FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

TESIS

INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE JULIO A DICIEMBRE 2018

PARA OPTAR El TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTOR: IBIS ADRIANA RAMOS GUERRA

ASESORA: Mgr. Obsta. GISELA PAUTRAT ROBLES

SAN JUAN-IQUITOS
PERÚ
2020

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

La Tesis titulada:

"INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE JULIO A DICIEMBRE 2018"

De los alumnos: **ADRIANA RAMOS GUERRA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **18% de plagio**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 05 de octubre del 2020.

Dr. César J. Ramal Asayag
Presidente del Comité de Ética – UCP

CJRA/lasda
177-2020

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document:	UCP_OBST_2020_T_IbisRamos_AdrianaGuerra_V1.pdf (D80427368)
Submitted:	10/1/2020 6:31:00 PM
Submitted By:	revision.antiplagio@ucp.edu.pe
Significance:	18 %

Sources included in the report:

TG-720-U85.docx (D46642223)
CESAREAS HOSP ALMANZOR.docx (D52879571)
UCP_OBST_2020_TSP_QUEESSYVELASQUEZ_V1.pdf (D80427361)
MANUEL PROTOCOLO - 2020 - jurado A 100% - final.pdf (D65155114)
TESIS ERIKA CORREGIDO LISTO.pdf (D53528980)
UCP_OBST_2020_T_OlgaBarba_V1.pdf (D78413515)
Juez Espinoza Julio Efren -Tesis.doc (D29647075)
http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf
https://core.ac.uk/download/pdf/249983713.pdf
https://core.ac.uk/download/pdf/80293157.pdf
https://1library.co/document/q5mg0ojy-caracteristicas-sociodemograficas-obstetricas-clinicas-cesareas-emergencia-realizadas-hospital.html
https://docplayer.es/52915241-Universidad-nacional-del-altiplano.html
https://core.ac.uk/download/pdf/249982698.pdf
https://core.ac.uk/download/pdf/198127667.pdf

Instances where selected sources appear:

27

D E D I C A T O R I A

Esta tesis se lo dedico principalmente a mis padres Maruxia Guerra Baos y Hendrik Kelvin Núñez Zumba por sus apoyos constantes y por enseñarme en cada momento el valor de la perseverancia para lograr mis metas personales y profesionales, quienes que con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y cumpla mis ideales.

A mi hermano mayor José Manuel Ramos Guerra, quien siempre con sus palabras fuertes me motiva a culminar lo que un día decidí empezar.

A mi hermana menor Heyka Markel Nuñez Guerra, a quien quiero que me vea como ejemplo de hermana, y enseñarle a lograr las metas que uno se propone.

Ibis Adriana Ramos Guerra.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitirme tener vida y salud; agradezco a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto.

Agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar a este punto.

A mi asesora Mgr. Obsta. GISELA PAUTRAT ROBLES, gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido; a mis jurados por sus valiosos aportes y sugerencias durante toda la ejecución de la tesis.

Gracias.

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 739-2019-UCP-FCS, del 16 de Agosto del 2019,** la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a las señoras:

- **Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mgr.** — **Presidente**
- **Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez** — **Miembro**
- **Obst. Karina Jill Gonzales Sánchez Moreno** — **Miembro**

Como Asesora: **Obst. Gisela Palmela Pautrat Robles, Mgr.**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 19:00 p.m. horas, del día Jueves 22 de Octubre del 2020, a través de la plataforma ZOOM, supervisado por el Secretario Académico del Programa Académico de Obstetricia – de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la tesis: **"INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESAREAS EN EL HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA DE JULIO A DICIEMBRE 2018".**

Presentado por la sustentante: **IBIS ADRIANA RAMOS GUERRA**

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **OBSTETRA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:
RESPONDIDAS SATISFACTORIAMENTE

El Jurado después de la deliberación en privado llego a la siguiente conclusión:

La Sustentación es: APROBADO POR UNANIMIDAD **CON LA NOTA** 17 (DIECISIETE)

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.

Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mgr.
Presidente

Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez
Miembro

Obst. Karina Jill Gonzales Sánchez Moreno
Miembro

CALIFICACIÓN:			
	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15

HOJA DE APROBACIÓN

Méd. Mgr.Jesús Jacinto Magallanes Castilla
Presidente

Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez
Miembro

Obst. Karina Jill Gonzales Sánchez Moreno
Miembro

Mgr. Obsta. Gisela Pautrat Robles
Asesora

ÍNDICE DE CONTENIDO

Pág.

DEDICATORIA……iii
AGRADECIMIENTO…….iv
RESUMEN……v
CAPITULO I
Marco teórico…….....3
1.1 Antecedentes de estudio ……...3
1.2 Bases Teóricas ……..14
1.3 Definición de términos básicos……26
CAPITULO II
Planteamiento del problema…….....27
2.1 Descripción del problema……27
2.2 Formulación del problema…….. 30
2.3 Objetivos……... 31
2.4 Hipótesis……32
2.5 Variables……33
CAPITULO III
Metodología…….....37
3.1 Tipo y diseño de investigación……37
3.2 Población y Muestra……37
3.3 Técnicas, instrumentos y procedimiento de recolección de datos……..38
3.4 Procesamiento y análisis de datos……39
CAPITULO IV
RESULTADOS……41
DISCUSION…….....47
CONCLUSIONES……...51
RECOMENDACIONES……..... 52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……53
ANEXOS…….....58

ÍNDICE DE TABLAS

Nº	TÍTULOS	Pág.
01	Incidencia de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018	41
02	Características sociodemográficas de las pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018	42
03	Características obstétricas de las pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018	43
04	Indicaciones maternas de cesárea en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018	44
05	Indicaciones fetales de cesárea en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018.	45
06	Indicaciones ovulares de cesárea en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018.	46

RESUMEN

Incidencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018

Bach Obsta: Ibis Adriana Ramos Guerra

Introducción.

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que permite extraer por vía abdominal al producto de la concepción, siempre y cuando se realiza cuando el parto vaginal no es posible o las manifestaciones clínicas maternas y fetales lo ameritan. Sin embargo diversos informes y estudios señalan un aumento en las cifras a nivel mundial, por encima de lo ideal señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Objetivo.

Determinar la incidencia y las indicaciones de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018.

Metodología.

Estudio de investigación de tipo descriptivo, no experimental, retrospectivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 626 partos por cesárea atendidos en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018. La muestra estuvo conformada por 232.

Resultado.

La incidencia de los partos por cesárea fue del 37.21%. En las características sociodemográficas se encontró que las gestantes cesareadas tenían entre 20 a 35 años de edad en un 70.7%, 74.1% nivel secundario, 54.8% procedentes de zona urbana y 81.2% de estado civil conviviente. En las características obstétricas se encontró: 72% de las mujeres cesareadas eran multigestas, con embarazo a término 87.0%, menos de 6 atenciones prenatales 38.1% y el tipo de cesárea fue de emergencia en un 45.6%. Las Indicaciones maternas principales de cesárea fueron: Hipertensión inducida por el embarazo 35.1%; el 17.9% por cesareada anterior e incompatibilidad céfalo pélvica; las indicaciones fetales fueron: 38.9% por sufrimiento fetal agudo, 24.6% por macrosomía fetal y el 13.8% por feto en presentación pelviano y la indicaciones ovulares fueron: 41% fueron por ruptura prematura de membrana; 30.9% por placenta previa y el 28.0% por desprendimiento prematuro de placenta.

Conclusión.

Incidencia de cesárea en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018 fue del 37.21%, con lo que se aprueba la hipótesis.

Palabras calves: Incidencia, indicaciones.

SUMMARY

Incidence and indications for caesarean sections at Hospital Iquitos César Garayar García from July to December 2018

Bach. Obst. Ibis Adriana Ramos Guerra

Introduction

Cesarean section is a surgical procedure that allows the product of conception to be removed abdominally, as long as it is performed when vaginal delivery is not possible or the maternal and fetal clinical manifestations warrant it. However, various reports and studies point to an increase in the figures worldwide, above the ideal indicated by the World Health Organization (WHO).

Objective

Determine the incidence and indications of caesarean sections at the Hospital Iquitos César Garayar García from July to December 2018.

Methodology

Descriptive, non-experimental, retrospective and cross-sectional research study. The population consisted of 626 cesarean deliveries attended at the Iquitos César Garayar García Hospital from July to December 2018.
The sample consisted of 232

Result

The incidence of cesarean deliveries was 37.21%. Regarding the sociodemographic characteristics, it was found that the pregnant women with cesarean delivery were between 20 and 35 years of age in 70.7%, 74.1% secondary level, 54.8% from urban areas and 81.2% of cohabiting marital status. In the obstetric characteristics, it was found: 72% of the cesarean section women were multigesta, with a full-term pregnancy 87.0%, less than 6 prenatal care 38.1% and the type of cesarean section was emergency in 45.6%. The main maternal indications for cesarean section were: Pregnancy-induced hypertension 35.1%; 17.9% due to previous cesarean delivery and pelvic head incompatibility; fetal indications were: 38.9% for acute fetal distress, 24.6% for fetal macrosomia and 13.8% for fetus in pelvic presentation and ovular indications were: 41% were for premature membrane rupture; 30.9% due to placenta previa and 28.0% due to premature detachment of the placenta.

Conclusion

Incidence of cesarean section at the Hospital Iquitos César Garayar García from July to December 2018 was 37.21%, thus approving the hypothesis.

Keywords: Incidence, indications.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que permite extraer por vía abdominal al producto de la concepción, siempre y cuando se realiza cuando el parto vaginal no es posible o las manifestaciones clínicas maternas y fetales lo ameritan. Sin embargo diversos informes y estudios señalan un aumento en las cifras a nivel mundial, por encima de lo ideal señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Así mismo la realización reiterada de cesáreas está exponiendo a más mujeres a nuevos problemas de salud, como la inserción anormal de la placenta, que en la segunda cesárea alcanza al 40% de los casos y a partir de la tercera supera el 60%, representando un riesgo de muerte materna por hemorragia, sin dejar de lado los altos costos que genera a los sistemas de salud; (1) los recién nacidos son más vulnerables a sufrir trastornos respiratorios, se retrasa el inicio de la lactancia materna y el contacto precoz con la madre.

Por todo lo mencionado y conociendo el gran problema que conlleva las altas cifras de cesáreas en los establecimientos de salud, tanto para las mujeres como para los recién nacidos, este estudio nos permitirá conocer la incidencia y las indicaciones de los partos por cesárea, en el Hospital Iquitos César Garayar García y ayudará a implementar acciones que permita disminuir las intervenciones innecesarias, disminuir los costos que generan e implementar los servicios que requieran más presupuesto dentro de la institución de salud en mención. Así mismo contribuirá a sensibilizar a los profesionales médicos a usar la clasificación de Robson recomendado por la OMS.

Por otro lado este estudio es importante realizar porque incentivará a los estudiantes a seguir investigando sobre el tema y servirá como antecedente para otros estudios.

1. Marco teórico.

1.1. Antecedentes del estudio.

La cesárea practicada con el fin de solucionar problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño, se ha ido incrementado a tal punto que actualmente se vislumbra como un problema mundial, lo que ha llevado a realizar diferentes estudios.

Internacionales.

Hernández L, Salazar M, en Guatemala el año 2014, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de Caracterizar epidemiológicamente y clínicamente a las pacientes con diagnóstico de cesárea atendidas en los Hospitales Nacionales de Chimaltenango y "Pedro de Bethancourt", Antigua, de enero a diciembre del 2013. Los resultados obtenidos muestran que el grupo etéreo más afectado fue el de 20 a 24 años (29.96%), en la escolaridad llamo la atención que el 49.39% de la población es alfabeta pero no especifica su escolaridad seguido de un 19.57% de población analfabeta y solo un 16.46% obtuvieron algún grado primario, unidas, amas de casa y procedentes en su mayoría de Antigua, Sacatepéquez y San Martin Jilotepeque, Chimaltenango, siendo primigestas, sin control prenatal continuo, la mayoría con una cesárea anterior, por lo que se relaciona la alta prevalencia de pacientes con resolución de parto por medio de operación cesárea, siendo de 44.20% para el hospital de Chimaltenango y 54.84% para el de Antigua. Según características clínicas, la población más afectada presento una gesta anterior (27.40%), lo cual podemos asociar con el 46.16% de pacientes con una cesárea previa, el 70.17% de la población refirió haber llevado control prenatal de los cuales solo el 17.19% llego hasta su tercer control. (2)

Espinoza J, en Ecuador el año 2015 realizo un estudio retrospectivo, descriptivo con el objetivo de identificar posibles indicaciones no especificadas y diseñar una estrategia educativa. Se revisaron 317 Historias Clínicas de pacientes sometidas a cesáreas en el Hospital IESS de Ambato, en el periodo de enero a junio del 2014. La tasa de cesárea fue de 61.91% superior a la media nacional y provincial. Las indicaciones as frecuentes fueron: cesárea anterior, desproporción céfalo pélvica, con 41.6% y 14.8% de los casos, respectivamente.19.6% no se especificó la indicación. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las indicaciones de cesares según la ocupación, procedencia, educación de las pacientes. La complicación materna y fetal más frecuente fue la atonía e hipotonía uterina y taquipnea transitoria del recién nacido. Se concluye que el 19.6%. (3)

Narváez A, en Nicaragua el 2015 realizo un estudio de tipo descriptivo transeccional, el objetivo fue identificar las indicaciones de cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque en el año 2014. La mayoría de las pacientes tenían alto nivel educativo, con edades entre 20-34 años y mestizas. La mayor parte de las pacientes recibieron oxitócicos (93.5%) tanto para el grupo de cesárea como parto vaginal, y tuvieron baja tasa de depresión fetal. La incidencia de cesárea para el 2014 fue del 45.4%, lo cual triplica el máximo recomendado por la Organización Mundial de la Salud. La principal indicación de cesárea fue la cesárea anterior (34.8%) y la indicación de la cesárea primaria fue el sufrimiento fetal agudo (32.4%). (4)

Rubio S, en Cartagena de Indias (Colombia) el 2015, realizo un estudio descriptivo de corte transversal. El objetivo fue caracterizar los resultados adversos maternos y neonatales de la cesárea en la Clínica Maternidad Rafael Calvo (CMRC). Los resultados muestran que se realizaron 1804 cesáreas (46,5%) y 2073 partos vaginales (53,5%). Las indicaciones más frecuentes para cesárea fueron

cesárea anterior (35,5%), desproporción céfalo pélvica (30,6%) y oligoamnios (10,8%). Los resultados adversos maternos más frecuentes fueron hemorragia que requirió transfusión (9,17%), hematoma en la herida quirúrgica (3,28%) e ingreso a UCI (1,5%). Los resultados neonatales adversos más frecuentes fueron APGAR <7 al minuto (21,3%), taquipnea transitoria del recién nacido (9,6%) y APGAR<7 a los 5´(4,3%). El control prenatal (CNP) fue factor protector para hemorragia uterina que requirió transfusión (OR crudo 0,54, IC 0,38 – 0,76, OR ajustado 0,53 IC 0,38 –0,76), hemorragia uterina que requirió histerectomía (OR crudo 0,20, IC 0,01 -0,72, OR ajustado 0,11, IC 0,11 – 0,72), shock obstétrico (OR crudo 0,06, IC 0,00– 0,55, OR ajustado, 0,04, IC 0,04 – 0,38) y destino (alojamiento conjunto) (OR ajustado 0,66 IC 0,49 – 0,90), APGAR <7 a 1' (OR ajustado 0,78, IC, 0,44 – 0,72),APGAR <7 a los 5' (OR ajustado 0,48, IC 0,28 – 0,82) y la presencia de síndrome de Distres respiratorio (OR crudo 0,28, IC, 0,15 – 0,51; OR ajustado 0,53, IC 0,28– 0,98). Concluyendo que la proporción de cesáreas que se realiza en la CMRC (46,5%) es superior al 15% recomendado por la OMS. La operación cesárea conlleva al aumento de morbilidad materno- fetal. (5)

Briceño J, en Ecuador el 2017 realizo una investigación de carácter retrospectivo, descriptivo y transversal, el objetivo fue determinar la incidencia e indicaciones de cesárea tanto maternas, fetales, materno fetales y obstétricas, así como establecer el grupo etáreo más frecuente a quienes se indica la intervención, se realizó en los departamentos de estadística y centro obstétrico en el periodo de junio a noviembre del 2015, La incidencia de cesárea fue del 43,05%, la principal indicación materna de cesárea fue: Cirugía uterina previa con un 45,41%, la indicación Fetal: es Compromiso de bienestar fetal con un 21,99%, la indicación materno fetal fue preeclampsia grave, eclampsia o síndrome de HELLP con un 4,91% y la indicación

obstétrica fue desproporción céfalo pélvica con 7,75%, el grupo etáreo de 20 a 24 años fue el más frecuente con 35,44%. (6)

Nacionales:

Gálvez E, en el Callao el año 2014 realizo une estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo, con el objetivo de determinar la tasa de incidencia de cesárea en el Hospital "San José" del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013. En sus resultados encontró que el 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52 % nulíparas, el 69% de las pacientes no habían sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 81%, se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2500 g. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9% , sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha , periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%. Concluyendo que la tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao en el periodo enero-diciembre 2013 fue de 42 % respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, de este porcentaje de cesáreas el 18 % fueron cesáreas de emergencia y el 24% de tipo electiva. Adicionalmente (a pesar que no fue el objetivo de esta investigación) se encontró que las 5 principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron: Desproporción céfalo-pélvica y macrosomía fetal (12 %), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%). (7)

Carpio W, en Lima el año 2015 realizo una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal y analítico, con el objetivo de identificar la incidencia de la operación cesárea y las indicaciones más frecuentes, en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo. Encontrándose una incidencia del 27.70%, entre las principales indicaciones encontró: Cesárea segmentaria previa con 23,4%; presentación podálica con 22,7%; desproporción céfalo-pélvica 21,4%; desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8,4%, macrosomía Fetal Mayor de 4.500 gr 6,5% y cesáreada a término 90,0%. Por lo que se concluye que la incidencia se encuentra en porcentaje superior al recomendado por la OMS, constituyendo las indicaciones absolutas en un 50.6% y las relativas en un 49.4%, haciendo presente que estas cifras podrían no corresponder exactamente ya que como se informó hay un buen número de pacientes que fueron transferidos para la operación cesárea a un centro de mayor resolución. (8)

Medina J, en Lima el año 2016 realizo un estudio retrospectivo, observacional de corte transversa. El objetivo fue determinar los factores asociados a indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de enero a diciembre del 2015. El porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos en ese año fue de 57,5%. Las gestantes entre 20 y 35 años son las que con mayor frecuencia se someten a dicha intervención. Del total de cesáreas, el 68,7% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal indicación la cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande, sufrimiento fetal agudo. Por lo que concluye que la tasa de incidencia de cesárea en el año 2015 fue de 57,5% respecto del total de nacimientos registrados en es ese periodo de tiempo, evidenciándose un valor muy por encima de lo estipulado por la OMS. La principal indicación materna es placenta previa, la

principal indicación fetal es feto grande, y la principal indicación ovular es la ruptura prematura de membranas. (9)

Palacios L, en Cañete el 2016 realizo un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal. El objetivo fue determinar la tasa de cesáreas utilizando el modelo de clasificación de cesáreas de Robson, durante los años 2013 y 2014 en Hospital Nivel II Cañete – EsSalud. La prevalencia de cesáreas durante el período de estudio fue de 28,6%; de 26,7% en 2013 y de 30,7% en 2014. En todos los periodos de estudio, los tipos de Robson número 3, 1 y 5 fueron los más frecuentes. Lo que se concluye que la tasa de cesárea del Hospital, supera lo normado por la OMS, durante el periodo de estudio. Utilizando el modelo de clasificación de Robson, se verificó en este estudio, un aumento en las tasas de cesáreas particularmente en los grupos 3, 1 y 5. (10)

Maylle A, en Huánuco el 2016 realizo un estudio de diseño y nivel descriptivo, de tipo no experimental, transversal y retrospectivo; con el objetivo de determinar la incidencia de cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, EsSalud, durante el periodo 2010 a 2014; siendo los principales resultados con respecto a los factores generales: edad joven [72% (2010)], [69% (2011)], [69% (2012)], [70% (2013)], y [81% (2014)]; nivel educativo superior [64% (2010)], [62% (2011)], [60% (2012)], [60% (2013)], y [70% (2014)]; nivel socioeconómico aceptable [79% (2010)], [78% (2011)], [76% (2012)], [77% (2013)], y [74% (2014)]; estado civil conviviente [50% (2010)], [40% (2011)], [42% (2012)], [46% (2013)], y [46% (2014)]. Factores obstétricos multigesta [71% (2010)], [68% (2011)], [70% (2012)], [66% (2013)], y [64% (2014)]; edad gestacional a término [98% (2010)], [98% (2011)], [98% (2012)], [99% (2013)], y [99% (2014)]. La indicación materna cesárea anterior [22% (2010)], [20% (2011)], [25% (2012)], [27% (2013)], y [28% (2014)]. La indicación fetal SFA [20%

(2010)], [12% (2011)], [12% (2012)], [16% (2013)], y [11% (2014)]. La indicación anexos placentarios RPM [3% (2010)], [2% (2011)], [3% (2012)], [14% (2013)], y [5% (2014)]. La cesárea de emergencia es la tiene mayor frecuencia [75% (240)] año 2010; [72% (262)] año 2011; [71% (275)] año 2012; [67% (315)] año 2013; y [53% (250)] año 2014. Concluyendo que: la incidencia en cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, Essalud, durante el periodo 2010 a 2014 es a disminuir progresivamente, con una incidencia que fluctúa entre 37,7% a 34%. (11)

Luque A, en Puno el 2017, realizo un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Objetivos: Identificar las Indicaciones y tasa de cesáreas en el Hospital EsSalud III Puno en el año 2016. La tasa de cesáreas fue del 43,4. Las indicaciones principales fuero: la cesárea previa con 25,5% y el sufrimiento fetal agudo con 18%. Los grupos 1 y 5 de Robson tuvieron la mayor contribución al porcentaje de cesáreas. Conclusiones: El Hospital EsSalud III Puno presento, una tasa de cesáreas mayor a la recomendada por la OMS. Utilizando la clasificación de Robson se pudo determinar que la tendencia a operar a los grupos 1 y 5 fue mayor que en otros hospitales, lo que determino la alta tasa de cesáreas en esta institución. (12)

Locales:

Cueva J, en Iquitos el 2015 realizo una investigación de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal retrospectivo. El objetivo fue identificar las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, entre enero a diciembre del 2014. El 96.1% tenían entre 40 a 44 años de edad, el 80.4% proceden de la zona urbana, el 68.6% son convivientes, el 62.7% tienen nivel de instrucción de secundaria. El 7.8% tienen antecedente de cesárea previa; el 72.5% tuvieron embarazo a término, y el 27.5% embarazo pre término; el 88.2%

fueron multíparas; el 100% tienen un periodo intergenésico de 2 a más años y el .68.8% presentan entre 6 a más controles prenatales. Las principales morbilidad durante el embarazo fueron la infección urinaria (54.9%), anemia (45.1%), vulvovaginitis (23.5%) e hipertensión inducida en el embarazo (15.7%), El 62.7% (32) terminaron en parto vaginal y el 37.3% (19) parto por cesáreas, las principales indicaciones de cesárea fue el sufrimiento fetal agudo (47.4%), fase latente del trabajo de parto (21.1%), desproporción cefalopélvica (10.5%) y preclampsia (10.5%). El 29.4% (15) tuvieron complicación durante el parto, siendo sufrimiento fetal agudo prolongado (60.0%) seguido de fase latente del trabajo de parto (26.7%), y hemorragia (13.3%). En conclusión, las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, presenta una tasa alta de morbilidad materna, de cesárea y de complicaciones durante el parto. (13)

Tejedo A, en Iquitos el 2015 realizo un estudio descriptivo, transversal retrospectivo. El objetivo fue determinar las características de las cesáreas de las adolescentes en el Hospital Regional de Loreto, entre enero a setiembre 2015. El 69.0% presentaron entre 17 a 19 años; el 72.6% solteras; el 58.3% procedentes de la zona urbana, el 61.9% tenían un nivel de instrucción secundaria, el 22.6% antecedente de aborto; el 88.1% nulíparas. El 60.0% de las gestante fueron adolescentes cesareadas menores de 14 años y el 20.7% de las de 17 a 19 años tuvieron recién nacidos menores de 37 semanas. El 40.5% de las gestantes adolescentes cesareadas tuvieron menos de 6 controles prenatales. El 58.3% presentaron morbilidad asociada durante el embarazo; siendo las principales: anemia (52.4%), infección del tracto urinario (33.3%), amenaza de parto prematuro (13.1%), e hipertensión inducida en el embarazo (10.7%), Las principales indicaciones de la cesárea fueron: desproporción céfalo pélvica (23.8%), sufrimiento fetal agudo (21.4%), prematuridad (11.9%), cesárea anterior (9.5%) y preeclampsia leve/severa (8.3%) El

40.5% de los recién nacidos de gestantes adolescentes cesareadas presentaron morbilidad perinatal, siendo las principales: sufrimiento fetal agudo (11.9%), prematuridad (11.9%), recién nacido de bajo peso (10.7%), y retardo de crecimiento intrauterino (4.8%). Hubo mayor tendencia en las gestantes adolescentes cesareadas menor de 14 años, procedencia rural, bajo nivel de instrucción, multiparidad y control prenatal inadecuado a presentar prevalencias mayor de movilidad durante el embarazo y morbilidad perinatal. En conclusión, las gestantes adolescentes cesareadas presentan una mayor tasa de morbilidad asociada durante su embarazo y morbilidad perinatal. (14)

Ríos R, en Iquitos el 2015 realizo un estudio descriptivo transversal retrospectivo. El objetivo fue identificar las características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre Enero a Diciembre del 2014. La muestra fue 247 cesáreas. Los resultados muestran que el 49.8% (123) tenían entre 20 a 34 años de edad, el 42.1% (104) proceden de la zona urbana y el 35.2% (87) de la zona urbano marginal, el 56.3% (139) convivientes, el 48.6% (120) con nivel de instrucción de secundaria, el 34.4% (85) con antecedente de cesárea anterior, el 68.4% (169) con edad gestacional a término, y el 23.5% de pretérmino; el 42.5% (105) son primípara, el 31.6% (78) nulípara; el 57.5% (142) con 6 a más controles prenatales. El 63.6% (157) presentan alguna morbilidad durante el embarazo; las principales fueron: anemia (60.3%), infección urinaria (33.2%), vulvovaginitis (26.3%), hipertensión inducida en el embarazo, (21.1%). El 54.7% (135) son cesáreas electivas y el 45.3% (112) son cesáreas de emergencia. Las principales indicaciones de las cesáreas electivas fueron cesárea anterior (34.8%), desproporción cefalopélvica (18.1%) e hipertensión inducia ´por el embarazo (10.3%). Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo (43.5%), desproporción céfalo pélvica (23.9%), preeclampsia

(16.3%), fase latente prolongada del trabajo de parto (9.8%%). La mayor frecuencia de cesáreas de emergencia fueron en las menores de 20 años (55.7%), las que proceden de la zona rural (64.3%) las nulíparas (51.3%) y primíparas (51.4%). La mayor frecuencia de cesáreas electiva fueron en las de 20 a 34 años (60.2%), las que proceden de la zona urbana (70.2%), en las de instrucción superior/técnica (61.0%), en las que tienen antecedente de cesáreas (78.8%), en las multíparas (71.2%), gran multíparas (75.0%) y en las que tienen de 6 a más controles prenatales (62.0%). (15)

Paredes J, en Iquitos el 2015 realizo un estudio es de diseño no experimental descriptivo transversal retrospectivo. El objetivo fue describir las características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto, 2014. Los resultados muestran que las gestantes cesareadas tenían entre los 20 a 34 años de edad (60.9%), procedentes de la zona urbana (59.0%), conviviente (55.8%), nivel de instrucción de secundaria (54.2%). El 40.4% tenían antecedente de cesárea anterior, el 24.0% embarazos pre término, el 34.0% primíparas, el 32.1% tenían menos de 6 controles prenatales. El 59.6% fueron cesáreas primaría y el 53.8% cesáreas de emergencia. Las principales indicaciones de cesáreas fueron cesárea anterior (29.2%), sufrimiento fetal agudo (21.5%), desproporción cefalopélvica (9.9%), hipertensión inducida en el embarazo (8.3%) y embarazo pre termino (8.3%). Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo (35.7%), desproporción cefalopélvica (12.5%), hipertensión inducida en el embarazo (9.5%) y embarazo pre término (9.5%). La tasa de complicaciones de las cesáreas fue de 15.4% (48), la tasa de complicaciones intraoperatoria fue de 3.5% y de post operatoria fue de 8.7%; las principales fueron la infección de herida operatoria (25.0%), hematomas de pared (16.7%), hipotensión (14.6%), atonía uterina (12.5%) y hemorragia (12.5%). En conclusión, las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto, son más frecuente de

indicadas por condiciones de emergencia, como el sufrimiento fetas, la desproporción céfalo pélvica y los cuadros hipertensivos. (16)

Puyó M, en Iquitos el 2016 realizo un estudio de tipo no experimental, de diseño descriptivo transversal retrospectivo, El objetivo fue determinar las características sociodemográficas, obstétricas y morbilidad materna de las adolescentes cesareadas en el Hospital III Iquitos – EsSalud, de enero a diciembre de 2015. Se evaluaron 79 gestantes adolescentes cesareadas, en su mayoría entre 17 a 19 años (92.4%), solteras (60.8%), urbanas (50.6%); instrucción secundaria (65.8%) y estudiantes (43.0%). Con antecedente de aborto (22.8%), el 35.4% con peso pregestacional menor de los 55 kilos, el 75.9% a término, nulíparas (94.9%), el 32.9% con control prenatal no adecuado. El 87.3% presentaron alguna morbilidad durante el embarazo, siendo las principales: anemia (54.4%), infección urinaria (49.4%), desproporción cefalopélvica (19.0%), amenaza de parto pretérmino (17.7%), amenaza de aborto (16.5%) hipertensión inducida del embarazo (11.4%) e hiperémesis gravídica (11.4%) Las principales indicaciones de las cesáreas fueron sufrimiento fetal aguda (31.6%), desproporción cefalopélvica (19.0%), prematuridad (15.2%), e hipertensión inducida en el embarazo (11.4%). En conclusión las indicaciones de cesárea en adolescentes fueron por sufrimiento fetal agudo y desproporción cefalopélvica; con una alta tasa de morbilidad materna, principalmente anemia e infección urinaria. (17)

1.2 Bases teóricas.

1.2.1 Definición

La operación cesárea se define como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía). Esa definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura del útero o de un embarazo en esa localización. En algunos casos, y más a menudo por complicaciones urgentes, como una hemorragia imposible de yugular, está indicada una histerectomía ulterior al nacimiento por vía abdominal. Cuando se realiza en el momento de la cesárea, la intervención quirúrgica se denomina cesárea-histerectomía. Si aquélla se lleva a cabo poco después de un parto vaginal, se llama histerectomía posparto. (18)

Las guías de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas definen a la cesárea como el nacimiento de un feto a través de una incisión de la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerectomía), ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal. (19)

1.2.2 Antecedentes

El origen del término cesárea es indefinido y se han sugerido tres explicaciones principales.

En la primera, según la leyenda, Julio César nació de esa manera, por lo cual el procedimiento se llamó cesárea. Varias circunstancias debilitan esa hipótesis. En primer lugar, la madre de Julio César vivió muchos años después de su nacimiento en el año 100 a.C. y hasta el siglo XVII la intervención quirúrgica era casi invariablemente letal.

En segundo lugar, el procedimiento, efectuado en mujeres vivas o muertas, no se menciona en escrito médico alguno antes de la Edad

Media. Pickrell (1935), en su monografía, aporta los detalles históricos del origen del nombre de familia César.

La segunda explicación es que la denominación de la operación proviene de una ley romana supuestamente creada en el siglo VIII a.C., por Numa Pompilio, la cual ordenaba que se hiciera el procedimiento en mujeres que morían en las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño. Esa Lex regia, o "ley del rey", se convirtió después en la Lex caesarea por los emperadores y la intervención quirúrgica en sí se conoció como cesárea.

El nombre alemán Kaiserschnitt, "incisión del Kaiser", refleja ese origen. La tercera explicación es que la palabra cesárea se originó en algún momento de la Edad Media a partir del verbo latino caedere, el cual significa cortar. Esta explicación parece muy lógica, pero no se sabe con exactitud cuándo se aplicó por primera vez para referirse a dicho procedimiento. Puesto que corte proviene del verbo latino seco, que también significa cortar, la denominación operación cesárea parece tautológica, por lo cual se usa la de cesárea. (18)

1.2.3 Cesárea en el Perú.

La primera cesárea en el Perú fue realizada en la Maternidad de Lima por el Dr. Camilo Segura el año 1861, en una paciente fallecida durante el parto. El 31 de Mayo de 1931 en la Maternidad de Lima el Dr. Alberto Barton practicó una cesárea obteniendo un recién nacido vivo. La madre falleció a las pocas horas. En 1926 el Dr. Ricardo Palma realizó la primera cesárea en Chiclayo. Entre los años 1927 y 1936 el Dr. Manuel Jesús Castañeda efectuó la primera cesárea en Arequipa y en 1931 el Dr. Callo Zevallos hizo lo mismo en el Cuzco. La primera cesárea segmentaria en el Perú fue practicada en el Hospital Maternidad de Lima por el Dr. Víctor Bazul Fonseca en 1937. Ese mismo año es practicada en el Hospital de Bellavista Callao por el Dr. Froilán Villamón. En 1939 ocurrió un hecho

importante, cuando en la Maternidad de Lima se efectuó cesárea a Lima Medina, una niña de 5 y medio años de edad, obteniéndose un recién nacido vivo de 2700 gramos. (20)

1.2.4 Clasificación de cesárea: (21)

Según antecedentes obstétricos de la paciente:

- ✓ **Primaria:** Es la que se realiza por primera vez.
- ✓ **Iterativa:** Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- ✓ **Previa:** Es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

Según indicaciones:

- ✓ **Urgente:** Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica, pero sin riesgo de vida.
- ✓ **Electiva:** Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.
- ✓ **Cesárea emergencia:** Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo en la brevedad posible y que pone en peligro la vida de la madre y/o del feto.

Según técnica quirúrgica:

- ✓ **Corporal o clásica:** La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea

posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.

- ✓ **Segmento corporal (Tipo Beck):** la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.

- ✓ **Segmento arciforme (Tipo Kerr):** Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.

1.2.5 Clasificación de cesáreas según La OMS (22)

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 internacional.

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).

Grupos	Indicaciones
1	Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.
2	Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.
3	Multíparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.
4	Multíparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.
5	Multíparas con, al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación
6	Nulípara con embarazo único en presentación podálica.
7	Multíparas con embarazo único en presentación podálica, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.
8	Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.
9	Mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.
10	Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.

1.2.6 Indicaciones: (13)

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales, ovulares y materna- fetales, las cuales a su vez, pueden ser consideras con criterio de absolutas o relativas.

a) Absolutas: Incluye a todas aquellas morbilidades y/o comorbilidades propias al embarazo-parto o asociadas a la gestación que la medicina evidencia ha mostrado que el parto vaginal no es posible, o bien de estar presentes, se asocian con altísimas probabilidades de muerte materna o fetal en caso de ocurrir un parto vaginal.

b) Relativas: Incluye aquellas patologías las cuales ameritan unas condiciones de atención (infraestructura, recurso humano, apoyos diagnóstico, etc.) que de no tenerse, no se puede garantizar plenamente un buen pronóstico de la salud del binomio madre-feto durante la atención del parto vaginal.

Causas maternas:

Absolutas:

- ✓ Desproporción céfalo-pélvica.
- ✓ Estrechez pélvica.
- ✓ Fibrosis cervical.
- ✓ Plastia vaginal o del piso pélvico previas.
- ✓ Dos o más cesáreas previas.
- ✓ Cesárea corporal única.
- ✓ Cirugía previa sobre el cuerpo uterino.
- ✓ Miomectomías que invaden a la cavidad uterina.
- ✓ Persistencia de la causa de la cesárea previa.
- ✓ Cesárea previa complicada (dehiscencia, Infección).
- ✓ Herpes genital activo.
- ✓ Condilomatosis florida obstructiva.
- ✓ Cardiopatía descompensada.

- ✓ Aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral

Relativas.

- ✓ Pre eclampsia-eclampsia.
- ✓ Una (1) cesárea segmentaria previa.
- ✓ Expulsivo prolongado
- ✓ Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración.
- ✓ Embarazo Prolongado, que no inicia trabajo de parto.
- ✓ Dilatación Estacionaria

Causas fetales:

Absolutas:

- ✓ Feto en Situación Transversa
- ✓ Feto en variedad de Frente
- ✓ Embarazo múltiple más de 2
- ✓ Gemelar monoamniótico monocorial
- ✓ Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica
- ✓ Peso fetal entre 1000 y 1500 gr.
- ✓ Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto
- ✓ Distocias de posición persistentes: occípito-posterior
- ✓ Macrosomía Fetal mayor de 4.500 gr.

Relativas:

- ✓ Feto en presentación Podálica.
- ✓ Anomalías congénitas: hidrocefalia
- ✓ Restricción del crecimiento intrauterino.
- ✓ Bienestar fetal antes del parto comprometido ante las contracciones uterinas.
- ✓ Peso fetal menor a 1000 gr.
- ✓ Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 gr.)

Causas materna-fetales: (21)

- ✓ Síndrome de desproporción céfalo pélvica
- ✓ Pre eclampsia/eclampsia
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Corioamnionitis
- ✓ Isoinmunización materno-fetal

Causa ovulares: (13)

Absolutas:

- ✓ Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- ✓ Placenta previa oclusiva total
- ✓ Prolapso de cordón con feto vivo
- ✓ Oligohidramnios severo.

Relativas:

- ✓ Placenta Previa oclusiva parcial
- ✓ RPM con infección (Corioamnionitis).
- ✓ Poli hidramnios Severo.

Distocias.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la cesárea por anomalías del trabajo de parto. Los términos descriptivos varían de las definiciones más precisas divulgadas por Friedman, detención secundaria de la dilatación, interrupción del descenso, hasta las denominaciones más ambiguas y de uso frecuente, como desproporción cefalopélvica y falta de avance del trabajo de parto. Así mismo las distocias de presentación fetal, fracaso de inducción, son causas de cesáreas. (18)

Sufrimiento fetal

Con respecto al diagnóstico del sufrimiento fetal, son recomendaciones de la American Academy of Pediatrics y del American College of Obstetricians and Gynecologists (2007) que los servicios de atención de obstetricia tengan la posibilidad para iniciar una cesárea en los 30 min siguientes a la decisión de efectuarla, por el deterioro agudo y catastrófico del estado fetal,

suele indicarse la cesárea tan rápido como sea posible y los retrasos voluntarios de cualquier duración serían inapropiados. (18)

Presentación pélvica.

Las preocupaciones por lesiones fetales, así como la infrecuencia con que la presentación pélvica cumple los criterios para una prueba de trabajo de parto hacen probable que su contribución a la tasa global de cesáreas se mantenga relativamente estática. (18)

Las pacientes con embarazo de término y feto único en presentación podálica, se les debe proponer operación cesárea, debido a que reduce la mortalidad perinatal y la morbilidad neonatal. (19)

Cesárea previa.

Se recomienda realizar una cesárea en aquellas pacientes con antecedente de cesáreas por el riesgo de rotura uterina o desgarro del segmento inferior, sobre todo en periodos intergenesicos cortos. (18)

Macrosomía fetal.

Se considerará la necesidad de practicar una cesárea electiva cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 5000g. En pacientes diabéticas tipo I cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 4500 g. (19)

Embarazo doble.

Se considera realizar una cesárea en aquellas pacientes primigestas con embarazo doble y en aquellas pacientes multíparas con el primer feto en presentación pelviana. (19)

Transmisión de infecciones maternas (madre-hijo).

a) Las mujeres portadoras de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que están embarazadas, debe proponerse operación cesárea programada, debido a que ella reduce el riesgo de transmisión de VIH de madre a hijo (a). En mujeres con terapia anti retroviral en el embarazo y carga viral menor de 1000 copias por ml a la semana 34, se debe decidir la vía del parto en base a la condición obstétrica.
b) Las embarazadas que están infectadas con virus de hepatitis C (VHC) y VIH, se les debe recomendar operación cesárea programada, debido a que ella reduce la transmisión madrehijo tanto de VHC y VIH. (19)

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Evento obstétrico de gravedad extrema que ocasiona hipoxia y muerte fetal, complicaciones maternas que pueden conducir a útero de Couvelaire y alteraciones de la coagulación sanguínea. La operación cesárea tan pronto se realice el diagnóstico, disminuye la probabilidad de ocurrencia de estas complicaciones. (19)

Procidencia de cordón.

Evento obstétrico que ocasiona hipoxia fetal, debiendo realizar operación cesárea de urgencia con el fin de evitar o disminuir las complicaciones fetales. (19)

Antecedente de cirugía vaginal previa.

A la paciente con antecedente de Plastía vaginal, debe recomendarse operación cesárea con el fin de evitar daño anatómico de los tejidos reparados quirúrgicamente en forma previa. (* Fuerte racionalidad teórica)

Existen otras indicaciones de operación cesárea que deben realizarse de acuerdo al contexto obstétrico – perinatal, de cada una en particular y no constituyen parte de este protocolo. -

Malformaciones fetales. -“Falta de progreso” en el trabajo de parto durante su fase activa. (Dilatación estacionaria) -Deterioro de la Unidad feto-placentaria (Oligohidroamnios, monitoreo fetal sospechoso, meconio, etc), con condiciones obstétricas desfavorables. (19)

1.2.7 Complicaciones. (20)

Las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar:

a) Trans operatorias: estas complicaciones pueden ocurrir en la madre, en el feto o en ambos:

- ✓ **Complicaciones Maternas:** hipotonía o atonía uterina hemorragia, lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga, así como trombo embolismo del líquido amniótico y prolongación de la histerorrafia que pueda desgarrar o lacerar las arterias uterinas. La anestesia puede condicionar complicaciones en la madre que pueden ser respiratorias: hipoventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, bronco aspiración, bronco constricción, paro respiratorio, absorción masiva de anestesia, y cardiovasculares: hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca y paro cardíaco.
- ✓ **Complicaciones Fetales:** traumatismos, bronco aspiración, depresión respiratoria.

b) Postoperatorias:

- ✓ **Complicaciones Maternas:**

  Inmediatas: hipotonía uterina, hemorragias, hematomas, lesiones en vejiga, uréter, intestino e íleon paralítico.

  Mediatas: infecciones: puerperal, urinaria, respiratoria, anemia, hemorragia por retención de restos placentarios, dehiscencia de la histerorrafia entre otras.

  Tardías: ruptura uterina en embarazos subsecuentes y procesos adherencias.

- ✓ **Complicaciones Neonatales:** Taquipnea transitoria del recién nacido y síndrome de adaptación pulmonar.

1.3 Definición de términos básicos.

- **Incidencia:** la incidencia se refiere a los casos nuevos de morbilidad que se presenta en una determinada comunidad, en un lugar dado y en un periodo específico.

- **Indicaciones:** Para la medicina, una indicación representa un motivo valido para llevar a cabo un cierto procedimiento médico o una cirugía, suministrar una medicación o emplear un test. Lo habitual es que estas indicaciones estén reglamentadas y autorizadas por colegios profesionales u organismos estatales.

CAPITULO II

2. Planteamiento del problema.

2.1 Descripción del problema.

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, y su frecuencia sigue aumentando, sobre todo en países de ingresos altos y medianos. Aunque permite salvar vidas humanas, a menudo se practica sin que existan indicaciones clínicas, por la inexistencia de una clasificación normalizada e internacionalmente aceptado para monitorear y comparar las tasas de forma homogénea; por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la adopción de la clasificación de Robson como un sistema de clasificación de cesáreas internacionalmente aplicable. El uso de este sistema facilitaría la comparación y el análisis de las tasas de cesáreas entre y dentro de diferentes establecimientos y en todos los países y las regiones del mundo. “La cesárea puede ser necesaria cuando el parto vaginal suponga un riesgo para la madre o el niño. No obstante, también puede ser causa de complicaciones importantes, discapacidad y muerte, sobre todo en entornos que carecen de instalaciones para realizar intervenciones quirúrgicas en condiciones seguras y tratar posibles complicaciones”. (22)

La organización Mundial de la salud (OMS) establece, la tasa ideal de cesárea del 10 al 15%, sin embrago son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que

pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral. (23)

Nuevos estudios revelan que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando dicha tasa se acerca al 10%, pero no hay pruebas de que las tasas de mortalidad mejoren cuando se supera esa cifra del 10%.
Debido al aumento de los costos, las tasas elevadas de cesáreas innecesarias pueden detraer recursos para otros servicios en sistemas de salud sobrecargados y frágiles. (22)

Una nueva declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recalca la importancia de enfocarse en las necesidades de cada paciente y desalienta centrar la atención en intentar alcanzar una tasa determinada. (24)

El aumento de los partos por cesárea es una tendencia mundial y se estima que la tasa supera el ideal, lo que ha despertado algunas alarmas. Un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en Asia el número de cesáreas ha alcanzado "proporciones epidémicas" en muchos países, con China a la cabeza con el 46%. (25)

Según datos de la revista Británica The Lancet el año 2018, 15 países lideraron las tasas más altas de cesáreas, encontrándose en primer lugar República Dominicana con 58.1%, seguido de Brasil con 55.5%, Venezuela 52.4%, Chile 46%, Colombia 45,9%, Paraguay 45.9%, Ecuador 45,5% y México 40.7%. Así mismo menciona que América del Norte registro 32%, mientras que Europa occidental registro 29.6% y 54.4% de las cesáreas se realizan en mujeres con alto nivel educativo, mientras que las mujeres con menores recursos registran el 19.4%. (26)

En el Perú el nacimiento por cesárea, que se estima debe situarse entre 5,0% y 15,0% de todos los nacimientos como solución final a complicaciones del embarazo y parto, continúa aumentando. En el año 2018, la proporción de nacimientos por cesárea fue de 34,5%, registrándose en el área urbana un 41,0%, mayor porcentaje que el área rural con un 15,7%. En la región costa se registra un porcentaje del 40,0% a 46,5%, con mayor proporción en Lima Metropolitana y en el área urbana (46,0% y 41,0%, respectivamente), mucho mayor que la sierra con un 30,0% a 39,7% y la región selva con 10,0% a 19,6%, donde se incluye a Loreto. Asimismo, según edad de la madre al nacer la hija/hijo se presenta un mayor porcentaje en las mujeres entre 35 y 49 años de edad con 45,2% frente a un 23,7% en mujeres menores de 20 años, mientras que, según el orden de nacimiento, en el primer nacimiento el 40,0% corresponde a cesárea en comparación con el sexto o más (16,2%). El porcentaje de nacimientos por cesárea fue más alto en las madres con educación superior que aquellas sin nivel de educación (50,0% frente a 11,9%) y fue aún mayor si pertenece al quintil superior (62,5%) en relación con madres del quintil inferior de riqueza (13,5%). (27)

El incremento de las cesáreas en todas las regiones del mundo es sin duda alarmante sobre todos las realizadas innecesariamente, según se puede observar en las diferentes estadísticas mencionadas. Por lo que es importante conocer cuál es la incidencia de las cesáreas en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta: **¿Cuál es la incidencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018?**

2.2 Formulación del problema.

2.1.1 Problema general.

¿Cuál es la incidencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García, de julio a diciembre 2018?

2.2.2 Problemas específicos.

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018?

2. ¿Cuáles son las características obstétricas de las pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018?

3. ¿Cuáles son las indicaciones de cesárea en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018?

4. ¿Cuál es la incidencia de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García, de julio a diciembre 2018?

2.3 Objetivos.

2.3.1 Objetivo general.

Determinar la incidencia y las indicaciones de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018.

2.3.2 Objetivos específicos.

1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018.
2. Identificar las características obstétricas de las pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018.
3. Identificar las indicaciones de cesárea en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018.
4. Calcular la incidencia de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García, de julio a diciembre 2018.

2.4 Hipótesis.

La incidencia de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García es mayor al 20%.

2.5 Variables

2.5.1 Identificación de variables.

Variable dependiente:

Incidencia de cesárea

Variable independiente:

- Características sociodemográficos:
  Edad
  Grado de instrucción
  Procedencia
  Estado civil
- Características obstétricas:
  Paridad
  Edad gestacional
  Atención prenatal
  Tipo de cesárea
- Indicaciones de cesáreas
  Maternas
  Fetales
  Ovulares

2.5.2 Definición conceptual y operacionalización de variables.

Variables	Indicador	Definición conceptual	Escala	Instrumento
Variable dependiente Incidencia de cesáreas	Nº cesárea x100 Nº total de partos	Número de intervenciones quirúrgicas que tiene como fin extraer al feto vivo o muerto a través de la incisión de la pared uterina, después que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal.	Razón	Ficha de recolección de datos
Variable independiente **Característica sociodemográficas:** Es el conjunto de características sociales y demográficas, de la unidad de estudio como su edad, grado de instrucción, procedencia, estado civil.	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del parto. **a)** 15 a 19 años **b)** 20 a 35 años **c)** Mayor de 35 años	Continua	Ficha de recolección de datos
	Grado de instrucción	Grado académico alcanzado al momento de la intervención: **a)** Sin instrucción **b)** Primaria **c)** Secundaria **d)** Superior técnico **e)** Superior universitario	Nominal	
	Procedencia	Se define como la dirección registrada en la historia clínica, debido a que es un estudio retrospectivo **a) Urbano**: Procede de la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. **b) Urbano marginal:** Procede de áreas alejadas del perímetro urbano. **c) Rural:** Procede de pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Nominal	
	Estado civil	Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales: **a) Soltera:** que vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. **b) Conviviente:** que convive con su pareja pero no tienen vinculo legal **c) Casada:** Tiene vínculo legal (civil) con su pareja.	Nominal	

Variables	Indicador	Definición conceptual	Escala	Instrumento
Características obstétricas: Conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, como: Paridad, edad gestacional, atención prenatal y tipo de cesárea	Formula obstétrica	**Paridad:** Mujer que ha parido por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron 500g o más, o que poseen más de 20 sem. de gestación. **a) Primípara:** Solo tuvo 1 parto. **b) Multípara:** tuvo entre 2 a 5 partos.	Nominal	Ficha de recolección de datos
	Nº de Atención prenatal	**Atención prenatal:** Evaluación con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción: **a)** Menor de 6 **b)** 6 controles **c)** Mayor de 6	Ordinaria	
	Edad gestacional	Tiempo medido desde el primer día de la última regla hasta la expulsión del producto. **a) Pretermino:** 22-36 ss **a) Atermino:** 37 -40 ss. **b) Post termino:** > 41ss	Nominal	
	Tipo de cesárea	**a) Electiva:** cesárea programada **b) Emergencia:** situación que pone en peligro la vida de la madre o feto. **c) Urgencia:** situación obstétrica que requiere atención inmediata donde no pone en peligro la madre o el feto.	Nominal	
Indicaciones de Cesárea	**Maternas:** **a)** Cesárea anterior **b)** Trabajo de parto disfuncional **c)** Incompatibilidad céfalo pélvica **d)** Hipertensión gestacional **e)** Infección VIH **f)** Miomatosis uterina **g)** Embarazo prolongado **h)** Aborto habitual **i)** Inducción fallida **j)** Hemorragia del III trimestre **k)** Síndrome de	Motivo valido por el cual se lleva a cabo la operación cesárea	Ordinal	

	Hellp **l)** Condilomatosis cervico vaginal y vulvar **m)** Diabetes **Fetales:** **a)** Sufrimiento fetal agudo **b)** Feto Pelviano **c)** Macrosomía fetal **d)** Oligoamnios polihidramnios **e)** Embarazo gemelar **f)**Feto transverso **g)** Distocia de presentación **h)** Óbito fetal **a)** Restricción de crecimiento intrauterino **b)** Malformaciones fetales **c)** Prolapso del cordón umbilical **d)** Isoinmunización materno fetal **Ovulares:** **a)** Ruptura prematura de membranas **b)** Placenta previa **c)** Distocia funicular **d)** Insuficiencia placentaria **e)** Desprendimiento prematuro de placenta			

CAPÍTULO III

3. Metodología.

3.1 Tipo y diseño de investigación.

El presente estudio de investigación fue de tipo descriptivo, porque el propósito fue determinar la incidencia y las indicaciones de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018. El diseño de estudio fue de tipo no experimental, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

- No experimental: Porque la recolección de datos se obtuvo de la revisión de las Historias Clínicas, libro de registros de partos, libro de registro de recién nacido y registro de cesáreas de sala de operaciones del Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018.
- Corte transversal: Porque se evaluó las variables una sola vez durante el período que ocurrió el estudio.
- Retrospectivo: Porque el evento (cesáreas realizadas) ocurrió antes del inicio del estudio, se analizó los datos comprendidos de julio a diciembre del 2018 por la disponibilidad de los registros.

3.2. Población y muestra.

Población.

La población de estudio estuvo conformada por 626 pacientes de parto por cesárea, atendidos en el servicio de obstetricia del Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018.

Muestra.

La muestra se calculó aplicando la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \times Z^2\alpha \times p \times q}{}$$

$E^2 x (N - 1) + Z^2 \alpha \times p \times q$

Z= 95% = 1,96 valor tabulado de la distribución normal estándar para α = 5%

p= 0.5

q= 1- 0.5 = 0.5

e= Error del 5% = 0.05

N = 626 post cesáreas

Aplicando la formula tenemos:

$$n = \frac{626 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 x (625) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

n = 239

Tipo de muestreo.

Para la selección de la muestra se usara la técnica de muestreo aleatorio simple, considerando los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Todas las pacientes que tuvieron parto por cesárea atendidos en el Hospital Iquitos césar Garayar García de julio a diciembre 2018.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que terminaron su embarazo por vía vaginal en el Hospital Iquitos césar Garayar García de julio a diciembre 2018.

3.3. Técnicas, instrumentos y procedimiento de recolección de datos.

Técnicas:

Análisis documental a través de revisión de las Historias Clínicas, libro de registro de cesáreas de sala de operación, libro de registro de partos y libro de registro de recién nacido.

Instrumentos.

Se aplicó la ficha de recolección de datos confeccionado para la presente investigación, la cual fue sometida al proceso de validación por juicio de expertos, obteniendo una puntuación del 92%. La ficha de recolección de datos estuvo conformada por tres partes, la primera recolectó información de las características demográficas, la segunda características obstétricas y la tercera información sobre las indicaciones para la realización de la cesárea.

Procedimiento de recolección de datos.

- Se gestionó el permiso al Director del Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia, al Jefe de Departamento de Gineco-Obstetricia y Jefe de Departamento de Anestesiología.
- Concedido el permiso se procedió a recolectar la información en la ficha de recolección de datos, para la cual se procedió a seleccionar a todos los partos que terminaron en cesárea de julio a diciembre 2018.
- Los datos se obtuvo de las Historia clínicas, los libros de registro de parto, libro de registro de sala de operaciones y a partir de estos datos, se seleccionó el total de la muestra.

3.4. Procesamiento y análisis de datos.

Una vez recolectada los datos fueron transferirlos a una base de datos diseñada en el programa Excel y SPSS versión 22, con un 95% de confiabilidad y significancia alfa 0.05 donde se analizaran los datos, para la posterior tabulación y elaboración de las tablas lo que permitirá explicar los objetivos planteados.

Para determinar la incidencia se estimara mediante la siguiente formula:

$$I = \frac{\text{Nº de cesáreas}}{\text{Total de partos atendidos}} \times 100$$

3.5 Consideraciones éticas.

Para el presente estudio se contó con el permiso del Director, de los jefes de departamentos y la aprobación del Comité Institucional de Ética del Hospital Iquitos César Garayar García; el estudio consistió en la revisión de las historias clínicas y de los libros de registros por lo que no fue necesario la aplicación del consentimiento informado; se mantuvo la confidencialidad de la información obtenida, los cuales fueron usados con el propósito firme de la presente investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla Nº 1

I. Incidencia de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018.

VARIABLE		Nº	INCIDENCIA
PARTOS	Cesáreas	626	37.21
	Vaginales	1056	62.78
TOTAL		**1682**	**100%**

Tabla N° 1: La incidencia de cesárea en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre del año 2018, fue del 37.21% de 626 gestantes cesareadas; cifra muy elevada en relación a lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece una tasa ideal de del 10 al 15% anual.

Tabla Nº 2

I. Características sociodemográficas de las gestantes cesareadas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018

Edad	N	%
20 a 35 años	169	70.7
15 a 19 años	45	18.8
mayor de 35 años	25	10.5
Grado de instrucción	**N**	**%**
Secundaria	177	74.1
Primaria	37	15.5
Superior	23	9.6
Sin instrucción	2	.8
Procedencia	**N**	**%**
Urbano	131	54.8
Urbano-marginal	83	34.7
Rural	25	10.5
Estado civil	**N**	**%**
Conviviente	194	81.2
Soltera	24	10.0
Casada	21	8.8
Total	**239**	**100**

Fuente: Hospital Iquitos César Garayar García

Tabla Nº 2 se observa las características sociodemográficas de las gestantes cesareadas, se puede destacar los siguientes resultados: 70.7% de las gestantes tenían de 20 a 35 años. 74.1% de nivel secundario, 54.8% de procedencia urbana, 81.2% estado civil conviviente.

Tabla Nº 3

II. Características obstétricas de las gestantes cesareadas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018.

Paridad	N	%
Multigesta	172	72.0
Primigesta	67	28.0
Edad gestacional	**N**	**%**
A termino (37 a 40 semanas)	208	87.0
Pre termino (22 a 36 semana)	22	9.2
Post termino (mayor de 41 semanas)	9	3.8
Atención prenatal	**N**	**%**
Menor de 6	91	38.1
Mayor de 6	89	37.2
6 controles	59	24.7
Tipo de cesárea	**N**	**%**
Emergencia	109	45.6
Urgencia	108	45.2
Electiva	22	9.2
Total	**239**	**100**

Fuente: Hospital Iquitos César Garayar García

Tabla Nº 3 muestra las características obstétricas, observándose que el 72% de las mujeres cesareadas eran multigestas, con embarazo a término 87.0%, tuvieron menos de 6 atenciones prenatales 38.1% y el tipo de cesárea fue de emergencia en un 45.6%.

Tabla Nº 4

Indicaciones de cesárea por causa materna en las gestantes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018.

Indicaciones materna	N	%
Hipertensión inducida por el embarazo	84	35.1
Cesareada anterior	43	17.9
Incompatibilidad céfalo pélvica	43	17.9
Inducción fallida	16	6.6
Hemorragia del III trimestre	16	6.6
Trabajo de parto disfuncional	13	5.4
Embarazo prolongado	10	4.1
Infección VIH	7	2.9
Diabetes	5	2.1
Aborto habitual	1	0.4
Condilomatosis cervico vaginal y vulvar	1	0.4
Total	**239**	**100**

Fuente: Hospital Iquitos César Garayar García

Tabla Nº 4 se observa las Indicaciones de cesárea por causa materna, de los cuales tenemos que el 35.1% fueron por hipertensión inducida por el embarazo; el 17.9% por cesareada anterior; el 17.9% por incompatibilidad céfalo pélvica; el 6.6% fue por inducción fallida y hemorragia del III trimestre, trabajo de parto disfuncional; 5.4%, embarazo prolongado 4.1%, infección por VIH; 2.9%.

Tabla Nº 5

Indicaciones de cesárea por causa fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018.

indicaciones fetales	N	%
Sufrimiento fetal agudo	93	38.9
Macrosomía fetal	59	24.6
Feto pelviano	33	13.8
Oligohidraminos / polihidraminos	18	7.5
Embarazo gemelar	16	6.6
Feto transverso	6	2.5
Óbito fetal	5	2.1
Restricción de crecimiento intrauterino	5	2.1
Prolapso del cordón umbilical	2	0.8
Distocia de presentación	1	0.4
Isoinmunización materno fetal	1	0.4
Total	**239**	**100**

Fuente: Hospital Iquitos César Garayar García

Tabla Nº 5 se observa las indicaciones de cesárea por causas fetales, de los cuales tenemos que el 38.9% fueron por sufrimiento fetal agudo, 24.6% por macrosomía fetal, el 13.8% por feto en presentación pelviano, el 7.5% fueron por oligohidraminos / polihidraminos; 6.6% por embarazo gemelar.

Tabla Nº 6

Indicaciones de cesárea por causas ovulares atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018.

Indicaciones ovulares	N	%
Ruptura prematura de membranas	98	41.0
Placenta previa	74	30.9
Desprendimiento prematuro de placenta	67	28.0
Total	**239**	**100**

Fuente: Hospital Iquitos César Garayar García

Tabla Nº 6 se observa las indicaciones de cesárea por causas ovulares, de los cuales tenemos que el 41% fueron por ruptura prematura de membrana; 30.9% por placenta previa y el 28.0% por desprendimiento prematuro de placenta.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el estudio de Incidencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018, se encontró una incidencia del 37.21%, superior al 10% a 15% (cifra estándar) establecido por la Organización Mundial de la Salud, (23) así como lo esperado a nivel nacional, que en el mismo año del estudio fue del 34.5% (27). Así mismo, superior a lo encontrado por Carpio W, en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo (Lima 2015) con un valor anual de 27.7% (8); y es inferior a Espinoza J, en el Hospital IESS de Ambato, (Ecuador 2015) con 61.91%; (3) Briceño J (Ecuador 2017) encontró una incidencia del 43.05% ambos autores realizaron su estudio en el mismo periodo considerado en el estudio (6 meses) (6); Gálvez E**,** en el Hospital "San José" (Callao 2014) reporto 42% (7) y Medina J, (Lima 2016) en el Hospital Nacional Dos de Mayo encontró una incidencia del 57,5% (9). Lo que se puede observar que la incidencia de cesáreas en el Perú difiere de un establecimiento de salud a otro.

Este aumento en la incidencia de las cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García podría deberse al diagnóstico oportuno de las complicaciones maternas y fetales, pero, también es importante señalar que muchas de las cesáreas eran injustificadas.

En las características sociodemográficos se encontró predominio de las edades entre 20 a 35 años de edad en un 70.7%, resultado comparable con Ríos R, (Colombia 2015) donde obtuvo que el 49.8% tenían de 20 a 34 años (15) y Medina J, (Lima 2016) encontró que las gestantes entre 20 y 35 años son las que con mayor frecuencia se someten a dicha intervención (9). Lo que no es comparable con Tejedo A, (Iquitos 2015) y Puyo M, (Iquitos 2016) que encontraron edades de 17 a 19 años en un 72.6% y 92.4% respectivamente (14) (17). Los resultados se podrían

explicar por una mayor demanda de gestantes mayores de 20 años y que las gestaciones se dan en edades donde hay menos riesgo de complicaciones. En cuanto al grado de instrucción 74.1% de las gestantes tenían nivel secundario, comparable con Cueva J, (Iquitos 2015) y Tejedo A, (Iquitos 2015) que encontraron que el 62.7% y 61.9% tenían nivel secundario (13) (14). Lo que difiere con Ríos R, (Colombia 2015) que obtuvo en un 61.0% de las gestantes tenían nivel superior/técnica (15). Según el lugar de procedencia el 54.8% provenían de zona urbana comparable con Tejedo A, (Iquitos 2015) y Ríos R, (Colombia 2015), ambos autores obtuvieron resultados de 58.3% y 42.1% respectivamente (14) (15). Estos resultados explican que las gestantes al ser de zona urbana tienen mayor acceso a educación secundaria. En relación al estado civil en el estudio se encontró que el 81.2% de las gestantes cesareadas eran convivientes, comparable con Ríos R, (Colombia 2015) que obtuvo 56.3% (15), pero difiere con Tejedo A, (Iquitos 2015) y Puyo M, (Iquitos 2016) que encontraron en sus resultados, que en un 72.6% y 60.8% de las gestantes eran solteras (14) (17).

En las características obstétricas, en el estudio el 72.0% de las cesáreas se realizaron en las multigestas, comparable con Hernández L, Salazar M, (Guatemala 2014) con 27.4% (2) y Cueva J, (Iquitos 2015) con 88.2% (13) y difiere con Gálvez E, (Callao 2014) que encontró que el 52% eran nulíparas (7) y con Paredes J, (Iquitos 2015) en un 34.0% primíparas (16). El resultado del estudio explicaría las indicaciones de cesáreas por causa materna. En el estudio el 87% de las gestantes cesareadas tenían edad gestacional a término comparable con los estudios realizados por Gálvez E, (Callao 2014) con 81% (7), Ríos R, (Colombia 2015) con 68.4% y con Cueva J, (Iquitos 2015) con 72.5% (15) (13). Los resultados del estudio explicarían que la mayoría de las cesáreas se da con el embarazo a término y en menor porcentaje en pre términos salvo serias complicaciones maternas. El 38.1% de las gestantes cesareadas en el Hospital Iquitos César Garayar García tenían menos de 6 atenciones

prenatales, similar a los estudios de Tejedo A, (Iquitos 2015) con 40.5% (14) y Paredes J, (Iquitos 2015) con 32.1% (16); lo que no es comparable con los resultados de Hernández L, Salazar M, (Guatemala 2014) que encontró que el 70.1% de las cesareadas tenían más de 6 atenciones prenatales al igual que Cueva J, (Iquitos 2015) con el 68.8% (13). El menor número de atenciones prenatales se debería a una deficiencia en el seguimiento de las gestantes en el primer nivel de atención, así mismo conlleva a que en algún momento de la gestación se compliquen, lo que explicaría que la principal indicación materna de cesárea fue por hipertensión inducida por el embarazo. El 45.6% de las cesáreas realizadas fueron de emergencia, comparable con Medina J, (Lima 2016) que obtuvo 68.7%; (9) lo que difiere totalmente con los estudios de Gálvez E, (Callao 2014) que encontró que el 56% de las cesáreas fueron electivas, (7) al igual que Ríos R, (Colombia 2015) con 54.7%.(15) El resultado del estudio explicaría que se detectó oportunamente las emergencias obstétricas maternas y fetales evitando mayor complicaciones.

En el estudio la principal indicación de cesárea materna fue por hipertensión inducida por el embarazo en un 35.1%, seguida de cesárea anterior e incompatibilidad ceféalo pélvica en 17.9%. La principal indicación fetal fue por sufrimiento fetal agudo con un 38.9%, la segunda por macrosomía con un 24.6% y por presentación pelviana con 13.8%. La principal indicación ovular fue por rotura prematura de membranas con 41% seguida de placenta previa con 30.9% y desprendimiento prematuro de placenta con un 28%. Resultados comparables con Narváez A, (Nicaragua 2015) en el Hospital Bertha Calderón Roque la principal indicación de cesárea fue la cesárea anterior 34.8% y el sufrimiento fetal agudo 32.4%.(4), Carpio W, (Lima 2015) en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo entre las principales indicaciones encontró: Cesárea segmentaria previa con 23,4%; presentación podálica con 22,7%; desproporción céfalo-pélvica 21,4%; desprendimiento prematuro de

placenta normo inserta (DPP) con 8,4%, macrosomía Fetal 6,5% (8) y Paredes J, (Iquitos 2015) en el Hospital II-2 de Tarapoto,. Las principales indicaciones de cesáreas fueron cesárea anterior 29.2%, sufrimiento fetal agudo 21.5%, desproporción céfalo pélvica 9.9%, hipertensión inducida en el embarazo 8.3%. (16)

CONCLUSIONES

1. La incidencia de los partos por cesárea en el Hospital Iquitos César Garayar García, de julio a diciembre 2018 fue de 37.21%.

2. En las características sociodemográficas se encontró que las gestantes cesareadas tenían entre 20 a 35 años de edad, grado de instrucción secundaria, procedentes de zona urbana y estado civil convivientes.

3. En las características obstétricas hubo predominio de cesáreas en las multigestas, con una edad gestacional a término, con menos de 6 atenciones prenatales, y las cesáreas fueron de emergencia.

4. Las principales indicaciones maternas de cesárea en el estudio fueron: Hipertensión inducida por el embarazo, cesárea anterior e incompatibilidad céfalo pélvica. Indicaciones fetales: Sufrimiento fetal agudo, macrosomía, feto en presentación pelviana y las indicaciones de causa ovular: Rotura Prematura de Membranas, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta.

RECOMENDACIONES

1. La incidencia elevada de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garyar García, requiere de una evaluación minuciosa y se recomienda proponer e implementar la clasificación de Robson como un sistema de clasificación de cesáreas internacionalmente aplicable propuesta por la Organización Mundial de la salud.

2. Mejorar la calidad en las atenciones prenatales, proponiendo establecer estrategias para un mayor seguimiento a las gestantes enfatizando en la detección de los factores de riesgo.

3. Para prevenir los altos porcentajes de cesáreas de emergencia se recomienda que las gestantes se han referidas oportunamente a establecimientos de mayor capacidad resolutiva, a fin de ser conducidas, monitoreadas y evaluadas permanentemente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Irene Larraz. El país periódico global. [Internet] 2017. Latinoamérica gana por cesárea/planeta futuro [Consultado en junio 2018] URL disponible: https://elpais.com › Planeta Futuro.

2. Hernández L, Salazar M. Caracterización epidemiológica y clínica de las pacientes con operación cesárea [Tesis para optar el título de médico cirujano], Guatemala: Universidad De San Carlos De Guatemala Facultad De Ciencias Médicas. 2014.

3. Espinoza J. Estrategia educativa para disminuir la incidencia de cesáreas en Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ambato enero a junio del 2014. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Ecuador: Universidad nacional autónoma de los andes. 2015.

4. Narváez A. Indicaciones de Cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua Año 2014. . [Tesis para optar el título de médico cirujano], Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua. 2015.

5. Rubio S. Caracterización de los resultados adversos maternos y neonatales luego de una operación cesárea en la E.S.E. Clínica De Maternidad Rafael Calvo. [Tesis para optar el título de especialista en Gineco-obstetricia], Cartagena: Universidad De Cartagena. 2015.

6. Briceño J. Incidencia e Indicaciones de cesárea de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, Periodo Junio A Noviembre del 2015. [Tesis para optar el título de médico general], Ecuador: Universidad Nacional de Loja. 2017.

7. Gálvez E. Tasa de incidencia de cesárea en el Hospital “San José” del Callao, periodo enero-diciembre 2013. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina E.A.P. 2014

8. Carpio W. Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Lima – Perú: Universidad San Martin de Parras. 2015.

9. Medina J, De la Cruz J. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a diciembre del 2015. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Lima – Perú: Universidad Ricardo Palma. 2016.

10. Palacios L. Tasa de cesáreas utilizando el Modelo de Clasificación de cesáreas de Robson, durante los años 2013 y 2014 en Hospital Nivel II Cañete – ESSALUD. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Cañete – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2016.

11. Maylle A. Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la red asistencial de Huánuco, Essalud, durante el periodo 2010 a 2014. [Tesis para optar el título de segunda especialidad en Obstetricia de Alto Riesgo], Huánuco-Perú: Universidad de Huánuco. 2016.

12. Luque A. Indicaciones y tasa de cesáreas en el Hospital Essalud III Puno en el año 2016. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Puno- Perú: Universidad Nacional Del Altiplano. 2017.

13. Cueva J. Características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, entre enero a diciembre del 2014. [Tesis para optar el título

de médico cirujano], Iquitos- Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015.

14. Tejedo A. Características de las cesáreas de las adolescentes en el Hospital Regional de Loreto, entre enero a setiembre 2015. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Iquitos- Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015.

15. Ríos R. Características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre Enero a Diciembre del 2014. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Iquitos- Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015.

16. Paredes J. Características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto, 2014. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Iquitos- Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015.

17. Puyo M. Características sociodemográficas, obstétricas y morbilidad materna de las adolescentes cesareadas en el Hospital III Iquitos – EsSALUD, de enero a diciembre de 2015. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Iquitos- Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015.

18. Cunningham, F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. México: Mexicana; 2011.

19. Guía técnica: Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva. Ministerio de Salud. Perú, 2007.

20. Luis Tavara Orozco. Cesárea en el Perú: presente y futuro Ginecología y Obstetricia [Revista en Internet], Vol. 39 Nº15 Setiembre 1993. Disponible en:

sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/ginecologia/Vol_39N15/cesarea_peru.htm

21. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la cesárea segura. [sitio en internet]. Consultado: 11 mayo de 2011. Disponible en: http//www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf

22. Organización Mundial de la Salud. Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias. [Internet] Ginebra: abril 2015 [consultado en junio 2018] URL disponible en: www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/

23. Organización Mundial de la salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet] Ginebra: abril 2015 [consultado en junio 2018] URL disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf

24. Organización Panamericana de la Salud. OPS OMS | La cesárea solo debería realizarse cuando es …[Internet] Ginebra: abril 2015 [consultado en junio 2018] URL disponible: en:https://www.paho.org/hq/index.php?option...cesarea...necesaria.

25. La Información. Los partos por cesárea se disparan en Venezuela [Internet] 2016 [consultado en junio 2018] URL disponible https://www.lainformacion.com/.../los-partos-por-cesarea-se-disparan-en venezuela_G...

26. El Caribe. The Lancet dice que la RD es líder a nivel mundial haciendo cesáreas [online] 2018. Disponible en: https://www.elcaribe.com.do › 2018/10/15 › panorama › pais › lancet-dice...

27. Econ. José García Zanabria. "Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 - Nacional y Departamental" ENDES- 2019. [online] 2019. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe › publicaciones_digitales › Est › Lib1656 › index1

ANEXOS

Anexo Nº 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Titulo	Problema general y especifico	Objetivo general y específico	Hipótesis general	Variables e indicadores
Incidencia e indicaciones de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018.	**Problema general** ¿Cuál es la incidencia y las indicaciones de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García, de julio a diciembre 2018? **Problemas específicos** 1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018? 2. ¿Cuáles son las características obstétricas de las pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018? 3. ¿Cuáles son las indicaciones de cesárea en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018? 4. ¿Cuál es la incidencia de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García, de julio a diciembre 2018?	**Objetivo general** Determinar la incidencia y las indicaciones de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018. **Objetivos específicos.** 1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018. 2. Identificar las características obstétricas de las pacientes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018 3. Identificar las indicaciones de cesárea en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018. 4. Calcular la incidencia de cesáreas en el Hospital Iquitos	La incidencia de cesárea en el Hospital Iquitos César Garayar García es del 20%.	**Variable dependiente** Incidencia de cesárea **Variable independiente**: Características sociodemográficas: ➢ Edad ➢ Grado de instrucción ➢ Procedencia ➢ Estado civil Características obstétricas: ➢ Paridad ➢ Edad gestacional ➢ Nº de atención prenatal ➢ Tipo de cesárea Indicaciones de cesáreas: **Maternas:** **a.** Cesareada anterior **b.** Trabajo de parto disfuncional **c.** Incompatibilidad céfalo pélvica **d.** Hipertensión inducida por embarazo **e.** VIH **f.** Miomatosis uterina

		César Garayar García, de julio a diciembre 2018.		**g.** Embarazo prolongado **h.** Aborto habitual **i.** Inducción fallida **j.** Hemorragia del III trimestre **k.** Síndrome de Hellp **l.** Condilomatosis cervico vaginal y vulvar **Fetales:** **a.** Sufrimiento fetal agudo **b.** Feto Pelviano **c.** Macrosomía fetal **d.** Oligohidramnios / polihidramnios **e.** Embarazo gemelar **f.** Feto transverso **g.** Distocia de presentación **h.** Obito fetal **i.** Restricción de crecimiento intrauterino **Ovulares:** **a.** Ruptura prematura de membranas **b.** Placenta previa **c.** Distocia funicular **d.** Insuficiencia placentaria **e.** Desprendimiento prematuro de placenta

Anexo Nº 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE JULIO A DICIEMBRE 2018

I. Características sociodemográficas:

1. Edad:

a) 15 a 19 años b) 20 a 35 años c) mayor de 35 años

2. Grado de instrucción:

a) Sin instrucción b) Primaria c) Secundaria d) Superior

3. Procedencia:

a) Urbano b) Urbano-marginal c) Rural

4. Estado civil:

a) Soltera b) Conviviente c) Casada

II. Características obstétricas:

1. Paridad:

a) Primigestas b) multígestas

2. Edad gestacional:

a) Pretermino b) Atérmino c) Pos termino

3. Atención prenatal:

a) Menor de 6 b) 6 controles c) mayor de 6

4. Tipo de cesárea:

c) Emergencia b) Urgencia c) Electiva

III. Indicaciones de cesárea:

Maternas:

a) Cesareada anterior

b) Trabajo de parto disfuncional

c) Incompatibilidad céfalo pélvica

d) Hipertensión inducida por embarazo

e) Infección VIH

f) Miomatosis uterina

g) Embarazo prolongado

h) Aborto habitual

i) Inducción fallida

j) Hemorragia del III trimestre

k) Síndrome de Hellp

l) Condilomatosis cervico vaginal y vulvar

m) Diabetes

Fetales:

e) Sufrimiento fetal agudo

f) Feto Pelviano

g) Macrosomía fetal

h) Oligohidramnios / polihidramnios

i) Embarazo gemelar

j) Feto transverso

k) Distocia de presentación

l) Óbito fetal

m) Restricción de crecimiento intrauterino

n) Malformaciones fetales

o) Prolapso del cordón umbilical

p) Iso inmunización materno fetal

Ovulares:

a) Ruptura prematura de membranas

b) Placenta previa

c) Distocia funicular

d) Insuficiencia placentaria

e) Desprendimiento prematuro de placenta

Anexo Nº 3

ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título del proyecto:

INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE JULIO A DICIEMBRE 2018

Nombre del experto:
Instrumento:
Fecha:
Institución a la que pertenece el experto:
Estimado (a):
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X en **SI o NO** en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. La estructura del instrumento es adecuado			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio			
3. Las preguntas están formuladas con terminología clara, sencilla y precisa			
4. Las preguntas o ítems están formuladas de acuerdo al tipo de sujetos que se pretende aplicar			
5. Las preguntas o ítems están formuladas con terminología actualizada (conceptos, constructos, dimensiones, indicadores)			
6. Las preguntas o ítems incluyen todo el dominio del contenido de las variables a medir (no deja ningún indicador a evaluar de cada uno de las variables)			
7. Las preguntas o ítems están orientadas a cada una de la variables a medir			
8. El total de la pregunta abarca todo las variables a estudiar			
9. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.			

SI = 1 No = 2