

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRION"
COMISION DE GRADOS Y TITULOS



TEMA:

**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS
ASOCIADAS A LA CULMINACIÓN DEL PARTO POR
CESAREA. HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA,
ENERO-DICIEMBRE 2014.**

TESIS:

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR:

**Bach. ALVARADO DONAYRE, EMILY INGRID
Bach. SOLANO DE LA CRUZ, RICHARD HENDRICH
Bach. VARGAS CUELLO, ANGELLA NATALY**

ASESORA:

Dra. JESUS NICOLASA MEZA LEON

ICA - PERÚ

2015

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS
ASOCIADAS A LA CULMINACIÓN DEL PARTO POR
CESÁREA. HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA,
ENERO-DICIEMBRE 2014.”**

JURADO:

Dr. CESAR ZUÑIGA FERNANDEZ (PRESIDENTE)

Dra. QUIJANDRIA TATAJE CARMEN (MIEMBRO)

Dr. CARLOS PONCE MAYURI (MIEMBRO)

Dra. FERNANDEZ BENABIDES JULIA (SUPLENTE)

DEDICATORIA

Con todo nuestro cariño dedicamos esta tesis a nuestros padres y hermanos; ya que son las personas más importantes en nuestras vidas y las que siempre estuvieron listos para brindarnos toda su ayuda, pues ahora nos toca agradecerles un poquito de todo lo inmenso que nos han otorgado.

AGRADECIMIENTO

Este presente trabajo de tesis se lo agradecemos a nuestros padres porque nos brindaron su apoyo tanto moral y económicamente para seguir estudiando y lograr el objetivo trazado por un futuro mejor y ser orgullo para ellos y de toda la familia.

Agradecerle también a nuestra asesora Dra. Meza León Jesús quien nos guío para hacer el presente trabajo

INDICE

| <i>Cont.</i> | <i>Pág.</i> |
|----------------------------|-------------|
| RESUMEN | 5 |
| ABSTRACT | 6 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| MATERIALES Y MÉTODOS | 12 |
| RESULTADOS | 14 |
| DISCUSIÓN | 26 |
| CONCLUSIONES | 30 |
| RECOMENDACIONES | 31 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 32 |
| ANEXOS | 37 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre las características epidemiológicas y clínicas del paciente y la culminación del parto por cesárea en el Hospital San José de Chincha, durante el período enero-diciembre 2014. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en una población de 2225 partos atendidos de enero a diciembre del 2014 en el hospital San José de Chincha. La muestra estuvo conformada por 317 gestantes. El análisis bivariado se realizó usando la prueba estadística de Chi². **Resultados:** Se hallaron 110 (34,70%; IC95%:29,46-39,94) partos por cesárea. De estos 52 (47,27%) fueron de madres adolescentes, 33 (30,00%) adultas y 25 (22,73%) añosas; 32 (29,09%) tenían instrucción superior, 63 (57,27%) instrucción secundaria, 13 (11,82%) instrucción primaria y 2 (1,82%) ninguna instrucción; 68 (61,82%) residían en la zona urbana; 68 (61,82%) con cobertura por el Seguro Integral de Salud, 32 (29,09%) por otro seguro público y 10 (9,09%) por algún seguro privado; 67 (60,91%) ocurrieron en primíparas; 13 (11,87%) tenían antecedente de aborto; 76 (69,09%) ocurrieron en el horario nocturno. La indicación más frecuente para el parto por cesárea fue motivada por la incompatibilidad céfalo-pélvica (33,64%), seguida del sufrimiento fetal agudo (15,45%), la cesárea previa (14,55%) y la pre-eclampsia. **Conclusiones:** El parto por cesárea se asocia al grupo etario, la zona de residencia, el tipo de aseguramiento, el antecedente de aborto y el antecedente de cesárea de la madre. **Palabras clave:** CESAREA – CARACTERÍSTICAS – EPIDEMIOLOGIA.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between epidemiological and clinical characteristics of the patient and the culmination of delivery by cesarean in the San José Hospital from Chíncha, during the period from January to December 2014. **Materials and Methods:** An observational, descriptive and retrospective study was conducted in a population of 2225 births attended from January to December 2014 in the San José Hospital from Chíncha. The sample consisted of 317 pregnant women. The bivariate analysis was performed using the statistical test of Chi². **Results:** 110 (34.70%; 95% CI: 29.46 to 39.94) cesarean deliveries were found. Of these 52 (47.27%) were from teenage mothers, 33 (30.00%) adults ones and 25 (22.73%) older women; 32 (29.09%) had higher education, 63 (57.27%) secondary education, 13 (11.82%) primary education and 2 (1.82%) no instruction; 68 (61.82%) lived in urban areas; 68 (61.82%) covered by the Comprehensive Health Insurance, 32 (29.09%) by another public insurance and 10 (9.09%) by private insurance; 67 (60.91%) occurred in primiparous; 13 (11.87%) had a history of abortion; 76 (69.09%) occurred in the nighttime. The most frequent indication of cesarean delivery was motivated by cephalopelvic incompatibility (33.64%), followed by acute fetal distress (15.45%), previous cesarean section (14.55%) and pre-eclampsia. **Conclusions:** Cesarean delivery is associated with age group, area of residence, type of insurance and a history of abortion and cesarean section of the mother. **Keywords:** CESAREAN SECTION - FEATURES - EPIDEMIOLOGIA.

INTRODUCCION

Históricamente, el curso de los embarazos y su culminación natural fueron eventos sociales que incorporaban a la familia y a su comunidad, sin ninguna o con muy poca participación médica, pues su desarrollo resultaba normal en más del 90% de las veces. Hoy son sucesos más médicos que sociales, una mutación que paulatinamente ha transformado en pacientes a las mujeres embarazadas y a las parturientas normales^{1,2,3}, debido a que durante las últimas décadas, la atención del embarazo y del parto se ha institucionalizado y medicalizado de manera creciente, contribuyendo, por un lado, a la disminución de algunas causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal y, por el otro, al incremento en las tasas de cesáreas, las cuales a su vez ocasionan otros problemas de salud no menos importantes^{1,4,5,6}.

La operación cesárea, inicialmente estaba reservada sólo para algunos casos excepcionales, pero hoy es la cirugía abierta más frecuentemente realizada en las mujeres. De hecho, en las últimas dos décadas, su uso se ha incrementado vislumbrándose como un problema⁴. La creencia que el nacimiento –en gestaciones normales- por cesárea podría ser beneficioso para la madre y el recién nacido, no tiene ningún fundamento científico sólido. Por el contrario, varios estudios observan mayor frecuencia de trastornos asociados, tanto maternos como neonatales^{1,2,3}. Más importante aún, se ha detectado incremento en la mortalidad materna y perinatal^{1,7,8,9,10,11}. En un estudio se halló mayor morbilidad en recién nacidos de madres primíparas de bajo riesgo con cesárea programada³.

La operación cesárea tiene como objetivo extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, mediante laparotomía y una incisión en la pared

uterina, en mujeres con embarazos mayores de 27 semanas de gestación^{12,13,14}. Su indicación es justificada por causas maternas, fetales o mixtas. Entre las causas maternas encontramos: a) distocia de partes óseas (desproporción céfalo pélvica) que incluyen estrechez pélvica, pelvis asimétrica o deformada, tumores óseos de la pelvis; b) distocia de partes blandas que incluyen malformaciones congénitas, tumores o cirugía previa uterinos o en algún segmento del canal del parto; c) distocia de la contracción como hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta), patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc. Por su parte las causas fetales: incluyen macrosomía fetal que condiciona desproporción céfalo pélvica, alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal, prolapso de cordón umbilical, sufrimiento fetal y malformaciones fetales incompatibles con el parto, embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal y cesárea pos mortem. Y entre las causas mixtas están: síndrome de desproporción céfalo pélvica, pre eclampsia/eclampsia, embarazo múltiple, infección amniótica e isoimmunización materno-fetal¹³. Esta ampliación produjo efectos benéficos. Sin embargo, incrementos por encima del 10% en la frecuencia de la cesárea no se han correlacionado con una disminución aún mayor en la morbilidad^{1,8}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una proporción de cesáreas necesarias de entre 10 y 15%¹⁵. Además sostiene que no hay beneficios para un porcentaje de cesárea superior al 15%¹⁶. La literatura científica internacional en esta área ha demostrado que cuando se utiliza la cesárea sin las indicaciones correctas, los riesgos para la salud sobrepasan los beneficios⁹ y se transgreden los derechos reproductivos de las mujeres¹⁷.

Asimismo, dentro de las recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento, señaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece que “no existe justificación en ninguna región geográfica específica para tener más de un 10 a 15% de cesáreas, ya que no existen evidencias de que se requiera una operación cesárea después de una cesárea transversa segmentaria inferior. Además, señala que se deberían favorecer los partos vaginales en cesareadas anteriores, en lugares donde existan las facilidades quirúrgicas en caso de emergencia”⁶. Someter a la gestante a una cesárea implica doble riesgo de morbilidad materna severa en comparación con partos vaginales (RM=2.0, 95%IC:1.6-2.5); doble de riesgo de estancia hospitalaria por 7 a más días para el neonato en cuidados intensivos (RM=2.1 95%IC:1.8-2.6); así como 70% de riesgo de muerte neonatal hasta el egreso hospitalario (RM=1.7, 95%IC:1.3-2.2)^{1,18}.

A pesar de estos conocimientos y recomendaciones, en los últimos años se observa un considerable y progresivo aumento en la frecuencia de cesárea, antes sólo reservada para situaciones en que el parto vaginal ponía en riesgo a la madre o al feto¹. Probablemente, varios factores están involucrados en el aumento de cesáreas como la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, los cambios demográficos y socioculturales, una mejor percepción de seguridad de este procedimiento, el incremento de las “prácticas defensivas” por parte de los médicos gineco-obstetras, la relativa mejora de los sistemas de salud, y el aumento de la solicitud directa de las pacientes^{4,19,20,21}. Sin embargo, también puede ser consecuencia del modelo sobremedicalizado de atención al nacimiento debido a la rutinización de las intervenciones médicas así como a la

desinformación de los beneficios del parto vaginal versus los riesgos de la cesárea¹⁸.

Cabe señalar que un gran número de las indicaciones no están médicamente justificadas, es decir que no se basan en la presencia de algún riesgo potencial para la madre y el niño. Esto influye en la creciente proporción de cesáreas programadas en primíparas, lo cual motiva nuevas cesáreas posteriores²². Asimismo, otro aspecto a considerar es que la gran mayoría de las madres sometidas a cesárea intraparto, sin razones médicamente justificadas, no tiene opción para modificar la decisión del profesional y defender su deseo de parto vaginal²³.

En América Latina el porcentaje de partos por cesárea está alrededor de 35 a 40%¹⁶, 36% en Brasil y 37% en Chile¹². Redondo y col. (España, 2013)¹⁴, observaron que el porcentaje global de cesáreas fue 25,4%. Suárez y col. (México, 2013)²⁵, observaron un incremento de 50,3% de la operación cesárea a nivel nacional en el periodo de 2000 a 2012; asimismo, hallaron que las mujeres con mayor posibilidad de tener una cesárea fueron las que se atendieron en el sector privado, primíparas de 12 a 19 y de 35 o más años.

En este contexto el Perú no ha sido la excepción. Se han reportado tasas de cesáreas de 25,7%, 95,4% de ellas con feto único, 71,5% con control prenatal adecuado, 56,9 % con edades entre 20 y 35 años, 32,1% menores de 20 años y 11% mayores de 35 años. Quispe y col. (Lima, 2010)⁴, encontraron que entre el 2001 y el 2008 la tasa mensual promedio de cesáreas fue 36,9%±9,1%, tienden a incrementarse en los meses de abril y septiembre. Patiño (Tumbes, 2012)⁶, observó que la frecuencia de cesárea en un hospital de EsSalud fue 58,76%, y 49,52% en el MINSA. Asimismo, las principales

indicaciones para el parto por cesárea son: desproporción céfalo-pélvica (21,1%), sufrimiento fetal agudo (20,2%), cesárea previa (11,9%) y mala presentación fetal (10,1%).

El número de cesáreas que se realizan en el Perú perfila un problema de salud pública que debe analizarse en detalle para buscar soluciones y promover su disminución⁴. Sin embargo, en Perú y más aún en Chíncha este tipo de estudios ha sido relativamente escaso, ya que la mayor parte de los autores que han escrito sobre cesáreas se han centrado en temas clínicos, así como en las complicaciones de las cesáreas. Además, la proporción de cesáreas en una institución puede ser consecuencia de las condiciones médicas y obstétricas, más que de inadecuadas prácticas institucionales, por tanto, para comparar la proporción de cesáreas entre instituciones y para proponer e implementar medidas de intervención adecuadas en una institución es esencial ajustar por las condiciones maternas o fetales de la población que se atiende en ella⁷. Pero, a pesar de su importancia, no se han encontrado trabajos de investigación en relación al tema de estudio en la Región Ica. Por estas razones se plantea el presente estudio con el objetivo de determinar la relación entre las características epidemiológicas y clínicas del paciente y la culminación del parto por cesárea en el Hospital San José de Chíncha, durante el período enero-diciembre 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en una población de 2225 partos atendidos de enero a diciembre del 2014 en el hospital San José de Chíncha. La muestra estuvo conformada por 317 gestantes que acudieron por culminación del parto al Hospital San José de Chíncha durante el período de estudio, determinada con un nivel de confianza de 95% y especificidad de 5%, para una frecuencia estimada de cesáreas de 40%. Esta muestra fue seleccionada mediante el programa MS Excel a través de la función de números aleatorios que se asignó cada uno de los registros de parto en forma secuencial. Se excluyeron a todas aquellas que no contaban con historia clínica.

La recolección de datos se realizó mediante la revisión de la historia clínica de la gestante. Se obtuvieron los datos de las características epidemiológicas (grupo etario, grado de instrucción, procedencia y aseguramiento en salud) y las características clínicas (gestaciones, abortos, paridad, hora de la cesárea, diagnóstico, antecedente de cesárea y estado general del recién nacido). Al finalizar la aplicación del instrumento de investigación se realizó el control de calidad previo a la digitación, corroborando la ausencia de errores o vacíos.

Los datos obtenidos fueron ingresados a una base de datos utilizando el software IBM SPSS® (Statistical Package of the Social Science) en su versión 19.0, para su procesamiento y análisis. La descripción de las variables se realizó haciendo uso de la estadística descriptiva a través de la determinación de proporciones de las variables categóricas. El análisis bivariado se realizó usando la prueba estadística de χ^2 para asociar proporciones con respecto a las variables categóricas, aceptando como relación estadísticamente significativa un

las variables categóricas, aceptando como relación estadísticamente significativa un valor $p < 0,05$. Estos resultados son presentados en tablas y/o gráficos, utilizando el programa MSWord 2010.

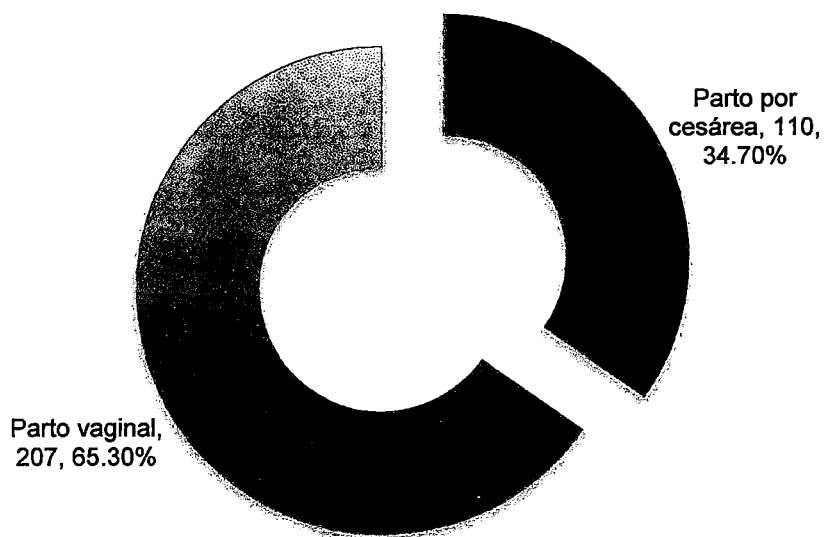
Se respetaron los principios éticos de la declaración de Helsinki, el reporte de Belmont y las pautas del CIOMS, preservándose la plena confidencialidad de los datos conforme -a través de la limitación del acceso a los datos solo a los investigadores- y el anonimato de las participantes estudio - otorgando un código para cada historia clínica que fue conocido solo por los investigadores-. Asimismo, la ejecución del presente estudio fue autorizado por la Dirección del Hospital San José de Chincha, bajo los procedimientos establecidos por la autoridad sanitaria.

RESULTADOS

Gráfico 1.

PARTOS SEGÚN TIPO.

HOSPITAL "SAN JOSÉ" DE CHINCHA. ENERO-DICIEMBRE, 2014.



En la muestra estudiada, se hallaron 110 (34,70%; IC95%: 29,46-39,94) partos por cesárea y 207 (65,30%; IC95%: 60,06-70,54) partos vaginales.

Tabla 1.

TIPO DE PARTO SEGÚN GRUPO ETARIO.

HOSPITAL “SAN JOSÉ” DE CHINCHA: ENERO-DICIEMBRE, 2014.

| Grupo etario | Tipo de parto | | | | | |
|--------------|---------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | Cesárea | | Vaginal | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Adolescente | 52 | 47,27 | 62 | 29,95 | 114 | 35,96 |
| Adulta | 33 | 30,00 | 107 | 51,69 | 140 | 44,16 |
| Añosa | 25 | 22,73 | 38 | 18,36 | 63 | 19,87 |

Chi Cuadrado= 14,33; gl= 2; p= 0,001

En los partos por cesárea 52 (47,27%) fueron madres adolescentes, 33 (30,00%) adultas y 25 (22,73%) añosas, mientras que en los partos vaginales hubo 62 (29,95%) madres adolescentes, 107 (51,69%) adultas y 38 (18,36%) vaginales. Se halló relación estadísticamente significativa entre el grupo etario y el tipo de parto ($p= 0,001$).

Tabla 2.

**TIPO DE PARTO SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE.
HOSPITAL “SAN JOSÉ” DE CHINCHA. ENERO-DICIEMBRE, 2014.**

| Nivel de instrucción de la madre | Tipo de parto | | | | | |
|--|---------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | Cesárea | | Vaginal | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Superior | 32 | 29,09 | 78 | 37,68 | 110 | 34,70 |
| Secundaria | 63 | 57,27 | 105 | 50,72 | 168 | 53,00 |
| Primaria | 13 | 11,82 | 20 | 9,66 | 33 | 10,41 |
| Ninguno | 2 | 1,82 | 4 | 1,93 | 6 | 1,89 |

Chi Cuadrado= 2,35; gl= 2 (sup/sec/prim-ning); p= 0,309

En los partos por cesárea, 32 (29,09%) madres tenían instrucción superior, 63 (57,27%) instrucción secundaria, 13 (11,82%) instrucción primaria y 2 (1,82%) ninguna instrucción. En el grupo de partos vaginales se observó que 78 (37,68%) de las madres tenían instrucción superior, 105 (50,72%) instrucción secundaria, 20 (9,66%) instrucción primaria y 4 (1,93%) ninguna instrucción. No se halló relación estadísticamente significativa entre la instrucción de la madre y el tipo de parto (p= 0,309):

Tabla 3.

**TIPO DE PARTO SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA DE LA MADRE.
HOSPITAL "SAN JOSÉ" DE CHINCHA. ENERO-DICIEMBRE, 2014.**

| Zona de residencia de la madre | Tipo de parto | | | | | |
|--------------------------------------|---------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | Cesárea | | Vaginal | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Urbana | 68 | 61,82 | 80 | 38,65 | 148 | 46,69 |
| Rural | 42 | 38,18 | 127 | 61,35 | 169 | 53,31 |

Chi Cuadrado= 15,49; gl= 1; p= 0,000

68 (61,82%) de las madres que culminaron el parto por cesárea y 80 (38,65%) de aquellas que tuvieron parto vaginal residían en la zona urbana. En este último grupo, 127 (61,35%) residían en la zona rural mientras la frecuencia de residencia en la zona rural en las madres que culminaron en parto por cesárea fue 42 (38,18%). Se halló relación estadísticamente significativa entre la residencia de la madre y el tipo de parto ($p= 0,000$).

Tabla 4.

**TIPO DE PARTO SEGÚN TIPO DE ASEGURAMIENTO DE LA MADRE.
HOSPITAL "SAN JOSÉ" DE CHINCHA. ENERO-DICIEMBRE, 2014.**

| Tipo de aseguramiento | Tipo de parto | | | | | |
|--------------------------|---------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | Cesárea | | Vaginal | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Seguro Integral de Salud | 68 | 61,82 | 120 | 57,97 | 188 | 59,31 |
| Otro público | 32 | 29,09 | 80 | 38,65 | 112 | 35,33 |
| Privado | 10 | 9,09 | 7 | 3,38 | 17 | 5,36 |

Chi Cuadrado= 6,402; gl= 2; p= 0,041

68 (61,82%) de los partos por cesárea se produjeron en madres con cobertura por el Seguro Integral de Salud, 32 (29,09%) manifestaron tener cobertura por otro seguro público y 10 (9,09%) por algún seguro privado. En aquellas que culminaron en parto vaginal 120 (57,97%) pertenecían al Seguro Integral de Salud, 80 (38,65%) a otro seguro público y 7 (3,38%) a algún seguro privado. Se halló relación estadísticamente significativa entre el tipo de aseguramiento de la madre y el tipo de parto ($p= 0,041$).

Tabla 5.

TIPO DE PARTO SEGÚN PARIDAD DE LA MADRE.

HOSPITAL "SAN JOSÉ" DE CHINCHA. ENERO-DICIEMBRE, 2014.

| Paridad de la madre | Tipo de parto | | | | | |
|---------------------|---------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | Cesárea | | Vaginal | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Primípara | 67 | 60,91 | 117 | 56,52 | 184 | 58,04 |
| Múltipara | 43 | 39,09 | 90 | 43,48 | 133 | 41,96 |

Chi Cuadrado= 0,5678; gl= 1; p= 0,451

67 (60,91%) de los partos por cesárea y 117 (56,52%) de los vaginales ocurrieron en primíparas, mientras que las múltiparas estuvieron presentes en 43 (39,09%) de los partos por cesárea y 90 (43,48%) de los partos vaginales. No se halló relación estadísticamente significativa entre la paridad de la madre y el tipo de parto (p= 0,451).

Tabla 6.

**TIPO DE PARTO SEGÚN ANTECEDENTE DE ABORTO DE LA MADRE.
HOSPITAL "SAN JOSÉ" DE CHINCHA. ENERO-DICIEMBRE, 2014.**

| Antecedente de aborto de la madre | Tipo de parto | | | | | |
|---|---------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | Cesárea | | Vaginal | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Si | 13 | 11,82 | 11 | 5,31 | 24 | 7,57 |
| No | 97 | 88,18 | 196 | 94,69 | 293 | 92,43 |

Chi Cuadrado= 0,434; gl= 1; p= 0,037

El antecedente de aborto se presentó en 13 (11,87%) de los partos por cesárea y en 11 (5,31%) de los partos vaginales. Se halló relación estadísticamente significativa entre el antecedente de aborto de la madre y el tipo de parto ($p= 0,037$).

Tabla 7.

**TIPO DE PARTO SEGÚN ANTECEDENTE DE CESÁREA DE LA MADRE.
HOSPITAL "SAN JOSÉ" DE CHINCHA. ENERO-DICIEMBRE, 2014.**

| Antecedente de cesárea de la madre | Tipo de parto | | | | | |
|--|---------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | Cesárea | | Vaginal | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Si | 16 | 14,55 | 5 | 2,42 | 21 | 6,62 |
| No | 94 | 85,45 | 202 | 97,58 | 296 | 93,38 |

Chi Cuadrado= 17,09; gl= 1; p= 0,000

El antecedente de cesárea se presentó en 16 (14,55%) de los partos por cesárea y en 5 (2,42%) de los partos vaginales. Se halló relación estadísticamente significativa entre el antecedente de cesárea de la madre y el tipo de parto ($p= 0,000$).

Tabla 8.

TIPO DE PARTO SEGÚN HORARIO DEL PARTO.

HOSPITAL "SAN JOSÉ" DE CHINCHA. ENERO-DICIEMBRE, 2014.

| Horario del parto | Tipo de parto | | | | | |
|-------------------|---------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | Cesárea | | Vaginal | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Nocturno | 76 | 69,09 | 123 | 59,42 | 199 | 62,78 |
| Diurno | 34 | 30,91 | 84 | 40,58 | 118 | 37,22 |

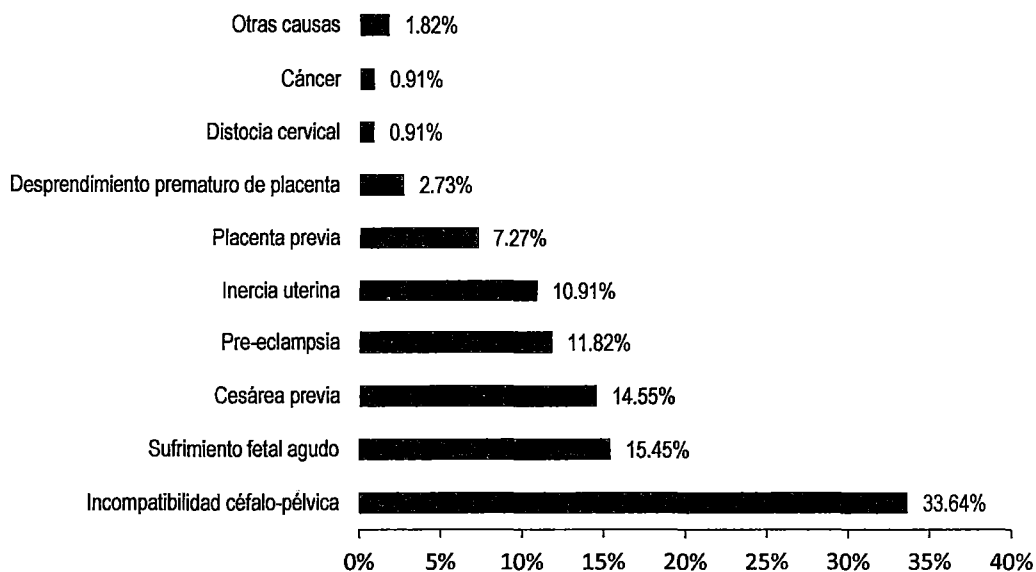
Chi Cuadrado= 2,875; gl= 1; p= 0,090

76 (69,09%) de los partos por cesárea ocurrieron en el horario nocturno y 34 (30,91%) en el horario diurno. En los partos vaginales, el horario fue diurno en 123 (59,42%) de ellos y nocturno en los 84 (40,58%) restantes. No se halló relación estadísticamente significativa entre el horario del parto y el tipo de parto ($p= 0,451$).

Gráfico 2.

CESÁREAS SEGÚN DIAGNÓSTICO PREVIO.

HOSPITAL "SAN JOSÉ" DE CHINCHA. ENERO-DICIEMBRE, 2014.



La indicación para el parto por cesárea fue motivada principalmente por la incompatibilidad céfalo-pélvica (33,64%), seguida del sufrimiento fetal agudo (15,45%), la cesárea previa (14,55%) y la pre-eclampsia. En menor frecuencia el diagnóstico que indujo a la decisión del parto por cesárea fue la inercia uterina (10,91%) la placenta previa (7,27%) el desprendimiento prematuro de placenta (2,73%), la distocia cervical (0,91%) y el cáncer (0,91%). Otras causas se registraron con una frecuencia de 1,82%.

Tabla 9.

TIPO DE PARTO

SEGÚN ESTADO GENERAL DEL RECIÉN NACIDO AL MINUTO.

HOSPITAL "SAN JOSÉ" DE CHINCHA. ENERO-DICIEMBRE, 2014.

| Estado general del recién nacido | Tipo de parto | | | | | |
|-------------------------------------|---------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | Cesárea | | Vaginal | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Normal | 93 | 84,55 | 162 | 78,26 | 255 | 80,44 |
| Deprimido | 17 | 15,45 | 45 | 21,74 | 62 | 19,56 |

Chi Cuadrado= 1,803; gl= 1; p= 0,180

En 93 (84,55%) de los partos por cesárea y 162 (78,26%) de los vaginales el producto presentó estado general normal al minuto del nacimiento. No se halló relación estadísticamente significativa entre el estado general del recién nacido al minuto de nacer y el tipo de parto (p= 0,180).

Tabla 10.

TIPO DE PARTO SEGÚN

ESTADO GENERAL DEL RECIÉN NACIDO A LOS CINCO MINUTOS.

HOSPITAL "SAN JOSÉ" DE CHINCHA. ENERO-DICIEMBRE, 2014.

| Estado general del recién nacido | Tipo de parto | | | | | |
|-------------------------------------|---------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | Cesárea | | Vaginal | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Normal | 103 | 93,64 | 172 | 83,09 | 275 | 86,75 |
| Deprimido | 7 | 6,36 | 35 | 16,91 | 42 | 13,25 |

Chi Cuadrado= 6,949; gl= 1; p= 0,008

En 103 (93,64%) de los partos por cesárea y 172 (83,09%) de los vaginales el producto presentó estado general normal a los cinco minutos del nacimiento. Se halló relación estadísticamente significativa entre el estado general del recién nacido a los cinco minutos del nacimiento y el tipo de parto ($p= 0,008$).

DISCUSIÓN

La cesárea en la actualidad es una intervención bastante frecuente. En el Hospital San José de Chíncha en el año 2014 su frecuencia fue de (34.70%), lo que duplica el estándar propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pues indican un estándar de 10-15% sin embargo, la OMS realizó un la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal, que entre 2004 y 2005 en 24 regiones de 8 países hallando una frecuencia del 33%. Esta proporción se asocia a cambios en la formación y ejercicio de la profesión médica, mayor comodidad, mayor laxitud en las indicaciones y a la mayor o menor restricción presupuestaria^{1,22,26,27}.

En nuestro país se ha incrementado el acceso al parto institucional, mediado –entre otros- por la presencia del seguro integral de salud. El limitado acceso económico a esta intervención quirúrgica -pues según Mocada y col.²⁹ el costo directo de la cesárea no complicada es de S/.307,64 y cuando se complica S/.469,61³⁰- estaría siendo combatido por el aseguramiento de la gestante, hecho que puede observarse con el elevado porcentaje de partos por cesáreas que son cubiertos por el Seguro Integral de Salud en la muestra estudiada. Si bien la cobertura sanitaria estaría implicada en la culminación del parto por cesárea en la mayoría de casos, no podemos dejar de considerar el gasto de bolsillo que sigue siendo una de las principales fuentes de financiamiento de los servicios de salud³⁰. A este grupo pertenece una de cada tres cesareadas en este nosocomio.

Un aspecto preocupante para nuestro país es el embarazo en las adolescentes, las cuales mantienen elevados índices de fecundidad, poco acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los métodos

anticonceptivos, motivos que las expone a un riesgo elevado de morbilidad materna o muerte³⁴. Esta elevada frecuencia también se encuentra representada en los partos por cesáreas revisados en nuestra investigación ya que dos de cada cinco cesareadas son adolescentes con edades de 14 a 17 años. Existen literaturas que indican que las adolescentes presentan inmadurez pélvica y del canal vaginal, lo que explicaría nuestro resultado.

Esta elevada frecuencia también ha sido observada por Bustamante-Núñez y col.²⁸; sin embargo, en un estudio realizado por Gutiérrez³² en la ciudad de Lima reporta una frecuencia inferior. Okumura y col.³³, también en Lima, observó que las madres adolescentes de nuestro país tienen menor riesgo de culminar en un parto por cesárea, pero mayor cuando ocurre en adolescentes tempranas. Esta diferencia observada en la frecuencia podría estar mediada por la política conservadora que ocurre en la capital del país frente a la política intervencionista de los médicos en las demás ciudades, sumada al control pre-natal inadecuado, según lo reportado por Francisco³⁴, no evaluado en nuestra serie.

Diversos investigadores consideran la existencia de suficiente información que demuestra que el embarazo y parto se puede llevar a cabo con resultados similares al de mujeres adultas, especialmente si las adolescentes son mayores de 15 años, dejando de ser un riesgo biológico importante, para continuar siendo sólo un riesgo para la vida social y económica de la mujer³⁴.

El embarazo en la adolescencia está influenciado por condiciones propias de esta edad (inestabilidad emocional, dependencia económica, inexperiencia, uso de alcohol y otras drogas). Además, la situación de países en vías de desarrollo como el nuestro proporciona factores como bajo nivel

cultural, hacinamiento, falta de programas gubernamentales de apoyo a la madre adolescente, etc., que actuarán potenciando los efectos adversos cuando ocurre el embarazo en este grupo poblacional (parto prematuro, preeclampsia, desprendimiento placentario, anemia, mayor número de abortos y cesáreas).

Otra característica importante de nuestro hallazgo es que la mayor frecuencia de cesáreas ocurre en mujeres que residen en zonas urbanas. A diferencia de nosotros Bustamante-Núñez y col.³⁸ halló mayor frecuencia de cesáreas en mujeres que residen en la zona rural.

Cuando evaluamos la motivación de la indicación para el parto por cesárea observamos, en primer lugar, la incompatibilidad céfalo-pélvica, hallazgo similar al reportado por Gálvez y col.³⁵ en el Callao, En segundo lugar estuvo el sufrimiento fetal agudo, seguido de la cesárea previa y la pre-eclampsia. Aunque en diferente orden de frecuencia, la preeclampsia y el sufrimiento fetal también estuvieron entre las primeras cuatro causas que motivaron la cesárea en el estudio de Gálvez³⁵.

Otro hallazgo de nuestro estudio es la relación entre el antecedente de aborto y la vía de culminación del parto, pues observamos que una de cada diez cesareadas presenta este antecedente. En un estudio similar, Che³⁶ también encontró similar frecuencia de este antecedente en mujeres que culminaron la gestación con este tipo de parto en un nosocomio público ubicado en Chimbote, al norte de nuestro país.

Como en otros estudios, el antecedente de cesárea se asoció significativamente con el tipo de parto. Este antecedente media la toma de decisión de una nueva cesárea; sin embargo, se hallaron gestantes con

antecedente de cesárea que culminaron en parto vaginal. Este último hallazgo es similar a lo observado por Cuero-Vidal y Clavijo³⁷ quienes también han observado un frecuencia de parto vaginal posterior a cesárea (20%).

Se sabe que una cantidad significativa de pacientes nacidos por cesárea ingresan a la unidad cuidados intensivos neonatales por síndrome de dificultad respiratoria, taquipnea transitoria del recién nacido e hipertensión pulmonar persistente, o una combinación de estos padecimientos y sus complicaciones³⁸. Pero, en nuestro estudio, al minuto del nacimiento, la mayoría de los recién nacidos -en ambos grupos- presentan un estado general normal; asimismo, la frecuencia de recién nacidos deprimidos no difiere significativamente según el tipo de parto. A los cinco minutos, observamos asociación entre el tipo de parto y el estado general del recién, con mayor porcentaje de recién nacidos que se recuperan cuando el parto culmina por cesárea. Estos resultados son similares a los obtenidos por Jonguitud³⁸, quien también halló que la mayoría de los recién nacidos presentan estado general aceptable al minuto de nacimiento cuando el parto es por cesárea.

Es preciso mencionar que el nivel de instrucción así como la paridad de la madre o el horario en que se realiza la cesárea no estuvieron asociados al tipo de parto en este nosocomio.

La cesárea, como todo procedimiento quirúrgico, no está exenta de complicaciones, aun en manos experimentadas. A pesar que -en la actualidad- la mortalidad asociada a este procedimiento es muy baja, debe tenerse en cuenta que durante el procedimiento quirúrgico pueden presentarse lesiones intestinales, vesicales, uretrales y vasculares. Si estas no son reconocidas y manejadas a tiempo pueden tener consecuencias catastróficas.

Si el parto por cesárea es inevitable debe evitarse, en lo posible, el acceso acelerado a la cavidad abdominal, el uso a ciegas y desesperado de las pinzas hemostáticas para el control de la hemorragia, el conocimiento profundo de la anatomía pélvica y de la técnica quirúrgica, así como una planeación adecuada del procedimiento, conociendo los antecedentes y la historia clínica y condición actual de la paciente, ya que antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía abdominal o pélvica previa, endometriosis, tumores o condiciones como obesidad extrema, pueden generar adherencias y bridas que originan dificultades técnicas predisponentes a las complicaciones.

Una de las limitaciones del presente estudio es que los datos analizados corresponden a la casuística registrada en un hospital público del segundo nivel de atención (categoría II.1). Es importante tener en cuenta que estos datos fueron tomados de las historias clínicas, por tal motivo están sujetos a sesgo de infrarregistro del proceso clínico que no ha sido cuantificado y que limitaría los resultados.

CONCLUSIONES

1. Uno de cada tres partos culminan por cesárea en el Hospital San José de Chíncha. Esta frecuencia es superior al estándar internacional.
2. El grupo etario, la zona de residencia y el tipo de aseguramiento, son características epidemiológicas asociadas al tipo de parto. Existe mayor frecuencia de gestantes adolescentes, residentes de la zona urbana, con Seguro Integral de Salud en el grupo que culminó el parto por cesárea.
3. Observamos mayor frecuencia de cesáreas según el grado de instrucción a nivel secundaria que podría corresponder con la mayor frecuencia en adolescentes que tenemos en nuestra muestra. Sin embargo, el nivel de instrucción no se asoció a la culminación de parto por cesárea.
4. El antecedente de aborto y de cesárea, son las características clínicas asociadas al tipo de parto. Se observa mayor frecuencia de madres con antecedente de aborto y de cesárea en el grupo que culmina el parto por cesárea.
5. Las tres primeras causas de indicación de cesárea son la incompatibilidad céfalo-pélvica, el sufrimiento fetal agudo y el antecedente de cesárea previa.
6. El estado general del recién nacido al minuto de nacer no se asocia al tipo de parto. Esta asociación sí estuvo presente a los cinco minutos del nacimiento, con mayor frecuencia de recién nacidos que se recuperan cuando el parto culmina por cesárea.

RECOMENDACIONES

1. Es indispensable promover la actualización de protocolos de atención del parto obstétrica y vigilar su cumplimiento, teniendo en cuenta los recursos disponibles y las características de la demanda, bajo un análisis de las principales indicaciones de cesárea como una medida importante para coadyuvar a la reducción de la tasa de cesáreas.
2. Realizar una evaluación obstétrica integral y objetiva para determinar la conducta a seguir, todo ello con el fin de disminuir aquellas cesáreas que pueden ser evitables, especialmente en la población más joven.
3. Capacitar al personal profesional para atender un parto vaginal en gestantes con antecedentes de cesárea anterior, siempre y cuando no existan condiciones de riesgo para optar por una nueva operación cesárea.
4. Mejorar el diagnóstico de sufrimiento fetal y distocias sobre todo el de desproporción céfalo-pélvica, junto a una exhaustiva evaluación clínica de la pelvis además de la aplicación de técnicas y procedimientos que beneficien la culminación del parto por vía vaginal inclusive en presencia del antecedente de cesárea.
5. Promover el uso de la segunda opinión para decidir si la cesárea debería ser obligatoria en los hospitales públicos, excepto en casos de emergencia como prolapso del cordón, hemorragias, sospecha de rotura uterina, además de la auditoría mensual de las cesáreas evitables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007; 335(7628): 1025.
2. MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with "no indicated risk," United States, 1998-2001 birth cohorts. *Birth*. 2006; 33:175-82.
3. Declercq E, Barger M, Cabral H, et al. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean birth compared with planned vaginal birth. *Obstet Gynecol* 2007;109:669-77.
4. Quispe AM, Santivañez-Pimentel A, Leyton-Valencia I, Pomasunco D. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. *Rev. perú. med. exp. salud publica*. 2010; 27(1):45-50.
5. Beltran A, Merialdi M, Lauer J, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007;21:98-113.
6. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011). *Ciencia y Desarrollo*. 2012; 15(2):31-37.
7. Zuleta-Tobón JJ, Quintero-Rincón F, Quiceno-Ceballos AM. Aplicación del modelo de Robson para caracterizar la realización de cesáreas en una institución de tercer nivel de atención en Medellín, Colombia. Estudio de corte transversal. *evista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2013; 64(2)

8. Souza JP, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC medicine*. 2010 Jan;8(1):71.
9. Kamilya G, Seal SL, Mukherji J, Bhattacharyya SK, Hazra A. Maternal mortality and cesarean delivery: an analytical observational study. *J Obstet Gynaecol Res*. 2010; 36:248-53.
10. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*. 2007; 176:455-60.
11. Deneux-Tharaux C, Carmona E, Bouvier-Colle M-H, Bréart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2006; 108:541-8.
12. Guzmán E. Perfil epidemiológico de la cesárea en Chile en la década 2000-2010. *Medwave*. 2012; 12(3):e5331.
13. Ortega-Medrano MG, Hernández-Martínez AC, Espínola-Zetina C. Protocolo de indicación de operación cesárea del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. *Rev Sanid Milit Mex*. 2013; 67(6): 282-286.
14. Rosales E, Felguérez JA. Repercusión demográfica de la operación cesárea. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77(8):362-366.
15. WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2(8452):437-438.
16. Betrán AP, Gulmezoglu AM, Robson M, Merialdi M, Souza JP, Wojdyla D, et al. WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America: classifying caesarean sections. *Reprod Health*. 2009; 6:18.

17. Facio A. Necesidad de enmarcar la salud sexual y reproductiva en un marco de derechos humanos. Los derechos reproductivos son derechos humanos. San José Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008:13-17.
18. Suárez L, Campero L, de la Vara E, Rivera L, Hernández M, Walker D, et al. Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto. En: INSP. Encuesta Nacional de Salud Pública 2012. México.
19. Leone T, Padmadas SS, Matthews Z. Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries. Soc Sci Med. 2008; 67(8): 1236-46.
20. McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. Birth. 2007; 34(1): 65-79.
21. Duckworth S. Should maternal choice be an indication for caesarean section?. Int J Surg. 2008; 6(4): 277-80.
22. Ceriani Cernadas JM, Mariani G, Pardo A, et al. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. Arch Argent Pediatr 2010; 1(8):17-23.
23. Moffat M, Bell J, Porter M, et al. Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study. BJOG 2007;114:86-93.
24. Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. Gaceta Sanitaria. 2013; 27(3):258-262.

25. Suarez-Lopez L et al. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud pública Méx.* 2013; 55(suppl.2):S225-S234.
26. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage. *World Health Report 2010; Background Paper 30.*
27. Mi J, Liu F. Rate of caesarean section is alarming in China. *Lancet* 2014; 383: 1463-1464.
28. Bustamante-Núñez JM, Vera- Romero OE, Limo-Peredo J, Patazca-Ulfe J. Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010-2011. *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 7(1) 2014.
29. Moncada G, Llanos-Zavalaga F, Mayca J. Costo directo de cesáreas y reembolso del Seguro Integral de Salud. El caso del Hospital de Apoyo Pomabamba, Ancash, Perú. *Rev Med Hered.* 2009; 20 (1):4-10.
30. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud pública Méx.* 2011; 53(2):s243-s254.
31. del Carpio Ancaya L. Situación de la mortalidad maternal en el Perú, 2000-2012. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2013;30(3):461-464.
32. Gutiérrez FM. Hallazgos durante la atención inmediata en neonatos de madres adolescentes y no adolescentes en el Hospital San Bartolomé- 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015.
33. Okumura JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta-Tristán P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y

- perinatales en un hospital de Lima, Perú. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2014; 14(4):383-392.
34. Francisco DE. Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo, octubre-diciembre 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015.
35. Gálvez EM. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del Callao, periodo enero-diciembre 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014.
36. Che VH. Indicadores de alto riesgo obstétrico y su relación con la decisión de la cesárea en el Hospital La Caleta de Chimbote. Journal Health, Sexuality and Society. 2009; 4(1)
37. Cuero-Vidal OL, Clavijo-Prado CA. Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia). Estudio de cohorte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 62(2):148-154.
38. Jonguitud A. Cesárea electiva: repercusión en la evolución respiratoria neonatal. Ginecol Obstet Mex 2011;79(4):206-213.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha de parto: ____/____/____

Vía de culminación del parto por cesárea: No (0) Sí (1)

Fecha de nacimiento de la gestante: ____/____/____ Edad: ____ años

Último año de estudio aprobado: ____ año

Grado de instrucción:

(0) Ninguno (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior

Procedencia: Rural (0) Urbana (1)

Aseguramiento en salud:

(0) SIS (1) Otro público (2) Privado (3) Ninguno

Gestaciones: ____ (número) Abortos: ____ (número) Partos: ____ (número)

Horario de cesárea: Diurno (0) Nocturno (1)

Indicaciones (Diagnóstico):

(Causa materna).....

(Causa fetal).....

(Causa mixta).....

Antecedente de cesárea

NO (0) SI (1) Número: ____

Estado general del recién nacido

- Apgar al minuto: ____
- Apgar a los cinco minutos: ____