

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN
EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA –
ABANCAY PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2018**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. MARINO COLQUE YANAPA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2019

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**“FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN
EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA –
ABANCAY PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2018”**

TESIS

**PRESENTADA POR:
Bach. MARINO COLQUE YANAPA**



**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:


M.C. ALFREDO MENDIGURI PINEDA

PRIMER MIEMBRO:


Dr.Cs. FELIX GOMEZ APAZA

SEGUNDO MIEMBRO:

Dr. LUIS ANTONIO MALDONADO NEYRA

DIRECTOR/ASESOR:


M.C. LUIS ELOY ENRIQUEZ ENCINAS

**ÁREA: Ciencias clínicas
TEMA: Cesárea**

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 14/03/2019

DEDICATORIA

A DIOS

Es él quien me guía, además de su infinita bondad y amor que me ha dado la fortaleza y la sabiduría para afrontar cualquier dificultad y por haberme permitido llegar hasta este punto de mi vida.

A MI FAMILIA

A mi padre Marcelino, por los consejos, valores y principios que me ha inculcado, por enseñarme, por creer, confiar en mí y brindarme su apoyo para lograr mis metas. A mi madre Herculina, por darme la vida, haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria, quien me apoyo en todo momento, con todo su cariño me guía. A mi querido hermano y hermanas, quienes durante todos estos años me brindaron su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Medicina Humana, por darme la oportunidad de estudiar en esta escuela profesional, asimismo agradezco a mis maestros y personal administrativo por las enseñanzas, conocimiento y consejos impartidos.

Al Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega, por darme la oportunidad de realizar el internado médico y por permitir consolidar mis conocimientos y habilidades durante el último año de la carrera, y ejecutar este trabajo.

A mis compañeros(as) por esos instantes inolvidables sucedidos tanto en las aulas como en los ambientes hospitalarios.

A mi Familia, pilar importante de este logro, por su cariño, amor y apoyo incondicional en los momentos más difíciles de mi existir.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa o indirectamente en la realización de este proyecto.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS.....	7
INDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.....	10
RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	11
CAPÍTULO I.....	13
INTRODUCCIÓN	13
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	14
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.5 HIPÓTESIS	16
CAPITULO II	19
MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 BASES TEÓRICAS	19
2.1.1 Definición de Cesárea	19
2.1.2 Principales Indicaciones:.....	21
2.1.3 Indicaciones Maternas.....	21
2.1.4 Indicaciones Fetales	23
2.1.5 Anormalidades del Parto.....	24
2.1.6 Indicaciones Placentarias	25
2.1.7 Indicaciones Relativas.....	26
2.1.8 Consideraciones no Clínicas	27
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	28
2.2.1 A NIVEL INTERNACIONAL	28
2.2.2 A NIVEL NACIONAL.....	29
CAPÍTULO III.....	34

MATERIALES Y MÉTODOS	34
3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	34
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO	34
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	36
3.4 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	36
3.5 TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	36
3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	37
CAPITULO IV.....	39
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	39
4.1 RESULTADOS.....	39
4.2 DISCUSIÓN.....	52
CAPITULO V	58
CONCLUSIONES	58
CAPITULO VI.....	59
RECOMENDACIONES	59
CAPITULO VII	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS	63

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1: INCIDENCIA DE CESÁREAS ATENDIDAS EN EL HRGDV – ABANCAY DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO (01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018).	39
FIGURA N° 2: INDICACIÓN DEL TIPO DE CESÁREA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HRGDV – ABANCAY, DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO DE ENERO - DICIEMBRE 2018.....	40
FIGURA N° 3: GRÁFICO 3: REPRESENTACIÓN DE ANTECEDENTE OBSTÉTRICO DE CESÁREA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HRGDV – ABANCAY, DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2018.	41
FIGURA N° 4: DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN GRUPO ETARIO ATENDIDAS EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.	43
FIGURA N° 5: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CESAREADAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL (SEMANAS) ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY 2018.....	44
FIGURA N° 6: DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY 2018.	46
FIGURA N° 7: INDICACIONES DE CESÁREA EN LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DEL 2018.....	48
FIGURA N° 8: INDICACIONES DE FACTORES MATERNAS DE CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.	49
FIGURA N° 9: INDICACIONES DE FACTORES FETALES PARA CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY ENERO A DICIEMBRE 2018..	50
FIGURA N° 10: INDICACIONES DE FACTORES OVULARES PARA CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY ENERO A DICIEMBRE 2018.	51

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY DURANTE EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2018	39
TABLA 2: FRECUENCIA DE INDICACIÓN POR TIPO DE CESÁREAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.	40
TABLA 3: CUADRO ESTADÍSTICO DE CESÁREAS POR ANTECEDENTE EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.	41
TABLA 4: ESTADÍSTICOS DE LA EDAD MATERNA EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.	42
TABLA 5: EDAD DE LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.....	42
TABLA 6: ESTADÍSTICA DE EDAD GESTACIONAL (SEMANAS) DE LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.	43
TABLA 7: EDAD GESTACIONAL (SEMANAS) AL MOMENTO DE LA CESÁREA EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.	44
TABLA 8: NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.	45
TABLA 9: FRECUENCIA DEL ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CESAREADAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018. ..	45
TABLA 10: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES CESAREADAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.....	46

TABLA 11: INDICACIONES DE CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2018.	47
TABLA 12: INDICACIONES MATERNAS DE CESÁREA EN LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY ENERO A DICIEMBRE 2018.	49
TABLA 13: INDICACIONES FETALES DE CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY ENERO A DICIEMBRE 2018.....	50
TABLA 14: INDICACIONES OVULARES DE CESÁREA EN LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.	51

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

MINSA: Ministerio De Salud del Perú.

HRGDV : Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

DGP: Desproporción cefalopélvica

SFA: Sufrimiento Fetal Aguda

RN: Recién Nacido.

RCIU: Restricción del crecimiento intrauterino.

PP: Parto prematuro.

IMC: Índice de masa corporal

DM: Diabetes Mellitus

HTA: Hipertensión arterial

ACOG: Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología.

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

IC: Índice de cesárea

RPM: Ruptura prematura de membranas.

DPP: Desprendimiento prematuro de placenta.

PPT: Placenta Previa Total

DPPNI: Desprendimiento precoz de la placenta normalmente inserta.

RESUMEN

Este trabajo de investigación tiene la finalidad de conocer los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay.

Objetivo: Determinar los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay en el periodo Enero - Diciembre 2018.

Material y Método: Para la presente tesis se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo; La población constituida por 694 pacientes cesareadas durante ese tiempo y la información fue recolectada del libro de cesáreas de sala de operaciones, Historias Clínicas respectivas, así como del Libro de Registros del Servicio de Gineco-Obstetricia del HRGDV - Abancay. **Resultados:** La muestra censal estuvo integrada por 694 mujeres quienes culminaron la gestación de un total de 1738 partos, tasa de cesárea 40%. Al analizar el espacio muestral que corresponde a 248 pacientes, se encontró que el 46.4% tenían entre 20 y 29 años, 71.8% son convivientes. Así también El 71% fueron intervenidos cesárea de tipo emergencia, 89.9% a término y el 54% con 1 a 6 controles prenatales. Las cinco Indicaciones principales fueron: cesárea anterior 18.9%, sufrimiento fetal agudo 8.3%, presentación podálica 7.1%, DCP 6.8%, distocia de posición 6.2%. **Conclusión:** En el Hospital HRGDV – Abancay período Enero - Diciembre 2018, se superó la tasa de cesárea recomendada por la OMS (<15%). La indicación más frecuente en este período fue la presencia de cesárea anterior.

Palabras claves: Tasa, Cesárea, indicaciones.

ABSTRACT

This research work aims to study the factors associated with the indication of cesarean section at the Regional Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Abancay. **Objective:** To determine the factors associated with the indication of caesarean section in the Regional Hospital Guillermo Díaz de la Vega - Abancay in the period January - December 2018. **Material and Method:** For the present thesis a descriptive, retrospective cross-sectional study of quantitative design was carried out; The population constituted by 694 patients who were ceased during that time and the information was collected from the caesarean section of the operating room, respective Clinical Histories, as well as from the Registry Book of the Obstetrics and Gynecology Service of the HRGDV - Abancay. **Results:** The census sample was composed of 694 women who completed the gestation of a total of 1738 deliveries, cesarean rate 40%. When analyzing the sample space corresponding to 248 patients, it was found that 46.4% were between 20 and 29 years old, 71.8% were cohabiting. Likewise, 71% were emergency cesarean sections, 89.9% at term and 54% with 1 to 6 prenatal controls. The five main indications were: previous cesarean section 18.9%, acute fetal distress 8.3%, breech presentation 7.1%, SDR 6.8%, position dystocia 6.2%. **Conclusions:** In the Hospital HRGDV - Abancay period January - December 2018, the cesarean rate recommended by the WHO (<15%) was exceeded. The most frequent indication in this period was the presence of a previous cesarean section.

Keywords: Rate, Caesarean, Indications.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS envió un pronunciamiento en que recuerda que lo ideal es mantener una tasa de cesáreas entre el 10% y el 15% de todos los nacimientos. El documento aclara que las cesáreas sí son eficaces para salvar la vida de la madre y del bebé o para evitar enfermedades o complicaciones, pero esos casos no son tan frecuentes (1).

Según ENDES 2016 Perú, la tasa de cesáreas se incrementó de 22.9% a 31.6% entre los años 2011 y 2016. la indicación más frecuente fue cesárea segmentaria previa, a pesar de que según la Organización Mundial de Salud una paciente puede tener el parto vaginal con una cesárea anterior (2).

Pese a que la cesárea, como procedimiento, tiene un alto grado de seguridad, esta sigue siendo una cirugía con los riesgos propios como: aumento del sangrado, infecciones de herida operatoria, daño accidental al intestino y/o vejiga, reacción adversa a medicamentos, muerte materno-fetal (muy poco frecuente) y posibles daños al neonato. Además de tener presente las implicaciones médico-legales que obligan a justificar plenamente los riesgos de la ejecución de este procedimiento (3).

Puesto a que la cesárea fue incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño, se ha ido incrementando en las últimas décadas a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se considera un problema de salud pública por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. (4)

La decisión de una cesárea elegida por deseo propio es exclusivamente de la madre, los miedos que aparecen por el bebé y la intervención en sí pueden tener una carga psicológica importante para los padres, que viven el parto como una experiencia negativa o incluso carente. Cuando se somete la gestante a una cesárea, ella deja de ser simplemente una paciente en trabajo de parto y pasa a ser una paciente quirúrgica en trabajo de parto. Por eso, además de los potenciales riesgos inherentes a cualquier parto, también se añaden los riesgos inherentes a cualquier cirugía mayor. Pinheiro, 2017 (5)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los Factores Asociados a la indicación de Cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay en el período Enero - Diciembre 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El incremento de la tasa de cesáreas se está convirtiendo en un importante problema de salud pública. Durante los últimos años las tasas de cesáreas han experimentado un aumento progresivo, lo cual es motivo de preocupación para los gobiernos y el personal de salud por las posibles consecuencias negativas para la salud materna e infantil.

Por ello, es crucial identificar los grupos de mujeres que contribuyen a aumentar la proporción de cesáreas, analizar las causas subyacentes en los diferentes entornos y proponer e implementar estrategias para reducir las tasas de cesáreas (13).

Ante esta realidad en que la proporción de cesáreas es excesiva según lo recomendado por la OMS, siendo muchas de ellas no justificadas médicamente y sobre

todo repercutiendo en la salud materno-perinatal, se crea la necesidad de conocer los factores de indicaciones de cesárea a mujeres que contribuyen a incrementar la tasa cuyo impacto las justifique.

Además de persistir esta problemática, podría ocasionar en la población una generalización de esta tendencia, con diversas consecuencias como: disminución de atención de parto eutócico, incremento en las consecuencias post operatorias y un incremento en el gasto familiar por parte de la población (ya que al generalizarse esta tendencia las familias optarían por la realización de este procedimiento quirúrgico). Todo esto conllevaría a que la realización de este procedimiento que debería ser estrictamente de tipo médico-asistencial, sea con fines netamente lucrativos.

Por todo lo mencionado, el objetivo del presente trabajo es conocer nuestra realidad hospitalaria con respecto a la cesárea, determinando sus indicaciones más comunes, y compararlos con distintos trabajos realizados en el Perú y el mundo.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar los factores asociados a indicación de cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay en el periodo de Enero a Diciembre 2018.

Objetivos Específicos:

- Estimar las tasas específicas de las cesáreas y su impacto en la tasa general de operación cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay en el periodo de Enero - Diciembre 2018.

- Identificar las causas Maternas, Fetales y Ovulares asociadas a la indicación de cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay en el periodo de Enero a Diciembre 2018.
- Categorizar las indicaciones determinantes de partos por cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay en el periodo de Enero a Diciembre 2018.
- Ordenar las indicaciones para la operación cesárea según su frecuencia en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay en el periodo de Enero a Diciembre 2018.
- Contrastar los resultados encontrados en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay con estudios realizados en otros hospitales.

1.5 HIPÓTESIS

La tasa de Cesáreas es mayor al 32% (promedio nacional) y la indicación diagnóstica más frecuente es cesárea anterior en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay periodo Enero – Diciembre 2018.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Edad gestacional	Semanas de gestación desde fecha de la última menstruación (FUR), habitualmente se expresa en semanas completas y días	a. <37 semana b. 37 - 41 semanas c. >41 semanas	Semanas de gestación	Cuantitativa continua	Intervalo
Edad materna	Años cumplidos de la gestante.	a. <20 años b. 20-29años c. 30 a 30años d. >40	Años cumplidos	Cuantitativa discreta	Razón
Controles prenatales	Son aquellos controles a los que acude la gestante durante el periodo de gestación para control de bienestar materno-fetal	a. Sin controles b. 0-6 controles c. 6 a más controles.	Controles Prenatales acudidos y realizados	Cuantitativa discreta	Razón

Grado de instrucción	Nivel de escolaridad alcanzado	a. Analfabeta b. Primaria c. Secundaria d. Superior	Años escolares aprobados	Cualitativa	Ordinal
Estado civil	Situación legal según registro civil de la gestante.	a. Soltera b. Casada c. Conviviente	Registro civil	Cualitativa	Nominal
Tipo de cesárea	Intervención quirúrgica según antecedente obstétrico.	a. Primaria b. 01 previa c. ≥ 2 cesáreas / Iterativa	Número de cesárea	Cualitativa	Nominal
Indicación de cesárea	Razón por la que terminó la gestación en cesárea.	Indicaciones más frecuentemente halladas en este estudio.	Indicación específica	Cualitativa	Nominal

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 BASES TEÓRICAS

Reportes en muchos países demuestran tasas de cesáreas mayores a 40%, incremento que tienen como base múltiples factores, tales como el avance tecnológico, cambios en los patrones culturales, aspectos profesionales, económicos y por último, la práctica de una medicina a la defensiva por el temor a problemas legales. Aunque controversial, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología ha sugerido que es ético para un obstetra el realizar una cesárea electiva si considera que el parto por cesárea promueve la salud de la madre y el feto más que un parto vía vaginal.

El aumento de las tasas de cesárea constituye un problema a escala mundial. En Cuba, desde principios del siglo XXI los datos institucionales, así como, las encuestas demográficas y de salud señalan un porcentaje de ejecución de cesáreas superior a 20%, tendencia que se acentúa en los últimos años (6)

2.1.1 Definición de Cesárea

La Cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos a través de la vía abdominal incidiendo en el útero.

También se puede definir como el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal.

Se puede distinguir dos tipos de cesárea:

- Cesárea electiva:

Cesárea programada durante la atención prenatal.

- Cesárea de 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.

Es importante tener presente que la evolución de las técnicas y materiales quirúrgicos han hecho de este procedimiento gineco-obstétrico una de las cirugías más realizadas en el mundo. Su implementación ha permitido mejorar el pronóstico de patologías que antes representaban una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal tales como las distocias, hemorragias del tercer trimestre, el bajo peso al nacer y la preeclampsia, entre otras patologías gineco-obstétricas (7).

En cuanto a los tipos de cesárea tenemos:

- Cesárea electiva que es aquella que se realizara en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal, siendo considerada también como una intervención programada.
- Cesárea en curso de parto o de recurso que se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia.

Se incluyen: desproporción pélvico fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. En este caso no hay riesgo inminente para la madre ni para el feto.

- Cesárea urgente: es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente (8)

2.1.2 Principales Indicaciones:

Las indicaciones pueden agruparse de diversas maneras: maternas, fetales y mixtas, según quien sea el supuesto beneficiario de la intervención; electivas, esto es, sin intentar el trabajo de parto o intraparto o de recursos emergentes, urgentes o programables, absolutas o relativas. De acuerdo con la comisión de Bioética de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) se acepta que existen indicaciones absolutas de cesáreas que no plantean problemas en la toma de decisiones por la evidencia de su necesidad; otras de justificación más discutible, son las que hoy proporcionan buena parte de la alta incidencia de cesáreas.

2.1.3 Indicaciones Maternas

- ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

En los casos de preeclampsia leve con embarazo a término se plantea la indicación de cesárea cuando no existe respuesta a la inducción de parto y/o hay signos de deterioro materno o fetal. En la preeclampsia severa, es necesario terminar la

gestación por riesgo materno y fetal, si no hay condiciones para parto vaginal ,se optará por la vía abdominal ,en especial si hay signos inminentes de eclampsia o de desarrollo del Síndrome Hellp o si se trata de restricción de crecimiento fetal o bebés de peso muy bajo.

- COMPLICACIONES MÉDICAS ASOCIADAS

En la mayoría de las enfermedades asociadas a la gestación se elige la vía del parto de acuerdo a la complicación obstétrica. En algunos casos, como el herpes genital reciente o activo, salvo membranas rotas más de 4 horas y en el SIDA, la intervención es mandatoria y en otros, como la diabetes mellitus complicada, cardiopatía severa, cuadro de lupus eritematoso sistémico activo, madre con sensibilización Rh, entre otras.

- CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Toda gestante con diagnóstico de cáncer invasivo del cuello uterino después de las 22 a 26 semanas debe ser sometida a cesárea inmediatamente se demuestre la madurez fetal. En los casos con diagnóstico histopatológico de cáncer in situ o microinvasor de cérvix, la vía de parto puede ser vaginal, limitándose la cesárea a una indicación obstétrica.

- INCISIÓN UTERINA PREVIA

En los casos de cesárea previa, la cicatriz de la incisión en la pared uterina puede predisponer a su rotura antes o durante el trabajo de parto, por lo que, en estos casos el parto abdominal ha sido considerado como indicación casi absoluta. Sin embargo, la cicatriz de una cesárea segmentaria transversa es capaz de tolerar el embarazo y el

parto sin romperse. Sin embargo, se debe considerar el riesgo de morbilidad o mortalidad del feto y neonato, cuando el intervalo internatal es menor de dos años, lo que no tiene que ver con la calidad de la cicatriz.

2.1.4 Indicaciones Fetales

- SUFRIMIENTO FETAL

La hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación o se espera un expulsivo prolongado. En nuestro medio, es necesario el criterio clínico del médico gineco-obstetra quien principalmente en los casos de preeclampsia, oligohidramnios, diabetes o parto prolongado, hará una evaluación con la ayuda del partograma con curvas de alerta, para tomar la decisión más apropiada.

- MALA PRESENTACIÓN FETAL

Los casos con feto en situación transversa en el parto o con presentación de cara mentoposterior o de frente son indicaciones de cesárea. También lo son las presentaciones cefálicas deflexionadas, cuando el progreso del parto es dificultoso, comportándose como desproporciones fetopélvicas relativas. La presentación podálica es indicación de cesárea en el parto pretérmino, principalmente si se estima un peso fetal muy bajo, por la fragilidad fetal y por el riesgo de atrapamiento de la cabeza en un cuello insuficientemente dilatado, también en los casos de presentación podálica incompleta, por el riesgo de prolapso de cordón.

- **PREMATURIDAD:**

La experiencia obstétrica y neonatológica indica que el feto prematuro tiene más riesgo de traumatismo obstétrico si nace por vía vaginal, más aún, si viene en podálica. Por tal motivo se recomienda que los fetos con peso menor o igual a 1 500 g deban nacer por cesárea.

2.1.5 Anormalidades del Parto

- **DESproporción CEFALOPÉLVICA**

Es una indicación frecuente de cesárea. Así un bebé pequeño puede, durante el trabajo de parto, salvar la desproporción relativa, a menos que la deformidad pélvica sea extrema. Por otro lado, la pelvis aparentemente normal puede resultar pequeña para un bebé macrosómico o con la cabeza deflexionada. Las primigestas que inician el trabajo de parto con la presentación flotante, probablemente presenten un estrecho superior contraído. En caso de compromiso del estrecho medio, con bebé grande, la cesárea está indicada si la cabeza no desciende luego de una prueba de trabajo de parto. Los casos de contracción del estrecho inferior usualmente tienen confirmación durante el segundo periodo del parto.

- **DISTOCIA**

También se define como parto anormal en el que, al analizar las características de la gestante, no se presupone un parto vaginal seguro. La desproporción cefalopélvica es una de sus causas. La inercia o disfunción uterina es la otra explicación de la distocia y suele corregirse mediante el uso de oxitócicos. Sin embargo, la diferencia entre ambas requiere el juicio adecuado del gineco-obstetra. La distocia ha sido la

primera razón de indicación de cesárea repetida. El partograma es el instrumento que ayuda a diagnosticar la inercia o la disfunción uterina.

- INDUCCIÓN FALLIDA DEL TRABAJO DE PARTO

En casos indicados de inducción por riesgo materno fetal puede haber falta de respuesta o, una vez iniciado el parto inducido, este no progresa, lo que requerirá la culminación del embarazo por cesárea

- FORCEPS O VACUUM EXTRACTOR FALLIDOS

La aplicación del fórceps y de la ventosa o vacuum requiere el cumplimiento de ciertas indicaciones y condiciones para el uso del parto instrumentado. La experiencia institucional nos dice que estos casos no deberían ocurrir con una evaluación más cuidadosa, no se debe insistir en el procedimiento después que se falló en la aplicación. La morbilidad neonatal es alta por inexperiencia o exceso de confianza del instrumentador.

2.1.6 Indicaciones Placentarias

- HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE

Los casos de hemorragia del tercer trimestre debidos a placenta previa tienen indicación de cesárea cuando el embarazo está a término y persiste la obstrucción parcial o completa del canal cervical o cuando se presenta un sangrado importante en cualquier momento del embarazo.

Las pacientes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta moderada o severa deben ser sometidas a cesárea inmediatamente; cuando el desprendimiento es leve; se realizará la cesárea cuando el bebé está vivo y presenta

signos de sufrimiento fetal; o cuando se considera que el parto va a demorar más de dos horas o el sangrado aumenta.

- ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

La rotura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto está asociada con corioamnionitis y prematuridad, así como con muerte materna y perinatal. Es por esto que, en un cuadro de rotura prematura de membranas (RPM), si no hay condiciones de parto vaginal después de las 24 horas de ocurrida la RPM, si falló la inducción, o ante la presencia de corioamnionitis o de sufrimiento fetal sin trabajo de parto, se prefiere terminar la gestación por vía alta, usándose profilaxis antibiótica o en el caso de corioamnionitis, antibioticoterapia de espectro amplio.

2.1.7 Indicaciones Relativas

- Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento.
- Presentaciones anómalas.
- Anomalías fetales.
- Embarazo múltiple (tres o más fetos).
- Asimetría pélvica.
- Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia.
- Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp.
- Insuficiencia cardio-respiratoria.
- Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina).
- Papiloma virus humano. (9)

2.1.8 Consideraciones no Clínicas

Existen múltiples causas no clínicas o paramédicas que forman parte de las indicaciones de cesárea y que deben revisarse con cierta cautela:

- Edad materna: Es casi constante en la bibliografía la observación de que la tasa de cesáreas aumenta a medida que avanza la edad materna.
- Volumen asistencial: El volumen de partos asistidos en un centro puede justificar diferencias en las tasas probablemente por la infraestructura de que disponen.
- Características de los profesionales: La capacitación de los profesionales puede marcar de forma muy ostensible su decisión quirúrgica.
- Cesárea a Demanda: Cada vez es más frecuente que la propia paciente pida la realización de una cesárea, probablemente debido a la creencia muy difundida de que esta intervención es una práctica igual de segura para ella y el feto que el parto vaginal. Si se practica una cesárea a demanda teóricamente la mujer y el feto asumen los riesgos mientras que si no se hace la responsabilidad recae sobre el médico (9).

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 A NIVEL INTERNACIONAL

Chavarría Cano Luiggi H. Granada, Nicaragua, 2018. Realizo un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal con el objetivo de conocer cuáles fueron las indicaciones consideradas para cesáreas en las Embarazas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Amistad Japón – Nicaragua de Granada entre el periodo de Enero a Diciembre 2017. En este se encontró La edad del 47.3% de las mujeres embarazadas que se les indico cesárea tenían entre 20 a 29 años, seguido de las adolescentes con un 31.4% y el 75.3% eran procedentes del municipio de Granada, el 64.9% eran del área urbana. Otras características que se investigaron; la escolaridad 37.7% tienen un nivel primario y 88.7% eran ama de casa, siendo 66.9% de la religión católica. De ellas 69.5% su estado civil era acompañadas. De los antecedentes personales de las embarazadas el 94.5% no tenían ninguna y el 1.67% tenían DM e HTA crónica, y los antecedes Gineco-obstétrico 20.0% tenían cesáreas anteriores (7).

Condega Sotelo & Muñoz Estrada, 2015; realizaron un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal con el objetivo de conocer el comportamiento de la cesárea primitiva en el Hospital Amistad Japón Nicaragua de la ciudad de Granada, fue realizado de enero a diciembre del año 2014. El universo fue conformado por todas las embarazadas atendidas entre este periodo demostrando; La edad del 48.8% de las mujeres embarazadas que se les indico cesárea por primera vez tenían edades entre 12 a 19 años. Tienen un nivel primario y 87.9% eran ama de casa, siendo 66.4% de la religión católica. Al investigar el tipo de cesárea se encontró que 71.4% (183) fue de urgencia mientras que 28.6% (73) fueron cesáreas electivas. En el caso de las cesáreas por urgencia se identificó que 5.5% tenían un 90% de cumplimiento de realización del partograma. De las cesáreas

de urgencias el 1.6% tenían un compromiso con la vida materna y el 69.9% el compromiso era con la vida fetal. Mientras que las cesáreas electivas el 28.5% el compromiso era solo con la vida fetal. El 8.6% de las cesáreas de urgencia no estaban bien indicada la justificación mientras que el 1.6% de las electivas era de igual manera no bien indicada, el total fue 10.2% de cesárea que no estaban bien indicada (10).

García Blandón 2015; Nicaragua, Managua. Con el objetivo de describir las principales indicaciones y el porcentaje de cesárea realizadas en el Hospital Escuela. El tipo de diseño de este estudio fue descriptivo de corte transversal de una muestra de 1217 pacientes que fueron intervenidas, demostrando que la indicación más frecuente fue cesárea por cesárea anterior (361) (50.2%), seguido de variación de la FCF y preeclampsia (42 casos, 5.8% para cada uno), oligohidramnios 39(5.4%), taquicardia fetal 31(4.3%), pélvico 24(3.3%) respectivamente. Se observó que del total de nacimiento ocurrieron 498 partos y 719 cesáreas. El índice de cesárea calculado para el periodo del estudio es de 59.07% (11).

2.2.2 A NIVEL NACIONAL

Tarazona J. Cristhian, 2017, Tarapoto – Perú, realizó un estudio de incidencia y principales indicaciones de cesáreas, en el Hospital MINSA, nivel II-2, Tarapoto, durante el periodo enero – diciembre del 2016. En él se encontró la incidencia de cesárea que representa el 59.89 % del total de partos atendidos las de tipo absoluto, con un 64.9 %. Con las indicaciones más frecuente; cesárea anterior, con un 17.9 %; seguidos, en incidencia, por las siguientes indicaciones: preeclampsia severa, con 12.1 %; persistencia de la causa de cesárea previa, con 7.3 %; feto en presentación podálica, con 7.3 %; oligohidramnios severo, con 7.9 %; desproporción cefalopélvica, con un 7 %; estrechez

pélvica, con un 6.4 %; sufrimiento fetal agudo, con un 6.1 %. Las principales características demográficas encontradas fueron un grupo etario entre 18-35 años (79.2 %). Las principales características clínicas encontradas fueron los siguientes: la cesárea de emergencia como tipo de cesárea más frecuente, con un 65.8 %; la edad gestacional a término (37-41 semanas), con una prevalencia del 78 %; los controles prenatales completos, con un 79.2 %; las multíparas, con un 66.1 %; y las pacientes sin antecedentes de cesáreas con un 70 % (12).

Medina H, José Luis, Lima – Perú 2016. Realizó un estudio sobre factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a diciembre del 2015, de enfoque descriptivo, transversal y analítico. En este estudio encontró que el porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos en ese año de 57,5%. Las gestantes entre 20 y 35 años fueron las que con mayor frecuencia se someten a dicha intervención. Del total de cesáreas, el 68,7% correspondió a las realizadas por emergencia, siendo la principal indicación la cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande, sufrimiento fetal agudo. Concluyendo que la tasa de incidencia de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo 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 fueron placenta previa, la principal indicación fetal fue feto grande, y la principal indicación ovular fue la ruptura prematura de membranas (13).

Luque Coyla Alexander, Puno 2017. En su Trabajo de Investigación “Indicaciones y tasa de Cesáreas del Hospital EsSalud III Puno durante el año 2016” teniendo como Resultados: un total de 940 partos, con una tasa de cesáreas del 43,4. Las

indicaciones principales fueron: la cesárea previa con 25,5% y el sufrimiento fetal agudo con 18%. Los grupos 1 y 5 de Robson tuvieron la mayor contribución al porcentaje de cesáreas (14).

Galvez Liñan Edgar Mario (2014). En su trabajo fue Determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo; en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero – Diciembre 2013. La población está constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y el espacio muestral corresponde a 160 pacientes. Se encontró al analizar las 160 historias que el 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea 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% (9)

Paiba Samamé, Manuel B. y Salazar Guadalupe Glenda D. Lambayeque – Perú, 2015. en su trabajo: 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 %, pero en Perú existe un alto incremento con diversas consecuencias. Fue un estudio retrospectivo, comparativo 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 (4).

Álvarez Santa Cruz C. realizó un estudio sobre principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del callao durante el periodo julio del 2014 – julio del 2015, de tipo cuantitativo, con enfoque descriptivo transversal y analítico. En este estudio se encontró que las principales indicaciones fueron los siguientes: Indicación materna con un 37,7%, indicación fetal con un 47,7% y parto disfuncional con un 17,9%. La principal indicación de cesárea fue por causa fetal, encontrándose 72 casos (47,7%), de los cuales 23 (31,9%) fueron por macrosomía fetal, 14 casos (20,8%) fueron por distocia de presentación. Dentro de las indicaciones maternas, preeclampsia con 21 casos (29,2%) fue la más prevalente, y le siguió la cesárea previa con 19 casos (26,4%). De la misma forma, en las indicaciones por parto disfuncional, se encontró 10 casos (13,9%) por inducción fallida y 5 casos (6,9%) por dilatación estacionaria. Concluyendo que la principal indicación de cesárea fue la indicación fetal con un 47,7%, siendo la macrosomía fetal la de mayor prevalencia con 31,9% (15).

Flores S. Andrea 2017. Hizo un estudio sobre la frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015, de tipo observacional, analítico, retrospectivo, corte transversal y relacional. Encontrándose los siguientes resultados: De los 166 casos estudiadas, encontraron que la frecuencia de cesáreas injustificadas fue de 35.5%. La edad y los controles pre natales fueron factores asociados estadísticamente no significativos a cesáreas injustificadas con

un $p < 0,05$ y un OR= 1,1 y 1,4 respectivamente. El tipo de cesárea por la que han sido intervenidas fue la electiva con un 56.6% y dentro de las principales indicaciones injustificadas para la realización de cesárea fueron de causas maternas con un 58.4% y de mayor indicación, por cesárea anterior una vez con 19.3%. Concluyendo que las cesáreas injustificadas son las menos frecuentes representando un 35.5% y que la edad y los controles pre natales son factores asociados no significativamente a cesáreas injustificadas (16).

Gonzales V. Martha. 2017, realizó un estudio titulado indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el periodo 2014, de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal y cuantitativo; encontrando una frecuencia de la operación cesárea de 42,07%, siendo las principales indicaciones de cesárea: cesárea Anterior con 24.26%; desproporción céfalo-pélvica con 16.57%; pre-eclampsia o eclampsia con un 10.95%; macrosomía fetal con 9.47% y ruptura prematura de membranas con 8.87%. Concluyendo que las indicaciones de cesárea por causa materna fueron las más frecuentes representando 63.02% del total y dentro de éstas la cesárea anterior fue la principal causa con 24.26% y que la frecuencia de la operación cesárea fue de 42,07%, cifra superior a lo recomendado por la OMS que es un 10-15% (17).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es analítico no experimental de tipo descriptivo, retrospectivo, cuantitativo de corte transversal en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay durante el periodo Enero a Diciembre 2018.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO

3.2.1 Población

La población del estudio está constituida por 694 pacientes que tuvieron parto por cesárea, indicados por diversas razones, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay en el periodo Enero a Diciembre del 2018 y que cumplan con los criterios de inclusión; de un total de 1738 partos ocurridos en el mismo periodo.

3.2.2 Muestra

La muestra fue representativa y se calculó con la fórmula para estudios descriptivos donde la variable principal es cualitativo y Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para población finita, con las siguientes condiciones: nivel de confianza (Z) del 95%, un nivel de precisión absoluta (d) de 0.05 y una proporción esperada del 50%.

Calculamos la muestra correcta:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \cdot q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

$$N = 694$$

$$q = 0,5$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 0,05$$

$$P = 0,5$$

Sustituyendo valores:

$$n = \frac{694 \times (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.05)^2 \times (694-1) + (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}$$

$n = 248$ mujeres intervenida con cesáreas a estudiar.

3.2.3 Muestreo

Del total de las mujeres que son 694, las que participaron en el estudio fueron 248, para la selección de las Historias Clínicas que conforman la muestra, recolectando información de las pacientes cesareadas, así como del Libro de Partos y Libro de Registro de operaciones de Centro Obstétrico. se utilizó la técnica de muestreo estratificado y luego muestreo aleatorio simple.

3.2.3 Unidad de análisis

Fueron todos los expedientes de las mujeres a quienes se les realizo cesárea, registrada en la base de datos de los informes de la subdirección médica y dichos expedientes se encuentran en el área de archivo del Hospital.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios De Inclusión

- Se incluirán a las pacientes que tuvieron parto por cesárea, ya sea electiva o atendida por emergencia durante el periodo de Enero a Diciembre del año 2018, con indicación obstétrica, materna o fetal.

Criterios de Exclusión

- Se excluyeron a las pacientes con las historias clínicas o registro operatorio que tengan la información incompleta sobre la cesárea.
- Pacientes con enfermedades crónicas, o recomendación de cesárea por otra especialidad.

3.4 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se revisaron de las historias clínicas y del libro de reporte operatorio de Centro Obstétrico del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, para la obtención de los datos.

3.5 TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 Técnica

La técnica utilizada fue; un cuestionario estructurado de los instrumentos y la revisión documental de las historias clínicas, libro de reporte operatorio del Centro Obstétrico de los pacientes que terminaron su embarazo en una cesárea.

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos (Anexo I), que fue elaborada en base a estudios previos y reajustado de acuerdo a las variables encontradas.

3.5.2 Procedimiento

Los datos fueron recolectados de las historias clínicas de gestantes que terminaron su embarazo en una cesárea, previa solicitud y autorización de la Oficina de Docencia e Investigación y al jefe de Departamento de Ginecología y Obstetricia del HRGDV - Abancay, para lo cual se realizaron las siguientes actividades:

- Primero, en cada historia clínica se verifico que la gestación de pacientes que terminaron en una cesárea.
- Luego se registró el número de historia clínica, la edad de la paciente, factores de indicación de cesárea, edad gestacional y otros consignado en la ficha de recolección de datos. Además, se tomó en cuenta que las historias cumplan con todos los criterios de inclusión.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

El procesamiento y análisis de datos se realizó en un computador CORE I5, empleándose la estadística descriptiva. Se ingresó el número de todas las Historias Clínicas de las gestantes que terminaron cesareadas en el HRGDV - Abancay durante el periodo de enero a Diciembre 2018, en Microsoft Excel 2010® y luego toda la información obtenida a través de la aplicación del instrumento se introdujo en una base de datos utilizando el programa SPSS 23.0 versión para Windows.

3.6.1 Estadística Descriptiva

Los datos cualitativos se describen en términos de frecuencias absolutas (factores asociados a la indicación de cesárea) y frecuencias relativas (porcentajes)

3.6.2 Estadística Analítica

Para que se determine la asociación entre los factores asociados a la indicación de cesárea se utilizara una prueba no paramétrica que es la prueba Chi cuadrado (X^2) donde se considerara intervalos de confianza de 95%. El nivel de confianza 95%, y el nivel de significancia que se plantea para dicho análisis fue 0,05.

3.6.3 Programas a utilizar para análisis de datos

Los programas que se utilizaron para el análisis de datos de este trabajo fueron:

- Microsoft Office Word 2010.
- Microsoft Excel 2010®
- Software estadístico IBM SPSS v.23.

3.6.4 Plan de análisis

Se efectuó análisis de frecuencia y variables de interés para correlacionar los posibles factores que influyeron en la decisión de indicación de cesárea.

3.6.5 Aspecto Ético de la Investigación.

En la investigación se omitieron nombre de las pacientes como de los médicos que atendieron. Se conservo la información de igual manera que se tomó de los expedientes clínicos y fue usada con el objetivo exclusivo de la investigación únicamente y meramente académico.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

TABLA 1: INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2018

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parto Vaginal	1044	60%
Cesárea	694	40%
TOTAL	1738	100%

FUENTE: Unidad de Informática y Estadística HRGDV - Abancay 2018.

Como se observa en la tabla 1, acerca de la incidencia de cesáreas en el HRGDV – Abancay durante el 2018, se destacan los siguientes resultados: el total de partos en la institución fueron de 1738, de lo cual; 694 de incidencia cesáreas que representa el 40%.



FIGURA N° 1: INCIDENCIA DE CESÁREAS ATENDIDAS EN EL HRGDV – ABANCAY DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO (01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018).

FUENTE: Unidad de Informática y Estadística HRGDV - Abancay 2018.

Considerando la muestra se revisaron un total de 248 historias clínicas y libro de partos del centro obstétrico y libro de reporte operatorio de sala de operaciones de gestantes cesareadas con indicación por diferentes motivos.

TABLA 2: FRECUENCIA DE INDICACIÓN POR TIPO DE CESÁREAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Electiva	72	29,0	29,0	29
	Emergencia	176	71,0	71,0	100
	TOTAL	248	100,0	100,0	

FUENTE: ficha de recolección de datos.

En la tabla 2, se aprecia de la muestra que representaron 248 mujeres cesareadas, según el tipo de cesárea: el 71% fueron cirugía de emergencia, mientras que solo el 29% fueron cesáreas electivas.

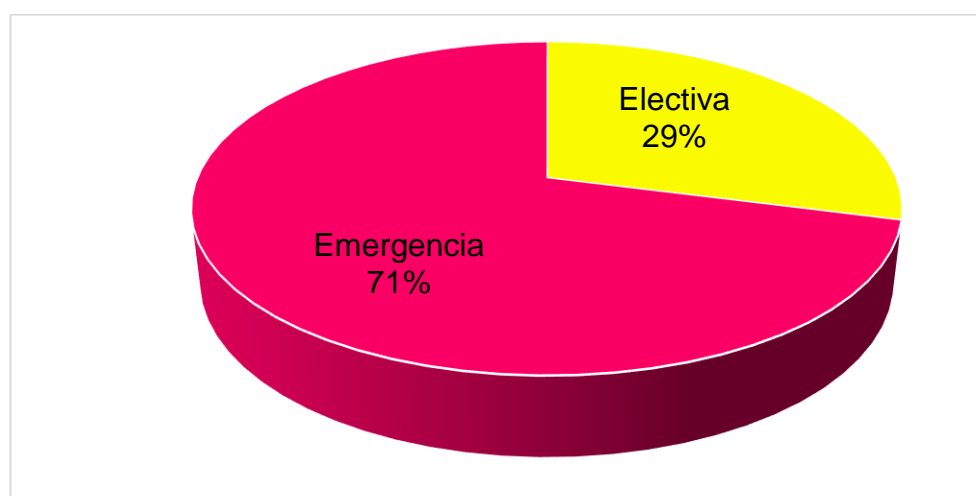


FIGURA N° 2: INDICACIÓN DEL TIPO DE CESÁREA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HRGDV – ABANCAY, DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO DE ENERO - DICIEMBRE 2018.

FUENTE: ficha de recolección de datos.

TABLA 3: CUADRO ESTADÍSTICO DE CESÁREAS POR ANTECEDENTE EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.

Antecedentes de cesárea	frecuencia	porcentaje
Primaria	184	74.2%
01 previa	21	8.5%
≥ 2 cesáreas / iterativa	43	17.3%
TOTAL	248	100%

FUENTE: ficha de recolección de datos.

Apreciando la tabla 3, en pacientes cesareadas en el HRGDV – Abancay 2018, se demuestra que la cesárea primaria supera con 184 pacientes que representa el 74.2%, seguida de cesárea iterativa 17.3% y cesárea previa (una vez) 8.5%.

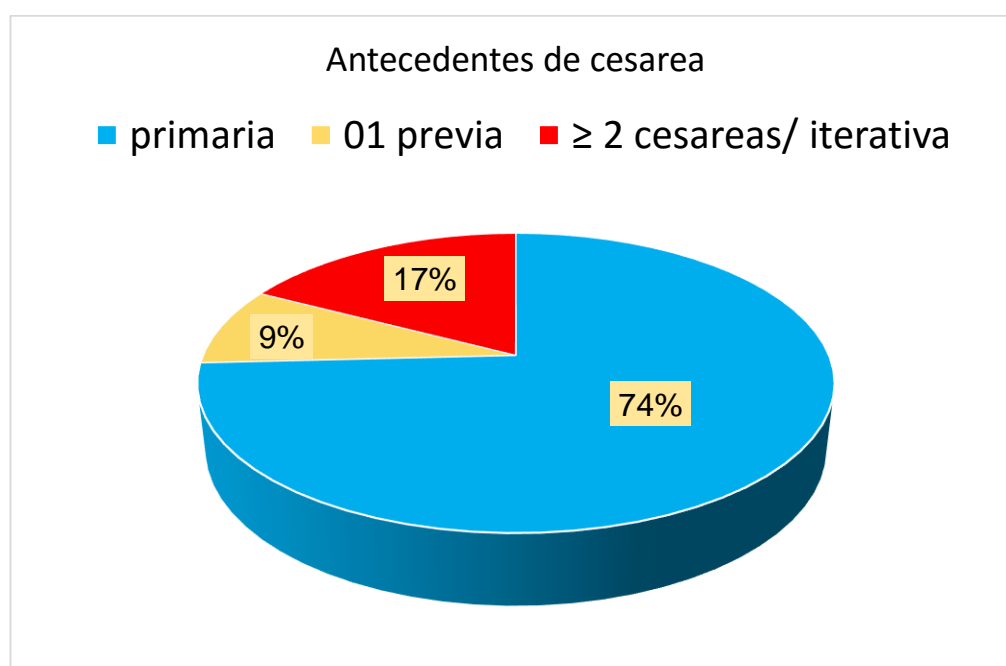


FIGURA N° 3: GRÁFICO 3: REPRESENTACIÓN DE ANTECEDENTE OBSTÉTRICO DE CESÁREA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HRGDV – ABANCAY, DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2018.

FUENTE: ficha de recolección de datos.

TABLA 4: ESTADÍSTICOS DE LA EDAD MATERNA EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.

Válido	248
Perdidos	0
Media	27,97
Mediana	28,00
Moda	23
Desviación estándar	7,127
Rango	32
Edad Mínimo	14
Edad Máximo	46
Percentiles 25	22,00
50	28,00

FUENTE: ficha de recolección de datos.

Analizando los estadísticos en la Tabla 4, de la edad materna en estudio, se aprecia que el promedio de la edad fue 28 años, el punto medio es 28 años, la edad que más se repite es de 23 años, la mínima edad registrada fue de 14 años y el máximo de 46 años, la diferencia entre la mayor edad y la menor fue de 32 años. En cuanto a los percentiles el 25% tenía menos de 22 años y el 75% tenía más de 22 años.

TABLA 5: EDAD DE LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.

	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Válido <= 19	34	13,7	13,7
20 - 29	115	46,4	60,1
30 - 39	82	33,1	93,1
40+	17	6,9	100,0
TOTAL	248	100%	

FUENTE: ficha de recolección de datos.

Interpretando los datos de la tabla 5 se observa que las pacientes de 20 a 29 años representan el grupo con mayor frecuencia de cesárea con un porcentaje de 46.4%; seguida de 30 a 39 años con 33.1%; mientras que las edades extremas (menores de 20 años y mayores de 39 años) representaron el menor porcentaje.

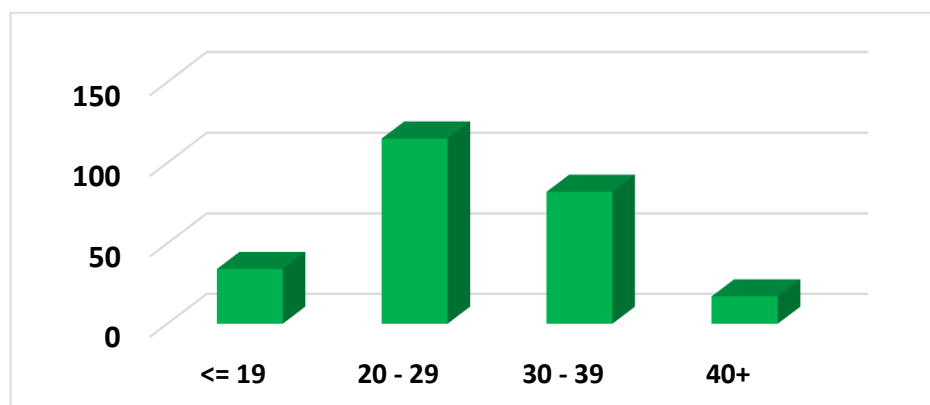


FIGURA N° 4: DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN GRUPO ETARIO ATENDIDAS EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.
FUENTE: ficha de recolección de datos.

TABLA 6: ESTADÍSTICA DE EDAD GESTACIONAL (SEMANAS) DE LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.

	Válido	248
	Perdidos	0
Media		38,44
Mediana		39,00
Moda		39
Desviación estándar		1,910
Rango		15
Mínimo		28
Máximo		43
Percentiles	25	38,00
	50	39,00
	75	40,00

FUENTE: ficha de recolección de datos.

Analizando los estadísticos en la Tabla 6, la edad gestacional de las gestantes cesareadas en estudio, se puede concluir que el promedio de edad gestacional fue 38 semanas, el punto medio fue 39 semanas, la edad que más se repitió fue de 39 semanas, la mínima edad gestacional fue de 28 semanas y la máxima fue de 43 semanas.

TABLA 7: EDAD GESTACIONAL (SEMANAS) AL MOMENTO DE LA CESÁREA EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido < 37	22	8,9	8,9
37 - 41	223	89,9	98,8
42+	3	1,2	100
TOTAL	248	100%	

FUENTE: ficha de recolección de datos.

En la tabla 7, donde se agrupa la edad gestacional en pre termino, a término, post término se concluye que la gestante cesareadas menores de 37 semanas represento el 8.9%; el grupo de 37 a 41 semanas (a término) represento el 89.9%; y el grupo mayor de 42 semanas represento el 1.2%.

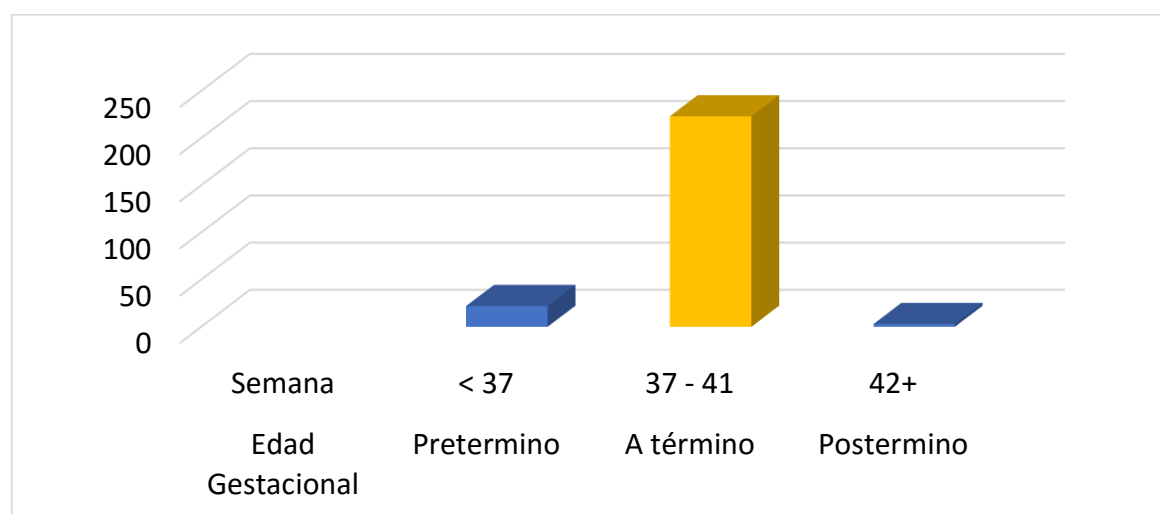


FIGURA N° 5: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CESAREADAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL (SEMANAS) ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY 2018.

FUENTE: ficha de recolección de datos.

TABLA 8: NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.

N° Controles Prenatales	frecuencia	porcentaje
Sin Control	5	2.0%
1 a 6	134	54.0%
>6	109	44.0%
TOTAL	248	100%

FUENTE: ficha de recolección de datos.

Según la tabla 8, se evidencia que la mayoría tiene entre 1 a 6 controles prenatales con un 54%, seguida de mayor de 6 controles prenatales con 44% y por último sin controles prenatales 2%.

TABLA 9: FRECUENCIA DEL ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CESAREADAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.

Estado_Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido soltera	21	8,5	8,5	8,5
conviviente	178	71,8	71,8	80,2
casada	49	19,8	19,8	100
Total	248	100%	100	

FUENTE: ficha de recolección de datos.

En la tabla 9, de la muestra que representaron 248 mujeres cesareadas, según el estado civil: el 8.5% fueron solteras, el 71% fueron convivientes que representa la mayor cantidad, mientras que el 19.8% fueron de casadas.

TABLA 10: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES CESAREADAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	6	2.4%
Primaria	78	31.5%
Secundaria	140	56.5%
Superior	24	9.7%
TOTAL	248	100%

FUENTE: ficha de recolección de datos.

Analizando los estadísticos en la Tabla 10. El grado de instrucción de las gestantes cesareadas en estudio, se puede concluir que el 56.5% estudiaron secundaria, seguida de 31.5% quienes estudiaron primaria, superior 9.7% y por último de analfabetismo con 2.4%.

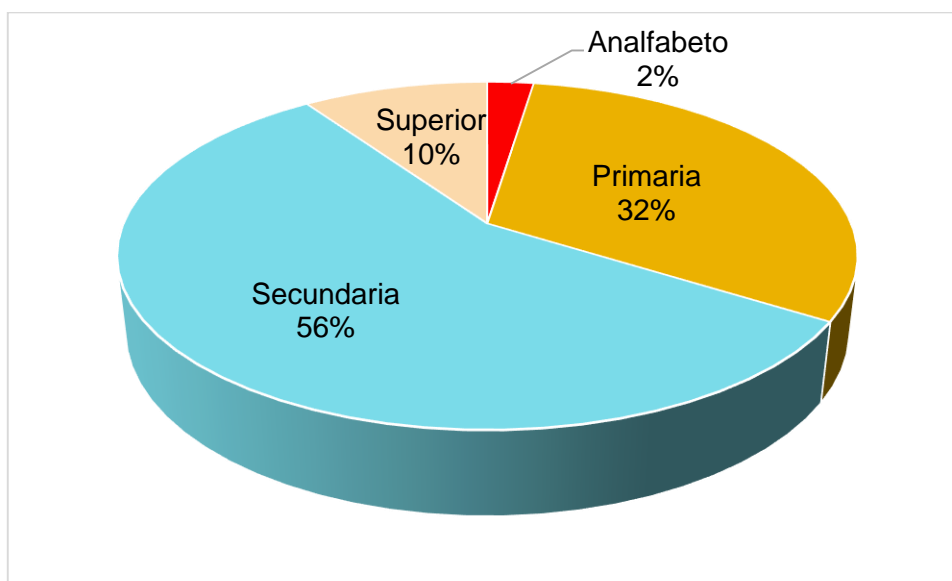


FIGURA N° 6: DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY 2018.
FUENTE: ficha de recolección de datos.

TABLA 11: INDICACIONES DE CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2018.

MOTIVO DE INDICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cesárea anterior	64	18.9%
Sufrimiento fetal agudo	28	8.3%
Presentación Podálico	24	7.1%
Desproporción céfalo pélvica	23	6.8%
Distocia de posición	21	6.2%
Preeclampsia	20	5.9%
Oligohidramnios	18	5.3%
Pelvis estrecha	14	4.1%
Presentación alta a término de la gestación	14	4.1%
Circular doble	14	4.1%
Distocia dinámica	13	3.8%
Feto grande	12	3.6%
Gestación doble	12	3.6%
Periodo intergenésico corto	11	3.3%
Embarazo en vías de prolongación	10	3.0%
Rotura prematura de membrana	9	2.7%
Taquicardia fetal aguda	5	1.5%
Circular simple	5	1.5%
Condilomatosis	4	1.2%
Placenta previa total	4	1.2%
Polihidramnios	4	1.2%
Hepatitis B	4	1.2%
Desprendimiento Prematuro de Placenta	3	0.9%
VIH	2	0.6%

FUENTE: ficha de recolección de datos.

Analizando la tabla 11 se observa las principales indicaciones de cesárea en orden descendente, siendo la principal: cesárea anterior 18,9%, seguidas por: sufrimiento fetal agudo 8.3%, presentación podálica 7.1%, DCP 6.8%, distocia de posición 6.2%, preeclampsia 5.9%, oligohidramnios 5.3%, pelvis estrecha 4.1%, presentación alta a término de la gestación 4.1%, circular doble de cordón 4.1%, distocia dinámica 3.8%, feto grande y gestación doble 3.6%, PIG corto 3.3%, embarazo en vías de prolongación 3%, PRM 2.7%, taquicardia fetal persistente y circular simple 1.5%, condilomatosis, PPT, polihidramnios y Hepatitis B 1.2%, DPP 0.9% y por ultimo VIH 0.6%.

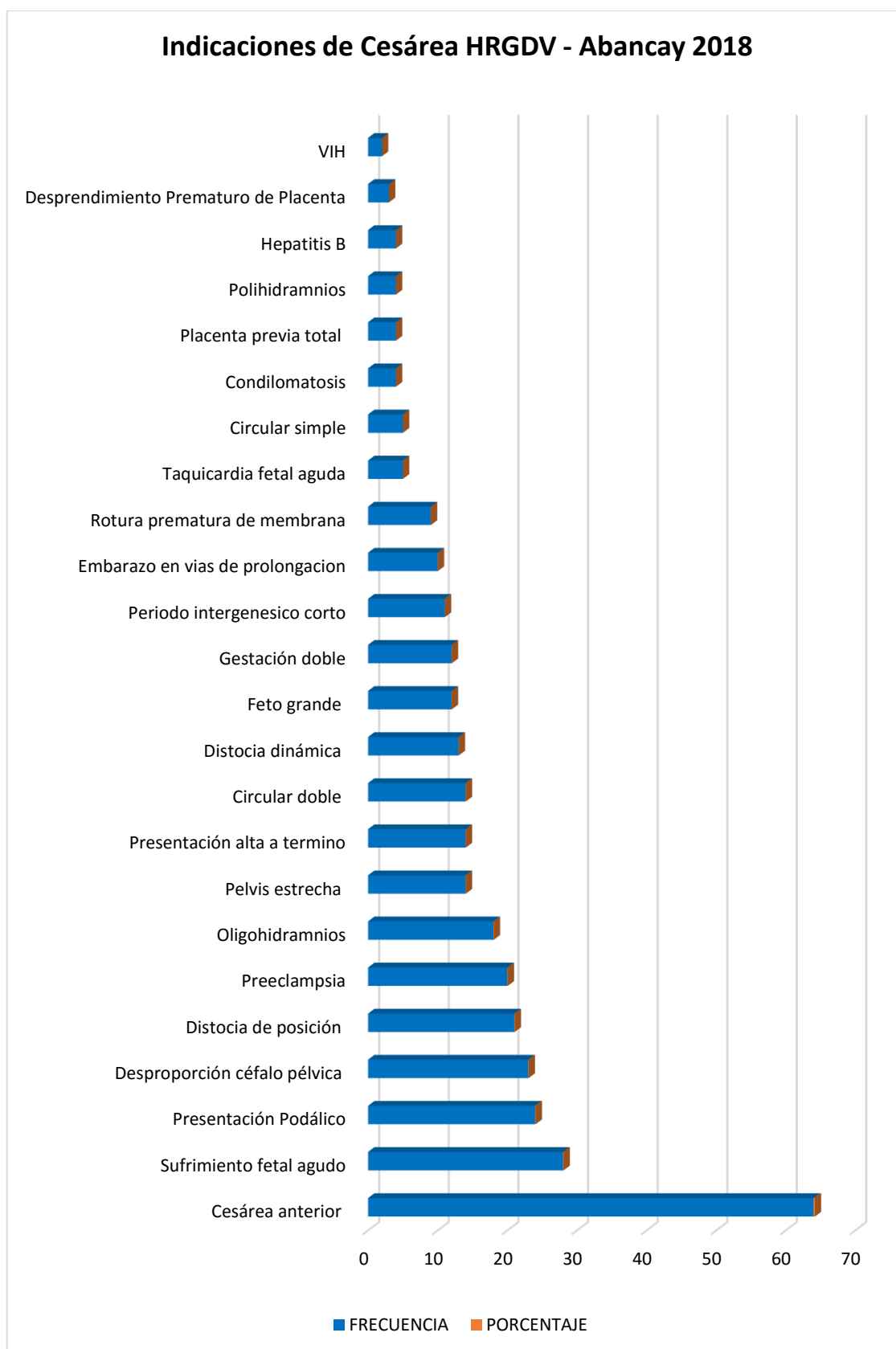


FIGURA N° 7: INDICACIONES DE CESÁREA EN LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DEL 2018.

FUENTE: ficha de recolección de datos.

TABLA 12: INDICACIONES MATERNAS DE CESÁREA EN LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY ENERO A DICIEMBRE 2018.

MOTIVO DE INDICACIÓN OVULAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cesárea anterior	64	18.9%
Desproporción céfalo pélvica	23	6.8%
Preeclampsia	20	5.9%
Distocia dinámica	13	3.8%
Periodo intergenésico corto	11	3.3%
Embarazo en vías de prolongación	10	3.0%
Condilomatosis	4	1.2%
Hepatitis B	4	1.2%
VIH	2	0.6%

FUENTE: ficha de recolección de datos.

Dentro de las causas maternas, según la tabla 12, la principal indicación fue la cesárea anterior con un 18.9%, seguido de desproporción cefalopélvica 6.8%, tercero; preeclampsia 5.9%, cuarto; distocia dinámica 3.8%, quinto; periodo intergenésico corto 3.3%, sexto; embarazo en vías de prolongación y así los demás representan en menor proporción.

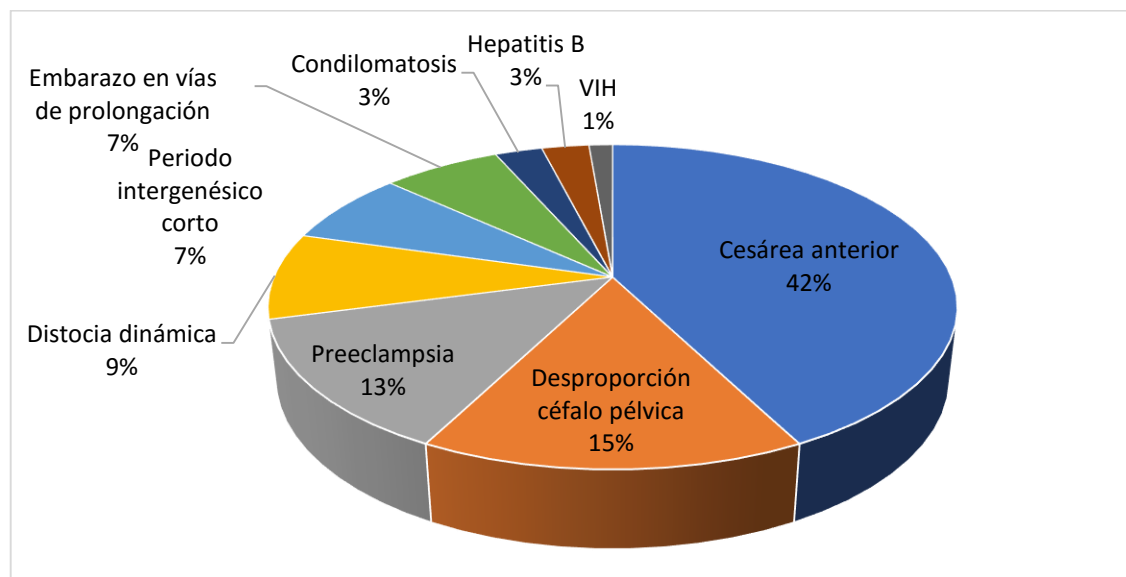


FIGURA N° 8: INDICACIONES DE FACTORES MATERNAS DE CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO - DICIEMBRE 2018.

FUENTE: ficha de recolección de datos.

TABLA 13: INDICACIONES FETALES DE CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY ENERO A DICIEMBRE 2018.

MOTIVO DE INDICACIÓN FETAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sufrimiento fetal agudo	28	8.3%
Presentación Podálico	24	7.1%
Distocia de posición	21	6.2%
Circular doble de cordón	14	4.1%
Feto grande	12	3.6%
Gestación doble	12	3.6%
Taquicardia fetal aguda	5	1.5%
Circular simple de cordón	5	1.5%

FUENTE: ficha de recolección de datos.

Dentro de las causas fetales, en la tabla 13, la principal indicación fue el sufrimiento fetal agudo 8.3%, seguido de presentación podálico 7.1%, distocia de posición 6.2%, circular doble de cordón 4.1%.

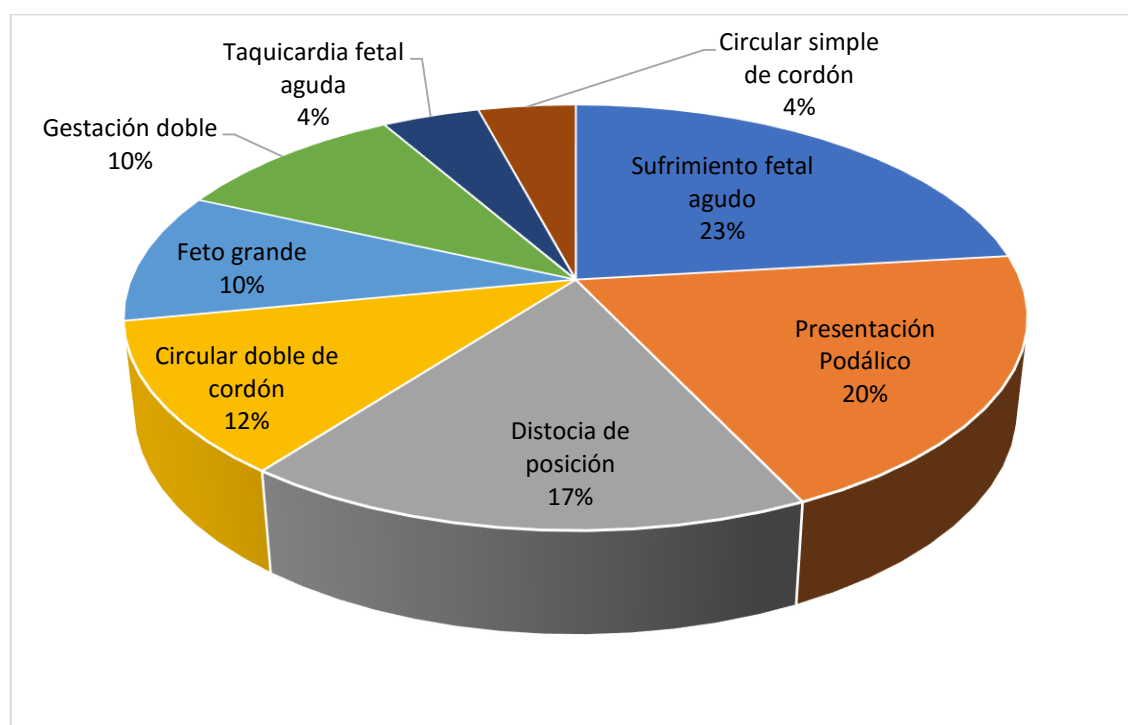


FIGURA N° 9: INDICACIONES DE FACTORES FETALES PARA CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY ENERO A DICIEMBRE 2018.

FUENTE: ficha de recolección de datos.

TABLA 14: INDICACIONES OVULARES DE CESÁREA EN LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY DE ENERO A DICIEMBRE 2018.

MOTIVO DE INDICACIÓN OVULAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Oligohidramnios	18	5.3%
Rotura prematura de membrana	9	2.7%
Placenta previa total	4	1.2%
Polihidramnios	4	1.2%
Desprendimiento Prematuro de Placenta	3	0.9%

FUENTE: ficha de recolección de datos.

Dentro de las causas ovulares, según la tabla 14, la principal indicación fue oligohidramnios 5.3%, rotura prematura de membrana 2.7%, placenta previa total 1.2%, polihidramnios 1.2% y desprendimiento prematuro de placenta 0.9%.

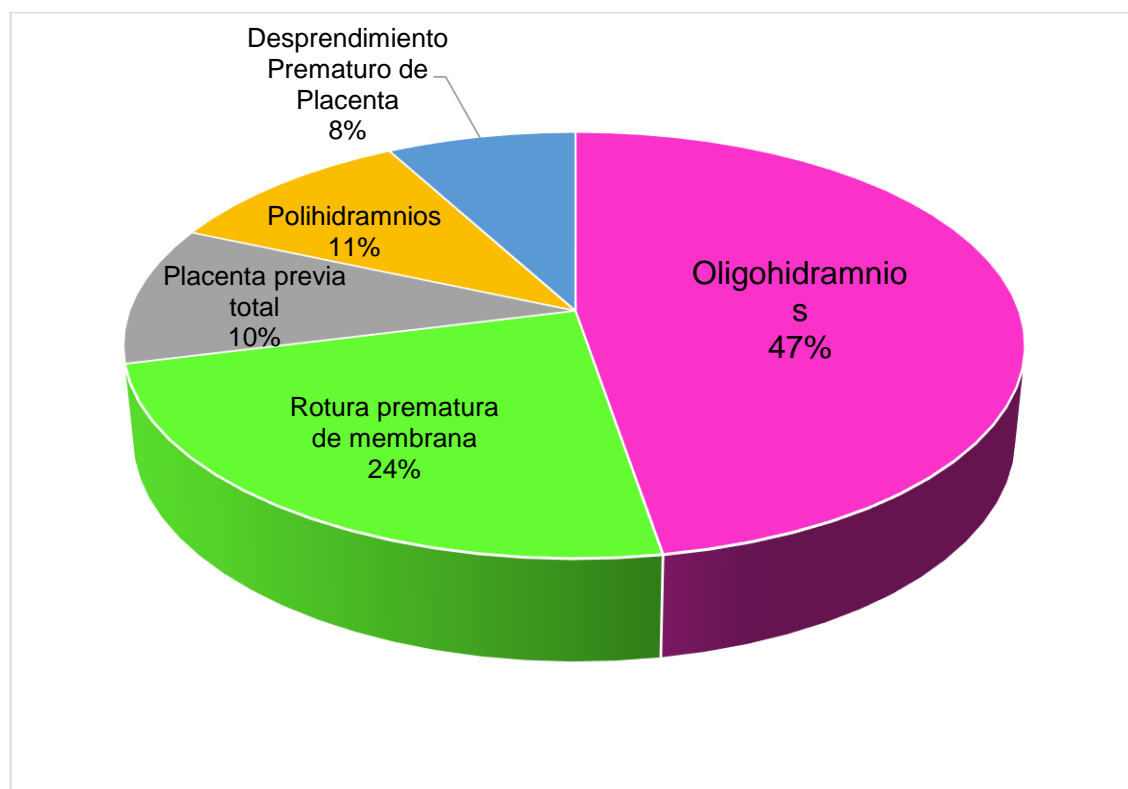


FIGURA N° 10: INDICACIONES DE FACTORES OVULARES PARA CESÁREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HRGDV - ABANCAY ENERO A DICIEMBRE 2018.

FUENTE: ficha de recolección de datos.

4.2 DISCUSIÓN

En la presente investigación, la prevalencia de cesárea durante el periodo de Enero a Diciembre del 2018 llego a ser el 40% respecto del total de partos; cifra que se encuentra muy por encima de los parámetros fijados por la OMS de 10-15% (1); sin embargo, estos resultados son similares a los encontrados por Edgar Galvez, donde la incidencia de cesárea fue de 42%, en el Hospital “San José” del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013 (2). Otras cifras elevadas pero mayores a la nuestra se observa en el estudio de Medina Huiza, J. L. llego a ser el 57,5% respecto del total de partos estudio realizado en el Hospital Nacional dos de mayo de enero a diciembre Lima, 2015 (13). De igual manera la cifra encontrada en nuestro trabajo es mucho mayor que la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS en 24 regiones de ocho países de América Latina donde la mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33%.

Con lo que se aprecia una cifra alarmante, donde la tasa de incidencia de cesárea supera lo estipulado por la OMS; de cierta manera demuestra uso no racional de los recursos institucionales basado principalmente en una falta de control gerencial, según la característica de estas mujeres no se creería que el parto por cesáreas en ellas fuera complaciente. Entonces llama la atención los elementos éticos o bien falta de conocimientos para la atención de partos más limpios y seguros por el personal médico, que es la orientación clara de los sistemas de salud, a mi apreciación existe muy poco control en la toma de decisión sobre este procedimiento quirúrgico. Además, la formación de una comisión fiscalizadora contribuiría al control y reducción de la tasa de incidencia de cesárea dentro del Hospital.

Respecto a las características de la edad materna en el estudio de las mujeres cesareadas se obtuvo edad promedio de 27.97 años y una mediana de 28 años, muy similar al estudio obtenido por Medina Huiza, J. L. estudio realizado obtuvo una edad promedio de 27,37% y una mediana de 28%, en el Hospital Nacional dos de mayo - Lima de Enero a Diciembre, 2015 (13).

Que al agruparlos fueron de 20 a 29 años que representan el 46.4%, seguida por el estrato de 30 a 39 años 33.1%. Similar a los resultados de Chavarría Cano Luiggi. edad del 47.3% de las mujeres embarazadas que se les indico cesárea tenían entre 20 a 29 años en el Hospital amistad Japón – Nicaragua, Granada, 2018 (7). A su vez los datos de nuestro estudio son equiparables con Walter Carpio, edad media de 29,79% en el Hospital Naylamp, Essalud Chiclayo (18). Esto es debido a que, en el servicio de Centro Obstétrico de nuestro Hospital, la mayor demanda de personas son mujeres mayores de 20 años quienes están en edad reproductiva.

Según la edad gestacional, se obtuvo en el estudio que el 89.9% se encontraba a término de la gestación con 1 a 6 controles prenatales el 54%, seguida de mayor de 6 controles prenatales el 44% y por último sin controles prenatales 2%, lo cual es comparable con estudio realizado por Medina Huiza, J. L. donde obtuvo que 92% se encontraba a término, en el Hospital Nacional Dos de Mayo - Lima, 2015 (13). Y represento el 92.3% para el estudio de Chavarría Cano Luiggi, en el Hospital amistad Japón – Nicaragua, Granada, 2018. (7). También el estudio realizado por Walter Carpio con 90,9% a término. (18). Explicando de esta forma que un gran porcentaje de gestantes acuden a su control prenatal a su centro de salud o centro hospitalario, y además que la

gestación se finaliza de preferencia a término y en un menor porcentaje pre término y post término.

Respecto al tipo de cesárea en el estudio se observa que de las mujeres sometidas al procedimiento cesárea el 29% (72 pacientes) fue de tipo electivo, siendo el 71% (176 pacientes) un procedimiento de emergencia. De antecedente presentaron cesárea primaria 184 (74.2%), seguida de cesárea iterativa 17.3% y cesárea previa (una vez) 8.5%. Datos similares obtuvo Alexander Luque C. cesárea con mayor frecuencia fue el de urgencia con el 76% de las operaciones y grupo más numeroso fue el que no tuvo cesáreas previas en un 84% en el Hospital Essalud III Puno 2017 (14), y otros similares al estudio se encontraron con Medina Huiza, J. L. donde obtuvo que 31,4% fue de tipo electivo y el 68,6% de emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo - Lima, 2015. (13). Sin embargo, nuestro resultado difiere con los resultados de Gálvez L. Edgar, donde la cesárea electiva representa 56,8% y emergencia 43,2% (9). Como también por Luiggi Chavarría Cano, fue de 51.4% de urgencia y 48.6% de cesáreas electivas en el Hospital amistad Japón – Nicaragua, Granada, 2018 (7).

En cuanto al estado civil se obtuvo en el presente estudio que el 71% son mujeres convivientes con su pareja quienes acuden al procedimiento de cesárea. Resultado similar con 69.5% su estado civil era acompañadas obtenido por Chavarría Cano Luiggi, en el Hospital amistad Japón – Nicaragua, Granada, 2018. (7). Mientras que por Medina Huiza, J. L. lo obtenido porcentual de estado civil conviviente fue 54,1%, Hospital Nacional Dos de Mayo - Lima, 2015 (13)

Con respecto a grados de instrucción se consideraron completas y las no concluidas dentro del grado de instrucción, fue representada por las que estudiaron secundaria fueron 56.5%, seguida de quienes estudiaron primaria 31.5%, superior universitaria o no universitaria 9.7% y por último de analfabetismo con 2.4%. Resultado similar por Flores Mónica y Quispesaravia Pierina donde se obtuvo el 69% de la población tenía un nivel de formación secundaria, seguida de superior no universitario con 12.8%, superior universitario en 8.9%, primaria con el 8.2% y siendo analfabetas solo el 1.1%. (8).

En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, es centro de referencia de segundo nivel, donde vemos que la primera causa de cesárea fue la cesárea anterior con un 18.9%. En trabajos similares vemos que los porcentajes obtenidos por indicación de cesárea anterior se encuentran en primer lugar con 23,4% de Walter Carpio en Chiclayo, 2015 (18), 37,5% también primer lugar en el estudio de Medina Huiza, J. L. en el Hospital Nacional Dos de Mayo - Lima, 2015. (13), 31% de Edgar Gálvez en el Hospital San José 2014. (9) y 36.65% en el estudio de Centeno H. Eric, Clínica Médica Previsional Asunción Minsa, Juigalpa – Chontales, Nicaragua, 2017. (19).

Con la evidencia del resultado del presente estudio y por los antecedentes, la indicación parece ser elevada por el aforismo que “cesareada anterior debe ser cesareada” es uno de los diagnósticos operatorios más frecuentes, entonces; ¿cuál sería el criterio diagnóstico para indicar una cesárea a pacientes sin antecedente de cesárea ni gestación anterior? Probablemente podemos suponer que el criterio clínico tuvo un rol importante en la toma de esta decisión o es quizás el temor de los profesionales de la salud a probables complicaciones y posteriores demandas judiciales (muy frecuentes por parte de la

población en la actualidad), por lo que esta situación subjetiva puede condicionar al aumento del número de cesáreas por turno operatorio (9).

En este estudio la presencia de sufrimiento fetal agudo fue 8.3%, seguida de presentación podálica 7.1%, desproporción cefalopélvica 6.8%, distocia de posición 6.2%, preeclampsia 5.9%, oligohidramnios 5.3%, pelvis estrecha 4.1%, presentación alta a término de la gestación 4.1%, circular doble de cordón 4.1%; las cuales representan las 10 primeras causas generales de las indicaciones de cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay 2018. Estas indicaciones difieren a su vez por las encontradas por Medina Huiza, J. L. en el Hospital Nacional Dos de Mayo - Lima, 2015. (13) pelvis estrecha (14,7%) representa la segunda indicación más frecuente (18,6%), seguido de feto grande en tercer lugar (10,9%), y sufrimiento fetal agudo (8,3%) en el cuarto lugar. En estudios de Walter Carpio (18) donde la presentación podálica es la segunda indicación (22,7%), desproporción céfalo pélvico (21,4%) la tercera y desprendimiento prematuro de placenta (8.4%) en cuarto lugar.

Según los protocolos del INMP, las pacientes que pertenecen al grupo 5 deben tener la opción de parto vaginal siempre que cumplan con las condiciones para permitir esta vía de culminación de parto; sin embargo en muchas partes del mundo no es así. Un estudio realizado en Colombia en el año 2015 (20) encontró que todas las pacientes que pertenecían a este grupo culminaron su gestación por cesárea, alcanzando este grupo una tasa de 100%, ello debido a la ausencia de un protocolo de parto vaginal después de una cesárea. Similar situación se reportó en España (21).

Analizando los datos estadísticos del espacio muestral, podemos apreciar y constatamos que el 74.2% de las cesáreas no tenían antecedentes de cesárea anterior y fueron sometidas por primera vez a este procedimiento quirúrgico en el periodo de Enero a Diciembre del 2018.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. La conclusión principal consiste en que: el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay durante el periodo Enero a Diciembre 2018, la tasa de incidencia de cesárea, representa un 40 % de un total de 1738 nacimientos registrados en ese periodo de tiempo; claramente se evidencia un valor por encima de lo estipulado por la OMS. De las 694 cesáreas el 71% fue emergencia y según antecedente de cesárea previa el grupo más frecuente fue que no tuvo ninguna 74.2%.
2. La principal indicación de cesárea encontrada en nuestro estudio fue la cesárea anterior con 18.9%, siendo esta una indicación materna, así también similar a otros estudios.
3. La presencia de Sufrimiento fetal agudo fue 8.3% la principal indicación fetal encontrada en el presente estudio.
4. La principal indicación Ovular para la indicación de cesárea fue la presencia de oligohidramnios 5.3%.
5. El grupo etáreo más cesareadas fueron 46,4% comprendidas entre los 20 y 29 años de edad, el 71.8% de las pacientes cesareadas fueron de estado civil conviviente y representado con mayor porcentaje con grado de instrucción secundaria.
6. Con respecto a la edad gestacional el 89,9% conformaron gestantes a término y el grupo de las gestantes cesareadas que tuvieron 1 a 6 controles prenatales fueron 54%.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

1. Realizar en lo posterior investigaciones similares con la finalidad de obtener un punto de partida y/o referencia para reducir la tasa de incidencia de cesárea, de esta manera se mejore la capacidad justificada.
2. A través de la Gerencia hospitalaria garantizar la vigilancia exhaustivos y uso de normativas y/o Guías de manejo institucional, con el fin de justificar los diagnósticos operatorios sobre las indicaciones de cesárea que permita garantizar el cumplimiento a las indicaciones de emergencia o electiva.
3. Definir claramente el diagnóstico principal en las Historias Clínicas y el libro de reporte operatorio para realizar la intervención quirúrgica.
4. Ofrecer chance vaginal y el uso correcto de partograma a fin de dar posibilidad a las mujeres con cesárea previa, una vez se descarten las contraindicaciones, se informe a la gestante de los riesgos y beneficios del parto vaginal.
5. Promocionar la calidad de Atención Prenatal para las pacientes que sean programadas oportunamente de forma electiva y considerar coordinación oportuna con los centros periféricos para que se derive con anticipación a las pacientes que presenten alguna complicación obstétrica durante la gestación.
6. Difundir e Incentivar a las gestantes mediante charlas sobre el conocimiento y los riesgos consecuentes que amerita una cesárea.

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [base de datos en línea]. Suiza: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación OMS; 2015. [11 de septiembre 2017].URL disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-Perú, 2013. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1388/Libro.pdf
3. Schnapp Carlos operación cesárea Revista Médica Clínica Condes – Chile, 2014; 25(6) 987-992.
4. Paiba Samamé Manuel B. Glenda Dayani Salazar Guadalupe. causas de cesáreas en el Hospital provincial docente belén de Lambayeque, 2014 [tesis]. Lambayeque: universidad nacional Pedro Ruiz gallo. facultad de medicina humana; Perú, 2015.
5. Pinheiro, P. Cesáreas Ventajas y Riesgo. Universidad Federal de Rio de Janeiro – Brasil 2017.
6. Hiralda Jorge M. y Pérez Annarelis, Artículo sobre “Comportamiento de la cesárea en pacientes del Hospital Vladimir Ilich Lenin de Holguín – Cuba, 2015.
7. Chavarría Cano Luiggi. Factores asociados a la indicación de cesárea en embarazadas atendidas por el servicio de Obstetricia. Hospital amistad Japón – Nicaragua. Enero a diciembre 2017 [tesis]. Granada - Nicaragua, 2018.
8. Flores Mónica y Quispesaravia Pierina. Frecuencia e Indicaciones del parto por Cesárea en un Hospital Público de Lima en el período Enero 2013- Diciembre 2017. Medicina de la Universidad peruana Cayetano Heredia. Lima, 2018.

9. Galvez Liñan Edgar. Tasa de incidencia de cesárea en el Hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013 [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina Humana; 2014.
10. Condega Sotelo, M. C., & Muñoz Estrada, H. d. (2015). Comportamiento de Cesáreas Primitivas en Embarazadas Atendidas en el Servicio de Obstetricia. Hospital Amistad Japón – Nicaragua. Granada. Enero a Diciembre 2014. Managua: UNAN – Managua.
11. García Blandón, N. (2014). Indicaciones de cesárea en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo Abril a Diciembre 2014. Managua: UNAN - Managua.
12. Tarazona Jiménez Cristhian (2017) Incidencia y principales indicaciones de cesáreas en el Hospital Minsa, nivel II-2, Tarapoto. Periodo enero-diciembre del 2016. [tesis]. Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto – Perú.
13. Medina Huiza, J. L. (2016). Factores asociados a indicación de cesárea en el Hospital Nacional dos de mayo de enero a diciembre 2015. Lima: Universidad Ricardo Palma.
14. Luque Coyla Alexander. Indicaciones y Tasa de Cesáreas en el Hospital Essalud III Puno Año 2016. Tesis para optar el grado de título. Puno – Perú, 2017.
15. Álvarez Santa Cruz C. realizó. Indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del callao durante el periodo julio del 2014 – julio del 2015. Lima – Perú, 2016.
16. Flores Sotelo Andrea (2017). Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015. [tesis]. Universidad Ricardo Palma, Lima – Perú.
17. Gonzales V. (2016) indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el periodo 2014, Comas-Lima-Perú.

18. Walter Vidauro Carpio, (2015) Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el periodo Enero – Diciembre 2012 [tesis]. Chiclayo: universidad San Martin De Porres. Facultad de Medicina Humana.
19. Centeno H. Eric, Características de las pacientes con indicación de cesárea en el servicio de ginecología y obstetricia de la clínica médica previsional Asunción Minsa, Juigalpa – Chontales, Nicaragua. Enero – Diciembre 2016. [tesis] Managua, Nicaragua, 2017.
20. Jiménez D, Guevara A. Clasificación de cesáreas por Grupos de Robson en los últimos 3 años en el Hospital de Engativá de la Ciudad de Bogotá. [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2015. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/50861/1/65634609.2015.pdf>
21. Aguilar Redondo R, Manrique Fuentes G, Mauro Aisa Denaroso L, Delgado Martínez L, González Acosta V, Aceituno Velasco L. Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas. 2016.
22. Castañeda Guillén Celina Julia, Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - diciembre 2015. [tesis] Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Peru, 2017.

ANEXOS

ANEXO 01. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I.- DATOS GENERALES.

N° de ficha:	Fecha:	N° Gestación:
Edad (años) <input type="checkbox"/> ≤ 19 <input type="checkbox"/> 20 – 29 <input type="checkbox"/> 30 – 39 <input type="checkbox"/> >40		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casada		
Grado de Instrucción: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior		
Edad Gestacional: (semanas) <input type="checkbox"/> ≤ 19 <input type="checkbox"/> 20 – 29 <input type="checkbox"/> 30 – 39 <input type="checkbox"/> >40		N° Controles prenatales: <input type="checkbox"/> Sin Control <input type="checkbox"/> 1 a 6 controles <input type="checkbox"/> >6 controles
Tipo de Cesárea: <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Programada		
Antecedente de cesárea anterior <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> 01 previa <input type="checkbox"/> ≥ 2 cesáreas / iterativa		

ANEXO 02**II.- DATOS OBSTETRICOS.**

INDICACION DE CRESAREA	SI	NO
Cesárea anterior		
Circular doble		
Circular simple		
Condilomatosis		
Desprendimiento Prematuro de Placenta		
Desproporción céfalo pélvica		
Distocia de posición		
Distocia dinámica		
Embarazo en vías de prolongación		
Feto grande		
Gestación doble		
Hepatitis B		
Oligohidramnios		
Pelvis estrecha		
Periodo intergenésico corto		
Placenta previa total		
Polihidramnios		
Preeclampsia		
Presentación Podálico		
Presentación alta a término de la gestación		
Rotura prematura de membrana		
Sufrimiento fetal agudo		
Taquicardia fetal aguda		
VIH		
OTROS: ESPECIFICAR		