



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO DE PUNO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FRECUENCIA, CAUSAS, COMPLICACIONES Y FACTORES ASOCIADOS DE CESÁREAS INJUSTIFICADAS EN EL HOSPITAL III DE ESSALUD JULIACA EN EL AÑO 2018.

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. GRETTY EVELYN SUAREZ MORON

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2021



DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por guiarme y estar siempre en mi vida cuidando de mí y mis seres queridos aun cuando nos olvidamos de él, inspirarnos y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener nuestros anhelos más deseados.

A mi madre, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ella he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser su hija, es la mejor madre.

A mis hijos porque son un pedacito de cielo y amor puro en mi vida, acompañándome y ser el principal motivo para continuar luchando, la razón de mi vida y la fuente de mi fortaleza y por el amor infinito que siento por ellos.

A todas las personas que me han apoyado, mi hermano, familiares y amistades que siempre estuvieron ahí dándome palabras de aliento y esperanza para continuar luchando a pesar de las adversidades que se presentan en la vida.

Gretty Evelyn Suarez Morón



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por las bendiciones que me da, por la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mi madre: Luz Suarez: por apoyarme para cumplir mis metas y proyectos, por confiar y creer en mí, por los consejos, valores y principios que me ha inculcado, a mi hermano Wagner Vega por su cariño incondicional, y a mis preciosos hijos Jaed y Zarek por quienes siento un amor infinito y que son mi razón de ser, y me siento agradecida de ser su madre.

Agradezco a todos mis docentes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de mi profesión, así mismo a mis maestros del Internado, también de manera especial, al M. Sc Fredy Santiago Passara Zeballos asesor de mi proyecto de investigación quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente.

Y hacer una mención especial de agradecimiento a excelentes seres humanos que perdimos por esta pandemia, dentro de los cuales destaco a un gran maestro, excelente médico y gran ser humano Dr. Javier Huanca y un amigo y compañero que nos dio ejemplo a todos de perseverancia y su amor por la medicina Dr. Rubén Ccapa; dos ejemplos de seres humanos de muchas otras personas a las cuales tengo la bendición de conocer.

Gretty Evelyn Suarez Morón



INDICE GENERAL

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
INDICE GENERAL	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	
RESUMEN	9
ABSTRACT.....	11

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.3. JUSTIFICACIÓN.	17
1.4. OBJETIVOS.	18
1.4.1. Objetivo general.	18
1.4.2. Objetivos específicos.....	18
1.5. HIPÓTESIS	18
1.5.1. Hipótesis general	18
1.5.2. Hipótesis específicas.	18

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES.....	20
2.1.1. A nivel internacional	20
2.1.2. A nivel nacional.....	21
2.1.3. A nivel Regional.....	24
2.2. MARCO TEORICO.....	25
2.2.1. Definición:.....	25
2.2.2. Tipos:.....	25
2.2.3. Causas:.....	26
2.2.4. Indicaciones maternas:	28



2.2.5. Indicaciones fetales:	29
2.2.6. Indicaciones ovulares (Materno-Fetales):	29
2.2.7. Consideraciones no clínicas:	29
2.2.8. Complicaciones:	30

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO:	36
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:.....	36
3.3. POBLACIÓN:.....	36
3.4. TAMAÑO DE MUESTRA:.....	36
3.5. SELECCIÓN DE LA MUESTRA:	37
3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	37
3.7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	37
3.8. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	37
3.9. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	37
3.10. PROCESAMIENTO DE DATOS:	38
3.11. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	41
V. CONCLUSIONES.....	62
VI. RECOMENDACIONES	63
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	64
ANEXOS.....	71

Área : CIENCIAS MEDICAS CLINICAS

Tema : Cesáreas Injustificadas

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 02 de febrero del 2021



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Frecuencia de cesáreas injustificadas en el Hospital III de Es Salud Juliaca en el año 2018.	42
Figura 2: Cesáreas injustificadas, según tipo de indicación, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.	43
Figura 3: Cesáreas injustificadas, según programación, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.	44
Figura 4: Cesáreas injustificadas, según antecedente de cesárea anterior, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.	45
Figura 5: Cesáreas injustificadas, según causa materna, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.	47
Figura 6: Cesáreas injustificadas, según causa fetal, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.	49
Figura 7: Cesáreas injustificadas, según causa ovular o materno fetal, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.	51
Figura 8: Cesáreas injustificadas, según complicaciones maternas, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.	52
Figura 9: Cesáreas injustificadas, según complicaciones perinatales, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.	53



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Factores sociodemográficos asociados a cesárea injustificada, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.....	54
Tabla 2: Factores gineco obstétricos asociados a cesárea injustificada, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.....	56
Tabla 3: Tipo de indicación y programación de la cesarea asociadas a cesárea injustificada, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.....	58
Tabla 4: Asociación entre cesárea injustificada y complicaciones, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.....	60



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de confianza

OMS: Organización mundial de la salud

HAHM: Hospital Augusto Hernández Mendoza

DPP: Desprendimiento prematuro de placenta.

DPC: Desproporción cefalo pélvica

HRMNB: Hospital Regional Manuel Núñez Butron

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana

RPM: Ruptura prematura de membranas

HPP: Hemorragia post parto

MINSA: Ministerio de salud

FCF: Frecuencia cardiaca fetal

LCF: Latidos cardio fetales

RCIU: Retardo de crecimiento intrauterino

SFA: Sufrimiento fetal agudo

ILA: Índice del líquido amniótico



RESUMEN

Se realizó el presente estudio, con el objetivo de determinar la frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados de cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018. De acuerdo con la metodología fue transversal, retrospectivo, observacional, y analítico; la población fueron las gestantes que tuvieron su parto por cesárea en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018: no se calculó tamaño de muestra ingresaron al estudio todas las pacientes que se les realizó la cesárea; para el análisis estadístico, los datos fueron ingresados a una base de datos; primero se determinó la frecuencia de cesáreas injustificadas, luego se realizó análisis univariado calculando frecuencias absolutas, relativas, promedio y desviación estándar; para evaluar la asociación de los factores asociados a cesáreas injustificadas, se calculó el Odds Ratio, el intervalo de confianza y el valor de p de Fisher con un nivel de confianza del 95%, un error de 5%. En los resultados se encontraron 596 cesáreas, consideraron injustificadas 176 siendo la frecuencia de 29.5%; el 100% fueron de indicación relativa, el 19.3% fueron programadas; el 81.8% fueron cesáreas primarias; las indicaciones fueron cesárea anterior (36.8%), dilatación estacionaria (19.5%), periodo expulsivo prolongado y miomatosis (17.2%); sufrimiento fetal agudo (25%), malformación congénita (25%), óbito fetal (50%), oligohidramnios (51.2%), ruptura prematura de membranas (36.9%), para placenta previa (11.9%); las complicaciones maternas fueron, infección del tracto urinario (5.7%), anemia (4.5%), hemorragia post parto (2.8%), infección de herida operatoria (1.7%), síndrome adherencial (1.2%); las complicaciones perinatales fueron, bajo peso del recién nacido (8.5%), Apgar bajo (1.7%), prematuridad y muerte perinatal (1.1% cada uno); los factores asociados fueron, paridad secundíparas (p: 0.00000001, OR: 2.8, IC: 1.9-4.1), indicación relativa de cesárea (p: 0.0000001, OR: 981, IC: 135.1-7135.3), cesárea no programada (p: 0.02, OR: 1.5, IC: 1.02-2.4); la cesárea injustificada



estuvo asociada a complicación materna (p: 0.01, OR: 1.8, IC: 1.09-3.1), y la cesárea justificada estuvo asociada a complicación perinatal (p: 0.0003, OR: 2.3, IC: 1.4-3.8). Se concluyó que la frecuencia de Cesáreas Injustificadas fue de 29.5%; y los factores asociados fueron segundipara, paridad, Indicación relativa de cesárea, cesárea no programada.

Palabras Clave: Cesáreas, Injustificadas, Causas, Complicaciones.



ABSTRACT

The present study was carried out, with the aim of determining the frequency, causes, complications, and associated factors of unjustified caesarean sections at Hospital III de EsSalud Juliaca in 2018. According to the methodology, it was cross-sectional, retrospective, observational, and analytical; The population was pregnant women who had a cesarean delivery at Hospital III de EsSalud Juliaca in 2018: the size of the sample entered into the study was not calculated for all the patients who underwent the cesarean section; for statistical analysis, the data was entered into a database; first, the frequency of unwarranted caesarean sections was determined, then a univariate analysis was performed calculating absolute, average, average and standard deviation frequencies; To assess the association of factors associated with unjustified caesarean sections, calculate the Odds Ratio, the confidence interval and the Fisher p-value with a confidence level of 95%, an error of 5%. In the results, 596 caesarean sections were found, 176 were considered unjustified, the frequency being 29.5%; 100% were of relative indication, 19.3% were scheduled; 81.8% were primary caesarean sections; indications were anterior caesarean section (36.8%), stationary dilation (19.5%), prolonged expulsion period and miomatosis (17.2%); acute fetal distress (25%), congenital malformation (25%), stillbirth (50%), oligohydramnios (51.2%), premature rupture of membranes (36.9%), for placenta previa (11.9%) ; maternal complications were, urinary tract infection (5.7%), anemia (4.5%), postpartum hemorrhage (2.8%), operative wound infection (1.7%), adherence syndrome (1.2 %); the perinatal complications were: low weight of the newborn (8.5 %), low Apgar (1.7%), prematurity and perinatal death (1.1% each); the associated factors were second parity (p: 0.00000001, OR: 2.8, CI: 1.9-4.1), relative indication of caesarean section (p: 0.0000001, OR: 981, CI: 135.1-7135.3), unscheduled caesarean section (p: 0.02, O: 1.5, IC: 1.02-2.4); unwarranted caesarean section was associated with



a maternal complication (p: 0.01, OR: 1.8, CI: 1.09-3.1), and justified caesarean section was associated with a perinatal complication (p: 0.0003, OR: 2.3, CI: 1.4-3.8) . It was concluded that the frequency of Unjustified Caesarean sections was 29.5%; and the associated factors were second, parity, relative indication of caesarean section, unscheduled caesarean section.

Keywords: Caesarean sections, Unjustified, Causes, Complications.



CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La cesárea es una estrategia que se utiliza para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal, la OMS indica que se debe realizar entre el 10 a 15% de los partos, y la NOM-0074 señala el 15 a 20%, pero cuando se sobrepasan estos porcentajes recomendados y se utiliza sin las indicaciones precisas los riesgos sobrepasan los beneficios (1,2).

Se menciona que la tasa de partos por cesárea esta aumentado en todo el mundo durante los últimos 50 años, alcanzando en la actualidad cifras del 30.0% de los nacimientos (3).

Los datos más recientes disponibles, corresponden a un estudio realizado en el 2015, señalan que el número de cesáreas se ha duplicado en los últimos 15 años, la cifra subió de 16 millones de cesáreas en el 2000 (tasa de 12%) a 29,7 millones en el 2015 (tasa 21%); también indican que existen países que presentan tasas superiores al 50%, tales como República Dominicana, Brasil, Egipto y Turquía; señalan que en América latina la cesárea es 10 veces más frecuente que en el África , con tasas de 44% y 4% respectivamente.

Por otro lado, llama la atención el informe que realiza la OMS donde indica que en América Latina México, Argentina, Puerto Rico, Cuba y República Dominicana presentan tasas por encima de 35%; y que Chile, Paraguay, Uruguay, Colombia, Ecuador Perú y Venezuela presentan tasas entre el 25,1% y el 35% (4).



Así mismo es importante señalar que el informe de ENDES en el 2016 indica que en el Perú las cesáreas han aumentado de 22.9% en el 2011 a 31.6% en el 2016; esto nos indica que en nuestro País la tasa de cesáreas es mucho mayor a lo recomendado por OMS (5).

Al interior del Perú tenemos que en Lambayeque se reportó una tasa de 33,6% (6).

Si bien es cierto que es importante evaluar la tasa de cesáreas en relación al total de partos, también es importante evaluar la tasa de cesáreas injustificadas en relación al total de cesáreas, al respecto, la OMS indica que en Latino América se realizan anualmente 850,000 cesáreas; siendo las principales indicaciones: antecedente de cesárea, presentación pélvica, embarazo gemelar y falta de progreso en el trabajo de parto (7); y referente a cesáreas injustificadas en Lima se reportó el 35.5% (8).

La alta frecuencia de cesáreas ya se considera un problema de salud pública y se considera que esta situación se va a agravar en los siguientes años. La razón para este incremento es compleja y parece estar relacionada con la seguridad que ofrece la operación cesárea, que ocasiona complacencia del médico y la paciente, falta de experiencia en los obstetras jóvenes, temor a problemas medico legales y presión de la paciente al médico.

Por otro lado, se debe recordar que la cesárea es un acto quirúrgico en el que la paciente se expone a las complicaciones relacionadas con procedimientos de este tipo; en primer lugar, existe una mayor probabilidad de que la madre pueda morir luego de una cesárea en comparación al parto vaginal, este riesgo no se limita a las cesáreas de emergencia, pues luego de una cesárea electiva, hay aún 3,6 veces mayor posibilidad de muerte materna, incluso en los países desarrollados, esta situación es aún más



preocupante en Latinoamérica, donde, ya la mortalidad materna global es casi 7 veces mayor que en los países industrializados (10,11 ,12).

No solo las implicancias de la cesárea se dan en la madre, sino también en el producto, se conoce que la tasa de mortalidad neonatal es 2,4 veces más elevada entre niños nacidos por cesárea electivas que en los nacidos por vía vaginal; por otro lado, luego de una cesárea existe un riesgo 2 veces mayor de ingreso a cuidados intensivos por más de 7 días, tanto en cesárea electiva como en cesárea de emergencia (13,14).

Otros autores mencionan que la cesárea no está libre de complicaciones, ya que el mismo acto operatorio y los efectos de la anestesia pueden generar problemas en la madre y en el niño; en una revisión sistemática del 2016 en la que se evaluó la mortalidad materna atribuida a la anestesia durante la cesárea, se halló que 2,8% de las muertes maternas, 3,5% de las muertes por complicaciones obstétricas y 13,8% del total de cirugías, se atribuyeron a efectos de la anestesia (15).

Por otro lado, es conocido que una cesárea aumenta el riesgo de muerte en seis veces al compararse con el parto vaginal (16,17).

Un amplio estudio de 2006, en el que se analizaron los pronósticos maternos asociados a la intervención cesárea en 8 países de Latinoamérica, demostró una asociación positiva de la cesárea con una mayor mortalidad y morbilidad materna severa, uso extensivo de antibióticos postoperatorios, aumento de la tasa de mortalidad fetal, mayor número de admisiones neonatales a cuidados intensivos e incremento de los nacimientos prematuros.

Las complicaciones maternas postoperatorias incluyen accidentes anestésicos, trombo embolismo, infecciones, danos a la vejiga, mayor frecuencia de admisión a



cuidados intensivos, hemorragias, íleo adinámico, necesidad de transfusiones, dolor postoperatorio e interferencia con la lactancia (18,19).

La madre operada difiere de otros pacientes intervenidos en que de ella se espera que atienda a su niño, en lugar de ser cuidada como otros convalecientes quirúrgicos; el dolor y la incomodidad por la cirugía pueden ser motivo de un retardo en el establecimiento de la relación madre-neonato y un entorpecimiento del inicio del amamantamiento.

En la actualidad, no existe un sistema de clasificación de las cesáreas aceptado internacionalmente que permita hacer comparaciones significativas y pertinentes de las tasas de cesárea entre establecimientos de salud y entre ciudades y regiones; en muchos países se ha utilizado la clasificación de diez grupos (también conocida como la clasificación de Robson).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018?

¿Cuáles son las causas de las cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018?

¿Cuáles son las complicaciones de las cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018?

¿Cuáles son los factores asociados a las cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018?



1.3. JUSTIFICACIÓN.

La OMS propone utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos.

Como hemos mencionado el incremento de las cesáreas se está dando a nivel mundial, Latinoamericano y nacional, por lo tanto, la región Puno no está exenta de dicho incremento; por otro lado, existe el riesgo de complicaciones materno perinatales que podrían evitarse si se utiliza racionalmente la cesárea.

Por otro lado, en el Hospital III EsSalud de Juliaca no se tiene un estudio que permita identificar la tasa de cesáreas que no están de acuerdo con las indicaciones de Robson, ni tampoco se conocen las complicaciones maternas perinatales que están presentando en este hospital.

Con el presente estudio pretendemos identificar la tasa de cesáreas injustificadas, teniendo como referencia la clasificación de Robson y las indicaciones absolutas de cesárea; así mismo precisar las complicaciones materno perinatales asociadas a las cesáreas injustificadas.

Los resultados del estudio serán entregados a la Dirección del Hospital para que sean considerados en la elaboración de estrategias de intervención para la prevención de las cesáreas injustificadas, con datos propios del hospital; por otro lado, el presente estudio servirá como base para realizar otros estudios similares, en el mismo hospital u otros hospitales de la Región o del País.



1.4. OBJETIVOS.

1.4.1. Objetivo general.

Determinar la frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados de cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.

1.4.2. Objetivos específicos.

- Determinar la frecuencia de las cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.
- Describir las causas de las cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018,
- Identificar las complicaciones de las cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.
- Establecer los factores asociados a las cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.

1.5. HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis general

La frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados de cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018, son similares a lo descrito en el Hospital III Es Salud de Puno.

1.5.2. Hipótesis específicas.

- La frecuencia de cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018, es menor que la frecuencia del Hospital III de EsSalud Puno.



- Las causas más frecuentes de las cesáreas injusticadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018, son cesárea anterior, presentación fetal anómala, desproporción cefalopélvica y ruptura prematura de membranas.
- Las complicaciones más frecuentes de las cesáreas injusticadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018, son Hemorragia post parto, anemia, prematuridad y bajo peso al nacer.
- Los factores asociados a las cesáreas injusticadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018, son sociodemográficos y gineco obstétricos



CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES.

2.1.1. A nivel internacional

Andrade M en Ecuador en el 2015, realizo un estudio para determinar la incidencia de cesárea en el Hospital de los Valles de enero del 2013 a diciembre del 2015; fue descriptivo observacional de cohorte retrospectivo; encontró que el 83.98% fueron cesáreas y el 16.02% fueron parto por vía vaginal, el 76.1% tiene seguro privado, 17.5% tiene seguro público y el 8.2% no tiene ningún tipo de seguro, el 82,63% fueron a término. el 17.37% fueron prematuros. las principales causas de cesárea fueron cicatriz uterina previa (35.66%), causas fetales (27.62%) y desproporción céfalo pélvica (2378%), en el 8,75% de cesáreas no se encontró en la historia clínica ninguna justificación que respalde la decisión de cesárea; concluyo que el porcentaje de cesáreas (83.96%) es 7 veces más de lo recomendado por la OMS (10% a 15%) y con 40% a nivel nacional y más del 90% de los casos de cesárea está justificados y cuentan con los datos clínicos necesarios para respaldar la decisión del médico (20).

Condega M y Col en Nicaragua en el 2014, realizaron un estudio para conocer el comportamiento de la cesárea primitiva reconocer las características generales de la población las condiciones previas y el diagnostico los efectos a la madre como al recién nacido en el año 2014, en el Hospital Amistad Japón Nicaragua; fue descriptivo retrospectivo de corte transversal; encontraron que al 48.8% se les indico cesárea por primera vez tenían entre 12 a 19 años, el 87.9% eran ama de casa, el 66.4% fueron de religión católica, el tipo de cesárea en 71.4% fue de urgencia y el 28.6% fueron electivas, de las cesáreas de urgencias el 1.6% tenían un compromiso con la vida materna y el 69.9%



el compromiso era con la vida fetal, y en las cesáreas electivas el 28.5% el compromiso era solo con la vida fetal, el 8.6% de las cesáreas de urgencia no estaban bien indicada la justificación mientras que el 1.6% de las electivas era de igual manera no bien indicada, el total fue 10.2% de cesárea que no estaban bien indicada; concluyeron que el promedio de estancia hospitalaria fue entre 1 a 2 días y el número de complicaciones para la madre como para el recién nacido que ocurrió en la mayorías de casos fue menor del 4% (21).

Estrada C y Col en México en el 2012 realizaron un estudio para conocer las causas que indicaron realizar la operación cesárea en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Zacapu, Michoacán del 1 de octubre al 30 de noviembre de 2011; fue retrospectivo; encontraron 90 cesáreas (70.9 %) en 127 pacientes; en 44.4 % fue el primer embarazo, los diagnósticos más frecuentes fueron cesárea iterativa (27.8 %), desproporción cefalopélvica (25.6 %) y sufrimiento fetal agudo (14.4 %); concluyeron que es necesario realizar una valoración preoperatoria cuidadosa en primigestas, principalmente al realizar el diagnóstico de desproporción cefalopélvica (22).

2.1.2. A nivel nacional

Álvarez D en Lima en el 2017, realizo un estudio para identificar las Principales causas de Cesárea del Hospital Regional San José del Callao en el periodo de Enero a abril 2017; fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal; encontró 220 casos, la causa materna más frecuente fue la cesárea anterior con 19.1%, la causa fetal como la macrosomía fetal con 20.5%, la causa placentaria fueron las distocias funiculares con 13.2% y las anormalidades del parto como la ruptura prematura de membranas con un 7.3%; concluyo que la causa más frecuente fue la Macrosomia fetal con 20.5% y el antecedente de cesárea anterior con 19.1% el cual se presentó en paciente de las edades entre 20- 34 años.



Barrena M y Col en Lima en el 2017, realizaron un estudio para determinar la frecuencia de parto abdominal, así como las indicaciones más frecuentes en un hospital público de Lima en el período enero 2013 a diciembre 2017; fue descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos; encontraron una frecuencia de cesárea del 50.2%; las indicaciones más frecuentes fueron el antecedente de una cesárea previa, seguida de la desproporción cefalopélvica; concluyeron que se superó la tasa de cesárea recomendada por la OMS (<15%). La indicación más frecuente el antecedente de una cesárea previa (24).

Álvarez C en Piura en el 2017 realizo un estudio para determinar la incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del Hospital de Apoyo II de Sullana, enero-diciembre 2017; fue observacional, descriptivo y retrospectivo; encontró 327 casos, la incidencia de cesárea fue de 59.1%, la principal indicación de cesárea fue de causa materna con 64.8%, las indicaciones maternas de cesárea fueron: una cesárea segmentaria previa con 24.6% y pre eclampsia/eclampsia con 22.9 %, las indicaciones fetales de parto por cesárea fueron: alteración del bienestar fetal con 41.7% y feto en presentación podálica con 20.0%, las indicaciones ovulares de cesárea fueron: la ruptura prematura de membranas con 38.2% y oligohidramnios severo 29.4 %; concluyo que la incidencia de cesárea se encuentra en un porcentaje superior al recomendado por la OMS, constituyendo la indicación materna como la principal causa de cesárea (25).

Curo E en Ica en el 2015, realizo un estudio para determinar la confirmación postoperatoria de las indicaciones de cesáreas de las gestantes del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Ica durante el año 2015; fue descriptivo, retrospectivo y transversal; encontró que la incidencia de cesáreas fue del 47.12%, la edad promedio fue 30.49 años, la edad materna más frecuente fue de 30 a 34 años, el 69.69% fueron cesareadas por una indicación absoluta, el 21.70% por una indicación relativa, el 5.07%



por otras indicaciones y el 3.54% por una indicación no justificada, se confirmó postoperatoriamente 78.01% de las cesáreas; concluyo que la incidencia de cesáreas fue alta en el HAHM (47,12%), la indicación más frecuente fue la macrosomía fetal, seguida de la cesárea iterativa, se confirmaron postoperatoriamente el 78.01% de las cesáreas (n de 816), la indicación no confirmada más frecuente fue el sufrimiento fetal agudo, seguida de macrosomía fetal y sufrimiento fetal crónico (26).

Flores A en Lima en el 2015, realizo un estudio para evaluar los factores asociados a las cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital de ventanilla durante el periodo enero a diciembre del 2015; fue observacional, analítico, retrospectivo, corte transversal y relacional; encontró 166 casos, la frecuencia de cesáreas injustificadas de 35.5%, la edad y los controles pre natales son factores asociados estadísticamente no significativos a cesáreas injustificadas con un $p < 0,05$ y un OR de 1.1 y 1.4 respectivamente, el tipo de cesárea fue electiva en el 56.6% y las principales indicaciones injustificadas fueron de causas maternas con un 58.4% y cesárea anterior una vez con 19.3%; concluyo que las cesáreas injustificadas son las menos frecuentes con 35.5%, la edad y los controles pre natales son factores asociados no significativamente a cesáreas injustificadas (27).

Paiba M en Lambayeque ene el 2014, realizo un estudio para determinar las causas de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2014; fue retrospectivo, comparativo; encontró que el 70.7%, fueron 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 fueron cesárea previa, distocias del canal del parto, periodo intergenésico corto



y enfermedad hipertensiva del embarazo, las causas fetales fueron malformaciones congénitas, RCIU, muerte fetal previa, Oligohidramnios, DPP y placenta previa; concluyo que existen causas maternas, fetales y ovulares de partos por cesáreas (28).

2.1.3. A nivel Regional

Apaza I en Puno en el 2018, realizo un estudio para determinar las indicaciones de las cesáreas injustificadas en el Hospital EsSalud III Puno durante el periodo de año 2018 y su relación con complicaciones materno perinatales; fue observacional, descriptivo correlacional, retrospectivo y transversal; encontró que de 364 pacientes 116 presentaron cesáreas injustificadas (31.87%), las principales indicaciones de cesáreas injustificadas, de acuerdo al factor materno fueron: Cesárea anterior (13,7%) y Pre eclampsia (5%), de acuerdo al factor fetal: Sufrimiento fetal agudo (10.4%); y de acuerdo a los factores ovulares o materno fetales fue DCP (2.2%) del total de cesáreas estudiadas, encontró correlación positiva débil entre las cesárea injustificada y las complicaciones maternas (0,16; $p > 0,05$) y correlación positiva media a considerable entre cesáreas injustificadas y complicaciones perinatales (0,69; $p > 0,05$); concluyo que las cesáreas injustificadas constituyen la tercera parte de las cesáreas efectuadas en el Hospital EsSalud III Puno, y se encontraron asociadas a complicaciones materno-perinatales (29).

Andía A en Puno en el 2017, realizo un estudio para identificar los factores determinantes de cesárea en el HRMNB Puno, durante el periodo Enero a diciembre del 2017; fue observacional descriptivo, transversal y analítico; encontró el 52.96% fue de 20 a 29 años ($p: 0.621$), edad gestacional 60.47% a término 37 a 42 semanas ($p: 0,001$), y como factores determinantes el número de gestaciones 53.36% nulípara ($p: 0,019$), el 67.98% si tuvo trabajo de parto ($p: 0,000$), gestantes con parto por cesárea 87.75% por emergencia, 12.25% cesárea programada, y la principal causa obstétrica materna con 36.76% es por pre eclampsia o eclampsia previa ($p: 0.034$), el 75.49% son otras causas



fetales ($p: 0.027$), 91.30% fueron otras causas ovulares ($p: 0.483$); concluyo que los factores asociados con el tipo de cesárea son las características maternas: edad de la paciente, edad gestacional, y los factores determinantes son el número de gestaciones, trabajo de parto; las características obstétricas: causas maternas, como primera causa además de causas fetales y causas ovulares, con un nivel de significancia $P < 0,05$ (30).

Luque A en Puno en el 2016, realizo un estudio para identificar las indicaciones y tasa de cesáreas en el Hospital EsSalud III Puno en el año 2016; fue descriptivo, retrospectivo y transversal; encontró una tasa de cesáreas del 43,4%. las indicaciones principales fueron: la cesárea previa con 25.5% y el sufrimiento fetal agudo con 18%. los grupos 1 y 5 de Robson tuvieron la mayor contribución al porcentaje de cesáreas; concluyo que la tasa de cesáreas fue mayor a la recomendada por la OMS utilizando la clasificación de Robson se pudo determinar que la tendencia a operar a los grupos 1 y 5 fue mayor que en otros hospitales (31).

2.2. MARCO TEORICO

2.2.1. Definición:

La cesárea es definida como el nacimiento de un producto y retiro de la placenta por medio de incisiones en la pared abdominal, denominada laparotomía y la uterina, llamada histerotomía (32).

2.2.2. Tipos:

Segmentaria inferior: la incisión se realiza en el segmento uterino inferior, es extra peritoneal, se ingresa al útero sin incidir el peritoneo.

Cesárea histerectomía: se realiza la cesárea y luego la histerectomía.

Otros términos utilizados son de emergencia, electiva, transversal y vertical (33,34).



2.2.3. Causas:

Se refieren a factores maternos y/o fetales, que se identifican durante el periodo prenatal o durante el trabajo de parto, las principales son (35):

- Presentación pelviana.
- Situación transversa.
- Trastornos de la salud materna.
- Prolapso del cordón umbilical.
- Anomalías estructurales de la pelvis.
- Deseo materno.

La OMS recomienda que la tasa de cesárea no debe ser mayor al 15% del total de nacimientos, pero en los últimos años esta tasa está en aumento, la explicación sería:

- El número de hijos por mujer cada vez es menor, debido a esto el mayor porcentaje de los partos se presenta en nulíparas, las cuales tienen un mayor riesgo de cesárea.
- El promedio de edad de las gestantes está aumentando, y las mujeres añosas tienen mayor riesgo de cesárea.
- Está en aumento la vigilancia fetal por medios electrónicos, técnica que se vincula con una mayor tasa de cesáreas en comparación con la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal.
- Los fetos en presentación pélvica, en su mayoría, se extrae hoy por cesárea.
- La frecuencia de aplicaciones de fórceps medio y extracciones por vacío desde el plano medio ha disminuido.



- Las tasas de inducción del trabajo de parto continúan aumentando y, sobre todo en nulíparas, que aumentan el riesgo de cesárea.
- La prevalencia de obesidad ha aumentado, lo cual, aumenta el riesgo de cesárea.
- Evitar las posibles denuncias por negligencia médica, debido a hace algunos años, se informó que el no haber realizado cesárea para evitar los resultados neurológicos neonatales adversos o la parálisis cerebral era una causa de denuncia en Estados Unidos.
- Actualmente se realizan cesáreas electivas por preocupación en cuanto a lesiones en el piso pélvico vinculadas con el parto vaginal.

Un estudio realizado en Estado Unidos señala que las principales indicaciones para cesárea están relacionadas a:

- Compromiso del bienestar fetal, en 16% de casos
- Cesárea Previa, en 48% de cesáreas
- Presentación Podálica, en 5%
- Macrosomía Fetal, en 2%
- Incompatibilidad Céfaló- Pélvica, en 29%
- Parto Múltiple, en 10%
- Dilatación Estacionaria, en 11%

También se consideran otras causas como:

- Infección activa de herpes genital
- Miomas uterinos grandes en la parte baja del útero cerca al cuello uterino
- Infección por VIH en la madre



- Cirugías uterinas previas y cesáreas anteriores.
- Enfermedad grave en la madre, como cardiopatía, toxemia, pre eclampsia, eclampsia.
- Placenta Previa.
- Desprendimiento Prematuro de la Placenta.
- Prolapso del Cordón Umbilical.
- Solicitud de la Madre.

Las causas pueden ser absolutas o relativas.

- Absolutas: Incluye a todas aquellas morbilidades y/o comorbilidades propias al embarazo parto o asociadas a la gestación que la medicina basada en evidencias ha mostrado que el parto vaginal no es posible, o bien de estar presentes, se asocian con elevada probabilidad de muerte materna o fetal en caso de ocurrir un parto vaginal.
- Relativas: Incluye aquellas patologías las cuales ameritan unas condiciones de atención (infraestructura, recurso humano, apoyos diagnósticos, etc.) que, de no tenerse, no se puede garantizar plenamente un buen pronóstico de la salud del binomio madre-feto durante la atención del parto vaginal.

2.2.4. Indicaciones maternas:

- Absolutas: Desproporción Céfalo-pélvica, Estrechez pélvica, Obstrucciones mecánicas de la vagina, Fibrosis cervical, Plastia vaginal o del piso pélvico previas, Tumor avanzado del TGI, Cerclaje abdominal permanente, dos o más cesáreas previas, Cesárea corporal, Cirugía previa sobre el cuerpo uterino, Persistencia de la causa de la cesárea previa, Cesárea previa complicada (dehiscencia, Infección), Herpes genital activo, Condilomatosis florida obstructiva, Cardiopatía



descompensada, Aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral, Fistulas urinarias o intestinales operadas.

- Relativas: Pre eclampsia-eclampsia, Una cesárea segmentaria previa, Distocias dinámicas refractarias a manejo médico, Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración, embarazo Prolongado.

2.2.5. Indicaciones fetales:

- Absolutas: Feto en Situación Transversa, Feto en presentación Podálica, Feto en variedad de Frente, Embarazo múltiple (dos o más), Gemelar mono amniótico monocorial, Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica, Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto, Distocias de posición persistentes, Macrosomía Fetal mayor de 4.500 gr.
- Relativas: Anomalías congénitas, Restricción del crecimiento intrauterino, Bienestar fetal ante parto comprometido ante las contracciones uterinas, Peso fetal menor a 1000 gr. (atendiendo la sobrevida en UCI), Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 gr).

2.2.6. Indicaciones ovulares (Materno-Fetales):

- Absolutas: Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, Placenta previa oclusiva total. Prolapso de cordón con feto vivo, oligohidramnios severo.
- Relativas: Placentas Previas oclusivas parciales, RPM con infección ovular, Polihidramnios Severo.

2.2.7. Consideraciones no clínicas:

Existen múltiples causas no clínicas o paramédicas que forman parte de las indicaciones de cesárea y que deben tenerse en cuenta:



- Económicas, para los médicos es más rentable en términos de ingresos económicos, resolver los partos a través de operaciones cesáreas.
- Comodidad, El médico, mediante esta operación, lograría desocuparse más rápido y en horarios hábiles, como también para él una cesárea es más controlable, en el sentido que se evita largas horas de un proceso del cual controla sólo algunos parámetros y, muchas veces, desde una alejada distancia.
- Edad materna: la tasa de cesáreas aumenta a medida que avanza la edad materna.
- Volumen asistencial: El volumen de partos asistidos en un centro puede justificar diferencias en las tasas probablemente por la infraestructura de que disponen.
- Características de los profesionales: La capacitación de los profesionales puede marcar de forma muy ostensible su decisión quirúrgica.
- Cesárea a Demanda: Cada vez es más frecuente que la propia paciente pida la realización de una cesárea, probablemente debido a la creencia muy difundida de que esta intervención es una práctica igual de segura para ella y el feto que el parto vaginal. Si se practica una cesárea a demanda teóricamente la mujer y el feto asumen los riesgos mientras que si no se hace la responsabilidad recae sobre el médico.

2.2.8. Complicaciones:

La cesárea anteriormente presentaba alta tasa de mortalidad materna; actualmente, y con los avances de las técnicas de la anestesia, la cuidadosa asepsia en el acto quirúrgico y el descubrimiento de los antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido.

Las complicaciones pueden ser:

Complicaciones anestésicas:

- Hipotensión



- Cefalea pos punción dural
- Otras menos frecuentes (Bloqueo dural completo, paro cardiorrespiratorio)

Complicaciones quirúrgicas:

- Desgarro de la histerotomía
- Lesiones vasculares
- Lesiones en el tracto urinario
- Lesión del intestino
- Lesiones nerviosas

Complicaciones infecciosas:

- Endometritis
- Infección del tracto urinario
- Infección de la herida quirúrgica
- Tromboflebitis séptica pélvica
- Otras menos frecuentes (bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis, fascitis necrotizante).

Complicaciones hemorrágicas postparto:

La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna.

Por su tiempo de aparición distinguimos entre:

- HPP precoz: (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves.



- HPP tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto.
- Factores de riesgo: Se encuentran en 1/3 de las HPP por lo que es importante identificarlos y tenerlos en cuenta en el manejo del parto.

Responden a la regla nemotécnica de “las 4 Ts”.

Atonía Uterina:

- Útero sobre distendido (polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía).
- Cansancio del músculo uterino (parto rápido o prolongado, alta paridad).
- Infección intraamniótica (rotura prematura de membranas prolongada).
- Alteración anatómica o funcional del útero (miomas, placenta previa).

Tejido:

- Retención de restos placentarios.
- Retención de coágulos (útero atónico).

Trauma:

- Desgarro en canal blando del parto (parto precipitado, parto operatorio).
- Desgarro en cesárea (mal posición fetal, gran encajamiento).
- Rotura uterina (cirugía previa).
- Inversión uterina (gran paridad, placenta fúndica).

Trombina:

- Previa a la gestación: Hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand.
- Adquiridas durante la gestación: plaquetopenia, púrpura trombocitopénica idiopática, coagulación intravascular diseminada (la favorecen la pre eclampsia, la



muerte intraútero, infecciones severas, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, la embolia de líquido amniótico).

- Anticoagulación terapéutica.
- La atonía uterina es la causa más frecuente de HPP, está implicada en más de la mitad de los casos y es responsable del 4% de las muertes maternas (36).



CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

Para determinar si la cesárea fue justificada o injustificada se tomó en consideración lo descrito en la Guía práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto materno perinatal del MINSA (37); y las clasificamos como injustificadas a las que cumplían los siguientes criterios:

MATERNAS

Cesárea anterior: Cuando la gestante tenía una sola cesárea anterior y no tenía ninguna otra Indicación para cesárea y no tiene ninguna contraindicación para parto vaginal (cesárea clásica, en “T invertida” o desconocida, cesárea anterior <6 meses, que persista la indicación anterior, feto de 4.000 g o más, cirugía uterina previa, ruptura uterina previa), y que no se intentó el parto vaginal, directamente se indicó cesárea.

Dilatación estacionaria, y Expulsivo prolongado: Cuando no existe partograma para evidenciar el diagnóstico planteado; y cuando no se intentó otra medida obstétrica antes de la cesárea, por ejemplo, conducción del parto, para la primera y parto instrumentado para la segunda.

Miomatosis: Cuando no existe ecografía que sustente la presencia de mioma, cuando el mioma es menor de 3 cm y no obstruye el canal cervical.

No obstétrica: Cuando el diagnostico no presenta ninguna contraindicación para el parto vaginal.

Gestante añosa: Cuando no hay otra indicación adicional para cesárea y no hay contraindicación para el parto vaginal.



Tratamiento de fertilidad: Cuando no hay otra indicación adicional para cesárea y no hay contraindicación para el parto vaginal.

Gestación prolongada: Cuando no hay otra indicación adicional para cesárea y no hay contraindicación para el parto vaginal; y no se intentó el parto vaginal.

Distopia genital: Cuando no hay otra indicación adicional para cesárea y no hay contraindicación para el parto vaginal.

FETALES

Óbito fetal: Cuando no hay otra indicación adicional para cesárea y no hay contraindicación para el parto vaginal; y no se intentó el parto vaginal.

Malformación congénita: Cuando no hay otra indicación adicional para cesárea y no hay contraindicación para el parto vaginal; y no se intentó el parto vaginal.

Sufrimiento fetal agudo: Cuando no está registrada la cardiotocografía fetal; y si hay cardiotocografía fetal y no se evidencia: deceleraciones variables en más de un 30% de las contracciones, presencia de desaceleración intraparto (DIP) tipo II, taquicardia fetal (>160 lpm); o cuando en el parto el líquido amniótico tiene características normales y el recién nacido presenta Apgar mayor a 7.

OVULARES

Oligohidramnios: Cuando no existe ecografía que indique el índice de líquido amniótico menor a 5 cm; y no hay otra indicación de cesárea, y no se ha intentado el parto vaginal.

Ruptura prematura de membranas: cuando no se ha demostrado la pérdida de líquido amniótico mediante laboratorio (test de Nitrazina, de Fern o del hehecho, o de colpocitograma) o cuando no se haya determinado por ecografía disminución del líquido



amniótico; o cuando se ha demostrado pérdida de líquido amniótico y han transcurrido menos de 24 horas; y si no se ha intentado el parto vaginal.

Placenta previa: Cuando no hay ecografía que demuestre el diagnóstico, si hay ecografía y la placenta previa no es oclusiva, si hay placenta previa y el sangrado es leve, y si no hay otra indicación adicional de cesárea.

3.1. TIPO DE ESTUDIO:

El estudio fue de tipo transversal, retrospectivo y observacional; transversal porque se hizo un corte en el tiempo y se realizó una sola medición de la variable, retrospectivo porque se recogió la información en el pasado, es decir lo que ya está registrado en la historia clínica del año 2018; y observacional porque el investigador no manipulo ninguna variable, solo observó y midió las variables de estudio.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El diseño fue descriptivo y analítico, fue descriptivo, porque describió la frecuencia, tipo y complicaciones de las cesáreas injustificadas; y fue analítico de diseño epidemiológico de casos y controles porque determino la asociación de los factores sociodemográficos y gineco obstétricos con las cesáreas injustificadas.

3.3. POBLACIÓN:

Estuvo constituida por todas las gestantes que tuvieron su parto por cesárea en el Hospital III de Es Salud Juliaca en el año 2018, que fueron 596 cesáreas.

3.4. TAMAÑO DE MUESTRA:

No se calculó tamaño de muestra, se analizó las 176 cesáreas injustificadas y las 420 cesáreas justificadas; siempre teniendo en consideración que cumplan los criterios de selección.



3.5. SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Fue de tipo no probabilístico, por muestreo intencional, ya que ingresaron al estudio la totalidad de las cesáreas realizadas en el Hospital III de Es Salud de Juliaca.

Se consideraron los siguientes criterios de selección:

3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes a quienes se les haya realizado cesárea en el Hospital III de Es Salud Juliaca en el año 2018.
- Pacientes con historias clínicas y datos completos para el estudio.

3.7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con historias clínicas con datos incompletos.
- Pacientes con menos de 22 semanas de gestación
- Pacientes con feto menor de 500 gramos.

3.8. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizó una ficha pre elaborada, en base a fichas de otros estudios a nivel nacional y regional, y dicha ficha fue validada en otros estudios realizados en Lima (27) y Puno (29).

3.9. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se solicitó autorización del Director del Hospital y del jefe del departamento de Ginecología y Obstetricia; luego se coordinó con estadística del hospital para obtener el listado de las pacientes que tuvieron su parto por cesárea en el año 2018; luego se revisaron las historias clínicas y el libro de registro de cesáreas de sala de cirugía para obtener los datos de la ficha de recolección de datos.



3.10. PROCESAMIENTO DE DATOS:

Los datos registrados en las fichas fueron ingresados a una base datos de Excel.

Para determinar la frecuencia de cesáreas injustificadas se relacionó el número de pacientes con cesárea injustificada con el número total de pacientes con cesárea.

Para describir el tipo de indicación, causas maternas, causas fetales, causas ovulares o materno fetales, complicaciones maternas, se realizó análisis univariado; por otro lado, en las variables cuantitativas se calculó frecuencias absolutas, relativas, promedio y desviación estándar; y en las variables cualitativas se calculó proporciones.

Para evaluar la asociación de los factores sociodemográficos y Ginecobstétricos con las cesáreas injustificadas, se elaboró una tabla de contingencia 2 por 2 y se calculó el Odds Ratio, el intervalo de confianza, y el valor de p de Fisher.; se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21;

Para interpretar la asociación de los factores en estudio con las cesáreas injustificadas, se consideró un nivel de confianza del 95%, un error máximo permitido de 5%; y para considerar un factor asociado a cesárea injustificada se debió cumplir las siguientes 3 condiciones: el OR debe ser diferente de 1, el IC no debe contener el 1, y el valor de p debe ser menor a 0.05

3.11. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente	Indicador	Categorías	Tipo de Variable
1. Cesárea	Frecuencia	Justificada Injustificada	Cualitativa



Variables independientes	Dimensiones	Indicador	Categorías	Tipo de Variable
2. Características de la cesárea	2.1. Indicación de la cesárea	2.1.1. Indicación de la cesárea	Absoluta Relativa	Cualitativa
		2.1.2. Programación de la cesárea	Electiva Emergencia	Cualitativa
	2.2. Causas de la cesárea	2.2.1. Causas maternas	Cesárea anterior Pre eclampsia severa Pelvis estrecha, Dilatación estacionaria Expulsivo prolongado Infecciones sistémicas	Cualitativa
		2.2.2. Causas fetales	Embarazo múltiple Presentación fetal anómala Macrosomia fetal Sufrimiento fetal agudo.	Cualitativa
		2.2.3. Causas ovulares o materno fetales	Desproporción cefalopélvica Desprendimiento prematuro de placenta Placenta previa, Circular doble de cordón Ruptura prematura de membranas Oligohidramnios Fertilización in vitro	Cualitativa
	2.3. Complicaciones de la cesárea	2.3.1. Complicaciones maternas	Hemorragia post parto Anemia Síndrome adherencia pélvico Rotura uterina Endometritis Infección de herida operatoria Infección urinaria Lesión del tracto urinario Muerte materna	Cualitativa
		2.3.2.	Síndrome de dificultad respiratoria Taquipnea transitoria	Cualitativa



		Complicaciones perinatales	Apgar bajo Prematuridad Bajo peso al nacer Muerte neonatal	
3. Factores asociados	3.1. Sociodemográficos	3.1.1. Edad de la gestante	<20 años 20 a 35 años >35 años	Cuantitativa
		3.1.2. Estado civil de la gestante	Soltera Casada Conviviente Separada	Cualitativa
		3.1.3. Grado de Instrucción de la gestante	Ninguna Primaria Secundaria Superior	Cualitativa
	3.2. Gineco obstétricos	3.2.1. Paridad	Ninguno 1 2 3 a mas	Cuantitativa
		3.2.2. Control prenatal	Ninguno <5 6 a mas	Cuantitativa
		3.2.3. Edad gestacional	< 37 37 a 41 42 a mas	Cuantitativa



CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

En la figura 1, observamos que, en el año 2018, en el Hospital III de EsSalud de Juliaca se realizaron 596 cesáreas, de las cuales se consideraron injustificadas 176 lo que representa una frecuencia de 29.5%, y fueron justificadas 420 lo que hace el 70.5%.

Se considera cesárea injustificada, la que no se indica correctamente según los criterios de idoneidad, adecuación, seguridad clínica y efectividad; y nosotros encontramos casi la tercera parte de las cesáreas como injustificadas, lo que indica que no se está indicando adecuadamente el parto por cesárea.

Apaza I (29) en el 2018 en Es Salud de Puno, encontró una frecuencia ligeramente superior a la nuestra, reporto el 31.9% de cesáreas injustificadas.

Flores a (27) en Lima en el 2015, reporto una frecuencia superior a la nuestra, señalo el 35.5% de cesáreas injustificadas.

Curo E (26) en Ica en el 2015, señalo una frecuencia inferior a la nuestra, encontró el 22.1% de cesáreas injustificadas.

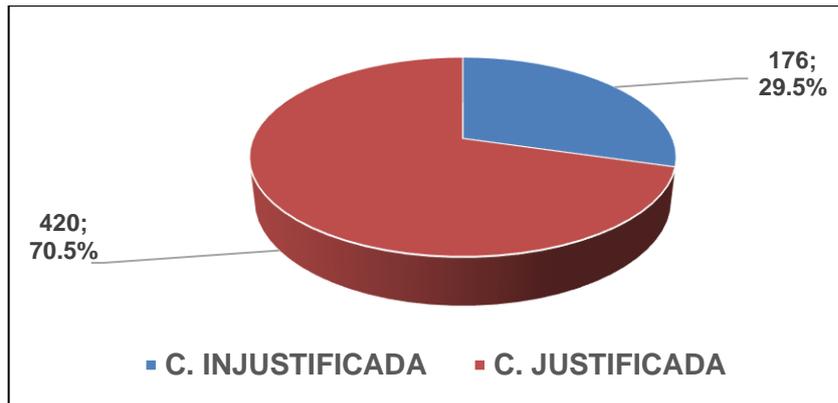


Figura 1: Frecuencia de cesáreas injustificadas en el Hospital III de Es Salud Juliaca en el año 2018.

Fuente: Historias Clínicas H. III Es Salud Juliaca

En la figura 2, se presenta que en las cesáreas injustificadas el 100% (176 casos) fueron de indicación relativa, en cambio en las injustificadas solo el 15.2% (64 casos) fueron de indicación relativa, y el 84.8% (356 casos) fueron de indicación absoluta.

En las cesáreas injustificadas todas tuvieron una indicación relativa, lo que indica que debían realizarse otros procedimientos antes de la cesárea, los cuales no se hicieron y directamente se dio la indicación de cesárea, y en las cesáreas justificadas el mayor porcentaje fueron de indicación absoluta, las cuales de todas maneras debían terminar en cesárea, y el pequeño porcentaje de indicaciones relativas en cesáreas justificadas, terminaron en cesárea porque algunas tenían 2 indicaciones relativas y en otras se fracasó con otros procedimientos, razón por la cual se indicó la cesárea.

Apaza I (29) en el 2018 en Es Salud Puno, encontró valores diferentes a los nuestros, señaló para cesáreas injustificadas el 2.2% de indicaciones absolutas, y el 93.1% de indicaciones relativas; y para cesáreas justificadas encontró el 55.6% de indicaciones absolutas y el 44.4% de indicaciones relativas.

Curo E (26) en Ica en el 2015, reporto para todas las cesáreas, el 69.7% en indicaciones absolutas, el 21.7% en indicaciones relativas y 8.6% no era indicación de cesárea.

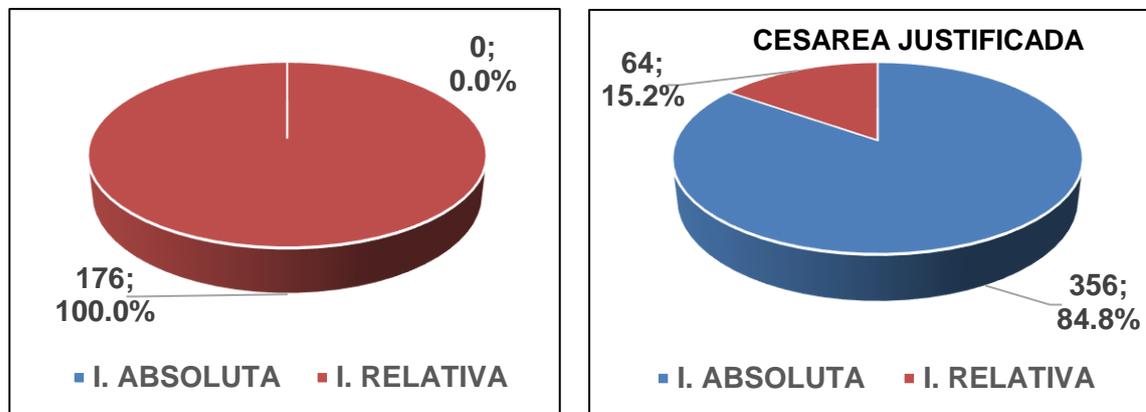


Figura 2: Cesáreas injustificadas, según tipo de indicación, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.

Fuente: Historias Clínicas H. III Es Salud Juliaca

En la figura 3, presentamos que en las cesáreas injustificadas el 19.3% (34 casos) fueron programadas y el 80.7% (142 casos) fueron no programadas; y en las cesáreas justificadas el 22.1% (93 casos) fueron programadas y el 77.9% (327 casos) fueron no programadas.

La cesárea no programada o urgente, es la que se realiza como consecuencia de una complicación aguda grave de la madre o del feto, con riesgo de la vida de la madre o del feto, o de mal pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente por cesárea.

Apaza I (29) en Puno en el 2018, encontró valores parecidos a los nuestros, indico en cesáreas injustificadas, el 34.5% programadas y el 65.5% no programadas.

Flores A (27) en Lima en el 2015, reporto porcentajes diferentes a los nuestros, señalo en cesáreas injustificadas, el 56.6% programadas y el 43.4% no programadas.

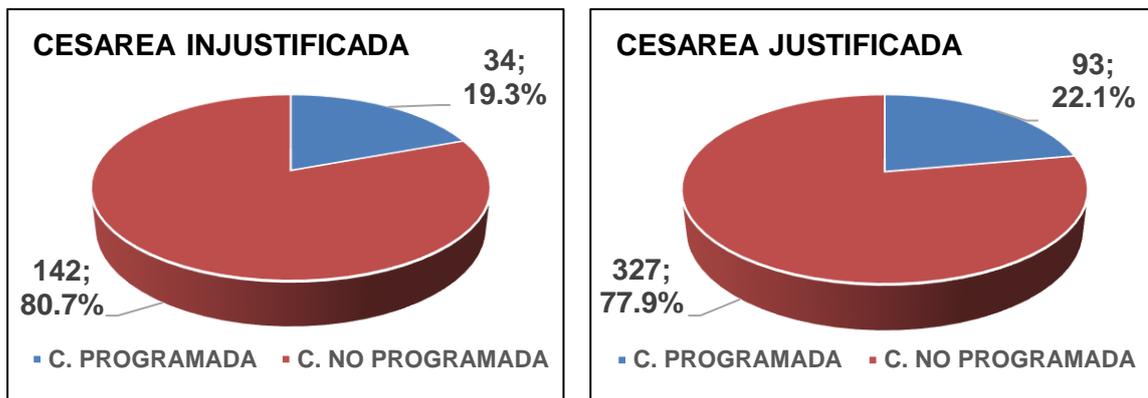


Figura 3: Cesáreas injustificadas, según programación, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.

Fuente: Historias Clínicas H. III EsSalud Juliaca

En la figura 4, tenemos que, en las cesáreas injustificadas, el 81.8% (144 casos) fueron cesáreas primarias, el 18.2% (32 casos) fueron cesáreas secundarias, y no hubo ninguna iterativa; y en las cesáreas justificadas el 77.4% (325 casos) fueron primarias, el 16.2% (68 casos) fueron secundarias y el 6.4% (27 casos) fueron iterativas.

Se nota que las cesáreas primarias, tanto en las cesáreas injustificadas como en la justificadas, tienen una elevada frecuencia, pero siempre es mayor en las injustificadas, esto hace presumir que el elevado porcentaje de gestantes que fueron cesareadas por primera vez, en su segundo parto también serán cesareadas, lo cual va a incrementar la tasa de cesárea en el Hospital.

Apaza I (29) en Es Salud Puno en el 2018, encontró resultados diferentes a los nuestros, reporto en cesáreas injustificadas, el 55.22% para cesáreas primarias y el 44.8% para cesáreas secundarias y de igual forma que nosotros no encontró ninguna cesárea iterativa.

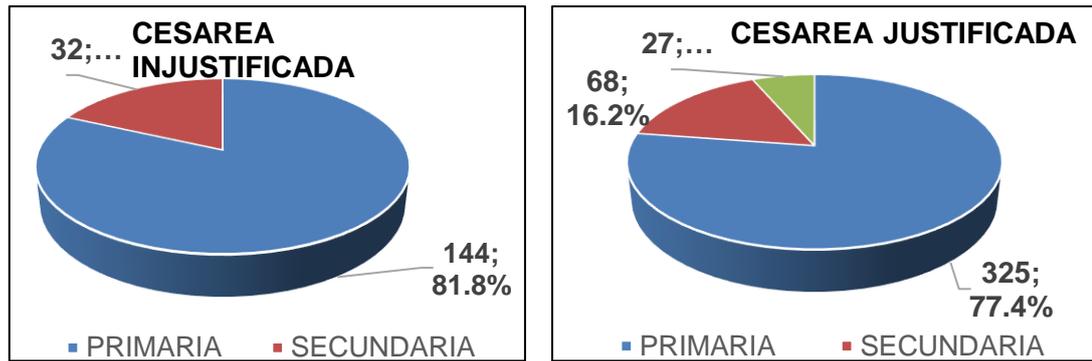


Figura 4: Cesáreas injustificadas, según antecedente de cesárea anterior, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.

Fuente: Historias Clínicas H. III EsSalud Juliaca

En la figura 5, presentamos las indicaciones de cesárea según causa materna, y tenemos que cesárea anterior, en las cesáreas injustificadas fue el 36.8% (32 casos) y en las cesáreas justificadas fue el 49% (95 casos); para la indicación de dilatación estacionaria, en cesáreas injustificadas fue el 19.5% (17 casos) y en las cesáreas justificadas fue el 5.1% (10 casos), para periodo expulsivo prolongado y miomatosis, para cada indicación fue, en cesáreas injustificadas fue el 17.2% (15 casos) y en cesáreas justificadas fue el 0.5% (1 caso).

Se señala que cuando la gestante ya tuvo anteriormente 2 cesáreas, el parto debe terminar en cesárea, pero si la gestante solo tuvo una cesárea anterior, dependiendo de la situación en particular, se debe intentar el parto por vía vaginal; y en nuestro estudio en las cesáreas injustificadas todas las gestantes tenían antecedente de una sola cesárea, y en ninguna de ellas se intentó por el parto vaginal, directamente se indicó la cesárea.

En la figura 5, también observamos que hubo otras indicaciones de cesárea, que se dieron solo en las injustificadas y no hubo ningún caso en las justificadas, dentro de ellas tenemos, Gestante añosa con 2.3% (2 casos), Distopia genital (prolapso vesical),



Gestación prolongada, y tratamiento de fertilidad con 1.1% (1 caso) cada una; y finalmente 3 (3.4%) causas no obstétricas, las cuales fueron artrosis de cadera, cirugía de columna y traumatismo de cadera. Debemos mencionar que todas estas últimas causas son indicaciones relativas, que, de igual manera, si no está comprometida la vitalidad materna o fetal, la gestante debía ser sometida a manejo médico para un parto vaginal, y de fracasar este recién decidir por la cesárea, pero en nuestras gestantes, directamente se indicó la cesárea.

En la figura 5, también se observa otras indicaciones que solo se dieron en las cesáreas justificadas y ninguna en las injustificadas, así tenemos, Pre eclampsia severa con 30.9% (60 casos), pelvis estrecha con 12.9% (25 casos), y condilomatosis con 1.1% (2 casos); debemos resaltar que, en estas últimas indicaciones, todas fueron absolutas, y que de todas maneras el parto debía ser por cesárea.

En nuestro estudio encontramos que el 90% de las indicaciones maternas para cesárea estaban constituidas por cesárea anterior, dilatación estacionaria, expulsivo prolongado, y miomas; otros autores encontraron valores diferentes a los nuestros, así tenemos, Apaza I (29) en Es Salud Puno en el 2018, reporto cesárea anterior 13.7%, pre eclampsia 1.4%, fecundación in vitro 1.4%; Flores A (27) en Lima en el 2015, encontró cesárea anterior 30.1%, desproporción céfalo pélvica 10.2%, pre eclampsia 4.8%, dilatación estacionaria, 4.8%, expulsivo prolongado 0.6%; pero es importante mencionar que estos dos autores reportaron en primer lugar la cesárea anterior, al igual que nosotros.

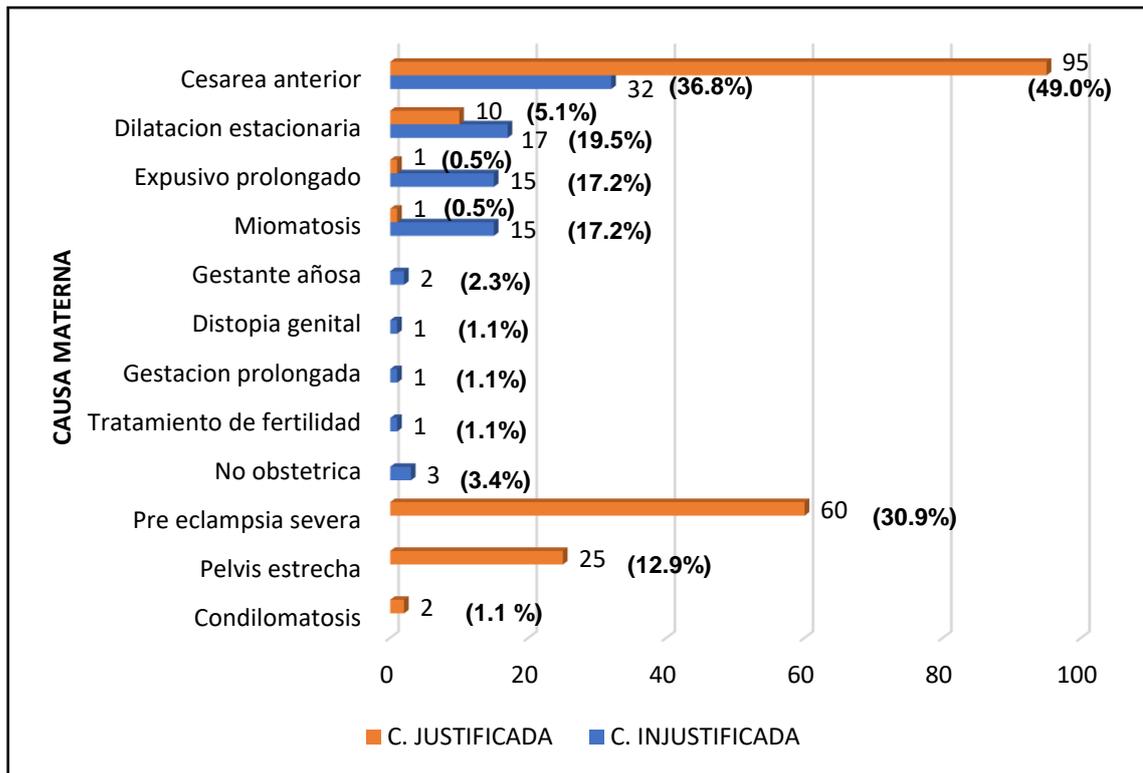


Figura 5: Cesáreas injustificadas, según causa materna, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.

Fuente: Historias Clínicas H. III EsSalud Juliaca

En la figura 6, presentamos las indicaciones de cesárea según causa fetal, y tenemos que, para la indicación de sufrimiento fetal agudo, en cesáreas injustificadas fue el 25% (1 caso) y en cesáreas justificadas fue 44.5% (69 casos).

Como podemos ver en nuestro estudio la frecuencia fue mucho mayor en las cesáreas justificadas, debido a que el sufrimiento fetal agudo es una indicación absoluta para cesárea, porque se encuentra en riesgo la vitalidad fetal, por lo tanto el parto debe concluir en cesárea; sabemos que desde el punto de vista teórico, se diagnostica SFA cuando existe taquicardia o bradicardia fetal (FCF normal 110 a 160 latidos por minuto), disminución de la variabilidad de los LCF, desaceleraciones variables, y posteriormente al parto, presencia de líquido amniótico verdoso y Apgar bajo del recién nacido; y en



nuestro estudio todas las cesáreas justificadas tenían al menos uno de los criterios antes citados, y la cesárea injustificada no cumplió con ninguno de estos criterios.

Otros diagnósticos que se presentaron solo en las cesáreas injustificadas fueron malformación congénita con el 25% (1 caso) y Óbito fetal con 50% (2 casos); la malformación congénita fue diagnosticada por ecografía endovaginal; los óbitos, si bien es cierto que pueden complicarse con trastornos de la coagulación, este trastorno se presenta después de las 2 semanas del óbito, pero en nuestros casos el tiempo del óbito fetal fue menor a 7 días; por otro lado en estos 3 casos no se tenía ninguna otra indicación para realizar cesárea, por lo tanto debía intentarse el parto vaginal y no directamente indicar la cesárea.

Otros diagnósticos que solo se presentaron en las cesáreas justificadas fueron presentación anómala con 43.2% (67 casos), embarazo múltiple con 6.5% (10 casos), y macrosomía fetal con 5.8% (9 casos), todas estas son indicaciones absolutas que fueron verificadas, según correspondía, por ecografía y el peso del recién nacido.

Otros estudios coincidieron con nuestros resultados en lo que respecta a sufrimiento fetal agudo, pero encontraron diferentes frecuencias, así tenemos Flores A (27) en Lima señaló el 9.6%, y Apaza I (29) en Es Salud Puno indicó el 14.6%; pero además encontraron otras indicaciones, el primer autor encontró presentación anómala el 12.6%, macrosomía fetal el 8.4%, RCIU el 1.2%; y el segundo autor reportó Presentación anómala el 17%, embarazo múltiple en 1.9%, RCIU 0.5%. Lo que llama la atención, es que en nuestro estudio todas las cesáreas injustificadas fueron por indicación relativa, pero los dos estudios que comparamos sus indicaciones en cesáreas injustificadas fueron absolutas, lo que hace pensar que de acuerdo con la indicación de todas maneras tenían que ser cesárea, pero después de la cesárea no se confirmó la indicación, quizá sea porque

se realizó mal el diagnóstico preoperatorio o porque se colocó el diagnóstico para justificar la cesárea.

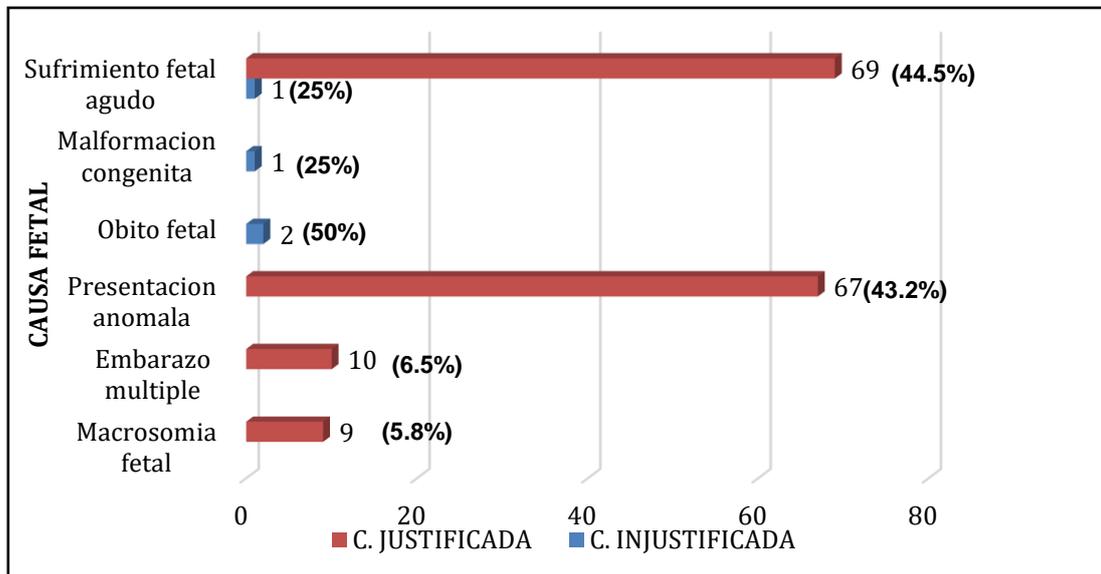


Figura 6: Cesáreas injustificadas, según causa fetal, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.

Fuente: Historias Clínicas H. III EsSalud Juliaca

En la figura 7 presentamos la indicación de cesárea según causa ovular o materno fetal, y tenemos que para oligohidramnios, en cesáreas injustificadas, fue el 51.2% (43 casos) y en cesáreas justificadas fue el 4.2% (3 casos); para RPM, en cesáreas injustificadas fue el 36.9% (31 casos), y en cesáreas justificadas, fue el 7.1% (5 casos), y para placenta previa, en cesáreas injustificadas fue el 11.9% (10 casos) y en cesáreas justificadas, fue el 7.1% (5 casos).

Como observamos en estas tres indicaciones la mayor frecuencia fue en las cesáreas injustificadas en comparación con las justificadas, además las indicaciones fueron relativas y no se asociaron a otra indicación; de acuerdo a la literatura, se habla de oligohidramnios cuando el índice de líquido amniótico ILA) es menor de 5 cm (normal 5



a 24 cm), la RPM es pérdida de líquido amniótico y se recomienda interrumpir el embarazo en las 24 horas siguientes (con maduración pulmonar fetal) para evitar complicaciones, y la placenta previa es la implantación de la placenta en el segmento inferior del útero y solo se realiza cesárea si es una placenta oclusiva; en nuestro estudio, en el caso de oligohidramnios no registraba en la historia clínica el ILA, en el caso de la RPM esta fue menor a 24 horas, y en el caso de la placenta previa por ecografía fue no oclusiva; por otro lado en las indicaciones de estas cesáreas no se demostró compromiso de la vitalidad materna ni fetal, ni se asociaron a otras indicaciones, por lo tanto debía intentarse el parto por vía vaginal y no indicar directamente cesárea.

Otras indicaciones que solo se dieron en las cesáreas justificadas fueron desproporción cefalopélvica con 50 casos (70.4%), circular doble de cordón con 7.1% (5 casos), desprendimiento prematuro de placenta con 2.8% (2 casos), e insuficiencia placentaria con 1.4% (1 caso); todas ellas fueron indicaciones absolutas, menos insuficiencia placentaria, que es una indicación relativa, pero se acompañó de sufrimiento fetal agudo, por esta razón en todas ellas se indicó directamente la cesárea.

Otros estudios coincidieron con nuestros hallazgos en RPM y oligohidramnios, pero con diferentes valores, así tenemos, Flores A (27) en Lima reporto RPM el 3.6%, oligohidramnios el 2.4%, desprendimiento prematuro de placenta el 2.4%, doble circular de cordón el 0.6%; Apaza I (29) en Puno señaló RPM el 1.9%, oligohidramnios el 2.9%, desproporción cefalopélvica el 13.5%, y desprendimiento prematuro de placenta el 0.8%. Estas diferencias podrían explicarse, primero para RPM y oligohidramnios, que son indicaciones relativas, no se intentó el parto vaginal, o si se intentó y fracasó, y luego en el post operatorio no se confirma el diagnóstico inicial, es porque no se hizo un buen diagnóstico preoperatorio; segundo para desproporción cefalopélvica y desprendimiento prematuro de placenta, que son indicaciones absolutas, donde de todas maneras se debía

realizar la cesárea, pero resulta que después de la cesárea no se confirma el diagnóstico, sería porque no se realizó un buen diagnóstico preoperatorio.

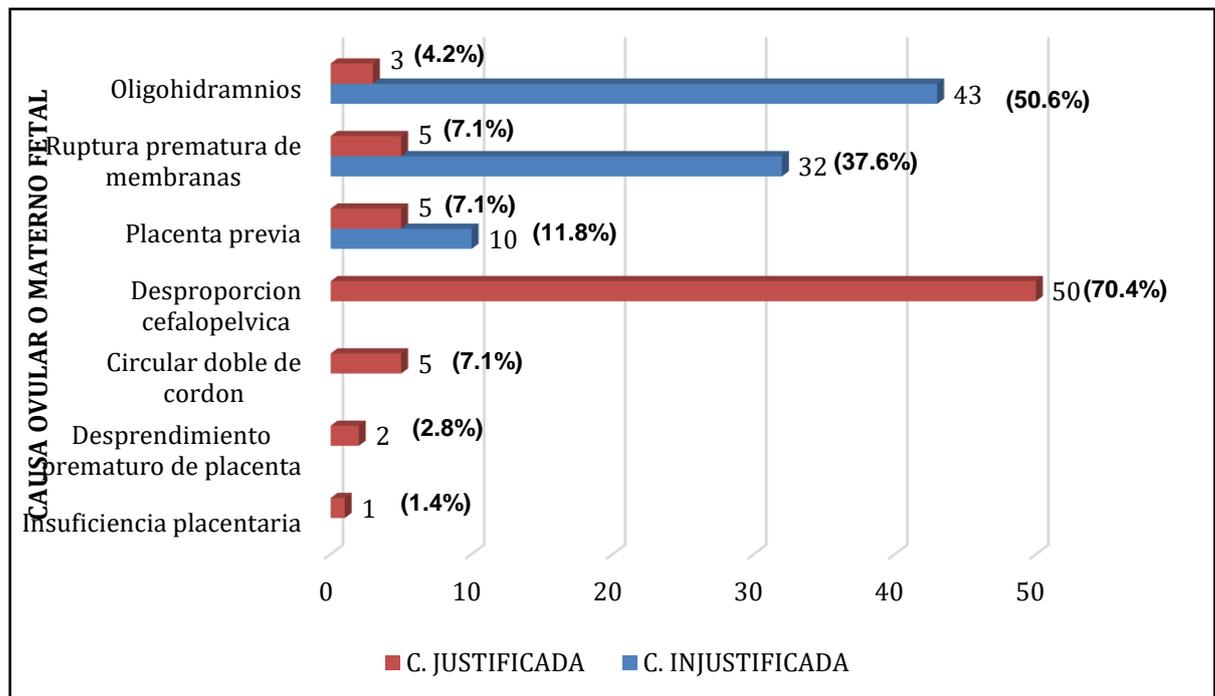


Figura 7: Cesáreas injustificadas, según causa ovular o materno fetal, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.

Fuente: Historias Clínicas H. III EsSalud Juliaca

En la figura 8, en lo referente a las complicaciones maternas en las cesáreas injustificadas, observamos que, no hubo ninguna complicación en el 84.1% (148 casos), luego infección del tracto urinario con 5.7% (10 casos), seguidamente anemia con 4.5% (8 casos), posteriormente hemorragia post parto con 2.8% (5 casos), en seguida infección de herida operatoria con 1.7% (3 casos), y finalmente síndrome adherencial con 1.2% (2 casos).

Otro estudio, solo en cesáreas injustificadas, realizado por Apaza I (29) en EsSalud de Puno, encontró las mismas complicaciones que nosotros, pero con diferentes proporciones, señalo para anemia el 34.4%, síndrome adherencial el 25.8%, hemorragia el 8.6%, infección de herida operatoria el 3.4%.

La infección del tracto urinario y la infección de herida operatoria, son infecciones tardías, la primera puede darse por el uso de la sonda vesical y la segunda por inadecuado procedimiento de la asepsia y antisepsia en la zona de la incisión quirúrgica; la anemia podría ser a que la paciente ya ingreso al hospital con una hemoglobina baja; la hemorragia post parto se debería a mala involución uterina, y el síndrome adherencial se debe a las cesáreas anteriores.

Otro estudio, considerando todas las cesáreas, realizado por Condega M (21) en Nicaragua, encontró las mismas complicaciones que nosotros, pero con diferentes proporciones, señalo para anemia el 4.8%, infección del tracto urinario el 4.4%.

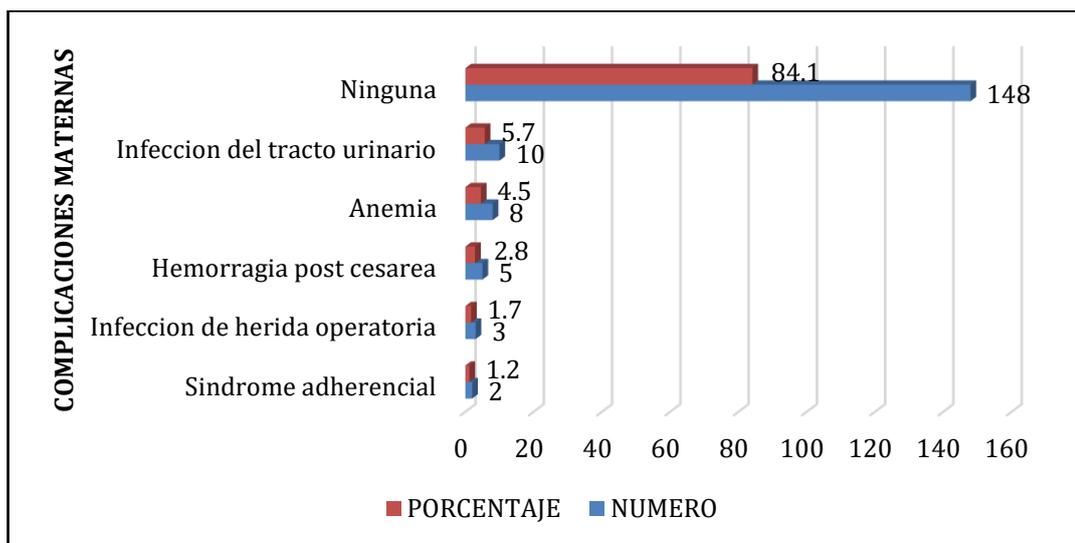


Figura 8: Cesáreas injustificadas, según complicaciones maternas, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.

Fuente: Historias Clínicas H. III EsSalud Juliaca

En la figura 9, en lo referente a las complicaciones perinatales en las cesáreas injustificadas, observamos que, no hubo ninguna complicación en el 87.5% (154 casos),

luego bajo peso del recién nacido con 8.5% (15 casos), seguidamente Apgar bajo con 1.7% (3 casos), y finalmente prematuridad y muerte perinatal con 1.1% (2 caso) cada uno.

Es importante mencionar que, en la complicación de bajo peso al nacer, todos tenían bajo peso para la edad gestacional y ninguno presento RCIU, en los nacidos con Apgar bajo no existía el dato de SFA y todos tuvieron Apgar mayor de 7 a los 5 minutos, en los prematuros uno tuvo 33 semanas y el otro 36 semanas, pero en ninguno se intentó el parto vaginal, y las muertes perinatales corresponden a los casos en los cuales la indicación de la cesárea fue óbito fetal.

El estudio de Apaza I (29) en el 2018 en Es Salud Puno, reporto valores más elevados, para prematuridad el 25.4%, para bajo peso al nacer el 10.5%, para taquipnea transitoria del recién nacido y Apgar bajo el 5.2% para cada uno.

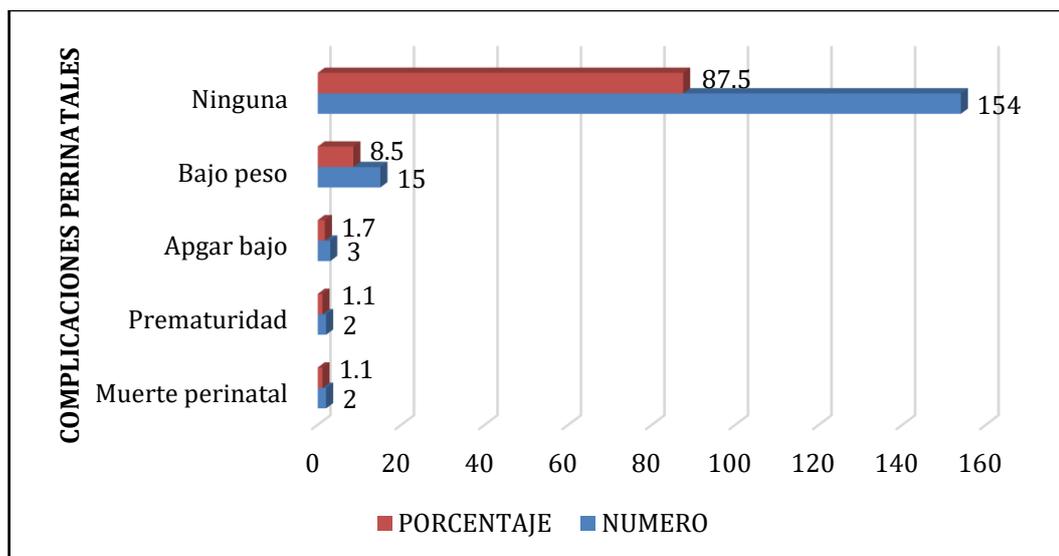


Figura 9: Cesáreas injustificadas, según complicaciones perinatales, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.

Fuente: Historias Clínicas H. III EsSalud Juliaca

Tabla 1: Factores sociodemográficos asociados a cesárea injustificada, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.

Factores socio demográficos	C. Injustificada		C. Justificada		Valor de p	Odds Ratio	Intervalo de confianza
	No.	%	No.	%			
Grupo de edad (años)							
< 20	6	3.4	8	1.9	0.2	1.7	0.6-5.2
20 a 35	126	71.6	301	71.7	0.5	0.9	0.6-1.4
> 35	44	25.0	111	26.4	0.4	0.9	0.6-1.4
Grado de instrucción							
Secundaria	100	56.8	261	62.1	0.1	0.8	0.5-1.1
Superior	76	43.2	159	37.9	0.1	1.2	0.8-1.7
Estado civil							
Casada	85	48.3	205	48.8	0.4	0.9	0.6-1.3
Conviviente	91	51.7	215	51.2	0.4	1.02	0.8-1.7

Fuente: Historias Clínicas H. III EsSalud Juliaca

En la tabla 1, presentamos las cesáreas por grupo de edad, y tenemos que en el grupo de menores de 20 años, 6 cesáreas (3.4%) fueron injustificadas y 8 cesáreas (1.9%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.2, OR de 1.7, IC de 0.6-5.2; en el grupo de 20 a 35 años, 126 cesáreas (71.6%) fueron injustificadas y 301 cesáreas (71.7%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.5, OR de 0.9, IC de 0.6-1.4; y en el grupo de mayores de 35 años, 44 cesáreas (25%) fueron injustificadas y 111 cesáreas (26.4%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.5, OR de 0.9, IC de 0.6-1.4.

Como podemos observar la mayor frecuencia de cesáreas, tanto en las injustificadas como en las justificadas, se dio en el grupo de edad 20 a 35 años, en segundo lugar, está el grupo de mayores de 35 años, y finalmente el grupo de menores de 20 años; por otro lado, encontramos que no se encontró asociación entre edad de la gestante con cesárea injustificada.



El estudio en cesáreas injustificadas de Flores A (27) en Lima en el 2015, al igual que nosotros no encontró asociación de edad de la gestante con cesárea injustificada (OR. 1.1, IC 0.5-2.1, p: 0.13)

En la tabla 1, también mostramos las cesáreas según el estado civil de la madre, y encontramos que, no hubo ninguna cesárea en solteras, y en el grupo de casadas, 85 cesáreas (48.3%) fueron injustificadas y 205 cesáreas (48.8%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.4, OR de 0.9, IC de 0.6-1.3; en el grupo de convivientes, 91 cesáreas (51.7%) fueron injustificadas y 215 cesáreas (51.2%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.4, OR de 1.2, IC de 0.8-1.7. Como podemos observar la mayor frecuencia de cesáreas, tanto en las injustificadas como en las justificadas, se dio en el grupo de convivientes, pero esta diferencia con el grupo de casadas fue mínima; así mismo se observa que no existe asociación entre estado civil de la madre con cesárea injustificada.

Por otro lado, en la tabla 1, presentamos las cesáreas según el grado de instrucción de la madre, y encontramos que no hubo ninguna madre analfabeta ni con instrucción primaria, y mostramos que en el grupo de instrucción secundaria, 100 cesáreas (58.8%) fueron injustificadas y 261 cesáreas (62.1%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.1, OR de 0.8, IC de 0.5-1.1; en el grupo de instrucción superior, 76 cesáreas (43.2%) fueron injustificadas y 159 cesáreas (3.9%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.1, OR de 1.2, IC de 0.8-1.7. Como podemos observar la mayor frecuencia de cesáreas, tanto en las injustificadas como en las justificadas, se dio en el grupo de instrucción secundaria; así mismo se observa que no existe asociación entre grado de instrucción de la madre con cesárea injustificada.

Tabla 2: Factores gineco obstétricos asociados a cesárea injustificada, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.

Factores gineco obstétricos	C. Injustificada		C. Justificada		Valor de p	Odds Ratio	Intervalo de confianza
	No.	%	No.	%			
Paridad							
Primípara	11	6.3	25	6.0	0.5	1.05	0.5-2.1
Segundipara	83	47.2	101	24.0	0.00000001	2.8	1.9-4.1
Múltipara	82	46.6	294	70.0	0.00000001	0.3	0.2-0.5
Control prenatal							
< 6	18	10.2	33	7.9	0.2	1.3	0.7-2.4
6 a mas	158	89.8	387	92.1	0.2	0.7	0.4-1.3
Edad gestacional (semanas)							
< 37	17	9.7	36	8.6	0.3	1.1	0.6-2.0
37-41	158	89.8	378	90.0	0.5	0.9	0.5-1.7
42 a mas	1	0.6	6	1.4	0.3	0.3	0.04-3.3

Fuente: Historias Clínicas H. III EsSalud Juliaca

En la tabla 2, mostramos las cesáreas según el antecedente de paridad de la madre, y encontramos que, en el grupo de primíparas, 11 cesáreas (6.3%) fueron injustificadas y 25 cesáreas (6.0%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.5, OR de 1.05, IC de 0.5-2.1; en el grupo de segundiparas, 83 cesáreas (47.2%) fueron injustificadas y 101 cesáreas (24.0%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.00000001, OR de 2.8, IC de 1.9-4.1, en el grupo de múltiparas, 82 cesáreas (46.6%) fueron injustificadas y 294 cesáreas (70.0%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.00000001, OR de 0.3, IC de 0.2-0.5.

Como podemos observar la mayor frecuencia de cesáreas, tanto en las injustificadas como en las justificadas, se dio en los grupos de segundiparas y múltiparas; así mismo se observa que existe asociación entre paridad de la madre con cesárea injustificada; presentándose 2.8 veces más posibilidad de cesárea injustificada en las



segundíparas en comparación a los otros grupos, y presentándose menos posibilidad de cesárea injustificada en las múltíparas en comparación a los otros grupos.

La mayor posibilidad de cesáreas injustificadas en las segundíparas podría explicarse, porque, un gran porcentaje de ellas fue cesáreada anteriormente e ingreso a la cesárea con esa indicación, verificándose después que la cesárea resulto ser injustificada.

En la tabla 2, también presentamos las cesáreas según el número de controles prenatales, y encontramos que, en el grupo con menos de 6 controles, 18 cesáreas (10.2%) fueron injustificadas y 33 cesáreas (7.9%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.2, OR de 1.3, IC de 0.7-2.4; en el grupo que tuvo 6 o más controles, 158 cesáreas (89.8%) fueron injustificadas y 387 cesáreas (92.1%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.2, OR de 0.7, IC de 0.4-1.3.

Como podemos observar la mayor frecuencia de cesáreas, tanto en las injustificadas como en las justificadas, se dio en el grupo que tuvo 6 o más controles; también se observa que no existe asociación entre control prenatal y cesárea injustificada.

Flores A (27) en Lima en el 2018, igual que nuestros resultados, no encontró asociación entre control prenatal inadecuado y cesárea injustificada (OR: 1.4, IC: 0.5-3.2, p: 0.5).

En la tabla 2, además mostramos las cesáreas según la edad gestacional, y encontramos que, en el grupo de menos de 37 semanas, 17 cesáreas (9.7%) fueron injustificadas y 36 cesáreas (8.6%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.3, OR de 1.1, IC de 0.6-2.0; en el grupo de 37 a 41 semanas, 158 cesáreas (89.8%) fueron injustificadas y 378 cesáreas (90.0%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.5, OR de 0.9, IC de 0.5-1.7, en el grupo de 42 a más semanas, 1 cesárea (0.6%) fue injustificada y

6 cesáreas (1.4%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.3, OR de 0.3, IC de 0.04-3.3.

Como podemos observar la mayor frecuencia de cesáreas, tanto en las injustificadas como en las justificadas, se dio en el grupo de 37 a 41 semanas de edad gestacional; también se observa que no existe asociación entre edad gestacional y cesárea injustificada.

Tabla 3: Tipo de indicación y programación de la cesárea asociadas a cesárea injustificada, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.

Tipo de indicación	C. Injustificada		C. Justificada		Odds Ratio	Odds Ratio	Intervalo de confianza
	No.	%	No.	%			
Tipo de indicación							
Absoluta	0	0.0	356	84.8	0.0000001	0.001	0.0001-0.007
Relativa	176	100.0	64	15.2	0.0000001	981	135.1-7135.3
Programación							
Programada	34	19.3	115	27.4	0.02	0.6	0.4-0.9
No programada	142	80.7	305	72.6	0.02	1.5	1.02-2.4

Fuente: Historias Clínicas H. III EsSalud Juliaca

En la tabla 3, mostramos las cesáreas según el tipo de indicación de la cesárea, y encontramos que, en el grupo de indicación absoluta, no se encontró ninguna cesárea injustificadas y 356 cesáreas (84.8%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.0000001, OR de 0.001, IC de 0.0001-0.007; en el grupo de indicación relativa, las 176 cesáreas (100.0%) fueron injustificadas y 64 cesáreas (15.2%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.0000001, OR de 981, IC de 135.1-7135.3.

Como podemos observar existe asociación entre tipo de indicación de la cesárea y cesárea injustificada; presentándose nula posibilidad de que la cesárea sea injustificada cuando el tipo de indicación es absoluta; y si la indicación es relativa existe 981 veces



más posibilidad que la cesárea sea injustificada. Esta asociación se explica, porque todas las indicaciones absolutas siempre terminan en cesárea, entonces no puede haber indicaciones absolutas que puedan ser cesáreas injustificadas, por el contrario, muchas de las indicaciones relativa deberían haber terminado en un parto vaginal y no fue así, terminaron en cesárea injustificada.

En la tabla 3, también presentamos las cesáreas según la programación, y encontramos que, en el grupo de cesáreas programadas, 34 cesáreas (19.3%) fueron injustificadas y 115 cesáreas (27.4%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.02, OR de 0.6, IC de 0.4-0.9; en el grupo de cesáreas no programadas, 142 cesáreas (80.7%) fueron injustificadas y 305 cesáreas (72.6%) fueron justificadas, con un valor de p de 0.02, OR de 1.5, IC de 1.02-2.4.

Podemos señalar que existe asociación entre programación de la cesárea y cesárea injustificada; presentándose menos posibilidad que la cesárea sea injustificada cuando esta es programada; y si la cesárea no es programada existe 1.5 veces más posibilidad que la cesárea sea injustificada. Se explica esto, porque las en las cesáreas no programadas o de urgencia, las pacientes son captadas en emergencia, donde se evalúa la vital materna y fetal, y muchas veces esta evaluación no es tan exhaustiva, que conlleva a una cesárea injustificada.

Tabla 4: Asociación entre cesárea injustificada y complicaciones, en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018.

Cesárea	Complicación		No complicación		valor de <i>p</i>	Odds Ratio	Intervalo de confianza
	No.	%	No.	%			
Complicación Materna							
Injustificada	28	39.4	148	28.2	0.03	1.6	1.01-2.7
Justificada	43	60.6	377	71.8	0.03	0.6	0.99-1.01
Complicación perinatal							
Injustificada	22	17.3	154	32.8	0.0003	0.4	0.2-0.7
Justificada	105	82.7	315	67.2	0.0003	2.3	1.4-3.8

Fuente: Historias Clínicas H. III EsSalud Juliaca

En la tabla 4, mostramos las complicaciones maternas según la justificación de la cesárea, y encontramos que, en las cesáreas injustificadas, 28 cesáreas (15.9%) presentaron complicación materna y 148 cesáreas (84.1%) no presentaron complicación materna, con un valor de *p* de 0.01, OR de 1.8, IC de 1.09-3.1; y en las cesáreas justificadas, 39 cesáreas (9.3%) presentaron complicación materna y 381 cesáreas (90.7%) no presentaron complicación materna, con un valor de *p* de 0.01, OR de 0.5, IC de 0.3-0.9.

Como podemos observar la frecuencia de las complicaciones maternas fue mayor en las cesáreas injustificadas; y existe asociación entre justificación de la cesárea y complicación materna; presentándose 1.8 veces más posibilidad de complicación materna en las cesáreas injustificadas, y menor posibilidad de complicación materna en las cesáreas justificadas. Esta asociación se explica porque las indicaciones para las cesáreas injustificadas se dieron en buena proporción por causas maternas y la mayoría de ellas fueron no programadas y no se realizó la evaluación adecuada antes de la cesárea.



En la tabla 4, además presentamos las complicaciones perinatales según la justificación de la cesárea, y encontramos que, en las cesáreas injustificadas, 22 cesáreas (12.5%) presentaron complicación perinatal y 154 cesáreas (87.5%) no presentaron complicación perinatal, con un valor de p de 0.0003, OR de 0.4, IC de 0.2-0.7; y en las cesáreas justificadas, 105 cesáreas (25.0%) presentaron complicación perinatal y 315 cesáreas (75.0%) no presentaron complicación perinatal, con un valor de p de 0.0003, OR de 2.3, IC de 1.4-3.8.

Como podemos observar la mayor frecuencia de no complicaciones se presentó en la cesárea injustificada, y existe asociación entre justificación de la cesárea y complicación perinatal; presentándose 2.3 veces más posibilidad de que no haya complicación perinatal en las cesáreas injustificadas. Esto se explica porque las causas fetales y ovulares para la Indicación cesárea se dieron en mayor proporción, pero en la mayoría de ellas no se confirmó el diagnóstico preoperatorio con los hallazgos en el recién nacido, y realmente la vitalidad fetal no estaba comprometida.



V. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de Cesáreas Injustificadas fue de 29.5%.
2. Las Cesáreas Injustificadas fueron de Indicación relativa y la mayoría fueron no programadas y cesáreas secundarias.
3. Las causas maternas de Cesárea Injustificada fueron cesárea anterior, dilatación estacionaria, periodo expulsivo prolongado, miomatosis, gestante añosa, distopia genital, gestación prolongada, y tratamiento de fertilidad.
4. Las causas fetales de Cesárea Injustificada fueron sufrimiento fetal agudo, malformación congénita, y óbito fetal.
5. Las causas ovulares de Cesárea Injustificada fueron oligohidramnios, ruptura prematura de membranas, placenta previa.
6. Las complicaciones maternas de Cesárea Injustificada fueron infección del tracto urinario, anemia, hemorragia post cesárea, infección de herida operatoria, y síndrome adherencial.
7. Las complicaciones perinatales de Cesárea Injustificada fueron bajo peso, Apgar bajo, prematuridad, y muerte perinatal.
8. Los factores asociados a Cesárea Injustificada fueron segundipara, paridad, Indicación relativa de cesárea, cesárea no programada.



VI. RECOMENDACIONES

Al Hospital III EsSalud de Juliaca:

1. Fortalecer las actividades de control prenatal para realizar justificadamente las cesáreas.
2. Crear una comisión de evaluación, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, encargada de analizar la tasa de cesáreas en forma mensual, identificando las indicaciones de cesáreas, y establecer el uso de normativas y/o guías de manejo institucional, con el fin de optimizar la indicación quirúrgica y disminuir la tasa de cesáreas injustificadas.
3. Definir claramente en las Historias Clínicas el Diagnóstico Principal para realizar la intervención quirúrgica.
4. Utilizar correctamente el partograma para posibilitar el parto vaginal en las pacientes que han tenido una cesárea previa y no presentan otra complicación obstétrica.
5. Educación sanitaria a la gestante sobre riesgos y beneficios del parto por cesárea frente al parto vaginal.

A la comunidad científica:

1. Realizar estudios sobre el mismo tema considerando otras variables.
2. Realizar el mismo estudio en otros hospitales de la Región para comparar resultados.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nápoles D, Couto D. Análisis de la cesárea como fuente de costo. MEDISAN. [Internet]. 2017 [citado 2019 Set 22]; 21(8):1008-1017. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000800007&lng=es
2. Suárez L, Campero L, Vara E, Rivera L, Hernández M, Walker D et al. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. Salud pública Méx. [Internet]. 2013 [citado 2019 Set 22]; 55(2):225-234. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800020&lng=es
3. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert J. Operación cesárea. Rev. MED. CLIN. CONDES. [Internet]. 2014 [citado 2019 Set 22]; 25(6): 987-992. Disponible en:
https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/20-schnapp.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. Ginebra; 2015 [citado 2019 Set 22]. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?jsessionid=953AFC76ED5CE28E679ACE619A6B26D0?sequence=1
5. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet]. 2017 [citado 2019 Set 22]. Disponible en:
http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR_2016-I.pdf
6. Bustamante J, Vera O, Limo J, Patazca J. Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010-2011. Revista Cuerpo Médico



- HNAAA. [Internet]. 2014 [citado 2019 Set 22];7(1): 6-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4755872>
7. Vázquez J. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. Rev. Latino Americana de Bioética. [Internet]. 2016 [citado 2019 Set 22]; 16(1): 60-71. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a04.pdf>
8. Flores A. Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015. Tesis pregrado. Universidad Ricardo Palma. Lima Perú. 2017.
9. Instituto Mexicano de Seguro social. Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. Evidencias y recomendaciones. Rev. IMSS México. [Internet]. 2014. [citado 2019 Set 22]. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
10. Faneite P, Rivera C, Faneite J, Amato R. Cesárea y mortalidad perinatal: Incidencia y tendencia 42 años (1969-2010). Rev Obstet Ginecol Venez. [Internet]. 2012 [citado 2019 Set 22]; 72(3):145-151. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322012000300002&lng=es.
11. Liu S, Liston R, Joseph K, Heaman M, Sauve R, Kramer M. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. CMAJ. [Internet]. 2007 [citado 2019 Set 22]; 176(4):455-460. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17296957/>
12. Deneux C, Carmona E, Bouvier M, Breart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. Obstet Gynecol. [Internet]. 2006; 108(3):541-548. Maggiolo I. Mortalidad materna y objetivos de desarrollo del milenio: cómo estamos en América



- Latina. Medwave. [Internet]. 2012 [citado 2019 Set 22]; 12(1):5284. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16946213/>
13. Victora C, Barros F. Beware: unnecessary caesarean sections may be hazardous. Lancet. [Internet]. 2006 [citado 2019 Set 22]; 367(9525):1796-1797. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16753467/>
14. Maggiolo I. Mortalidad materna y objetivos de desarrollo del milenio: como estamos en América Latina. Medwave. [Internet]. 2012 [citado 2019 Set 22]; 12(1):5284. Disponible en:
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Editorial/5284.01.5284>
15. Sobhy S, Zamora J, Dharmarajah K, Arroyo D, Wilson M, Navaratnarajah R, et al. Anesthesia-related maternal mortality in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. [Internet]. 2016 [citado 2019 Set 22]; 4(5):320-7. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27102195/>
16. Talledo L, Talledo C, Pachas P. Incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un hospital público de Piura, Perú. FELSOCM. [Internet]. 2016 [citado 2019 Set 22]; 21(2):35-7. Disponible en:
<https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/648>
17. Wagner M. Choosing cesarean section. Lancet. [Internet]. 2000 [citado 2019 Set 22]; 356(9242):1677-1680. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11089840/>
18. Burrows L, Meyn L, Weber A. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. Obstet Gynecol. [Internet]. 2004 [citado 2019 Set 22]; 103(5):907-912. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15121564/>



19. Kamilva G, Seal S, Mukherji J, Bhattacharyya S, Hazra A. Maternal mortality and cesarean delivery: an analytical observational study. J Obstet Gynecol. [Internet]. 2010 [citado 2019 Set 22]; 36(2):248-253. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20492373/>
20. Andrade M. Incidencia y principales indicaciones de cesáreas y parto por vía vaginal en el Hospital de los Valles del 1 de Enero del 2013 al 31 de Diciembre del 2015. Tesis pregrado [Internet]. Universidad San Francisco de Quito. Ecuador 2017 [citado 2019 Set 22]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6594>
21. Condega M, Muñoz H. Comportamiento de Cesáreas Primitivas en Embarazadas Atendidas en el Servicio de Obstetricia. Hospital Amistad Japón – Nicaragua. Granada. Enero a Diciembre 2014. Tesis doctorado en medicina y cirugía [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Nicaragua 20150 [citado 2019 Set 22]. Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/80118050>
22. Estrada C, Hernández R, Gómez A, Negrete M. Incidencia de cesáreas en un Hospital General de Zona. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2012 [citado 2019 Set 22]; 50(5): 517-522. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38733>
23. Álvarez D. Causas de cesárea en el Hospital Regional San José del Callao en el periodo enero – abril 2017. Tesis pregrado [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú. 2018. [citado 2019 Set 22]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3512>
24. Barrena M, Quispe I. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un Hospital público de Lima en el período enero 2013 - diciembre 2017. Tesis pregrado



- [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú. 2018. [citado 2019 Set 22]. Disponible en:
<http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1462>
25. Álvarez C. Incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del Hospital de Apoyo II de Sullana, enero-diciembre 2017. Tesis pregrado [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego. Piura Perú. 2018. [citado 2019 Set 22]. Disponible en:
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3995>
26. Curo E. Confirmación postoperatoria de las indicaciones para la realización de cesáreas en las gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Ica durante el periodo 2015. Tesis pregrado [Internet]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna Perú. 2016. [citado 2019 Set 22]. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2215>
27. Flores A. Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015. Tesis pregrado. Universidad Ricardo Palma. Lima Perú. 2017.
28. Paiba M, Salazar G. Causas de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2014. Tesis pregrado [Internet]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque, Perú 2015. [citado 2019 Set 22]. Disponible en:
<http://www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes10.pdf>
29. Apaza I. Indicaciones de cesáreas injustificadas y su relación con complicaciones materno perinatales en el Hospital Es Salud III Puno, año 2018. Tesis pregrado [Internet]. Universidad nacional del Altiplano. Puno Perú. 2019. [citado 2019 Set 22]. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/9773>
30. Andía A. Factores determinantes de la cesárea en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno periodo enero-diciembre 2017. Tesis pregrado [Internet]. Universidad



- Nacional del Altiplano. Puno Perú. 2017. [citado 2019 Set 22]. Disponible en:
<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/6392>
31. Luque A. Indicaciones y tasa de cesáreas en el Hospital Es Salud III Puno en el año 2016. Tesis pregrado [Internet]. Universidad Nacional del Altiplano. Puno Perú. 2017. [citado 2019 Set 22]. Disponible en:
<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/3851>
32. Gary F. et al Obstetricia de Williams. Vigésimo segunda edición. España: Mc Graw Hill Interamericana [Internet]. 2006. [citado 2019 Set 22]. Disponible en:
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2739§ionid=228704887>
33. Besio M. Cesárea versus parto vaginal.: Una perspectiva ética. Rev. méd. Chile. [Internet]. 1999 [citado 2019 Set 22]; 127(9):1121-1125. Disponible en:
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000900014&lng=es.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000900014&lng=es)
34. Patiño D, Pineda A, Polo D. Diana P. Estudio de Prevalencia y correlación clínico quirúrgica de cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga en el año 2010. Tesis pregrado [Internet]. Universidad de Cuenca. Ecuador 201. [citado 2019 Set 22]. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5063/1/MED205.pdf>
35. Simm A, Mathew D. Operación cesárea. Intramed. 2008. Obstetrics Gynecology and Reproductive Medicine. [Internet]. 2008 [citado 2019 Set 22]; 18(4):94-98. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=53029>
36. Cabero L, Cabrillo E. Finalización del embarazo con cesárea. En: Cabero, Saldívar. Operatoria Obstétrica: una visión actual. 5 edición. Chapultepec, México: Editorial Médica Panamericana. [Internet]. 2008 [citado 2019 Set 22]. Disponible en:



<http://www.ahcpr.gov/clinic/evrptfiles.htm#prolonged.3>. (PERU): <iemp.gob.pe>.

6. Demott K et al..

37. MINSA. Guía práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología.

Instituto materno perinatal. Perú [Internet]. 2010. [citado 2019 Set 22]. Disponible en:

<https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>



ANEXOS

Ficha de recolección de datos

Frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados de cesáreas injustificadas en el Hospital III de Es Salud Juliaca en el año 2018.

Nombre: H.C. No.

CESAREA:		
Cesárea	Injustificada	
	Justificada	

ANTECEDENTES SOCIODEMOGRAFICOS:								
Edad	< 20 años		Estado civil	Soltera		Grado de instrucción	Ninguno	
	20 a 35 años			Casada			Primaria	
	> 35 años			Conviviente			Secundaria	
				Separada			Superior	
		Otra:						

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:								
Paridad	Ninguno		Control Pre Natal	Ninguno		Edad gestacional	< 37	
	1			< 5			37 a 41	
	2			6 a mas			42 a mas	
	3 o mas			Numero:			Semanas:	
Indicación de cesárea	Absoluta		Programación de cesárea	Electiva				
	Relativa			Emergencia				



CAUSAS DE CESAREA		
Maternas	Cesárea anterior	
	Pré-eclâmpsia severa	
	Pélvis estrecha	
	Dilatación estacionaria	
	Expulsivo prolongado	
	Infecciones sistémicas	
	Otra:	
Fetales	Embarazo múltiple	
	Presentación fetal anómala	
	Macrosomía fetal	
	Sufrimiento fetal agudo	
	Otra	
Ovulares o materno fetales	Desproporción cefalo pélvica	
	Desprendimiento prematuro de placenta	
	Placenta previa	
	Circular doble de cordón	
	Ruptura prematura de membranas	
	Oligohidramnios	
	Fertilización in vitro	
	Otra:	

COMPLICACIONES:		
Maternas	Hemorragia post parto	
	Anemia	
	Síndrome adherencial pélvico	
	Rotura uterina	
	Endometritis	
	Infección de herida operatória	
	Infección urinaria	
	Muerte materna	
	Otra:	
Perinatales	Síndrome de dificultad respiratória	
	Taquipnea transitória	
	Apgar bajo	
	Bajo peso al nacer	
	Prematuridad	
	Muerte neonatal	
	Otra:	