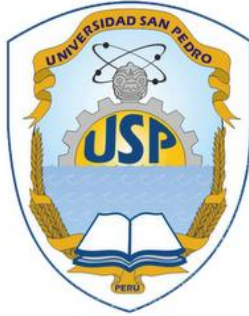


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA



**Prevalencia e indicaciones de cesárea en gestantes atendidas
en el Hospital La Caleta-Chimbote, 2019**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor

Carbajal Tapullima Angel Xavier

Asesor

Saldaña Castillo, Javier Arturo

Chimbote - Perú
2020

PALABRAS CLAVE

TEMA	CESAREA
ESPECIALIDAD	GINECO-OBSTETRICIA

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios por guiarme por el buen camino y darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se me presentaban.

A la Facultad de Medicina de la Universidad San Pedro por darme las herramientas en este camino llamado Medicina.

A mis padres, gracias a su apoyo incondicional, por creer en mí, y estar conmigo en cada paso de mi carrera.

A mi hermana Zoe Kathryne Carbajal Tapullima, por ser mi mayor motor y motivo en mi vida.

A mi novia Xiomi Soto Miranda, por su ayuda y apoyo en este recorrido de la tesis.

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento en todo momento a Dios por darme fuerzas para seguir adelante ante las adversidades.

A la universidad San Pedro, por la gran plana docente que nos inculcaron sus valores, responsabilidad, conocimientos y amor por nuestra carrera. Fueron una parte vital en nuestra formación.

Y, por último, pero no menos importante a mi asesor, Dr. Saldaña Castillo Javier Arturo, y al Dr. Sánchez Chávez Arroyo Vladimir, por todos los buenos consejos, por tenerme paciencia y dedicación en todo momento, son grandes personas tanto en el ámbito profesional, como humano.

Título

**“Prevalencia e indicaciones de cesárea en gestantes atendidas
en el Hospital La Caleta-Chimbote, 2019”**

IV

RESUMEN

El objetivo principal de este estudio fue el Determinar la prevalencia e indicaciones de cesárea en el Hospital La Caleta-Chimbote, 2019. Se realizó un estudio de investigación de enfoque cuantitativo, diseño observacional de tipo retrospectivo y descriptivo en una población conformada por 279 pacientes sometidas a cesárea, en quienes se indagó a través de sus historias clínicas la presencia de aspectos sociodemográficos y clínicos. Dicha información fue organizada por medio de una ficha de recolección de datos. El análisis de los datos se realizó con apoyo del programa SPSS versión 23. Al analizar las 279 historias clínicas, se concluyó que: la prevalencia de cesárea fue de 58,4%. Entre las principales indicaciones de cesárea tenemos: preeclampsia, con el 38,7%, seguidas de esta la distocia de presentación podálico, con un 19,7%, y en tercer lugar sufrimiento Fetal, con un 18,6%. El grupo etario más frecuente fue el de edad materna intermedia (de 19 a 34 años) con un 77,1%. Además la edad gestacional más frecuente fue el intervalo de 37 semanas – 41 semanas con un 87,5%. También se evidencio que un 82,1% fueron gestantes con más de una gestación. Por ultimo hubo un mayor número de cesáreas por emergencia el cual representó el 66,7%.

Palabras clave: Cesárea, prevalencia, edad gestacional.

ABSTRAC

The main objective of this study was to determine the prevalence and indications of caesarean section at La Caleta-Chimbote Hospital, 2019. A quantitative approach research study, retrospective and descriptive observational design was conducted in a population made up of 279 patients submitted to caesarean section, in whom the presence of sociodemographic and clinical aspects was investigated through their medical records. This information was organized through a data collection form. The data analysis was performed with the support of the SPSS version 23 program. When analyzing the 279 medical records, it was concluded that: the prevalence of caesarean section was 58.4%. Among the main indications for caesarean section we have: preeclampsia, with 38.7%, followed by this podtal presentation dystocia, with 19.7%, and thirdly Fetal suffering, with 18.6%. The most frequent age group was the intermediate maternal age group (from 19 to 34 years old) with 77.1%. In addition the most frequent gestational age was the interval of 37 weeks - 41 weeks with 87.5%. It was also shown that 82.1% were pregnant women with more than one pregnancy. Finally there was a greater number of caesarean sections for emergency which represented 66.7%.

Keywords: Caesarean section, prevalence, gestational age.

ÍNDICE

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	8
1.2. MARCO REFERENCIAL	11
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.4. PROBLEMA	21
1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES	21
1.6. OBJETIVOS	23
1.6.1. Objetivo general	23
1.6.2. Objetivos específicos	23
II. METODOLOGÍA DEL TRABAJO	24
1.7. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	24
1.8. POBLACIÓN Y MUESTRA	24
2.2.1. Población	24
2.2.2. Muestra	25
2.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	26
2.2. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	26
III. RESULTADOS	27
IV. DISCUSIÓN	31
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
5.1. CONCLUSIONES	33
5.2. RECOMENDACIONES	34
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
VII. APÉNDICE Y ANEXOS	38

I. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Uno de los estudios hechos en Perú resalta el realizado por Gladys Patiño que lleva por nombre: “Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes, 2011”. Donde contrasto una población de estudio de un hospital del estado (MINSA) Y un hospital de EsSalud. En el hospital estatal halló que la incidencia de cesárea se encontraba entre 35 % al 49 % durante 2006-2009, en cambio, en el hospital de EsSalud halló una prevalencia del 46 % en 2010. Las indicaciones con mayor incidencia de cesárea en el hospital estatal fue el antecedente obstétrico de una cesárea anterior (20 %) y enfermedad hipertensiva del embarazo (13, 3%). Por otro lado, en EsSalud resultó la presentación alta (20%) y cesareada anterior (10 %). (Patiño, 2012).

El trabajo hecho a cargo de Carpio Barón: “Operación cesárea: Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud, Chiclayo durante el periodo enero-diciembre 2014”, concluyó que en el hospital descrito la prevalencia de cesárea fue de 27,7%; y a su vez las indicaciones con mayor incidencia fueron: Cesárea anterior (23,4%), presentación podálica (22,7%), desproporción céfalo-pélvica (21,4%). (Carpio, 2015).

El estudio realizado por Gálvez Liñán E. Lima 2014: “Tasa de incidencia de cesárea en el hospital San José del callao, enero-diciembre 2013”, indica que en el hospital de estudio la prevalencia de cesárea en 2013 fue de 42 %, donde un 18% de cesáreas fueron indicación de emergencia y el resto electivas. A su vez se concluyó que las indicaciones más frecuentes fueron la desproporción céfalo- 7 pélvica y enfermedad hipertensiva del embarazo 9%, feto macrosómico con un 12%, pérdida del bienestar fetal y alteraciones de la placenta 7% (Gálvez, 2014).

Un trabajo de gran importancia fue el realizado por Bustamante-Núñez J.: “Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010 – 2011” en donde se identificó que la prevalencia de cesáreas en el hospital de estudio fue de 33.6%, siendo considerada una alta tasa; a su vez se identificó que la indicación más frecuente fue cesárea anterior. (Núñez, 2014).

En el estudio realizado por Albornoz Aliaga: “Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010-2012” se concluyó que la prevalencia de cesáreas en dicha población de estudio en 2010 fue de 44.6%, en el 2011 42.5% y en el 2012 fue de 38.8%. Identificó también que la causa principal de cesárea fue el Sufrimiento Fetal Agudo con un 9,6% y el porcentaje mayor del tipo de indicación de cesáreas fue de tipo emergencia con un 71,9%. (Albornoz, 2013).

Por otro lado, Abad Pedro, cuyo trabajo lleva por nombre “Cesárea en adolescentes del Hospital Hipólito Unanue. Lima, Perú. 2015”. Halló que cerca de un 20% de las gestaciones fueron adolescentes y de las misma un 17,9% fueron intervenidas mediante cesárea para el culmino de su gestación, también identificó a la desproporción cefalopélvica y la distocia de presentación como causas principales de cesárea. (Abad, 2015),

En el Perú, según la revista Investigación Perinatal y Materna 2016, publicó basándose en las cifras obtenidas por la Dirección de EMS, la mortalidad materna disminuyó en 20 años, de 769 muertes en 1997 a 325 en 2016, lo que indica una disminución del 42%; por otro lado, la razón de mortalidad materna pasó entre 1990-1996, de 265 muertes maternas x 100,00 nacidos vivos, al 2015, a 68 x 100,000 nacidos vivos, lo que indica una disminución del 75%. En el 2016 se produjeron 325 muertes maternas, siendo de gran significancia, al obtener un número menor de muertes maternas en los últimos 20 años. (OMS, 2015). Complementando este hallazgo, la cifra de muertes maternas que corresponden al departamento de anchas fue de 14 en dicho año. (INH, 2012). Este hallazgo es importante para la mejora de la salud en las madres durante todas las etapas de la gestación desde la fecundación hasta los cuidados post parto, a su vez nos da indicios de que nuestro país está trabajando una reforma de salud que nace de los derechos humanos y promueve la defensa de los mismos.

El estudio realizado por MacDorman y Menacker F: “Cesarean birth in the United States: Epidemiology, Trends and Outcomes - 2015”, concluye que la prevalencia de las cesáreas en USA aumentó de 20,7% en 2000 a 31,1% en el 2013, principalmente en mujeres sin ningún riesgo obstétrico y se les indicó cesáreas de tipo electivas. De acuerdo a este estudio existen otros que identifican que existe mayor probabilidad de muerte fetal y materna en cesárea en comparación al parto vaginal. (MacDorman, 2015).

Un estudio que resalta fue el Estrada-Aguilar CG et al: “Incidencia de cesáreas en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Zacapu, Mexico-2010”, donde encontró que la prevalencia de cesáreas en dicha población de estudio fue del 70%, y las indicaciones más frecuentes fueron cesárea iterativa (27,8%), DCP (25,6%) y sufrimiento fetal (14,4%). (Estrada, 2012).

Por otro lado, en Sudamérica nos encontramos con el estudio realizado por Medina Pinto Sofia: “Incidencia e indicaciones de cesárea en el Servicio de Tocoginecología del Hospital Dr. José R. Vidal., Argentina - 2016”. Halló que la prevalencia de cesárea fue del 32%, y las principales indicaciones: cesárea anterior 30,9%, sufrimiento fetal agudo 16%, trabajo de parto prolongado 9%, distocia de presentación 9% (Pinto, 2016).

Julián Librero en su trabajo: “Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes”. Estudio realizado en hospitales del estado, se estratificó a la población de estudio en grupos de riesgo bajo y alto; donde el primer grupo obtuvo un 11,9%, correspondiente al porcentaje de cesáreas, también, se identificó que la incidencia total fue de 24,4%. (Librero, 2014).

En el estudio de Villaverde Royo: “Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud, Zaragoza- España, 2014” se determinó que un 22,7%, correspondiente a las gestantes que fueron intervenidas por cesárea, de ese hallazgo, un 18,9% era del grupo de féminas de bajo riesgo y un 15,2% corresponde a las cesáreas primarias. (Villaverde, 2014).

Un importante estudio fue el realizado por Astudillo Jarrín y Guillén Sarmiento: “Prevalencia de parto por cesárea e identificación de su etiología en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. Período 2013”. Donde se concluyó que la prevalencia de cesárea fue de 61,6%, cifra que se encuentra sobrepasando los parámetros dados por la Organización Mundial de la Salud. Población de estudio se encontraba entre 20 a 30 años de edad y también se identificó que la indicación principal fue la de cesárea anterior (32,2%). (Astudillo, 2013).

Varas J, Ana M, Patricio G con su estudio: “Indicación de operación cesárea: desafío para los servicio de Obstetricia y Ginecología-Chile ,2015”. Se determinó que entre 2007 - 2014 en la población de estudio, el porcentaje de incidencia de la indicación de cesárea fluctuaba entre los valores de 29% y 32%. (Varas, 2015).

Por otro lado Hernández Gómez y Salazar Romano: “Caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes con operación cesárea, Guatemala -2014”. Encontró que los caracteres epidemiológicos de la población de estudio fueron: población en el grupo etario de 20 - 24 años, representando pobre nivel educativo, con controles prenatales por debajo del mínimo, con cesárea anterior, lo cual se relaciona con el alto índice de prevalencia de indicación cesárea en dicha población. (Hernández, 2014).

Morena SM cuyo estudio denominado: “Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica, 2013”. Donde la población de estudio fueron 24 hospitales, identificó que el 19,4% corresponde a la prevalencia de cesárea y también determinó que la mitad de los Hospitales que pertenecen al estudio obtuvieron un porcentaje mayor al establecido por la OMS. (Morena, 2013).

1.2.Prevalencia de Cesárea

1.2.1. Prevalencia:

Se define como una parte de individuos de una población que poseen una alteración en la salud, en un tiempo específico, sin poder adelantarse a su manera de desarrollo, mejor dicho, evaluar su comportamiento futuro en la salud de la población de estudio. También mide la frecuencia y en otras bibliografías de denominado como tasa.

Es la frecuencia con la que se presenta un evento existente y puede ser puntual, de periodo o acumulada (Szklo & Nieto, 2003).

1.2.2. Cesárea:

1.2.2.1. Definición

Definida como el término de la gestación mediante un procedimiento quirúrgico, que consiste en la apertura, mediante técnicas médico-quirúrgicas, del útero.

1.3.2.2. Clasificación

a) Según Antecedentes Obstétricos de la gestante:

- Primaria: Primera vez que se realiza
- Previa: cuando la gestante posee una intervención anterior.
- Iterativa: cuando la gestante posee más de una intervención anterior.

b) Según Tipo de indicación Médica:

- Electiva o Programada: Es la cesárea indicada en pacientes que no pueden esperar a empezar trabajo de parto por poseer algún riesgo obstétrico que atente contra la integridad de la madre y el neonato.
- Emergencia: Cesárea de emergencia: cesárea indicada en gestantes que poseen algún riesgo obstétrico de manera súbita o agudo, que pone en riesgo la integridad del neonato o de la madre. En este apartado podemos diferenciar dos tipos:
 - Absolutas: DCP, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, prolapso de cordón, distocia de presentación, pérdida de bienestar fetal.
 - Relativas: trastornos hipertensivos del embarazo, trastornos durante el trabajo de parto, rotación del feto, parto prolongado por falta de dilatación, inducción fallida.

1.3.2.3. Indicaciones

El parto por cesárea en sus inicios solo era indicado cuando se necesitaba trabajar por separado tanto a la madre como el neonato, con el supuesto fundamentado en proteger la vida del feto prioritariamente. En la actualidad, la indicación va de la mano a factores que predisponen un potencial riesgo que atente contra el bienestar materno-fetal y que imposibilite un parto por vía vaginal. La bibliografía respalda que la mayor causa de indicación de cesárea es una cesárea anterior, distocia de presentación y pérdida de bienestar fetal en ese orden correspondiente. A continuación se presentan la clasificación según su causa:

a) Materna:

- Distocia de partes óseas (DCP): Estrechez pélvica. Pelvis asimétrica o deformada. Tumores óseos de la pelvis.
- Distocia de partes blandas: Malformaciones congénitas. Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto. Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas. Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.
- Distocia de la contracción. Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta) nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus.

b) Fetales

- Macrosomía Fetal
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso de cordón umbilical
- Cesárea post mortem
- Sufrimiento fetal agudo
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto

c) Mixtas:

- Preeclampsia / Eclampsia
- Síndrome de desproporción cefalopélvica

- Embarazo múltiple
- Isoinmunización materno-fetal
- Infección amniótica

d) Causas Ovulares:

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- Polihidramnios Severo
- Placentas Previas oclusivas parciales.
- Prolapso de cordón con feto vivo
- RPM con infección ovular.
- Oligohidramnios severo

1.3.2.4. Contraindicaciones

No existen muchas contraindicaciones que impidan la realización o indicación de una cesárea, en la mayoría de los casos, se considera alguna anomalía sistémica en la madre para no llevar a cabo una cesárea, como por ejemplo la anemia severa o moderada, puesto que la realización de esta intervención conlleva a una pérdida sustancial de sangre, sumado a un déficit previo, pondría en riesgo la salud materna, aumentando el riesgo de una complicación post cesárea. Alguna malformación congénita como por ejemplo trisomía 13, que puede conllevar a la muerte del neonato al tratar de finalizar el embarazo mediante esta técnica quirúrgica.

1.3.2.5. Cesárea a solicitud de la madre

En la actualidad, la madre puede escoger el camino de culminar su gestación mediante cesárea por voluntad propia, pero este concepto o “derecho” se encuentra en debate a nivel mundial.

En el 2013, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, el Comité de Practica Obstétrica e institutos nacionales de Salud, concluyeron que no existe bibliografía o evidencia suficiente que fundamente los beneficios de un parto por cesárea en comparación de uno por vía vaginal.

Concluyeron también que cuando haya evidencia de algún riesgo obstétrico que atente contra el bienestar materno-fetal que haga necesario finalizar la gestación mediante

cesárea, se realice, por otro lado, todos los demás casos, la recomendación es el parto por vía vaginal. Designaron parámetros que encuadren este nuevo concepto, tales como; gestación mayor de 39 semanas y verificar madurez pulmonar fetal, para reducir el riesgo de alguna patología respiratoria.

1.3.2.6. Técnica de operación cesárea

La paciente debe ser colocada en decúbito supino, lateralizando el cuerpo levemente hacia el lado izquierdo, con el objetivo de encontrar y manipular de mejor manera la cavidad uterina, y permitir también, un retorno venoso adecuado.

a) Laparotomía de Pfannenstiel:

En un primer momento realizamos una incisión transversal de 10 a 12 cm, justo por encima del pubis, con la misma técnica se procede a disecar los siguientes dos planos: hipodermis y aponeurosis, al momento de llegar al plano muscular, se procede a identificar la línea media, separándola y vigilando el sangrado, de presentarse sangrado, asegurar una adecuada hemostasia. A continuación, se procede a separar los músculos rectos en sentido vertical, para poder reconocer el peritoneo parietal, y se continúa hasta llegar a cavidad peritoneal, con la finalidad de reconocer el segmento uterino.

b) Histerotomía:

Se define como la incisión que se realiza en el útero, existen diferentes cortes que se pueden realizar dependiendo de la situación en la que se encuentre, la más usada es la transversal baja, puesto que posee un gran beneficio al reducir el sangrado y reduce también el riesgo de una posible ruptura uterina en las gestaciones siguientes.

Nos encontramos frente al segmento uterino, cuya característica es que es de menor grosor, y presenta una adherencia laxa que lo une peritoneo visceral, se apertura de manera transversal y se continua hasta encontrar la vejiga.

Se secciona la cavidad uterina de manera transversal para no realizar alguna injuria sobre el paquete vascular perteneciente al ligamento ancho, se

secciona el amnios, y se prosigue a extraer al feto, cuyas maniobras o métodos de extracción dependerán del tipo de presentación del feto, lo que puede aumentar la complejidad del procedimiento,

No existe bibliografía que sobre pase los beneficios de un parto espontáneo, que un alumbramiento dirigido manualmente, luego de extraer al feto, se retira el tejido placentario, se procede a realizar una revisión manual y con instrumento de quirúrgico la cavidad, para eliminar todo riesgo de retención de restos.

Al finalizar por protocolo se realiza la administración de oxitocina, en la mayoría de los casos, o algún fármaco parecido, para evitar la hipotonía uterina, que pueda conllevar a un sangrado excesivo y una posible complicación materna.

c) Histerorrafia:

Se denomina así a la técnica de cierre del útero, ya sea en uno o dos planos, o en su mayoría, una sutura continua, o discontinua invaginante.

Para la sutura mayormente se utiliza catgut crómico, pero también se puede utilizar vycril, existe bibliografía que refiere que las pacientes en quienes se usó catgut crómico, se redujo el riesgo de transfusión sanguínea debido al escaso sangrado post quirúrgico. Pero los mismos autores concluyen también que no es un hallazgo significativo.

El siguiente paso es el cierre del peritoneo visceral, el cual se puede realizar pero también no, de realizarse se puede realizar una sutura continua o discontinua, pero siempre con material reabsorbible.

Se procede con la revisión de la hemostasia, minuciosamente para evitar dejar un vasito sangrando que complique el procedimiento una vez cerrada cavidad, de igual manera se revisan los anexos, se procede al conteo de gases y material quirúrgico, para finalizar con un lavado de cavidad con agua estéril.

Continuando con el peritoneo parietal, se realiza una sutura continua con hilo reabsorbible, afrontándolo junto al musculo recto del abdomen. La aponeurosis, debe cerrarse con vyvрил u otro hilo reabsorbible, puesto que es

un tejido sumamente delicado, y cabe la posibilidad de sangrado de arterias que lo atraviesan.

Revisamos hemostasia por segunda vez en el cierre, y se procede al cierre del tejido celular subcutáneo con una sutura discontinua y también con material reabsorbible, puesto que la cavidad no se volverá aperturarse.

Para finalizar llegamos a la piel, la bibliografía actual recomienda una sutura subdérmica con material reabsorbible, en caso contrario deben retirarse los puntos de sutura en 7 a 10 días pasada la operación.

1.3.2.7. Tasa de Cesárea vs Complicaciones

La mortalidad y morbilidad materna, aumenta casi al doble en porcentaje de riesgo al realizarse una cesárea en comparación de parto vaginal, y esto a consecuencia de las complicaciones que conlleva la misma intervención quirúrgica como tal.

Según datos de la OMS, la tasa de moratalidad materna va desde 6 a 22 muertes por cada 100 000 neonato, donde el 30%-50% de fallecimientos se le atribuye directamente a la intervención quirúrgica-

Una sección grande de este índice, son atribuibles, a las condiciones en donde se llevó a cabo el procedimiento, y también a la causa de indicación por la que se decidió terminar la gestación por cesárea.

La Organización mundial de salud, mediante dos estudios realizados, en poblaciones determinadas, buscaban identificar la tasa ideal de cesárea, comparando los resultados obtenidos en un análisis mundial con una base de datos actual, gracias a este trabajo, determinó:

1. La eficacia de la cesárea para proteger el bienestar materno-fetal, está demostrada solo cuando su indicación es necesaria, bajo criterio médico.
2. Tasas superiores al 10% no guardan relación con una disminución de la mortalidad materna.

3. esta intervención quirúrgica está sujeta a complicaciones propias del procedimiento, complicaciones incapacitantes parciales o permanentes, y este riesgo aumenta cuando no se realiza en centros que cuenten con las instalaciones e instrumentos necesarios y seguros para evitar esas complicaciones.

4. Se debe realizar cesáreas a todas las gestantes que lo necesiten, aun si no se guarda relación con la tasa recomendada.

5. no se poseen todos los datos necesarios para determinar una relación entre la cesárea y otros parámetros de la salud materna y perinatal, es necesario realizar estudios e investigaciones para entender los efectos sanitarios de la cesárea sobre resultados en el tiempo.

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio tiene como base de partida la significancia de la cesárea como un determinante de la salud en todos sus aspectos actualmente, de la mano siempre de sus probables consecuencias en el bienestar tanto de la gestante como del recién nacido.

Tanto las instituciones como los profesionales que trabajan para y por la salud a nivel mundial consideran que el porcentaje de cesárea debe encontrarse entre el 10% y el 15%. En el transcurso del tiempo, las cesáreas se han vuelto más considerables tanto en países de primer mundo como en los que se encuentran en vías de desarrollo. La cesárea, con indicación fundamentada, partiendo del criterio médico, es eficaz para evitar la mortalidad materna y fetal. Pero, no existe bibliografía que respalde o relacione un beneficio en las mujeres con parto por cesárea, o para los neonatos. Como toda intervención quirúrgica, la cesárea, conlleva a múltiples complicaciones de corto, mediano y largo plazo, algunas de ellas pueden mantenerse en el tiempo y afectar de alguna u otra manera la salud de la madre, y del neonato, o cualquier gestación futura. Estas complicaciones aumentan aún más en mujeres con poco o ningún acceso inmediato a una atención obstétrica.

En nuestro país, no existe suficiente evidencia que respalde el incremento de la prevalencia de cesáreas, en frecuencia, en desinformación y menos control en centros Locales y Regionales. El ministerio de Salud, identificó, que, en 2015, los partos realizados en hospitales llegaron al valor de 89.2% en todo el país lo cual corresponde una cifra significativa, y con una fluctuación alta cuando se comparan poblaciones urbanizadas de las rurales, de la misma manera la prevalencia de cesárea presenta la misma cifra de aumento. Sumado a esto, el ámbito privado, tanto clínicas como instituciones, también poseen un incremento en prevalencia de cesáreas desde 1999-2002 con un 28,6% a un significativo 48,6% entre 2008 y 2011.

Durante la intervención de una cesárea, se realizan técnicas y métodos quirúrgicos que aumentan el número de días de recuperación post parto en la madre, por otro lado, la cesárea incrementa la posibilidad de que el neonato sufra alguna complicación como consecuencia de la intervención quirúrgica.

Concluyendo, el abordaje de este estudio tiene significancia, puesto que, de acuerdo a los resultados hallados obtendremos conocimientos, que nos brindara un panorama de la situación actual de la prevalencia de cesáreas en la población de estudio y de esta forma brindar recomendaciones que pueden contribuir a disminuir la problemática expuesta.

Por los antecedentes antes mencionados se considera importante la presente investigación científica – tecnológica.

1.4. PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia e indicaciones de cesárea en gestantes atendidas en el hospital La Caleta-Chimbote, 2019?

1.5.HIPÓTESIS Y VARIABLES

Debido a la naturaleza de este estudio la hipótesis es implícita.

1.5.1. Variables

1.5.1.1. Variable Independiente: Indicación de Cesárea

➤ **Definición conceptual**

Causas que conllevaron a la intervención Quirúrgica Cesárea.

➤ **Definición operacional**

Definición según lo indicado en la historia clínica

➤ **Dimensiones**

- Causas de la Indicación de Cesárea
- Tipo de Indicación

1.5.1.2. Variable Dependiente: Gestación

➤ **Definición conceptual**

La Organización Mundial de Salud lo describe como el tiempo durante el cual el feto se desarrolla en el útero de la mujer.

➤ **Definición operacional**

Definición según lo indicado en la historia clínica

➤ **Dimensiones**

- Edad materna: En Años
- Edad Gestacional: en semanas <37ss / 37ss – 41ss / >42ss
- Numero de gestación: Primigesta, Segundigesta, Tercigesta, Multigesta.
- Cesárea anterior: Si / No

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Conceptualización de Variables	Dimensión	Indicador	Ítems
VI: INDICACIÓN DE CESAREA	Causas que conllevaron a la intervención Quirúrgica Cesárea.	Causa	<ul style="list-style-type: none"> ○ Antecedente de cesarea ○ SF ○ preclampsia ○ PP ○ DPP ○ Otros: 	SI/NO
		Tipo	Indicación Medica	Programada Emergencia
VD: GESTACION	La Organización Mundial de Salud lo describe como el tiempo durante el cual el feto se desarrolla en el útero de la mujer.	Edad materna	En años	
		Edad Gestacional	Semanas	< 37 ss 37 ss – 41 ss > 42 ss
		Numero de gestación	Por Número de Gestación	Primigesta Segundigesta Tercigesta Multigesta
		Cesarea anterior	Número de cesáreas	SI / NO

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. **Objetivo General**

- Determinar la prevalencia e indicaciones de cesárea en el Hospital La Caleta-Chimbote, 2019

1.6.2. **Objetivos Específicos**

- Identificar la prevalencia de cesárea en el Hospital La Caleta, 2019.
- Determinar el intervalo de edad más predominante en gestantes que fueron sometidas a cesárea en el Hospital La Caleta, 2019
- Identificar la edad gestacional más predominante de las gestantes que fueron sometidas a cesárea en el Hospital La Caleta, 2019.
- Determinar el número de gestación en la cual se realizó la indicación de cesárea en el Hospital La Caleta, 2019.
- Identificar el tipo más frecuente según la indicación médica en gestantes que fueron sometidas a cesárea en el Hospital La Caleta, 2019.
- Determinar las causas más predominantes que desencadenaron la indicación de cesárea en el Hospital La Caleta, 2019.

II. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

1.7. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es de tipo Cuantitativo, puesto que existe magnitudes numéricas entre las variables, es decir los datos son cuantificables; es observacional porque el investigador no manipula las variables; por su objetivo y técnica de contrastación es descriptivo ya que no se busca relacionar las variables; y es **retrospectivo** porque es un estudio que se analiza en el presente, pero con datos de un periodo de tiempo pasado.

1.8. POBLACIÓN Y MUESTRA

1.8.1. Población

La población de estudio son todas las historias clínicas de las gestantes que culminaron su embarazo por medio de una cesárea en las instalaciones del Hospital La Caleta de Chimbote durante el 2019, Está conformado, según los datos de estadística, por 1013 gestantes.

➤ **Criterio de Inclusión:**

- Historias clínicas de las gestantes a quienes se les realizó una cesárea en el Hospital La Caleta de Chimbote durante el 2019.

➤ **Criterio de Exclusión:**

- Serán excluidas de este estudio aquellas historias clínicas que contengan: Registro incompleto o ilegible de los datos en el libro de registros del área de Ginecobstetricia.
- Diagnóstico principal de indicación de cesárea no precisada en el libro de registro del área de Ginecobstetricia.
- Indicaciones de cesárea que no guarden concordancia entre el diagnostico pre y post quirúrgico.

1.8.2. Muestra

Tiene las mismas características que la población, diferenciándose solo en su tamaño ya que este se obtiene por fórmula probabilística.

Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se usa la fórmula probabilística para población finita (Rendón-Macías & Villasis-Keever, 2017).

$$n = \frac{Z^2_{\alpha} \cdot N \cdot P \cdot Q}{N \cdot e^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Donde:

- "n", es el tamaño de muestra.
- "Z α 2", es el coeficiente del nivel de confianza al 95%, su valor es de 1,96.
- "N", es la población de mujeres que culminaron su gestación mediante una cesárea en las instalaciones del Hospital La Caleta de Chimbote durante el 2019 la que corresponde a un total de 1013.
- "P", es la probabilidad de interés, se asigna un valor de 0,5 debido a que nos permite obtener el mayor tamaño de muestra calculado.
- "Q", es el valor de 1-P.
- "e", es el error de estimación, que en este caso corresponde a un 0,05.
- Calculando los datos se tiene:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 1013 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{1013 \cdot 0,05^2 + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = 278,53$$

El tamaño de muestra queda redondeado a 279 mujeres que finalizaron su gestación mediante una cesárea en las instalaciones del Hospital La Caleta de Chimbote durante el 2019.

Unidad de análisis

Estuvo conformada por cada gestante que culminó su embarazo por medio de una cesárea en las instalaciones del Hospital La Caleta de Chimbote durante el 2019 y la unidad de muestreo fue la historia clínica de la gestante.

1.8.3. Técnicas e instrumentos de investigación

Se elaboró un instrumento de obtención de datos (Anexo 1), el cual funcionó como herramienta de recolección de la información obtenida del libro de registro de partos del servicio de Gineco-obstetricia, los datos fueron chequeados meticulosamente previo a ser ingresados a la ficha de obtención de datos, para eliminar errores de claridad con relación a la fuente de información, se elaboró una base de datos con ayuda del programa Excel en formato *.csv separado por comas.

1.8.4. Procesamiento y análisis de la información

Serán procesados utilizando el programa Microsoft Excel 2010, SPSS v.23.y estadística descriptiva, utilizando tablas o graficos pertinentes según tipo de variable para la representación gráfica de los indicadores antes descritos. Para la prevalencia se utilizo la población total de partos para la aplicación de la formula estadistica de prevalencia.

III. RESULTADOS

Tabla 1.

Estructuración de la población total de gestantes según tipo de parto. Hospital La Caleta – Chimbote 2019.

	N	%
Parto Vía Vaginal	725	41,6
Parto Por Cesárea	1013	58,4
Total	1738	100,0

En la población de estudio la prevalencia de intervención cesárea fue de 58,4% (I.C. 95% 52,1% - 64,2%).

Tabla 2.

Estructuración de la población de estudio según grupo etario. Hospital La Caleta – Chimbote, 2019.

	N	%
Menor igual a 18	33	11,8
19 años - 34 años	215	77,1
mayor igual a 35	31	11,1
Total	279	100,0

El grupo etario de mayor frecuencia fue de 19 años – 34 años con el 77,1%. Y el grupo etario de menor frecuencia fue mayor igual a 35 años con 31 casos que representan el 11.1%.

Tabla 3.

Estructuración de la población de estudio según semanas de gestación. Hospital La Caleta Chimbote, 2019

	N	%
Menor de 37 ss.	25	9,0
37 ss. - 41 ss.	244	87,5
42 ss. a más	10	3,6
Total	279	100,0

La edad gestacional de mayor frecuencia fue el intervalo de 37 semanas – 41 semanas con 244 pacientes, que representa el 87,5%, y la edad gestacional de menor frecuencia es de mayor de 42 semanas con un 3,6%.

Tabla 4.

Estructuración de la población de estudio de acuerdo al Número de gestación. Hospital La Caleta – Chimbote, 2019.

	N	%
Primigesta	50	17,9
Segundigesta	162	58,1
Tercigesta	56	20,1
Multigesta	11	3,9
Total	279	100,0

En el 82,1% de las pacientes presentaron más de una gestación, mientras que el 17,9% fue Primigesta.

Tabla 5.

Estructuración de grupo de estudio de acuerdo Tipo de Indicación Médica. Hospital La Caleta – Chimbote, 2019.

	N	%
Programada	94	33,7
Emergencia	185	66,3
Total	279	100,0

En las gestantes intervenidas por cesárea, el 66,7% de los casos la cirugía fue realizada por indicación de emergencia, y el 33,7% fue de tipo programada.

Tabla 6.

Estructuración de la población de estudio de acuerdo a la Causa de Indicación Médica de Cesárea. Hospital La Caleta - Chimbote, 2019.

	N	%
Cesárea Anterior	13	4,7
Sufrimiento Fetal	52	18,6
Podálico	55	19,7
DPP	17	6,1
Preeclampsia	108	38,7
DCP	12	4,3
Otros	22	7,9
Total	279	100,0

La principal causa de indicación para realizar cesárea en la población de estudio fue Preeclampsia, con el 38,7%, seguidas de esta la distocia de presentación podálico, con un 19,7%, y en tercer lugar sufrimiento Fetal, con un 18,6%.

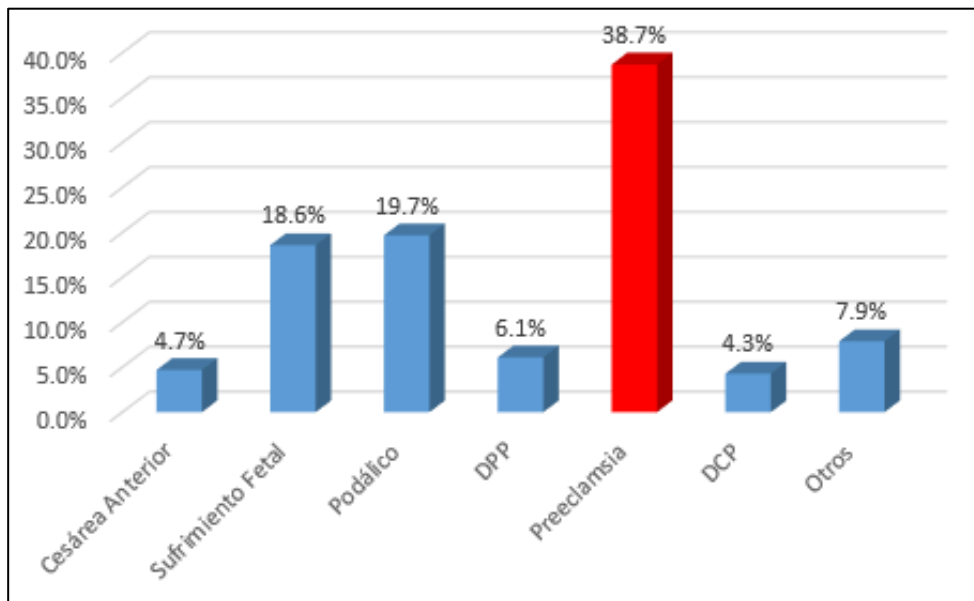


Figura 1.

Distribución de la población de estudio según Causa de Indicación Médica de Cesárea. Hospital La Caleta - Chimbote, 2019.

IV. DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación se estudiaron 279 historias clínicas de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital La Caleta - Chimbote, 2019. La prevalencia de cesáreas resultante en este estudio fue de 58,4% (Tabla 1), este resultado sobrepasa a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, cuya recomendación es que la tasa de cesárea fluctúe entre 10% y 15% como máximo, ya que al hablar de una intervención quirúrgica, solo debe ser indicada en caso de necesidad, como salvaguardar la vida de la gestante y del neonato, sumado a esto no existe registro que respalde que una prevalencia mayor al 10% reduzca la mortalidad materna o neonatal (OMS, 2015). Por otro lado el resultado encontrado se relaciona al que obtuvo Gladys Patiño en su estudio aplicado en 14 hospitales de ESSALUD con 58,76% y Ministerio de Salud con 49,52% en el año 2012. Estos resultados son alarmantes no solo para la población estudiada sino para la salud pública del país, puesto que existe bibliografía que concluye que la cesárea actúa como un modificador ambiental y genético del neonato, lo que da lugar a cambios en el origen de las enfermedades, cada vez en tasas más altas en niños y adolescentes, como síndromes metabólicos, inmunológicos y trastornos del neurodesarrollo. El fundamento de lo expuesto se explica que al realizarse una cesárea se produce un primer contacto con la flora cutánea y hospitalaria, y no con la flora vaginal materna, lo que ocasiona un cambio en la flora intestinal del recién nacido. De acuerdo a la estructuración según la edad materna resultó el de mayor frecuencia al intervalo de 19 – 34 años, este equivale al 77.1%, similar al resultado obtenido por Edgar Gálvez (2014) en su estudio llevado a cabo en el Hospital San José del Callao, donde el 74% de las gestantes sometidas a cesáreas se encontraban entre 20-34 años. También encontramos similitud a los resultados obtenidos por Walter Carpio (2015) en el Hospital Naylamp de EsSalud Chiclayo, con una edad media de 29,79. Este panorama es significativo puesto que la edad materna juega un papel importante en la génesis de alguna complicación durante la gestación, tanto en madres adolescentes como en madres de edad avanzada, que podrían conllevar a la finalización de la misma. De acuerdo a la edad gestacional se obtuvo que el 87,5% de las mujeres fluctuaban entre 37 semanas – 41 semanas (Tabla 3); congruente con lo hallado por Gálvez Liñan, el 81,3% de su población de estudio poseían una edad gestacional de 37 a 40 semanas, a su vez Carpio obtuvo que el 90,9% de su población eran gestantes que se encontraban pasando las 37 semanas. De acuerdo al número de gestación, la población con mayor

tasa de frecuencia fue el de las Segundigestas con 58,1%, inmediatamente después el de tercigesta con un 20,1%, las primigesta con 17,9% y al final el 3,9% de las multigestas (Tabla 4). Estos porcentajes se difieren con el grupo predominante a lo obtenido por Astudillo Jarrín en su trabajo de investigación en Ecuador en el 2013 donde concluyó que la población con mayor tasa de frecuencia de su estudio fueron las primigestas con un 47,8%. Según con las indicaciones de cesáreas, tenemos en primer fue preeclamsia, con el 38,7%, seguidas de esta la distocia de presentación podálico, con un 19,7%, y en tercer lugar sufrimiento Fetal, con un 18,6%. (Tabla 6). Congruente con lo obtenido por Gálvez Liñán donde aparece el sufrimiento fetal, que representó el 7% y en este trabajo obtuvo un 18,6% correspondiente a esta indicación; por otro lado, en el trabajo de Albornoz Aliaga realizado el 2013 en Lima, encontramos a la distocia de presentación como indicación de cesárea alcanzando un valor de 4,1% cuyo resultado es inferior al encontrado en este estudio. De la misma forma, en el mismo estudio se identificó que el 9% correspondía a DCP, valor que se encuentra por encima de lo obtenido en este estudio donde la indicación de DCP representa el 4,3%. De acuerdo al tipo de cesárea, se obtuvo que un 33,7% culminó su gestación mediante una cesárea electiva, y al 66,3% de las gestantes se les realizó cesárea de emergencia. Resultados parecidos se encontró en el trabajo de Daira Patiño (2012) en el Hospital José Carrasco Arteaga en donde el 35,13% fue cesárea electiva y el 64,87% fue de emergencia; diferente a los valores encontrados por Edgar Gálvez (2014) en el cual la cesárea electiva obtuvo un 56,8% y la de emergencia un 43,2%.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Se concluye por el estudio que la prevalencia de cesáreas fue 58,4%
2. El grupo etario predominante en gestantes que fueron sometidas, fue el intervalo de edad de 19 a 34 años con un 77,1%, cuya significancia radica en que en este grupo etario son menos frecuentes las complicaciones.
3. La edad gestacional predominante de recién nacidos fue el intervalo de 37 semanas a 41 semanas con un 87.5%, Este resultado es significativo debido a que esta edad gestacional es la correcta para la realización de una cesárea.
4. El grupo predominante de gestantes sometidas a cesárea en este estudio fue el grupo de Segundigesta con un 58,1%.
5. La mayoría de cesáreas realizadas, fueron de emergencia que representó el 66.3%.
6. Las indicaciones más frecuentes de Cesárea fueron: preeclampsia, con el 38,7%, seguidas de esta la distocia de presentación podálico, con un 19,7%, y en tercer lugar sufrimiento Fetal, con un 18,6%.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda en el Hospital La Caleta - Chimbote la estructuralización de un jurado fiscalizador de cesáreas puesto que sumaría a controlar la tasa de cesáreas dentro del hospital; a su vez velar por el cumplimiento de criterios y la correcta realización de las guías de manejo institucional.
- Preparar y capacitar al personal de salud sobre las ventajas y sobre todo desventajas de realizar una cesárea, para promover el parto por vía vaginal e informar de una manera correcta a las pacientes.
- Promover la vigilancia prenatal y así asegurar la concientización de las gestantes sobre los beneficios de un parto vaginal tanto para adolescentes gestantes y madres añosas.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, P. (2015). Cesárea en adolescentes. Hospital Hipólito Unanue. (Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 50(4), 202-208). Perú.
- Albornoz, A.L., & Nivania, G.R. (2013). Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010-2012. (tesis doctoral) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Astudillo, J.D., & Guillén, S.C. (2013). Prevalencia de parto por cesárea e identificación de su etiología en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. (título de licenciatura) Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.
- Carpio, B.W. (2015). Operación cesárea: Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud –Chiclayo durante el periodo enero-diciembre 2014. (título de licenciatura) Universidad de San Martín de Porres, Perú.
- Estrada, A.C. (2012) Incidencia de cesáreas en un hospital general de zona. (Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 5ta edición, 517-522) México.
- Gálvez, L.E. (2014). Tasa de incidencia de cesárea en el hospital San José del Callao, periodo enero-diciembre 2013. Lima-Perú. (título de licenciatura) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Hernández, G.L., & Salazar, R.M. (2014). Caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes con operación cesárea. Universidad de San Carlos, Guatemala.
- Librero, J., Peiró, S., Belda, A., & Calabuig, J. (2014) Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que

atienden partos con riesgos diferentes. (Revista Española de Salud Pública, tercera edición, Pg. 315-326) España.

MacDorman, M. F., Menacker, F., & Declercq, E. (2015). Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes. *Clinics in perinatology*. (revista outdoc II edición; page 293-307) USA.

MINSA (2017). Casos de muerte materna según notificación semanal. Perú 2000 – 2016. (Informe del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Hasta la SE 52 del 2016.)

MINSA (2018) Número de muertes maternas. (Informe del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Hasta la SE 02 del 2018). Perú. Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2018/SE02/mmaterna.pdf>

Morera, S.M. (2013). Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica. (Revista chilena de obstetricia y ginecología, 78(2), 119-125.) Costa Rica.

NIH State-of-the-Science Conference (2012). Cesarean Delivery on Maternal Request; Bethesda. (Md. NIH Consens Sci Statements.2012. Mar 27-29; 23(1):1–29). Available at:
<http://consensus.nih.gov/2006/cesareanstatement.htm>.

Núñez, J. M. B., Romero, O. E. V., Peredo, J. L., & Ulfe, J. P. (2014). Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque. (Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, pg. 6-12) Chiclayo, Perú.

- Organización Mundial de la Salud: Suiza; OMS (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Programas y proyectos. Available at: https://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions
- Patiño, G. (2012). Factores Determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011). *Revista Ciencia y Desarrollo*, 15(2), 31-37.
- Pinto, S.E., Gavilán, A.V., & Miño, L.C. (2016) Incidencia e indicaciones de cesáreas. (Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina. N° 207) Buenos Aires, Argentina.
- Villaverde, R. (2014). Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud, Zaragoza – España (título de licenciatura) Universidad de Zaragoza, España.
- Varas, J., Demetrio, A. M., Gayán, P., & Schmied, W. (2015) Indicación de operación cesárea: Desafío para los Servicios de Obstetricia y Ginecología. (Rev Obstet Ginecol Hosp Dr. Luis Tisné Brousse, tercera edición, 210-223) Chile.

VII. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL LA CALETA CHIMBOTE

“PREVALENCIA E INDICACIONES DE CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE, 2019”

- HC:
- Edad Materna:
- Edad Gestacional: _____ semanas

- Gestaciones: Primigesta Segundigesta Tercigesta Multigesta

- Cesáreas Anteriores: SI NO

- Tipo de Indicación Médica: Programada Emergencia

- Indicación de Cesárea

- Cesárea Anterior Sufrimiento Fetal

- Presentación Podálica DPP

- Preeclampsia DCP

- Otros _____