración es mayor de 294 días o 42 semanas.</p>	Porcentaje	Nominal	%	

			Óbito fetal	Muerte intrauterina del feto luego de las 20 semanas de cualquier causa.	Porcentaje	Nominal	%	
			Embarazo múltiple	Un embarazo múltiple es el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos.	Porcentaje	Nominal	%	



Consecuencia	Cualitativa	Hecho o acontecimiento que se deriva o resulta de otro. Correspondencia lógica entre dos cosas	Complicaciones neonatales  Síndrome de aspiración meconial  Riesgo de sepsis neonatal	Sucedee cuando los bebés inhalan meconio en sus pulmones durante o después del parto.  Es la infección de la sangre que ocurre en un bebé de menos de 90 días de edad.	Porcentaje  Porcentaje	Nominal  Nominal	%  %	
--------------	-------------	--	---	--	------------------------------	------------------------	------------	--

			Ictericia neonatal	La ictericia en recién nacidos sucede cuando un bebé tiene un alto nivel de bilirrubina en la sangre.	Porcentaje	Nominal	%	
			Asfixia neonatal	Es la ausencia de respiración efectiva al momento del nacimiento con grados variables de acidosis, hipoxemia e hipercapnia.	Porcentaje	Nominal	%	

			Complicaciones maternas					
			Sangrado excesivo sin shock	Es un síndrome complejo que se desarrolla cuando el volumen sanguíneo circulante baja a tal punto que el corazón se vuelve incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo.	Porcentaje	nominal	%	
			Infección de herida operatoria	Las infecciones de heridas quirúrgicas pueden estar rojas y	Porcentaje	Nominal	%	

				despidiendo pus, doler o estar calientes al tacto. Usted puede tener fiebre y sentirse enfermo.				
			Endometritis	Inflamación del endometrio generalmente de origen bacteriano y especialmente frecuente después de un aborto provocado.	Porcentaje	Nominal	%	
			Sepsis generalizada	Es una enfermedad en la cual el cuerpo tiene una respuesta grave a	Porcentaje	Nominal	%	

			Shock hipovolémico	<p>bacterias u otros microorganismos.</p> <p>El choque hipovolémico, a menudo llamado shock hemorrágico, es un síndrome complejo que se desarrolla cuando el volumen sanguíneo circulante baja a tal punto que el corazón se vuelve incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo.</p>	Porcentaje	Nominal	%	
--	--	--	--------------------	---	------------	---------	---	--

			Shock séptico	Un estado anormal grave del organismo en el cual existe hipotensión prolongada por cierto período, generalmente dos horas o más, causada por una disminución de la perfusión tisular y el suministro de oxígeno como consecuencia de una infección.	Porcentaje	Nominal	%	
			Anemia severa	Es la disminución de la masa de hemoglobina durante el período grávido	Porcentaje	Nominal	%	

			Eclampsia	<p>puerperal. Se considera anemia una Hb &lt;11 gr % en el primer y tercer trimestre y &lt;10,5 gr % en el segundo trimestre.</p> <p>Enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o el puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma; suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial</p>	Porcentaje	Nominal	%	
--	--	--	-----------	---	------------	---------	---	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--



## **CAPITULO III**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1 TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

Este presente trabajo será de tipo Comparativo, Retrospectivo, Transversal y de Observación por lo siguiente:

- **RETROSPECTIVO:**

Es porque se va a acumular las causas y consecuencias de la cesárea de estudios verídicos de años anteriores.

- **TRANSVERSAL:**

Es porque se va a hacer una sola observación acerca de datos sobre la cesárea

- **COMPARATIVO:**

Es porque se va a comparar las causas y consecuencias de las cesáreas en el Perú y a nivel internacional.

- **OBSERVACIÓN:**

Porque en el presente trabajo no se maneja ninguna variable.

#### **3.2 ASPECTOS ETICOS**

Sobre la bioética de la investigación este trabajo está libre de la revisión de un comité de ética por no tratar con pacientes directamente.

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

**4.1 RESULTADOS**

CUADRO A NIVEL NACIONAL

CUADRO A NIVEL INTERNACIONAL

<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>ESTUDIO</b>	<b>RESUTADOS</b>
ARAUZO CHUCO, GODOFREDO	2009	Estudio sobre la incidencia e indicación de la cesárea en el hospital de Tingo María.	Fueron por indicación Distocias 34,73%, cesárea iterativa 19,21%, sufrimiento fetal 11.44%, presentación podálica 9,27%.  Por Incidencia de cesárea 7,15%, es similar a las de Japón, Bélgica y Austria.
ORDINOLA PAZ JULIO Y FERNANDEZ NEYRA LUIS	2011	Causas más frecuentes de cesárea en el Centro de Salud Nuestra Señora de las Mercedes.	La causa más frecuente de la operación cesárea lo constituyó la cesárea previa con 26,7%, el sufrimiento fetal agudo fue la causa menos frecuente con 8,3%, no hubo mortalidad materna pero si muertes fetales con un 5,17%.
ROQUE ALEMAN CLARITA MARIA	2014	Complicaciones maternas perinatales en pacientes	Las pacientes con cesárea anterior y cuyo parto fue por vía vaginal presentaron complicaciones como la anemia, infección del tracto

Y PURIZAGA IZQUIERDO NESTOR		cesareadas anteriores según vía de parto. Hospital de Sullana.	urinario, desgarros perineales, hemorragia puerperal y dehiscencias de sutura.
CALAPUJA CALSINA LILIAN	2011- 2015	Estudio comparativo de la incidencia, indicaciones y morbi-mortalidad materno neonatal de las cesareadas, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.	La incidencia de cesáreas fue de 25,11% en el quinquenio 2005-2009, indicación frecuente desproporción feto pélvica, sufrimiento fetal, cesárea anterior, presentación podálica y toxemia. La tasa de mortalidad materna fue de 7,85% y la morbilidad materna fue de 9,51%.
MOZO VALDIVIESO E.	2015	Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa.	Las mujeres con parto vaginal exitoso tienen mejores resultados que aquellas que deciden someterse a una cesárea iterativa, con una tasa de éxito de 80,88% y una incidencia de rotura uterina de 1,8%, el parto vaginal ofrece una mejor y rápida vuelta a las actividades cotidianas
PAIGUA M. Y SALAZAR G.	2014	Causas de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.	Las paciente sometidas a cesáreas se caracterizan porque el 70,/% son de 19 a 34 años, el 65,7% proceden de los pueblos de Lambayeque, el número de profesionales que atienden solo es

			adecuado en 57%, en la indicación del profesional predomina el riesgo obstétrico con 98,6%.
AUTOR	AÑO	ESTUDIO	RESULTADO
Hatem, Yonny, y col.,	2010	CESAREAS EN, ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL “J.M CASAL RAMOS”, 2010, VENEZUELA.	Encontrándose 4.049 casos de embarazos, de los cuales el 9.72% de estas correspondió al grupo de adolescencia tardía (15-19 años) y 7,07% a la adolescencia temprana (10-14 años). El 73,39% de la población estudiada provenía del medio urbano. El control prenatal no se realizó en el 59,59% de las pacientes. El 79,79% de los embarazos que terminaron en cesáreas, fueron termino a término y 9,09% pre-termino. Las indicaciones más frecuentes de cesárea fueron distocia de posición y rotación 27,63%, desproporción céfalo pélvica 13,59% y sufrimiento fetal agudo, pre eclampsia, eclampsia, cesárea anterior y distocia de dilatación con 9,8% para cada una de ellas. La anestesia general fue usada en el 68,43% de las pacientes.

				No hubo mortalidad materna. Los recién nacidos, presentaron peso y talla adecuada al nacer en un 85% y 83% respectivamente.
Gonzalo Romero, Alberto, y cols.,	2011-2012	INCIDENCIA PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREAS, ARGENTINA.	Y	Registro en el año 2010 una incidencia del 26,23% y en el año 2011, del 25,55%, se tomo como periodo de estudio desde el 1º de Junio del 2010 al 31 de mayo del 2011 teniendo en cuenta, poner en un punto medio la nueva normativa vigente. Registrándose 4530 gestaciones de las cuales 1102 culminaron en parto por cesárea, con una incidencia de 24,32% las cuales fueron discriminadas por orden de frecuencias de sus indicaciones, Cesárea Iterativa: 249 (22,5%), Sufrimiento Fetal Agudo: 148 (13,5%), Cesárea anterior: 120 (11%), Presentación Podálica: 111 (10%) y Gestación Múltiple: 82 (7,5%).

<p>Casagrandi Casanova, Davide, y cols., L</p>	<p>2014</p>	<p>TENDENCIAS DE ALGUNOS INDICADORES RELACIONADOS CON LA CESAREA, 2010, CUBA.</p>	<p>Las indicaciones más frecuentes en 1997 fueron la desproporción cefalopelvica (13,1%) y la presentación pelviana (11,1%), mientras que en el 2009 fueron el sufrimiento fetal agudo (15,1%) y las afecciones medicas asociadas (12,1%). Predominaron en los tres años las cesáreas limpio-contaminadas (40%, 35%, 42%, en los años 1997,2004 y 2009, respectivamente), y la frecuencia de anestesia epidural se incrementó considerablemente (16%, 34%,92%, en los años 1997,2004 y 2009, respectivamente).Hubo un descenso en la frecuencia de todas las complicaciones post-operatorias (30%,26% 11%, en los años 1997,2004 y 2009 respectivamente) y de la complicaciones infecciones (15%, 11%, 4% en los años 1997,2004 y 2009, respectivamente), mientras se incrementaron las transfusiones de hemoderivados (4,3%, 4%, 8,1%, en los años 1997,2004 y 2009, respectivamente)..</p>
--	-------------	---	--

<p>Sofía Esther Medina Pinto; Analía Valeria Ortiz Gavilán; Laura Cecilia Miño Dra. Griselda Itatí Abreo</p>	<p>2011</p>	<p>INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESAREAS argentina</p>	<p>Se registraron 4016 nacimientos, con incidencia de cesáreas de 32% (n=1299). Indicaciones obstétricas de cesáreas: 30,94% por cesárea anterior, 16 % sufrimiento fetal agudo, 9,76% falta de progresión del trabajo de parto, 9,04% distocia de presentación, 9,04% negativa al parto, 5,45% ginecorragia de la segunda mitad del embarazo, 3,80% desproporción feto pélvica, 3,30% embarazo gemelar, 13,13% otras en un total de 1393 pacientes. Indicaciones por patologías maternas asociadas: 46% hipertensión arterial, 21,60% diabetes, 8,40% coreoanmionitis, 7,60% cáncer de cérvix, 5,20% ruptura prematura de membrana, 4% cardiopatías, 2,40% Lúes, 2,40% colestasis, 1,20% condilomatosis, 0,80% código 76 y otras 0,40% en un total de 250 pacientes.</p>
<p>Suárez-López L, Campero L, De</p>	<p>2013</p>	<p>Características sociodemográficas y</p>	<p>Se identificó un incremento de 50.3% de la operación cesárea a nivel nacional en el periodo de 2000 a 2012. Las mujeres con mayor</p>

<p>la Vara-Salazar E, Rivera-Rivera L, Hernández- Serrato MI, Walker D, Lazcano-Ponce E.</p>		<p>reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México</p>	<p>posibilidad de tener una cesárea fueron las que se atendieron en el sector privado (RM=2.84, 95%IC:2.15- 3.74). Al asociar la edad y la paridad se observan los riesgos más altos en primíparas de 12 a 19 y de 35 o más años (RM=6.02, 95%IC:1.24-29.26 y RM=5.20, 95%IC:2.41-11.21, respectivamente).</p>
<p>DIANA LUCÍA SÁNCHEZ LÓPEZ</p>	<p>BOGOTA 2012</p>	<p>IMPACTO DE LA CESÁREA SOBRE LA SALUD MATERNA Y PERINATAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA</p>	<p>La búsqueda arrojó un total de 2.483 artículos, entre los cuales fueron escogidos 247 por criterios de elegibilidad. Estos fueron evaluados en su totalidad. Posteriormente se realizó el análisis metanalítico de cada uno de los desenlaces. Los resultados deben interpretarse con precaución pues la calidad metodológica de algunos estudios fue variable. En el riesgo conjunto se encontraron resultados</p>



			estadísticamente significativos en placenta previa, apgar bajo, histerectomía periparto.
Alexis Rafael Narváez Rojas	MANAGUA- Nicaragua AÑO 2014	INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE,	La incidencia de cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque para el 2014 fue del 45.4%, lo cual triplica el máximo recomendado por la Organización Mundial de la Salud. La principal indicación de cesárea fue la cesárea anterior (34.8%) y la indicación de la cesárea primaria fue el sufrimiento fetal agudo (32.4%). Esto sugiere la toma de medidas organizativas en torno a la indicación de cesárea con el fin de disminuir la tasa de cesáreas primarias a través de los medios que la institución considere convenientes.

CUADRO A NIVEL LATINOAMERICANO

AUTOR	AÑO	ESTUDIO	RESULTADOS
GISEL DIAZ DIAZ	2013	Comportamiento de algunas variables relacionadas con la cesárea.  Hospitales de EE.UU	En la distribución de la cesárea primitiva según la edad gestacional en el momento de la interrupción se puede ver que el mayor número de pacientes se encontraron en el grupo de 37 a 41 semanas.
SANTAMARIA NARANJO GABRIELA CAROLINA	2015	Indicación de parto por cesárea debido a la desproporción céfalo pélvica o macrosomia y su relación con la	Neonatos nacidos con peso elevado fue 18%, macrosómicos 9% frente al 71% de peso normal y un 2% con peso bajo, del 100% de partos céfalos vaginales el 84% representa a recién nacidos con peso adecuado, 10% peso elevado, 1% macrosómicos y 5% bajo peso.

		antropometría del recién nacido.  URUGUAY.	
ENRIQUE ROSALES AUJANG	2010	Influencia de la operación cesárea en la planificación familiar.  MEXICO.	Se ha demostrado que las pacientes con riesgo reproductivo tienen mayor probabilidad de aceptar un método anticonceptivo como resultado de una buena asesoría del control prenatal.
CARAHUA L.	2014	Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa.  PERU	Las características generales de las pacientes con cesárea previa fue que la edad promedio del grupo de parto vaginal fue de 29 años y del grupo de parto por cesárea fue de 30 años.

## 4.2 DISCUSIÓN

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### CONDICIONES Y ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE LAS GESTANTES CESAREADAS

García Fernando nos dice la edad promedio de las madres cesareadas es de 26.20 años donde el 50% de las madres son menores de 25 años, la madre cesareada de mayor tiene 47 años y la menor 12 años haciendo una distancia entre los dos de 35 años de diferencia respecto a la edad calificada el 45.3 % de las cesareadas están comprometidas en una edad de 20 a 29 años es decir, cerca de la mitad de ellas son adultas jóvenes solo el 5.7% tienen una edad mayor de 40 años en el grupo de las adolescentes se observa que existe un 22.8% de madres cesareadas por Echais Jose Fernando, en la investigación realizada en Oxapampa en el 2004 y reportada en la revista de ginecología y obstetricia de la UNMSM; donde encuentra que la mayoría de las pacientes cesareadas tenían entre 20 y 35 años. Para Ordinola J. Y Clos. En su tesis causas más frecuentes de cesárea en el C.S. Materno infantil Nuestra Señora de las Mercedes, donde hallaron una incidencia de la incidencia cesárea de 11.45% con una frecuencia de 1 cesárea por cada 7 a 8 partos, la edad de las cesareadas fluctúa entre los 20 a 29 años con un 57.14%, este es un porcentaje relativamente mayor al encontrado en esta investigación.

Sin embargo es menor a la reportado por García Fernando, en la investigación sobre Cesárea - Histerectomía en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, el encontró la edad promedio de cesareadas en

34.6 años, pero más de la mitad 51,72% fueron añosas, es decir mayores de 35 años, lo que se puede suponer que la edad fue un fuerte factor condicionante de la cesárea.

En cuanto a los antecedentes de gestantes utilizando para esto la formula obstétrica, se encontró que el 41.5% de las madres, refiere una sola gestación considerando lo actual, este es el porcentaje más alto en este evaluación seguida del 23.6 % quienes mencionan 2 gestaciones, esto es entendible debido al comportamiento reproductivo a nivel mundial, en donde la tendencia de las personas en edad reproductiva es de tener lo menor cantidad de hijos, el 13.8% de las madres tienen 3 gestaciones, este porcentaje va disminuyendo a medida que se va elevando el número de gestaciones, manifestándose que el 0.8% tiene 10 gestaciones y el 1.6% 9 gestaciones .

En relación al número de partos a término muestran que cerca al 50% de las madres no han tenido partos anteriores, es decir que el parto actual es el primero, el 17.9% y el 17.1% informan entre 1y 2 partos anteriores respectivamente. El 5.7% de las madres refieren haber tenido tres partos.

En el caso de números de partos pre-termino anteriores, no se reportan ningún en el grupo evaluado, por lo tanto las estadísticas descriptivas reportan cero para esta característica.

En cuanto a los antecedentes de abortos nos muestra que el 82.9% de las madres, refieren no haber tenido ningún aborto anterior, un bajo porcentaje que llega a 14.6% refiere haber tenido un aborto y un mínimo porcentaje de 2.4% refieren haber tenido 2 abortos. No es posible la

comparación con los antecedentes ya que en los estudios revisados no se ha evaluado antecedentes de aborto en las cesareadas. Sin embargo es posible precisar que el porcentaje de madres que refieren haber tenido un aborto es muy cercano a lo reportado en el manual obstétrico donde se menciona que el 15% a 20% de embarazos terminan en abortos espontáneos mayor frecuencia en 25 a 35 años.

Respecto a los antecedentes del número de hijos vivos, podemos apreciar que, el 51.2% de las madres no tienen hijos vivos, es decir están en el grupo de las primíparas, en tanto que el 21.1% refieren tener un solo hijo vivo, y el 13.2% tienen 2 hijos vivos, en porcentajes menores se citan para la mayor cantidad de hijos vivos.

Dentro de los antecedentes de estudio solo es posible citar a García F. quien en su estudio en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, 1991-1998, Lima. Halló que eran gran multíparas el 20.69%, nulíparas el 20.69% y con paridad promedio de 3.6hijos por madre que es una cifra mayor a la encontrada en esta investigación.

En cuanto a la edad gestacional, en promedio presentan 38.39 semanas de gestación por madre, el 50% de las madres presentaron semanas menores de 39, sin embargo la mayoría refiere tener 38 semanas de gestación, la madre que presento la edad gestacional más corta es de 25 semanas y la más larga es de 42 semanas, por ello es que la variabilidad se eleva a 9.27% semanas.

Según la condición del embarazo anterior, es decir el fin del embarazo anterior, observamos que el 41.5% de madres son nulíparas, el 30.9% refieren haber tenido un parto eutócico, y solo el 13% manifiesta

antecedentes de cesárea, también observamos que el 14.6% de las madres presentaron abortos. No es posible contrastar estos datos ya que no se refieren en los antecedentes evaluados.

El 12.20% de las cesareadas no presentaron patología durante el periodo de su gestación, el 9,76% de las mismas presentaron infección urinaria como la alteración más común esto es explicable por la baja del nivel inmunitario en el periodo gestacional, con igual porcentaje e importancia se encuentra la anemia, así como también las infecciones urinarias asociadas a la pre-eclampsia, mientras que el 4.88% fueron diagnosticadas con anemia asociada a la infección urinaria. En porcentajes menores se presentaron diagnósticos asociados hasta en 4 entidades distintas.

**Roque, C. y Purizaga, N.** en su investigación titulada Complicaciones materno perinatales en pacientes cesareadas anteriores según vía de parto en el Hospital de Apoyo III –Sullana. Encontrando que para el caso de las pacientes con cesárea iterativa las principales complicaciones maternas presentadas fueron: la anemia, infección del tracto urinario, no se reportan cifras porcentuales pero son patologías coincidentes con las más frecuentes encontradas en esta investigación.

Del 100% de las historias clínicas revisadas, la mayoría de las madres llegando al 57.7% recibieron la primera Atención Pre natal antes de la semana 20, lo cual constituye un riesgo materno – fetal, el 21.1% entre los 20 y 28 semanas, el 13% a partir de las 28 semanas y un 8.1% no tuvieron ninguna APN constituyéndose una gestación de alto riesgo

obstétrico. **Para Hatem, Y y Cols.** En la investigación titulada Cesáreas en adolescentes en el Hospital “J. M. Casal Ramos” Acarigua – Araure, Estado Portuguesa, 1990 – 1993, Venezuela, reporta que el 59.59% de las gestantes adolescentes cesareadas no habían recibido Atención Prenatal. Este porcentaje es superior a lo encontrado en esta investigación en la que se tiene solo un 81% de las cesareadas que no recibieron Atención Prenatal Por otro lado **Ordinola J. Y. y Fernandez** en la investigación antes citada hacen una indicación sin mencionar porcentajes que las gestantes cesareadas no tuvieron Atención Prenatal. En cuanto al número de atenciones prenatales, el 73.2% de las madres evaluadas tuvo 5 a más atenciones prenatales, seguido del 17.1% que recibieron de 2 a 4 atenciones prenatales, un bajo porcentaje de 1.6% tuvieron solo un atención prenatal, y un 8.1%no tuvieron APN.

#### **4.2 CARACTERÍSTICAS FISIOPATOLOGICAS DEL TRABAJO DE PARTO**

Respecto a la forma de inicio del trabajo de parto, se observa que el 56.9% no tuvieron trabajo de parto, el 32.5%con un inicio de trabajo de parto espontaneo, y el 10.6% fue por inducción.

No se reporta información con respecto a la forma de inicio del trabajo de parto en los antecedentes revisados para esta investigación, por lo que no se compara con los resultados.

En cuanto a la presentación fetal, tenemos que el 78.9% reporta una presentación fetal cefálica, lo cual debería de conducir a un parto eutócico, un lejano porcentaje del primero, que llega 10.6%refiere



presentación podálica, seguido del 7.3% que manifiesta situación transversa y el 3.3% situación oblicua, a partir de estos datos es posible deducir que el 21.2% de gestantes fueron cesárea por la presentación fetal. Para **Gonzalo A. y Cols** en la investigación de incidencia y Principales Indicaciones de Cesárea encuentra una presentación podálica de 10% que es similar a lo reportado en este estudio. Por otro lado, **Arauzo, G.** en el estudio de incidencia e indicación de Cesárea en el Hospital de Tingo María encuentra la presentación podálica el 9.27%. Esta cifra es ligeramente menor a lo hallado en esta investigación. Similar proporción fue reportada por **Fernando Echais** en el estudio en Oxapampa donde escribe el 9.2% de presentación podálica. Mientras que **Calapuja J.** En un estudio comparativo de la incidencia, indicaciones y morbimortalidad materno neonatal de las cesareadas realizado en Tacna reporta para presentación podálica el 10.38%, acercándose claramente a las cifras antes mencionadas.

Tenemos que el número de fetos gestados, como es de esperar la mayoría de las madres han presentado un único feto gestado llegando al 93.5% y solo el 6.5%presento embarazo múltiple.

#### **4.3 DATOS DE LA INDICACIÓN DE LA CESÁREA.**

Respecto a la forma de indicación de la cesárea, la mayor parte de la misma se da por urgencia durante el trabajo de parto llegando al 40.7%, y un porcentaje bastante cercano que es de 39% de la indicación de la

cesárea se da por urgencia antes del trabajo de parto, solo el 20.3% la indicación de cesárea es electiva.

Viendo el porcentaje de 40.7% se da a entender que las complicaciones maternas y/o fetales se dan más durante el trabajo de parto que antes este empiece, y en menor porcentaje la forma electiva, cuando se considera la decisión de una operación cesárea, debe discutirse con la paciente los riesgos y beneficios de esta, comparados con el parto por vía vagina.

Según la decisión de la indicación de cesárea, donde el 43.1% se da por decisión individual, es decir, por un solo especialista, en tanto que el 38.2% se da por decisión colectiva y un porcentaje menor que llega al 18.7% se da con segunda opinión. No existe información al respecto en los antecedentes de estudio que se revisaron para esta investigación.

En el presente estudio, el tiempo transcurrido entre la toma de decisión y el inicio de la operación cesárea, se observa que el 37.4% de las cesareadas, el tiempo transcurrido fue de 2 horas a más lo cual conlleva a una atención inoportuna, el tiempo transcurrido de menos 30 minutos corresponde al 23.6% de las cesareadas, ahora bien porcentajes similares de 19.5 % tienen una espera de 30 a 59 minutos y de 1 a 2 horas respectivamente. Dependiendo al caso a tratárselo normal sería de 30 a 59 minutos para evitar complicaciones posteriores. Este periodo de tiempo que es un indicador de importancia no ha sido evaluado por los investigadores de los antecedentes revisados en este estudio. Un

intervalo mayor de 30 minutos entre la decisión de cesárea y el parto es considerado un estándar para auditar la capacidad de respuesta de una maternidad frente a la emergencia.

Según el motivo de la indicación de la operación cesárea se observa diferentes diagnósticos, siendo el más frecuentes Sufrimiento Fetal Agudo con un 7.32% seguida de Presentación Podálica y Cesárea Anterior, presentándose ambas con igual porcentaje de 5.69%, porcentajes menores como 2.44% se presentó RPM asociado a Sufrimiento Fetal Agudo, encantándose también con el mismo porcentaje para Embarazo Múltiple. La mayor parte de los diagnósticos motivacionales de la cesárea son diagnósticos asociados de dos, tres, hasta de cuatro entidades patológicas distintas.

**Gonzalo A. y Cols.** En el estudio descriptivo y retrospectivo en el Servicio de Tocoginecología del Hospital “J.R.Vidad”, encontraron como motivos de cesarea a las siguientes patologías mencionadas por orden de frecuencias de sus indicaciones; Cesárea Iterativa: 249 (22.5%); Sufrimiento Fetal Agudo; 148 (13.5%); Cesárea Anterior; 120 (11%); y Gestación Múltiple: 82 (7.5%) . Destacando el poco aumento de la indicación por Sufrimiento Fetal Agudo, causa principal que hace fallar la prueba de trabajo de parto y culminar en cesárea, a diferencia de nuestra investigación donde la causa motivacional con mayor frecuencia ha sido el Sufrimiento Fetal Agudo con el 7.32% mientras que **Arauco G.** Encontró cuatro principales indicaciones de cesárea que fueron: distocia 34.73% cesarea iterativa 19.21% Sufrimiento Fetal 11.44%. Cabe

resaltar que los porcentajes de cesárea iterativa hallada en esta investigación es menor que en los dos casos anteriores, llegando solo a 5.69. %. En tanto que **Casagrandi C. y Cols.**, encontró que los motivos de las indicaciones más frecuentes en su investigación fueron la desproporción céfalo pélvica (13.1%) y la presentación pelviana (11.1%), mientras que en el 2005 fueron el Sufrimiento Fetal Agudo (15.1%). Este último porcentaje es notoriamente mayor encontrado en esta investigación. **Hatem Y.** en su investigación describe que las indicaciones más frecuentes de la cesárea fueron distocia de posición y rotación 27.63%, desproporción céfalo- pélvica 13.59% y sufrimiento fetal agudo, preeclampsia, cesárea anterior y distocia de dilatación con 9.8% para cada una de ellas, siendo estos porcentajes superiores a lo reportado en esta investigación. En el estudio de **Ordinola J. y Cols**, encontraron que la causa más frecuente de la operación cesárea, lo constituyó la cesárea previa con un 26.7%; el sufrimiento fetal agudo fue la causa menos frecuente con 8.3%, siendo estos porcentajes contrarios a lo hallado en este estudio, donde tenemos que la causa más importante es la presencia de sufrimiento fetal agudo con el 7.32%. Mientras que para **García F.** En el estudio realizado en el Hospital Guillermo Almenara hallando que el 34.48% tenía antecedente de cesárea. Otras indicaciones para cesárea fueron: desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa sangrante, preeclampsia severa, sufrimiento fetal agudo, deflexión, cesareasdas 2 o 3 veces, embarazo prolongado. Calapuja L. En el estudio comparativo de la incidencia de las cesáreas en Tacna encontró la indicación más

frecuente fue la desproporción feto pélvica (36.99% y 40.81%), seguida por sufrimiento fetal (14.46% y 15.92%) cesárea anterior (12.70% y 11.81%) presentación podálica (10.38% y 9.07%) y toxemia (6.07% y 5.91%). Podemos observar que esta investigación se ha encontrado casi la mitad de cesareadas por sufrimiento fetal que es 7.32% y un porcentaje similar de presentación podálica igual a 10.6%.

#### **4.4 CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE LA INTERVENCIÓN DE LA CESÁREA**

Referente al uso de antibióticos profilácticos en la operación cesárea, al 90,2%, de las cesáreas se les administro una sola dosis transoperatoria, porcentajes mínimos como 6,5% se administraron durante las 24 horas, y en igual proporción de 1,6% de 25 a 72 horas y más de 72 horas, respectivamente. No se reporta información al respecto al uso de antibióticos profilácticos en las investigaciones revisadas en este estudio.

La operación cesárea se relaciona con una mayor ocurrencia de infecciones puerperales, pero el uso profiláctico de antibióticos puede reducir potencialmente estas complicaciones.

El 100% de la cesareadas fueron tratados con cefalosporinas de primera generación, como antibiótico profiláctico, esto es debido a la política de atención del centro hospitalario, siendo la cefazolina el fármaco de elección para la profilaxis quirúrgica porque se distribuye bien en la mayor parte de los tejidos.

El tipo de laparoscopia o técnica utilizada más frecuente en la operación cesárea durante el periodo de estudio fue la transversal supra púlica o Pfannenstiel haciendo un 87,8% del total de las cesareadas, con porcentaje notoriamente menor de 12,2% se encuentra técnica mediana infra umbilical.

En estudios actuales se afirma que las incisiones transversas requieren un menor tiempo de cicatrización y proporcionan mayor seguridad, mejores resultados estéticos y menos molestias y complicaciones posoperatorias, a la vez que permiten disponer de un campo quirúrgico adecuado para trabajar sobre los órganos de la cavidad pélvica.

A la evaluación del tiempo utilizado en la operación cesárea se observa que el 52,8% oscila entre 30 a 59 minutos, seguido del 41,55 con menos de 30 minutos de duración, el 4,1% entre 1 a 2 horas y tan solo el 1,6% tuvo una duración prolongada mayor de 2 horas. No existen datos reportados en los antecedentes de estudio que sean discutidos con los hallados en este estudio.

Con respecto al método anestésico utilizado en la operación cesárea, el 58,5% tuvieron una operación con anestesia epidural, seguido por el 37,4% en quienes se practicó la anestesia raquídea, un mínimo porcentaje de 4,1% recibieron anestesia general. Casagrandi D. y Cols., en el estudio de tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea realizado en Cuba en el 2007, encontraron que la frecuencia de la anestesia epidural se incrementó considerablemente (16%, 345, 925, en los años 1996, 1999 y 2005, respectivamente). La paciente debe estar informada del tipo de anestesia y del manejo analgésico post cesárea.

Se debe preferir la anestesia regional a la general, ya que es más segura y resulta en una menor morbilidad materna y neonatal. Esto incluye a las mujeres con mayor riesgo de sangrado, como por ejemplo las mujeres portadoras de placenta previa, las mujeres que son sometidas a anestesia regional, deben recibir una precarga de volumen con soluciones cristaloides o coloides, fenil epinefrina o efedrina como prevención de la hipotensión arterial.

Se evidencia que la mayoría de las cesareadas no presentaron complicaciones transoperatorias llegando al 98,4%, solo el 1,6% tuvieron sangrado excesivo. No existen datos reportados en los antecedentes de estudio que sean discutidos con los hallados en este estudio.

#### **4.5 INDICADORES FISIOPATOLÓGICOS DEL RECIÉN NACIDO.**

Con respecto a la edad gestacional del recién nacido tenemos que el promedio de edad al nacimiento es de 38,51 semanas, donde además el 50% de los mismos presentan edades gestacionales menores de 39 semanas y la mayoría tienen 40 semanas, también se observa que existe una elevada variabilidad de los datos de la edad gestacional, ya que los rangos oscilan entre 28 y 42 semanas.

Respecto a la edad gestacional por frecuencia de los recién nacidos, se observa que el 33,6% tienen una edad gestacional de 40 semanas, seguido del 19,1% con una edad de 38 semanas, el 12,2% presenta una edad gestacional de 39 semanas , porcentajes menores a este se

encuentran en edades gestacionales que oscilan entre 28, 37 y 42 semanas.

En cuanto al sexo del recién nacido tenemos que el 54,2% de los recién nacidos son de sexo masculino, el 45,8% son de sexo femenino.

A la evaluación del peso del recién nacido, el promedio es de 2931 gramos, donde el 50% tienen pesos menores de 2990 gramos y la mayoría de los recién nacidos pesan 3100 gramos, la variabilidad de los pesos es elevada, corroborándose esto con los extremos de peso entre un peso máximo de 4500 gramos y el peso mínimo de 1290 gramos.

Referente a la evaluación de las características del líquido amniótico, la mayoría presenta un líquido claro legando al 66,7%, un elevado porcentaje que llega al 30,1% presenta líquido amniótico meconial y un porcentaje de 3,3% tiene características sanguinolentas.

El Apgar del recién nacido al minuto el promedio es de 7,26% donde el 50% presenta un Apgar menor de 8 y la mayoría de recién nacidos tienen 8 de Apgar, el máximo puntaje al minuto fue de 9 y el mínimo de 0. En la misma evaluación del Apgar a los 5 minutos, tenemos que el promedio de eleva ligeramente a 8,74%, observándose que la mayoría presenta un Apgar de 9 siendo el máximo valor de 10 y el mínimo de 0.

De manera descriptiva con respecto al Apgar al minuto, tenemos que el 62.6% presenta un Apgar de 8 y el 13% un Apgar de 7, solo el 6,9% tiene un Apgar de 9, porcentajes menores al 6,1% presentan puntuaciones menores de 6.

Un bebé con una puntuación de 7 o superior en la prueba tras haber transcurrido un minuto después del nacimiento es generalmente



considerado un bebé con buena salud, una puntuación entre 4 y 6 tras realizar la prueba después de transcurrir un minuto indica que su bebé necesita atención especial inmediata, succión de los conductos respiratorios u oxígeno para ayudarlo a respirar.

Un recién nacido con una puntuación de Apgar inferior a 4 puede requerir atención médica avanzada y medidas de emergencia como la administración de oxígeno, fluidos, medicamentos y observación en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El Apgar a los 5 minutos después del nacimiento, la puntuación de Apgar se vuelve a calcular, y si la puntuación no ha mejorado hasta en número 7 o superior, los doctores y enfermeros(as) pueden continuar cualquier medida médica necesaria controlando cuidadosamente al recién nacido. Algunos recién nacidos nacen con condiciones cardíacas o pulmonares que requieren atención médica especial mientras que a otros les toma un poco más de tiempo ajustarse a la vida fuera del vientre materno.

Con respecto al estado del recién nacido, se muestra que el 86,3% se encuentra sano al nacimiento, el 13,0% está vivo pero presenta alguna patología y tan solo el 0,8% que corresponde a un recién nacido está fallecido antes del parto.

Se observa que el 87% de los neonatos no presentaron ninguna complicación, en tanto que el 7,6% de los mismos presentaron síndrome de aspiración meconial, en porcentajes similares del 2,3% se evidencia ictericia y asfixia neonatal y solo el 0,8% presentó riesgo de sepsis neonatal.

#### **4.6 CARACTERÍSTICAS DEL POST OPERATORIO.**

Las complicaciones maternas de las cesareadas se presenta en el 6,7% del total de las evaluadas es decir solo en 7 cesareadas, con un mismo porcentaje de 2,4% se presentó sangrado excesivo sin shock e infección de herida quirúrgica, igualmente con el mismo porcentaje de 0,8% se presentó anemia severa y Eclampsia. Fernando J. en el estudio realizado en Oxapampa halló a 7 pacientes (6,3%) presentaron morbilidad puerperal, siendo la endometritis, la infección de herida operatoria la principal causa (28,6%), no hubo muertes maternas. Casagrandi. C. en su estudio manifiesta que hubo un descenso en la frecuencia de todas las complicaciones post-operatorias (30%, 26%, 11%, en los años 1996, 1999 y 2005, respectivamente) y de las complicaciones infecciosas (15%, 11%, 4%, en los años 1996, 1999 y 2005, respectivamente); en cuanto al tratamiento médico post operatorio de las madres cesareadas, el 95,1% de estas han recibido tratamiento con antibióticos, el 2,4% no recibieron tratamiento alguno y el 1,6% recibió transfusión sanguínea. Refiriéndonos al tratamiento quirúrgico post operatorio de las madres cesareadas, el 97,6% no presentaron ningún tratamiento quirúrgico post operatorio, el 1,6 % que corresponden a dos madres tuvieron histerectomía subtotal y el 0,8 % tuvo una histerectomía total. En relación a la evaluación de la estadía post operatoria se tiene que el 59,3 % de las cesareadas tuvieron tres días de hospitalización, seguido del 17,9 % con cuatro días de hospitalización, porcentajes cercanos al 10 % se precisan en dos y cinco días y porcentajes menores al 2 %

presentan un tiempo de hospitalización más prolongado de seis, siete, ocho y diez días.

Respecto al estado de salud de la cesareada al egreso, se observa que el 100 % de las mismas presentan la condición de sanas, sin existir ningún fallecimiento.

Finalmente en el reingreso de las madres cesareadas, se observa que solo el 2.4% de las gestantes cesareadas, reingresaron al hospital. El aumento de la morbilidad del parto por cesárea primaria comparado con la cesárea repetida se extiende por lo menos en el periodo de 6 semanas después del alta. Las explicaciones posibles sobre la razón por la que una cesárea primaria representa un riesgo mayor de reingreso que el parto por cesárea repetida puede deberse a factores tales como el mayor riesgo de infección por el trabajo de parto prolongado (exámenes vaginales repetidas, corioamnionitis), mayor pérdida de sangre en la cirugía de urgencia y un mayor uso de anestesia general.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES**

1. La edad promedio de las madres cesareadas es de 20 a 29 años, el 46,3% es decir, cerca de la mitad de ellas son adultas jóvenes, solo el 5,7% tienen una edad mayor de 40 años, en el grupo de las adolescentes se observa que existe un 22,8% de madres cesareadas.
2. El promedio de gestación por madre, incluyendo la gestación actual es de 2,48; de la población evaluada el 50% refiere tener menos de dos gestaciones incluyéndose la actual, pero la mayoría de ellas solo tuvo una gestación, cerca al 50% de las madres no han tenido partos anteriores, es decir que el parto actual es el primero, el 17,9% y el 17,1% informan entre 1 y 2 partos anteriores respectivamente. El 5,7% de las madres refieren haber tenido tres partos.
3. No presentaron patología en el periodo de su gestación, el 9,76 de las mismas presentaron infección urinaria como la alteración más común, con igual porcentaje e importancia se encuentra la anemia, así como también las infecciones urinarias asociadas a pre – eclampsia, en tanto el 6,50% de las evaluadas han presentado pre-eclampsia, mientras que el 4,88% fueron diagnosticadas con anemia asociada a infección urinaria.
4. El 57,7% recibieron la primera atención prenatal antes de semana 20, lo cual constituye un riesgo materno-fetal, el 21,1% manifiestan haber recibido APN entre las 20 y 28 semanas, el 13% en más de 28 semanas y un 8.1% refiere no haber tenido APN constituyéndose en una gestación de alto riesgo obstétrico.

5. El 56,9% no presento trabajo de parto, seguido del 32,5% con un inicio de trabajo de parto espontaneo, y el 10,6% fue por inducción.
6. El 78,9% fue presentación cefálica, el 10,6% refiere presentación podálica, seguido del 7,3% que manifiesta presentación fetal transversa y el 3,3% presentación oblicua.
7. La mayoría de las madres han presentado un único feto gestado llegando al 93,5% y solo el 6,5% presento embarazo múltiple.
8. La forma de indicación de la cesárea, la mayor parte de la misma se da por una urgencia durante el trabajo de parto llegando al 40,7%. El 43,1% de las cesáreas se da por decisión individual de un solo especialista, en tanto que el 38,2% se da por decisión colectiva. En el 37,4% de las madres cesareadas existe un tiempo transcurrido entre la toma de decisión y el inicio de la operación, de 2 a más horas.
9. Los motivos que generan las cesáreas en los hospitales de estudio son principalmente sufrimiento fetal 7,32%, presentación podálica y cesárea anterior que se presentaron ambas con igual porcentaje de 5,69%, porcentajes menores como 2,44% se presentó rpm asociado a sufrimiento fetal.
10. Respecto al uso de antibióticos profilácticos en la operación cesárea, a mayor cantidad de pacientes utiliza una sola dosis transoperatoria llegando al 90,2%.  
Siendo el 100% tratada medicamentosamente con cefalosporinas de primera generación, el tipo de operación es I trasversal supra púlica o Pfannenstiel llegando hasta el 87,8% de las cesareadas.

11. La edad gestacional del recién nacido tenemos que el promedio de edad al nacimiento es de 38,51 semanas, el 54,2% de los recién nacidos son de sexo masculino, el 45,8% son de sexo femenino, la mayoría presenta un líquido claro llegando al 66,7%, al minuto el promedio de Apgar es de 7,26 puntos y a los 5 minutos eleva a 8,74 puntos.
12. El 6.7% del total de las evaluadas presento complicaciones post operatoria siendo el 2.4% sangrado excesivo sin shock e infección de herida quirúrgica, igualmente con el mismos porcentaje de 0,8% se presentó anemia severa y eclampsia.

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los profesionales y estudiantes de salud realizar trabajos de investigación sobre las causas y consecuencias de las cesáreas en nuestra región.
2. A los obstetras, instruir adecuadamente a las madres gestantes sobre la importancia de los riesgos y beneficios de la operación cesárea, comparados con el parto por vía vaginal.
3. Al ministerio de salud (MINSA), se recomienda crear un comité de cesáreas que revisen periódicamente las principales consecuencias y os resultados, para disminuir la alta prevalencia de cesáreas y mejorar la calidad de atención.
4. A los futuros investigadores, para mejorar el trabajo de investigación se debería ampliarse a mayor población de gestantes cesareadas y mayor tiempo de estudio, ya que ello formaría parte importante de la incidencia de las cesáreas en nuestra ciudad.
5. A los medios de difusión masiva, concientizar a la población en general sobre las causas y consecuencias de las cesáreas para así disminuir el elevado índice que se presenta en la actualidad.
6. Se recomienda al personal de salud, usar antibióticos profilácticos en la operación cesárea para disminuir las infecciones de la herida operatoria y así evitar la morbimortalidad materna.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Eva M V. Morbilidad Diferencial en las Cesáreas Anteriores: Elegir entre un Parto Vaginal y una Cesárea Iterativa [tesis doctoral] universidad complutense de Madrid, 2014.
2. Paigua SM, Y Salazar GG, Causas de Cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque [tesis para optar título medico]; Perú 2014.
3. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985; 2(8452):436-7.
4. Hatem. Yonny y Col. Cesáreas en adolescentes en el hospital "J.M. Segal Ramos". Venezuela: Acarigua-Araure.Estado Portuguesa.2010
5. Gonzalo R. Alberto y Col. Incidencia y Principales Indicaciones de cesáreas. Revista de Posgrado de la VIªCatedra de Medicina-Nº135-pag. 1-6.Argentina: Corrientes 2012.
6. <http://med.unne.edu.ar/revista/revista/135/incpri.htm>.
7. Casagrandi C. Davide y Col. Tendencias de Algunos Indicadores Relacionados con la Cesárea. Revista: Cubana Obstet Ginecol: 33 (3). Cuba 2010.
8. [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33\\_3\\_07/gin03307.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_3_07/gin03307.pdf)
9. Arauzo CH.G. Incidencia e Indicación de la cesárea en el Hospital de Tingo María. Revistas UNMSM. Vol.39 Nº17. Perú: Lima 2011.
10. Ordinola PJ. Y Fernando NL.Causas más Frecuentes de Cesárea en el Centro de Salud Materno Infantil [tesis para optar el título de obstetra] Perú. 2010.



11. Roque A., Clarita M. y Col “Complicaciones Maternas Perinatales en Pacientes Cesareadas Anteriores según vía de Parto en el Hospital de Apoyo Sullana. [Tesis para optar título de Obstetra] Perú: Sullana 2009
12. García y Fernando. Cesárea – Histerectomía en el Hospital Nacional Guillermo Almenara. Especialidad de ginecología y Obstetricia Perú: Lima 2009
13. Echais JF. “Cesarea.Experiencia en el Hospital General de Oxapampa. Revista UNMSM Ginecol.obstet: 50 (2): 106-110. Perú: Lima 2010.
14. Calapuja CL. “Estudio Comparativo de la Incidencia, Indicaciones y Morbimortalidad Materno Neonatal de las Cesareadas en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna en los Quinquenios 2000-2004 vs 2005-2009. Peru 2010.
15. 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
16. Huang W, Nakashima D, Rumney P, et al. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2002; 99:41-44
17. Schwarcz R, Duverges C, Díaz A, Fescina R. Capítulo embarazo normal 5 ed En Obstetricia, Argentina 1997.
18. González X, Abouassi O, Vargas A, Barrios F, Salazar G. Impacto del partograma en la atención del trabajo de Parto. En Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Agosto 2003; 7(2)
19. Schwarcz RL, Duverges CA, Díaz G, Fescina RH. Obstetricia. 5a ed. Buenos Aires: El Ateneo. 1995 13. Chauhan SP, Grobman WA, Gherman

- RA, Chauhan VB, Chang G et al. Suspicion and treatment of the macrosomic fetus: a review. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193(2): 332-346.
20. Cotton, D.B., Operación Cesárea. En: Niswander, K.R., *Manual de Obstetricia, Diagnóstico y Tratamiento.* Salvat, Eds. 1984. pp 341-368. 15.
- Cunningham, G.F., Mac Donald, C.P., Gant, F.N., Leveno, J.K., Gilstrap, C.L., Hankins, D.V. and Clark, C.S. *Williams Obstetricia.* 20ª. Edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires. 1998
21. Stanberry LR, Jorgensen DM, Nahmias AJ. Herpes simplex viruses 1 and 2. In: Evans AS, Kaslow RA, Ed. *Viral infections of humans. Epidemiology and Control.* 4<sup>th</sup> Ed., New York: Plenum Medical Book Company. 1997: 419-454.
22. González A: Embarazo multiple. En: *Tratado de Obstetricia y Ginecología Vol.1.* J A Usandizaga y P de la Fuente. Mc-Graw Hill Interamericana. Madrid, 1997
23. Huijbregts P: Sacroiliac joint dysfunction: evidence-based diagnosis. *Orthopaedic Div Rev.* 2004; 8: 18-44.
24. Tong HC, Heyman OG, Lado DA, Isser MM: Interexaminer reliability of three methods of combining test results to determine side of sacral restriction, sacral base position, and innominate bone position. *J Am Osteopath Assoc.* 2006; 106: 464-8.
25. Vallejo - Najera J. *Tratado de psiquiatría.* 3rd ed. Madrid: Salvat; 1978. 4.
- Nágera AV. *Tratado de psiquiatría.* Madrid: Salvat; 1944. Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=rZS7MwEACAAJ>.
26. Landesman S. Me1. Mental Retardation. *Current Opinion in Psychiatry* 1994; 7: 371-372.

27. Muller Carolyn, Smith Harriet. Cervical Neoplasia Complicating Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2005; 32:533-46.
28. Brown D, Berran P, Kaplan KJ, Winter WE 3rd, Zahn CM. Special situations: abnormal cervical cytology during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 48:178-85
29. Mena P. Operación Cesárea. *Obstetricia*, A. Pérez Sánchez 1992; 2ª Ed: 290-300.