

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

**“INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO ENERO-SEPTIEMBRE 2019”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Juarez Bermudez, Noemi Mercedes

ASESORA: Palacios Zevallos, Julia Marina

HUÁNUCO – PERÚ

2022

U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud publica
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

D

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 47721281

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22407304

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0002-1160-4032

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud	04049506	0000-0001-8585-1426
2	Palacios Zevallos, Juana Irma	Doctora en ciencias de la salud	22418566	0000-0003-4163-8740
3	Oscategui Torres, Dora Narvi Zulema	Obstetriz	20089696	0000-0003-0463-5022

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **nueve** horas con **treinta** minutos del día **veintiuno** del mes de **abril** del año **dos mil veintidós**, en la plataforma del aula virtual de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió mediante la Plataforma Virtual Google Meet el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | |
|--|-------------------|
| • DRA. MARICELA LUZ MARCELO ARMAS | Presidenta |
| • DRA. JUANA IRMA PALACIOS ZEVALLOS | Secretaria |
| • OBST. DORA NARVI ZULEMA OSCATEGUI TORRES | Vocal |

Nombrados mediante **RESOLUCION N.º 458-2022-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **“INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO ENERO-SETIEMBRE 2019”**; presentado por la Bachiller en Obstetricia Sra. **Noemi Mercedes JUAREZ BERMUDEZ**, para optar el Título Profesional de **Obstetricia**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola **Aprobada** por **Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **16** y cualitativo de **Bueno**.

Siendo las, **10:30** horas del día **veintiuno** del mes de **abril** del año **2022** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

SECRETARIA

VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios porque está conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis Padres, que a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. A mis Hermanos, por sus consejos que fueron de aliento en momentos que sentía no poder más, gracias a ellos que ahora estoy orgullosa de ser quien soy y los amo con todo mi corazón.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento a Dios, por darme la vida, salud, sabiduría y una fortaleza, para emprender el camino de esta carrera de Obstetricia, por iluminarme ante los obstáculos presentados en el camino.

Mis Padres por ser fuente de inspiración y darme el apoyo incondicional en cada momento de mi vida, por enseñarme a ser perseverante en mis metas y llegar a lograr el objetivo propuesto.

A la Universidad de Huánuco, por otorgarme la posibilidad de ser una gran profesional.

A mi asesora, Doctora: Julia, Palacios Zevallos, por haber confiado en mi persona, por su comprensión, paciencia y por la dedicación en mi tesis.

A mis jurados que me ayudaron con sus contribuciones en la realización de esta investigación de la tesis y creyeron en mí.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN	X
CAPITULO I.....	11
PROBLEMA DE LA INVESTIGACION.....	11
1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	11
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	12
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	12
1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS.....	13
1.3. OBJETIVOS GENERAL.....	13
1.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
1.5. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION	13
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION	14
1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACION	14
CAPITULO II.....	15
MARCO TEORICO	15
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	15
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	15
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	18
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES.....	21
2.2. BASES TEORICAS.....	22
2.2.1. CESÁREA EN LA HISTORIA.....	22
2.2.2. HISTORIA DE LA CESÁREA EN EL PERÚ.....	23
2.2.3. DEFINICIÓN DE CESÁREA.....	23
2.2.4. CLASIFICACIÓN DE CESÁREA.....	24
2.2.5. PRINCIPALES INDICACIONES.....	25
2.2.6. COMPLICACIONES:.....	29

2.3.	DEFINICION DE CONCEPTOS BASICOS.....	32
2.4.	HIPOTESIS.....	33
2.5.	VARIABLES	33
2.5.1.	VARIABLE INDEPENDIENTE.....	33
2.5.2.	VARIABLE DEPENDIENTE	33
2.6.	OPERALIZACION DE VARIABLES.....	33
CAPITULO III.....		35
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....		35
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	35
3.1.1.	ENFOQUE.....	35
3.1.2.	ALCANCE A NIVEL NACIONAL	35
3.1.3.	DISEÑO	35
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
3.2.1.	POBLACIÓN	35
3.2.2.	MUESTRA Y MUESTREO	35
3.3.	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
3.4.	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	36
CAPITULO IV.....		37
RESULTADOS.....		37
4.1.	PROCESAMIENTO DE DATOS	37
CAPÍTULO V.....		49
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....		49
CONCLUSIONES		51
RECOMENDACIONES.....		52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		53
ANEXOS		58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: SEGÚN EDAD	37
Tabla 2: SEGÚN PROCEDENCIA	38
Tabla 3: SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN	39
Tabla 4: SEGÚN ESTADO CIVIL.....	40
Tabla 5: SEGÚN EDAD GESTACIONAL	41
Tabla 6: SEGÚN N° DE CESAREAS	42
Tabla 7: SEGÚN ATENCION PRENATAL	43
Tabla 8: SEGÚN TIPO DE CESAREA.....	44
Tabla 9: SEGÚN CAUSAS MATERNAS.....	45
Tabla 10: SEGÚN CAUSAS FETALES.....	46
Tabla 11: SEGÚN EMERGENCIAS OBSTETRICAS.....	47
Tabla 12: SEGÚN OTRAS CAUSAS	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: SEGÚN EDAD.....	37
Gráfico 2: SEGÚN PROCEDENCIA	38
Gráfico 3: SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.....	39
Gráfico 4: SEGÚN ESTADO CIVIL	40
Gráfico 5: SEGÚN EDAD GESTACIONAL	41
Gráfico 6: SEGÚN N° DE CESAREAS	42
Gráfico 7: SEGÚN ATENCION PRENATAL	43
Gráfico 8: SEGÚN TIPO DE CESAREA	44
Gráfico 9: SEGÚN CAUSAS MATERNAS	45
Gráfico 10: SEGÚN CAUSAS FETALES	46
Gráfico 11: SEGÚN EMERGENCIAS OBSTETRICAS	47
Gráfico 12: SEGÚN OTRAS CAUSAS.....	48

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se titula "Incidencias de cesáreas en el hospital regional Hermilio Valdizán Medrano, enero – setiembre 2019", teniendo como objetivo Determinar la incidencia de cesárea en el Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano, enero – setiembre 2019". Es una investigación cuantitativa, según el tipo de estudio es descriptivo, según el periodo es transversal y según el tiempo de ocurrencia es retrospectivo. La población estuvo integrada por 429 pacientes cesareadas en el periodo Abril – Setiembre 2019, donde la muestra fue de 138 la información fue recolectada de las Historias Clínicas, así como del Libro de Partos, consultorio materno y estadístico del hospital.

La edad materna que más prevaleció fue de 18 a 29 años con un porcentaje de 48.56% (67), Según su procedencia, refiere que la rural hay un 40.58% (56) y en la urbana hay un 59.42%(82), pacientes que representan el nivel secundario es 41.30% (57), el estado civil de las pacientes en estudio el 44.93% (62) son convivientes, 62.32 % de (86) pacientes han sido cesareadas por primera vez, según la edad gestacional de <37 ss es el 52.17% (72), el 55.80 % de (77) pacientes si tuvieron atenciones prenatales, el 47.06% de cesareadas por expulsivo prolongado con 8 pacientes, ITS con el 41.18%, las HIE con el 36.36%, seguida de DCP con el 35.29%; Sufrimiento fetal con el 34.69% con 17 pacientes seguidas de Cesárea anterior y pelvis estrecha con el 23.53% y como la representación mínima es RPM con el 10.91%.

Palabras claves; incidencia y cesarea.

ABSTRACT

This research paper is entitled "Incidents of caesarean sections in the regional hospital Hermilio Valdizán Medrano, January - September 2019", with the objective of determining the incidence of caesarean section in the Regional Hospital "Hermilio Valdizán Medrano, January - September 2019". It is a quantitative investigation, according to the type of study it is descriptive, according to the period it is transversal and according to the time of occurrence it is retrospective. The population consisted of 429 patients ceased in the period April - September 2019, where the sample was 138, the information was collected from the Clinical Histories, as well as from the Book of Births, maternal and statistical office of the hospital.

The most prevalent maternal age was 18 to 29 years with a percentage of 48.56% (67). According to its origin, it indicates that the rural is 40.58% (56) and in the urban there is 59.42% (82), patients which represent the secondary level is 41.30% (57), the marital status of the patients under study 44.93% (62) are living together, 62.32% of (86) patients have been ceased for the first time, according to the gestational age of <37 ss is 52.17% (72), 55.80% of (77) patients if they had prenatal care, 47.06% unemployed for prolonged expulsion with 8 patients, STIs with 41.18%, IELs with 36.36%, followed by DCP with 35.29%; Fetal distress with 34.69% with 17 patients followed by previous Caesarean section and narrow pelvis with 23.53% and as the minimum representation is RPM with 10.91%.

Keywords; incidence and caesarean.

INTRODUCCIÓN

INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO ENERO – SETIEMBRE 2019

Normalmente, los partos transcurren sin problemas y de forma relativamente rápida. Sin embargo, a veces se presentan complicaciones que pueden ocurrir durante cualquiera de los periodos del parto y requieren de una intervención rápida y eficaz para evitar el daño en la madre y en su bebé, y evitar que, tanto el feto como la madre, corran riesgo alguno.

Algunas complicaciones del parto que tienen que ver con la madre o el niño pueden llevar a programar una cesárea siendo las siguientes las más frecuentes. Una o dos cesáreas anteriores o cirugía uterina anterior: unas de cada 4 cesáreas se programan por una cesárea anterior. Posición inadecuada del bebé dentro del útero: la transversal obliga a una cesárea, así mismo la presentación pelviana. Placenta previa oclusiva diagnosticada: La verdadera placenta previa se diagnostica al final del embarazo y suele ir acompañada de pérdida de sangre. Anomalías en el cuello uterino, vagina o vulva. Miomas, fibromas, tumores, etc. pueden obligar a programar una cesárea. Una pelvis materna pequeña para la cabeza del bebé. La desproporción céfalo pélvica. Gestación múltiple. Considerando, entre otros factores, la madurez fetal y la posición de los bebés. Enfermedades maternas que desaconsejen el parto vaginal, por VIH o vaginal, como el virus del papiloma humano. Trabajo de parto disfuncional, Dilatación estacionaria, etc. Parto Prematuro, Rotura de Membranas, Meconio, Sufrimiento Fetal, Prolapso Cordón Umbilical, Distocia de Hombros, etc.

CAPITULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La cesárea constituye la operación obstétrica más comúnmente efectuada. Es la más antigua y moderna de las operaciones y ha llegado a un grado de perfeccionamiento que ha motivado una confiabilidad excesiva y un uso irracional. El aumento de este indicador es un problema a escala mundial. Aun cuando países desarrollados continúan con bajos indicadores de cesáreas, tanto en EE.UU. como en Europa estos se elevan, sobre todo en la práctica privatizada.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la tasa aceptada de cesárea según los especialistas es de alrededor del 10-15%. En Latinoamérica las cifras son superiores, así lo demuestra la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS, realizada entre el 2004-2005 en 24 regiones de ocho países: la mediana de la tasa de cesárea fue del 33% y, en hospitales privados se observaron tasas de hasta el 51%.²

En el Perú, de acuerdo a la última Encuesta de Demografía y Salud (DHS) reveló que las cesáreas en todo el país han aumentado de 21,4% a 25,3% entre los periodos 2009 y 2012. Las cesáreas se realizaron en el 48,6% de las mujeres en el quinto superior de riqueza y en el 44,1% de las mujeres con educación superior. Las tasas también varían según el área geográfica, en el noroeste de Perú la tasa de cesáreas fue del 48,7%, seguido de Lima Metropolitana a 41%; la tasa más baja, 8,6%, fue encontrada en la región andina de Huancavelica³.

Este aumento se ha explicado que la cesárea tiene una causalidad multifactorial; donde se conjuga varios factores como los cambios demográficos y socioculturales; seguridad del procedimiento debido a las técnicas quirúrgicas y anestésicas, prácticas defensivas por parte de los médicos, el aumento de la solicitud directa de las pacientes entre otras.⁴ ARRIETA en su revisión anota sobre la tasa de cesáreas, que los factores

clínicos y demográficos no parecen explicar completamente el crecimiento de este tipo de intervención médica y es, por ello, muchos trabajos se han centrado en explorar la influencia de factores no clínicos. Entre los factores no clínicos que pueden explicar el aumento de las cesáreas se encuentran: la medicina defensiva, los cambios en el estilo de práctica médica, el cambio de actitud de los pacientes, la preferencia que los médicos puedan tener por el ocio y los incentivos económicos. Estos últimos se han identificado como uno de los factores más relevantes que explican el crecimiento de las cesáreas, especialmente en el sector privado, en donde los médicos habitualmente son retribuidos mediante un esquema de pago por servicio. Sin embargo, apenas se ha estudiado la incidencia de cesáreas en el sector público, probablemente porque el poder del incentivo económico se diluye en este contexto. Por otro lado, tampoco se ha considerado la influencia que pueden tener otros factores no clínicos como la disponibilidad de recursos sanitarios y la capacidad hospitalaria. ⁵

La cesárea puede ser necesaria cuando el parto vaginal suponga un riesgo para la madre o el niño, pero la cesárea puede ser causa de complicaciones importantes, discapacidad y muerte, sobre todo en entornos que carecen de instalaciones para realizar intervenciones quirúrgicas en condiciones seguras y tratar posibles complicaciones

Está demostrado que en nuestro país existe un aumento de la tasa de cesáreas en los hospitales y centro médicos públicos, sin que se establezca medidas de reducción de la tasa de cesáreas.

Por tal motivo este proyecto apunta a resolver dicho problema.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la incidencia de cesáreas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de enero – setiembre del 2019?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas?
- ¿Qué tipo de cesárea se realizaron las gestantes que ingresaron al hospital?
- ¿Cuáles son las principales indicaciones obstétricas de la cesárea?

1.3. OBJETIVOS GENERAL

Determinar la incidencia de cesárea en el Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano, enero – setiembre 2019".

1.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características sociodemográficas.
- Identificar el tipo de cesárea que se realizaron las gestantes que ingresaron al hospital.
- Identificar las principales indicaciones obstétricas de la cesárea.

1.5. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La presente investigación se justifica por las siguientes razones:

- En el Perú, de acuerdo con lo reportado por Balizan y colaboradores, igual que lo encontrado en otros países menos desarrollados – como Bolivia, Haití y Guatemala – la incidencia de cesárea se había mantenido por debajo de 10%, cifra muy inferior a la descrita en países como Puerto Rico (45%), Chile (40%), Brasil (27%), Argentina (25%) y México (24%). No obstante, este panorama parece haber cambiado sustancialmente sobre todo en los últimos años.⁶
- El presente estudio se justifica por la importancia de conocer la Tasa de Incidencia de Cesárea, debido al incremento en la demanda de esta intervención quirúrgica por parte de la población.
- Además, la falta de investigación acerca de este tema brinda una importancia adicional para que estudios similares se realicen en diferentes hospitales del país con el fin de identificar y esclarecer esta

problemática que viene en aumento en los últimos años.

- No debemos olvidar que son muchos los factores que subyacen al uso excesivo de la cesárea, por una parte, aquéllos asociados a las preferencias o prácticas del propio personal de salud, por otra parte, la comercialización de esta intervención quirúrgica donde las propias mujeres se convierten en demandantes activas de la cesárea, porque la ausencia de información en torno a las posibles complicaciones favorece el que sea vista como una forma de parto sin dolor.
- Por último debemos tener presente que el continuo aumento de la utilización de cesárea en el país, la diversidad de complicaciones asociadas a ésta y algunas de las características sociodemográficas de las mujeres en mayor riesgo de ser sometidas a esta cirugía, enfatizarían la necesidad de realizar estudios adicionales para revisar los criterios bajo los cuales se llevan a cabo, con el propósito de lograr que toda cesárea efectuada sea justificada médicamente para el bienestar y la salud del binomio madre – hijo.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

El presente proyecto a la fecha no presenta limitación, más bien resulta factible en lo técnico y operativo considerando que la problemática se desarrolla en el hospital FONE de capacidad resolutoria donde realizo mi internado, con esta investigación se pretende generar un conocimiento básico y confiable y además cuento con el apoyo de una asesora especialista.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación es viable gracias al esfuerzo que realiza la autora, al apoyo incondicional de profesionales, amigos y al apoyo económico de mis familiares, pese a que hubo factores que frenaron el desarrollo de la investigación como el recurso tiempo, económico, material y humano.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Casagrandi C, Pérez P, Areces (2007 – CUBA), Quienes realizaron una investigación titulada: Tendencias de Algunos Indicadores Relacionados con la Cesárea. En dicho estudio encontraron que el índice de cesáreas se incrementó (de 18,3% a 29,2%, en los años 1996 y 2005, respectivamente). Las indicaciones más frecuentes en fueron la desproporción céfalo pélvica (13,1 %) y la presentación pelviana (11,1 %), mientras que en el 2005 fueron el sufrimiento fetal agudo (15,1 %) y las afecciones médicas asociadas (12,1 %).⁷

José Gonzales y Rilque Gonzales (2007 – BARCELONA, ESPAÑA), Un estudio importante titulado: Indicaciones de Cesárea Segmentaria en Adolescentes en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona. Donde encontraron que el grupo etáreo con mayor número de cesáreas fue el comprendido entre 18 y 19 años con 42%; la indicación de cesárea segmentaría más frecuente según su causa fue la desproporción feto pélvica con 32.43%. En cuanto a la complicación más frecuentemente asociada a la cesárea segmentaría fue anemia en sus diferentes estadios clínicos y se presentó en el 43.18% de los casos estudiados. De las adolescentes con indicación de cesárea segmentaría para este periodo, el 13.42% manifestó antecedente de cesárea.⁸

Villaverde Royo (2009 – ZARAGOZA, ESPAÑA), Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud; donde encontró que la incidencia observada en el uso de la cesárea fue 22,66%, siendo 18,91% en el caso de mujeres de bajo riesgo, 15,27% para cesáreas primarias de bajo riesgo y 3,04% para cesáreas primarias en mujeres sanas y partos de muy bajo riesgo obstétrico.⁹

Hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, (2011, 2012 - Colombia): La tasa de incidencia de cesárea ha presentado un incremento en los últimos años, actualmente los partos por cesárea corresponden aproximadamente al 28% de nacimientos, valor por encima del recomendado por la OMS (15%), encontrando la mayor incidencia en San Andrés y Atlántico y en las capitales Bogotá, Medellín y Cali. En el periodo comprendido entre enero 2011 y diciembre del 2012, resultado: en el 2011 se registraron 1579 nacimientos con una incidencia de cesárea de 39% y en el 2012 se registraron 2122 nacimientos con una incidencia de cesárea de 41%, entre las indicaciones obstétricas se encontraron: cesárea previa, trastornos hipertensivos, inducción fallida, DCP, distocia de presentación, SFA, entre otros.¹⁰

María Castro, (Hospital Enrique Carlos Sotomayor en Ecuador – 2012- 2013): realizó un estudio retrospectivo, con el objetivo de conocer los factores predisponentes en una cesárea, se realizaron 8817 cesáreas en los seis meses de estudio de las cuales 45 se infectaron durante este periodo lo que equivale al 1% de los casos. El rango de edad más frecuente es de 20 a 29 años con el 58%; de nivel socioeconómico bajo con el 64% por lo que influye como factor predisponente; Las mujeres con mayor probabilidad de riesgo a tener alguna infección puerperal post cesárea son las Multíparas con el 67 % en relación con las Primigesta que representan al 33%. El 40% tuvo entre 1 a 3 controles prenatales. Se concluye que el tipo más frecuente de infección durante el puerperio quirúrgico es el hematoma de pared con el 47% en comparación al resto de patologías.¹¹

Shrestha, (Hospital Dhulikhel - julio de 2013 hasta junio de 2014): realizó un estudio donde el objetivo de este estudio fue conocer la incidencia y factores de riesgo asociados a la infección de zona quirúrgica entre los casos de cesárea. El total de casos fue de 648 mujeres que se sometieron a cesárea. La herida fue evaluada en el tercer día, y el quinto día después de la operación, y en el día del alta. La edad

media fue de 24 -18. Entre los casos estudiados el 92% sabían leer y escribir y el 8% eran analfabetos. La tasa de incidencia de la infección de zona quirúrgica fue de 82 (12,6%). La infección en el sitio quirúrgico se encontró que era común en las mujeres que tenían la ruptura de la 15 membrana antes de la cirugía. Como conclusión en este estudio se observaron varios factores de riesgo modificables.¹²

Iyoke C, (Nigeria, 2014); llevaron a cabo una investigación con el objeto de precisar la asociación entre el antecedente de cesárea previa y la aparición de complicaciones obstétricas maternas por medio de un estudio de casos y controles; en el cual se incluyeron a 870 mujeres las cuales fueron divididas en 2 grupos observando que la frecuencia de pre eclampsia y eclampsia fue de 2.99% y 0.46% en el grupo de gestantes con y sin antecedente de cesárea previa respectivamente. ¹³

Cho G, (Corea, 2015); desarrollaron una investigación con el objeto de precisar la asociación entre el antecedente de cesárea previa y el riesgo de aparición de preeclampsia durante la gestación actual por medio de un estudio de casos y controles retrospectivo en el cual se incluyeron a 22 137 gestantes; observando que la frecuencia de cesárea previa en el grupo que presentó 11 pre eclampsia fue de 43% mientras que en el grupo sin pre eclampsia este antecedente fue de solo 30%.¹⁴

San Martin M, (2016 – España), la tesis “Parto vaginal tras cesárea”, el estudio fue observacional y descriptivo, en la cual intervinieron en el estudio 1293 mujeres gestantes, de las cuales 160 habían tenido una cesárea anterior, la edad media en las mujeres con cesárea previa fue de 34.6 años, la edad gestacional promedio fue de 39.1 semanas, el inicio del parto se dio de manera espontánea en el 48.8% y fue inducido en el 23.1% de las gestantes con cesárea previa, el parto vaginal se dio solo en el 46.9% de las gestantes con cesárea previa, de ellas el 50.7% fue un parto eutócico y el 49.3% fue un parto instrumentado, el peso del recién nacido promedio fue de 3220 gr. Concluyó que se observó un éxito del 46.9% en las pacientes con cesárea previa. ¹⁵

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Chávez Zevallos, (2005 - LIMA), realizó un estudio: Análisis Estadístico de los Factores de Riesgo que Influyen en el Médico para la Operación por Cesárea a Pacientes Atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Donde encontró que el sufrimiento fetal agudo (14.0%), la estrechez pélvica materna (12.3%), la ruptura prematura de membranas prolongada (10.5%), la incompatibilidad feto pélvica (9.8%), la pre - eclampsia severa (7.6%), la presentación fetal pélvica (7.0%); así como el control pre natal inadecuado, influyeron en la determinación del médico para la operación cesárea. ¹⁶

Oshiro Romero, (2007 - HUARAL - LIMA), Estudios sobre Cesárea, Tasa, Indicaciones y Factores de Morbimortalidad Materno Perinatal Asociados en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el período 2003-2005. Aquí se logró demostrar que la tasa de cesárea se encuentra por encima del 10% propuesto por la OPS. La principal indicación para cesárea fue la cesárea previa. La principal complicación de la cesárea fue la infección urinaria. ¹⁷

Manzano Espejo, (2009 – Lima), quien realizó un estudio: Incidencia y Factores Asociados a Cesárea Iterativa en Adolescentes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Este estudio logró demostrar que la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multigestas, fue 45 %. A la vez encontró que existía una mayor asociación a desproporción céfalo pélvica y con menor indicación por el mayor número de hijos vivos y abortos previos. ¹⁸

Gladys Patiño (2011 – TUMBES), realizó un trabajo: Tasa de Incidencia y Factores Determinantes de la Cesárea en los Hospitales de Tumbes 2011; encontró que la frecuencia de cesárea en el hospital de Es Salud fue de 58,76 %, y de 49,52 % en el hospital del MINSA, así mismo encontró que en los hospitales del MINSA la edad promedio fue de 26,4 años, mientras que en el de Es Salud fue de 29,4 años. ¹⁹

BUSTAMANTE y col. (2014 Lambayeque) determinaron la frecuencia e indicaciones más frecuentes de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL), durante el periodo 2010- 2011I; utilizaron una ficha de recolección de datos, en una muestra de 273 historias clínicas de gestantes cesareadas. La edad promedio fue $25,71 \pm 6,629$ años, la edad materna más frecuente estuvo entre los 20 30 años (57,6%), el lugar de procedencia departamento de Lambayeque con 93,4%, siendo el 63,4% del área rural, el estado civil conviviente alcanzó el 70,3%, grado de instrucción secundaria completa (34,4%), edad gestacional a término (85%), ningún control prenatal (59,3%). La frecuencia de cesáreas practicadas en el HPDBL fue 33.6%; la indicación más frecuente fue cesárea segmentaria previa (25,6%); seguidas por sufrimiento fetal agudo (13,9%), pre eclampsia-eclampsia (12,1%), presentación podálica (10,6%), macrostomia fetal mayor de 4.500 gr. (10,3%); oligohidramnios severo (9,2%); dos o más cesáreas previas (8%); desproporción céfalo-pélvica (7,4%); expulsivo prolongado (6,2%); y otras indicaciones (31,8%). Concluyen que la frecuencia de operación cesárea es alta en el HPDBL. La indicación más frecuente de cesárea fue cesárea segmentaria previa; siendo más frecuente en jóvenes que en adolescentes. Se encontró asociación entre Indicación de cesárea absoluta y las variables antecedentes de cesárea e incisión abdominal. ²⁰

PUMA y col. (2015 Hospital Nacional Cayetano Heredia) describieron las complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general. Su estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, tipo serie de casos, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia – Lima entre el 1 de enero de 2011 hasta el 31 diciembre de 2012. Incluyeron 67 gestantes a término operadas en periodo expulsivo. Se revisaron las historias clínicas de las pacientes, se registraron las características clínicas y las complicaciones maternas. En el periodo de estudio se realizaron 4 218 cesáreas, siendo el 1,84% hechas en periodo expulsivo. En general, 59/ 67 (88,1%) presentaron algún tipo de complicación. Se observaron 8 casos de hipotonía uterina

(11,9%) y 2 (2,9%) de atonía. En 5 (7,4%) pacientes ocurrieron desgarros de segmento adyacente a la histerotomía, siendo 2 de ellos asociados a compromiso de cuerpo uterino y vagina, y 4 (5,9%) casos a laceración de arteria uterina, uno fue bilateral. No se produjeron lesiones en tracto urinario ni digestivo y tampoco hubo necesidad de re intervención quirúrgica. Cuatro pacientes presentaron hemorragia puerperal, dos asociados a hipotonía uterina post cesárea. En 56 (83,5%) casos ocurrió anemia post operatoria. Hubo 1 (1,5%) caso de endometritis, 3 (4,5%) infecciones de herida operatoria. Concluyen que la cesárea realizada en período expulsivo ocasiona complicaciones frecuentes, algunas muy severas. ²¹

INEI (2011-2015): la incidencia de cesáreas a nivel nacional es el 31.6% de las cuales el 16.9 % son cesáreas realizadas en Huánuco. ²²

Cavero S, (Huacho – 2015): la tesis “Factores obstétricos asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, 2015”, con el propósito de determinar los factores obstétricos asociados al éxito del parto vaginal después de un parto por cesárea. El estudio fue observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo, para ello participaron 92 gestantes con antecedentes de cesárea previa. Como principales resultados obtuvo: el 72.8% de las gestantes tenían entre 20 a 34 años, el 97.8% eran multíparas.²³

Endes 2016; la prevalencia de cesáreas en el Perú se incrementó de 22,9 % a 31,6 % entre los años 2011 y 2016. ²⁴

Caldas M, Carrión C, (Lima en el 2016): el estudio “factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa en la clínica particular Cory Gyn, distrito Los Olivos, la finalidad fue determinar los factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa, realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, participaron 90 gestantes con antecedente de cesárea previa. Como principales resultados obtuvieron: el 96.7% de las gestantes tenían menos de 35 años de edad, el 70% eran casadas; sobre los antecedentes Gineco-

obstétricos, el 60% de las gestantes tenían un periodo intergenésico entre 2 a 5 años, el 53.3% de las gestantes habían tenido parto vaginal previo, los motivos por el cual las gestantes tuvieron una cesárea anterior mayormente fue por sufrimiento fetal agudo (22.1%), seguido por macrosomía fetal (12.2%), el ponderado fetal fue de 3296.3 kg. ²⁵

Castillo L, (Lima – 2017): “Factores predictores de parto vaginal en cesárea previa”, con la finalidad de determinar los factores asociados al parto vaginal en gestantes con cesárea previa, el estudio fue observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo, en la que participaron 835 gestantes a término con cesárea previa. Como principales resultados obtuvo: 223 gestantes culminaron su parto actual vía vaginal, la edad promedio de las gestantes con parto vaginal fue de 30.85 años, la edad gestacional fue de 38.88 semanas, el número de gestaciones promedio fue de 2.97 gestaciones, la paridad encontrada fue 1.65 partos, el peso del recién nacido fue en promedio 3449.44 gr. Concluyó que el factor predictor más importante fue el tener como antecedentes de 3 o más partos, entre otros factores predictores se tomaron en consideración al peso fetal menor de 4000gr. ²⁶

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

ANTONIO A et Al (1997), Congreso Extraordinario de Obstetricia y Ginecología: Realizaron investigación operación cesárea e indicaciones teniendo como objetivo determinar la incidencia de cesáreas en el C.S:C.S.F. de enero 1994 a junio de 1997 teniendo los siguientes resultados: para el año 1994 fue el 4.2%, para el año 1995 fue el 7.7% y el 10.5% para el año 1997, las indicaciones más frecuentes fueron: el 19.5% por sufrimiento fetal, 18.3% por presentación podálica, 14.3% por cesárea anterior, 12.6% por desproporción céfalo pélvica y 9.7% por trabajo de parto disfuncional. ²⁷

Maylle Bonilla Ana, (2010 - 2014): La investigación realizada, tuvo el objetivo de determinar la incidencia de cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, Es salud, durante el periodo 2010 a 2014;

utilizando un diseño y nivel Descriptivo, de tipo no experimental, transversal y retrospectivo; siendo los principales resultados con respecto a los factores generales: edad joven 72% en el 2010 y 81% en el 2014, nivel socioeconómico aceptable 79% 2010 y 74% 2014, Factores obstétricos multigesta [71% 2010 y 64% 2014, La indicación materna cesárea anterior 22% en el 2010 y 28% 2014, La indicación fetal SFA 20% 2010 y 11% 2014, La indicación anexos placentarios RPM 3% 2010 y 5% 2014, La cesárea de emergencia es la tiene mayor frecuencia 75% 240 pacientes en el 2010 y 53% (250) año 2014. Concluyendo que: la incidencia en cesáreas en el Hospital Es salud, durante el periodo 2010 a 2014 es a disminuir progresivamente, con una incidencia que fluctúa entre 37,7% a 34%.²⁸

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. CESÁREA EN LA HISTORIA

La primera operación Cesárea; no cabe duda es muy antigua y se practicó en el Imperio Romano, entre los hindúes primitivos y egipcios. Es imposible determinar con precisión cuando se llevó a cabo por primera vez y si se ejecutó en una mujer viva o después de muerta. La primera referencia de una cesárea realizada en una mujer viva se halla mucho más tarde, aunque siempre en la Edad Antigua, en el Mischnah colección de las tradiciones rabínicas del Talmud Judeo-babilónico que empieza en la época de Moisés, escrito por eruditos judíos hacia el año 140 de nuestra era. La primera cesárea en Gran Bretaña, fue ejecutada el 29 de junio de 1737 por Smith, cirujano de Edimburgo, en una paciente con osteomalacia y parto prolongado de siete días, el niño nació muerto y la madre murió dieciocho horas después. La primera operación cesárea realizada en Gran Bretaña con sobrevivencia de la madre fue practicada por la partera Mary Donally en 1738, la paciente se llamaba Alice O'Neale, de 33 años; había estado en trabajo de parto 12 días y se pensaba que su niño había muerto después del tercer día, varios intentos de parto vaginal fallaron y la comadrona Mary Donally, hizo una cesárea utilizando una navaja suturó la pared del abdomen con seda y aguja de

sastre, la herida fue curada con clara de huevo y la mujer se recuperó con una gran hernia ventral. La primera operación cesárea en Alta California - América fue realizada por los curas Josef Viñals y José Viader en la Misión Santa clara de Asís el 26 de enero de 1799. Se tienen referencias que entre 1769 a 1833 se realizaron 14 operaciones de cesáreas, 13 de ellas en nativas y una sola en una española; todas las cesáreas se hallan anotadas en los libros de registro de entierros. Estas intervenciones no eran cesáreas como se conocen actualmente sino extracciones del feto del vientre después de muerta la madre. No se conoce con exactitud los detalles de la operación. Se presume que fueron hechas con la técnica recomendada por el cura Josef Manuel Rodríguez. El 31 de mayo de 1931 el médico Alberto Barton practicó una cesárea y obtuvo un recién nacido vivo, aunque la madre murió 3 horas después.²⁹

2.2.2. HISTORIA DE LA CESÁREA EN EL PERÚ

La primera cesárea en el Perú fue realizada en la Maternidad de Lima por el Dr. Camilo Segura el año 1861, en una paciente fallecida durante el parto. En 1926 el Dr. Ricardo Palma realizó la primera cesárea en Chiclayo. El 31 de mayo de 1931 en la Maternidad de Lima el Dr. Alberto Barton practicó una cesárea obteniendo un recién nacido vivo. La madre falleció a las pocas horas. Entre los años 1927 y 1936 el Dr. Manuel Jesús Castañeda efectuó la primera cesárea en Arequipa y en 1931 el Dr. Callo Zevallos hizo lo mismo en el Cuzco. La primera cesárea segmentaria en el Perú fue practicada en la Maternidad de Lima por Víctor Bazul Fonseca en 1937 y en 1939 se hizo la cesárea a la niña Lina Medina de 5 y medio años de edad obteniéndose un recién nacido vivo de 2700gr.³⁰

2.2.3. DEFINICIÓN DE CESÁREA

La palabra Cesárea viene del latín "Caedere" que es cortar, es una intervención quirúrgica mediante la cual se extrae el producto de la concepción mayor de 22 semanas, a través de una incisión en la pared abdominal denominado laparotomía y de la pared uterina histerotomía,

cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando los riesgos y complicaciones Maternos Fetales.³¹

2.2.4. CLASIFICACIÓN DE CESÁREA

2.2.4.1. SEGÚN ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LA PACIENTE:

Primaria: Es la que se realiza por primera vez.

Iterativa: Es la que se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas. Este procedimiento se debe programar en lo posible a las 39 semanas de gestación. En este periodo es adecuado porque se evita el riesgo de inmadurez pulmonar fetal y se minimiza el riesgo que implica un inicio espontaneo de trabajo de parto en estas pacientes. En cuanto a la opción del parto vaginal después de cesárea previa, es deber del médico informarle a la paciente cuáles son sus opciones, y los riesgos y beneficios que cada una de estas tiene. Es la paciente quien toma la última decisión, pero si el médico no está de acuerdo con esta, lo mejor es referirla a otro especialista.³²

2.2.4.2. SEGÚN INDICACIONES:

Electiva o programada: Es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.

Emergencia o 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.³³

2.2.4.3. SEGÚN EL TIPO DE INCISIÓN:

Segmento Corporal o clásica: La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico uterino invasor, embarazo pre término, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa,

procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.

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

Segmento arciforme (Tipo Kerr): Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.³⁴

2.2.5. 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.

2.2.5.1. INDICACIONES MATERNAS

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO: En los casos de pre eclampsia 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 pre eclampsia 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 mandataria 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 micro invasor 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 espacio intergenesico es menor de tres años, lo que no tiene que ver con la calidad de la cicatriz.

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. ³⁵

2.2.5.2. 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 preclamsia, oligohidramnios, diabetes o parto prolongado, hará una evaluación con la ayuda del partograma con curvas de alerta, para tomar la decisión más apropiada.

ANOMALIA DE PRESENTACIÓN, SITUACION 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 feto pélvico relativo. La presentación podálica es indicación de cesárea en el parto pre término, 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.

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.³⁶

2.2.5.3. INDICACIONES MIXTAS

DESPROPORCIÓN CEFALO PÉLVICA: 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.³⁷

2.2.6. COMPLICACIONES:

La cesárea, como todo procedimiento quirúrgico, no está exenta de complicaciones, aun en manos experimentadas. La mortalidad asociada al procedimiento es en la actualidad muy baja, siendo de aproximadamente el 5,8 x 100.000 nacimientos, aunque se evidencia que la operación cesárea aislada de otras complicaciones del embarazo representa un riesgo relativo de 5 para mortalidad comparada con el parto vaginal y éste es mayor cuando el procedimiento se realiza de manera no electiva. Esta premisa es igualmente válida para la morbilidad materna, ya que se aprecia una tasa mayor de complicaciones intra y

posparto en las pacientes sometidas a este procedimiento, comparadas con aquellas pacientes que tienen su parto por vía vaginal.³⁸

Clasificación:

1. Complicaciones anestésicas:

- Hipotensión
- Cefalea pos punción dural
- Otras menos frecuentes (Bloqueo dural completo, paro cardiorrespiratorio, Síndrome de Mendelson).

2. Complicaciones quirúrgicas: El riesgo de que se produzcan este tipo de complicaciones oscila entre un 1 y un 2 %. Son más frecuentes en las cesáreas urgentes, y el riesgo aumenta con la presencia de 1 o más cesáreas previas, los factores de riesgo son: prematuridad, existencia de trabajo de parto previo, presentación en plano bajo e inexperiencia del cirujano;

- Desgarro de la histerotomía
- Lesiones vasculares
- Lesiones en el tracto urinario
- Lesión del intestino
- Lesiones nerviosas

3. Complicaciones infecciosas: Son las más frecuentes (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea. Además de factores de riesgo tales como trabajo de parto ya iniciado (el de mayor relevancia) o urgencia de la intervención, las complicaciones infecciosas se relacionan con la ruptura de membranas, el tiempo transcurrido con bolsa rota, el nivel socioeconómico, el número de tactos vaginales, la existencia de infección urinaria previa, la anemia o pérdida hemática importante, la obesidad (sobre todo en infecciones de pared), la Diabetes Mellitus , la anestesia epidural, la experiencia del cirujano y la técnica quirúrgica utilizada, la existencia de Vaginosis bacteriana

Endometritis

Infección del tracto urinario

Infección de la herida quirúrgica

Tromboflebitis séptica pélvica

Otras menos frecuentes (bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis, fascitis necrotizante,)

4. Complicaciones hemorrágicas postparto: Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal. La definición de HPP no está consensuada. Aunque parece que se suele definir como aquel sangrado vaginal mayor de 500cc tras un parto vía vaginal o mayor de 1000cc tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta.

La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna. Por su tiempo de aparición distinguimos entre: HPP precoz: (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves y las que citaremos. HPP tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto

5. Complicaciones trombo embolicas: La enfermedad trombo embolica venosa (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el trombo embolismo pulmonar (TEP). Son poco frecuentes, entorno al 0.52%, pero continúan siendo desde hace años la causa directa más frecuente de mortalidad materna en muchos países, debido probablemente a fallos en la identificación de los factores de riesgo trombótico, en establecer una profilaxis adecuada y un tratamiento correcto ante la sospecha clínica de ETE.

El embarazo conlleva un aumento del riesgo trombótico venoso, debido a la presencia de los 3 elementos de la triada de Virchow: hipercoagulabilidad (aumentan los factores de coagulación I, II, VII, IX, X y disminuye la fibrinólisis), lesión del endotelio vascular durante el parto (tanto vaginal como cesárea) y estasis venosa producido por un aumento

de la capacitancia venosa unido a una disminución del flujo sanguíneo venoso por compresión del útero gravídico.

Por otro lado, las complicaciones o riesgos en el recién nacido en una cesárea de emergencia son producto de que pueden ser extraídos en forma prematura, pudiendo

presentar problemas respiratorios o alimenticios; algunos podrán ser lesionados por el bisturí durante la cirugía.; tienen un 50% de los valores de Apgar más bajos, requieren cinco veces más frecuentemente asistencia respiratoria, y cinco veces más frecuente son admitidos a cuidados intermedios o intensivos; los recién nacidos de una cesárea pueden desarrollar cuatro veces más hipertensión pulmonar persistente, comparados con los nacidos vaginalmente.³⁹

2.3. DEFINICION DE CONCEPTOS BASICOS

Cesárea: Intervención quirúrgica mediante la cual se extrae el producto de la concepción mayor de 22 semanas, a través de una incisión en la pared abdominal.⁴⁰

Incidencia: número de casos de una enfermedad y/o evento en un periodo determinado de tiempo.⁴¹

Edad: Número de años cumplidos, la escala de medición será cuantitativa.

Lugar de residencia: Variable cualitativa nominal, nos indicará el Área geográfica donde habita una persona, puede ser Urbano o Rural.

Grado de instrucción: Variable cualitativa ordinal, nos indicará el nivel que se alcanza al superar determinado grado de estudio, pudiendo ser clasificado como: analfabeta, Primaria, Secundaria y Superior.

Estado Civil: Variable cualitativa nominal, nos indicará la Situación jurídica de la gestante.

Incidencia de cesáreas: Número de intervenciones quirúrgicas cuyo propósito es extraer al feto a través de la vía abdominal, incidiendo en el útero.

Edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el 1er día de la última menstruación normal hasta el nacimiento.

2.4. HIPOTESIS

Por ser una investigación descriptiva no se contrastará hipótesis, motivo por el cual se menciona la hipótesis investigativa: la incidencia de Cesárea en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano, enero – setiembre 2019, Análisis y prueba de hipótesis no existe.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Incidencia de cesáreas.

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

2.6. OPERALIZACION DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE RECOLECCIÓN DE DATOS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA MEDICIÓN
Incidencia de cesáreas	Número de intervenciones quirúrgicas cuyo propósito es extraer al feto a través de la vía abdominal, incidiendo en el útero.	Porcentaje	Razón
Edad gestacional	Duración del embarazo calculada desde el 1er día de la última menstruación normal hasta el nacimiento.	<p>< 37 Semanas</p> <p>37 – 41 Semanas</p> <p>≥ 42 semanas</p>	Intervalo

Indicación de cesárea	Causas determinantes de indicación cesárea	Cesárea anterior DPP Sufrimiento fetal, etc.	Nominal
Controles Prenatales	Procedimientos periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que pueden condicionar morbimortalidad materna y perinatal	1. ≥ 6 controles 2. < 6 controles	Nominal

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA MEDICIÓN
Edad	Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte de una persona	Años	Razón
Grado de Instrucción	Nivel que se alcanza al superar determinado grado de estudio	1. analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior	Ordinal
Lugar de Procedencia	Área de origen de una persona	1. Huanuco 2. Otros	Nominal
Estado Civil	Situación jurídica de un individuo	1. Soltera 2. Casada 3. conviviente	Nominal

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

según el tipo de estudio es descriptivo, según el periodo es transversal y según el tiempo de ocurrencia es retrospectivo.

3.1.1. ENFOQUE

La investigación es de enfoque cuantitativa

3.1.2. ALCANCE A NIVEL NACIONAL

El presente estudio corresponde al nivel nacional

3.1.3. DISEÑO

Descriptivo

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.2.1. POBLACIÓN

Está conformada por todas las gestantes que se atienden en el Hospital "Hermilio Valdizán" de Huánuco, en el periodo enero- setiembre 2019, que son 429 pacientes, la información fue recolectada de las Historias Clínicas, así como del Libro de Partos, consultorio materno y estadístico del hospital.

3.2.2. MUESTRA Y MUESTREO

Para la selección de la muestra se utiliza el tipo de muestra no probabilística por conveniencia, La muestra del estudio está constituida por 138 pacientes cesareadas en el Hospital Regional "HVM" Huánuco, durante el periodo enero - setiembre 2019.

Esta muestra se obtuvo con la siguiente fórmula:

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

Donde:

N: Tamaño de la población

Z: Nivel de fiabilidad al 95% (1.96)

p: Margen de error (5%) Valor estándar 0.05

q: 1-p en este caso (1-0.05=0.95)

d: precisión (deseamos un 3%=0.03)

$$n = \frac{429 \times 1.96^2 \times 0.95 \times 0.05}{0.05^2(429 - 1) + 1.96^2 \times 0.95 \times 0.05}$$

$$n=138$$

3.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó a través de una autorización director, jefe de departamento de gineco-obstetricia, jefe del servicio de obstetricia y de la técnica de estudio documental teniendo como instrumento la ficha con matriz de análisis, el cual ha sido elaborado por la autora en base a los objetivos propuestos, libros, registros de parto.

3.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se realizará según los resultados que se obtendrán de dicha investigación, los datos serán analizados, procesados electrónicamente, tabulados y sometidos a prueba de validez estadística.

CAPITULO IV

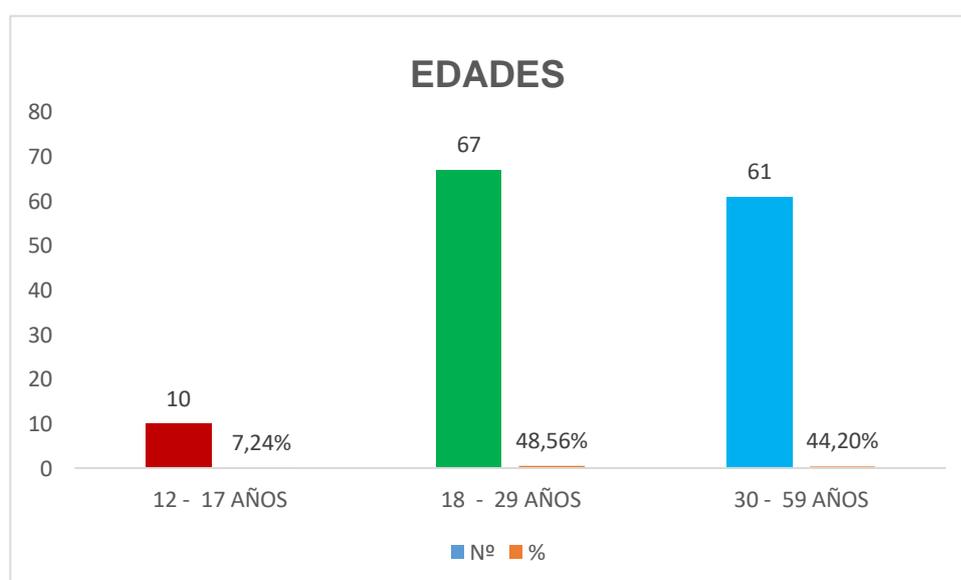
RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

"INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO ENERO – SETIEMBRE 2019”

Tabla 1: SEGÚN EDAD

EDAD	Nº	%
12 - 17 AÑOS	10	7.24 %
18 - 29 AÑOS	67	48.56%
30 - 59 AÑOS	61	44.20%
TOTAL	138	100%



FUENTE: Base de datos SIP en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en Huánuco enero - setiembre 2019.

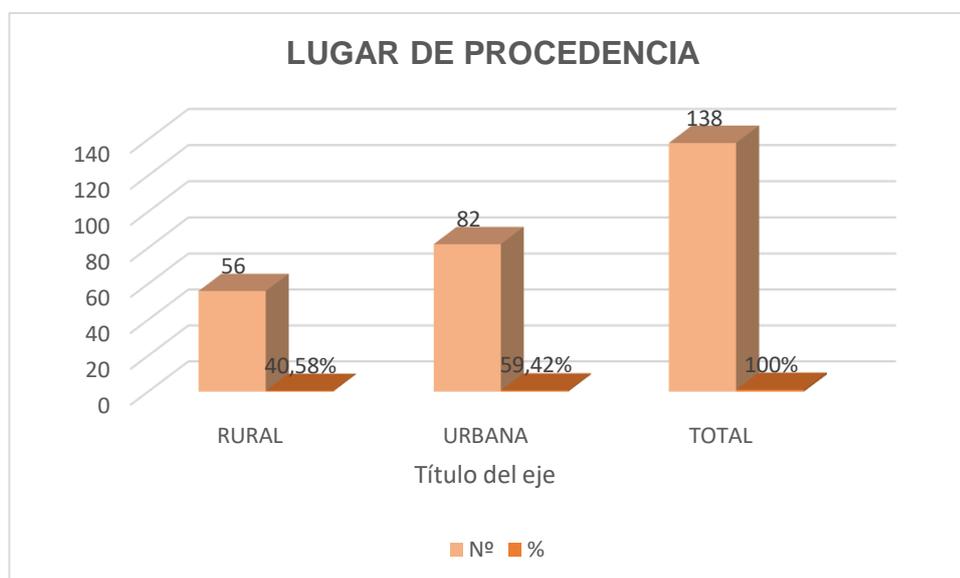
Gráfico 1: SEGÚN EDAD

Análisis e interpretación; La Tabla muestra según su edad, refiere que el de 12 - 17 tiene un porcentaje de 7.24% (10) siendo el más bajo; la edad 18-29 es de 48.56% (67); la edad 30 – 59 es el 44.20 % (61).

"INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO ENERO – SETIEMBRE 2019"

Tabla 2: SEGÚN PROCEDENCIA

ZONA	Nº	%
RURAL	56	40.58%
URBANA	82	59.42%
TOTAL	138	100%



FUENTE: Base de datos del SIP en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en Huánuco enero – setiembre 2019.

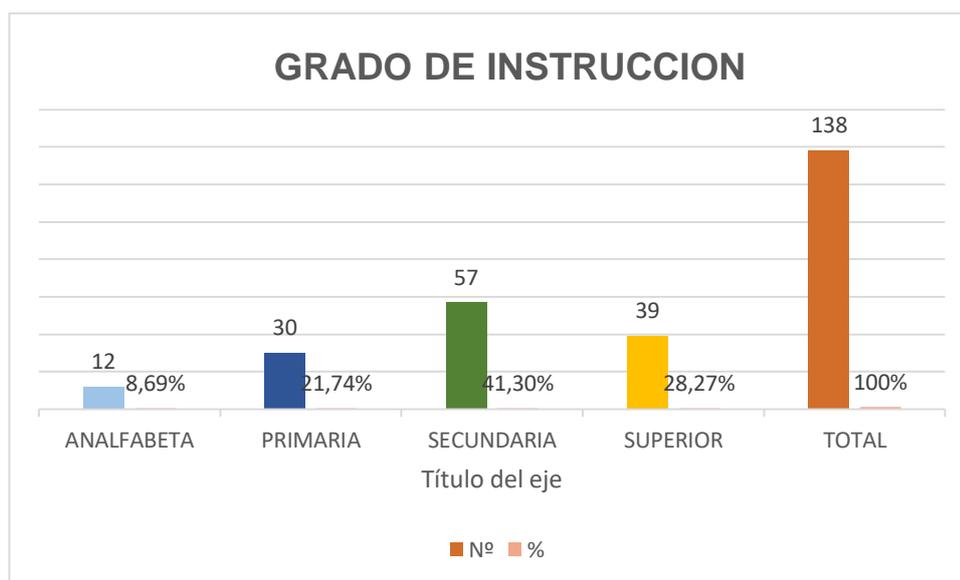
Gráfico 2: SEGÚN PROCEDENCIA

Análisis e interpretación; La Tabla muestra según su zona, refiere que la rural hay un 40.58% (56) que viven por ese lugar y en la urbana hay un 59.42%(82) asiendo un total de 100%.

"INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO ENERO – SETIEMBRE 2019"

Tabla 3: SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	%
ANALFABETA	12	8.69%
PRIMARIA	30	21.74%
SECUNDARIA	57	41.30%
SUPERIOR	39	28.27%
TOTAL	138	100%



FUENTE: Base de datos del SIP en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en Huánuco enero – setiembre 2019.

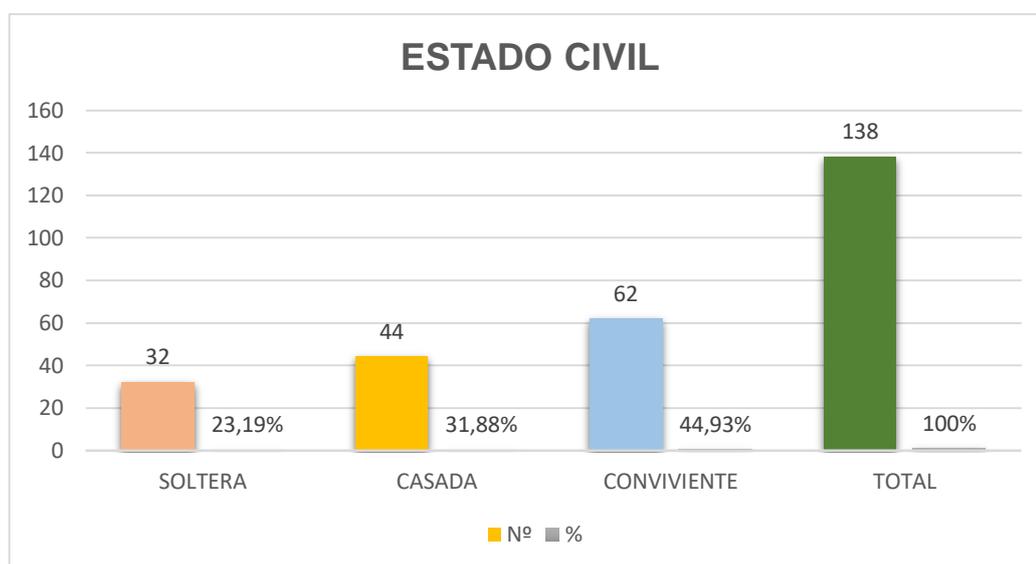
Gráfico 3: SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

Análisis e interpretación; La Tabla muestra según el grado de instrucción refiere que, son analfabetas el 8.69% (12); el nivel primario con un 21.74%(30); el nivel secundario es 41.30% (57); y el nivel superior es 28.27% (39).

"INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO ENERO – SETIEMBRE 2019"

Tabla 4: SEGÚN ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	Nº	%
SOLTERA	32	23.19%
CASADA	44	31.88%
CONVIVIENTE	62	44.93%
TOTAL	138	100%



FUENTE: Base de datos del SIP en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en Huánuco enero – setiembre 2019.

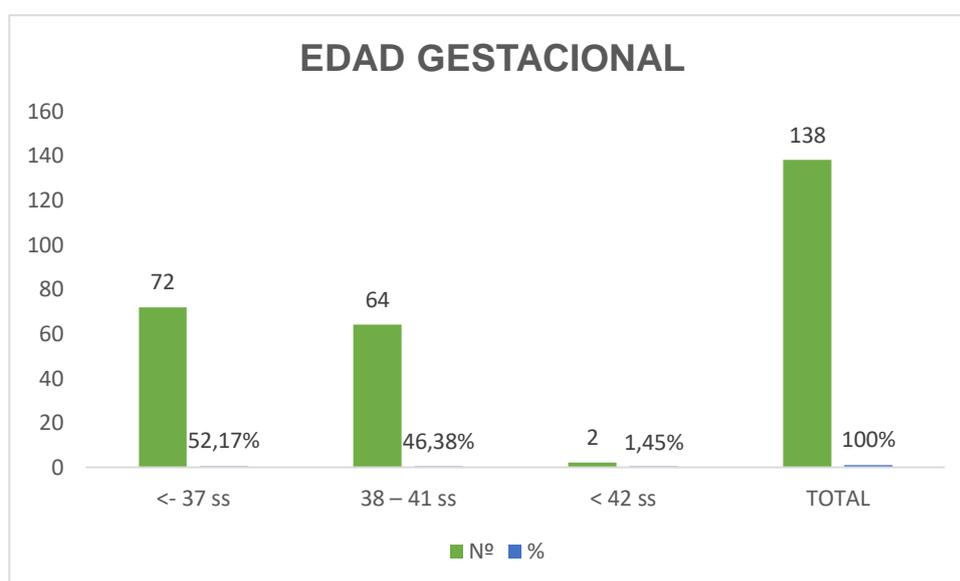
Gráfico 4: SEGÚN ESTADO CIVIL

Análisis e interpretación; La Tabla demuestra según su estado civil refiere que, soltera es el 23.19% (32); las casadas el 31.88% (44); conviviente 44.93% (62).

"INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO ENERO – SETIEMBRE 2019"

Tabla 5: SEGÚN EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	Nº	%
< 37 ss	72	52.17%
38 – 41 ss	64	46.38%
< 42 ss	2	1.45%
TOTAL	138	100%



FUENTE: Base de datos del SIP en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en Huánuco enero – setiembre 2019.

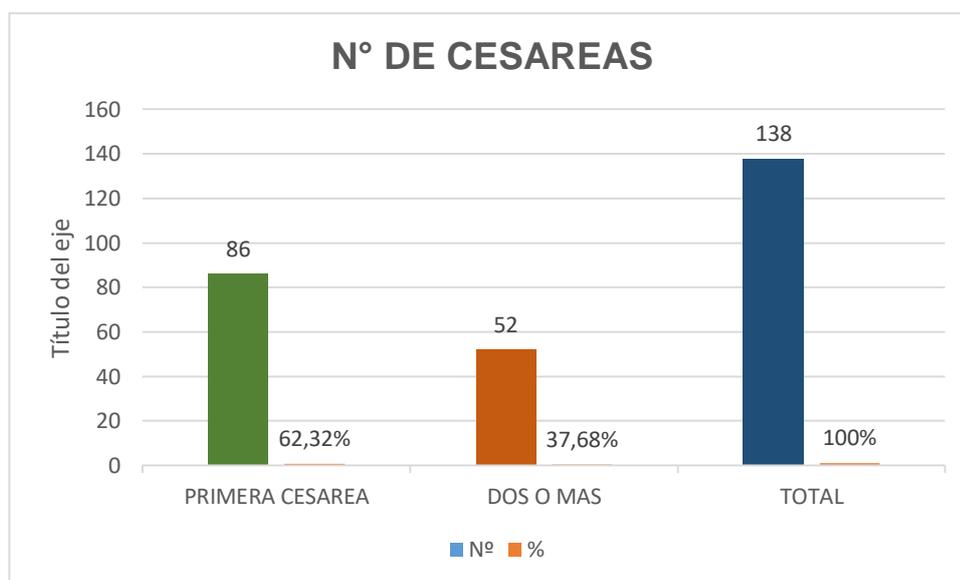
Gráfico 5: SEGÚN EDAD GESTACIONAL

Análisis e interpretación; La Tabla demuestra según su edad gestacional refiere que, <37 ss es el 52.17% (72); de 38 – 41 ss es el 46.38% (64); >42 es el 1.45% (2).

"INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO ENERO – SETIEMBRE 2019"

Tabla 6: SEGÚN N° DE CESAREAS

N° DE CESAREAS	N°	%
PRIMERA CESAREA	86	62.32%
DOS O MAS	52	37.68%
TOTAL	138	100%



FUENTE: Base de datos del SIP en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en Huánuco enero – setiembre 2019.

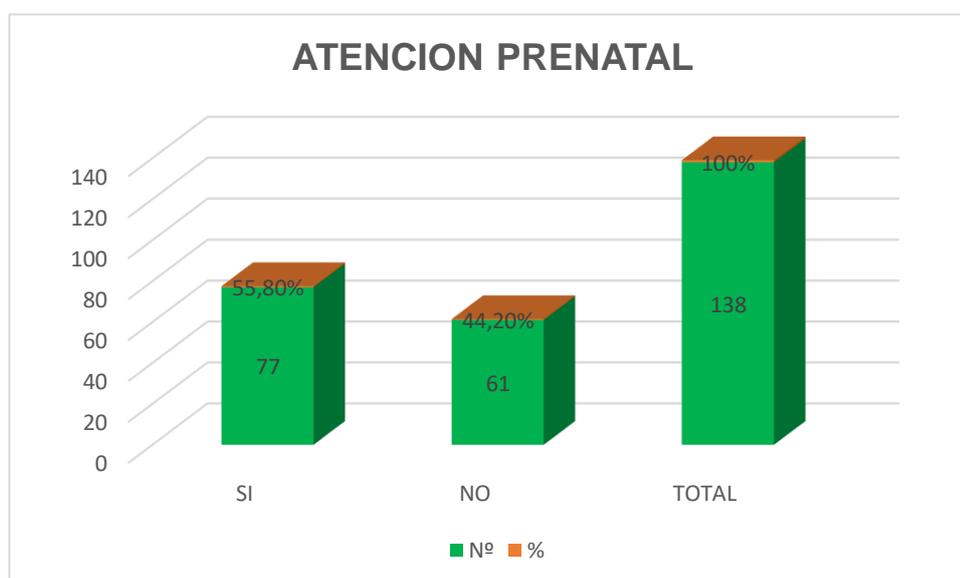
Gráfico 6: SEGÚN N° DE CESAREAS

Análisis e interpretación; La Tabla demuestra según el N° de cesáreas se observa que el 62.32 % de (86) pacientes han sido cesareadas por primera vez, mientras que el 37.68 % de (52) pacientes ya tiene más de 2 cesáreas.

"INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO ENERO – SETIEMBRE 2019"

Tabla 7: SEGÚN ATENCION PRENATAL

ATENCION PRENATAL	Nº	%
SI	77	55.80%
NO	61	44.20%
TOTAL	138	100%



FUENTE: Base de datos del SIP en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en Huánuco enero – setiembre 2019.

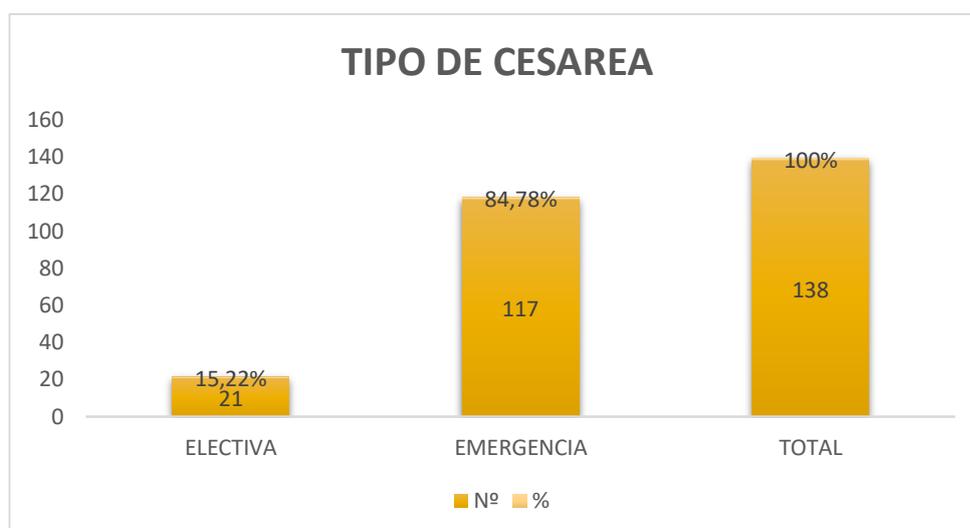
Gráfico 7: SEGÚN ATENCION PRENATAL

Análisis e interpretación; La Tabla demuestra según atenciones prenatales se observa que el 55.80 % de (77) pacientes si tuvieron atenciones prenatales mientras que el 44.20 % de (61) pacientes no tuvieron atenciones prenatales.

"INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO ENERO – SETIEMBRE 2019"

Tabla 8: SEGÚN TIPO DE CESAREA

TIPO DE CESAREA	Nº	%
ELECTIVA	21	15.22%
EMERGENCIA	117	84.78%
TOTAL	138	100%



FUENTE: Base de datos del SIP en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en Huánuco enero – setiembre 2019.

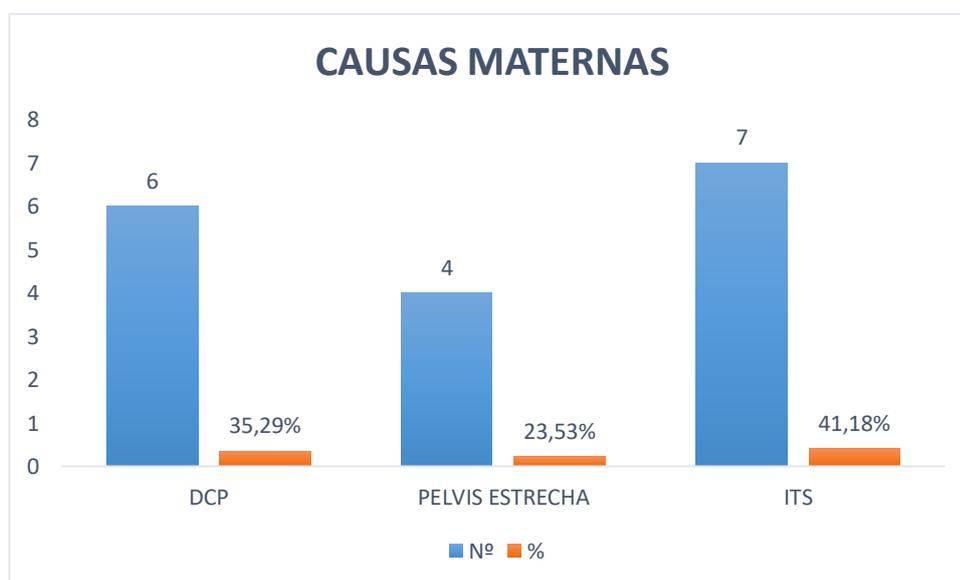
Gráfico 8: SEGÚN TIPO DE CESAREA

Análisis e interpretación; La tabla muestra según el tipo de cesárea se observa que el 15.22 % de (21) pacientes fueron cesárea electiva, mientras que el 84.78 % de (117) pacientes fueron cesárea de emergencia.

"INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO ENERO – SETIEMBRE 2019"

Tabla 9: SEGÚN CAUSAS MATERNAS

CAUSAS MATERNAS	Nº	%
DCP	6	35.29%
PELVIS ESTRECHA	4	23.53%
ITS	7	41.18%
TOTAL	138	100%



FUENTE: Base de datos del SIP en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en Huánuco enero – setiembre 2019.

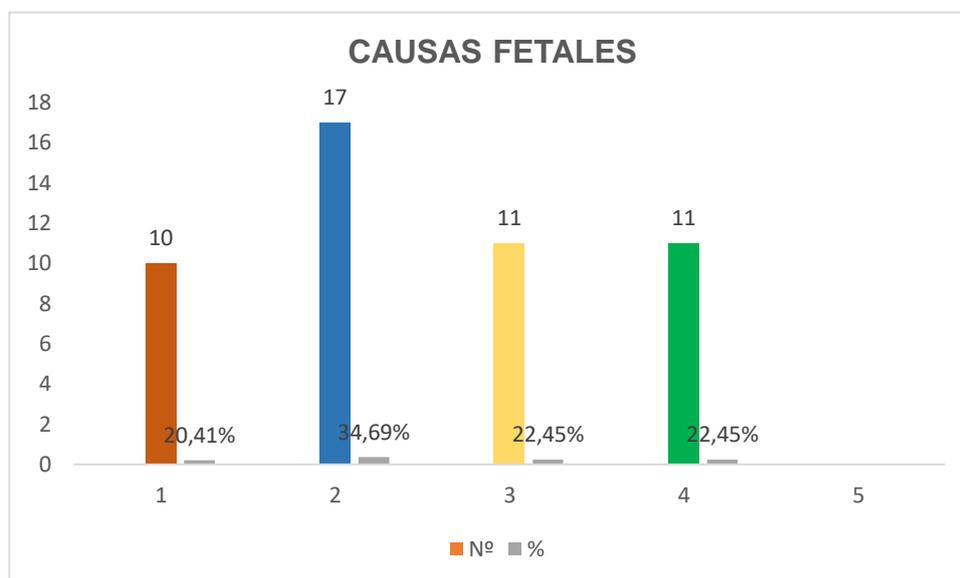
Gráfico 9: SEGÚN CAUSAS MATERNAS

Análisis e Interpretación: Se observa que dentro de las causas maternas el mayor porcentaje de cesáreas se dio por ITS, con el 41.18%, seguidas de DCP con el 35.29% y finalmente pelvis estrecha con el 23.53%.

"INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO ENERO – SETIEMBRE 2019"

Tabla 10: SEGÚN CAUSAS FETALES

CAUSAS FETALES	Nº	%
MACROSOMIA FETAL	10	20.41%
SUFRIMIENTO FETAL	17	34.69%
EMBARAZO MULTIPLE	11	22.45%
DISTOCIA DE PRESENTACION	11	22.45%
TOTAL	138	100%



FUENTE: Base de datos del SIP en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en Huánuco enero – setiembre 2019.

Gráfico 10: SEGÚN CAUSAS FETALES

Análisis e interpretación. - Se observa que dentro de las causas fetales el mayor porcentaje de cesáreas se dio por sufrimiento fetal, con el 34.69%, luego la Distocia de presentación con el 22.45% igualaron con el embarazo múltiple con el 22.45%. finalmente, macrosomía fetal con el 20.41%,

"INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO ENERO – SETIEMBRE 2019"

Tabla 11: SEGÚN EMERGENCIAS OBSTETRICAS

EMERGENCIAS OBSTETRICAS	Nº	%
OLIGOHDAMNIOS	12	21.82%
RPM	6	10.91%
DPP	11	20%
PARTO PRETERMINO	6	10.91%
HIE (preclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp)	20	36.36%
TOTAL	55	100%



FUENTE: Base de datos del SIP en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en Huánuco enero – setiembre 2019.

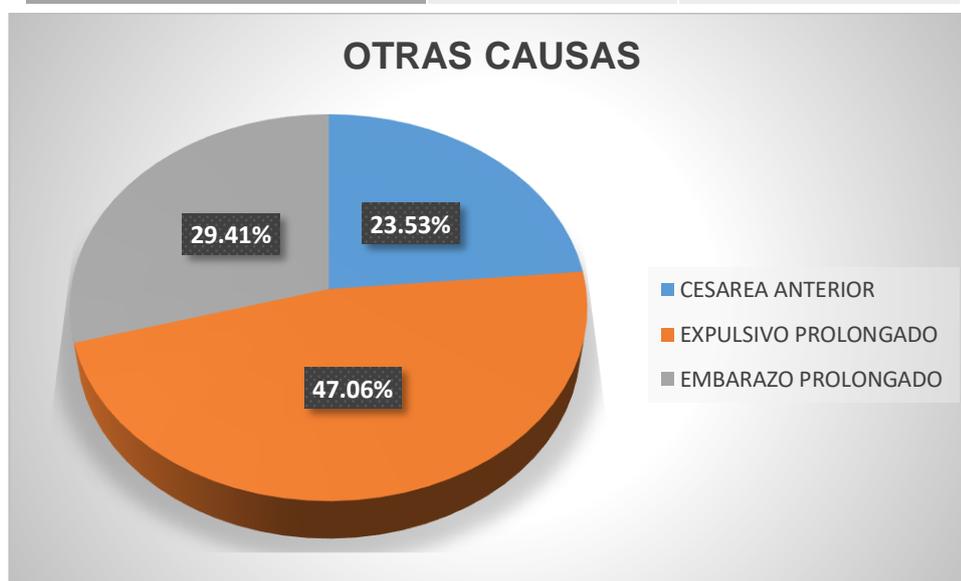
Gráfico 11: SEGÚN EMERGENCIAS OBSTETRICAS

Análisis e interpretación. - Se evidencia que, dentro de las emergencias obstétricas, en primer lugar, las HIE con el 36.36%, seguidas de oligohidramnios con 21.82%, DPP con 20%, RPM con 19.91% y parto pre término con 10.91%.

"INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO ENERO – SETIEMBRE 2019"

Tabla 12: SEGÚN OTRAS CAUSAS

OTRAS CAUSAS	Nº	%
CESAREA ANTERIOR	4	23.53%
EXPULSIVO PROLONGADO	8	47.06%
EMBARAZO PROLONGADO	5	29.41%
TOTAL	17	100%



FUENTE: Base de datos del SIP en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en Huánuco enero – setiembre 2019.

Gráfico 12: SEGÚN OTRAS CAUSAS

Análisis e interpretación. - Se evidencia que dentro de otras causas el mayor porcentaje fueron El expulsivo prolongado con el 47.06% con 8 pacientes seguidas del embarazo prolongado con el 29.41% con 5 pacientes y finalmente la cesárea anterior con 23.53% con 4 pacientes.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el estudio realizado se concluye que dentro de la Incidencia de cesáreas en el hospital las indicaciones más frecuentes que causaron el parto por cesárea están en primer lugar las DCP con el 35.29%, seguida de la DISTOCIA DE PRESENTACION con el 22.49%, que comparado con el estudio realizado por **Casagrandi C, Pérez P, Areces (2007 – CUBA)**, Quienes realizaron una investigación titulada: Tendencias de Algunos Indicadores Relacionados con la Cesárea. En dicho estudio encontraron que el índice de cesáreas se incrementó (de 18,3% a 29,2%, en los años 1996 y 2005, respectivamente). Las indicaciones más frecuentes en fueron la desproporción céfalo pélvica (13,1 %) y la presentación pelviana (11,1 %).⁷

Cavero S, en Huacho – 201: la tesis “Factores obstétricos asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, 2015”, con el propósito de determinar los factores obstétricos asociados al éxito del parto vaginal después de un parto por cesárea. El estudio fue observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo, Como principales resultados obtuvo: el 72.8% de las gestantes tenían entre 20 a 34 años,²³ Comparable con nuestro estudio que da como resultado donde se demuestra que también como una de las causas de cesárea fueron el 48.56% de las gestantes tenían entre 18 a 29 años.

Caldas M, Carrión C, (Lima en el 2016): el estudio “factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa en la clínica particular Cory Gyn, distrito Los Olivos, la finalidad fue determinar los factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa, realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, Como principales resultados obtuvieron: mayormente fue por sufrimiento fetal agudo (22.1%), seguido por macrosomía fetal (12.2%), comparado con el presente estudio realizado se puede observar que una de las causa para la cesárea fueron; SUFRIMIENTO FETAL (34.69%) seguido por MACROSOMIA FETAL (20.41%).

Maylle Bonilla Ana, (2010 - 2014): La investigación realizada, tuvo el objetivo de determinar la incidencia de cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, Es salud, durante el periodo 2010 a 2014; utilizando un diseño y nivel Descriptivo, de tipo no experimental, transversal y retrospectivo; Concluyendo que: la incidencia en cesáreas en el Hospital Es salud, durante el periodo 2010 a 2014 es a disminuir progresivamente, con una incidencia que fluctúa entre 37,7% a 34%.²⁸

Comparado con el siguiente estudio realizado concluye que la incidencia de cesarea en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano durante el periodo enero – setiembre 2019 es a disminuir progresivamente con una incidencia de 32.17%.

CONCLUSIONES

Luego del análisis respectivo se concluye que en el HRHVM durante el periodo enero – setiembre 2019 ocurrieron 429 partos, 138 partos son distócicos (cesárea) con el 32.17%, lo que expresa que existe un porcentaje significativo de cesáreas como consecuencia de complicaciones que se presentan. Así mismo se observa que del total de partos ocurridos en el Hospital regional Hermilio Valdizan de Huánuco durante enero, - setiembre 2019 La edad materna que más prevaleció en la incidencia de cesárea fue la edad de entre 18 a 29 años con un porcentaje de 48.56%, con 67 pacientes.

Según la procedencia 82 pacientes con el 59.42% corresponden a la zona urbana, mientras que 56 pacientes con el 40.58% son de la zona rural.

35722 pacientes que representan el 41.30% tienen el nivel de educación secundaria, seguidas de 39 pacientes con nivel educativo superior con el 28.27%.

El estado civil de las pacientes en estudio el 44.93% con 62 pacientes es el de convivientes.

Según el número de cesáreas el 62.32% de 86 pacientes son cesareadas por primera vez mientras que el 37.68% con 52 pacientes han sido cesareadas 2 o más veces.

Según el tipo de cesárea encontramos que las cesáreas de emergencia prevalecieron con el 84.78% de 117 pacientes, seguido de la cesárea electiva con el 15.22% con 21 pacientes.

RECOMENDACIONES

La OMS recomienda que las cesáreas no deben de pasar de la incidencia del 15%, como objetivamos en este estudio está en el 32.17% en forma decreciente, se recomienda progresivamente disminuirlo.

1. Para evitar una incidencia elevada de operación cesárea en el centro hospitalario es recomendable la prevención como factor fundamental, poniendo énfasis durante la atención pre-natal en los factores de riesgo obstétrico (edad, paridad, antecedentes patológicos personales y familiares, antecedentes Gineco-Obstétricos, control prenatal apropiado, factor socioeconómico).
2. Los factores generales tenemos una clase trabajadora y una edad joven en caso de cesáreas, se recomienda realizar actividades de preparación integral para el parto, con mayor énfasis para un parto vaginal, teniendo en cuenta el riesgo que implica una cesárea.
3. La cesárea anterior es la primera indicación para cesárea, por ello el hacer preparación psicológica en las primigestas es una prioridad.
4. En cuanto a las cesáreas de emergencia trabajar con el personal de Gineco Obstetricia, en cuanto a la toma de decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. NÁPOLES MÉNDEZ D.; PILOTO PADRÓN M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_10_12/san131012.htm.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Técnicas quirúrgicas para la cesárea 2007. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004662_abalose_com/es/index.html.
3. WYNN A, CABEZA J, ADACHI K, NEEDLEMAN J, GARCIA PJ, KLAUSNER JD Frequency of Maternal and Newborn Birth Outcomes, Lima, Peru, 2013. PLoS ONE 2015, 10(3): e0116102. doi: 10.1371/journal.pone.011610.
4. LEONE T, PADMADAS SS, MATTHEWS Z. Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries. Soc Sci Med. 2008; 67(8): 1236-46.
5. ARRIETA ALEJANDRO; GARCÍA PRADO ARIANA. El aumento de las cesáreas en los hospitales públicos: Un análisis de la capacidad hospitalaria y de los incentivos médicos. Economía y Salud. boletín Informativo. 2012. N0 3.
6. Balizan, et al. Cesáreas en el Perú y América Latina. Perú, Lima; 2013. p.7.
7. Casagrandi C, Pérez P. Areces D, et al. Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. Rev. Cubana Gineco-obstetra 2007.
8. Gonzales J, Gonzales R. Indicaciones de cesárea segmentaria en adolescentes; Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona. Estado Anzoátegui en el año 2007. [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano] Barcelona, España. Universidad de Oriente; 2009.
9. Villaverde R. Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. [Tesis para optar el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Zaragoza - España. Universidad de Zaragoza; 2009.

10. MD, Especialista en ginecología y obstetricia. Especialista en epidemiología y jefe de departamento del servicio de ginecología y obstetricia hospital universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo, Colombia. Patricia borrero Zamudio.
11. Castro M., Factores predisponentes de la infección puerperal post cesárea en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor de septiembre 2012 - febrero 2013. Tesis para obtener el título de obstetra. Guayaquil, Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2013. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1826> (último acceso 20 enero 2016).
12. Shrestha S, Shrestha R, Shrestha B, Dongol A. Incidence and risk factors of surgical site infection following cesarean section at dhulikhel hospital. Kathmandu Univ. Med J (KUMJ). 2014 AprJun;12(46):113-6.
13. Iyoke C, Ugwu G, Ezugwu F. Risks associated with subsequent pregnancy after one caesarean section: A prospective cohort study in a Nigerian obstetric population. Niger J Clin Pract. 2014;17(4):442-8.
14. Cho G, Kim L, Min K. Prior cesarean section is associated with increased preeclampsia risk in a subsequent pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth.2015; 15:244-27.
15. San Martín M. Parto vaginal tras cesárea. Tesis de grado. Universidad de Valladolid; 2016.
16. Chávez R. Análisis estadístico de los factores de riesgo que influyen en el médico para la operación por cesárea a pacientes atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal – 2005.
17. Oshiro E. Cesárea, tasa, indicaciones y factores de morbimortalidad materno perinatal asociado en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el período 2003-2005. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.
18. Manzano E. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. [Tesis para optar el Título Profesional de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres.
19. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los

hospitales de Tumbes.

http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_1502_Esp_03.pdf

20. BUSTAMANTE-NÚÑEZ J. VERA-ROMERO O. LIMO-PEREDO J., PATAZCA-ULFE J. Frecuencia e Indicaciones más frecuentes de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL), 2010- 2011. Rev. Cuerpo Méd. HNAAA 7(1) 2014, 7 (1):6-1244.
21. PUMA J.; FRÍAS J.; CAPARÓ C. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. Rev Med Hered.2015; 26:17-23.
22. Instituto nacional de estadísticas e informática, encuesta demográfica y de salud familiar 2016 [sede web]. Peru: instituto nacional de estadísticas e informáticas; 2017 [acceso 12 de junio del 2017]. Disponible en: http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR_2016-I.pdf.
23. Cavero S. Factores obstétricos asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital de Chancay, 2015. Tesis de grado. Huacho: Universidad Alas Peruanas; 2015.
24. http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR_2016-I.pdf.
25. Caldas M, Carrion C. Factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesarea previa en la clínica particular Cory Gyn, distrito los olivos 2015. Revista científica alas peruanas 2016; 3 (2): p,1-12.
26. Castillo L. Factores predictores de parto vaginal en cesárea previa. Tesis de maestría. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
27. Antonio et al. Congreso Extraordinario de Obstetricia y Ginecología 1997: Operación cesárea en el C.S. Carlos Showing F. Amarilis – Huánuco. Perú. 1994- 1997. Pg. 19.
28. Gerencia de EsSALUD del Perú. Indicadores de Salud Huánuco. Perú, Lima; 2013. P. 215.
29. Huamán Berríos, Julio Enrique. Historia de la obstetricia ensayo sobre algunas ideas de la obstetricia. Perú, Huancayo. 2004; p.23.
30. Huamán Berríos, Julio Enrique. *Ibíd.*, 2004; p. 27.

31. Ministerio de Salud Perú: Hospital Santa Rosa: Guía práctica clínica Médico Quirúrgica. Perú, Lima. 2008; p 36.
32. MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. Lima; 2007. p. 127.
33. ROS, C. BELLART, J. HERNÁNDEZ, S. Protocolo de Cesárea. Hospital Clínica de Barcelona. 2010.1-9.
34. PLAZA A., COLL O., Protocolo de actuación ante cesárea urgente. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic de Barcelona. 2008:110.
35. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA. Cesárea Segura. México.<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>.
36. MASCARO SÁNCHEZ, PEDRO A. ALVARADO ÑATO, CARLOS J. HINOJOSA PEREZ, JULIA R. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal. MINSA, Perú. 2010; 158-163.
37. GAYÁN, PATRICIO. VARAS, JORGE. DEMETRIO, ANA M. LATTUS, JOSÉ. Protocolo de Indicación Operación Cesárea. Rev. Obste. Gineceo. Artículo Especial- Hosp. Santiago Oriente Dr. LuisTiznéBross. 2009; VOL 4 (2):116
38. RUBIO ROMERO J.; ÁNGEL MÜLLER E. Operación Cesárea. Capítulo 16. <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/19/9789584476180.16.pdf>.
39. MANRIQUE FUENTES M. Complicaciones de la Cesárea. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ ficheros/cr.comPLICACIONES_ cesarea.pdf.
40. Ministerio de Salud del Perú. Medidas de frecuencia y diseño de estudios. Rev. PREC en Epidemiología. 2013; p. 18.

41. Pardo De Vélez Graciela, et al. Investigación en Salud: Factores sociales. Colombia, Santafé de Bogotá. MC GRAW HIL. 1989. Reimpreso 2010. Pp.335.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>Problema General.</p> <p>¿Cuál es la incidencia de cesáreas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de enero - setiembre del 2019?</p> <p>Problemas Específicos.</p> <p>a. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2019?</p> <p>b. ¿Qué tipo de cesárea se realizaron las gestantes que se atendieron en el hospital?</p> <p>c. ¿Cuáles son las principales indicaciones obstétricas de la cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2019?</p>	<p>Objetivo General.</p> <p>Determinar la incidencia de cesárea en el Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano, enero – setiembre 2019".</p> <p>Objetivos Específicos.</p> <p>a. Identificar las características sociodemográficas de las gestantes.</p> <p>b. Identificar el tipo de cesárea que se realizaron las gestantes que se atendieron que se atendieron en el hospital</p> <p>c. Identificar las principales indicaciones obstétricas de la cesárea</p>	<p>Hipótesis de investigación.</p> <p>H_i: Las cesáreas inciden en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2019.</p> <p>H_o: Las cesáreas no inciden en el hospital Hermilio Valdizán Medrano 2019</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Incidencia de cesáreas</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Gestantes atendidas en el Hospital regional Hermilio Valdizán Medrano</p>	<p>Completo</p> <p>Incompleto</p> <p>SI</p> <p>NO</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Descriptivo</p> <p>Transversal</p> <p>Retrospectivo</p> <p>Enfoque</p> <p>es cuantitativo</p> <p>Alcance o nivel</p> <p>El presente estudio corresponde al nivel relacional</p> <p>Diseño</p> <p>Diseño correlacional</p>	<p>Población</p> <p>La población estuvo constituida por 429 cesareadas en el periodo enero-setiembre 2019, la información fue recolectada de las Historias Clínicas, así como del Libro de Partos, consultorio materno y estadístico del hospital.</p> <p>Muestra</p> <p>Se trabajó con una muestra total de 138 pacientes cesareadas.</p>

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

"INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO ENERO – SETIEMBRE 2019"

Nº DE HISTORIA CLINICA: FECHA:

EDAD:

PROCEDENCIA: Urbana: () Rural: ()

DISTRITO:.....

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

ESTADO CIVIL:

Soltera: () Casada: () Conviviente: ()

EDAD GESTACIONAL:

<37 SEMANAS: () 38 – 41 SEMANAS: () ≥ 42 SEMANAS: ()

CESAREA ANTERIOR: SI () NO ()

NUMERO:

CAUSA:

.....
CONTROLES PRENATALES: SI () NO ()

NUMERO:

TIPO DE CESAREA

ELECTIVA () EMERGENCIA ()

INDICACION DE CESAREA:

CAUSAS MATERNAS

- Desproporción céfalo-pélvico ()
- Pelvis estrecha ()
- ITS ()

CAUSAS FETALES

- Macrosomía fetal ()
- Sufrimiento fetal. ()
- Desprendimiento prematuro de placenta. ()
- Distocia de presentación. ()

CAUSAS OBSTETRICAS

- Oligohidramnios. ()
- RPM. ()
- DPP. ()
- HIE (preclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp). ()

OTRAS CAUSAS

- Cesárea anterior. ()
- Expulsivo prolongado. ()
- Embarazo prolongado. ()