



**Universidad  
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES ASOCIADOS A LA  
CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI  
DE AGOSTO 2016 a JULIO 2017”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LIC. EN OBSTETRICIA

Presentado por:

**AUTOR:** ROJAS MORÓN, MIRIAM DANAIZ

VARGAS ARZUBIAGA, CARLA STEPHANY

**ASESOR:** DR. CARLOS RODRIGUEZ CHÁVEZ

**LIMA – PERÚ**

**2018**



#### DEDICATORIA:

Esta tesis la dedicamos a Dios quien supo guiarnos por el camino, darnos fuerzas para seguir adelante ante todo obstáculo. A nuestros padres quienes supieron apoyarnos a lo largo de la carrera.

## Agradecimientos

A nuestro asesor el Dr. Carlos Rodríguez, por su inmensurable ayuda durante esta investigación.

A la Obstetra Mirian Torrejón quien nos apoyo en CMI-JCM en la recopilación de datos.

A nuestros padres quienes estuvieron en todo momento con nosotros alentándonos para ser cada día mejor.

ASESOR DE TESIS

DR. CARLOS LEÓNIDAS RODRÍGUEZ CHÁVEZ.

## JURADOS

PRESIDENTA: DRA. SABRINA YNÉS MORALES ALVARADO

SECRETARIA: MG. KATTY LETICIA SALCEDO SUAREZ

VOCAL: DR. FRANKLIN ARTURO SOLÍS ARIAS

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b> .....	11
1.1 Planteamiento del problema.....	11
1.2 Formulación del Problema.....	12
1.3 Justificación.....	13
1.4 Objetivos .....	13
1.4.1 Objetivo General .....	13
1.4.2 Objetivos Específicos.....	13
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	14
2.1. Antecedentes .....	14
2.2 Base teórica .....	16
2.2.1 Historia de la Cesárea.....	16
2.2.2 Definición: Incidencia .....	18
2.2.3 Tipos de incisión uterina para cesárea:.....	18
2.2.4 Factores Asociados: .....	19
2.2.5 Beneficios de la Cesárea.....	21
2.3 Terminología Básica .....	22
2.4 Hipótesis.....	23
2.5 Variables .....	24
<b>CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO</b> .....	26
3.1 Tipo y nivel de Investigación .....	26
3.2 Población y muestra .....	26
3.2.1 Población .....	26
3.2.2 Muestra .....	26
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	27
3.3.1 Técnica .....	27
3.3.2 Instrumento.....	27
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico.....	28
3.5 Aspectos Éticos .....	28

<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	29
4.1. Resultados. ....	29
4.2. Discusión:.....	44
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	47
5.1 Conclusiones. ....	47
5.2 Recomendaciones. ....	48
<b>REFERENCIAS</b> .....	49



## TABLAS

### I. CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LA CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI DE AGOSTO 2016 - JULIO 2017

• Tabla 1: según edad .....	29
• Tabla 2: según Paridad .....	30
• Tabla 3: según Estado Civil .....	31
• Tabla 4: según Grado de Instrucción .....	32
• Tabla 5: según Ocupación.....	33
• Tabla 6: según Procedencia .....	34
• Tabla 7: según Estancia Hospitalaria .....	35

### II. FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI DE AGOSTO 2016 - JULIO 2017

#### A) INDICACIÓN DE CESÁREA

• Tabla 8 según Indicación Materna .....	36
• Tabla 9 según Indicación Fetal .....	37
• Tabla 10: según Indicaciones Mixtas .....	38

#### B)COMPLICACIONES

• Tabla 11: según Complicaciones Anestésicas .....	39
• Tabla 12: según Complicaciones Infecciosas .....	40
• Tabla 13: según Complicaciones Quirúrgicas .....	41
• Tabla 14: según Complicaciones Hemorrágicas .....	42

### III. INCIDENCIA DE LA CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI DE AGOSTO 2016 - JULIO 2017

• Tabla 15: Incidencia .....	43
------------------------------	----

## GRÁFICOS

### I. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI DE AGOSTO 2016 - JULIO 2017

• Gráfico 1: según edad .....	29
• Gráfico 2: según Paridad .....	30
• Gráfico 3: según Estado Civil .....	31
• Gráfico 4: según Grado de Instrucción .....	32
• Gráfico 5: según Ocupación .....	33
• Gráfico 6: según Procedencia .....	34
• Gráfico 7: según Estancia Hospitalaria .....	35

### II. FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI DE AGOSTO 2016 - JULIO 2017

#### A) INDICACIÓN DE CESÁREA

• Gráfico 8 según Indicación Materna .....	36
• Gráfico 9 según Indicación Fetal .....	37
• Gráfico 10: según Indicaciones Mixtas .....	38

#### B) COMPLICACIONES

• Gráfico 11: según Complicaciones Anestésicas .....	39
• Gráfico 12: según Complicaciones Infecciosas .....	40
• Gráfico 13: según Complicaciones Quirúrgicas .....	41
• Gráfico 14: según Complicaciones Hemorrágicas .....	42

### III. INCIDENCIA DE LA CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI DE AGOSTO 2016 - JULIO 2017

• Gráfico 15: INCIDENCIA .....	43
--------------------------------	----

## Resumen

La cesárea es una intervención quirúrgica más frecuente en el mundo la cual permite salvar vidas humanas, a menudo se practica sin que exista indicaciones clínicas, ya que no solo hay complicaciones maternas sino también fetales. El trabajo de investigación tuvo como objetivo general las características epidemiológicas y factores asociados a la cesárea. Además fue una investigación no experimental, observacional, mixto, retrospectivo de corte transversal en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui. La muestra estuvo conformada por 122 historias clínicas. Los resultados se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 21 encontrándose una incidencia de 45.97% son partos distócicos. Con respecto a las características epidemiológicas en lo referido a la edad el 27.87 % de pacientes poseen entre 30-34 años y el 8.2% tienen entre 15-19 años. En cuanto a la paridad el 38.52 % de pacientes son segundigesta y el 3.28% son gran múltipara. Estado civil el 36.07 % de pacientes son conviviente y el 30.33% son casadas. Grado de instrucción el 37.7 % de pacientes poseen secundaria y el 19.67% poseen estudios superiores. Ocupación el 54.9% es independiente y solo el 11.48% es estudiante. Procedencia 66.39% de pacientes son de la zona costa y el 0.82% del extranjero

Con respecto a los factores maternos asociados a la cesárea el 48.36 % de pacientes fueron cesareadas anterior y un 1.64% tenían distocias en las partes blandas. En relación a los factores fetales asociados a la cesárea el 55.74 % no poseen ninguna indicación fetal para la cesárea y el 1.64% tuvo malformaciones. En relación de factores mixtas asociados a la cesárea el 95.9 % no poseen ninguna indicación mixta para la cesárea y el 0.82% tuvieron pre eclampsia.

Por último en las complicaciones anestésicas, infecciosas, quirúrgicas y hemorrágicas el 100% de las pacientes cesareadas no tuvieron ninguna de ellas

Palabras clave: características epidemiológicas, cesárea, incidencia, factores asociados, complicaciones.

## ABSTRAC

Caesarean section is a more frequent surgical intervention in the world which saves human lives, it is often practiced without clinical indications, as there are not only maternal but also fetal complications. The general objective of the research work was the epidemiological characteristics and factors associated with cesarean section. It was also a non-experimental, observational, mixed, retrospective cross-sectional study at the José Carlos Mariátegui Maternal and Child Center. The sample consisted of 122 clinical histories. The results were analyzed in the statistical program SPSS version 21 finding an incidence of 45.97% are dystocic births. With respect to the epidemiological characteristics in relation to age, 27.87% of patients are between 30-34 years old and 8.2% are between 15-19 years old. Regarding parity, 38.52% of patients are segundigesta and 3.28% are large multipara. Marital status 36.07% of patients are cohabiting and 30.33% are married. Degree of instruction 37.7% of patients have secondary education and 19.67% have higher education. Occupation 54.9% is independent and only 11.48% is a student. Origins 66.39% of patients are from the coast and 0.82% from abroad

Regarding the maternal factors associated with caesarean section, 48.36% of patients were anteriorly cephalored and 1.64% had soft tissue dystocia. In relation to fetal factors associated with caesarean section, 55.74% did not have any fetal indication for caesarean section and 1.64% had malformations. In relation to mixed factors associated with caesarean section, 95.9% did not have any mixed indication for caesarean section and 0.82% had preeclampsia.

Finally, in anesthetic, infectious, surgical and hemorrhagic complications, 100% of the patients who had been removed did not have any of them.

Key words: epidemiological characteristics, caesarean section, incidence, associated factors, complications.

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del problema

A partir de 1985 los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y 15%, la cesárea está justificada desde el punto de vista médico para prevenir la morbilidad materna y perinatal.<sup>1</sup>

En los últimos años de acuerdo a un comunicado de la OMS en el 2015 en Latinoamérica se registra que casi 4 de 10 partos son por cesárea lo que corresponde a un 38.9% por encima de lo recomendado. El país con más incidencia de cesárea es Brasil con 54% y el país con menor incidencia es Haití con 5.5% por debajo de lo recomendado; las cifras van en aumento en países como Bolivia que paso de 14.6% en 2008 a 19% en 2012, República Dominicana 44%, Colombia 43%, México 39% y Chile 37%.<sup>2</sup>

El Perú no es ajeno a esta realidad ENDES señala un incremento de la cesárea en los últimos 5 años indicando 25.3% en 2012 y 31.6% en 2016. Además indica que los departamentos con mayor índice de cesárea son Lima, Tacna, Tumbes, Moquegua y Arequipa.<sup>3</sup>

Aunque la cesárea es una intervención quirúrgica más frecuente en el mundo la cual permite salvar vidas humanas a menudo se práctica sin que exista indicaciones clínicas, por lo cual puede traer más complicaciones que un parto vaginal como: lesión en vejiga, útero y vasos sanguíneos; hemorragias; accidentes anestésicos; embolismo pulmonar; infecciones; entre otros. No solo hay complicaciones maternas sino también fetales como: lesiones con el bisturí, problemas pulmonares, apgar bajo, entre otros; cabe resaltar que también es más difícil fomentar la lactancia en las

primeras horas de vida del recién nacido ya que debe ser separado de su madre hasta que se recupere de la anestesia.<sup>4</sup>

Amerita hacer una cesárea cuando un parto vaginal traiga riesgo materno y/o fetal como por ejemplo un parto prolongado, sufrimiento fetal, presentación anómala. Las cesáreas también generan más gastos al sistema sanitario que los partos vaginales y por qué no mencionarlo a la gestante también ya que el costo de una cesárea supera por el doble al de un parto vaginal.<sup>3</sup>

La OMS propone utilizar en el 2014 el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesáreas para lo cual la OMS crea guías de uso para la implementación de este sistema. El sistema clasifica a cada mujer en 10 categorías que surgen de 5 características obstétricas como: paridad, comienzo de trabajo de parto, edad gestacional, presentación cefálica y situación transversa, cantidad de fetos. La OMS prevé que esta clasificación ayude a los establecimientos de salud a optimizar la realización de las cesáreas, identificando adecuadamente a las gestantes que requieren una cesárea y concientizar al personal de no realizar cesáreas innecesarias.<sup>1</sup>

Por la relevancia del marcado incremento de la práctica de la cesárea a nivel nacional, las complicaciones de ella y el costo que genera en el estado y en las propias gestantes surge la siguiente pregunta de investigación.

## **1.2 Formulación del Problema**

¿Cuáles son las características epidemiológicas y factores asociados a la cesárea en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui de agosto 2016 a julio 2017?

### **1.3 Justificación**

La presente investigación se enfocará en estudiar las características epidemiológicas y factores asociados a la cesárea ya que esta práctica se vuelve un problema de salud pública por múltiples factores implicados en el uso excesivo de este procedimiento, motivo por el cual es importante el conocer las principales indicaciones de cesárea en la actualidad, ya que se ha visto que con el pasar de los años, ya sea en países desarrollados o en vías de desarrollo, estos han ido aumentando.

Con los resultados obtenidos nos permitirán valorar los criterios que poseen los profesionales de salud, para indicar este procedimiento y de ser posible encaminarlos para evitar el abuso irracional de la misma.

Dicho trabajo beneficiará tanto a la institución en la que se realizó como a la sociedad, ya que nos permitirá aplicar el resultado a otros centros hospitalarios de iguales o similares características.

### **1.4 Objetivos**

#### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar las características epidemiológicas y factores asociados a la cesárea en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui de agosto 2016 a julio 2017.

#### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar las características epidemiológicas.
- Determinar los factores asociados de la cesárea.
- Conocer la incidencia de la cesárea

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

**A nivel internacional podemos encontrar los siguientes antecedentes:**

**Estrada C. y col (2012).** En su investigación titulada: “Incidencia de cesáreas: en un Hospital general de la zona” – México (Michoacán). Se dio como resultado que el 70.9 % de los partos fueron por cesárea y donde el 44.4% se trataba del primer embarazo. Los diagnósticos más frecuentes fueron cesárea iterativa 27.8%, desproporción cefalopélvica 25.6% y SFA 14.4%.<sup>5</sup>

**Sánchez D. (2012).** En su investigación titulada: “Impacto de la cesárea sobre la salud materna y perinatal: Revisión Sistemática”- Bogotá. Se dio como resultados estadísticamente significativos en placenta previa, apgar bajo, histerectomía periparto.<sup>6</sup>

**Medina S. y col (2011).** En su investigación titulada: “Incidencia e indicaciones de cesáreas”- Argentina. Se dio como resultado 30.94% por cesárea anterior, 16% por sufrimiento fetal agudo, 9.76% por falta de progreso para trabajo de parto, 9.04% distocia de presentación, 21.60% por diabetes, 5.20% por ruptura de membrana, 46% hipertensión arterial, 4% por cardiopatías en un total de 250 pacientes. En conclusión el aumento de las cesáreas se debe a que las gestantes son cesareadas anteriores, presentan diabetes e hipertensión arterial.<sup>7</sup>

**Flores L. y col (2008).** En su investigación titulada: “Factores de riesgo en la operación cesárea”-México. Se dio como resultado que los factores de riesgo están relacionaos a pacientes menores de 28 años, cesareadas anteriores, embarazo complicado, sufrimiento fetal, desproporción cefalopélvica, presentación podálica, líquido amniótico anormal, circular de cordón, atención medica mala ;no tuvo nada que ver con la primera menarquía, inicio de relaciones sexuales o alguna adicción. Se concluyó que los factores de riesgo para una cesárea es ser cesareadas anterior y una mala atención médica.<sup>8</sup>



## **A nivel nacional podemos encontrar los siguientes antecedentes:**

**Bustamante J. y col (2014).** En su investigación titulada “Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010- 2011”- Perú. Se dio como resultado que la edad materna más frecuente estuvo entre 20 y 30 años (57.6%) la incidencia de cesáreas fue de de 33.6% donde el 13.9% fue por SFA, pre eclampsia 12.1%, el 10.6% presentación podálica, macrosomía fetal 10.3%, oligodramnios 9.2%, desproporción cefalopélvica 7.4%, expulsivo prolongado 6.2% y otras indicaciones 31.8%.<sup>9</sup>

**Manzano G. (2011).** En su investigación titulada: “Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2005 - 2009” Lima – Perú. Se dio como resultado 264 cesáreas iterativas además identifico la desproporción céfalo pélvica y aborto como factor de riesgo.<sup>10</sup>

**Laguado N. y col (2011).** En su investigación titulada: “Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea” - Perú. Se dio como edad promedio 20 a 22 años, el factor más encontrado es la cesárea electiva y la evidencia de infección intrauterina (toxoplasmosis) es el factor fetal mas encontrado. <sup>11</sup>

**Santibáñez A. y col. (2010).** En su estudio “Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001- 2008 Lima – Perú. Se dio como resultado se encontró que durante el periodo de estudio el promedio fue de 36,9%, en la mayoría de los hospitales se registró un aumento significativo de la tasa de cesáreas mensuales entre los años 2004 y 2005. Se concluyó que la tasa de cesáreas mensuales de los hospitales de la DISA supera largamente el limite recomendado por la organización mundial de la salud y durante los años de estudio ha mantenido una tendencia significativa creciente. <sup>12</sup>

**Cam G. y col. (2005).** En su investigación titulada “Estudios descriptivos de las cesáreas en el Hospital Materno Infantil – Canto Grande” Lima – Perú. Se dio como resultado: en el año 2003 hubo 4072 partos, 429 fueron por cesárea dando una tasa de 10,5%. ; En el grupo etario de 20 a 35 años se practicó 60% de total y

en adolescentes menores de 20 años el 29,8%. De estado civil conviviente fue el 82,5% y solo 6,7% era casada. Las principales indicaciones de la cesárea fueron: cesárea anterior 15,4%, presentación podálica 13,5%, estrechez pélvica 12,6%, macrosomía fetal 11,9% y sufrimiento agudo fetal 10,5%. Concluyendo que la tasa de cesárea es la que corresponde a un hospital de primer nivel donde no se practica cirugía obstétrica en gestantes de riesgo alto y son derivados a otros hospitales de mayor nivel y en cuanto a las indicaciones difieren muy poco a las de otros hospitales. <sup>13</sup>

## **2.2 Base teórica**

### **DEFINICION:**

La operación cesárea es el procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de obtener el nacimiento de un feto, usualmente vivo, a través de una incisión en el hipogastrio que permita acceder al útero. <sup>26</sup>

### **2.2.1 Historia de la Cesárea**

Vamos a realizar un breve repaso por la historia, orígenes y como fue evolucionando la cesárea. La cesárea es un proceso quirúrgico que se viene dando desde la antigüedad. Al parecer ya se realizaba en el año 715 a. C. según los investigadores históricos.

Entonces, una ley romana dictada por Numa Pompilio, la “lex cesárea”, daba a conocer su uso como una manera de sacar al bebé del vientre materno cuando esta acababa de morir, para así poder enterarlos por separado y, en raras ocasiones, para salvar la vida del bebé.

También cuenta la leyenda que Julio César nació mediante este proceso quirúrgico en el año 100 a. C., y de ahí provendría el nombre, aunque es más probable que derive realmente de la ley anterior o el termino podría derivar del verbo latino caedere, “cortar, efectuar una fisura”.

La primera de estas operaciones en las que se sabe que sobrevivieron tanto la madre como el bebé ocurrió en Suiza en el año 1500. Se cree que Jacob Nufer, un castrador de cerdos, le realizó este proceso quirúrgico a su esposa tras una prolongada labor. Al parecer la mujer tuvo cinco partos más de manera espontánea.<sup>11</sup>

Trautman (Alemania) lo empleó en 1610, en este caso sobrevivió la madre; pero, estos fueron casos raros. La mayoría de las veces, este procedimiento tenía una alta mortalidad; en los siglos XVII y XVIII se escucharon de otros casos, pero aun así esta operación siguió perdiendo crédito por su alta mortalidad.

Existen algunos antecedentes que a fines de 1700 y comienzo de 1800 se realizaba la cesárea en partos dificultosos con el objetivo de salvar la vida de la madre y el hijo; pero, el éxito de estas operaciones eran muy escasas<sup>15</sup>.

En 1751 se halló una documentación en la cual decía que la cesárea debía realizarse en mujeres cuyo parto vaginal era imposible.

En la segunda mitad del siglo XIX en Gran Bretaña e Irlanda la mortalidad era del 85%(1865). A pesar que con el tiempo la operación fue teniendo refinamientos, hasta el siglo XX la tasa de muerte materna era de 75%; pero, en 1882, Max Säger escribió un tratado, en el cual describía el empleo de sutura uterina casi igual a como se hace hoy en día, y propuso la operación que se conoce como “Cesárea Clásica”.

Fue así que esta intervención fue mejorando gradualmente y así se hicieron las primeras cesáreas en las cuales la vida de la madre y el hijo quedaban asegurados; algunas de las medidas claves para la reducción de mortalidad fueron:

- Acogida de los principios de asepsia.
- La introducción de la sutura uterina por Max Säger en 1882.
- Avances en la anestesia.
- Transfusión de sangre.
- Antibióticos.

En 1906, Frank describió la cesárea del segmento inferior, penetrando el útero por vía extra peritoneal. Y en 1908, Latzko desarrollo otra técnica de acceso y posteriormente otros autores van introduciendo variaciones y mejorando la técnica, así como nuevas incisiones, etc.<sup>14</sup>

### **2.2.2 Definición: Incidencia**

La incidencia es el número de casos nuevos en una población determinada y en un periodo determinado<sup>15</sup>.

De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud familiar 2015, en los últimos cinco años el número de partos por cesárea aumentó en 9.9%, especialmente en las zonas urbanas y entre mujeres del quintil superior y con mayor nivel de educación.<sup>26</sup>

### **2.2.3 Tipos de incisión uterina para cesárea:**

La cesárea es un procedimiento quirúrgico el cual tienen como objetivo extraer al feto vivo o muerto a través de una laparotomía.<sup>16</sup>

→ **Corporal o clásica.** Es cuando se practica una incisión vertical sobre la cara anterior del cuerpo uterino cerca del fondo. En la actualidad es una técnica poco utilizada por los inconvenientes técnicos que representa y por el peligro de que ocurra ruptura uterina en un futuro embarazo. Algunas de sus indicaciones actuales son las siguientes.

1. Cáncer invasivo de cuello uterino.
2. Presencia de anillo de retracción.
3. Cesárea postmortem, por la rapidez con que se requiere efectuar el procedimiento.
4. Imposibilidad de abordar el segmento por adherencias, tumores, etc.
5. Placenta previa de localización anterior.

6. Algunos casos de situación transversa.
7. Várices extensas del segmento uterino anterior.
8. Vaciamiento uterino en el segundo trimestre.

→ **Segmentaria longitudinal de Krönig.** Es cuando se practica una incisión longitudinal a nivel del segmento inferior del útero. La ventaja de esta intervención es que se puede agrandar la herida hacia la parte superior del segmento, pero también hay el peligro de que se pueda prolongar la herida hacia abajo y hacer difícil la sutura. Las indicaciones son las mismas que para la técnica corporal o clásica.

→ **Segmentaria transversal de Kerr.** Es cuando se practica una incisión transversal semilunar a nivel del segmento uterino inferior. En la actualidad es la técnica de elección por las ventajas que se enumeran a continuación.

1. Se practica en la parte más delgada del útero y, por tanto, es más fácil de cortar y de reparar.
2. La disociación de las fibras uterinas es fácil de realizar en esa zona por haber una menor masa muscular.
3. El sangrado intra operatorio es menor.
4. El peritoneo de la zona es laxo y se disecciona fácilmente.
5. Hay menos frecuencia de adherencias postquirúrgicas.
6. La cicatriz uterina tiene menos riesgos de sufrir una dehiscencia en embarazos futuros porque la dinámica uterina es menos intensa a nivel del segmento.<sup>17, 18</sup>

#### **2.2.4 Factores Asociados:**

- **Indicación de cesárea:** Estas pueden ser maternas, fetales y mixtas:

##### **Maternas:**

- Distocia de partes blandas.- malformaciones congénitas, tumores de cuerpo, cérvix, cirugía previa del segmento, cérvix, vagina y vulva.
- Distocia de partes óseas.- estrechez pélvica, tumores óseos de pelvis y pelvis deformada.

- Distocia de la contracción.- hay presencia de hemorragia (desprendimiento de placenta) y patologías maternas como cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes.
- Cesárea anterior.- haber tenido en el embarazo anterior una cesárea.

#### **Fetales:**

- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal.
- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto como: hidrocefalia, onfalocele, gastroquisis, hidrocefalia, siameses, entre otros.

#### **Mixtas:**

- Pre eclampsia: Se presenta cuando una mujer en embarazo desarrolla hipertensión arterial y proteína en la orina después de la semana 20 (finales del segundo trimestre o tercer trimestre) de gestación.<sup>19</sup>
- Eclampsia: Es la presencia de crisis epilépticas (convulsiones) en una mujer embarazada. Estas convulsiones no tienen relación con una afección cerebral preexistente.<sup>20</sup>
- Síndrome de desproporción cefalopélvica: una desproporción entre la cabeza del bebé y la pelvis de la madre. Las auténticas DCP prácticamente no existen y son debidas a malformaciones de la pelvis o a accidentes que han provocado dicha malformación.<sup>21</sup>

- **Complicaciones:** Entre las complicaciones de la cesárea encontramos:

- Dolor postoperatorio que dura semanas o meses que dificulta el cuidado de la madre hacía el recién nacido y otros hijos si los hubiera; lo cual necesita medicación para aliviar el dolor.
- Complicaciones anestésicas especialmente de la epidural que se usa generalmente en las intervenciones esta técnica alivia el dolor del parto,

pero existen complicaciones maternas mínimas como son la hipotensión, paro cardio respiratorio, alergia, cefalea, pirexia materna, meningitis, taquicardia, bradicardia, arritmia y fetales como traumatismo bronco aspiración y depresión respiratoria.

- Complicaciones quirúrgicas destacan las lesiones de tracto urinario que son más frecuentes en cesareadas anteriores, lesiones intestinales que se asocian a la existencia de laparotomía previa, histerectomía, drenaje y las lesiones nerviosas aunque son poco frecuentes.
- Complicaciones infecciosas son las más comunes y la causa principal de la mortalidad materna entre las que destacan la endometritis (su frecuencia oscila entre 15 a un 20% causado por el estreptococo anaerobios y grupo B, E- coli se usa antibióticos para contrarrestar este mal como son la cefoxitina, cefotetan, ampicilina) seguida de las infecciones urinarias y de la herida quirúrgica e incluso sepsis.
- Riesgo de hemorragia lo que produce cambios hemodinámicas que desencadena presencia de síntomas: debilidad, vértigo, síncope y /o signos: hipotensión, taquicardia u oliguria. Estos datos están presentes cuando la paciente ha perdido una cantidad importante de sangre.<sup>22</sup>

### 2.2.5 Beneficios de la Cesárea

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

Otro potencial beneficio materno es evitar la cesárea de urgencia que aumenta la morbilidad, mejorando el vínculo entre madre e hijo.<sup>25</sup>

- **Beneficios para el feto:** Algunos resultados adversos neonatales podrían evitarse si se programaran las cesáreas a las 39 semanas de gestación. La

tasa de muerte ante parto o intraparto desde la semana 39 es de 2 en 1000. Algunas de estas muertes podrían prevenirse al programar una cesárea.

Hay una mayor transmisión de enfermedades como el HIV, la hepatitis B, la hepatitis C y el HPV en el parto vaginal. Hay estudios que muestran que la falta de progresión en el trabajo de parto tiene una mayor incidencia de injuria cerebral en el feto. La parálisis cerebral también puede asociarse con eventos intraparto desfavorables. Sin embargo, el porcentaje atribuible a esto es muy bajo.

La tasa de complicaciones fetales como, las fracturas y la alteración de nervios se reduce con la cesárea. Sin embargo, salvo en los casos de alto riesgo como los fetos macrosómicos de madres con o sin diabetes, esta complicación es muy rara. Se deberían hacer más de 400 cesáreas para prevenir un solo caso de injuria permanente del plexo braquial.

Otra ventaja de la cesárea programada es la mejor utilización del recurso humano evitando el cansancio y los errores ocasionados por el mismo. Sin embargo, si se realizan los controles de rutina como ser el monitoreo intraparto, el análisis del HIV ante parto, etc. la mayoría de los eventos desfavorables podrían evitarse sin tener que recurrir a una cesárea programada<sup>25</sup>.

### 2.3 Terminología Básica

- **Cesárea:** La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina<sup>23</sup>
- **Epidemiología:** Es la encargada de ver los procesos salud y enfermedad de una población en específico, además trata de ver o conocer las características de los afectados por alguna enfermedad.<sup>24</sup>
- **Cesárea Primera:** Es la que se realiza por primera vez.<sup>14</sup>



- **Cesárea Iterativa:** Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.<sup>14</sup>
- **Cesárea Previa:** es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.<sup>14</sup>
- **Cesárea Urgente:** Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.<sup>14</sup>
- **Cesárea Electiva:** Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.<sup>14</sup>

## 2.4 Hipótesis

El presente estudio no requiere hipótesis por ser un estudio descriptivo

## 2.5 Variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
<b>CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS</b>	<b>Mixta Dependiente</b>	Edad	Años cumplidos	De razón o proporción	1. 15-19 años 2. 20-24 años 3. 25-29 años 4. 30-34 años
		Paridad	Fórmula Obstétrica	Ordinal	1. Prími para 2. Segundigesta 3. Multípara 4. Gran Multípara
		Estado civil	Estado unión conyugal	Nominal	1. Soltera 2. Conviviente 3. Casada 4. Viuda
		Grado de instrucción	Nivel de escolaridad alcanzado	Ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnico 4. Superior
		Ocupación	Trabajo que realiza	Nominal	1. Independiente 2. Dependiente 3. Estudiante
		Procedencia	Lugar donde nació	Nominal	1. Costa 2. Sierra 3. Selva 4. Extranjero

		Estancia hospitalaria	Cantidad de horas de internamiento	De razón o proporción	1.48 horas 2.72 horas 3.+ de 72 horas
<b>FACTORES ASOCIADOS</b>	<b>Dependiente Cualitativa</b>	Indicación de la cesárea	Diagnósticos causal de la cesárea	Nominal	1.Materna 2.Fetal 3.Mixta
		Complicaciones	Anestésicos	Nominal	1.Hipotensión 2.Alérgia 3.Parocardio respiratorio
			Infecciones	Nominal	1. Herida Operatoria 2.Endometritis 3.Sepsis
			Quirúrgicos	Nominal	1.Laparotomía 2.Drenaje 3.Histerectomía
			Hemorrágicas	Nominal	1.Si 2.No
<b>INCIDENCIA</b>	<b>Interviniente Cuantitativa</b>	Porcentaje de cesáreas	Tasa de incidencia de cesárea	De razón o proporción	# de cesárea por cada 100 partos

## CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO

### 3.1 Tipo y nivel de Investigación

No experimental, observacional, mixto, retrospectivo de corte transversal.

### 3.2 Población y muestra

#### 3.2.1 Población

La población está constituida por 650 historias clínicas de mujeres que fueron sometidas a una cesárea en el Servicio de Ginecología-Obstetricia en el Materno Infantil José Carlos Mariátegui entre los meses de agosto 2016 a julio 2017.

#### 3.2.2 Muestra

Para la muestra usamos fue por el muestreo probabilístico está constituida por 122 historias clínicas de gestantes cesareadas del Materno Infantil José Carlos Mariátegui entre los meses de agosto 2016 a julio 2017. Para el cálculo de la muestra se uso la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{E^2 (N - 1) + Z^2 P Q}$$

Donde “n” es el tamaño de la muestra, “Z” es la desviación normal cuyo valor (1.96) corresponde al grado de confianza establecido (95%), “P” la proporción de unidades que posee el atributo de interés (11% del total de la población), “Q” corresponde a 1 – P, “E” es el error o precisión de la estimación (0.05) y “N” es el tamaño de la población. Reemplazando los datos en la formula obtenemos:

$$n = Z^2 P Q N / E^2 (N - 1) + Z^2 P Q$$

$$n = (1.96)^2 \times 0.11 \times 0.89 \times 650 / (0.05)^2 \times 649 + (1.96)^2 \times 0.11 \times 0.89$$

$$n = 3.8416 \times 63.635 / 0.0025 \times 649 + 3.8416 \times 0.0979$$

$$n = 244.460216 / 1.6225 + 0.37609264$$

$$n = 244.46021 / 1.99859264$$

$$n = 122.31$$

### 3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### 3.3.1 Técnica

La técnica que se utilizó fue la encuesta con la revisión documentaria de historias clínicas.

#### 3.3.2 Instrumento

El instrumento que usamos fue un cuestionario de recolección de datos previamente elaborado por los investigadores y validado por expertos que estaba dividido en, dos partes:

- Primera Parte:

- Características epidemiológicas (con 7 ítems)

- a) Edad

- e) Ocupación

- b) Paridad

- f) Procedencia

- c) Estado civil

- g) Estancia Hospitalaria

- d) Grado de instrucción

- Segunda Parte:

- Factores asociados:

- a) Indicación de cesárea (con 3 ítems)

\*Maternas: Distocia de partes blandas, Distocia de partes óseas, Distocia de la contracción, Cesárea anterior

\*Fetales: Alteraciones de la situación, presentación, actitud fetal.  
Macrosomía fetal, Sufrimiento fetal, Malformaciones.

\*Mixtas: Pre eclampsia, Eclampsia, Síndrome de desproporción cefalopélvica

b) Complicaciones: (con 4 ítems)

- Anestésico
- Quirúrgicas
- Infecciosas
- Hemorrágicas

### **3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico.**

Para la realización de la investigación se solicitó:

- Se Realizó una carta de autorización en la Escuela Académico Profesional de Obstetricia para solicitar el permiso en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui.
- Se solicitó el permiso al Director del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui Dr. Eduardo Ponce Rodríguez.
- Aprobación de la Jefa de Obstetricia Obsta. Miriam Torrejón para tener acceso a las historias clínicas de las pacientes del estudio.
- Recolección de datos con el instrumento.
- La recolección duro 05 semanas.

El procesamiento de los datos se da revisando las historias clínicas analizando tipo de cesárea, factor de riesgo y complicaciones para luego ser procesados en el programa IBM SPSS, respondiendo a nuestros objetivos.

### **3.5 Aspectos Éticos**

Las historias clínicas recopiladas no revelan la identidad de la paciente por respetar su privacidad.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

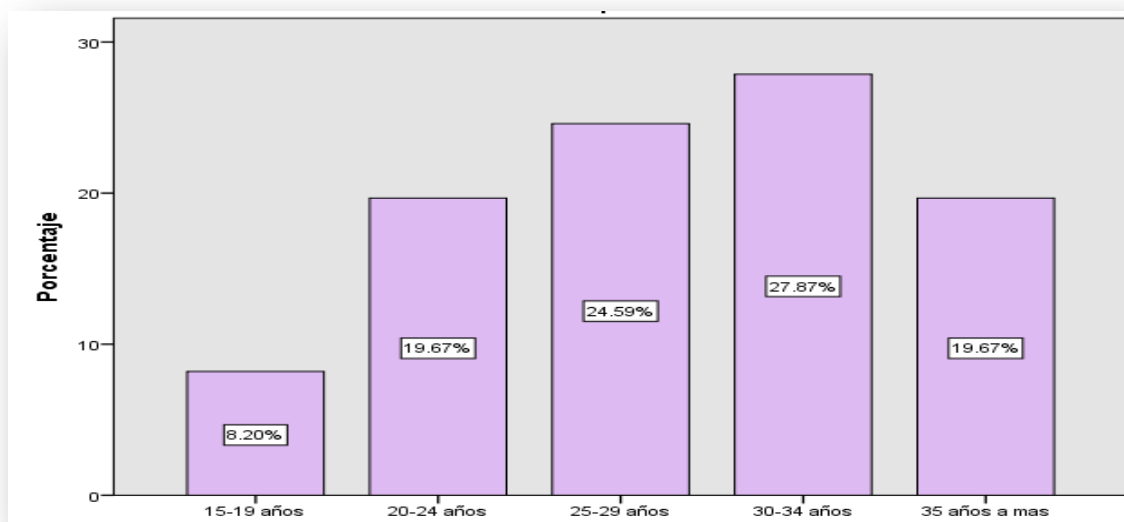
### 4.1. Resultados

#### I. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI DE AGOSTO 2016 a JULIO 2017

Tabla 1: SEGÚN EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
15-19 años	10	8.2	8.2	8.2
20-24 años	24	19.7	19.7	27.9
25-29 años	30	24.6	24.6	52.5
30-34 años	34	27.9	27.9	80.3
35 años a mas	24	19.7	19.7	100.0
Total	122	100.0	100.0	

GRÁFICO 1: SEGÚN EDAD

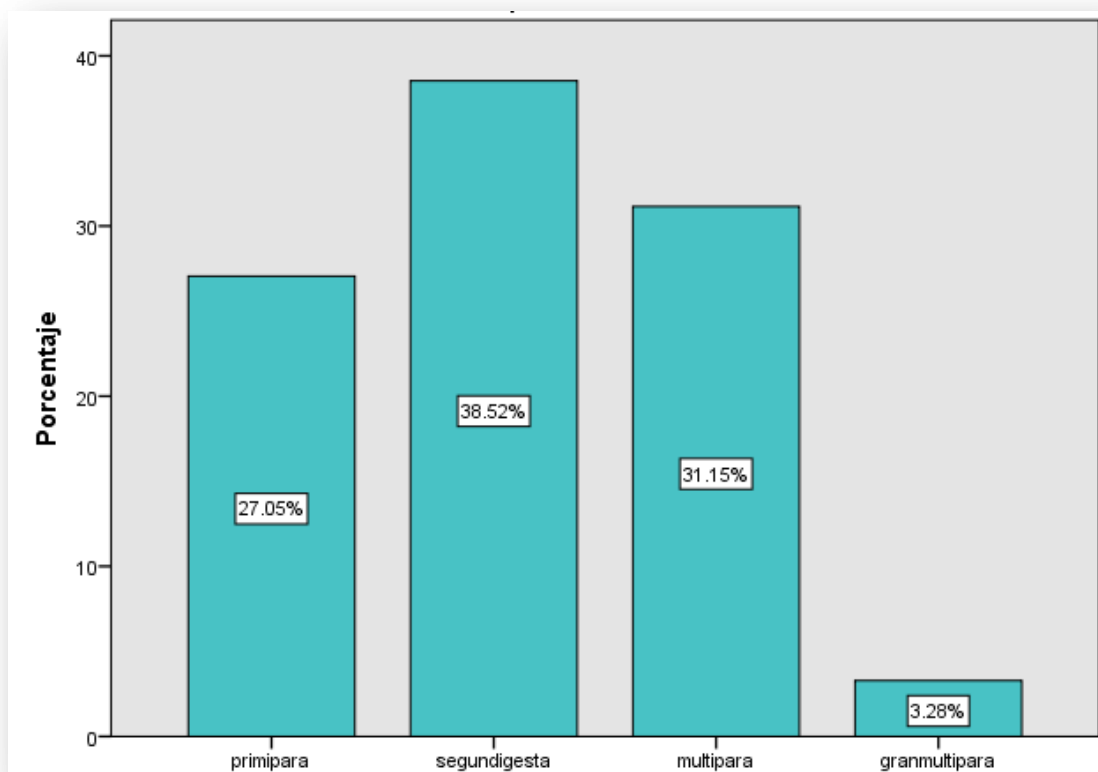


**Interpretación:** Según los resultados obtenidos podemos observar que el 27.87 % de pacientes poseen entre 30-34 años y el 8.2% tienen entre 15-19 años.

**TABLA 2: SEGÚN PARIDAD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
primípara	33	27.0	27.0	27.0
segundigesta	47	38.5	38.5	65.6
múltipara	38	31.1	31.1	96.7
gran múltipara	4	3.3	3.3	100.0
<b>Total</b>	122	100.0	100.0	

**GRÁFICO 2: SEGÚN PARIDAD**



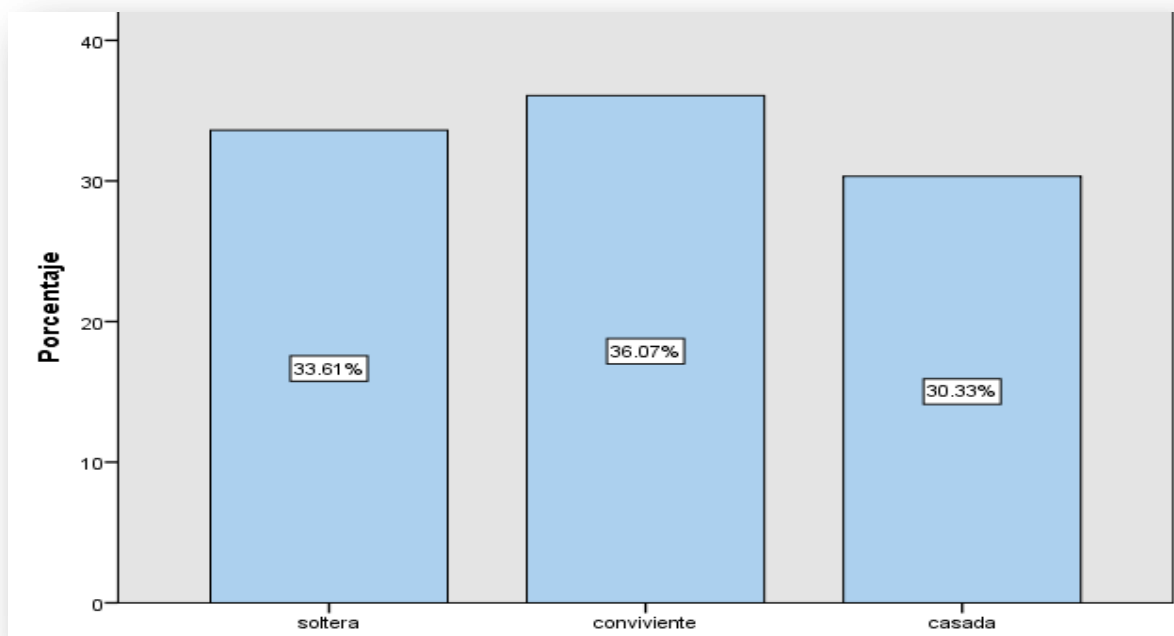
**Interpretación:** Según los resultados obtenidos podemos observar que el 38.52 % de pacientes son segundigesta y el 3.28% son gran múltipara.



**TABLA 3: SEGÚN ESTADO CIVIL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>soltera</b>	41	33.6	33.6	33.6
<b>conviviente</b>	44	36.1	36.1	69.7
<b>casada</b>	37	30.3	30.3	100.0
<b>Total</b>	122	100.0	100.0	

**GRÁFICO 3: ESTADO CIVIL**

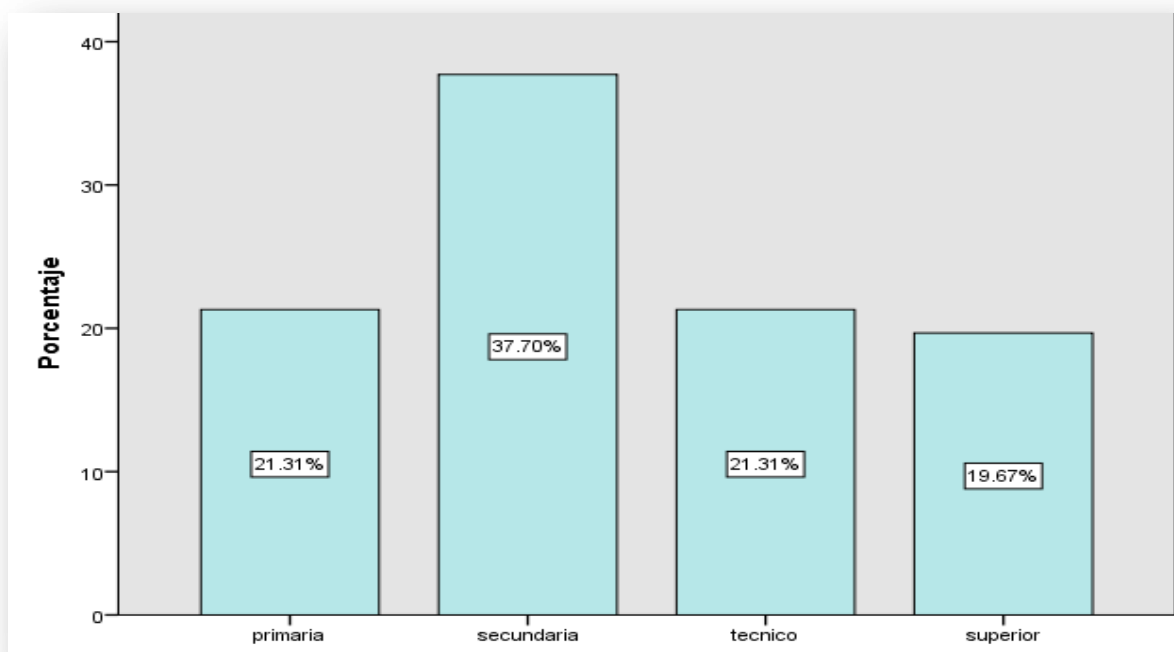


**Interpretación:** Según los resultados obtenidos podemos observar que el 36.07 % de pacientes son conviviente y el 30.33% son casadas

**TABLA 4: SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
primaria	26	21.3	21.3	21.3
secundaria	46	37.7	37.7	59.0
técnico	26	21.3	21.3	80.3
superior	24	19.7	19.7	100.0
Total	122	100.0	100.0	

**GRÁFICO 4: SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

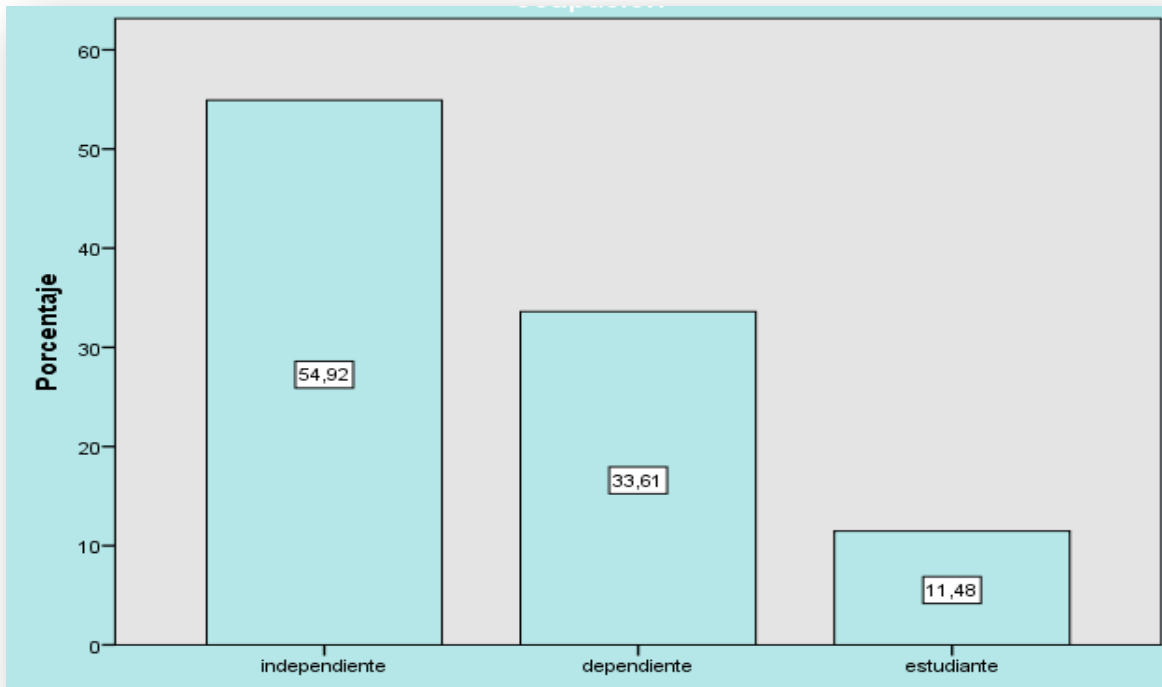


**Interpretación:** Según los resultados obtenidos podemos observar que el 37.7 % de pacientes poseen secundaria y el 19.67% poseen estudios superiores.

**TABLA 5: SEGÚN OCUPACIÓN**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
independiente	67	54,9	54,9	54,9
dependiente	41	33,6	33,6	88,5
estudiante	14	11,5	11,5	100,0
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**GRÁFICO 5: SEGÚN OCUPACIÓN**

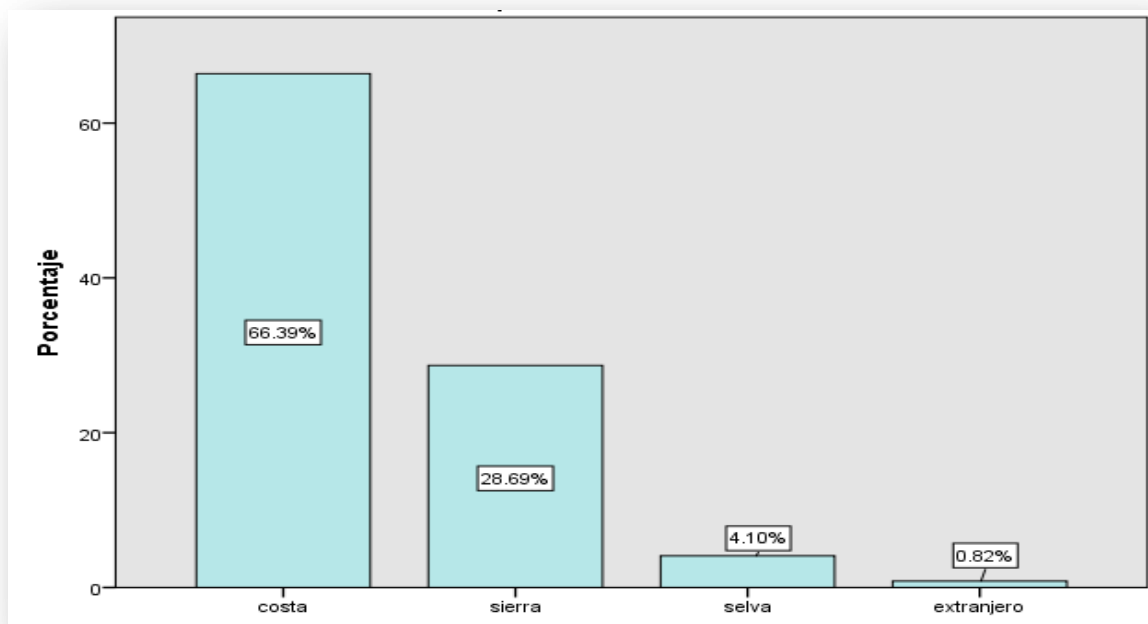


**Interpretación:** Según los resultados obtenidos podemos observar que el 54.9% es independiente y solo el 11.48% es estudiante.

**TABLA 6: SEGÚN PROCEDENCIA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
costa	81	66.4	66.4	66.4
sierra	35	28.7	28.7	95.1
selva	5	4.1	4.1	99.2
extranjero	1	.8	.8	100.0
Total	122	100.0	100.0	

**GRÁFICO 6: SEGÚN PROCEDENCIA**

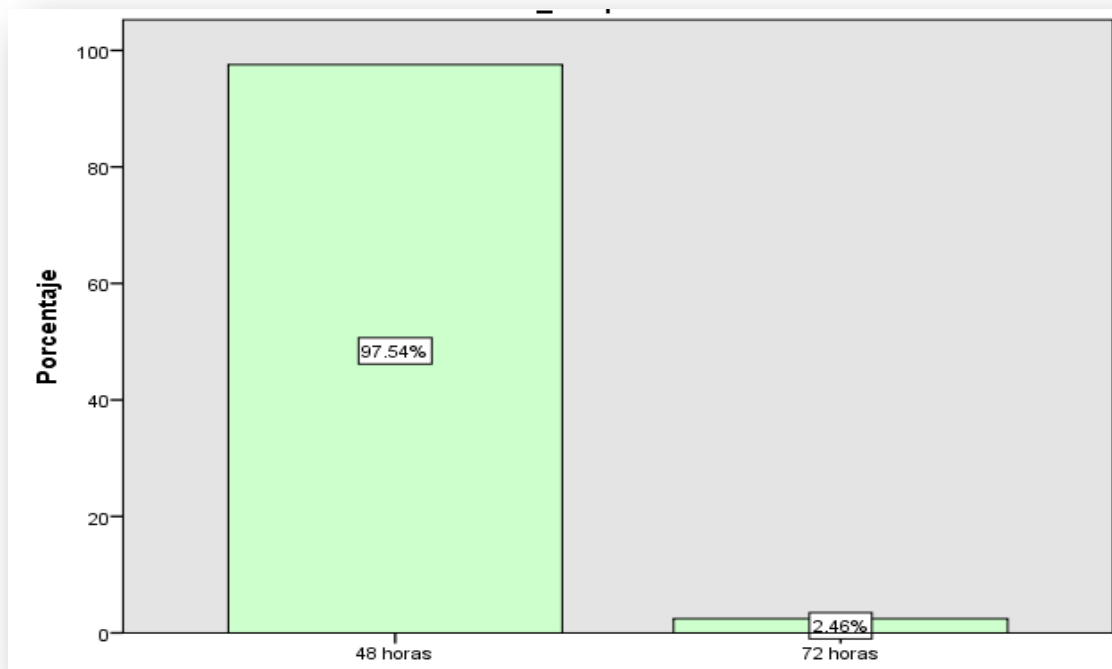


**Interpretación:** Según los resultados obtenidos en procedencia tenemos que un 66.39% de pacientes son de la zona costa y el 0.82% del extranjero

**TABLA 7: SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>48 horas</b>	119	97.5	97.5	97.5
<b>72 horas</b>	3	2.5	2.5	100.0
<b>Total</b>	122	100.0	100.0	

**GRÁFICO 7: SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA**



**Interpretación:** Según los resultados obtenidos en la estancia hospitalaria el 97.54% de pacientes se quedo 48 horas en el CMI-JCM y el 2.46% se quedo 72 horas por alguna complicación con el recién nacido.

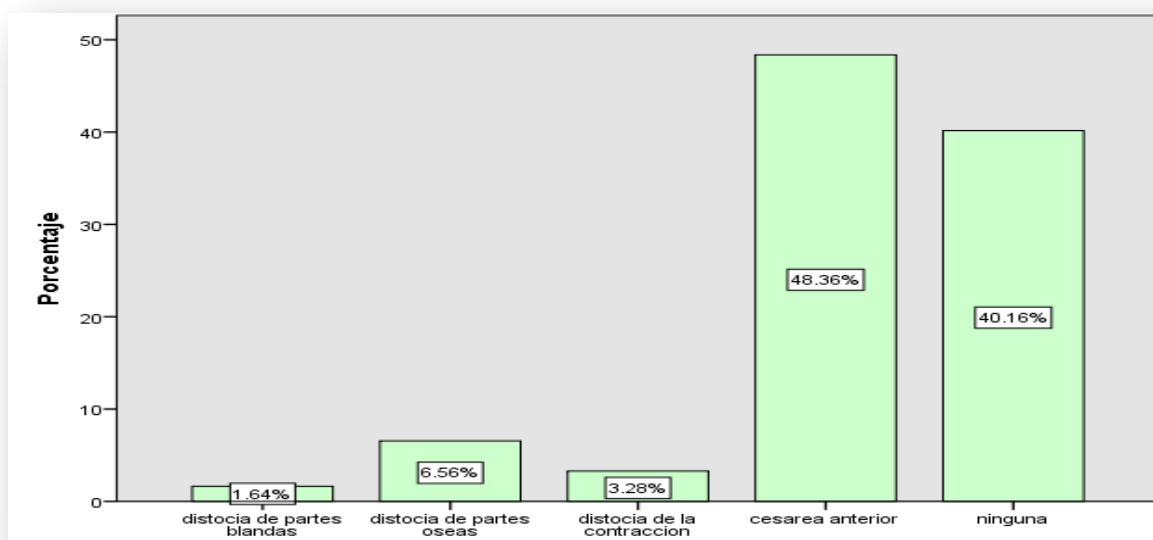
**II. FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL  
 JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI DE AGOSTO 2016 - JULIO 2017**

**A) INDICACIÓN DE CESÁREA**

**TABLA 8 SEGÚN INDICACIÓN MATERNA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
distocia de partes blandas	2	1.6	1.6	1.6
distocia de partes óseas	8	6.6	6.6	8.2
distocia de la contracción	4	3.3	3.3	11.5
cesárea anterior	59	48.4	48.4	59.8
ninguna	49	40.2	40.2	100.0
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

**GRÁFICO 8: SEGÚN INDICACIÓN MATERNA**

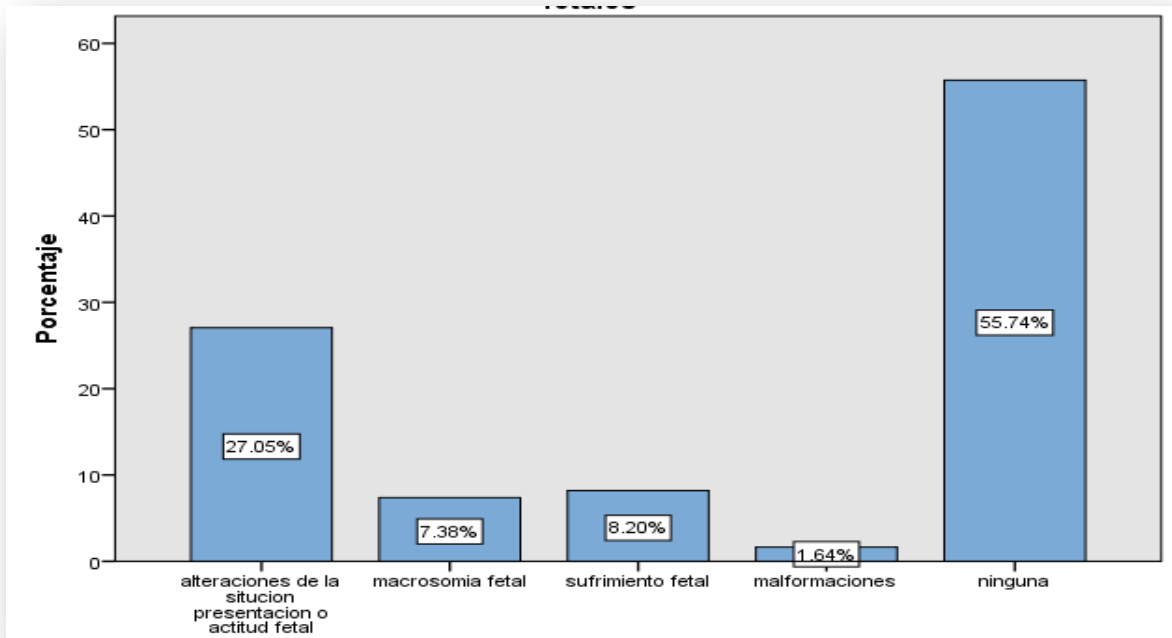


**Interpretación:** Según los resultados obtenidos de las indicaciones maternas tenemos que el 48.36 % de pacientes fueron cesareadas anteriormente y un 1.64% tenían distocias en las partes blandas

**TABLA 9 SEGÚN INDICACIÓN FETAL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>alteraciones de la situación presentación o actitud fetal</b>	33	27.0	27.0	27.0
<b>macrosoμία fetal</b>	9	7.4	7.4	34.4
<b>sufrimiento fetal</b>	10	8.2	8.2	42.6
<b>malformaciones</b>	2	1.6	1.6	44.3
<b>ninguna</b>	68	55.7	55.7	100.0
<b>Total</b>	122	100.0	100.0	

**GRÁFICO 9: SEGÚN INDICACIÓN FETAL**

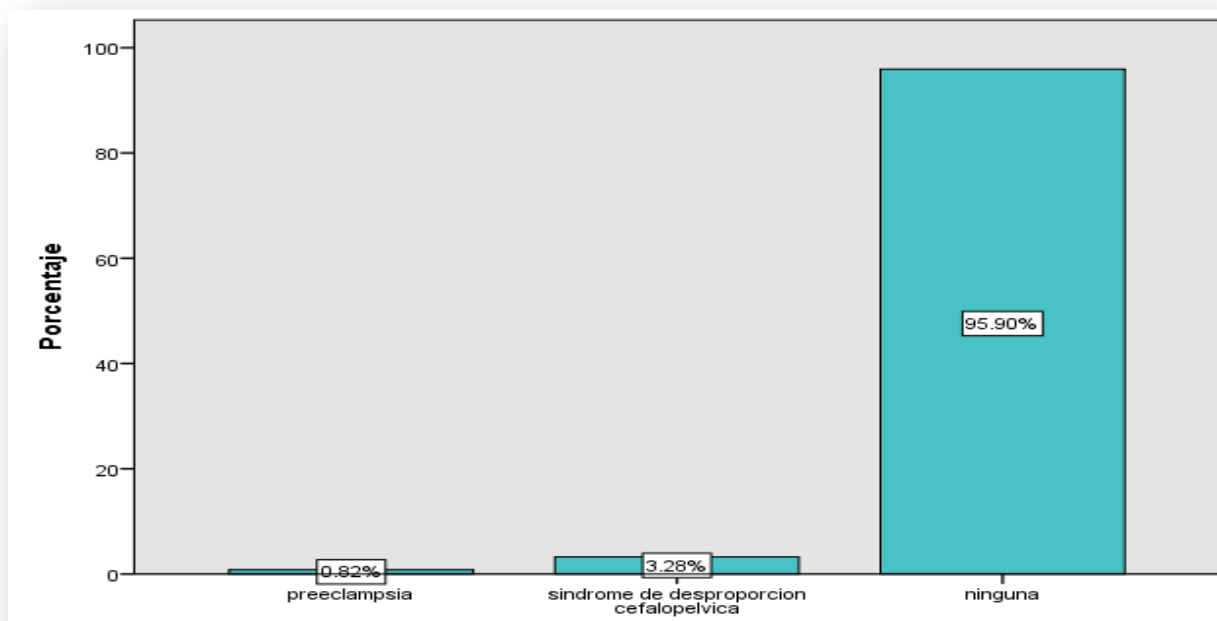


**Interpretación:** Según los resultados obtenidos de las indicaciones fetales tenemos que el 55.74 % no poseen ninguna indicación fetal para la cesárea y el 1.64% tuvo alguna malformación.

**TABLA 10: SEGÚN INDICACIONES MIXTAS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pre eclampsia	1	.8	.8	.8
síndrome de desproporción cefalopélvica	4	3.3	3.3	4.1
ninguna	117	95.9	95.9	100.0
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

**GRÁFICO 10: SEGÚN INDICACIONES MIXTAS**



**Interpretación:** Según los resultados obtenidos de las indicaciones mixtas tenemos que el 95.9 % no tuvo una indicación mixta necesaria para la realización de una cesárea y solo al 0.82% se le realizó la cesárea por presentar pre eclampsia.

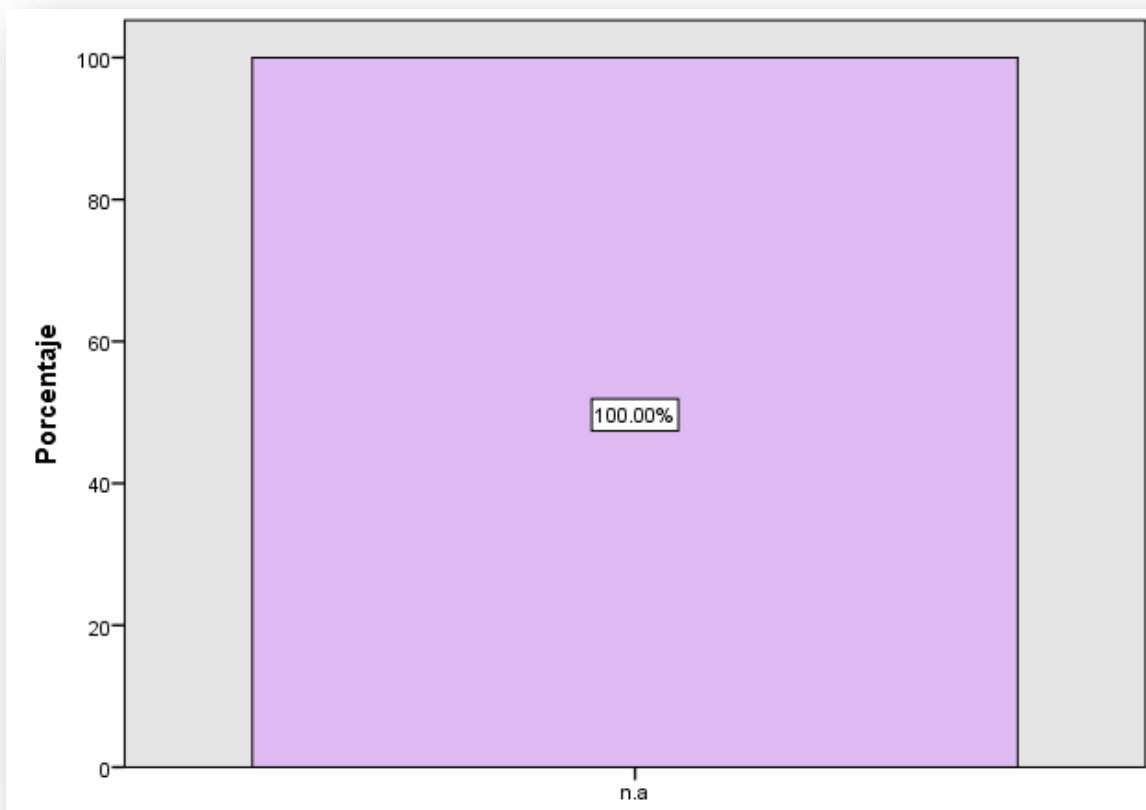


**B) COMPLICACIONES:**

**TABLA 11: SEGÚN COMPLICACIONES ANESTÉSICAS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
N.A	122	100.0	100.0	100.0

**Gráfico 11: SEGÚN COMPLICACIONES ANESTÉSICAS**

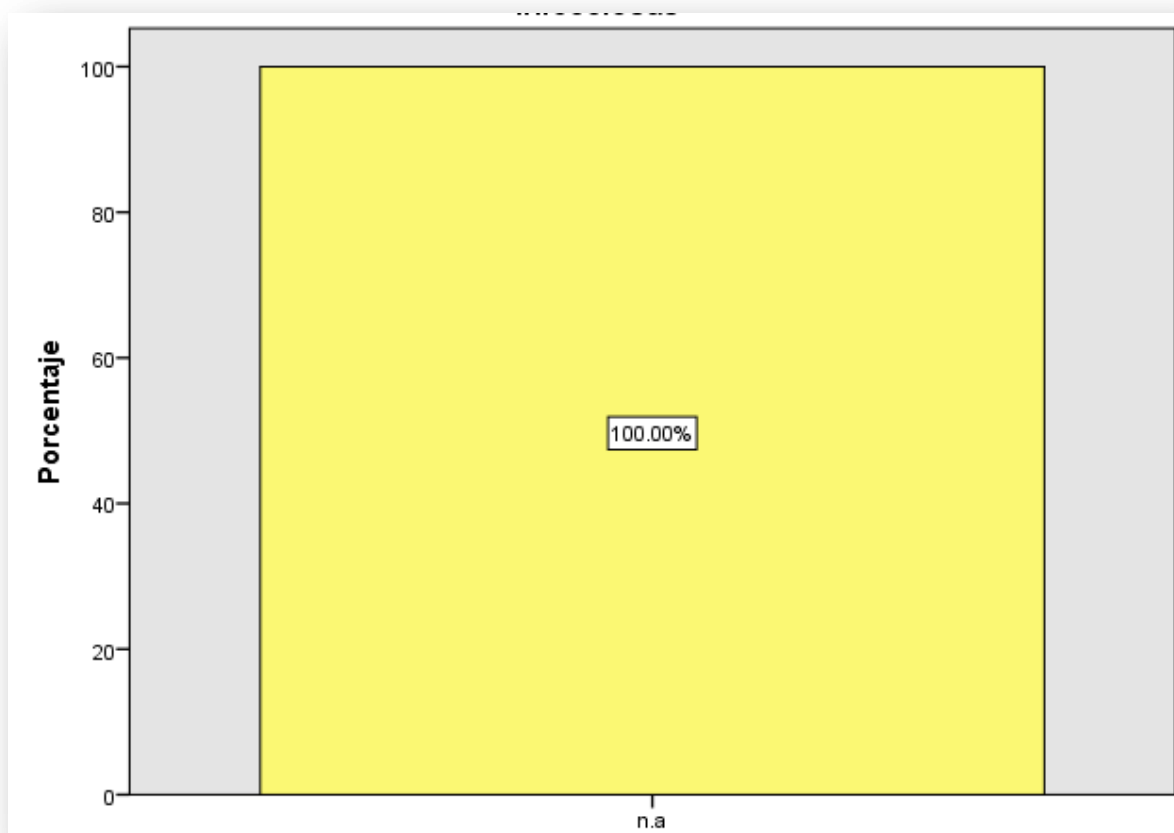


**Interpretación:** Según los resultados obtenidos de las complicaciones anestésicas el 100% no tuvo ninguna de ellas.

**TABLA 12: SEGÚN COMPLICACIONES INFECCIOSAS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
N.A	122	100.0	100.0	100.0

**GRÁFICO 12: SEGÚN COMPLICACIONES INFECCIOSAS**

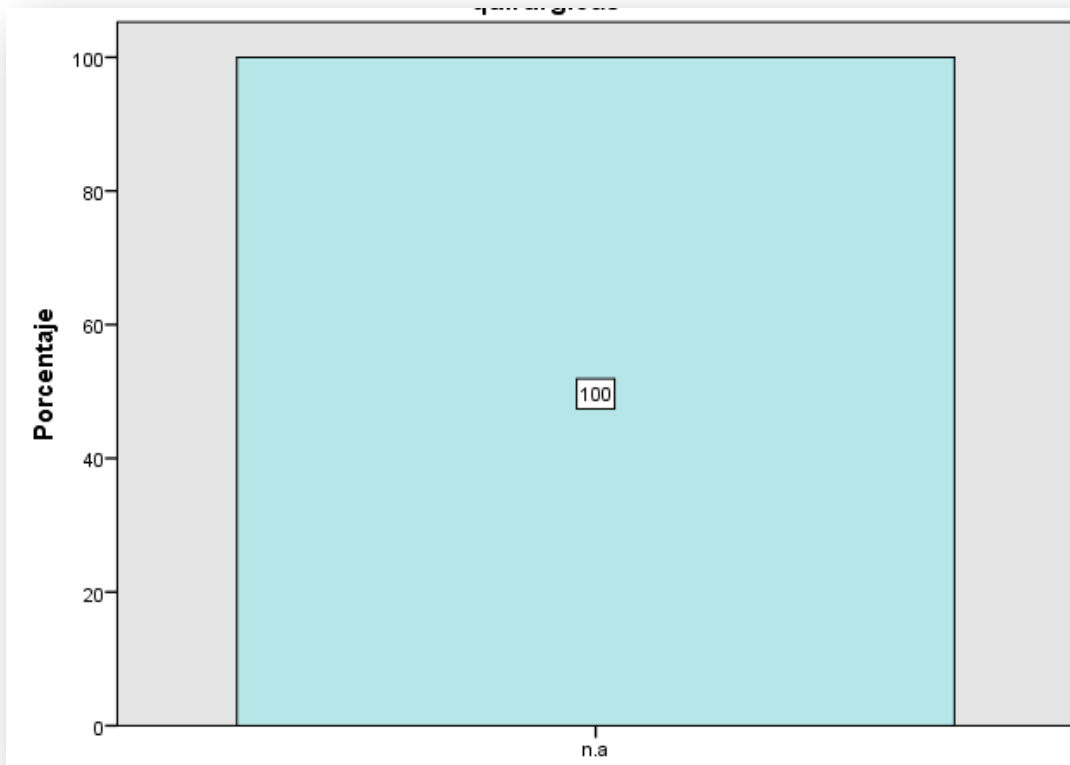


**Interpretación:** Según los resultados obtenidos de las complicaciones infecciosas el 100% no tuvo ninguna de ellas.

**TABLA 13: SEGÚN COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
N.A	122	100,0	100,0	100,0

**GRÁFICO 13: SEGÚN COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS**

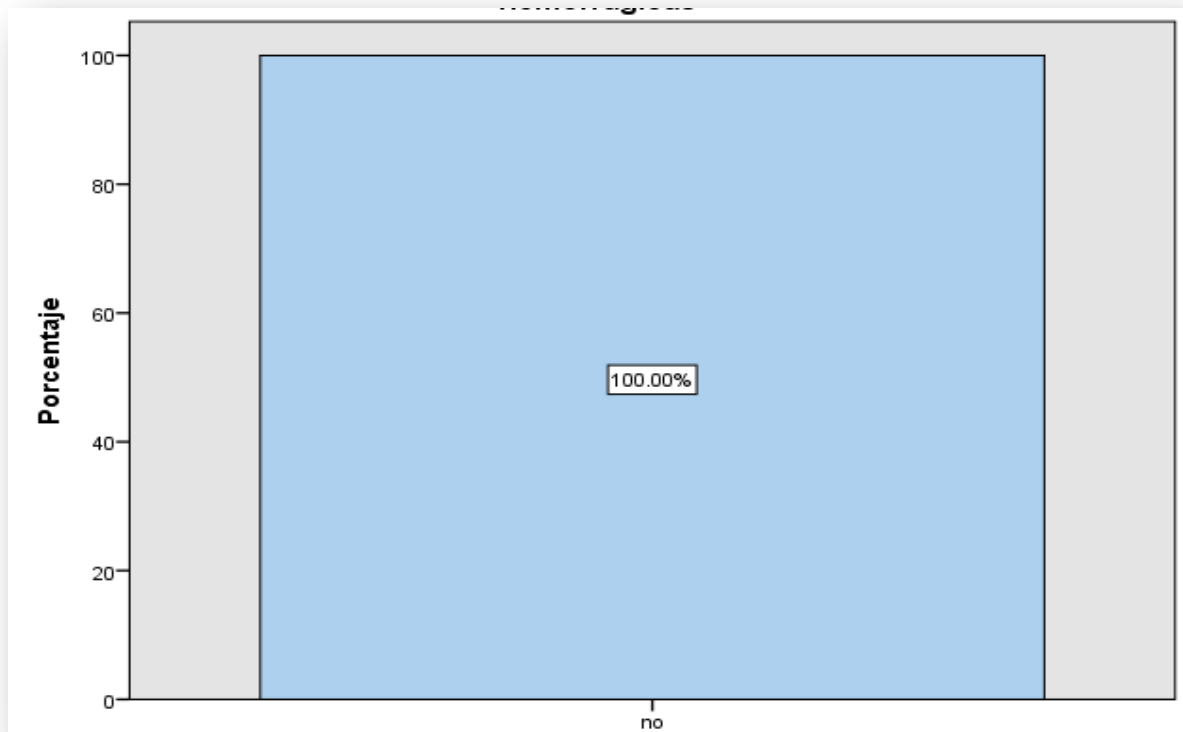


**Interpretación:** Según los resultados obtenidos de las complicaciones quirúrgicas el 100% no tuvo ninguna de ellas.

**TABLA 14: SEGÚN COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>NO</b>	122	100.0	100.0	100.0

**GRÁFICO 14: SEGÚN COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS**



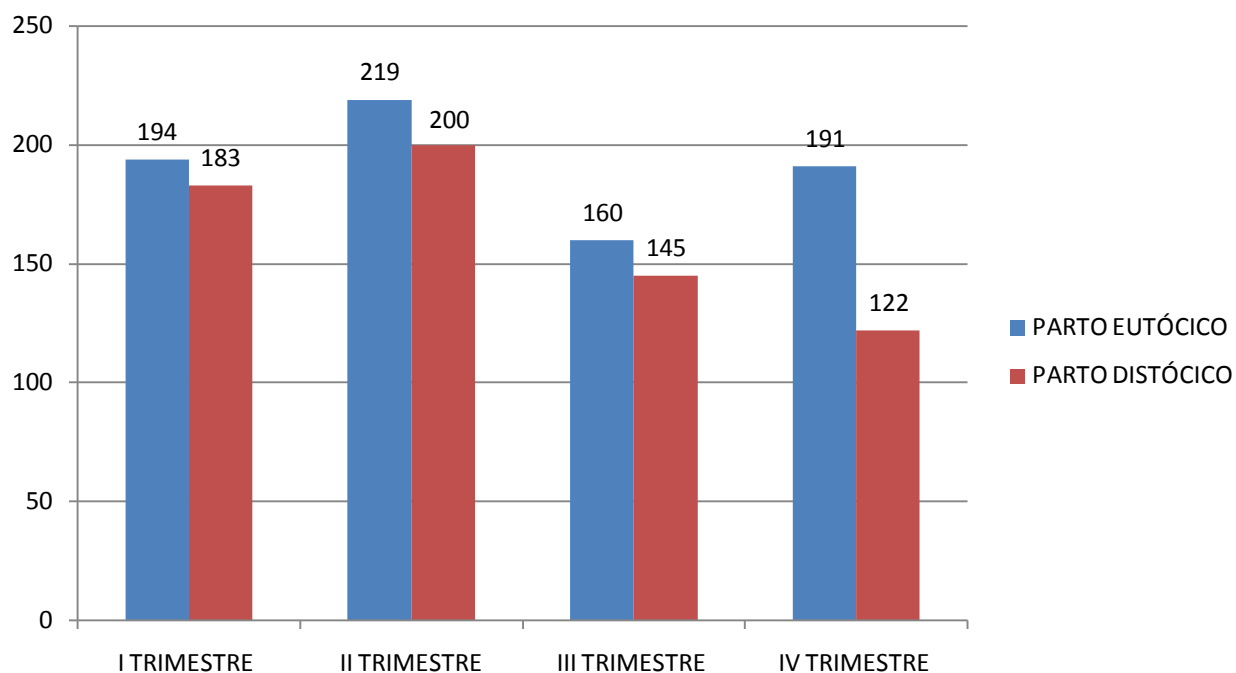
**Interpretación:** Según los resultados obtenidos de las complicaciones hemorrágicas el 100% no tuvo.

**III. INCIDENCIA DE LA CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI DE AGOSTO 2016 - JULIO 2017**

**TABLA 15: SEGÚN SU INCIDENCIA**

	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	
<b>■ PARTO EUTÓCICO</b>	194	219	160	191	<b>764</b>
<b>■ PARTO DISTÓCICO</b>	183	200	145	122	<b>650</b>
<b>TOTAL</b>	<b>377</b>	<b>419</b>	<b>305</b>	<b>313</b>	<b>1414</b>

**GRÁFICO 7: SEGÚN SU INCIDENCIA**



**Interpretación:** Según los resultados obtenidos en incidencia se visualiza que el total de partos es de 1414 (eutócicos y distócicos) lo cual el 45.97% equivale a partos distócicos y el 54.03% son partos eutócicos.

## 4.2. Discusión:

**En relación a las características epidemiológicas:** De acuerdo a los resultados de este estudio se obtuvo que según la edad el 8.20% de cesáreas tiene entre 15-19 años (Grafico 1) lo que no se asemeja con la investigación de Cam G. y Col (2005) donde el 29.8% de las cesareadas fueron menores de 20 años. Así mismo en la investigación de Bustamante J. y col (2014) se observa que el 57.6% de las cesareadas tienen entre 20-30 años lo cual tiene relación con los resultados obtenidos en nuestra investigación ya que de 20-24 años son el 19.67% y de 25-29 el 24.59%.

Según la paridad se demostró que el 27% de cesareadas fueron primigestas (Grafico 2) estos resultados no se asemejan con la investigación de Estrada C. y col (2012) quien obtuvo un 44.4% en pacientes primigestas, esto puede deberse a que nuestra población de estudio no ameritaba una cesárea en su primer embarazo.

Según el estado civil se obtuvo que el 36.07% son conviviente, el 30.33% son casadas y el 33.61% son solteras (Grafico 3) estos resultados no guardan relación con los encontrados en la investigación de Cam G y col (2005) donde dio como resultado que el 82.5 % son convivientes y solo el 6.7% son casadas, esto puede deberse a las costumbres o creencias diferentes en las poblaciones de estudio.

Según grado de instrucción se obtuvo que el 37.7% estudio secundaria y el 19.67% tiene estudios superiores. Según ocupación se obtuvo que el 54.9% trabaja independientemente y el 11.48% es estudiante. Y según procedencia el 66.39% son de la costa y solo el 0.82% es extranjera (Venezuela), para estos resultados no encontramos trabajos relacionados para ser comparados.

En relación a estancia hospitalaria de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio el 97.54% estuvo en el CMI – JCM 48 hrs (que es lo recomendado

después de una cesárea) mientras que el 2.46% se quedo en el nosocomio 72 horas (por el recién nacido); no se encontró estudios relacionados con esta dimensión.

**En relación con los factores asociados a la cesárea:** De acuerdo a los resultados obtenidos en indicaciones maternas se obtuvo el 48.4% fueron cesareadas anterior (Grafico 7) lo cual se asemeja a la investigación de Medina S. y col (2011) donde obtuvo como resultado el 30.94% fue cesareadas anterior y la investigación de Cam. G. y col (2005) donde señala que su principal indicación es cesárea anterior con un 15.4%.

Según las indicaciones fetales se obtuvo como resultado que el 27% fue por alteraciones de situación, presentación y actitud fetal , el 7.4% por macrosomía fetal , 8.2% fue por sufrimiento fetal (Grafico 8) , lo cual se asemeja con dos investigaciones Medina S. y col (2011) quien obtuvo como resultado que el 21.6% fue por alteraciones de situación, presentación o actitud fetal y Bustamante J. y col (2014) en su investigación tuvo como resultado que el 13.9% fue por sufrimiento fetal y el 10.3% macrosomía fetal.

Según indicaciones mixtas para la cesárea se obtuvo como resultado que el 0.82% fue cesareadas por pre eclampsia (Grafico 9) lo cual no se asemeja con la investigación de Bustamante J. y col (2014) quien tuvo un resultado mayor de 12.1% por pre eclampsia esto puede deberse a la diferencia de población de estudio.

**En relación a las complicaciones:** De acuerdo a los resultados obtenidos en complicaciones anestésicas, infecciosas, quirúrgicas y hemorrágicas el 100% respectivamente no cuenta con ninguna complicación mencionada (Grafico 10-11-12-13-14) por ser un establecimiento de atención en salud de nivel I – 4 (centro de salud con internamiento) donde se realizan cesáreas programadas con pacientes

sin riesgo esto podría tener relevancia a que en los resultados no se asemejen a los estudios encontrados.

**En relación a la incidencia:** De acuerdo a los resultados obtenidos el 45.97 % son partos distócicos en el CMI – JCM ya sea por una indicación materna, fetal o mixta (Gráfica 15), lo cual se asemeja con el estudio de Gálvez E. (2013) en el cual se encontró una incidencia de 42% (18% cesáreas de emergencia y 24% electivas).



## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 Conclusiones.

- Las características epidemiológicas de las gestantes estudiadas comprende una edad que oscila entre los 30 a 34 años, segundigesta, conviviente, con secundaria completa, con trabajo independiente y cuya procedencia es de la región costa, con una estancia hospitalaria de 48 horas.
- En relación a los factores asociados encontramos en indicación de la cesárea lo que predomina es cesárea anterior y en relación a complicaciones no se presentó ninguna complicación en las intervenciones.
- En relación a la incidencia se obtuvo que de un total de 1414 gestantes fueron 650 cesaréadas lo que equivale a un 45.97%.

## 5.2 Recomendaciones.

- Considerando el tipo de perfil epidemiológico de cada gestante ayudará a reforzar signos de alarma y a mejorar la realización de sus controles prenatales en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui para así evitar alguna complicación.
- Todo profesional de salud debe fomentar estilos de vida saludables en la gestante e indicarle que debe tomar las medidas necesarias para su parto, invitándolas a que lleven el Psicoprofilaxis Obstétrica
- Promover desde los consultorios hasta el puerperio un método anticonceptivo adecuado para cada una de las pacientes y en algunos casos recomendar un método quirúrgico.

## REFERENCIAS

1. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [base de datos en línea]. Suiza: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación OMS; 2015. [11 de septiembre 2017]. URL disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf)
2. América Latina reina en un mundo plagado de cesáreas innecesarias. [en línea]. Colombia: PCN POST; 2015 [11 de septiembre 2017]. URL disponible en: <http://pcnpost.com/america-latina-reina-en-un-mundo-plagado-de-cesareas-innecesarias/>
3. INEI. Resultados de la encuesta demográfica y de salud familiar- ENDES 2016. [diapositiva]. Lima: INEI – CENSOS; 2017.43 diapositivas. URL disponible en: [http://proyectos.inei.gob.pe/endes/Investigaciones/Presentacion\\_del\\_Jefe\\_2016.pdf](http://proyectos.inei.gob.pe/endes/Investigaciones/Presentacion_del_Jefe_2016.pdf)
4. Los riesgos del nacimiento por cesárea para la madre y el bebé [en línea]. CIMS; 2016 [11 de septiembre 2017]. URL disponible en: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/cesarea/3.-%20Los%20Riesgos%20del%20Nacimiento%20Por%20Ces%C3%A1rea%20Para%20La%20Madre%20y%20El%20Bebe\\_CIMS.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/cesarea/3.-%20Los%20Riesgos%20del%20Nacimiento%20Por%20Ces%C3%A1rea%20Para%20La%20Madre%20y%20El%20Bebe_CIMS.pdf)
5. Estrada C., Hernández R., Gómez C., Negrete M. Incidencia de cesáreas en un Hospital de zona. Rev. Med Inst. Mex Seguro Soc. México. 2012; 50 (5): 517-522
6. Sánchez D. Impacto de la Cesárea sobre la Salud Materna y Perinatal: Revisión Sistemática. Universidad del Rosario. Bogotá. 2012: 91
7. Medina S.y col. Incidencia e indicaciones de cesárea. Servicio de Toco ginecología del Hospital “Dr. José R. Vidal”. Corrientes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 12 207 Argentina. 2011:15
8. Flores L. y col. Factores de riesgo en la operación cesárea. Ginecol Obstet Mex 2008;76(7):392-7

9. Bustamante J. y col. Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010 - 2011. Perú. Rev. cuerpo Med. HNAAA 7(1).2014
10. Manzano G. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 – 2009. Revista Horizonte Médico Volumen 11(2).2011: 75 – 79.
11. Laguado N. y col. Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea. Perú. Revista Ciencia y Cuidado. vol. 8. n°1. 2011: 55 – 60.
12. Santibáñez A. y col. Cesáreas en siete hospitales públicos análisis de tendencia en el periodo 2001 – 2008. Perú. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1): 45-50.
13. Cam G. y col. Estudio descriptivo de las cesáreas en el Hospital Materno infantil Canto Grande. Rev. Peruana de Ginecología y obstetricia. Vol. 51. N°4. 2005: 203 – 205
14. Frenk J. “Cesárea segura”. México. 2002 [Internet] Consultado el 2 de junio del 2013. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>
15. Moreno A. “Principales medidas en epidemiología”. México. 2000. [Internet] consultado el 25 de julio 2013. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/bibliotecav/epibasica%20spm.pdf>
16. Cárdenas R. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. Gac Med Mex 2002; 138: 357 -66.
17. Aller J. y col. Cesárea, histerectomía Obstétrica e histerorrafia. Cap. 45. 572-583 [Internet] Consultado el 24 de mayo del 2015. Disponible en: [http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia\\_moderna/om\\_45.pdf](http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_45.pdf)
18. Simkin P. y col. el embarazo, el parto y el recién nacido. Editorial Medici. España – Barcelona. 1° ed. 2006.
19. Medline Plus. Preeclampsia. Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Estados Unidos. [revista en Internet]; 2012. [acceso 01 de mayo de 2015].

- Disponible en:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000898.htm>
20. Medline Plus. Eclampsia. Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Estados Unidos. [revista en Internet]; 2014. [acceso 01 de mayo de 2015]. Disponible en:<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000899.htm>
  21. El parto es nuestro. Desproporción cefalopélvica. Asociación el parto es nuestro. España. [Internet]. [acceso 01 de mayo de 2015]. Disponible en:<http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/desproporcion-cefalo-pelvica>
  22. Manrique G. “Servicio de Obstetricia y Ginecología” Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. España. 2009. [Internet] Consultado el 9 de junio del 2013. Disponible en:[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones\\_cesarea.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf)
  23. Vergara G. “cesárea”. E.S.E CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C. Colombia. 2009 [Internet] consultado el 25 de julio del 2017. Disponible en: <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf>
  24. Pareja R. “Epidemiología” Escuela de Enfermería Ministerio de Salud F.C.M. U. N. Cuyo. Argentina. 2011 [Internet] consultado el 25 de setiembre del 2017. Disponible en: [http://sistemas.fcm.uncu.edu.ar/enf-epidemiologia/Epidemiologia\\_2011.pdf](http://sistemas.fcm.uncu.edu.ar/enf-epidemiologia/Epidemiologia_2011.pdf)
  25. Fiestas J. “Prevalencia del parto por cesárea en el centro Medico Naval CMST en el periodo de julio 2014-julio 2015” Lima-Perú 2015. [Internet] consultado el 25 de setiembre del 2017. Disponible en [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/511/1/Fiestas\\_I.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/511/1/Fiestas_I.pdf)
  26. Romero J., Muller E. “Operación Cesárea”. Colombia. [Internet]. [consultado el 2 de setiembre del 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/19/9789584476180.16.pdf>
  27. Mejía M. “Partos por cesárea”. Andina (Perú). 2016. [Internet]. [consultado el 2 de setiembre del 2017]. Disponible en: [https://www.ull.es/view/institucional/bbtk/Lista\\_referencias\\_Vancouver/es](https://www.ull.es/view/institucional/bbtk/Lista_referencias_Vancouver/es)

## ANEXO 1

### “CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y FACTORES ASOCIADOS A LA CESAREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSE CARLOS MARIATEGUI DE AGOSTO 2016-JULIO 2017”

#### I. Características epidemiológicas:

- Edad:

1) 15-19 años      2) 20-24 años      3) 25-29 años      4) 30-34 años

- Paridad: G ( ) ( )      P ( ) ( ) ( ) ( )

1) Primípara      2) Secundigesta      3) Multípara      4) Gran multípara

- Estado civil:

1) Soltera      2) Conviviente      3) Casada      4) Viuda

- Grado de instrucción:

1) Primaria      2) Secundaria      3) Técnico      4) Superior

- Ocupación:.....

- Procedencia:.....

- ESTANCIA HOSPITALARIA:    1) 48 horas      2) 72 horas    3) +de 72 horas

#### II. Factores de Asociados:

- Indicación de cesárea:

		SI	NO
Maternas:	Distocia de partes blandas		
	Distocia de partes óseas		
	Distocia de la contracción		
	Cesárea anterior		

Fetales:	Alteraciones de la situación, presentación o		
	Actitud fetal.		
	Macrosomía fetal		
	Sufrimiento fetal		
	Malformaciones		
Mixtas:	Pre eclampsia		
	Eclampsia		
	Síndrome de desproporción cefalopélvica		

- Complicaciones:

**\*ANESTESICO**

1) Hipotensión                      2) Alergia                      3) Paro cardiaco 4) N.A

**\*INFECCIOSAS**

1) Herida operatoria              2) Endometritis              3) Sepsis              4) N.A

**\*QUIRURGICAS**

1) Laparotomía                      2) Drenaje                      3) HAT                      4) N.A

**\*HEMORRAGICAS:**              1) Si                              2) No

## ANEXO 2

### JUICIO DE EXPERTOS

#### Datos de calificación:

1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.
3. La estructura del instrumento es adecuado.
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6. Los ítems son claros y entendibles.
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.

CRITERIOS	JUECES			VALOR P
	J1	J2	J3	
1	1	1	1	3
2	1	1	1	3
3	1	1	1	3
4	1	1	1	3
5	1	1	1	3
6	0	1	1	2
7	1	1	1	3
TOTAL	6	7	7	20

**1: de acuerdo      0: desacuerdo**



**PROCESAMIENTO:**

Ta: N<sup>o</sup> TOTAL DE ACUERDO DE JUECES

Td: N<sup>o</sup> TOTAL DE DESACUERDO DE JUECES

Prueba de Concordancia entre los Jueces:

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

**b: grado de concordancia significativa**

$$b: \frac{20}{20 + 1} \times 100 = 0.9523$$

Según Herrera

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta



**Confiabilidad del instrumento:**

**EXCELENTE VALIDEZ**

### ANEXO 3

#### Matriz de consistencia

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
¿Cuáles son las características epidemiológicas y factores asociados a la cesárea en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui de agosto 2016 a julio 2017?	Determinar las características epidemiológicas y factores asociados a la cesárea en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui entre los meses de agosto 2016 a julio 2017.	El presente estudio no requiere hipótesis por ser un estudio descriptivo	<b>Características epidemiológicas</b> <b>Factores asociados</b> <b>Incidencia</b>	<b>.Enfoque: Investigación cuantitativa y cualitativa.</b>  <b>2.Tipo: Observacional, descriptivo, retrospectivo</b>  <b>3.Nivel Aplicativo</b>  <b>4.Diseño: APLICATIVO</b>	La población está constituida por 500 historias clínicas de mujeres que fueron sometidas a una cesárea en el Servicio de Ginecología-Obstetricia en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui de agosto 2016 a julio 2017. Para la muestra se usó el muestreo probabilístico donde nos dio como resultado 122 gestantes cesareadas	La técnica es la revisión documentaria de historias clínicas. El instrumento que usamos fue un formato de recolección de datos previamente elaborado por los investigadores y validado por expertos que estaba dividido en, dos partes: -Primera Parte: Características epidemiológicas (con 6 ítems) -Edad -Paridad -Estado civil -Grado de instrucción -Ocupación -Procedencia -Estancia hospitalaria -Segunda Parte: -Factores asociados: -Indicación de cesárea (con 3 ítems) *Maternas *Fetales *Mixtas -Complicaciones: Dolor: Anestésico Infecciosas Quirúrgicas Hemorrágicas

	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>					
	Determinar las características epidemiológicas. Determinar los factores asociados de la cesárea. Conocer la incidencia de la cesárea.					

## ESCALA DE CALIFICACION

Estimado (A):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.		✓	
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de las variables.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

**SEGURENCIAS:**

*Se sugiere retirar los ítems correspondientes a las operacionalizaciones por no responder al objetivo del estudio*

*[Firma]* 20189.  
**FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)**

### ESCALA DE CALIFICACION

Estimado (A):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de las variables.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

#### SEGUENCIAS:

..... *considerar los esquemas de edad según MINSA* .....

.....

.....

.....

.....

*N. Valdivia*

.....

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)



### ESCALA DE CALIFICACION

Estimado (A):

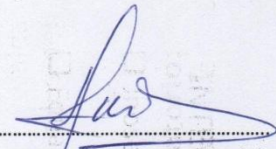
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. La estructura del instrumento es adecuado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de las variables.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Los ítems son claros y entendibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

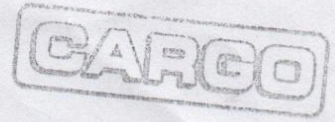
SEGURENCIAS:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

M<sup>g</sup>. Obst. KATTY SALCEDO SUÁREZ  
DOCENTE - ESPECIALISTA  
COP 4895 - RNE N° 1161-E.01



Universidad  
Norbert Wiener

Lima, 6 de Noviembre 2017

CARTA N° 13-11-641-2017-DFCS-UPNW

**Dr. Eduardo Ponce Rodriguez**  
Director Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui

Presente.-

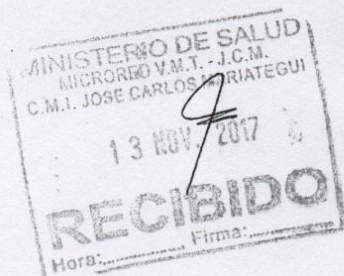
*De mi mayor consideración,*

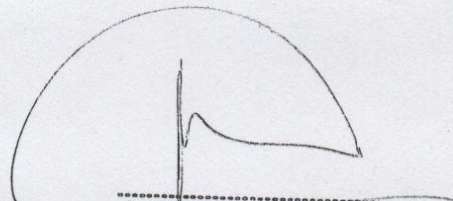
*Mediante el presente expreso a Ud. el saludo institucional y el mío propio.*

*Asimismo, me permito solicitarle vuestra autorización para que las Bachilleres, Rojas Morón, Miriam y Vargas Arzubiaga, Carla alumnas de la carrera profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, pueda realizar sus encuestas y así poder ejecutar su proyecto de tesis "Factores de riesgo asociados al incremento de la cesárea en los meses de Julio 2016 – Agosto 2017 en el Centro Materno Infantil Jose Carlos Mariátegui".*

*Agradezco la atención al presente y hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi distinguida consideración y estima personal.*

*Atentamente,*



  
**Dr. Pedro Jesus-Mendoza Arana**  
Decano  
Universidad Norbert Wiener  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

