



UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ
Registrado en el asiento N° A00010 de la Partida n°
11000318, Personas Jurídicas de Iquitos
Superintendencia de los Registros Públicos- SUNARP

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

TITULO:

INCIDENCIA Y CAUSAS DE CESÁREAS EN GESTANTES CON
ANTECEDENTE DE PARTO VAGINAL ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
DURANTE EL AÑO 2016

AUTORA:

GRACE CAROLINA PÉREZ BARDALES

TESIS PRESENTADO
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

ASESORA
Mgr. Obsta. GISELA PAUTRAT ROBLES

SAN JUAN-IQUITOS
PERU

2019

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y me da fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser sus hijas, son los mejores padres.

A mis hermanas (os) por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A la familia classen por la gran oportunidad y la confianza que me dieron para lograr alcanzar mis sueños.

A Mario Fuks y mi hija Lea Sofía Fuks por ser el apoyo incondicional y la inspiración para seguir superándome en el ámbito profesional.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme la vida, por guiarme a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis padres: Luis, Liliana, Rogelia por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en las expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Un agradecimiento muy especial a la Familia Classen, Mario Fuks ya mi pequeña hija Lea Sofía por el apoyo incondicional que me brindan.

Agradecer a los docentes de la Facultad de ciencia de la salud de la Universidad Científica del Perú, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de la profesión, de manera especial, al master Gisela Pautrat Robles tutor del proyecto de investigación quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente.

Gracias



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 836-2018-UCP-FCS, del 15 de Octubre del 2018**, 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 los señores:

✚ Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mg.	Presidente
✚ Obst. Silvia Rosa Romero García	Miembro
✚ Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez	Miembro

En la ciudad de Iquitos, siendo las 19:00 p.m. horas, del día 16 de Julio del 2019, en las instalaciones de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la Tesis: **“INCIDENCIA Y CAUSAS DE CESÁREAS EN GESTANTES CON ANTECEDENTE DE PARTO VAGINAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, DURANTE EL AÑO 2016”**.

Presentado por la sustentante:

GRACE CAROLINA PÉREZ BARDALES

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

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

absueltas satisfactoriamente.

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

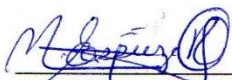
La Sustentación es:

Aprobada por unanimidad.

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

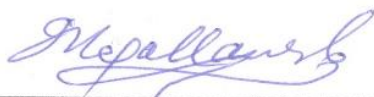

Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mg.
Presidente


Obst. Silvia Rosa Romero García
Miembro


Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

TESIS SUSTENTADA CON FECHA 16 DE JULIO DEL 2019 EN LA UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ INTEGRADO POR EL JURADO CALIFICADOR Y DICTAMINADOR SIGUIENTE:



Med. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mgr.

PRESIDENTE



Obsta. Silvia Rosa Romero García

MIEMBRO



Obsta. Natalik Beatriz Espinosa Ramírez

MIEMBRO



Obsta. Gisela Palmela Pautrat Robles, Mgr.

ASESORA

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 ANTECEDENTES.....	2
1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.3 OBJETIVOS.....	13
1.3.1 Objetivo general.....	13
1.3.2 Objetivos específicos.....	13
CAPITULO II	
2.1 MARCO TEÓRICO.....	14
2.1.1 Cesárea en la historia.....	14
2.1.2 Definición de cesárea.....	16
2.1.3 Clasificación de cesárea.....	16
2.1.4 Indicaciones de la operación cesárea.....	18
2.1.5 Complicaciones.....	19
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	21
2.3 VARIABLES.....	22
CAPITULO III	
3.1 Tipo de investigación.....	23
3.2 Diseño de investigación.....	23
3.3 Población y Muestra.....	23
3.4 Técnicas.....	24
3.5 Instrumentos.....	24
3.6 Procesamiento de la información.....	25
3.7 Ética de la información.....	25
CAPITULO IV	
RESULTADOS.....	26
CAPITULO V	
DISCUSION DE RESULTADOS.....	38
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Nº	TITULOS	Pág.
01	Gestantes con antecedente de parto vaginal según edad atendida en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.	28
02	Gestantes con antecedente de parto vaginal según grado de instrucción atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.	29
03	Gestantes con antecedente de parto vaginal según procedencia atendida en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.	29
04	Gestantes con antecedente de parto vaginal según estado civil atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.	30
05	Gestantes con antecedente de parto vaginal según paridad atendida en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.	31
06	Gestantes con antecedente de parto vaginal según edad gestacional atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.	31
07	Gestantes con antecedente de parto vaginal según número de partos vaginales atendidos en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.	32
08	Gestantes con antecedente de parto vaginal según número de atenciones prenatales atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.	32
09	Gestantes con antecedente de parto vaginal según periodo intergenésico atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.	33
10	Gestantes con antecedente de parto vaginal según tipo de cesáreas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.	33
11	Gestantes con antecedente de parto vaginal según tipo de cesáreas y causas, atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.	34
12	Causas de cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.	35

RESUMEN

INCIDENCIA Y CAUSAS DE CESÁREAS EN GESTANTES CON ANTECEDENTE DE PARTO VAGINAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016

Bach. Obst. Grace Carolina Pérez Bardales

Introducción

Las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, así mismo las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal, pero se asocia a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años.

Objetivo

Determinar la incidencia y las causas de cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el periodo de enero a diciembre del 2016.

Metodología

El estudio de investigación es de tipo descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

La población estuvo conformada por 3102 partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto de enero a diciembre 2016.

La muestra estuvo conformada por 160 cesáreas con antecedente de parto vaginal.

Resultado

La incidencia de cesárea fue del 37.8% del total de partos atendidos, el promedio de edad fue de 30.62 años, 68.1% tuvieron estudios de nivel secundario, 34.4% procedentes de la zona urbana-marginal, 70% de estado civil conviviente, 57.5% multigestas, 75% tenían más de 36 semanas, 38.1% tenían 3 a más partos vaginales anteriores al parto por cesárea, 41.3% de las gestantes tuvieron 6 atenciones prenatales, 78.8% tenían periodo intergenésico mayor de dos años, 97.5% de las cesáreas fueron de emergencia. Las principales causas de cesáreas fueron por causa maternas en un 48.2% predominando entre ellas la pre eclampsia; 41.3% causas fetales, con predominio del sufrimiento fetal agudo y 10.7% por causas ovulares: placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera respectivamente.

Conclusión

La principal causa de cesárea en las gestantes con antecedente vaginal, tenían 3 a más partos vaginales, cesáreas de emergencia y son las causas maternas que predominó sobre las causas fetales y ovulares.

Palabras calves: Incidencias, parto vaginal, cesáreas de emergencia.

SUMMARY

INCIDENCE AND CAUSES OF CESAREAS IN GESTANTS WITH A BACKGROUND OF VAGINAL CHILDBIRTH ASSISTED AT THE REGIONAL HOSPITAL OF LORETO FROM JANUARY TO DECEMBER 2016

Bach. Obst. Grace Carolina Pérez Bardales

Introduction

Caesarean sections are increasingly frequent in both developed and developing countries, and cesarean rates above 10% are not associated with a reduction in maternal and neonatal mortality rates, but are associated with short and long-term risks. long term that can last for many years.

Objective

To determine the incidence and causes of caesarean sections in pregnant women with a history of vaginal delivery attended at the Regional Hospital of Loreto in the period from January to December 2016.

Methodology

The research study is descriptive, cross-sectional and retrospective.

The population consisted of 3102 deliveries attended at the Regional Hospital of Loreto from January to December 2016.

The sample consisted of 160 caesarean sections with a history of vaginal delivery.

Result

The incidence of caesarean section was 37.8% of the total number of deliveries attended, the average age was 30.62 years, 68.1% had secondary level studies, 34.4% from the marginal urban area, 70% of civil cohabiting status, 57.5% multigesta, 75% had more than 36 weeks, 38.1% had 3 to more vaginal deliveries before the cesarean delivery, 41.3% of the pregnant women had 6 prenatal care, 78.8% had intergenesic period older than two years, 97.5% of the caesarean sections were of emergency. The main causes of caesarean sections were due to maternal causes in 48.2%, predominately pre-eclampsia; 41.3% fetal causes, with predominance of acute fetal distress and 10.7% due to ovular causes: placenta previa and premature detachment of normoinserta placenta respectively.

Conclusion

The main cause of cesarean in pregnant women with a vaginal history, had 3 to more vaginal births, emergency cesareans and is the maternal causes that predominated over fetal and ovular causes.

Calval words: Incidences, vaginal delivery, emergency cesareans.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La cesárea es una intervención quirúrgica por lo que se realiza la extracción de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía) (1).

Desde 1985, se ha considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%, desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, así mismo las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal, pero se asocia 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". (2)

La cesárea después de un parto vaginal previo, debe de ser necesariamente por motivos médicos, que de alguna manera la vida de la madre y del feto se encuentren en riesgo, por lo que el presente estudio de investigación permitirá conocer la incidencia y las causas de cesárea en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, a fin de socializar y concientizar a los profesionales acerca de los datos y analizar de manera directa la situación real, con fines de replantear estrategias de manejo y contribuir a disminuir las cesáreas que en muchos casos pudiera ser innecesarias, contribuyendo a resolver un problema importante de salud, que causa preocupación a nivel mundial, así mismo los altos gastos que ocasiona una cesárea se direccionará a otras áreas donde requiera más atención.

1.1. ANTECEDENTES.

Internacionales.

Uno de los primeros trabajos fue el realizado por la OMS en 1985, donde los profesionales de la salud de todo el mundo consideraron que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10 y el 15% (1).

En un estudio realizado por la Dr. Francisco Cópola en Uruguay en el año 2013 encontró una tasa de cesárea del 43.7%, en otras instituciones llegaron al 55% y 70%, concluyendo que las instituciones privadas tienen mayor tasas de cesáreas. (3)

Manny A, Tovar J, en México el 2016 realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, observacional, del 2014 al 2016, incluyendo a todas las embarazadas con más de 27 semanas de gestación. Se resolvió el embarazo a 706 mujeres con un porcentaje de cesárea del 65.29%. El promedio de edad fue de 31 ± 4.2 años, y el de la edad gestacional fue de 38.5 ± 6.7 semanas. Eran primigestas el 47%. La indicación materna más frecuente de cirugía fue por cesárea iterativa, y la fetal por distocia de presentación. En cuanto a la ubicación del mayor número de pacientes dentro de la clasificación de Robson, fue el grupo 5 con un 21.24%, seguido del grupo 2 con un 13.88% y del grupo 1 con un 9.6%. Concluyendo que la existencia de cicatriz uterina previa fue el factor determinante en la mayor parte de las cesáreas. Sugerimos incidir sobre la indicación de la primera cesárea y así disminuir cicatrices uterinas. (4)

Andrade M, en Ecuador el 2017, realizó un estudio descriptivo observacional de cohorte retrospectivo. Todos los datos se obtuvieron de la base de datos del Hospital de los Valles de enero del 2013 a diciembre del 2015. Se encontró que al 83,98 % de las pacientes se les realizó cesárea y al 16,02 % se les atendió el

parto por vía vaginal. El 82,63 % de los recién nacidos fueron a término mientras que el 17,37 % fueron prematuros. Las principales causas de cesárea fueron cicatriz uterina previa (35,66%), causas fetales (27,62%) y desproporción céfalo-pélvica (23,78%). En el 8,75% de cesáreas no se encontró en la historia clínica ninguna justificación clínica que respalde la decisión médica. (5)

Moreta B, Et al, en Ecuador el 2017 realizó un estudio documental, descriptivo/retrospectivo y de diseño transversal, con el objetivo de conocer la prevalencia de cesáreas mediante la revisión estadística de datos con la finalidad de tener clara las causas de realización de este procedimiento, en pacientes gestantes que acudieron para la atención de su parto desde septiembre de 2016 hasta abril de 2017 en el hospital. Se evidencio que acudieron 915 pacientes de las cuales 420 (45.9%) se realizaron cesáreas y 495 (54.1%) fueron partos vaginales; la mayoría de intervenciones correspondió a las pacientes multíparas, casadas con una edad comprendidas entre 21 a 25 años, con embarazo a término, donde la causa más predominante fue la cesárea anterior con 125 casos (39.3%), seguida por el compromiso del bienestar fetal con 47 casos (14.7%). (6)

Nacionales

Gálvez E, en Lima el 2014 realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo cuyo objetivo fue determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013. La población estuvo constituida por 762 pacientes cesareadas, con un muestreo de 160 pacientes; cuyo resultado fue: Al analizar las 160 historias clínicas, se encontró que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había 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%; llegando a la conclusión 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, encontrándose un leve aumento respecto al 40 % registrado en el año 2012. (7)

Carpio W, realizó en Chiclayo el 2015 una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal y analítico en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo, con el objetivo de saber cuál es la incidencia de la operación cesárea y las indicaciones más frecuentes. Encontrándose una incidencia de la operación cesárea de 27.70%, entre las principales indicaciones: 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, De la Cruz J, en Lima el 2015, realizaron un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal con el objetivo de determinar los factores asociados a indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de Enero a Diciembre del 2015. Los resultados muestran que durante el año 2015, el porcentaje de cesárea es 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. (9)

Paiba M, Salazar G, en Chiclayo el 2015, en su estudio retrospectivo, comparativo: causas de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2014, planteo determinar las causas que conducen al parto por cesárea con la finalidad de mitigar con prevención la tasa de incremento que según la Organización Mundial de la Salud es 15 %, mediante la revisión de 140 historias clínicas de partos por cesárea y un mismo número por parto vaginal. Se encontró que las causas maternas asociadas al parto por cesárea son la cesárea previa, las distocias del canal del parto, el periodo intergenésico corto y enfermedad hipertensiva del embarazo. Las causas fetales son malformaciones congénitas, RCIU y la muerte fetal. (10)

Maylle A, en Huánuco el 2016 realizó 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; 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)

Palacios L, en Cañete el 2016 en un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal, cuyo 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. Se incluyeron a todas las mujeres gestantes que acudieron al Hospital y que culminaron en parto, especialmente a todos los ocurridos por cesárea. Los resultados muestran que 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, cuya conclusiones arrojan 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, hemos verificado en este estudio, un aumento en las tasas de cesáreas particularmente en los grupos 3, 1 y 5. Los resultados de las tasas de cesárea por modelo de clasificación de Robson, muestran lo sencillo, adaptable y factible de la aplicación del modelo. (12)

Fiestas J, en Lima el 2016 realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal con el objetivo de determinar la Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo julio 2014 - julio 2015. Se incluyeron la totalidad de los nacimientos durante el periodo de estudio. Obteniendo como resultado que la prevalencia de partos por cesárea fue de 53.37%. El tipo de cesárea, más frecuente, según el antecedente obstétrico fue la Primaria con un 56.96%. El grupo etario en el que predominaron las cesáreas fue el de 20 a 34 años con el 78.85%. Las Principales indicaciones fueron Cesárea anterior con 41.14%, Falta de progresión de trabajo de parto con

12.02% y Macrosomía Fetal con 8.23%. El estudio revela una frecuencia elevada de cesáreas que supera ampliamente al 15 % recomendada por la OMS. Una alta frecuencia de Cesáreas realizadas por primera vez y un alto índice de indicación de cesárea por cesárea anterior, lo cual contribuye a que la tendencia de que las tasas de cesárea sigan aumentando con el paso de los años. (13)

Regionales.

Malatesta B, en Iquitos el 2013 en un estudio de diseño descriptivo transversal retrospectivo, determino las características demográficas y obstétricas de las cesáreas en el Hospital Regional de Loreto, entre Mayo a Junio del 2013; se evaluaron 189 gestantes cesareadas. Las gestantes cesareadas eran de edad fértil (59.8%), proceden de la zona urbana (75.1%), el 25.4% con antecedente de cesárea previa, con edad gestacional a término (76.2%), nulíparas (49.2%), con adecuado control pre natal (68.3%), de las 116 gestantes con antecedente de una gestación previa el 60.3% tuvieron un intervalo intergenésico de 2 a 5 años y el 15.5% menor de 2 años. El 59.3% de las cesáreas realizadas fueron de emergencia y el 40.7% programadas. Las principales indicaciones de las cesáreas programadas fueron cesárea anterior (37.7%), DCP 23 (14.3%), pre eclampsia leve (14.3%). Las principales indicaciones de la cesárea de emergencia fueron los casos de enfermedad hipertensiva (19.6%), SFA (18.8%), cesárea anterior (9.8%), y DCP (9.8%). Concluye que las cesáreas de emergencia predominan en el Hospital Regional de Loreto, principalmente producto a enfermedad hipertensiva en el embarazo y sufrimiento fetal agudo. (14)

Paredes J, en Iquitos el 2014 en un estudio no experimental descriptivo, transversal y retrospectivo, con el objetivo de describir las características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto, de 1627

cesáreas realizadas, entre enero a diciembre del 2014. Se obtuvo como resultado que las gestantes cesareadas en el Hospital II-2 de Tarapoto tienen entre los 20 a 34 años de edad (60.9%), proceden de la zona urbana (59.0%), son conviviente (55.8%), con nivel de instrucción de secundaria (54.2%). El 40.4% tienen antecedente de cesárea anterior, el 24.0% son embarazos pre término, el 34.0% son primíparas, el 32.1% tienen menos de 6 controles prenatales. El 59.6% fueron cesáreas primaria y el 53.8% cesáreas de emergencia. 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%) y embarazo pre termino (8.3%). Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo (35.7%), desproporción céfalo pélvica (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 intra operatoria 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%). (15)

Reátegui S, en un estudio el 2014 determino características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de la cesárea en el Hospital III Iquitos de Es salud; entre Enero a Julio del 2013. Las cesáreas fueron en gestantes de 20 a 34 años de edad (60,5%); procedentes de la zona urbana (60.5%); convivientes (56.0%), de educación secundaria (62.5%); ama de casa (61.5%). Con antecedente de cesárea anterior (34.0%); pre termino (18.5%); multíparas (34.0%); con intervalo intergenésico de 2 a 5 años (71.5%); con control prenatal adecuado (66.0%). Presentan morbilidad durante el embarazo (44.0%); principalmente anemia (65.9%), ITU (55.7%), y vulvo vaginitis (25.0%). El 22.0% de los recién nacidos tienen morbilidad perinatal, siendo prematuridad

(84.1%), SFA (43.2%), RNB (34.1%) y RCIU (31.8%). Las principales indicaciones de cesáreas fueron: cesárea anterior (34.0%), DCP (18.0%), SFA (17.5%) y pre término (15.0%). El 43.0% de las cesáreas fueron electivas y el 57.0% de emergencia. Las principales indicaciones de cesárea en las gestantes adolescentes fueron DCP (50.0%) y SFA (16.7%); en las gestante en edad fértil su indicación fue por cesárea anterior (37.2%), pre término (19.8%), DCP (14.9%) y SFA (14.0%); en las añosas fue por cesárea anterior (53.5%) y SFA (27.9%). Las cesáreas de emergencia fueron más frecuente en gestantes adolescentes (66.7%), gestantes añosas (65.1%), nulíparas (62.0%), primíparas (61.9%), periodo intergenésico < 2 años (59.0%) y control prenatal < 6 (60.3%). Concluye que las edades extremas, paridad e intervalo intergenésico factores que deben ser consideradas para detectar a gestantes con alto riesgo de cesárea y concentrar en éstas, una mayor vigilancia durante el control prenatal. (16)

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

La operación cesárea se define como el nacimiento del feto a través de incisiones en la pared abdominal y uterina. (17) Según la Organización Mundial de la Salud “la cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, su frecuencia sigue aumentando sobre todo en países con ingresos altos y medianos. Aunque permite salvar vidas humanas, a menudo se practica sin que existan indicaciones clínicas, lo cual pone a las madres y a los niños en riesgo de sufrir problemas de salud y puede ser causa de complicaciones importantes, discapacidad y muerte”. Así mismo la OMS ha considerado que la tasa ideal de cesáreas se encuentra entre el 10% y el 15% y los 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% (OMS abril 2015). (18)

Diferentes literaturas y estudios señalan las causas de cesáreas, y la mayoría coincide que dentro de las causas están las causas maternas, fetales y causas ovulares que justifican en muchos casos la intervención quirúrgica, más aun después de un antecedente de parto vaginal previo, pero, la OMS muestra su preocupación ya que en muchos países rebasan las cifras recomendadas y apunta que la cesárea se debe aplicar sólo en caso de que el parto suponga un riesgo para la madre o el producto; fuera de ello, no se ha demostrado beneficio alguno del parto por intervención quirúrgica, comparado a un parto vaginal que genera pocos gastos a las instituciones, evita el uso innecesario de medicamentos y por los beneficios tanto para el recién nacido como para la madre. (19)

Según un informe detallado de la OMS del año 2014, Estados Unidos tenía un porcentaje alto de cesáreas que alcanzaba un 33%, España 25% y en Europa, la tasa de cesáreas llega al 24%, por un mayor estímulo para el parto natural. (20)

Según Bremen de Mucio asesor regional en Salud Sexual y Reproductiva del Centro Latino Americano de Perinatología de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, (21) “señala que 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 un 40 % de los casos y a partir de la tercera supera el 60 %, representando un riesgo de muerte materna por hemorragia”. Así mismo menciona “que las cantidades de cesáreas injustificadas van en aumento sin ninguna razón médica, poniendo en riesgo innecesario a miles de mujeres y sus bebés; mujeres que rehúyen al dolor, médicos que acomodan sus horarios y falta de fiscalización”. Las cesáreas aumentan sin control en América Latina y el caribe, casi cuatro de cada diez partos se realizan por cesárea (38,9%), Colombia presenta una tasa del 43%, Brasil, con 200 millones de habitantes, tiene un promedio de 54% de partos por cesáreas. En los servicios privados, la cifra se dispara por sobre el 80%, convirtiéndolo en lugar del mundo donde más se realiza esta intervención, República Dominicana 44%, México 39%, Chile 37%, Argentina 30,8%, lo inverso ocurre en Haití, donde el escaso acceso a los servicios de salud coloca la tasa en 5,5%, por debajo de lo recomendado. Las cifras crecen incluso en países con una mayor composición indígena e histórico predominio de los partos naturales, como Bolivia, donde las cesáreas pasaron de 14,6% en 2008 a 19% en 2012 (20).

Dentro de América Latina, el Perú era uno de los países con menos tasas de cesáreas, incrementándose de 25,3% del año 2012 a 31,6% el año 2016. Al desagregar la cifra por características de la madre, se observa que los mayores porcentajes de cesáreas se realizaron entre mujeres del quintil superior (59,0%) o con educación superior (49,9%) en comparación con las mujeres sin educación y ubicadas en el quintil inferior de riqueza que muestran los menores niveles (10,9% y 9,9%, respectivamente). Con respecto a los nacimientos por cesárea por departamentos, estos se efectuaron en mayor proporción en Lima

Metropolitana y en el área urbana (43,6% y 38,4%, respectivamente), en Tumbes (49,7%), Provincia de Lima (44,6%), Moquegua (39,4%) y la Provincia Constitucional del Callao (39,4%) y en la región Loreto hubo un incremento desde el año 2012, de 10,0% a 19,9% el año 2016. (22)

La cesárea, como cualquier otra cirugía 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) Por todo esta problemática a nivel mundial, altas tasas y no existiendo un sistema estandarizado de clasificación internacionalmente aceptado y recomendado por la OMS se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la incidencia y las causas de cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional, durante el año 2016?

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1 Objetivo general

Determinar la incidencia y las causas de cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

1.3.2 Objetivos específicos.

1. Identificar las características sociodemográficas de las cesareadas con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.
2. Identificar las características obstétricas de las cesareadas con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.
3. Calcular la incidencia de cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.
4. Identificar las causas de cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.
5. Establecer la relación entre el tipo de cesárea y las causas de cesáreas en cesareadas con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

5.2.1. Cesárea en la historia.

En la Roma Imperial a los recién nacidos por esa vía se les llamaba caesares, pero el verdadero origen de su nombre ha sido objeto de múltiples y discutibles versiones. La más popular se desprende del nacimiento de Julio César, quien según Plinio el Viejo, vino al mundo y fue nombrado así debido al útero escindido de su madre, caesus, que quiere decir cortado. La mayoría de los autores consideran que el verdadero creador del nombre de la operación cesárea fue el médico francés Francois Rousset (1530-1603) quien menciona una section césarienne en su monografía publicada en 1581 sobre dicha intervención titulada Nuevo tratado de la histerotomía o parto por cesárea, donde se recomienda por primera vez como procedimiento médico en una mujer viva. En esta obra se sostiene que el útero no debe ser suturado, lo que fue aceptado como verdad indiscutible. Paradójicamente, Rousset que avalaba sus opiniones en una casuística de pocas cesáreas exitosas no ejecutó por sí mismo ninguna de estas, ni asistió jamás a una operación como espectador. Otro posible origen deriva de las leyes romanas de Numa Pompilio, soberano de Roma entre 672 y 715 a.C.; ley que bajo los Césares habría tenido el apelativo de cesárea y que imponía la extracción abdominal post mortem para salvar al feto: “La Lex Regia prohíbe enterrar a una mujer, que ha muerto durante el embarazo, antes de extraerle el fruto por escisión del abdomen. Quien obra en contra de esto, destruye evidentemente la esperanza de un ser viviente”. La iglesia se pronunció reiteradamente a través de los concilios de Colonia (1280), Viena (1311-1312), Langres (1404), París (1557) y Sens (1574), con respecto a la operación cesárea en la mujer muerta, declarando obligatoria la apertura del vientre de la madre difunta, siempre y cuando hubiera motivos para pensar que el niño se

mantuviera con vida. Así, hasta el siglo XVI la operación cesárea se practicó únicamente en la madre muerta para salvar al feto, aunque debido a la demora, su supervivencia también era poco frecuente. La primera referencia a una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada por el castrador suizo de cerdos Jacob Nufer, quien la ejecutó en su esposa con éxito para la madre e hijo en el año 1500. Sin embargo, el primer caso aceptado históricamente sin objeción, ocurrió en 1610, realizada en Alemania por los cirujanos Trautmann y Seest en la esposa de un tonelero, que al final de su embarazo fue gravemente herida por la flecha de un arco que la alcanzó en el vientre, produciéndole una rotura uterina. El niño logró sobrevivir, pero la madre falleció a los 25 días por sepsis. De este modo, en el siglo XVII los más importantes obstetras como el alemán Cornelio Solingen (1641-1687) y el francés Francois Mauriceau (1637-1709) condenaron esta operación en mujeres vivas, debido al desenlace mortal para la madre. En la Nueva España, se decidió en 1772, realizar la cesárea inmediatamente después de la muerte de la madre para extraer al feto, vivo o no, y proceder a su bautismo. En 1793 se realizó la primera cesárea con éxito en Inglaterra y un año después en los Estados Unidos de América. En 1820, el médico español Alfonso Ruiz Moreno realizó en Venezuela la primer cesárea in vitam en Latinoamérica, la paciente murió dos días después de la cirugía, pero el niño logró sobrevivir. Para el desarrollo de la operación cesárea fue necesario encontrar solución a dos problemas clave: el alivio del dolor durante las intervenciones quirúrgicas y la prevención y tratamiento de las infecciones. Los pilares de este progreso llevan los nombres de James Young Simpson (1811-1870) quien introdujo el uso del cloroformo en la obstetricia; Ignaz Semmelweis (1818-1865) el primero en reconocer la causa de la fiebre puerperal; Louis Pasteur (1802-1895) quien probó la existencia de las bacterias y vislumbró su participación en las infecciones, cuestión que probara Robert Koch (1843-1910), y Joseph Lister (1827-1912) quien introdujo el tratamiento aséptico del campo operatorio. Otro de los temas controversiales asociados a la operación cesárea desde 1581 fue la

sutura de la incisión uterina. En el año de 1882 los ginecólogos alemanes Ferdinand Adolf Kehrer (1837-1914) y Max Sänger (1853-1903) introducen con éxito la sutura de plata y seda para cerrar el útero luego de una operación cesárea. La técnica de Sänger consistía en incidir longitudinalmente el cuerpo del útero en su cara anterior erigiéndose como la operación clásica. Kehrer por su parte, practicó con éxito la incisión transversa en el segmento inferior del útero. En el año 1921, el inglés J. Munro-Kerr redescubre la técnica de Kehrer e introduce en 1926 la incisión transversal o semilunar en el útero, en lugar de la incisión vertical en la línea media, convirtiéndose en la técnica ideal de histerotomía en el siglo XX.² En México, no fue sino hasta septiembre de 1877 cuando se practicó la primera cesárea en una mujer viva, realizada en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, por J.B. Meras y J.H. Meras, en una mujer con exostosis del sacro y feto muerto. La madre se restableció y caminó a los veinticinco días.¹⁰⁻¹² Considerando que las principales causas de mortalidad materna asociada a una operación cesárea eran la hemorragia y la infección uterina, resultaba necesario excluir al útero, lo que marcó en 1876 una nueva era en la operación cesárea, cuando el cirujano italiano Edoardo Porro (1842-1902) describió la primera cesárea seguida de histerectomía subtotal con éxito para la madre y el niño. (24)

5.2.2. Definición de cesárea.

Es 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. (25)

5.2.3. Clasificación de cesárea.

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.

✓ **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, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.

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. (26)

5.2.4. Indicaciones de la operación cesárea. (27)

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales, ovulares y materna- fetales.

Causas maternas:

- ✓ Cicatriz uterina
- ✓ Dos o más cicatrices de cesáreas segmentaria
- ✓ Plastia vaginal previa
- ✓ Estrechez pélvica
- ✓ Tumores óseos de la pelvis.
- ✓ Carcinoma cervical
- ✓ Patologías sistémicas graves
- ✓ Herpes simple
- ✓ Trastornos mentales
- ✓ Papiloma virus humano

Causas fetales:

- ✓ Macrosomia fetal que condiciona desproporción céfalo pélvica
- ✓ Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- ✓ Sufrimiento fetal
- ✓ Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- ✓ Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal

- ✓ Cesárea post mortem.

Causas materna-fetales:

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

Causa ovulares:

- ✓ Placenta previa oclusiva total
- ✓ Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- ✓ Infección ovular
- ✓ Prolapso de cordón umbilical.

2.2.5 Complicaciones.

Las complicaciones de la operación cesárea que se pueden presentar son:

a) Transoperatorias: 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. (26)

2.2 MARCO CONCEPTUAL.

- **Incidencia.-** Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año. La incidencia muestra la probabilidad de que una persona de una cierta población resulte afectada por dicha enfermedad.
- **Parto vaginal.-** Expulsión del producto de la concepción mayor de 22 semanas y sus anexos por vía vaginal.
- **Causas de cesárea:** origen, razón por lo que se realiza la intervención quirúrgica de cesárea.

2.3 Variables

2.3.1 Variable dependiente:

Incidencia de cesárea

2.3.2 Variable independiente:

➤ **Características sociodemográficos:**

Edad

Grado de instrucción

Procedencia

Estado civil

➤ **Características Gineco-obstétricas:**

Paridad

Edad gestacional

Número de partos vaginales

Numero de atención prenatal

Periodo intergenésico

Tipo de cesárea

➤ **Causa de cesáreas:**

Causa materna

Causas fetales

Causa ovulares

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio de investigación fue de tipo Descriptivo.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El estudio de investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

- Descriptivo: porque el propósito fue determinar la incidencia y las causas de cesárea en gestantes con antecedente de parto vaginal en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2016.
- Corte transversal: Porque evaluó las variables en un momento concreto del tiempo. Enero a diciembre 2016.
- Retrospectivo: Porque es un estudio longitudinal en el tiempo que se analizó en el presente, con datos del pasado.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población.

La población estuvo conformada por 1173 partos por cesáreas atendidos en el Hospital Regional de Loreto de enero a diciembre 2016.

3.3.2. Muestra.

La muestra estuvo conformada por 160 cesáreadas con antecedente de parto vaginal atendidos en el Hospital Regional de Loreto de enero a diciembre 2016.

3.3.2.1. Tipo de muestreo.

No probabilístico, por conveniencia.

3.3.2.2. Criterios de inclusión:

- Gestantes de todas las edades
- Gestantes desde su segundo embarazo.
- Cesáreas de emergencia y programadas.
- Gestantes con parto vaginal previo.

3.3.2.3. Criterios de exclusión:

- Gestantes primigestas.

3.4 TÉCNICAS.

Para este estudio la técnica seleccionada fue el análisis del Sistema Informático Perinatal- SIP 2000.

3.5. INSTRUMENTOS.

Se aplicó la ficha de recolección de datos que se confeccionó para la presente investigación, la cual fue sometida al proceso de validación por juicio de expertos, obteniendo una validación del 92%. La ficha de recolección de datos estuvo conformada por cuatro partes, la primera destinada a recolectar las características demográficas de las gestantes, la segunda características gineco-obstétricas, la tercera recolectó información sobre los tipos de cesárea y la cuarta sobre las causas de cesárea en las gestantes con antecedente de parto vaginal.

3.5.1. Procedimiento de recolección de datos:

Se desarrolló teniendo en cuenta los siguientes pasos:

- Se gestionó el permiso correspondiente al Director del Hospital Regional de Loreto, al Jefe de Departamento de Gineco-Obstetricia para tener acceso a la información.
- Concedido el permiso se procedió a recolectar la información, para la cual se procedió a seleccionar a todas las gestantes que culminaron su parto por cesárea y que

tuvieron antecedente de parto vaginal durante el año 2016; a partir de estos datos, se calculó la incidencia de cesáreas, las características sociodemográficas, gineco-obstétricas y las causas de cesáreas en las gestantes con antecedente de parto vaginal.

3.6. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

- La información fue procesada con el paquete estadístico SPSS versión 22, con un 95% de confiabilidad y significancia alfa 0.05 donde se analizaron los datos, para la tabulación y elaboración de las tablas
- La incidencia se obtuvo aplicando la fórmula para incidencias de casos.
- El análisis de datos se realizó empleando la estadística descriptiva de frecuencias simples y porcentajes.
- Los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

3.7. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

Para el presente estudio se contó con el permiso del Director, jefe de departamento del Hospital Regional de Loreto y la aprobación del Comité Institucional de Ética; como el estudio consistió en la revisión de datos estadísticos, no fue necesaria la aplicación de consentimiento; se mantuvo la confidencialidad de la información obtenida de los datos estadísticos y de registro, los cuales fueron usados con el propósito firme de la presente investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

I. Características sociodemográficos de cesareadas con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Tabla N° 1

Cesareadas con antecedente de parto vaginal, según edades atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
De 20 a 35 años	100	62.5
Más de 35 años	47	29.4
Menor de 19 años	13	8.1
Total	160	100

Fuente: Sistema Informático Perinatal- SIP 2000

En la tabla N° 1 se observa la edad en años de mujeres cesareadas con antecedentes de parto vaginal, de los cuales tenemos que el 62.5% tuvieron de 20 a 35 años de edad; el 29.4% tuvieron más 35 años de edad y el 8.1% tuvieron de 19 a menos años de edad

Tabla N° 2

Cesareadas con antecedente de parto vaginal, según grado de instrucción atendida en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	109	68.1
Primaria	34	21.3
Sin instrucción	10	6.3
Superior técnico	5	3.1
Superior universitario	2	1.3
Total	160	100

Fuente: Sistema Informático Perinatal- SIP 2000

La tabla N° 2 muestra que el 68.1% de las gestantes tienen estudios secundarios; 21.3% estudios de primaria; el 6.3% no tienen grado de instrucción; el 3.1% tiene estudios superior técnico y el 1.3% tienen estudios superior universitario.

Tabla N° 3

Cesareadas con antecedente de parto vaginal, según procedencia atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano-marginal	55	34.4
Rural	53	33.1
Urbano	52	32.5
Total	160	100

Fuente: SIP 2000

En la tabla N° 3 se observa que 34.4% de las gestantes provienen de la zona urbana-marginal; el 33.1% de zona rural y el 32.5% de una zona urbana.

Tabla N° 4

Cesareadas con antecedente de parto vaginal, según estado civil atendidas
en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Conviviente	112	70.0
Casada	28	17.5
Soltera	20	12.5
Total	160	100

Fuente: SIP 2000

La tabla N° 4 muestra que el 70.0% son convivientes; el 17.5% casadas y el 12.5% son solteras.

II. Características obstétricas de cesareadas con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Tabla N° 5

Cesareadas con antecedente de parto vaginal, según paridad atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Multigesta	92	57.5
Segundigesta	47	29.4
Gran multigesta	21	13.1
Total	160	100

Fuente: SIP 2000

En la tabla N° 5 se observa que el 57.5% de las gestantes eran multigestas, el 29.4% segundigestas; y el 13.1% fueron gran multigestas.

Tabla N° 6

Cesareadas con antecedente de parto vaginal, según edad gestacional atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
mayor e igual de 37 semanas	120	75.0
Menor de 37 semanas	40	25.0
Total	160	100

Fuente: SIP 2000

En la tabla N° 6 se observa que el 75% tuvieron mayor de 37 semanas de gestación y el 25% menor de 37 semanas de gestación.

Tabla N° 7

Cesareadas con antecedente de parto vaginal, según número de partos vaginales atendidos en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016

Número de partos vaginales	Frecuencia	Porcentaje
3 a más	61	38.1
1	55	34.4
2	44	27.5
Total	160	100

Fuente: SIP 2000

En la tabla N° 7 se observa que el 38.1% tuvieron de 3 a más partos vaginales; el 34.4% tuvieron 1 parto vaginal; y el 27.5% tuvieron 2 partos vaginales.

Tabla N° 8

Cesareadas con antecedente de parto vaginal, según número de atención prenatal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016

Número de atención prenatal	Frecuencia	Porcentaje
6 controles	66	41.3
Menor de 6	62	38.8
Mayor de 6	32	20.0
Total	160	100

Fuente: SIP 2000

En la tabla N° 8 se observa que el 41.3% tuvieron 6 controles prenatales; el 38.8% tuvieron menos de 6 controles prenatales y el 20% tuvieron más de 6 controles prenatales.

Tabla N° 9

Cesareadas con antecedente de parto vaginal, según periodo intergenésico atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016

Período intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
Mayor de 2	126	78.8
Menor de 2 años	34	21.3
Total	160	100

Fuente: SIP 2000

En la tabla N° 9 se muestra que el 78.8% tuvieron más de 2 años de período intergenésico y el 21.3% tuvieron menos de 2 años de período intergenésico.

Tabla N° 10

Cesareadas con antecedente de parto vaginal, según tipo de cesárea atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016

Tipo de cesárea	Frecuencia	Porcentaje
Emergencia	156	97.5
Electiva	4	2.5
Total	160	100

Fuente: SIP 2000

La tabla N° 10 se observa el tipo de cesárea, de los cuales el 97.5% fueron cesáreas de emergencia y el 2.5% fueron cesáreas electivas.

- III. Calcular la incidencia de cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Incidencia de cesáreas

$$IC = \frac{\text{Número de partos por cesárea}}{\text{Total de partos atendidos}} \times 100$$

$$IC = \frac{1173}{3102} \times 100$$

$$IC = 37,8 \text{ por cada 100 partos.}$$

IV. Causas de cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Tabla N° 11

Causas de cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.

Causa de cesárea	Frecuencia	Porcentaje
Pre eclampsia	35	21.9
Trabajo de parto disfuncional	16	10.0
Sufrimiento fetal	14	8.8
Desproporción céfalo pélvica	12	7.5
Inducción fallida	12	7.5
Presentación pelviana	11	6.9
Placenta previa	11	6.9
Macrosomía fetal	8	5.0
Situación transversa	8	5.0
Embarazo Múltiple	8	5.0
Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera	6	3.8
Malformaciones fetales	5	3.1
Eclampsia	5	3.1
Infección por VIH	4	2.5
Oligohidramnios	3	1.9
Papiloma virus humano	2	1.3
Total	160	100

Fuente: SIP 2000

La tabla N° 12 muestra las causas de cesárea de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de los cuales dentro de las causas maternas predominó con el 21.9% la pre eclampsia; seguido de trabajo de parto disfuncional con el 10.0%; 7.5% inducción fallida; 5.0 embarazo múltiple; 3.1% eclampsia; 2.5% infección por VIH; el 1.9% oligohidramnios; y el 1.3% papiloma virus humano; representando un total de 48.2%. En las causas fetales se observa predominio de sufrimiento fetal con 8.8%, 7.5% desproporción céfalo pélvica; el 6.9% presentación pelviana; 5.0% macrosomía fetal; 5.0%

situación transversa; 5.0% embarazo múltiple; 3.1% malformaciones fetales; las cuales representan el 41.3% del total de cesareas y dentro de las causas ovulares se muestra que el 6.9% de las gestantes tuvieron placenta previa; 3.8% desprendimiento prematuro de placenta normoinserta que representa el 10.7%

Tabla N° 12

Relación de Cesareadas con antecedente de parto vaginal según tipo y causas de cesáreas, atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016

TIPO DE CESÁREA*CAUSA DE CESÁREA A1

Tabulación cruzada

	CAUSA DE CESÁREA																Total	
	Papiloma virus humano		Infección por VIH		Macrosomía fetal		Desproporción céfalo pélvica		Situación transversa		Presentación pelviana		Sufrimiento fetal		Malformaciones fetales			
TIPO DE CESÁREA	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Electiva	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.3%
Emergencia	2	1.3%	4	2.5%	7	4.4%	11	6.9%	8	5.0%	11	6.9%	14	8.8%	5	3.1%	62	38.8%
Total	2	1.3%	4	2.5%	8	5.0%	12	7.5%	8	5.0%	11	6.9%	14	8.8%	5	3.1%	64	40.0%

TIPO DE CESÁREA*CAUSA DE CESÁREA A2

Tabulación cruzada

	CAUSA DE CESÁREA																Total	
	Inducción fallida		Pre eclampsia		Eclampsia		Embarazo Múltiple		Placenta previa		Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera		Trabajo de parto disfuncional		Oligohidramnios			
TIPO DE CESÁREA	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Electiva	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	2	2.5%
Emergencia	11	7.5%	35	21.9%	5	3.1%	8	5.0%	11	6.9%	6	3.8%	15	10.0%	3	1.9%	94	60.0%
Total	12	8.1%	35	21.9%	5	3.1%	8	5.0%	11	6.9%	6	3.8%	16	10.6%	3	1.9%	96	62.5%

La tabla N° 12 muestra 156 cesáreas realizadas de emergencia, que representa el 97.5%, de las cuales 21.9% fueron por pre eclampsia, seguido de trabajo de parto disfuncional con el 10.6%, y como tercera causa sufrimiento fetal agudo con el 8.8%.

CAPÍTULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

En el Hospital Regional de Loreto en el periodo de enero a diciembre del 2016 se atendieron un total de 3102 partos, entre cesáreas y parto vaginal; 1173 partos terminaron en cesárea, encontrándose una incidencia del 38.7 por cada 100 partos atendidos, superior a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (10 a 15%). Así mismo se encontró, que el 62,5%, de las gestantes cesareadas con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital de referencia, tenían una edad de 25 a 30 años, resultado que se asemeja a lo encontrado por Manny A, y Tovar J, (4) en México el 2016 encontró en su estudio una edad promedio de 31 ± 4.2 años, lo que no se asemeja a Gálvez E, (7) en Lima el 2014 en su estudio “Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital San José del Callao, en el período enero - diciembre 2013”, al analizar 160 historias clínicas encontró que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años.

En cuanto al grado de instrucción el estudio muestra, que el 68.1% de las gestantes tuvieron estudios secundarios, resultado que se asemeja a Reátegui S, (16) en su estudio el 2014, determino las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de la cesárea en el Hospital III Iquitos de Essalud; encontrando que 62.5% fueron de educación secundaria y lo encontrado por Paredes J, (15) en Iquitos el 2014 en un estudio “Características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto”, el 54.2% tenían nivel de instrucción secundaria; lo que no se asemeja con Fiestas J, (13) que, en su estudio “Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo julio 2014 - julio 2015. Lima” demostró con un 56.96% que las gestantes tenían solo nivel primario.

Respecto a la procedencia, en este estudio se demuestra que el 34.4% de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto provenían de la zona urbano - marginal, resultados que no se asemeja a lo encontrado por

Paredes J, (15) quien en su estudio demostró que el 59.0% de las gestantes provenía de la zona urbana y con otro estudio realizado por Malatesta B, (14) en Iquitos el 2013 en un estudio, determino las características demográficas y obstétricas de las cesáreas en el Hospital Regional de Loreto, entre Mayo a Junio del 2013; encontrando que 75.1% procedían de la zona urbana.

En la población de estudio, el 70% de las gestantes eran convivientes, lo que se asemeja con los resultados de Reátegui S, (16) que encontró que el 56.0% eran convivientes y con Paredes J, (15) que el 55.8% también eran convivientes, resultado que difiere con Moreta B, Et al, (6) en Ecuador el 2017, en su estudio de prevalencia de cesáreas mediante la revisión estadística de datos con la finalidad de tener clara las causas de realización de este procedimiento, encontró que la mayoría de intervenciones correspondió a las pacientes casadas.

Referente a la paridad de las gestantes con antecedente de parto vaginal, el 57.5% eran multigestas, lo que se asemeja con Moreta B, Et al, (6) que demostró que la mayoría de las gestantes eran multíparas y con Reátegui S, (16) que el 34% eran multíparas.

En el estudio se muestra que el 75% de las gestantes con antecedente de parto vaginal, tenían mayor de 37 semanas de edad gestacional en el momento de la intervención de cesárea, resultado que se asemeja a lo encontrado por Andrade M, (5) en Ecuador el 2017, en su estudio encontró que el 82,63 % de los recién nacidos fueron a término; así mismo se asemeja a Gálvez E, (7) en su estudio “Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital San José del Callao, en el período enero - diciembre 2013”, el 81%, de las gestantes tenían entre las 37 y 40 semanas de gestación.

Con respecto al número de partos vaginales en el estudio se demuestra que el 38.1% de las gestantes intervenidas de cesáreas, tenían de 3 a más partos vaginales, resultado que no se asemeja ni difiere con otros estudios incluidos en el estudio de investigación.

Relacionado al número de atenciones prenatales de las gestantes, en el estudio se encontró que el 41.3% tenían 6 atenciones prenatales, lo que se asemeja con los resultados encontrados por Malatesta B, (14) y Reátegui S, (16) que el 68.3% y 66% de las gestantes tenían una adecuada atención prenatal; mientras que Paredes J, (15) demostró en su estudio que el 32.1% de las gestantes tenían menos de 6 atenciones prenatales.

El 78.8% de las gestantes cesareadas durante el periodo de estudio tenían un periodo intergenésico mayor de dos años, lo que coincide con Malatesta B, (14) que demostró que el 60.3% de las gestantes tenían de dos a 5 años de periodo intergenésico.

En el estudio se encontró que el 97.5% de las cesáreas realizadas fueron de emergencia, lo que se asemeja a Medina J, y De la Cruz J, (9) en Lima el 2015, en su estudio “Factores asociados a indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de enero a diciembre del 2015”, encontró que del total de cesáreas, el 68,7% corresponde a las realizadas por emergencia y con Malatesta B, (14) que en un 59.3% fueron cesáreas de emergencia. Lo que no se asemeja a los resultados de Gálvez E, (7) que encontró que el 56% fueron cesáreas electivas.

Así mismo en el estudio se encuentra que, las causas de las cesáreas realizadas a las gestantes con antecedente de parto vaginal fueron de causa materna en un 48.2%, con predominio de la pre eclampsia, resultado que no coincide con los estudios incluidos en la investigación; las causas fetales corresponde a un 41.3%, con predominio de sufrimiento fetal agudo, resultado que coincide con Gálvez E, (7) que encuentra que el 23% de las cesáreas fueron por causas fetal, predominando la desproporción feto pélvica, así mismo Paredes J, en su estudio demostró que el 31.4% de las cesáreas fueron por causas fetales, siendo el sufrimiento fetal agudo la primera causa de esta intervención. 10.7% de las cesáreas realizadas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2016, fueron por causas ovulares (placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta),

resultado que coincide con Medina J, y De Cruz J, (9) la que demostró que el 37.5% de las cesáreas fueron por placenta previa.

CONCLUSIONES

1. En el estudio se logró determinar la incidencia de los partos por cesárea en el Hospital Regional de Loreto alcanzando el 37.8% del total de partos atendidos.
2. Se logró identificar las características sociodemográficos de las gestantes que terminaron en cesárea con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, encontrando predominio de las edades de 20 a 35 años, estudios de nivel secundario, procedentes de la zona urbana-marginal y de estado civil conviviente.
3. Se logró identificar las características obstétricas, encontrando que la mayoría eran multigestas, con más de 37 semanas de gestación , 3 a más partos vaginales anteriores al parto por cesárea, 6 atenciones prenatales, periodo intergenésico mayor de dos años, y las cesáreas fueron de emergencia.
4. Se logró identificar las causas de cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal, predominando las causas maternas, y entre ellas la pre eclampsia en primer lugar; seguido por causas fetales, con predominio del sufrimiento fetal agudo y por causas ovulares: placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta respectivamente.
5. Al relacionar el tipo y las causas de cesárea se encontró que más de la mitad de las cesáreas fueron realizadas de emergencia, por pre eclampsia, seguido de trabajo de parto disfuncional y como tercera causa sufrimiento fetal agudo.

RECOMENDACIONES

1. A la Dirección Regional de Salud Loreto, continuar con el fortalecimiento de los servicios de Atención Prenatal de los establecimientos del primer nivel de salud, a fin de continuar con la captación, seguimiento y referencia oportuna, de las gestantes a los establecimientos de mayor capacidad resolutive.
2. Implementar al 100 % en los establecimientos de primer nivel de atención los servicios de Psicoprofilaxis obstétrica poniendo énfasis en la identificación de los signos de alarma durante el embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabero Roura L, Saldívar Rodríguez D. Obstétrica. Editor. Cabero Roura L. Obstétrica. Buenos Aires, Canada, Caracas, Madrid, Mexico: Panamericana; 2009. p. 344.
2. Salud OMdl. Declaracion de la OMS sobre tasas de cesárea. [Online]; 2015. Acceso 30 de Marzode 2019. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf.
3. Cóppola F. Cesáreas en Uruguay. Revista Médica. 2015; 31(1).
4. Manny-Zitle A, Tovar Rodríguez JM. Incidencia de la operacion cesárea. [Online]; 2016. Acceso 30 de Marzode 2019. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/cc-2018/cc183i.pdf.
5. Andrade Pazmiño M. Incidencia y principales indicaciones de cesáreas y parto vaginal en el Hospital de los Valles del 1 de enero 2013 al 31 de diciembre 2015. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Ecuador: Universidad San Francisco de Quito; 2017.
6. Moreta B. "Prevalencia y causas de cesárea en mujeres gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda en el periodo de setiembre 2016 abril 2017. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes Ecuador; 2017.
7. Galvez. Tasa de incidencoas de cesareas en el Hospital "San JOsé" del Callao, periodo de enero a diciembre 2013. "; [Tesis para optar el título de médico cirujano], Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
8. W. C. Operacion cesárea: Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylap de Essalud - Chiclayo durante el periodo de enero - diciembre 2012. "; [Tesis para optar el título de médico cirujano], Perú: Universidad San Martin de Porres; 2015.
9. Medina J, De la Cruz J. Factores asociados a la indicacion de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a diciembre del 2015. "; [Tesis para

optar el título de médico cirujano], Perú: Universidad Ricardo Palma; 2015.

- 10 Paiba M, Salazar G. Causas de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2014. [tesis para optar el título de médico cirujano]. Lambayeque: universidad nacional Pedro Ruiz gallo; 2015.
- 11 Maylle A. Incidencia de cesareas en el Hospital Base de la red asistencial de Huánuco, Essalud durante el periodo2010- 2014. [Tesis para optar el título de segunda especialidad en obstetricia]. Huánuco: universidad de Huánuco; 2016.
- 12 Palacios L. Tasa de cesáreas por modelo de clasificacion de Robson en el Hospital II Cañete-Essalud 2013-2014. [Tesis para optar el título de sgunda especialidad en obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayo de san Marcos; 2016.
- 13 Fiestas J. Prevalencia de parto por cesárea en el Centro MédicoNaval, en el periodo de julio2014-julio 2015. [Tesis para optar el título de segunda especialidad de obstetricia]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
- 14 Malatesta B. Caracteríticas demograficas y obstétricas de las cesáreas en el Hospital regional de Loreto, mayo a junio 2013. [tesis para optar el título de obstetra]. Iquitos: Universidad Científica del Peú ; 2013.
- 15 Paredes J. Características de las cesáreas atendidas en el Hospital II de Tarapoto 2014. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazoní Peruana; 2015.
- 16 Reátegui S. Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de las cesáreas en el Hospital III Iquitos-Essalud enero a julio 2013. [Tesis para optar el título de obstetra]. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2014.
- 17 Cunningham, F; Leveno, Kenneth; Blomm, Steven. Williams Obstetricia. En Cunningham F, Leveno K, Blomm S. Williams Obstetricia. Mexico: Mc Graww Interamericana; 2011. p. 1267.
- 18 Salud OMdl. Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos. [Online].; 2017. Acceso 26 de Agosto de 2017. Disponible en: www.who.
- 19 Salgado Garcia N. Situacion de las personas defensoras de los derechos humanos. [Online].; 2016. Acceso 26 de agosto de 2017. Disponible en: Comunicacion.senado.gob.mx/.33946.sss-debe-informar-causas-del-aumento-de-p.

- 20 Salud OMdl. Epidemia de cesáras innecesarias en América Latina. [Online].; 2015. Acceso 27 de Agosto de 2017. Disponible en: [www.el pais.com.co/.oms-preocupada-por-epidemia-de cesareas-innecesarias](http://www.el pais.com.co/.oms-preocupada-por-epidemia-de-cesareas-innecesarias).
- 21 Salud OPdl. La cesárea solo debe realizarse cuando es medicamento necesaria. [Online].; 2015. Acceso 2 de Setiembre de 2017. Disponible en: www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article.
- 22 Informática INdEe. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. [Online].; 2016. Acceso 2 de Setiembre de 2017. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.index.html.
- 23 Salud OMdl. Tasa de cesáreas. [Online].; 2015. Acceso 24 de Julio de 2017. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs./es/.
- 24 Martínez, G; Grimaldo, P; Vásquez , G. Operacion cesárea. [Online].; 2015. Acceso 24 de Julio de 2017. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf.
- 25 Salud Md. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Guía Técnica.
- 26 Reproductiva DGdS. Lineamiento Tecnico para la cesárea segura. [Online].; 2011. Acceso 20 de Julio de 2017. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf.
- 27 Pacheco Romero J. Cesárea. 6th ed. Lima; 2011.
- 28 Pacheco, J; Saona, G. Cesárea. En Pacheco Romero J. Manual de Obstetricia. Lima; 2017. p. 235.

ANEXOS

Anexo N° 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

INCIDENCIA Y CAUSAS DE CESAREAS EN GESTATES CON
ANTECEDENTE DE PARTO VAGINAL ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, DURANTE EL AÑO
2016

I. Características sociodemográficas:

1. Edad:
 - a) Menor de 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 técnico
 - d) superior universitario
3. Procedencia:
 - a) Urbano
 - b) Urbano-marginal
 - c) Rural
4. Estado civil:
 - a) Soltera
 - b) Conviviente
 - c) Casada

II. Características obstétricas:

1. Paridad:
 - a) Secundigesta
 - b) Multigesta
 - c) Gran multigesta
2. Edad gestacional:
 - a) Menor de 37 semanas
 - b) mayor e igual de 37 semanas
3. Número de partos vaginales:
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3 a más partos
4. Numero de atención prenatal:
 - a) Menor de 6
 - b) 6 controles
 - c) mayor de 6

5. Periodo intergenésico:

- a) Menor de 2 años b) mayor de 2 años

III. Cesáreas:

Tipo de cesárea:

- a) Electiva b) Emergencia

IV. Causa de cesáreas::

- | | | |
|---|--------|--------|
| a) Papiloma virus humano | si () | no () |
| b) Infección por VIH | si () | no () |
| c) Macrosomía fetal | si () | no () |
| d) Desproporción céfalo pélvica | si () | no () |
| e) Situación transversa | si () | no () |
| f) Presentación pelviana | si () | no () |
| g) Sufrimiento fetal | si () | no () |
| h) Malformaciones fetales | si () | no () |
| i) Inducción fallida | si () | no () |
| j) Pre eclampsia | si () | no () |
| k) Eclampsia | si () | no () |
| l) Embarazo múltiple | si () | no () |
| m) Isoinmunización materno-fetal | si () | no () |
| n) Placenta previa | si () | no () |
| o) Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta | si () | no () |
| p) Prolapso de cordón umbilical | si () | no () |
| q) Trabajo de parto disfuncional | si () | no () |

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Titulo	Problema general y específico	Objetivo	Hipótesis	Variables e indicadores	Tipo y diseño de investigación	Métodos y técnicas de investigación	Población y muestra de estudio
Incidencia y causas de cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016.	Problema general ¿Cuál es la incidencia y las causas de cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016? Problemas específicos ➤ ¿Cuáles son las características socio-	Objetivo general Determinar la incidencia y las causas de cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016. Objetivos específicos ➤ Identificar las características sociodemográficas de las cesareadas con antecedente	Según el diseño de estudio no experimental descriptivo, el presente estudio no requiere hipótesis	Variable independiente Incidencia de cesárea Variable dependiente: Características sociodemográficas: ➤ Edad ➤ Grado de instrucción ➤ Procedencia ➤ Estado civil Características Gineco-obstétricas: ➤ Paridad ➤ Edad gestacional ➤ N° de partos vaginales ➤ N° de atención	➤ No experimental ➤ Descriptivo ➤ Corte transversal ➤ Retrospectivo	Técnica: Análisis del Sistema Informático Perinatal- SIP 2000. Instrumento: Ficha de recolección de datos	Población Conformada por 1173 partos por cesárea atendidos en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016 Muestra Conformada por 160 cesareadas con antecedente de parto vaginal atendidas en

	demográficas de las cesareadas con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016? ➤ Cuáles son las características obstétricas de las cesareadas con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016? ➤ ¿Cuál es la incidencia de	de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016. ➤ Identificar las características obstétricas de las cesareadas con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016. ➤ Calcular la incidencia de cesáreas en gestantes con antecedentes de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional		prenatal ➤ Periodo intergenésico ➤ Tipo de cesárea Causas de cesárea: ➤ Maternas ➤ Fetales ➤ Ovulares			el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016 de estudio: Tipo de muestreo: No probabilístico
--	--	--	--	---	--	--	---

	cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016? ➤ ¿Cuáles son las causas de cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016? ➤ ¿Cuál es la relación entre el tipo y la causa de cesárea en	de Loreto, durante el año 2016. ➤ Identificar las causas de cesáreas en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016. ➤ Establecer la relación entre el tipo y la causa de cesárea en gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016?					por conveniencia
--	--	--	--	--	--	--	------------------

	gestantes con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante el año 2016?						
--	--	--	--	--	--	--	--

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Indicador	Definición conceptual	Escala	Instrumento
Variable dependiente Incidencia de cesárea	<u>Nº de partos por cesáreas</u> X 100 Total de partos atendidos	Número de cesáreas ocurridas en un determinado tiempo		Ficha de recolección de datos
Variable independiente Característica sociodemográfica s: 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 de la cesárea	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 vínculo 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, partos vaginales, atención prenatal y periodo intergenésico.	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) Segundigesta: tuvo 2 partos. b) Multigesta: tuvo entre 3 a 5 partos. c) Gran Multípara: tuvo 6 a más partos.	Nominal	Ficha de recolección de datos
	Edad gestacional	Edad gestacional: Tiempo comprendido entre el primer día del último periodo menstrual o fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento: a) Menor de 37 semanas b) Mayor e igual de 37 semanas	Nominal	
	Antecedente de parto vaginal anterior, registrada en la historia clínica	Nº de partos vaginales: Gestante que refiere haber presentado con anterioridad a la gestación actual parto por vía vaginal: a) 1 parto b) 2 partos c) 3 a más partos	Nominal	
	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	Discreta	
	Periodo intergenésico	Periodo intergenésico: Periodo que transcurre desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente:	Discreta	

Variables	Indicador	Definición conceptual	Escala	Instrumento
		a) Menor de 2 años b) Mayor de dos		
	Tipo de cesárea	a) Emergencia: 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. b) 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.	Discreta	
Causas de cesárea: Conjunto de morbilidades que se presenta durante el embarazo e indicaciones de la cesárea.	Morbilidad materna, fetal y ovular por lo que se realiza la cesárea.	a) Papiloma virus humano b) Infección por VIH c) Macrosomía fetal d) Desproporción céfalo pélvica e) Situación transversa f) Presentación pelviana g) Sufrimiento fetal h) Malformaciones fetales i) Inducción fallida j) Pre eclampsia k) Eclampsia l) Embarazo múltiple m) Isoinmunización materno-fetal n) Placenta previa o) Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera p) Prolapso de cordón umbilical q) Trabajo de parto disfuncional	Nominal	Ficha de recolección de datos

