

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

PREVALENCIA DE CESÁREA CON INDICACIÓN ABSOLUTA EN EL HOSPITAL
PROVINCIAL RICARDO LIMARDO, 1 FEBRERO– 1 MAYO, 2022.

Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



UNPHU
Universidad Nacional
Pedro Henríquez Ureña

Sustentante

DRA. ROSINA PAULINO BRUNO

Asesores

Dra. Niovis Del Rosario/ Dr. Rafael E. Brito (Clínico)

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológico)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de postgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Puerto Plata, República Dominicana

2022

CONTENIDO

Dedicatorias

Resumen

Abstract

CAPÍTULO I

I.1. Introducción.....	9
I.1.1. Antecedentes	9
I.1.2. Justificación.....	12
I.2. Planteamiento del problema.....	14
I.3. Objetivos	16
1.3.1. General	16
1.3.2. Específicos.....	16

CAPÍTULO II

II. Marco teórico	17
II.2. Cesárea.....	17
II.1. Indicaciones para el procedimiento de cesárea	18
II.1.1. Capacidad pélvica:.....	18
II.1.2. Distocias dinámicas.....	20
II.1.3. Hipodinamias e Hiperdinamia.....	21
II.1.4. Tumores	22
II.1.5. Rotura uterina.....	22
II.1.6. Cesárea anterior.....	23
II.1.6. Contraindicaciones para la prueba de parto en mujeres con cesárea previa.	23
II.1.7. Preeclampsia.....	24
II.1.8. Hipertensión crónica grave:.....	24
II.1.9. Nefropatía crónica:.....	24
II.1.10. Tuberculosis pulmonar grave:	25
II.1.11. Colocaciones viciosas: Situación transversa.....	26
II.1.12. Presentación de cara:	27

II.1.14. Presentación de frente:	28
II.1.15. Macrosomía fetal:.....	28
II.1.16. Restricción del crecimiento fetal:.....	30
II.1.17. Factores que afectan el crecimiento intrauterino	31
II.1.17. Momento del parto.	31
II.1.20. Muerte fetal intrauterina:	32
II.1.21. Desproporción feto-pélvica Tal parece que la expresión:.....	33
II.1.22. Parto detenido:.....	34
II.1.23. Ovulares:.....	35
II.1.24. Desprendimiento prematuro de placenta:	36
II.1.25. Procidencia de cordón:.....	37
II.1.26. Factores de riesgo.....	38
II.2. Factores asociados a parto por cesárea	39
II. 2.1 Necesidad de un sistema de clasificación universal.....	36

CAPITULO III

III.1. Variables	43
III.2. Operacionalización de las variables.....	44
III.3. Material y métodos	45
III.3.1. Tipo de estudio.....	45
III.3.2. Área de estudio	45
III.3.3. Universo	45
III.3.4. Muestra	45
III.3.5. Criterios	46
III.3.5.1. De inclusión.....	46
III.3.5.2. De exclusión.....	46
III.3.6. Instrumento de recolección de datos.....	46
III.3.7. Procedimiento	46
III.3.8. Tabulación.....	46
III.3.9. Análisis.....	47
III.3.10. Aspectos éticos	47

CAPÍTULO IV.

IV.1. Resultados.....	48
IV.2. Discusión	55
IV.3. Conclusiones	57
IV.4. Recomendaciones	58
IV.5. Referencias.....	60
IV.6. Anexos.....	65
IV.6.1. Cronograma.....	65
IV.6.2. Instrumento para la recolección de datos.....	66
IV.6.3. Costos y recursos	66

DEDICATORIAS

A Dios, por darme las fuerzas y resistencia necesaria para culminar esta etapa de mi vida.

A mi hijo por ser mi inspiración y la razón por la cual me levanto cada mañana y por vivir mi ausencia mientras cumplía con los deberes de mi formación.

A mi esposo, por ser mi roca de apoyo, por la comprensión, amor y paciencia durante todo el proceso de la residencia.

A mi madre y padre, por su amor incondicional, por el cuidado y la dedicación hacia mi hijo y por darme las motivaciones necesarias para poder seguir cuando pensaba que ya no podía más.

A mis compañeros especialmente al Doctor Luciano y la Doctora Puentes, quienes a pesar de vivir en carne propia lo mismo que yo, siempre me mostraron su apoyo durante todo el proceso y no permitieron que abandonara el camino cuando todo parecía que era la única salida.

Al Doctor Rafael Brito por ser un gran maestro y por ofrecer sus aportes académicos de manera desinteresada, por motivarnos y encaminarnos al estudio constante.

A la doctora García, por su entrega, comprensión, aportes desinteresados y por ofrecernos su ayuda sin importar el momento, lugar y hora.

A la doctora Niovis del Rosario, por su enseñanza y por ser una de las personas que no permitió que desistiera, por todo el apoyo brindado durante todo este tiempo.

A la doctora Peña, por habernos brindado la oportunidad de poder formar parte de la residencia, por ser quien nos reto a sacar lo mejor de nosotros, por trabajar de la mano

en cada uno de los procesos vividos, por ser quien se ha enfrentado a todo para nosotros poder culminar de manera exitosa, por exigirnos a dar todo lo que ella sabía que podíamos dar aun cuando nuestro agotamiento nos hacía pensar lo contrario, por ser ejemplo de superación y mostrarnos que sí se puede y especialmente por enseñarme a madurar no solo en lo profesional sino en lo personal, a usted Doctora, muchas gracias.

Dr. Rosina Paulino Bruno

RESUMEN

Con el propósito de determinar la prevalencia de cesárea con indicación absoluta en el Hospital Provincial Ricardo Limardo, 1 febrero – 1 mayo, 2022, se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal, donde durante el periodo de estudio con se estudió un total 177 pacientes, encontrándose los siguientes hallazgos: La distribución de los pacientes de acuerdo a la edad, el rango más frecuente fue el de 21-24 años con el 27%, seguido del rango de edad de 25-29 años con el 25%. La edad gestacional más frecuente fue de 37-41 semanas con el 84%. Entre las causas maternas más frecuentes fueron trastornos hipertensivos en el 46%, no progreso de la labor de parto 22%, infección materna por 17%. En cuanto a las causas fetales, el 65% fue pérdida del bienestar fetal, el 22% macrosomía fetal. Las causas provocadas por la placenta y el cordón, en el 83% de los casos fue DPPNI, seguido de placenta previa con el 17%. En cuanto a las causas más frecuentes de cesárea fueron 45% cesárea anterior, pérdida del bienestar fetal con 15%, preeclampsia grave con el 10%. La distribución por causas absolutas fue 41% cesárea anterior, 21% pérdida del bienestar fetal y 12% fue DCP. Se concluye que la cesárea anterior fue la causa más frecuente de indicación absoluta de cesárea

Palabras clave: cesárea, indicación absoluta, hipertensión.

ABSTRACT

In order to determine the prevalence of cesarean section with absolute indication at the Ricardo Limardo Provincial Hospital, February 1 - May 1, 2022, a descriptive, prospective and cross-sectional study was carried out, where during the study period with a total 177 patients, finding the following findings: The distribution of patients according to age, the most frequent range was 21-24 years with 27%, followed by the age range of 25-29 years with 25%. The most frequent gestational age was 37-41 weeks with 84%. Among the most frequent maternal causes were hypertensive disorders in 46%, no progress in labor in 22%, and maternal infection in 17%. Regarding fetal causes, 65% were loss of fetal well-being, 22% fetal macrosomia. The causes caused by the placenta and the cord, in 83% of the cases was DPPNI, followed by placenta previa with 17%. Regarding the most frequent causes of caesarean section, 45% were previous caesarean section, loss of fetal well-being with 15%, severe preeclampsia with 10%. The distribution by absolute causes was 41% prior cesarean section, 21% loss of fetal well-being, and 12% PCD. It is concluded that the previous cesarean section was the most frequent cause of absolute indication of cesarean section.

Keywords: cesarean section, absolute indication, hypertension.

CAPÍTULO I

I.1. Introducción

El embarazo, el parto y la maternidad son experiencias de vida extremadamente importantes que afectan directamente a muchas familias. El parto puede ocurrir por vía vaginal o por cesárea.

En el pasado reciente, las tasas de cesáreas (CS) han aumentado constantemente en todo el mundo, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las tasas se mantengan en 10-15%.¹

La introducción de la cesárea en la práctica clínica fue un procedimiento que salvó la vida tanto de la madre como del bebé. Hay estudios que muestran una relación inversa entre las tasas de cesárea y la mortalidad materna e infantil en países en desarrollo donde grandes sectores de la población sufren por la falta de acceso a la atención obstétrica básica.²

Sin embargo, se argumenta que la cesárea por encima de las tasas de cesáreas indicadas de manera absoluta debido a la alta tasa de cesáreas indicadas no muestra un beneficio adicional para la madre y el bebé.

Se lleva a cabo la presente investigación con el motivo de encontrar la prevalencia real de indicaciones de cesárea.

I.1.1. Antecedentes

Barrena, Quispe, Flores y León, en Perú, llevaron a cabo un estudio con el propósito de determinar la frecuencia e indicaciones más frecuentes de cesáreas en un hospital público docente de Lima. Estudio descriptivo, tipo serie de casos, de pacientes sometidas a cesárea y sus indicaciones. Se incluyó a pacientes sometidas a cesáreas, electivas o de emergencia, desde enero 2013 hasta diciembre 2017. La cesárea fue realizada con una frecuencia de 50,2%, siendo las indicaciones más frecuentes una cesárea previa y la desproporción cefalopélvica. El estudio halló que se superó la tasa

¹ World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems: World Health Organization; 2021.

²Betra'n AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gu'Imezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990–2014. PloSone. 2016; 11(2):e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343> PMID: 26849801

de cesáreas recomendada por la OMS. La indicación más frecuente en el período estudiado fue la cesárea previa.³

Barriga, Bautista, y Navarro en Colombia, en 2012, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de describir los diagnósticos asociados a la cesárea absoluta en el Instituto Materno Infantil de Bogotá Colombia. Diseño del estudio, serie de casos. Población: pacientes sometidas a cesárea durante los meses de enero a abril de 2011, pertenecientes al régimen subsidiado de atención en salud, atendidas en un centro de referencia distrital de tercer nivel materno y perinatal. Se revisaron la base de datos Embase y las librerías electrónicas PubMed y Medline con las palabras clave cesarean delivery, cesarean section, idioma inglés, limitada a los últimos 12 años. El diagnóstico de cesárea anterior correspondió al 26,4% de las cesáreas realizadas en el IMI; siguieron en orden de frecuencia: estado fetal insatisfactorio 15,5%, trastornos hipertensivos del embarazo 15,5%, detención secundaria de la dilatación y el descenso 5,5%, ruptura prematura de membranas 4,7%. Conclusión. La cesárea anterior constituyó la indicación de cesárea más frecuente en esta institución. Los trastornos hipertensivos del embarazo y la ruptura prematura de membranas se encontraron dentro de los diagnósticos más frecuentes que llevaron a la cesárea en el IMI, diagnósticos que no se reportan en los registros internacionales.⁴

Suarez, en Perú, en 2021, con el objetivo de determinar la frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados de cesáreas injustificadas en el Hospital III de Es Salud Juliaca en el año 2018. La metodología fue transversal, retrospectivo, observacional, y analítico. 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; 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

³Barrena Neyra Mayra, Quispe saravia Ildelfonso Pierina, Flores Noriega Mónica, León Rabanal Cristian. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2020 Abr [citado 2022 Abr 01] ; 66(2): 00004. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246>.

⁴ Barriga-Moreno A, Bautista-Sánchez J, Navarro Vargss JR. Indicación de cesárea en el Instituto Materno Infantil (IMI) Bogotá- Colombia. Serie de sasos. Rev Fac Med. 2012; 60:111-115

frecuencia de Cesáreas Injustificadas fue de 29.5%; y los factores asociados fueron segundas para, paridad, Indicación relativa de cesárea, cesárea no programada.⁵

Tarazona, en 2017, en Perú, publicó un estudio con el objetivo de conocer la incidencia de la operación cesárea y las principales indicaciones para su ejecución, en el Hospital MINSA, nivel II-2, Tarapoto, durante el periodo enero-diciembre del 2016, para así poder realizar un juicio crítico respecto a esta práctica, y luego tomar decisiones para la mejora en la calidad de atención y la reducción en el número de cesáreas injustificadas. El capítulo I aborda el problema del aumento en la incidencia de cesáreas, superando los valores recomendados por la OMS, a nivel internacional y nacional, y las implicancias médicas y no médicas que lo está desencadenando, culminando en la justificación y la importancia de este estudio. En el capítulo II se definen los objetivos de esta investigación en base al problema. En el capítulo III se realiza una revisión de los antecedentes y fundamentos teóricos, de la clasificación de la cesárea, sus complicaciones, y la clasificación de sus indicaciones en absolutas y relativas, así como las características demográficas y clínicas que se desarrollaran en este estudio. En el capítulo IV se expone las estrategias, lineamientos y medios necesarios para realizar la investigación, así como la descripción de la población de estudio, de la cual se extrajo una muestra de 312 pacientes. En el capítulo V se muestra los resultados de la investigación, describiendo la prevalencia encontrada de cesáreas, todas las características demográficas y maternas descritas para este estudio y todas las indicaciones registradas, a través de tablas y gráficos. En el capítulo VI el investigador compara los resultados con los hallazgos de otros estudios, realizando un juicio crítico respecto a los mismos, para culminar en las conclusiones y recomendaciones en los dos capítulos siguientes. En este contexto el estudio resuelve el problema, describiendo la incidencia de cesárea e identificando sus principales indicaciones en el en el Hospital MINSA, nivel II-2, Tarapoto, resaltando el juicio crítico de los resultados para elaborar las recomendaciones, para el beneficio del paciente.⁶

Gomes, Ferreira, Lima, Ribeiro, Azevedo, Baptista, en Brasil, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de caracterizar el perfil de las mujeres que se someten a una

⁵ Suarez, G. Frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados de cesáreas injustificadas en el Hospital III de Es Salud Juliaca en el año 2018. Universidad Nacional del Antiplano. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/15021>

⁶ Tarazona, C. "Incidencia y principales indicaciones de cesáreas en el Hospital MINSA, Nivel II-2, Tarapoto. Periodo Enero-Diciembre del 2016". Universidad Nacional de San Martín. Disponible en: <https://tesis.unsm.edu.pe/handle/11458/2400>

cesárea de acuerdo con la clasificación de la escala Robson en un hospital público en las tierras bajas en las zonas costeras del estado de Río de Janeiro. Método: Investigación de campo, descriptiva, de naturaleza cuantitativa, utilizando la técnica documental retrospectiva, realizada en 2016. Resultados: se analizaron 267 registros médicos de mujeres sometidas a cesárea, que representan el 53.4% del total de nacimientos, con una mayor incidencia en las mujeres que pertenecen al Grupo 02 (31.46%); Grupo 01 (9,36%); y el Grupo 05 (29.96%) de la Escala Robson. Conclusión: La escala de Robson puede ser una herramienta útil para identificar los grupos que necesitan intervención de manera efectiva para reducir las cesáreas innecesarias. El estudio señala la necesidad inmediata de medidas que puedan calificar la atención del parto en la institución investigada.⁷

I.1.2. Justificación

En la práctica clínica, la cesárea se introdujo como una intervención que salva la vida tanto de la madre como del recién nacido. El porcentaje de partos por cesárea puede considerarse un indicador del acceso de las mujeres a la atención calificada en casos complicados. Al mismo tiempo más del 10-15 por ciento de los partos por cesárea no son justificables en ningún país. Las tasas de cesárea por encima de cierto límite no tienen ningún beneficio adicional para la madre o el bebé, y el uso extensivo de la cesárea trae consecuencias negativas para la salud de la madre y el niño. Además, la cesárea en el primer embarazo podría implicar una amenaza adicional de resultado adverso en el segundo embarazo, porque la madre con cesárea anterior corre el riesgo de histerectomía y placenta acreta, placenta previa y parto muy prematuro.

Por lo tanto, la cirugía de cesárea solo debe realizarse cuando sea médicamente indispensable. Aparte de las indicaciones clínicas de la cesárea, muchas mujeres prefieren el parto por cesárea por motivos personales. La tendencia lucrativa de las clínicas privadas y la influencia de los médicos para obtener ganancias económicas y administrar el tiempo también fomentan el parto por cesárea. Además, los factores no

⁷ Elaine Gomes de Oliveira¹, Larissa Maria Ferreira², Julianne de Lima Sales², Marcilene Andrade Ribeiro Marins³, Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp¹, Jane Baptista Quitete¹. Perfil de mujeres sometidas a cesárea según la Clasificación de Robson: investigación de campo. Hospital Municipal de Mujeres. Disponible en: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/6217/html_1?inline=1

clínicos, como los factores socioeconómicos y comunitarios, también se están volviendo cada vez más importantes en el aumento de las tasas de cesárea. El papel de los médicos en el contexto de las altas tasas de cesárea siempre es cuestionable, ya que tienen la máxima autoridad para tomar decisiones sobre el modo de entrega, especialmente en el contexto de la República Dominicana. Por ende, la presente investigación busca determinar la prevalencia de las indicaciones absolutas de cesárea, las cuales no se utilizan en la mayoría de los casos.

I.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El progreso científico, los cambios sociales y culturales y, en particular, el cambio legal han llevado a una variación fundamental en las actitudes hacia la cesárea entre pacientes y médicos. De hecho, el consenso en torno a las indicaciones de cesárea ha cambiado en muchos países, incluyendo ahora factores psicosociales como la ansiedad por el parto, o incluso el deseo de la madre de tener una cesárea en ausencia de cualquier indicación médica.⁸ Sin embargo, existen razones e indicaciones que son absolutas y que hacen necesaria llevar a cabo el procedimiento.⁹

En los últimos años, se han considerado varios factores como posibles influencias en el aumento de la tasa de cesáreas. Los perfiles de riesgo cambiantes entre las primíparas cada vez mayores se citan a menudo como una razón del aumento de los partos por cesárea.¹⁰ También influye el aumento de solicitudes maternas de cesáreas. Sin embargo, el aumento en las tasas de cesáreas no debe verse aislado de los cambios en la sociedad. Por el contrario, los elementos financieros, sociales y culturales parecen jugar un papel importante en las cesáreas y esto podría bien estar contribuyendo al aumento en el número de cesáreas realizadas.¹¹

Esta perspectiva, sin embargo, pasa por alto el hecho de que una cesárea es un procedimiento quirúrgico con numerosas complicaciones potenciales tanto para la madre como para el niño. En particular para indicar el procedimiento de cesárea, deben mencionarse las complicaciones relacionadas con embarazos posteriores: ruptura uterina, infertilidad, o incluso anomalías placentarias como placenta previa, increta o accreta.¹²

⁸ Briand V, Dumont A, Abrahamowicz M, Traore M, Watier L, Fournier P. Individual and institutional determinants of caesarean section in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

⁹ Potter JE, Hopkins K. Consumer demand for caesarean sections in Brazil. Demand should be assessed rather than inferred. *BMJ*. 2018;325 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

¹⁰ Guihard P, Blondel B. Trends in risk factors for caesarean sections in France between 1981 and 1995: lessons for reducing the rates in the future. *BJOG*. 2019;108:48–55. [PubMed] [Google Scholar]

¹¹ National Institute for Health and Clinical Excellence. RCOG Press. 2nd edition 2019. Caesarean Section - NICE clinical guideline 132. [Google Scholar]

¹² Barger MK, Weiss J, Nannini A, Werler M, Heeren T, Stubblefield PG. Risk factors for uterine rupture among women who attempt a vaginal birth after a previous cesarean: a case-control study. *J Reprod Med*. 2018;56:313–320. [PubMed] [Google Scholar]

Debido a lo antes expuesto nos planteamos la siguiente interrogante:
¿Cuál es la prevalencia de cesárea con indicación absoluta en el Hospital Provincial
Ricardo Limardo, 1 febrero– 1 mayo, 2022?

I.3. OBJETIVOS

1.3.1. General

1. Determinar la prevalencia de cesárea con indicación absoluta en el Hospital Provincial Ricardo Limardo, 1 febrero – 1 mayo, 2022.

1.3.2. Específicos

- Determinar el número de cesárea realizadas con indicación absoluta en el Hospital Provincial Ricardo Limardo, 1 febrero – 1 mayo, 2022.
- Identificar edad más frecuente de gestantes sometidas a cesáreas en el hospital Ricardo Limardo en el periodo 1 febrero – 1 mayo 2022.
- Determinar la edad gestacional más frecuente de las pacientes sometidas a cesáreas en el hospital Ricardo Limardo en el periodo 1 febrero – 1 mayo 2022.
- Reconocer las causas maternas asociadas a la realización de cesárea en el hospital Ricardo Limardo en el periodo 1 febrero – 1 mayo 2022.
- Reconocer las causas fetales asociadas a la realización de cesárea en el hospital Ricardo Limardo en el periodo 1 febrero – 1 mayo 2022.
- Identificar causa más frecuente de realización de cesárea.

CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO

II.2. Cesárea

La cesárea es un procedimiento quirúrgico obstétrico mediante el cual se extrae el producto de la concepción realizando una incisión a través de la pared abdominal y el útero.¹³

La operación cesárea, inicialmente reservada sólo para algunos casos excepcionales, es hoy en día, por mucho, la cirugía abierta más frecuentemente realizada en las mujeres. De hecho, en las últimas dos décadas, su uso se ha incrementado, tanto que lo que inicialmente surgió como una solución, ahora se vislumbra como un problema. La cesárea, definida como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía), ha representado a inicios de la década de 1970 a lo mucho el 5% de los partos en los países desarrollados; sin embargo, para mediados de la década de 1990 ésta ya incluso había superado el 50% en algunos países.¹⁴

La causa de este fenómeno es multifactorial. Entre las principales condiciones que han determinado el incremento de las cesáreas en todo el mundo tenemos: el incremento del embarazo adolescente, la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, los cambios demográficos y socioculturales, una mejor percepción de seguridad de este procedimiento, el incremento de las "prácticas defensivas" por parte de los médicos gineco-obstetras, la relativa mejora de los sistemas de salud, y el aumento de la solicitud directa de las pacientes.¹⁵

La frecuencia de realización de cesáreas se presenta, tanto en el ámbito público como en el privado, aunque es más marcado en estos últimos.

¹³ Diaz, Angelica y col. Riesgos Obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. REV CHIL OBSTET GINECOL 2002; 67(6): 481-487

¹⁴ Campero, L. y Col. Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México. Salud Pública de México / vol.49, no.2, marzo- abril de 2007.

¹⁵ Abad, Pedro. Cesárea en adolescentes. Hospital Hipólito Unanue. Lima, Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, [S.l.], v. 50, n. 4, p. 202-208, may. 2015. ISSN 2304-5132. Disponible en: <<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/417>>.

Salinas dice que es la era de la moda de la cesárea. La Organización Mundial de la Salud señala que en una institución el porcentaje de cesáreas debe ser de un 15 %, mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) lo fija en 15,5 %. En el mundo desarrollado desde la década del 70, las tasas de parto por cesárea se han elevado en forma sostenida, evidenciándose que en algunas poblaciones los partos por cesárea representan la cuarta parte o más de todos los nacimientos. Los índices más altos de cesárea están en América Latina, con un rango entre 16 % y 40 reportan, que en Puerto Rico la frecuencia es de 45%.¹⁶

II.1. Indicaciones para el procedimiento de cesárea

Las indicaciones pueden ser maternas, fetales, materno-fetales y ovulares.

Maternas Patologías locales:

Distocia ósea (desproporción cefalopélvica).

Esta desproporción surge de una disminución de la capacidad pélvica, de una talla excesiva del feto o, más a menudo, de una combinación de ambas.

Indicaciones absolutas

Estas situaciones amenazan directamente la vida de la madre (1 a 2% de todos los partos)¹:

- Hemorragia anteparto severa e incontrolada (taquicardia e hipotensión).
- Mal presentación que no se puede girar (hombro, frente o mentón-cara posterior).
- Desproporción feto-pélvica absoluta (partograma que muestra falta de progresión en la fase activa del parto a pesar de una buena dinámica uterina) y sin posibilidad de extracción instrumental.

- Ruptura uterina.
- Historia de 2 o más cesáreas.

II.1.1. Capacidad pélvica:

Cualquier estrechez de los diámetros pélvicos que disminuya la capacidad de ese segmento corporal puede crear distocias durante el trabajo de parto. Puede haber

¹⁶ Salinas P. y Col. (2004), Factores predictores de cesárea. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2004; 69(5): 357-360.

estrecheces de los planos de entrada, medio, de salida, o una pelvis con disminución general de sus diámetros por la combinación de esas circunstancias.¹⁷

Estrechez del plano de entrada pélvico:

Suele considerarse estrecho el plano de entrada de la pelvis si su diámetro anteroposterior más pequeño es menor de 10 cm o su diámetro transversal mayor mide menos de 12 cm. El diámetro anteroposterior del plano de entrada de la pelvis suele determinarse de manera aproximada por medio de medición manual del conjugado diagonal, que es casi 1.5 cm mayor. Por tanto, suele definirse la estrechez del plano de entrada de la pelvis como la presencia de una conjugada diagonal menor de 11.5 cm.

En la aparición de presentaciones anómalas, una estrechez del plano de entrada de la pelvis tiene participación importante. En nulíparas normales, la presentación a término suele descender hasta la cavidad de la pelvis antes del inicio del trabajo de parto. Cuando el plano de entrada está muy estrecho, el descenso casi nunca se presenta hasta después del inicio del trabajo de parto, si acaso. Las presentaciones cefálicas aún predominan, pero la cabeza flota libremente sobre el plano de entrada de la pelvis o se apoya más hacia una de las fosas iliacas. Como consecuencia, fenómenos poco notorios pueden hacer que el feto adopte otras presentaciones. En mujeres con pelvis estrechas, se encuentran tres veces más a menudo presentaciones de cara y hombros, y el prolapso del cordón umbilical ocurre de cuatro a seis veces más a menudo.¹⁸

Estrechez del plano medio de la pelvis

Este trastorno es más frecuente que el correspondiente al del plano de entrada. A menudo, aquél produce detención transversa de la cabeza fetal que quizá conduzca a una aplicación difícil de fórceps medio o una cesárea.²⁹

Las mediciones promedio de la pelvis media son las siguientes: diámetro transversal o interisquiático, 10.5 cm; diámetro anteroposterior, del borde inferior de la sínfisis del pubis hasta la unión de S4-S5, 11.5 cm y, sagital posterior, desde el punto medio de la

¹⁷ Panduro.G(2012) Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? [Accessed 18 Jun. 2016].

¹⁸Rodríguez. L (2012) Declaración de la OMS de tasas de cesárea.

línea interespinosa hasta el correspondiente del sacro, 5 cm. La definición de las estrecheces de la pelvis media no se ha establecido con la misma precisión posible para las del plano de entrada. No obstante, la pelvis media tiene posibilidad de ser estrecha cuando la suma de los diámetros interespinoso y sagital posterior, por lo general 10.5 más 5 cm o 15.5 cm, baja a 13.5 cm o menos. Chen y Huang (1982) recalcaron ese concepto al valorar una posible estrechez de la pelvis media. Hay motivos para sospechar estrechez de esta última siempre que el diámetro interespinoso es menor de 10 cm. Cuando mide menos de 8 cm, la pelvis media es estrecha.²⁹

Estrechez del plano de salida de la pelvis:

Este fenómeno suele definirse por la presencia de un diámetro bisquiático de 8 cm o menos. El plano de salida de la pelvis puede compararse a grosso modo con dos triángulos, donde el diámetro bisquiático constituye la base.²⁹

Incluso cuando la desproporción entre la cabeza fetal y el plano de salida de la pelvis no es lo suficiente grande para originar una distocia grave, tal vez tenga participación importante en la producción de desgarros perineales. Con la disminución creciente del arco púbico, el occipucio no puede salir directamente bajo la sínfisis del pubis, sino que se impulsa cada vez más hacia abajo en dirección a las ramas isquiopúbicas. Por consiguiente, el perineo se distiende cada vez más y está expuesto a mayor peligro de laceración.

II.1.2. Distocias dinámicas

Las distocias dinámicas son aquéllas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical o el descenso del feto. Sin embargo, cabe destacar que no se puede hablar de distocias dinámicas sin valorar antes el resto de parámetros que pueden alterar el progreso del parto.¹⁹

Muchas son secundarias a una desproporción cefalopélvica, a la existencia de distocias blandas o al tamaño y posición fetal.²⁶

¹⁹Mendoza. N (2012)*Dificultades durante el parto: todo sobre el parto distóxic*

La dinámica uterina normal se define por diferentes parámetros: 2' Frecuencia: número de contracciones en 10 minutos. Lo normal es de 3-5 cada 10 minutos.

Intensidad: diferencia de presión desde el tono basal hasta el punto más alto de la contracción. Es de 30 a 50 mmHg.

Duración: tiempo desde el inicio de la contracción hasta que recupera el tono basal. Está entre 30 y 90 seg.

Tono basal: presión intrauterina existente en un útero en reposo, entre dos contracciones. Oscila entre 8 y 12 mmHg.²⁰

II.1.3. Hipodinamias e Hiperdinamia

Hipodinamias

Disminución de la frecuencia, intensidad o del tono basal uterino. El resultado clínico de la hipodinamia secundaria es el aumento de la duración de parto y de la hipodinamia primaria el retraso en el inicio del parto. El tratamiento consistirá en medidas de carácter general, amniotomía y administración de oxitocina.

Hiperdinamia

Son trastornos de la dinámica uterina por exceso. La hiperdinamia secundaria está causada por: Administración de dosis inadecuadas de oxitocina o PG. Obstáculos mecánicos que originan una dinámica de lucha. Clínicamente podemos distinguir 2 formas de hiperdinamia: Hiperdinamia sin hipertoniá: gran efectividad y puede originar un parto precipitado. Hiperdinamia con hipertoniá: la actividad contráctil eficaz está alterada. Aumenta el riesgo de pérdida de bienestar fetal.²¹

Podemos distinguir dentro de las disdinamias:

Alteraciones de la coordinación y regularidad de la dinámica uterina. Inversión del triple gradiente: las contracciones se originan en las porciones inferiores del útero. Esta alteración suele registrarse como tocogramas aparentemente normales. El diagnóstico es clínico, mediante la observación de la ausencia de progresión del parto.

²⁰Valladolid,A(2015)http://www.sego.es/Content/pdf/Curso_TocurgiaR2/iv/j_15/6.Distocia_del_parto_2015.pdf

²¹ Obstetricia de Williams. Vigésima tercera edición. Mc Graw Hill Interamericana. España 2011. Pag 1193

Incoordinación uterina: dos ondas contráctiles a la vez o separadas por un intervalo de tiempo muy pequeño. Se denominan incoordinación de primer o segundo grado según se originen las ondas en dos o más zonas del útero.²¹ Distocia de partes blandas.

Se incluyen en este grupo las anomalías anatómicas no óseas que dificultan la evolución normal de un parto.

Pueden estar provocadas por cicatrices o edemas en el cuello del útero o en la vagina, procesos inflamatorios o tumores (miomas, tumores del ovario o del recto).

II.1.4. Tumores

Durante el embarazo el cáncer es infrecuente, pero no raro. Las tasas comunicadas de casi todos los cánceres varían ampliamente y reflejan no sólo diversidad de grupos, sino también diferentes métodos de determinación e inconsistencias de los informes. En una revisión de más de 4.8 millones de partos en California durante un periodo de nueve años, encontraron que la frecuencia de neoplasias malignas durante la gestación o en los siguientes 12 meses era de 0.94 por 1 000 nacidos vivos. Cerca de 33 por ciento se diagnosticó durante el periodo prenatal y el resto en los siguientes 12 meses después del parto. Cuando menos 85 por ciento de estas malformaciones corresponde a los carcinomas mamario, tiroideo y cervico-uterino, linfoma y melanoma. Los tumores más comunes que pueden obstruir la pelvis pueden ser de origen genital (uterinos y anexiales) o extra genital (pelvianos o abdominales).

Aunque el tratamiento de la paciente embarazada con cáncer es problemático, es preciso acatar un principio básico: no debe reprenderse a una mujer por embarazarse. Es decir, el tratamiento debe individualizarse e incluir la consideración de factores como el tipo y la etapa de la neoplasia, el deseo de la paciente de continuar el embarazo y los riesgos de la modificación o el retraso del tratamiento.²²

II.1.5. Rotura uterina

El adelgazamiento anómalo del segmento uterino inferior crea un grave peligro durante el trabajo de parto prolongado, sobre todo en mujeres con alta paridad y en

²² Quintanilla. M, Diaz. V, Varela. Y (2011) Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la cesárea segura. [sitio en internet]. Consultado: 11 mayo de 2011. [Accessed 2 Oct. 2016].

aquéllas con antecedente de cesárea. Cuando la desproporción es tan pronunciada que no hay encajamiento o descenso, el segmento uterino inferior se distiende cada vez más y puede ocurrir rotura uterina. En tales casos, suele haber una exageración del anillo de contracción normal.

II.1.6. Cesárea anterior

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos a la operación cesárea.²³

Esta es la indicación de cesárea que ocupa el primer lugar en casi todas las estadísticas internacionales y tiene además influencia en las características de las prácticas obstétricas, pues el índice de cesárea primitiva de un servicio influirá en el indicador de iterada en el futuro, si no se permite el parto transpélvico. Téngase en cuenta además que 70 por ciento de las cesáreas primitivas se realizan en nulíparas, lo que compromete aún más el futuro obstétrico de estas pacientes.

Fue Edward Craige quien acuñó en 1916 la frase "una vez cesárea siempre cesárea", pero cuando se hizo este pronunciamiento había razones para ese postulado, pues las cesáreas de la época se realizaban en el cuerpo uterino (cesárea clásica) y predisponían a la rotura del útero.

Se decidirá la ejecución de una prueba de parto en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo y tercer niveles de atención, con personal capacitado para enfrentar competentemente cualquier complicación que pudiera presentarse.²⁴

II.1.6. Contraindicaciones para la prueba de parto en mujeres con cesárea previa.

1. Antecedentes de 2 o más cesáreas previas segmentarias arciformes.
2. Antecedente de cesárea previa corpórea o segmento corpórea.
3. Antecedentes de cesárea previa reciente (menos de 6 meses).

²³Nápoles, D, Piloto M(2012) Consideraciones actuales sobre la operacion cesare aht

²⁴Fernandez. R (2012)Hipertensión arterial y embarazo htm

4. Antecedente de rotura uterina o dehiscencia de histerorrafia.
5. Pelvis no útil clínicamente (evaluar la presencia de macrosomía fetal o desproporción cefalopelvica, o ambas).³⁰ Patologías sistémicas.

II.1.7. Preeclampsia

Es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambos que ocurre después de la 20 semana de gestación.²⁵

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

II.1.8. Hipertensión crónica grave:

Se define como la hipertensión Arterial (Igual ó Mayor a 140/90 mmHg) que está presente y es observable previa al embarazo ó que se diagnostica antes de la 20a. semana de gestación.

La hipertensión que se diagnóstica desde el comienzo del embarazo y que persiste más allá del día 42 posterior al parto también debe clasificarse como Hipertensión crónica. Dada la disminución de los niveles tensionales que ocurren en las hipertensas durante el primer trimestre del embarazo es importante no confundir como preecláptica a la hipertensa crónica.

Si los valores de presión arterial igualan o superan los 160/100 mms Hg, aún en ausencia de proteinuria, el cuadro es considerado severo.

II.1.9. Nefropatía crónica:

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como la disminución progresiva e irreversible de la función renal expresada por una tasa de filtrado glomerular o una depuración de creatinina menor a 60 mL/min/1.73 m² que se presenta durante al

²⁵Galvan, E(2014) Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del callao, periodo enero-diciembre 2013

menos tres meses, independientemente de la etiología de la enfermedad. El daño renal se puede determinar en muchas de las nefropatías por la presencia de albuminuria, la cual se define como una relación albúmina/ creatinina mayor de 30mg/g en dos de tres muestras de orina recolectadas al azar.

Hace algunas décadas el embarazo estaba prácticamente contraindicado en aquellas pacientes que padecían de algún tipo de enfermedad renal crónica debido al mal pronóstico tanto materno como fetal, ya que se trata de un embarazo de alto riesgo caracterizado por mayor frecuencia de complicaciones perinatales, entre las cuales predominan preeclampsia, prematuridad y restricción del crecimiento intrauterino. La enfermedad renal crónica se presenta en el 0.03 al 0.12 por ciento de todos los embarazos según registros basados en estudios realizados en la población norteamericana.²⁶

II.1.10. Tuberculosis pulmonar grave:

A mediados del siglo XX diversos estudios demostraron una incidencia similar de tuberculosis en la mujer embarazada en relación a la población general y una evolución similar de la enfermedad. La presentación clínica en la paciente embarazada es similar a la no gestante, pero el diagnóstico de tuberculosis pulmonar es difícil debido a que se tiende a posponer la radiografía de tórax, además que algunos estudios han mostrado una presentación menos llamativa de los síntomas en estas pacientes.

Existen varios estudios que muestran una incidencia aumentada de patologías en el embarazo y mal resultado perinatal en la gestante con tuberculosis, por lo cual a pesar de los potenciales efectos en el feto de algunas drogas antituberculosas, se ha visto que el tratamiento durante el embarazo es capaz de reducir el impacto perinatal de la enfermedad, tanto en la madre como en el neonato. Por esta razón es importante tener un alto nivel de sospecha para realizar un diagnóstico precoz, ya que si la enfermedad es diagnosticada y tratada oportuna y adecuadamente, el pronóstico materno y fetal es muy bueno.²⁷

²⁶Severino.M,(2012)Medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/o obstetricia/cesarea.pdf

²⁷Simm A, et al. Operación cesárea. Intramed. 2008. disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=53029>

-Fetales

II.1.11. Colocaciones viciosas: Situación transversa

La situación trasversa del feto, mal llamada presentación de hombro (o de tronco o de espalda), es una situación distócica por excelencia. En este caso el feto ubica su diámetro mayor perpendicularmente (o sea en forma trasversal) frente al diámetro mayor (longitudinal) del útero.

Siendo excepcional la evolución espontánea del parto, se comprende que la terapéutica sea operatoria. En el embarazo único de término si no hay contraindicaciones y hay posibilidad de acceso inmediato a un quirófano para realizar una cesárea de emergencia, se puede intentar colocar al feto en situación Longitudinal realizando la versión externa. Si esta maniobra fracasa hay que programar la cesárea.

Pelviana con feto único al término de la gestación: 23 Cuando el polo caudal del feto está en relación directa con el estrecho superior, se denomina presentación pelviana.²³

Al término de la gestación el parto vaginal en presentación podálica en general es menos favorable que en la presentación cefálica de vértice. En el embarazo de término hay consenso en que ante la falta de un obstetra experimentado la cesárea electiva tiene mejores resultados materno-perinatales que el parto vaginal.

Las estadísticas concuerdan en que mientras el parto espontáneo en cefálica se hace con un riesgo bajo para la madre y el hijo, en la pelviana la morbimortalidad materna-perinatal crece proporcionalmente con el número de maniobras obstétricas practicadas. Por lo común el apresuramiento y otras veces los inconvenientes surgidos en el curso del parto llevan a la ejecución de la pequeña extracción, y ésta, por su búsqueda, a lesiones fetales graves o mortales. El riesgo feto neonatal aumenta aún más cuando la pelviana se complica con un feto grande o con alguna malformación congénita que aumenta la probabilidad de distocia.

También la influencia de la edad y de la paridad es significativa. La mortalidad fetal es mayor en la primípara que en la múltipara (es algo mayor en las primíparas jóvenes,

y aumenta en las primíparas tardías). Influyen en el pronóstico factores fetales como la deflexión primitiva de la cabeza. Parecería que la modalidad de la presentación (nalgas completa o incompleta) no influye en el resultado. En las pelvianas que no coexisten con estos problemas, la elección de la vía del parto (vaginal o cesárea) fue controversial hasta que al comienzo de este siglo se conoció el resultado del primer estudio randomizado metacéntrico realizado en una población de mujeres con fetos únicos de término y en presentación pelviana. En esta investigación se encontró una reducción significativa del riesgo de morbilidad perinatal en el grupo de cesárea programada (electiva) en relación al grupo de parto vaginal programado.²⁸

II.1.12. Presentación de cara:

Se llama más simplemente presentación de cara aquella que se ofrece al estrecho superior en actitud de deflexión máxima. Esta deflexión de la cabeza es acompañada siempre por una lordosis pronunciada de la columna cervico-dorsal; luego la deflexión no es parcial, sino generalizada, por lo que puede decirse gráficamente que el feto está en opistótonos.

La frecuencia de esta presentación se calcula en el 0.05 por ciento de los partos de término (1 en 2000 partos).

El punto diagnóstico es el mentón (MI) y el punto guía de la posición es la pirámide nasal (con sus orificios nasales).

No hay que permitir el trabajo de parto y siempre el caso se resolverá por una cesárea. En las variedades posteriores la indicación de cesárea es absoluta ante el riesgo de enclavamiento. Esta indicación se ha ampliado a las restantes variedades de esta presentación debido a los grandes riesgos.²⁹

²⁸ Obstetricia/ Ricardo Leopoldo Schwarcz, Ricardo Fescina y Carlos Diverges, sexta edición, Buenos Aires: El ateneo, 2005.

²⁹ Clark, 2009; Oshiro, 2009; Tita et al., 2009)

II.1.14. Presentación de frente:

Es de pronóstico grave mucho peor que el de la presentación de cara. Cumple todo su mecanismo en una actitud de moderada o mediana deflexión con la gran fontanela situada en la vecindad del centro del estrecho superior. Eliminando aquellos casos en que esta actitud es sólo transitoria (fase frontal de la presentación de cara o deflexión transitoria en el primer tiempo de un vértice en el mecanismo de las pelvis planas), los casos auténticos en que esta actitud es permanente la evolución del parto es rara.²³

La única conducta a seguir es la cesárea abdominal, dada la gravedad de esta presentación.²³

II.1.15. Macrosomía fetal:

Rouse et al analizaron los posibles efectos de una norma de parto por cesárea electivo ante una macrosomía fetal diagnosticada con estudio ecográfico en comparación con el tratamiento obstétrico habitual. Llegaron a la conclusión de que en las mujeres que no son diabéticas, seguir el criterio de realizar cesárea programada era inadecuada en términos médicos y económicos. Por el contrario, en las mujeres diabéticas con fetos macrosómicos, tal postura de realizar cesárea programada era sostenible. Conway y Langer describieron un protocolo de cesárea sistemática cuando la valoración ecográfica demostraba pesos de 4 250 g o más en las mujeres. Este procedimiento redujo de manera significativa la frecuencia de distocia del hombro de 2.4 a 1.1 por ciento.

Vitalidad fetal comprometida: Sufrimiento fetal agudo: Pueden considerarse dos formas de sufrimiento fetal, la aguda y la crónica. La forma crónica se caracteriza por una disminución del crecimiento del feto debido al aporte insuficiente, en forma prolongada de los elementos necesarios para su desarrollo. La forma aguda se presenta más frecuentemente durante el trabajo de parto y es de instalación relativamente rápida. En la mayoría de los casos es la consecuencia de una distocia de la contractilidad uterina. Se cree que se produce por una disminución en el aporte de oxígeno al feto (hipoxia) asociada a la retención de anhídrido carbónico en el mismo.

La hipoxia y la retención de anhídrido carbónico no son sino una parte de la compleja fisiopatología del sufrimiento fetal. Por eso las denominaciones de hipoxia, anoxia o asfixia fetales no son totalmente adecuadas. Sobre la base de los conocimientos actuales el sufrimiento fetal agudo puede definirse como una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios feto-maternos, de evolución relativamente rápida, que 1/cva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede provocar alteraciones tisulares irreparables o la muerte del feto. Los mecanismos fisiopatológicos mejor conocidos de este complejo son la hipoxia y la retención de hidrogeniones (acidosis). Las lesiones más importantes que provoca, por el tipo de secuelas que producen, son las del sistema nervioso central.

Los signos de sufrimiento fetal más importantes son los que se obtienen por la auscultación del corazón del feto y por la observación de la presencia de meconio en el líquido amniótico. La importancia de los diferentes signos ha sido y es motivo de controversia. Los trabajos sobre el tema tratan de establecer su valor comparando la presencia de uno o más de estos signos con el estado del recién nacido juzgado por el índice de Apgar o por el estudio bioquímico de la sangre del cordón.³⁰

El tratamiento del sufrimiento fetal estará destinado a corregir las alteraciones del intercambio feto-materno. Cuando puede conseguirse este objetivo, se mejora el aporte de oxígeno al feto a la vez que se favorece la eliminación de los catabólicos ácidos. La contractilidad uterina es un factor siempre asociado al sufrimiento fetal agudo, muchas veces como factor causal cuando está excesivamente aumentada y siempre como factor desencadenante.

Todos los factores que determinan disminución del aporte de oxígeno al feto deben ser particularmente atendidos. La anemia materna durante el embarazo se debe corregir con criterio preventivo o con reposición inmediata de sangre en los casos agudos. Cuando el sufrimiento fetal persiste o sus causas no pueden corregirse, se debe extraer al feto por el procedimiento obstétrico que corresponda según las circunstancias. El sufrimiento fetal agudo representa un estado de shock. Extraer de

³⁰ Gary F. et al. Obstetricia de Williams. Vigésima tercera edición. Mc Graw Hill Interamericana. España 2011

urgencia un feto que sufre podría sumar una agresión más a la anoxia. El obstetra, en la medida de lo posible, debería reanimar al feto in útero antes de extraerlo, mediante la operación cesárea.³¹

II.1.16. Restricción del crecimiento fetal:

El crecimiento embrio-fetal normal puede ser definido como aquel que resulta de una división y crecimiento celular sin interferencias y da como producto final un recién nacido de término en el cual se ha expresado totalmente su potencial genético. Este hecho es muy difícil de conocer ya que el potencial intrínseco de crecimiento no puede ser medido con la tecnología disponible actualmente. Por esta razón, el diagnóstico del crecimiento fetal normal se basa en la comparación de las medidas antropométricas del recién nacido objeto del estudio con los estándares obtenidos de neonatos que se consideraron "sanos" por provenir de embarazos sin patología conocida. Con fines clínico-prácticos se considera que un feto presenta restricción de su crecimiento intrauterino (RCI) cuando se le estima un peso inferior al que le correspondería para su edad gestacional. Si naciera en el momento del diagnóstico, su peso estaría por debajo del límite inferior del patrón de peso neonatal para su edad gestacional. La mayoría de los autores aceptan que este límite inferior corresponde al percentil 10 de dicha curva.³²

La prevalencia del RCI en los países de la región oscila entre el 120 y/o el 170 de todos los nacidos vivos. Los RCI exhiben una tasa de mortalidad perinatal 8 veces mayor y el riesgo de asfixia intraparto aumenta 7 veces más que en los nacidos con peso adecuado para su edad gestacional: los neonatos presentan frecuentemente hipoglucemia, hipocalcemia, policitemia y estrés por enfriamiento. Si el RCI se presenta en un embarazo de pretérmino, el riesgo perinatal es mayor puesto que se asocian las dos patologías.³³

³¹ Molina. H. El Comercio. (2016). *Partos por cesárea: buscan conocer cuántos fueron innecesarios*.

³² Encuesta demográfica y de salud República Dominicana 2013. Disponible en <http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/DRDHS2013-Final02-10-2013.pdf>

³³ Gallardo. H, Guerrero. I, Villaveces. M, Nino. J. (2015) adolescencia maternal y su asociación con la realización de cesarean.

II.1.17. Factores que afectan el crecimiento intrauterino

1. Condición socioeconómica educacional
2. Edad materna
3. Paridad
4. Antecedentes obstétricos desfavorables
5. Embarazo múltiple
6. Aumento de peso durante la gestación
7. Intervalo intergenesico
8. Infecciones
9. Defectos congénitos
10. Hábitos de fumar
11. Abuso de alcohol
12. Consumo de drogas
13. Elevada altitud
14. Estrés
15. Control natal ausente o inadecuado

II.1.17. Momento del parto.

En embarazos a término: interrumpir la gestación. En embarazos de pre término: ante vitalidad conservada (Doppler de flujo normal) y crecimiento fetal no detenido (media ultrasonografía del perímetro abdominal fetal), continuar la gestación. Caso contrario, con madurez pulmonar presente, interrumpirla; con pulmón inmaduro, glucocorticoides y luego terminar el embarazo. En la decisión obstétrica deberá tenerse en cuenta la capacidad de la atención neonatal local, circunstancia de tal importancia que hará variar la edad gestacional en que se decida la interrupción de la gestación.

Durante el trabajo de parto. Estos fetos presentan una alta incidencia de sufrimiento fetal agudo, se debe vigilar estrechamente la frecuencia cardiaca fetal y de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto. La vigilancia también puede realizarse por intermedio del monitoreo fetal electrónico continuo. El diagnóstico de restricción en el crecimiento fetal por sí solo no es indicación absoluta de parto por cesárea.

II.1.18. Sistema inmune

Enfermedad hemolítica perinatal (EHP):

La enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido constituye una afección con una expresión clínica diversa, pero con una base fisiopatológica común, dada por la disminución de la sobrevivencia de los glóbulos rojos fetales y/o neonatales debido a la acción de anticuerpos maternos que pasan a través de la placenta y que son específicos contra antígenos de origen paterno presentes en las células rojas fetales y del recién nacido.

II.1.20. Muerte fetal intrauterina:

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar. Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas. Entre las probables complicaciones se encuentra la muerte fetal intrauterina.³⁴

Se define muerte fetal intrauterina como "la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación". Aunque algunos autores la definen como "el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos". Este problema alcanza frecuencias comprendidas entre el 7 a 10 por 1000 nacidos vivos en la mayoría de los países americanos.

En cuanto a la etiología es muy diversa, y ellas pueden deberse a alteraciones fetales, maternas, placentarias, ambientales o ser de origen idiopática.

Los factores de riesgo básicamente se basan en tres grandes categorías: a) macroambiente: señala la situación económica y cultural de la embarazada; b) matroambiente: engloba todas las otras características de la madre, no incluidas en el macroambiente; y c) microambiente: factores asociados al feto, placenta, cordón y líquido amniótico.

³⁴Xochiltl. K, Avila. J (2012) cesárea en adolescentes factores.

Una incapacidad para detectar los latidos cardiotocográficos durante el examen físico sugiere muerte fetal. Sin embargo esto no es concluyente y el óbito se debe confirmar mediante un estudio ecográfico. Sin embargo, es de vital importancia que se realice la investigación pertinente destinada a dilucidar la causa (o las causas) del óbito, y/o sus factores contribuyentes.

-Materno-fetales:

II.1.21. Desproporción feto-pélvica Tal parece que la expresión:

"Cesárea por desproporción céfalo pélvica" no se fundamenta en los servicios de Obstetricia con el documento pelvicefalométrico y, en cambio, sí es una de las mayores determinantes que se aducen para realizar cesáreas en nuestro país. No vale que se aduzca desproporción sin un documento fehaciente; por eso la cefalopelvimetría sí tiene lugar actualmente para justificar la cesárea por desproporción sustituyendo al parto por vía normal.

Ocurre en la práctica que las "pelvicelafometrías" requeridas para casos específicos se reciben de radiólogos o "laboratorios" con criterio diverso en la selección de los puntos o planos a medir o en el método. Los obstetras conocen el mecanismo del parto y los estorbos que ocurrirán a un producto de la concepción durante la presentación, el encajamiento en el estrecho superior, la forma de descenso, rotación y desprendimiento. Si la morfología de la cavidad pélvica se le exhibe en imagen a un buen obstetra éste podrá, mentalmente, concebir si la cabeza del niño tendrá un trayecto correcto o habrá dificultades para entregarlo sano y sin daño; también podrá saber cuándo las morfologías de la cavidad prometen dificultades: pelvis muy platipeloide, infundibuliforme o francamente estrecha, que se aprecian bien en dos placas simples datos que informan, además, medidas milimétricas.

Se deduce, de inmediato, la indicación: embarazo a término en presentación cefálica (las presentaciones a término, transversa o pélvica se resuelven de una vez y sin medidas por un buen plan de cesárea). También es indicación la corta estatura materna o, francamente, la sospecha clínica de pelvis estrecha. Puede ser, además, la

ratificación documental de cesárea previa en una primípara sin ese documento y está nuevamente en embarazo a término.³⁵

II.1.22. Parto detenido:

El trabajo de parto y el mismo parto son procesos por los que se expulsa naturalmente el feto desde el útero hacia el mundo exterior; sin embargo, aunque se trata de un acto fisiológico para la reproducción humana, a menudo aparecen complicaciones materno-fetales, que pueden incluso provocar la muerte de madre e hijo. Por esas razones se abandonó la ancestral costumbre de parir en el domicilio para hacerlo en los hospitales maternos.

Friedman representó gráficamente el parto al comparar la dilatación cervical y el descenso de la presentación en una unidad de tiempo. En la curva de dilatación definió 2 períodos: el de fase latente y el de fase activa, con sus respectivas desviaciones. Las anomalías del trabajo de parto se clasifican según la fase en que se producen, pero la identificada como latente se relaciona con su prolongación. Para este mismo, la fase latente prolongada era a partir de 14 horas en las mujeres multíparas y de 20 en las nulíparas, con valores promedios de 5,3 y 8,6 horas, respectivamente. También expresó que se trataba de una anomalía del parto más o menos benigna, hasta que un estudio colaborativo perinatal demostró la presencia de complicaciones perinatales cuando la fase latente se prolonga, tales como: disminución del Apgar al primer y quinto minutos, asfixia y muerte perinatal, así como daño visual, auditivo, del lenguaje y aprendizaje, y retardo del desarrollo neurológico.

Entre los diferentes factores causales de la fase latente prolongada figuran: la inmadurez cervical, la inercia uterina primaria, la sedación o analgesia excesiva, entre otras. Por ello, un factor relacionado con la duración de dicha fase es el estado del cuello uterino, de modo, que una mayor madurez de este último al comienzo del trabajo de parto tiende a condicionar una fase latente más breve.

³⁵Santin. G (2011) cesárea por desproporción cefalopelvica.<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom116f.pdf> desproporción feto pélvica factores que intervienen

La resistencia cervical está dada por la presencia de tejido colágeno, sin que este se haya afectado con los cambios fisiológicos que experimenta al final del embarazo. Por otro lado, se cree que en la fase latente prolongada posiblemente se producen contracciones uterinas ineficaces, sin marcapaso miometrial dominante, que en muchos casos favorecen la ocurrencia de parto disfuncional primario y su interrelación con otras distocias en la fase activa. Durante un trabajo de parto disfuncional primario, la actividad uterina cambia de contracciones globales ordenadas a otras más focales y, por tanto, menos eficientes, que hacen surgir un nuevo foco de marcapaso. Aunque la fase latente prolongada no suele clasificarse como un trastorno de detención, cabe suponer que el progreso normal del trabajo de parto se ha perdido.

De hecho, la fase latente prolongada ha sido considerada como una forma de distocia que, por toda una serie de mecanismos desfavorables, afecta la psiquis de la paciente y exige la ejecución de acciones sanitarias encaminadas a atenderla y ofrecerle un seguimiento médico más conveniente.³⁶

II.1.23. Ovulares:

Placenta previa

Se conoce con el nombre de placenta previa un proceso caracterizado, anatómicamente, por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero y, clínicamente, por hemorragias de intensidad variable.

La hemorragia, aunque frecuente, puede no estar presente en el proceso; existen por lo tanto formas anatómicas sin expresión clínica. Esta variedad constituye el 25 por ciento de los casos y carece de importancia.

La frecuencia de este proceso es distinta si se consideran solamente los casos de inserción baja o aquellos en los que, además, se le suman las hemorragias. Estas últimas, que son las que realmente interesan, se presentan en las estadísticas con una

³⁶Nápoles. D, Couto. D, Montes de oca. A, (2012) Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto

frecuencia sumamente variable, pero en conjunto se puede establecer la proporción de 1 cada 200 o 300 embarazos. Dicha frecuencia es en las multíparas mayor que en las nulíparas, y en las mujeres de más de 35 años mayor que en las de menos de 25 años.

Como consecuencia de la ubicación anómala de la placenta, ésta, al actuar como un impedimento para el descenso, dificulta el encajamiento y produce presentaciones viciosas (tronco, pelviana); además expone, al romperse las membranas por su fragilidad, al parto prematuro y a las procidencias del cordón.³⁷

II.1.24. Desprendimiento prematuro de placenta:

Representa urgencia obstétrica, pues cuando la placenta se separa del útero o matriz antes del parto, el bebé deja de recibir oxígeno. Las consecuencias para la madre no son menos graves, ya que puede sufrir hemorragia que pone en peligro su vida.

En la mayoría de los embarazos dicha estructura permanece unida con firmeza a la parte superior de la pared uterina; sin embargo, en algunas mujeres puede separarse. "En estos casos, tiene lugar la aparición de un coágulo entre placenta y útero o matriz que va causando el desprendimiento y que, obviamente, puede ocasionarle la muerte al bebé y complicaciones severas a la madre.

Este problema obstétrico, también conocido como *abruptie placentae* o placenta abrupta, es causa de sangrado después de la segunda mitad de la gestación y debe tratarse como emergencia.

La paciente llega con dolor intenso en el vientre y, durante la revisión, observamos que el útero está contraído y no se relaja. Una contracción normal de trabajo de parto tiene una duración de 45 a 60 segundos, pero en la placenta abrupta esta condición se mantiene. Así mismo, es muy difícil localizar la frecuencia cardíaca del bebé y puede haber sufrimiento fetal porque se está desconectando la vía de traspaso de oxígeno y nutrientes.

³⁷ Saludymedicinas (2016). *Desprendimiento prematuro de placenta: gestación en peligro*. [online] Available at: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/embarazo/articulos/desprendimiento-prematuro-de-placenta-gestacion-en-peligro.html>

Lo primero que debe hacerse es estabilizar a la paciente mediante reemplazo de líquidos por vía intravenosa, así como buscar si hay signos de sufrimiento fetal, es decir, ritmo cardíaco muy alto o bajo en el producto. Cuando esto último ocurre es indispensable interrumpir el curso del embarazo mediante cesárea. La única razón por la que este procedimiento no aplica es cuando la madre llega con trabajo de parto avanzado y el bebé ya está en el canal vaginal; en tal circunstancia se abrevia la expulsión con ayuda de fórceps, ya que de esta forma se evitan más contracciones y el riesgo de ocasionar sangrado profuso.

No obstante, más del 80 por ciento de los casos se resuelven mediante cesárea. "La mayoría de los desprendimientos que ocurren son importantes; incluso, las mujeres llegan con dolor fuerte y contracción uterina persistente".

II.1.25. Procidencia de cordón:

Procidencia de cordón (PC) hace referencia al descenso del cordón a través del cuello o del orificio cervical cuando las membranas están rotas.

Laterocidencia de cordón es la presencia de cordón umbilical entre la presentación y el cuello en presencia de membranas íntegras.

Procúbito de cordón es la presencia del cordón umbilical entre la presentación y la pared vaginal o el cuello en presencia de membranas íntegras.³⁹ La incidencia de PC es de 0,1 a 0,6 por ciento de todos los nacimientos. En presentaciones pelvianas la incidencia es levemente superior al 1 por ciento. La incidencia es mayor en fetos masculinos y en gestaciones múltiples. Se estima que se asocia a una mortalidad perinatal de 9,1 por ciento. Prematurez, malformaciones congénitas y asfixia perinatal son las patologías más frecuentemente asociadas.

La principal causa de asfixia es la compresión del cordón y el vasoespasmo de la arteria umbilical que altera el flujo de sangre hacia y desde el feto.³⁸

³⁸.Valenti. E, (2010) guía de procidencia del cordón. Available at: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91211281005.pdf>

II.1.26. Factores de riesgo

A) Generales

1. Multiparidad
2. Peso al nacer menor de 2.500 gramos,
3. Prematurez
4. Malformaciones congénitas
5. Presentación pelviana
6. Situación transversa, oblicua o inestable
7. Segundo gemelar
8. Polihidramnios
9. Presentación móvil
10. Inserción baja de la placenta

B) Asociada a procedimientos

1. Ruptura artificial de membranas (RAM),
2. Versión externa,
3. Versión interna,
4. Inserción de transductor de presión intrauterina³⁹

Algunos autores señalan que las anomalías de cordón (nudos reales o escasez de gelatina de Wharton) y acidosis fetal pueden alterar la consistencia del cordón y predisponer a la PC. El 50 por ciento de las PC están precedidos por alguna maniobra. Las versiones fetales y la RAM son las más frecuentes.³⁹ Modo de parto si el parto no es inminente se recomienda la cesárea. Debe ser cesárea de urgencia (diagnóstico nacimiento en menos de 30 minutos y con anestesia general) si hay alteraciones de la FCF. Puede ser cesárea convencional (anestesia regional) si el patrón de FCF es normal. Si hay dilatación completa se puede intentar el parto vaginal normal o instrumental, siempre que tengamos la seguridad de que será rápido y seguro. En un estudio de PC en período expulsivo el porcentaje de Apgar menor de 7 al 5to minuto

³⁹ Gary F. et al. Obstetricia de Williams. Vigésimo segunda edición. Mc Graw Hill Interamericana. España 2006. Página 544-545

fue: 5 por ciento si el tiempo entre diagnóstico y nacimiento fue menor a 10 minutos, 30 por ciento si estuvo entre 10 y 20 minutos y 71 por ciento si fue entre 20 y 30 minutos.

II.2. Factores asociados a parto por cesárea

Los índices de cesáreas pueden ser influenciados por factores distintos a los médicos. Estos pueden ser: filosofía individual y entrenamiento, conveniencia para el doctor y el paciente, nivel socioeconómico del paciente, problemas de pareja, miedo al trabajo de parto entre otros factores y lucro económico de los médicos.⁴⁰

El dilema ético en torno a la operación cesárea deriva de la existencia de dos vías por las cuales se puede resolver un parto, y el obstetra debe juzgar en cada caso particular cuál de estas dos vías representa lo mejor para sus dos pacientes, la madre y el feto.⁴¹

Se han argumentado como factores que contribuyen a elevar la práctica de la cesárea, la comodidad del médico, evitando las largas horas de vigilancia del trabajo de parto, mediante un procedimiento más rápido, más controlable y en horarios hábiles; el aprendizaje de los futuros Gineco-obstetras, en la época de la residencia; y por solicitud de la paciente: por temor al dolor o al eventual daño para su hijo; por razones de comodidad, al poder programar su parto; por razones de tipo estético; por temor a los prolapsos genitales o a las disfunciones sexuales.⁴²

Además, en la decisión médica participa la autonomía de la madre, que no es sino la decisión de la mujer a favor o en contra de la decisión médica, de acuerdo al bien que ella ve para sí y para su hijo en una determinada vía de nacimiento. Esto ha llevado a diversos grupos a promover ya no tanto el "consentimiento informado" como lo que se ha denominado "elección informada": una elección basada en la comprensión integral

⁴⁰ Hernández-Jiménez C, Borbolla-Sala ME, Ramírez-Aguilera MJP. Características clínicas del embarazo adolescente, factores relacionados con la operación cesárea y mortalidad del recién nacido en el Hospital de Alta Especialidad de la Mujer. Salud en Tabasco [Internet]. 2015;21(2-3):85-92. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48745738007>

⁴¹ Mohamed AAA, Almalaq AAA, Almansour RDM, Alanazi HSA, Al-Khamali MM, Shommo SAM. Mode of delivery and birth weight among teenage and adult primigravida Saudi women: A retrospective comparative study. J Obs Gynaecol Res. 2015;41(11):1721-5.

⁴² Daniels S, Robson D, Flatley C, Kumar S. Demographic characteristics and pregnancy outcomes in adolescents - Experience from an Australian perinatal centre. Aust New Zeal J Obstet Gynaecol. 2017;57(6):630-5.

de todas las opciones y de sus posibles riesgos y beneficios. Sin embargo, cuando el cálculo riesgo-beneficio se encuentra en un estado de equilibrio dinámico, surgen los dilemas éticos relativos a la promoción rutinaria de la cesárea electiva como parte del proceso de consentimiento informado para el manejo intraparto, y del peso específico de la solicitud de una cesárea electiva por la madre en la decisión final de la vía de nacimiento.⁴³

La cesárea es un tratamiento, tiene indicaciones precisas, y su único objeto es asegurar la salud de la madre y de su hijo, por lo que sólo se debe indicar cuando un parto vaginal sea riesgoso para ellos. Por otra parte, si bien es cierto que la cesárea representa un riesgo mayor que el parto vaginal, no parece aplicar esta consideración en el contexto de sub grupos de pacientes con algún factor de riesgo, o en los cuales la evolución del parto ya no es fluida.⁴⁴

El antecedente de cesárea también se ha asociado con una mayor probabilidad de placenta previa y placenta acreta, y este riesgo se incrementa con el número de cesáreas. En un estudio del Instituto Nacional de Perinatología se reportó que en mujeres sin antecedente de cesárea, la incidencia de placenta accreta fue de 9.4%; de 21.1% con el antecedente de una cesárea; y de 50% con dos o más cesáreas.⁴⁵

Esta asociación resulta particularmente preocupante debido a que se trata de condiciones que incrementan de manera notable el riesgo de hemorragia peri-parto y de histerectomía obstétrica.

Para proteger a ambos pacientes, el médico debe asegurarse que la paciente comprende los riesgos de la cesárea para sí misma y para su hijo, aprecia que estos riesgos pueden ocurrir y está capacitada para tomar una decisión voluntaria. Una

⁴³ Avanza, MJ et al Frecuencia e indicaciones de cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario. Revista Médica del Nordeste - N° 5 - Marzo 2004. Argentina.

⁴⁴ Suciú L, Pasc A, Cucerea M, Bell E. Teenage Pregnancies: Risk Factors and Associated Neonatal Outcomes in an Eastern-European Academic Perinatal Care Center. Am J Perinatol [Internet]. 2016;33(4):409-14. Available from: [http://www.thieme-](http://www.thieme-connect.com/ejournals/toc/ajp%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS)

[connect.com/ejournals/toc/ajp%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS](http://www.thieme-connect.com/ejournals/toc/ajp%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS)
&PAGE=reference&D=emed13&NEWS=N&AN=2015471721

⁴⁵ Blomberg M, Tyrberg RB, Kjölhede P. Impact of maternal age on obstetric and neonatal outcome with emphasis on primiparous adolescents and older women: A Swedish Medical Birth Register Study. BMJ Open. 2014;4:e005840.

solicitud espontánea, no informada o irreflexiva no alcanza los criterios éticos de un juicio basado en la autonomía. Por otra parte, cuando un médico considera que la cesárea electiva no cae dentro de los límites de una práctica médica aceptable es libre de invocar a la objeción de conciencia individual e informar a la paciente que es incapaz de aceptar su solicitud, así como concertar transferirla con otro médico.⁴⁶

Si por políticas de salud se persigue disminuir la tasa de cesáreas, debe crearse en la madre y en sus familiares, así como en los médicos en ejercicio profesional o en formación, un ambiente favorable hacia un parto vaginal, lo que sólo podrá alcanzarse de manera real cuando se dispongan y se difundan ampliamente, las evidencias científicas que de manera clara y contundente indiquen en qué condiciones la cesárea es más riesgosa para la madre y su hijo, y se restablezca un clima de confianza entre el médico y sus pacientes.⁴⁷

Las diferentes tasas registradas en los sectores público y privado indican la importante participación de intereses no médicos en los ginecoobstetras al momento de la decisión de realizar una cesárea. Se debe reprobado el abuso de la cesárea, lo que ocurre cuando participan factores distintos al bienestar materno-fetal. En los Estados Unidos de América se ha calculado que aproximadamente la mitad de las cesáreas son innecesarias, en un escenario donde los honorarios médicos por cesárea corresponden al doble de los cobrados por nacimientos normales. En América Latina se estima que cada año ocurren 850,000 cesáreas no justificadas.⁴⁸

⁴⁶Medhi R, Das B, Das A, Ahmed M, Bawri S, Rai S. Adverse obstetrical and perinatal outcome in adolescent mothers associated with first birth: a hospital- based case-control study in a tertiary care hospital in North-East India. *Adolesc Health Med Ther* [Internet]. 2016;7:37-42. Available from: <https://www.dovepress.com/adverse-obstetrical-and-perinatal-outcome-in-adolescent-mothers-associ-peer-reviewed-article-AHMT>

⁴⁷Casagrandi C. y Col, Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. Hospital Gineco obstétrico "Ramón González Coro". *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*, 33(3).2007

⁴⁸Esquivel L, Blanca Inés et al. Embarazo en adolescentes y no adolescentes. Resultados Obstétricos y perinatales. *RevMed UAS. Nueva Época*; Vol 1: No.1. Enero-marzo 2010.

Necesidad de un sistema de clasificación universal

En 2011 la OMS realizó una revisión sistemática de los sistemas utilizados para clasificar las cesáreas y concluyó que la clasificación de Robson es la más adecuada para atender las necesidades locales e internacionales actuales. La OMS recomendó utilizarla como base para desarrollar un sistema de clasificación de cesáreas aplicable a nivel internacional⁴⁹.

El sistema clasifica cada mujer en una de diez categorías mutuamente excluyentes que, en conjunto, son totalmente incluyentes. Las categorías surgen a partir de cinco características obstétricas básicas que constan regularmente en todas las maternidades:

- Paridad (nulípara, multípara con y sin cesárea previa)
- Comienzo del trabajo de parto (espontáneo, inducido o cesárea antes del comienzo del trabajo de parto)
- Edad gestacional (parto prematuro o a término)
- Presentación fetal (cefálica o podálica) y situación transversa
- Cantidad de fetos (único o múltiple).

La clasificación es sencilla, sólida, reproducible, clínicamente adecuada y prospectiva. Esto significa que, sobre la base de estas pocas características básicas, es posible clasificar a cada mujer en el momento de su admisión para dar a luz, en uno de los diez grupos. Esto permite comparar y analizar las tasas de cesáreas dentro de los grupos y entre ellos⁴⁹.

La OMS prevé que esta clasificación ayude a los establecimientos sanitarios a:

- Optimizar el uso de las cesáreas mediante la identificación, el análisis y la concentración de intervenciones en grupos específicos particularmente relevantes para cada establecimiento sanitario
- Evaluar la eficacia de las estrategias o las intervenciones dirigidas a optimizar el uso de las cesáreas
- Evaluar la calidad de la atención, las prácticas clínicas y los resultados para cada grupo
- Evaluar la calidad de los datos reunidos y concienciar al personal acerca de la importancia de los datos y su uso.

CAPITULO III

III.1. VARIABLES

- Edad
- Edad gestacional
- Abruption placentae
- Placenta previa
- Ruptura prematura de membranas
- Estado fetal no satisfactorio
- Trastornos hipertensivos
- Desproporción cefalo-pélvica
- Hemorragia postparto

III.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista	18-25 26-33 34-41 42 años o más	Ordinal
Edad gestacional	Tiempo de gestación	Pretérmino A término Posttérmino	Nominal
Abruptio placentae	Separación prematura de una placenta que está normalmente implantada en el útero.	Si / No	Nominal
Placenta previa	Implantación anormal de la placenta en el segmento inferior del útero y que puede cubrir parte o toda la abertura del cuello uterino.	Si / No	Nominal
Ruptura prematura de membranas	Ruptura espontánea de las membranas que rodean al feto, en cualquier momento anterior al inicio del trabajo de parto.	Si / No	Nominal
Estado fetal no satisfactorio	Estado fetal preocupante, que indica que el feto está comprometido. Se identifica por valores subóptimos en el índice de corazón fetal, oxigenación de la sangre fetal y otros parámetros.	Si / No	Nominal
Trastornos hipertensivos	Afección en embarazadas con presión sanguínea arterial sistólica (más grande que 140 mm Hg) y diastólica (más grande que 90 mm Hg) elevadas en por lo menos dos ocasiones 6 horas aparte, ocurre después de 20 semanas de gestación.	Si / No	Nominal
Desproporción cefalo-pélvica	Circunstancia en la que la cabeza del feto es mayor que la pelvis materna a través de la cual debe pasar la cabeza fetal durante el parto vaginal.	Si / No	Nominal
Hemorragia postparto	Exceso de pérdida de sangre por sangrado uterino asociado a trabajo de parto o nacimiento, pérdida de sangre mayor a 500 ml o una cantidad que afecta adversamente a la fisiología materna.	Si / No	Nominal

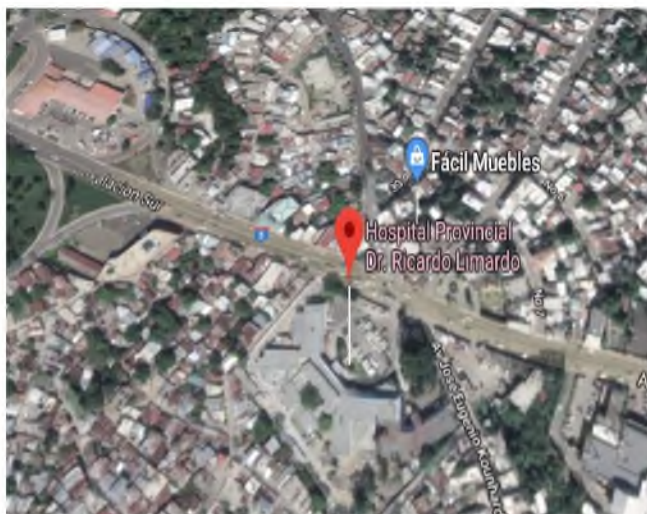
III.3.MATERIAL Y MÉTODOS

III.3.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectiva y de corte transversal, con el propósito de determinar la prevalencia de cesárea con indicación absoluta en el Hospital Provincial Ricardo Limardo, 1 febrero – mayo, 2022(ver anexo IV.2.1. Cronograma).

III.3.2. Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Universitario Ricardo Limardo delimitado al norte por la avenida Circunvalación Sur; al este por la avenida José Eugenio Kounhardt; al sur por la calle primera, y al Oeste por la calle 5 (ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico

aérea

Fuente: Google maps.

III.3.3. Universo

El universo estuvo representado por todas las pacientes embarazadas que acudieron al departamento gineco obstetricia y se le realizo cesárea para un total de 255 pacientes en el periodo 1 febrero – 1 mayo, 2022.

III.3.4. Muestra

Correspondió a pacientes con indicación absoluta de cesárea en el Hospital Provincial Ricardo Limardo durante el periodo de estudio con un total 177 pacientes.

III.3.5. Criterios

III.3.5.1. De inclusión

1. Pacientes embarazadas.
2. Pacientes con indicaciones absolutas de cesárea.

III.3.5.2. De exclusión

1. Pacientes no embarazadas.
2. Pacientes con partos vaginales.

III.3.6. Instrumento de recolección de datos.

Se elaboró un formulario a partir de las variables del estudio el cual constará de preguntas cerradas. El mismo será sometido a revisión y se hizo una prueba piloto para verificar se cumple con los objetivos pautados (ver anexo IV.2.2. Instrumento).

III.3.7. Procedimiento

Se solicitó la aprobación para la realización de la investigación mediante una comunicación expedida por la Oficina de Tesis de Grado, en representación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) a las autoridades dirigida a al centro de salud.

El proceso que se utilizó para la recolección de la información fue el siguiente: Iniciada la recolección de la muestra en la tanda correspondiente, previa sincronización de los relojes de los investigadores, se informa al departamento de subdirección para el consentimiento formal para revisión de los expedientes del departamento de ginecología y obstetricia con el propósito de la investigación.

Luego de obtener el consentimiento por parte de la subdirección, se procederá al llenado de las variables generales con información recolectada de los expedientes clínicos.

III.3.8. Tabulación

Los datos levantados serán procesados en Microsoft Office Excel (ver anexo IV.2.1. Cronograma).

III.3.9. Análisis

Los datos obtenidos serán analizados en frecuencia simple.

III.3.10. Aspectos éticos

La investigación se realiza bajo los principios de la ética: confidencialidad, consentimiento informado y justicia. Se mantuvieron en la absoluta confidencialidad los datos personales de los pacientes. Los datos personales obtenidos se utilizaron única y exclusivamente con interés científico, siendo sólo utilizada la información requerida para la realización de la investigación. Se respetó el derecho de autoría de las bibliografías consultadas. Los resultados obtenidos no fueron objeto de manipulación ni de alteración alguna.

CAPÍTULO IV.

IV.1. RESULTADOS

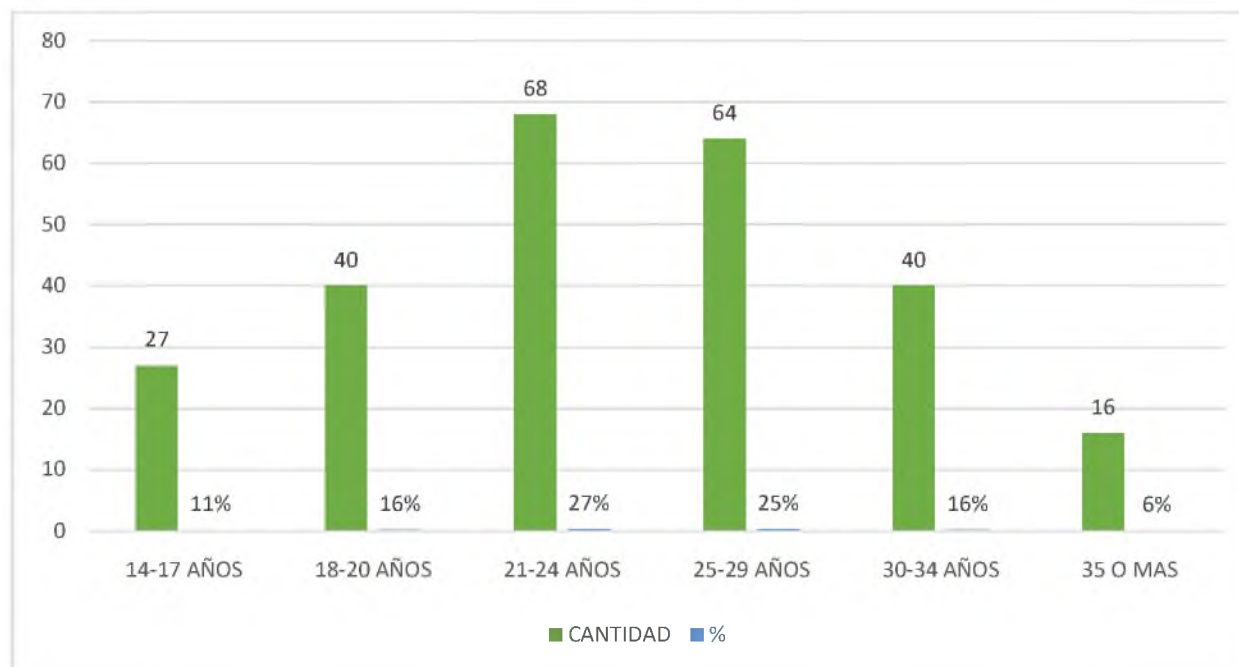
Cuadro No. 1

Distribución porcentual la edad más frecuente de las pacientes sometidas a cesáreas en el Hospital Ricardo Limardo en el periodo 1 febrero – 1 mayo 2022.

EDAD	CANTIDAD	%
14-17 AÑOS	27	11%
18-20 AÑOS	40	16%
21-24 AÑOS	68	27%
25-29 AÑOS	64	25%
30-34 AÑOS	40	16%
35 O MAS	16	6%
Total	255	100%

Fuente: recolección de información estadística y datos de los expedientes de las pacientes maternas que se le realizo cesárea en el periodo 1 febrero-1 mayo del hospital regional Ricardo Limardo.

Gráfico 1.



Fuente: Cuadro 1

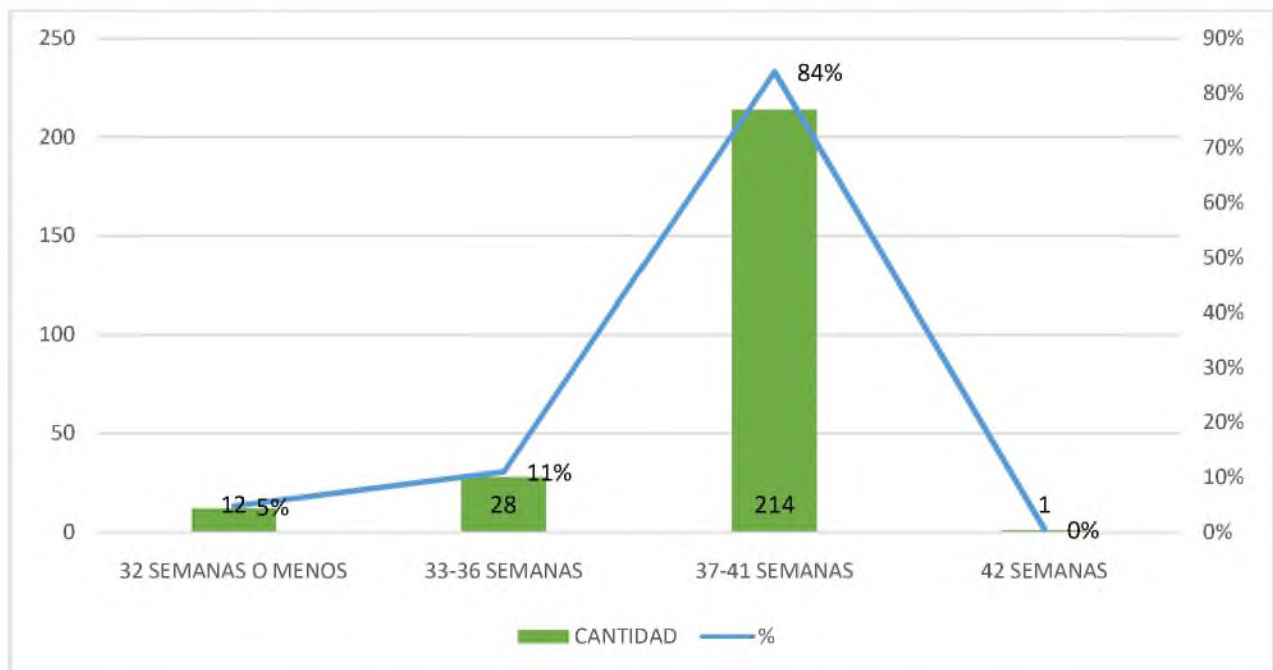
Cuadro No. 2

Distribución porcentual la edad gestacional más frecuente de las pacientes sometidas a cesáreas en el Hospital Ricardo Limardo en el periodo 1 febrero – 1 mayo 2022.

EDAD GESTACIONAL	CANTIDAD	%
32 SEMANAS O MENOS	12	5%
33-36 SEMANAS	28	11%
37-41 SEMANAS	214	84%
42 SEMANAS	1	0%
Total	255	100%

Fuente: recolección de información estadística y datos de los expedientes de las pacientes maternas que se le realizo cesárea en el periodo 1 febrero-1 mayo del hospital regional Ricardo Limardo.

Gráfico 2



Fuente: Cuadro 2

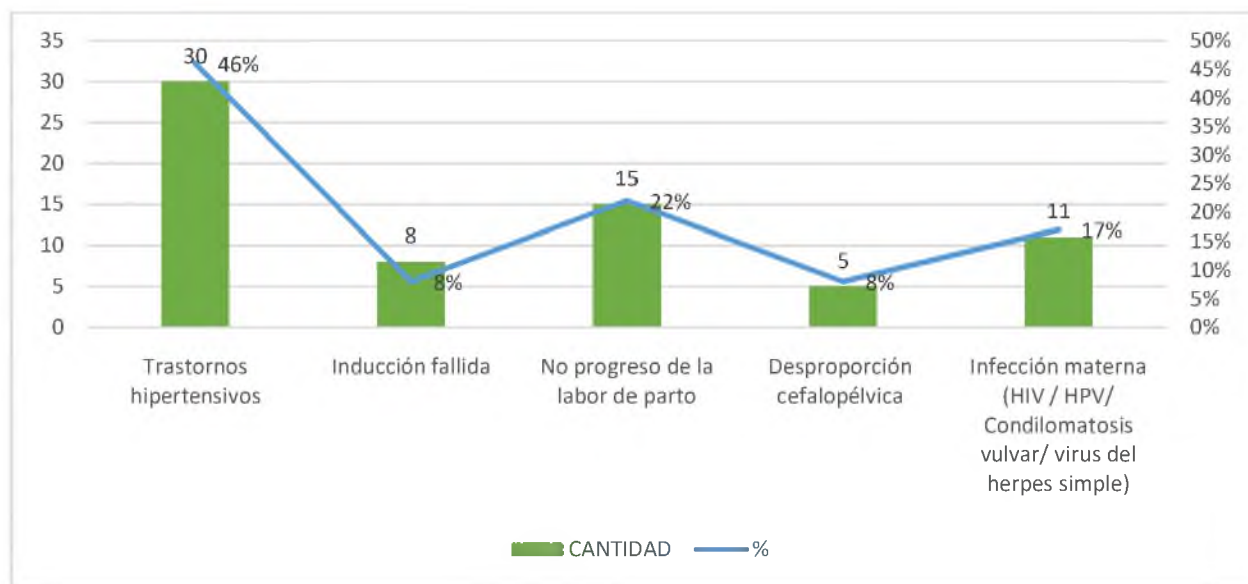
Cuadro No. 3

Distribución porcentual de las causas maternas asociada a la realización de cesáreas en pacientes del Hospital Ricardo Limardo en el periodo 1 febrero – 1 mayo 2022.

CAUSAS MATERNAS	CANTIDAD	%
Trastornos hipertensivos	30	46%
Inducción fallida	8	8%
No progreso de la labor de parto	15	22%
Desproporción cefalopélvica	5	8%
Infección materna (HIV / HPV/ Condilomatosis vulvar/ virus del herpes simple)	11	17%
Total	69	100%

Fuente: recolección de información estadística y datos de los expedientes de las pacientes maternas que se le realizo cesárea en el periodo 1 febrero-1 mayo del hospital regional Ricardo Limardo.

Gráfico 3



Fuente: Cuadro 3.

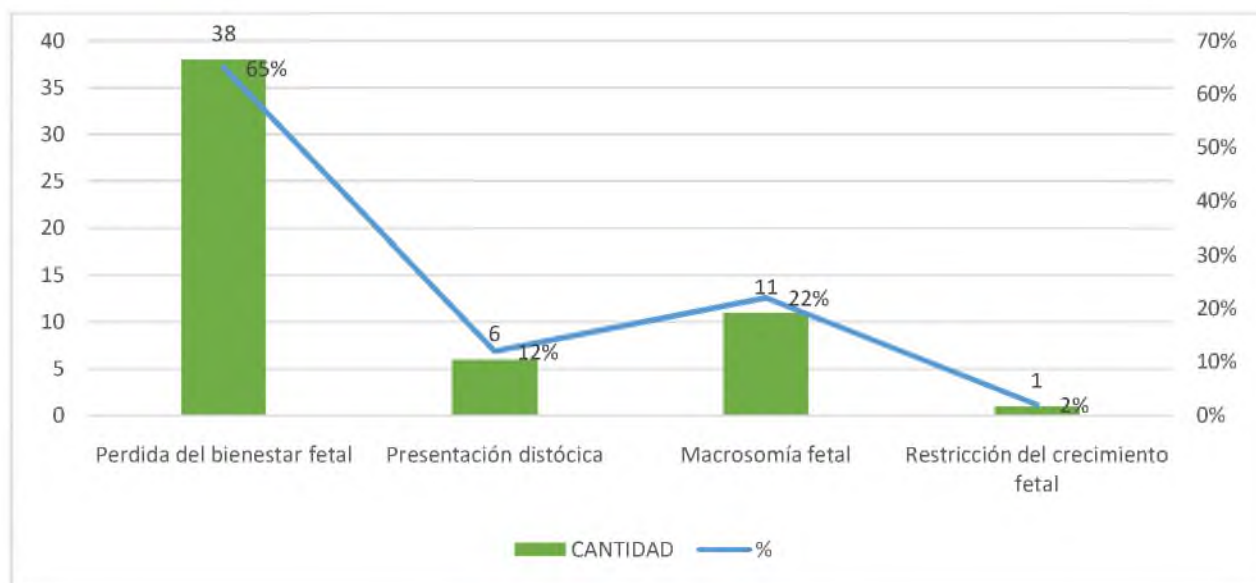
Cuadro No. 4

Distribución porcentual de las causas fetales asociada a la realización de cesáreas en pacientes del Hospital Ricardo Limardo en el periodo 1 febrero – 1 mayo 2022.

CAUSAS FETALES	CANTIDAD	%
Perdida del bienestar fetal	38	65%
Presentación distócica	6	12%
Macrosomía fetal	11	22%
Restricción del crecimiento fetal	1	2%
Total	56	100%

Fuente: recolección de información estadística y datos de los expedientes de las pacientes maternas que se le realizo cesárea en el periodo 1 febrero-1 mayo del hospital regional Ricardo Limardo.

Gráfico 4



Fuente: Cuadro 4.

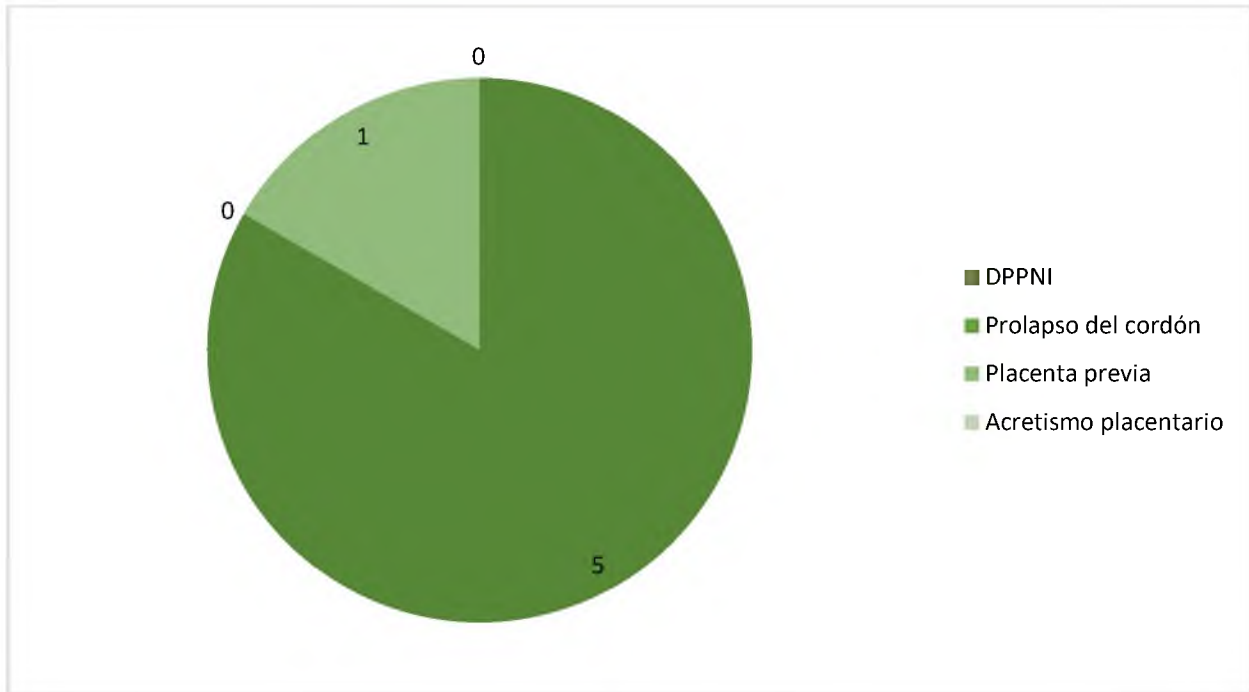
Cuadro No. 5

Distribución porcentual causas asociada a la placenta y el cordón que conlleva a la realización de cesáreas en pacientes del Hospital Ricardo Limardo en el periodo 1 febrero – 1 mayo 2022.

CAUSAS ASOCIADA A LA PLACENTA Y EL CORDON	CANTIDAD	%
DPPNI	5	83%
Prolapso del cordón	0	0%
Placenta previa total o parcial	1	17%
Acretismo placentario	0	0%
Total	6	100%

Fuente: recolección de información estadística y datos de los expedientes de las pacientes maternas que se le realizo cesárea en el periodo 1 febrero-1 mayo del hospital regional Ricardo Limardo.

Gráfico 5



Fuente: Tabla 5.

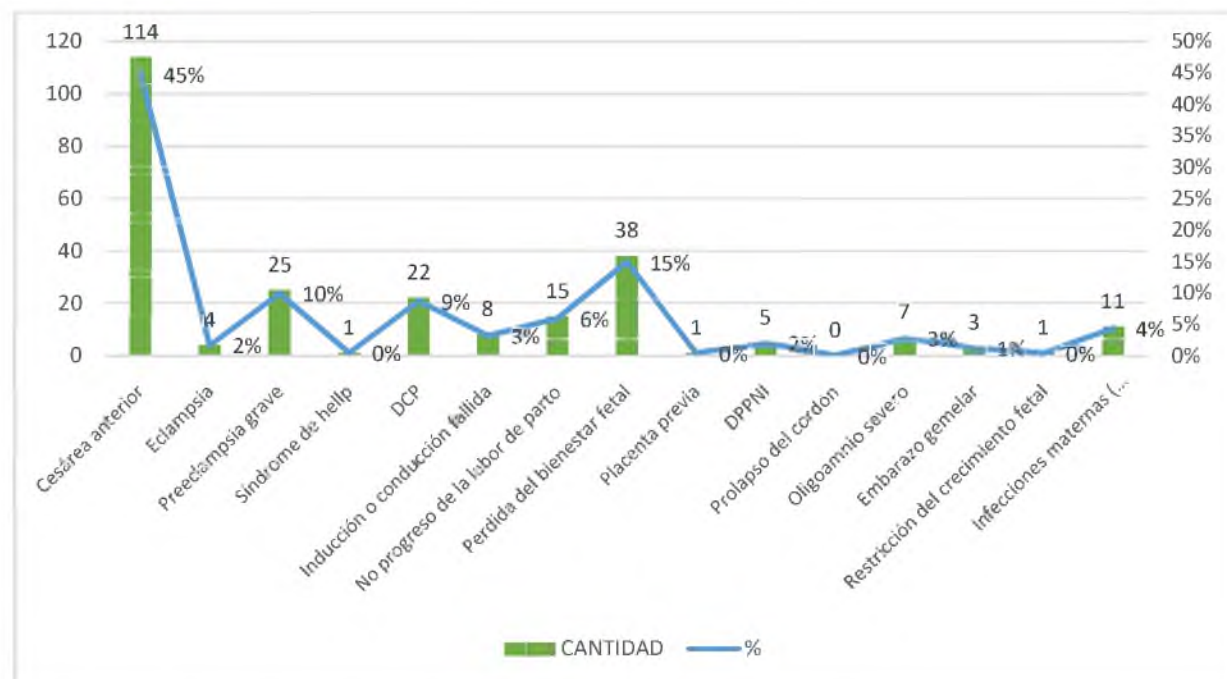
Cuadro No. 6

Distribución porcentual causas más frecuente de realización de cesárea en pacientes del Hospital Ricardo Limardo en el periodo 1 febrero – 1 mayo 2022.

CAUSAS MAS FRECUENTE DE CESAREA	CANTIDAD	%
Cesárea anterior	114	45%
Eclampsia	4	2%
Preeclampsia grave	25	10%
Síndrome de hellp	1	0%
DCP	22	9%
Inducción fallida	8	3%
No progreso de la labor de parto	15	6%
Perdida del bienestar fetal	38	15%
Placenta previa	1	0%
DPPNI	5	2%
Prolapso del cordón	0	0%
Oligoamnio severo	7	3%
Embarazo gemelar	3	1%
Restricción del crecimiento fetal	1	0%
Infecciones maternas (HIV, HPV, condilomatosis)	11	4%

Fuente: recolección de información estadística y datos de los expedientes de las pacientes maternas que se le realizo cesárea en el periodo 1 febrero-1 mayo del hospital regional Ricardo Limardo.

Gráfico 6



Fuente: Cuadro 6.

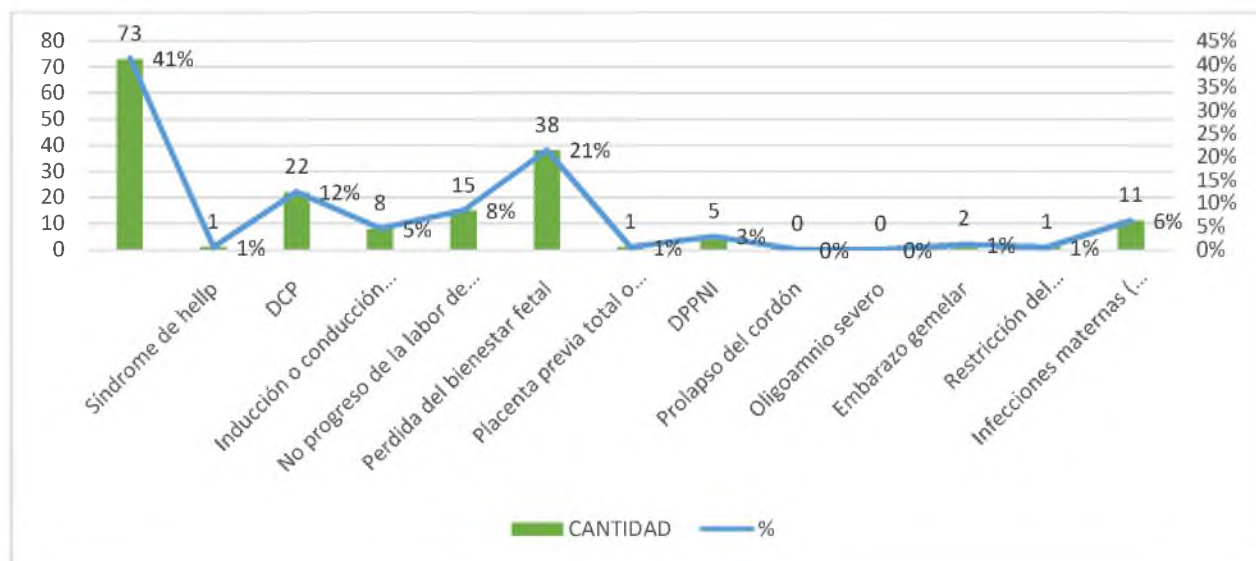
Cuadro No. 7

Distribución porcentual del número de cesáreas realizadas con indicaciones absolutas en pacientes del Hospital Ricardo Limardo en el periodo 1 febrero – 1 mayo 2022.

CAUSAS DE CESAREA CON INDICACIONES ABSOLUTAS	CANTIDAD	%
Cesárea anterior con indicaciones para realización de siguientes partos por cesáreas	73	41%
Síndrome de hellp	1	1%
DCP	22	12%
Inducción o conducción fallida	8	5%
No progreso de la labor de parto	15	8%
Perdida del bienestar fetal	38	21%
Placenta previa total o parcial	1	1%
DPPNI	5	3%
Prolapso del cordón	0	0%
Oligoamnio severo	0	0%
Embarazo gemelar	2	1%
Restricción del crecimiento fetal	1	1%
Infecciones maternas (HIV, HPV, condilomatosis)	11	6%
TOTAL	177	100%

Fuente: recolección de información estadística y datos de los expedientes de las pacientes maternas que se le realizo cesárea en el periodo 1 febrero-1 mayo del hospital regional Ricardo Limardo.

Gráfico 7.



Fuente: Cuadro 7.

IV.2. DISCUSIÓN

La distribución de los pacientes de acuerdo a la edad, el rango más frecuente fue el de 21-24 años con el 27%, seguido del rango de edad de 25-29 años con el 25%, el rango de edad 18-20 años con el 16%, y el rango de 30-34 años con el 16%, y el rango de 14-17 años con el 11%.

La edad gestacional más frecuente fue de 37-41 semanas con el 84%, el 11% de 33-36 semanas y el 5% de 32 semanas o menos.

Entre las causas maternas más frecuentes fueron trastornos hipertensivos en el 46%, no progreso de la labor de parto 22%, infección materna por 17%, inducción o conducción fallida por 8% y desproporción cefalopélvica con el 8%. Estos datos coinciden con la investigación realizada por Barriga, Bautista, y Navarro en Colombia, en 2012, en donde se encontró que trastornos hipertensivos del embarazo 15,5%, detención secundaria de la dilatación y el descenso 5,5%, ruptura prematura de membranas 4,7%.

En cuanto a las causas fetales, el 65% fue pérdida del bienestar fetal, el 22% macrosomía fetal, el 12% presentación distócica y el 2% restricción del crecimiento fetal. Datos similares encontrados por Barriga, Bautista, y Navarro en Colombia, en 2012, donde las causas fetales se presentaron el estado fetal insatisfactorio 15,5%, como la más frecuente.

Las causas provocadas por la placenta y el cordón, en el 83% de los casos fue DPPNI, seguido de placenta previa con el 17%.

En cuanto a las causas más frecuentes de cesárea fueron 45% cesárea anterior, pérdida del bienestar fetal con 15%, preeclampsia grave con el 10%, DCP con el 9%, infecciones maternas con el 4%, oligoamnio severo con el 3%. Estos datos concuerdan con el estudio realizado por Barrera, Quispe, Flores y León, en Perú, donde se incluyó a pacientes sometidas a cesáreas, electivas o de emergencia, desde enero 2013 hasta diciembre 2017. La cesárea fue realizada con una frecuencia de 50,2%, siendo las indicaciones más frecuentes una cesárea previa y la desproporción cefalopélvica.

La distribución por causas absolutas fue 41% cesárea anterior, 21% pérdida del bienestar fetal y 12% fue DCP. Estos datos coinciden con el estudio realizado por Barriga, Bautista, y Navarro en Colombia, en 2012, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de describir los diagnósticos asociados a la cesárea absoluta en el Instituto Materno Infantil de Bogotá Colombia. En los resultados se encontraron, el diagnóstico de cesárea anterior correspondió al 26,4% de las cesáreas realizadas en el IMI; siguieron en orden de frecuencia: estado fetal insatisfactorio 15,5%, trastornos hipertensivos del embarazo 15,5%, detención secundaria de la dilatación y el descenso 5,5%, ruptura prematura de membranas 4,7%.

Estos datos coinciden con el estudio realizado por Suarez, en Perú, en 2021, con el objetivo de determinar la frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados de cesáreas injustificadas en el Hospital III de Es Salud Juliaca en el año 2018. 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; los factores asociados fueron, paridad secundíparas, indicación relativa de cesárea, cesárea no programada; la cesárea injustificada estuvo asociada a complicación materna, y la cesárea justificada estuvo asociada a complicación perinatal.

IV.3. CONCLUSIONES

- El rango más frecuente fue el de 21-24 años
- La edad gestacional más frecuente fue de 37-41 semanas.
- Entre las causas maternas más frecuentes fueron trastornos hipertensivos y no progreso de la labor de parto.
- De las causas fetales asociadas a la realización de cesárea, la pérdida del bienestar fetal fue la causa más frecuente.
- Las causas asociadas a la placenta y el cordón fue DPPNI.
- En cuanto a las causas más frecuentes de cesárea fue cesárea anterior.
- La distribución por causas absolutas fueron cesárea anterior y pérdida del bienestar fetal.

IV.4. RECOMENDACIONES

- Que las autoridades concernientes del hospital regional Ricardo Limardo velen por que se cumpla el acápite plasmado en el protocolo de realización de cesárea de R.D., la cual menciona la realización de auditorías de indicación de cesárea y retroalimentación al personal de salud con el fin de disminuir la tasa de incidencia de las mismas.
- Aplicar la clasificación Robson a todas las pacientes embarazadas que se ingresan con fines de desembrazo como lo recomienda la OMS, con el fin de identificar la tasa de cesárea por grupo de mujeres y optimizar el uso de cesárea por grupo específicos de paciente.
- Hacer énfasis por parte de las ginecoobstetras a las pacientes que serán sometidas a una primera cesárea que esto no les da exclusividad a solo cesáreas en sus partos futuros.
- No etiquetar como futura cesárea por parte del personal de salud a las pacientes con cesárea anterior, sin evaluar si esta cumple con los criterios para ser desembrazada vía parto vaginal.
- Orientar desde la primera consulta prenatal a las pacientes acerca de todos los factores de riesgos que pueden desencadenar complicaciones en el embarazo y que a eso se le puede agregar lo que es el desembrazo vía cesárea que por sí solo como procedimiento ya tiene sus riesgos.
- Insertar la educación continua desde la comunidad por parte de los médicos familiares a las pacientes haciendo énfasis en los beneficios del parto vaginal y los riesgos que conlleva la realización de cesáreas.
- Realizar publicaciones en conjunto tanto medicina familiar y comunitaria como ginecoobstetras para promover vía canales de televisión, radio y redes sociales la disminución de riesgo que se someten todas las pacientes al optar por parto vaginal con el fin de poder llegar hasta aquellas pacientes que son atendidas en centros privados y que seleccionan de manera deliberada el ser desembrazadas vía cesárea.

- Realizar charlas en los centros de planificación familiar para orientar a las pacientes acerca de las vidas de desembrazo, de sus beneficios y complicaciones para así asegurar la educación adecuada de las mismas desde antes de la concepción.

IV.5. REFERENCIAS

1. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems: World Health Organization; 2021.
2. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990–2014. *PLoS One*. 2016; 11(2):e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343> PMID: 26849801
3. Barrena Neyra Mayra, Quispe Saravia Ildelfonso Pierina, Flores Noriega Mónica, León Rabanal Cristian. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Rev. Perú. ginecol. obstet.* [Internet]. 2020 Abr [citado 2022 Abr 01] ; 66(2): 00004. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246>.
4. Barriga-Moreno A, Bautista-Sánchez J, Navarro Vargss JR. Indicación de cesárea en el Instituto Materno Infantil (IMI) Bogotá- Colombia. Serie de tesis. *Rev Fac Med*. 2012; 60:111-115
5. Suarez, G. Frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados de cesáreas injustificadas en el Hospital III de Es Salud Juliaca en el año 2018. Universidad Nacional del Antiplano. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/15021>
6. Tarazona, C. “Incidencia y principales indicaciones de cesáreas en el Hospital MINSA, Nivel II-2, Tarapoto. Periodo Enero-Diciembre del 2016”. Universidad Nacional de San Martín. Disponible en: <https://tesis.unsm.edu.pe/handle/11458/2400>
7. Elaine Gomes de Oliveira¹, Larissa Maria Ferreira², Julianne de Lima Sales², Marcilene Andrade Ribeiro Marins³, Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp¹, Jane Baptista Quitete¹. Perfil de mujeres sometidas a cesárea según la Clasificación de Robson: investigación de campo. Hospital Municipal de Mujeres. Disponible en:

http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/6217/html_1?inline=1

8. Briand V, Dumont A, Abrahamowicz M, Traore M, Watier L, Fournier P. Individual and institutional determinants of caesarean section in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
9. Potter JE, Hopkins K. Consumer demand for caesarean sections in Brazil. Demand should be assessed rather than inferred. *BMJ*. 2018;325 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
10. Guihard P, Blondel B. Trends in risk factors for caesarean sections in France between 1981 and 1995: lessons for reducing the rates in the future. *BJOG*. 2019;108:48–55. [PubMed] [Google Scholar]
11. National Institute for Health and Clinical Excellence. RCOG Press. 2nd edition 2019. Caesarean Section - NICE clinical guideline 132. [Google Scholar]
12. Barger MK, Weiss J, Nannini A, Werler M, Heeren T, Stubblefield PG. Risk factors for uterine rupture among women who attempt a vaginal birth after a previous cesarean: a case-control study. *J Reprod Med*. 2018;56:313–320. [PubMed] [Google Scholar]
13. Diaz, Angélica y col. Riesgos Obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2002; 67(6): 481-487
14. Campero, L. y Col. Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México. *Salud Pública de México* / vol.49, no.2, marzo- abril de 2007.
15. Abad, Pedro. Cesárea en adolescentes. Hospital Hipólito Unanue. Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, [S.l.], v. 50, n. 4, p. 202-208, may. 2015. ISSN 2304-5132. Disponible en: <<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/417>>.
16. Salinas P. y Col. (2004), Factores predictores de cesárea. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 2004; 69(5): 357-360.

17. Panduro. G (2012) Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? [Accessed 18 Jun. 2016].
18. Rodríguez. L (2012) Declaración de la OMS de tasas de cesárea .
19. Mendoza. N (2012) Dificultades durante el parto: todo sobre el parto distócico
20. Valladolid, A (2015) http://www.sego.es/Content/pdf/Curso_TocurgiaR2/iv/j15/6.Distocia_del_parto_2015.pdf
21. Obstetricia de Williams. Vigésima tercera edición. Mc Graw Hill Interamericana. España 2011. Pag 1193
22. Quintanilla. M, Díaz. V, Varela. Y (2011) Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la cesárea segura. [sitio en internet]. Consultado: 11 mayo de 2011. [Accessed 2 Oct. 2016].
23. Napoles, D, Piloto M (2012) Consideraciones actuales sobre la operación cesárea
24. Fernandez. R (2012) Hipertensión arterial y embarazo htm
25. Galvan, E (2014) Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del Callao, periodo enero-diciembre 2013
26. Severino. M, (2012) [Medicina fetal barcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/cesarea.pdf](http://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/cesarea.pdf)
27. Simm A, et al. Operación cesárea. Intramed. 2008. disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=53029>
28. Obstetricia/ Ricardo Leopoldo Schwarcz, Ricardo Fescina y Carlos Diverges, sexta edición, Buenos Aires: El ateneo, 2005.
29. Clark, 2009; Oshiro, 2009; Tita et al., 2009)
30. Gary F. et al. Obstetricia de Williams. Vigésima tercera edición. Mc Graw Hill Interamericana. España 2011
31. Molina. H. El Comercio. (2016). Partos por cesárea: buscan conocer cuántos fueron innecesarios.
32. Encuesta demográfica y de salud República Dominicana 2013. Disponible en <http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/drive/DRDHS2013-Final02-10-2013.pdf>
33. Gallardo. H, Guerrero. I, Villaveces. M, Nino. J. (2015) adolescencia maternal y su asociación con la realización de cesárea.

34. Xochitl. K, Avila. J (2012) cesárea en adolescentes factores.
35. Santin. G(2011) cesárea por desproporción cefalopelvica.<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom116f.pdf>
desproporción feto pélvica factores que intervienen
36. Nápoles. D, Couto. D, Montes de oca. A, (2012) Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto
37. Salud y medicinas (2016). Desprendimiento prematuro de placenta: gestación en peligro. [online] Available at: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/embarazo/articulos/desprendimiento-prematuro-de-placenta-gestacion-en-peligro.html>
38. Valenti. E, (2010) guía de prociencia del cordón. Available at: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91211281005.pdf>
39. Gary F. et al. Obstetricia de Williams. Vigésimo segunda edición. Mc Graw Hill Interamericana. España 2006. Página 544-545
40. Hernández-Jiménez C, Borbolla-Sala ME, Ramírez-Aguilera MJP. Características clínicas del embarazo adolescente , factores relacionados con la operación cesárea y mortalidad del recién nacido en el Hospital de Alta Especialidad de la Mujer. Salud en tabasco [Internet]. 2015;21(2-3):85-92. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48745738007>
41. Mohamed AAA, Almalaq AAA, Almansour RDM, Alanazi HSA, Al-Khamali MM, Shommo SAM. Mode of delivery and birth weight among teenage and adult primigravida Saudi women:-A retrospective comparative study. J Obs Gynaecol Res. 2015;41(11):1721-5.
42. Daniels S, Robson D, Flatley C, Kumar S. Demographic characteristics and pregnancy outcomes in adolescents - Experience from an Australian perinatal centre. Aust New Zeal J Obstet Gynaecol. 2017;57(6):630-5.
43. Avanza, MJ et al Frecuencia e indicaciones de cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario. Revista Médica del Nordeste - N° 5 - Marzo 2004. Argentina.
44. Suciú L, Pasc A, Cucerea M, Bell E. Teenage Pregnancies: Risk Factors and Associated Neonatal Outcomes in an Eastern-European Academic Perinatal Care

Center. *Am J Perinatol* [Internet]. 2016;33(4):409-14. Available from: <http://www.thieme-connect.com/ejournals/toc/ajp%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed13&NEWS=N&AN=2015471721>

45. Blomberg M, Tyrberg RB, Kjolhede P. Impact of maternal age on obstetric and neonatal outcome with emphasis on primiparous adolescents and older women: A Swedish Medical Birth Register Study. *BMJ Open*. 2014;4:e005840.
46. Medhi R, Das B, Das A, Ahmed M, Bawri S, Rai S. Adverse obstetrical and perinatal outcome in adolescent mothers associated with first birth: a hospital-based case-control study in a tertiary care hospital in North-East India. *Adolesc Health Med Ther* [Internet]. 2016;7:37-42. Available from: <https://www.dovepress.com/adverse-obstetrical-and-perinatal-outcome-in-adolescent-mothers-associ-peer-reviewed-article-AHMT>
47. Casagrandi C. y Col, Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. Hospital Gineco obstétrico "Ramón González Coro". *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*, 33(3).2007
48. Esquivel L, Blanca Inés et al. Embarazo en adolescentes y no adolescentes. Resultados Obstétricos y perinatales. *RevMed UAS*. Nueva Época; Vol 1: No.1. Enero-marzo 2010.
49. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf

IV.6. ANEXOS

IV.6.1. Cronograma

Actividades	Mes / año2022
Selección del tema	Enero 2022
Búsqueda de la información	Enero 2022
Diseño de anteproyecto	Febrero2022
Redacción del anteproyecto	Marzo 2022
Revisión del anteproyecto	Marzo 2022
Sometimiento y aprobación del anteproyecto en el departamento de posgrado en la UASD	Marzo 2022
Recolección de datos	Marzo 2022 - Mayo 2022
Procedimiento y análisis de los datos y la información	Mayo 2022
Revisión del trabajo de tesis de posgrado	Mayo 2022
Corrección y encuadernación del trabajo de posgrado	Mayo 2022
Entrega de trabajo de posgrado	Mayo 2022

IV.6.2. Instrumento para la recolección de datos.

PREVALENCIA DE CESÁREA CON INDICACIÓN ABSOLUTA EN EL HOSPITAL
PROVINCIAL RICARDO LIMARDO, MARZO – MAYO, 2022.

EDAD	
14-17 AÑOS	
18-20 AÑOS	
20-24 AÑOS	
25-29 AÑOS	
30-34 AÑOS	
MAYOR 35 AÑOS	

ANTECEDENTE QUIRURGICO	
PRIMERA	
CESAREA ANTERIOR #1	
2 O MAS CESAREAS ANTERIOR	

EDAD GESTACIONAL	
<32 SEMANAS	
33-36 SEMANAS	
37-41 SEMANAS	
42 SEMANAS	

1.INDICACIONES DE CESÁREAS ELECTIVAS	
Feto en situación transversa.	
Macrosomía fetal	
Placenta previa oclusiva	
Cesárea anterior con dos o más cesáreas anteriores	
Cesárea anterior con incisión corpórea	
Gestantes VIH positivo con carga viral activa	
Embarazo múltiple con 3 ó más productos	
Acretismo placentario diagnosticado previamente por Doppler placentario	
Compromiso fetal demostrado que contraindique el parto vaginal	
2.INDICACIONES DE CESÁREA DURANTE EL CURSO DEL TRABAJO DE PARTO	
Inducto conducción del parto considerada fallida (no progreso de la labor de parto luego de 12 horas con el precedente de uso de oxitócica y patrón contráctil regular)	
Parto obstruido o estacionado (demostrado el no progreso de la labor de parto en el partograma)	
Sufrimiento fetal	
Desproporción pélvico fetal	
Mujeres con indicación de cesárea electiva sustentada, que inician trabajo de parto	
3.INDICACIONES DE CESAREA DE URGENCIA-EMERGENCIA	
Pérdida del bienestar fetal	
Desprendimiento prematuro de placenta	
Prolapso del cordón	
Ruptura uterina	
Embolia de líquido amniótico	
4.OTRA CAUSA NO DESCRITA ANTERIORMENTE	
DEFINIR CAUSA:	

IV.6.3. Costos y recursos

<i>Humanos</i>			
Una sustentante			
Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	2 resmas	160.00	320.00
Papel blanco en hilo	2 resmas	450.00	900.00
Lápices	2 lápiz	25.00	50.00
Borras	1 unidad	30.00	30.00
Bolígrafos	2 docena	50.00	100.00
Sacapuntas	1 unidad	30.00	30.00
Computador Hardware: Pentium III 700 MHz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700 Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0 Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector			
Cartuchos HP45 A y 78 D	2 unidades	1 200,00	2 400,00
Calculadora	1 unidad	150,00	150.00
Información			
Adquisición de libros			10,000.00
Revistas			3,000.00
Otros documentos			16,000.00
Económicos			
Papelería(copias)	1000 copias	1.00	1 000.00
Encuadernación	6 informes	400.00	2 400.00
Alimentación			1 200.00
Transporte			2 000.00
Subtotal			2 000.00
Imprevistos (10,0%)			
Total			RD\$ 41,580.00

* Los costos económicos fueron asumidos por la sustentante.



Report file name: originality report 28.7.2022 18-1-14 - Tesis Rosina Paulino - EMPASTAR.docx.html

Report location: C:\Users\user\Documents\Plagiarism Detector reports\originality report 28.7.2022 18-1-14 - Tesis Rosina Paulino - EMPASTAR.docx.html

Plagiarism Detector v. 1991 - Originality Report 28/7/2022 6:01:12 p. m.

Analyzed document: Tesis Rosina Paulino - EMPASTAR.docx Licensed to: Yuseff Chaer

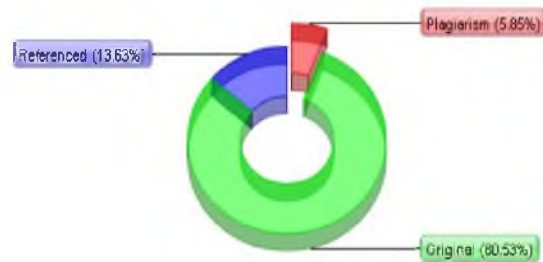
Comparison Preset: Rewrite Detected language: Es

Check type: Internet Check

[tee_and_enc_string] [tee_and_enc_value]

Detailed document body analysis:

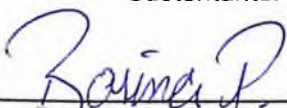
Relation chart:




Distribution graph:

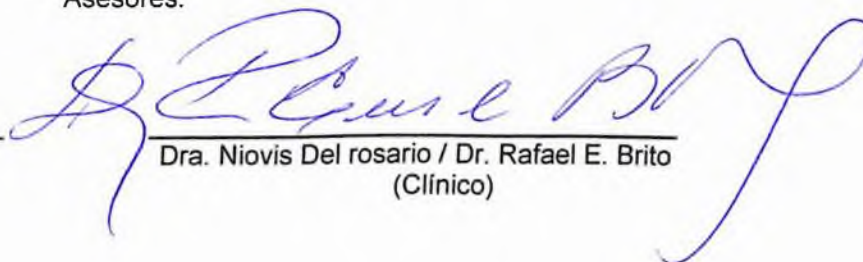
XII.4. Evaluación

Sustentante:


Dra. Rosina Paulino Bruno

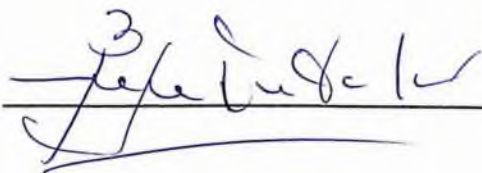
Asesores:


Dra. Claridania Rodríguez
(Metodológico)

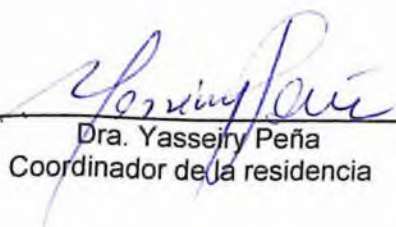

Dra. Niovis Del rosario / Dr. Rafael E. Brito
(Clínico)


Jurados:

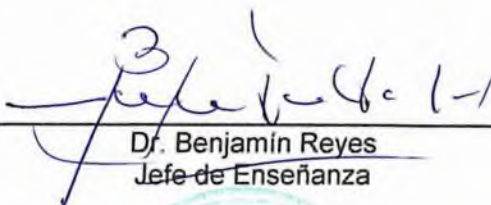





Autoridades:



Dra. Yasseiry Peña
Coordinador de la residencia


Dra. Yasseiry Peña
Jefe Departamento


Dr. Benjamín Reyes
Jefe de Enseñanza


Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora Unidad de pos grado
Y Residencias Médicas.




Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud.

Fecha de presentación: 27/6/2022

Calificación: 98