

Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



TESIS

CARÁCTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E INDICACIONES DEL PARTO POR
CESÁREA DE MAYOR FRECUENCIA EN EL HOSPITAL BARRANCA
CAJATAMBO 2016 – 2017

Autor: Gulle Yerson Bambasten Cadillo Canales

Asesor: Dr. Darío Estanislao Vásquez Estela

Huacho – 2019

**CARÁCTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E INDICACIONES DEL PARTO POR
CESÁREA DE MAYOR FRECUENCIA EN EL HOSPITAL BARRANCA
CAJATAMBO 2016 – 2017**

Gulle Yerson Bambasten Cadillo Canales

TESIS DE PREGRADO

Asesor: Dr. Darío Estanislao Vásquez Estela.

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

2019

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a mi familia, la cual ha sido mi motivación para seguir adelante y no desmayar en este largo, pero hermoso camino que estoy siguiendo para convertirme en el profesional que visiono.

Sin olvidar a quienes se convirtieron en mi segunda familia, docentes y compañeros de mi querida escuela de Medicina Humana por todos estos años juntos.

ÍNDICE

RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1. Problema general	2
1.2.2. Problemas específicos	2
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación de la investigación	3
1.5. Delimitación del estudio	4
1.6. Viabilidad del estudio	5
CAPÍTULO II	6
MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes de la investigación	6
2.1.1. Antecedentes Internacionales	6
2.1.2. Antecedentes Nacionales	11

2.2. Bases Teóricas	15
2.3. Definiciones de términos básicos	20
2.4. Formulación de la Hipótesis	20
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	21
3.1. Diseño metodológico	21
3.1.1. Tipo de investigación	21
3.1.2. Nivel de investigación	21
3.1.3. Diseño de investigación	22
3.1.4. Enfoque	22
3.2. Población y Muestra	22
3.3. Operacionalización de variables e indicadores	23
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	25
3.4.1. Técnicas a emplear	25
3.4.2. Descripción de los instrumentos	25
3.5. Técnicas para el procesamiento de la información	25
CAPITULO IV RESULTADOS	26
CAPITULO V DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES	37
5.1. Discusión	37
5.2. Conclusiones	39
5.3. Recomendaciones	40

CAPÍTULO VI FUENTES DE INFORMACIÓN	42
6.1. Fuentes bibliográficas	42
6.2. Fuentes hemerográficas	43
6.3. Fuentes documentales	45
6.4. Fuentes Electrónicas	46
ANEXOS	48
Anexo1. Matriz de consistencia.	49
Anexo 2. Ficha de Recolección de Datos	50
Anexo 3. Solicitud de permiso para la realización de la investigación	51
Anexo 4. Respuesta del director del hospital a la solicitud de permiso.	52
Anexo 5. Constancia de Visación de datos estadísticos.	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Opercionalización de variables	23
Tabla 2 Frecuencia y distribución de PC	26
Tabla 3 Procedencia de madres adolescentes.....	28
Tabla 4 Nivel de urgencia de los PC	28
Tabla 5 Paridad	29
Tabla 6 Edad gestacional al momento del PC.....	30
Tabla 7 Tipo de incisión uterina usada en el PC	31
Tabla 8 Indicaciones de PC según grado de urgencia	33
Tabla 9 Indicación según edad de la madre	34
Tabla 10 Indicación según paridad.....	35

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de PC según edad materna.....	27
Figura 2. Indicaciones de PC.....	29
Figura 3. Antecedente de PC.....	30
Figura 4. Complicaciones del PC.....	31
Figura 5. Frecuencia según grupos de Robson.....	32
Figura 6. Indicaciones según procedencia.....	36

RESUMEN

Los partos por cesárea se han convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes a nivel mundial, por lo cual la OMS y otras instituciones en el mundo han presentado recomendaciones para su control. **Objetivo:** Determinar la tasa de partos por cesárea y la indicación más frecuente de este en el Hospital Barranca Cajatambo 2016 – 2017. **Métodos:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, cualitativo de corte transversal que registraron 1416 casos de los cuales 52 fueron eliminado por no contar con criterios de inclusión. Se utilizó una ficha de recolección de datos para seleccionar la información y se procesó utilizando los programas Excel 2016 y SPSS v.25. **Resultados:** Se encontró una tasa de partos por cesárea anual promedio de los años 2016 – 2017 de 39.90%, La edad promedio de las gestantes cesareadas fue de 27 años, con un rango que va desde los 11 a los 45 años. La indicación más frecuente de parto por cesárea fue la cesárea previa con 448(32.2%), seguida de distocia con 199(14,6%) casos y emergencia con 165(12,1%) casos. Se analizó las indicaciones según los grados de urgencia, encontrando 180(18,6%) casos de cesárea previa en cesáreas de emergencia. También se encontró que las madres adolescentes tienen como principal indicación a las causas maternas con 50(23,7%) casos. Por otro lado, las multigesta presentan como principal indicación a la cesárea previa con 445(48%) casos. **Conclusiones:** La tasa de cesárea anual está por encima de las recomendaciones dadas por la OMS que van del 10 al 15%. Sin embargo, una comparación con otras realidades mundiales nos hace inferir que el cambio de estas cifras, depende del compromiso y responsabilidad mayor del que se le está brindando. Las indicaciones de cesárea se repiten en la mayoría de realidades, por lo cual un trabajo integrado en el control de la primera cesárea sería un gran paso en el control de las tasas de partos por cesárea.

Palabras clave: Cesárea, epidemiología, Estudios Transversales.

ABSTRACT

Cesarean deliveries have become one of the most frequent surgical procedures worldwide, which is why WHO and other institutions in the world have presented recommendations for their control. Objective: To determine the cesarean delivery rate and the most frequent indication of this at the Hospital Barranca Cajatambo 2016 - 2017. Methods: This observational, descriptive, qualitative cross-sectional study recorded 1416 cases of which 52 were eliminated for not having inclusion criteria. A data collection form was used to select the information and it was processed using the Excel 2016 and SPSS v.25 programs. Results: An average annual caesarean delivery rate of the years 2016 - 2017 of 39.90% was found. The average age of the Cesarean pregnant women was 27 years, with a range ranging from 11 to 45 years. The most frequent indication for cesarean delivery was previous caesarean section with 448 (32.2%), followed by dystocia with 199 (14.6%) cases and emergency with 165 (12.1%) cases. The indications according to the degrees of urgency were analyzed, finding 180 (18.6%) cases of previous cesarean in emergency caesarean sections. It was also found that adolescent mothers have as main indication to maternal causes with 50 (23.7%) cases. On the other hand, the multigestates present as the main indication to the previous cesarean section with 445 (48%) cases. Conclusions: The annual cesarean rate is above the recommendations given by the WHO ranging from 10 to 15%. However, a comparison with other world realities makes us infer that the change in these figures depends on the commitment and responsibility greater than what is being offered to them. Cesarean indications are repeated in most realities, so a job integrated in the control of the first cesarean section would be a big step in the control of cesarean delivery rates.

Keywords: Caesarean section, epidemiology, Cross-sectional Studies.

INTRODUCCIÓN

El parto por cesárea (PC) es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto del vientre materno, por medio de una laparotomía seguida de una histerotomía (Cunningham et al. 2015). Al parecer las primeras cesáreas fueron realizadas en Mesopotamia, Egipto, Roma y otras culturas de la antigüedad, teniendo como finalidad extraer al feto, en condiciones post mortem, de esta manera se podía salvar la vida del producto, en caso la gestante falleciera (Lurie & Glezerman, 2003) (Todman, 2007)

En los últimos años las tasas de PC realizadas en el mundo han ido aumentando superando significativamente las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985) que proponen un rango de PC del 10 al 15% del total de partos. Este crecimiento alarmante, ha llevado a cuestionar la razón por la cual se realiza un PC, por lo que, en los últimos años, diversas investigaciones y publicaciones tratan de abordar el tema, dilucidando los motivos de PC más frecuentes y brindando recomendaciones que reduzcan el número de las cesáreas que pudieran ser innecesarias. (Ye, Betrán, Guerrero, Souza, & Zhang, 2014) (FIGO, 2018)

Este fenómeno mundial también compromete a nuestro país, el cual presenta un gran crecimiento en la tasa de cesáreas, con respecto al planteado por la OMS, por lo que se recomienda un compromiso mayor de la academia y de las autoridades sanitarias. (Bobadilla & León, 2017)

Por lo expuesto, el presente trabajo busca presentar un perfil claro sobre los aspectos de las cesáreas realizadas en nuestro medio y de esta manera aportar con información válida a el control de este problema.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Los PC en la actualidad vienen siendo una de las cirugías más realizadas en todos los hospitales del mundo, su frecuencia en 1990 era del 6.7% del total de partos como promedio mundial, la cual aumentó hasta 19.1% en el 2014, teniendo como motivo principal, la cesárea anterior. También es importante resaltar que el mayor crecimiento regional se dio América Latina y El Caribe, desde un 22.8% en el 90 hasta un 42.2% en el 2014 (Betrán et al., 2016; Boerna et al., 2018).

En nuestro país estudios anteriores nos revelan que la tasa de PC está por encima del límite establecido por la OMS, con una tasa aproximada del 33% del total de partos (Quispe, Santivañez-Pimentel, Leyotn-Valencia, & Pomasunco, 2010; Bustamante-Nuñez, Vera-Romero, Limo-Peredo, & Patasca-Ulfe, 2014).

Sin embargo, no existe material publicado sobre la realidad local de las cesáreas, por lo cual conocer las características epidemiológicas propias de nuestro medio nos permitirá hacer una comparación y tomar medidas, en el caso fueran necesarias para la mejoría de políticas y decisiones locales con respecto a este procedimiento quirúrgico.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características epidemiológicas e indicaciones del parto por cesárea de mayor frecuencia en el Hospital Barranca Cajatambo 2016 – 2017?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las características epidemiológicas de los partos por cesárea en el Hospital Barranca - Cajatambo 2016 – 2017?

¿Cuál son las indicaciones del parto por cesárea de mayor frecuencia en el Hospital Barranca Cajatambo 2016 – 2017?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Describir las características epidemiológicas e indicaciones del parto por cesárea de mayor frecuencia en el Hospital Barranca Cajatambo 2016 – 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

Analizar las características epidemiológicas de los partos por cesárea en el Hospital Barranca - Cajatambo 2016 – 2017.

Determinar las indicaciones del parto por cesárea de mayor frecuencia en el Hospital Barranca Cajatambo 2016 – 2017.

1.4. Justificación de la investigación

Conveniencia: teniendo en cuenta la preocupante situación epidemiológica de la cesárea, es muy conveniente conocer la realidad local sobre este procedimiento quirúrgico a fin de establecer pautas para su manejo y control.

Relevancia social: siendo la cesárea, uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en todo el mundo es necesario tener la mayor cantidad información

posible, de esta manera se contribuye a un mejor uso de recursos humanos y materiales, beneficiando a una mayor cantidad de personas.

Implicaciones prácticas: los resultados de la presente investigación contribuyen al conocimiento académico y en potencial medida a la mejor gestión de los recursos destinados a estos procedimientos.

Justificación teórica: esta información ayuda a conocer mejor las condiciones locales de un problema que se viene presentando a nivel mundial, como es el incremento de los índices de cesáreas.

Justificación metodológica: el presente trabajo de características descriptivas utiliza una ficha de recolección de datos diseñada en base a la necesidad de información del estudio.

1.5. Delimitación del estudio

Delimitación espacial: Hospital Barranca – Cajatambo.

Delimitación social: Gestantes cuyos partos fueron atendidos en el servicio de Gineco – Obstetricia siguiendo la técnica quirúrgica de la cesárea.

Delimitación temporal: Pacientes que hayan sido sometidas a partos en los años 2016 – 2017.

1.6. Viabilidad del estudio

Viabilidad temática: La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes realizados en todos los hospitales y de gran importancia global, lo que facilitará el estudio. El presente trabajo, pertenece al área de ciencias médicas, subárea de medicina clínica y a la disciplina de obstetricia y ginecología.

Viabilidad económica: el costo total del trabajo no comprometió gastos que excedan a las capacidades económicas del autor, quien asumió todos los gastos.

Viabilidad administrativa: se contó con la aprobación del director del Hospital Barranca – Cajatambo, tras él envió de un documento oficial.

Viabilidad técnica: este trabajo fue realizado por personal relacionado al rubro de la salud, siendo las únicas características necesarias para la correcta recolección de datos. Posteriormente los datos fueron procesados en asesoría de un profesional bioestadístico.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Kankoon et al. (2018). Realizaron un estudio titulado “*Cesarean rates and severe maternal and neonatal outcomes according to the Robson 10-Group Classification System in Khon Kaen Province, Thailand*” El cual tuvo como objetivo evaluar las tasas de cesárea y los resultados maternos y neonatales en cada grupo en el Sistema de Clasificación Robson. Fue un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, se revisaron los datos de todas las mujeres embarazadas que dieron a luz en 24 hospitales gubernamentales en la provincia de Khon Kaen, Tailandia, en 2014. Se registraron los resultados del parto y los resultados perinatales. Resultando en una tasa de partos por cesárea del 31,4 % de un total de 18043 partos. Las mujeres en el grupo 5 representaron la mayoría de

las cesáreas (26.0%). Los grupos 1 y 2 representaron el 41,6% de los procedimientos; la tasa de cesárea dentro de estos dos grupos fue del 19,4% y del 71,2%, respectivamente. En comparación con el grupo 1, las mujeres de los grupos 2, 4, 6, 7 y 10 tuvieron un riesgo significativamente mayor de resultados maternos graves, y las de los grupos 6, 7, 8, 9 y 10 tuvieron un mayor riesgo de resultados neonatales graves. Concluyeron que *“la tasa de cesáreas en el contexto del estudio fue alta, y tres de cada cuatro procedimientos se realizaron para mujeres en los grupos 5, 1 y 2. Las intervenciones deben centrarse en estos grupos para reducir las tasas generales de cesárea”*

Plevani, et al. (2017). En su estudio titulado “Cesarean delivery rates and obstetric culture - an Italian register-based study. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica” que tuvo como objetivo determinar las tasas de parto por cesárea, analizar su relación con las practicas obstétricas y los resultados perinatales. Realizaron un estudio retrospectivo de los datos recopilados prospectivamente con respecto a todas las entregas que se realizaron en los 72 hospitales de Lombardía, una región en el norte de Italia, durante el año 2013. El certificado de entrega se utilizó como fuente de datos. El coeficiente de correlación de Pearson y la regresión logística se utilizaron para el análisis estadístico. Como resultados obtuvieron que la tasa de partos por cesárea fue de 28.3% (rango 9.9-86.4%), parto vaginal operatorio 4.7% (rango 0.2-10.0%) y parto vaginal después de la cesárea 17.3% (rango 0-79.2%). Se encontró una correlación inversa significativa entre las tasas de parto por cesárea general y el parto vaginal quirúrgico ($r = -0.25$,

$p = 0.04$). La correlación entre la tasa de cesárea general y el parto vaginal después de la cesárea también fue inversa y significativa ($r = -0.57$, $p < 0.001$). No hubo asociación entre la tasa general de partos por cesárea y las tasas de puntuación de Apgar a los 5 min < 7 en recién nacidos prematuros a término y ($r = -0.92$, $p = 0.46$) y de mortalidad perinatal ($r = -0.19$, $p = 0.13$), respectivamente. Las asociaciones fueron independientes del volumen de actividad del hospital. Concluyeron que *“una práctica obstétrica que fomente el parto instrumental vaginal en la segunda etapa del parto o parto vaginal posterior a un parto por cesárea anterior, podría reducir el aumento de la tasa de parto por cesárea. Esto requerirá un cambio en la cultura obstétrica, la educación continua de los proveedores de atención médica y el liderazgo”*

Fatusic, Hudic, Fatusic, Zildzic-Moralic y Zivkovic (2016). Realizaron una investigación titulada *“Cesarean Section Rate Analysis in University Hospital Tuzla - According to Robson's Classification”* la cual tuvo como objetivo investigar la tasa de cesárea en el Hospital Universitario de Tuzla, Bosnia y Herzegovina. Realizaron un estudio transversal por un período de un año, 2015. El análisis estadístico y la presentación de la tabla de gráficos se realizaron con los programas Excel 2010 y Microsoft Office. Los resultados obtenidos fueron, una tasa de partos por cesárea del 5,47%. Según la clasificación de Robson, el grupo más grande fue el grupo 5 con una contribución relativa del 29,80%. En segundo y tercer lugar se ubicaron los grupos 1 y 2 con una contribución relativa de 26,06% y 15,78% respectivamente. Los grupos 1, 2, 5 tuvieron en cuenta la

contribución real del 71,65%. Todos los demás grupos tuvieron aportación totalmente relativa del 28,35%. Concluyendo que *“la clasificación de los 10 grupos de Robson proporciona una manera fácil de recopilar información sobre la tasa de cesárea que permite obtener una buena visión de ciertos grupos de nacimiento. El análisis detallado de 10 grupos nos ayuda a detectar las causas del aumento en las tasas de cesárea para cada grupo. Es importante que los esfuerzos para reducir la tasa general de PC se centren en reducir la tasa de PC primaria (grupo 1 y 2) y en aumentar el parto vaginal después de la PC (grupo 5). Se confirmó esta actitud y compone un análisis detallado de cada decisión de realizar un PC en los grupos 1, 2 y 5.”*

Meda et al. (2016). En su trabajo titulado *“Rate of and factors associated with indications for cesarean deliveries: Results of a national review in Burkina Faso”* que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de PC en Burkina Faso, analizar las indicaciones para ellos y los resultados, e identificar los factores asociados con las indicaciones maternas no absolutas para el procedimiento, en oposición a las principales intervenciones obstétricas realizadas para salvar la vida de una mujer. Fue un estudio transversal, donde seleccionaron y analizaron los PC entre los más recientes realizados entre mayo de 2009 y abril de 2010 en todas las instalaciones en Burkina Faso. Para identificar los factores asociados con las indicaciones maternas no absolutas, utilizaron ecuaciones de estimación generalizadas para tener en cuenta el agrupamiento de datos a nivel hospitalario.

Sus resultados indicaron que la proporción de nacimientos por cesárea fue del 1,5%, con variaciones regionales que oscilaron entre el 0,8% y el 4,5%. Se realizaron principalmente para indicaciones maternas absolutas (54,8%). Los partos por cesárea para indicaciones maternas no absolutas fueron estadísticamente más frecuentes en los hospitales privados (OR 2.2; IC 95%, 1.2–4.0), entre las mujeres en áreas urbanas (OR 1.6; IC 95%, 1.0–2.4), durante las cesáreas programadas y en ausencia de uso del partograma. Concluyendo que *“Existe una pequeña proporción de partos por cesárea en Burkina, disparidad entre las zonas urbanas y rurales incluyendo preponderancia relativa de las indicaciones maternas absolutas para el parto por cesárea”*

Barčaitė et al. (2015). Realizaron un estudio titulado *“Cesarean section rates in Lithuania using Robson Ten Group Classification System”* que tuvo por objetivo medir la tasa de PC y clasificar las causa que llevaron a dicho procedimiento utilizando la clasificación de Robson. Fue un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, en el cual participaron 23 hospitales de Lituania con un total de 25 373 partos en todo el año 2012. Obteniendo como resultado una tasa de PC del 26.4%, siendo los grupos 1, 3 y 5 según la clasificación Robson, la población más numerosa de gestantes. Aunque los grupos con mayor aporte de PC fueron los grupos 1, 2 y 5 con el 67.6% del total de cesáreas realizadas. Los grupos que presentaron tasas más altas de cesáreas fueron los grupos 2 y 4 con el 52.6% y el 35.4% respectivamente. Inclusive se detectó una variación significativa de tasas de PC dependiendo de las instituciones, demostrando una

variación a lo largo de todo el país lituano. Concluyendo que *“las mujeres en los Grupos 1, 2 y 5 fueron las mayores contribuciones a la tasa general de cesáreas en Lituania. Parece que los esfuerzos para reducir la tasa general de cesáreas deben dirigirse al aumento del parto vaginal después de las cesáreas y a la reducción de las tasas de cesáreas en mujeres nulíparas con embarazo único a término a término”*.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Zavaleta (2018). En su trabajo titulado “Prevalencia e indicaciones de cesárea en el departamento de Gineco - Obstetricia del Hospital Nacional Dos De Mayo durante el periodo Enero - Diciembre 2017” que tuvo como objetivo conocer la prevalencia e indicaciones de cesárea en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo Enero - Diciembre del año 2017. Fue un estudio de tipo descriptivo, no experimental, transversal, retrospectivo. Se utilizaron fichas de recolección de datos para obtener la información de 1567 partos por cesárea registrados. Se utilizó el programa SPSS V25, en el cual se interpretaron las variables mediante frecuencias, tablas cruzadas, intervalos con agrupación visual, y gráficos. Los resultados fueron, una tasa de cesáreas del 61.3% del total de nacimientos, dentro de las indicaciones de cesárea más frecuentes se destacaron las indicaciones maternas con un 78,2%, dentro de lo cual, la cesárea anterior representó un 37,8% del total de indicaciones maternas. Concluyeron que *“la prevalencia de cesáreas*

fue de 61,3% y se identificaron las indicaciones de cesárea, dividiéndolas en maternas, fetales y ovulares, presentándose en 1226, 745 y 769 pacientes, representando un 78,2%, 47,5% y 49,1% respectivamente”.

Fiestas (2016). En su trabajo titulado “Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo julio 2014 - julio 2015” que tiene por objetivo determinar la Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo julio 2014 - julio 2015, fue un estudio observacional descriptivo retrospectivo de corte transversal, se incluyeron la totalidad de los nacimientos durante el periodo de estudio. Los datos fueron recolectados del libro de partos, libro de sala de operaciones y base de datos estadísticos del Departamento de Gineco-Obstetricia. El resultado fue una prevalencia de partos por cesárea fue de 53.37%. El tipo de cesárea, más frecuente, según el antecedente obstétrico fue la Primaria con un 56.96%. El grupo etario en el que predominaron las cesáreas fue el de 20 a 34 años con el 78.85%. Las Principales indicaciones fueron Cesárea anterior con 41.14%, Falta de progresión de trabajo de parto con 12.02% y Macrosomía Fetal con 8.23%. Concluyendo que *“una frecuencia elevada de cesáreas que supera ampliamente al 15 % recomendada por la OMS. Una alta frecuencia de Cesáreas realizadas por primera vez y un alto índice de indicación de cesárea por cesárea anterior, lo cual contribuye a que la tendencia de que las tasas de cesárea sigan aumentando con el paso de los años”.*

Gonzales (2016). En su trabajo titulado “Indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2014” que tuvo como objetivo Conocer las indicaciones que determinan un parto por cesárea, así como su frecuencia y las características de las pacientes en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Comas-Lima Perú durante el período 2014. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 338 casos de cesárea en dicho hospital. La información fue recolectada principalmente del registro de sala de operaciones y de las Historias Clínicas respectivas, para lo cual se empleó una ficha de recolección de datos. Los resultados se analizaron en el programa informático Microsoft Office Excel 2010. En los resultados se encontró una frecuencia de la operación cesárea de 42,07%. Las principales indicaciones de cesárea fueron: Cesárea Anterior con 24.26%; Desproporción Céfalo-Pélvica con 16.57%; Pre-eclampsia o Eclampsia con un 10.95%; Macrosomía Fetal con 9.47% y Ruptura Prematura de Membranas con 8.87%. Concluyendo que *“las indicaciones de cesárea por causa materna fueron las más frecuentes representando 63.02% del total y dentro de éstas la cesárea anterior fue la principal causa con 24.26%. La frecuencia de la operación cesárea fue de 42,07%, cifra superior a lo recomendado por la OMS que es un 10-15%”*.

Paredes (2015). Realizó un trabajo titulado *“Características de las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto 2014”* que tuvo como objetivo describir las características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas

atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto, 2014. Fue un trabajo observacional descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La muestra fue de 312 cesáreas que cumplen los criterios de inclusión y exclusión, la técnica de información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica y del informe operatorio. Las principales indicaciones de cesáreas fueron cesárea anterior (29.2%), sufrimiento fetal agudo (21.5%), desproporción cefalopélvica (9.9%), hipertensión inducida en el embarazo (8.3%) y embarazo pre término (8.3%). Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo (35.7%), desproporción cefalopélvica (12.5%), hipertensión inducida en el embarazo (9.5%) y embarazo pre término (9.5%). Concluyeron que *“las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto, son más frecuentemente indicadas por condiciones de emergencia, como el sufrimiento fetal, la desproporción cefalopélvica y los cuadros hipertensivos”*

Bustamante-Núñez, Vera-Romero, Limo-Peredo y Patazca-Ulfe (2014). En su investigación titulada “Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010-2011” que tuvo como objetivo determinar la frecuencia e indicaciones más frecuentes de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL) en el periodo 2010-2011. Fue un trabajo retrospectivo ecológico de corte transversal, se utilizó una ficha de recolección de datos, en una muestra de 273 historias clínicas de gestantes cesareadas, el procesamiento y análisis de la información se realizó con los paquetes estadísticos SPSS versión 19.0 y Epidat v.4.0. Los resultados mostraron

que 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 alcanzo 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 SFA (13,9%), pre eclampsia-eclampsia (12,1%), presentación podálica (10,6%), macrosomía fetal mayor de 4.500 gr. Concluyendo 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”*.

2.2. Bases Teóricas

Parto por Cesárea

El parto por cesárea comprende dos definiciones: a) el parto: proceso mediante el cual la mujer gestante logra la expulsión del feto y su placenta, y b) cesárea: que es una técnica quirúrgica que consiste en las incisiones del abdomen (laparotomía) y el útero (histerotomía). (Cunningham et al., 2015).

Existen muy pocas indicaciones absolutas requieren cesárea primaria. Algunos ejemplos son la placenta previa completa, la rotura uterina y el prolapso del cordón umbilical sin parto inminente. Otras indicaciones, por ejemplo, inducción del parto, distocia o estado fetal no tranquilizador, están sujetas a la interpretación del proveedor. Por lo tanto, las tasas para estas indicaciones son altamente variables y deben ser modificables. (Yeomans, Hoffman, Gilstrap y Cunningham, 2017)

Tipos de cesárea

Las cesáreas pueden ser urgentes o también llamadas de emergencia, cuando existe riesgo de pérdida del bienestar fetal, fracaso de inducción, parto no progresivo o estacionado, desproporción feto pélvicas y otras indicaciones en la cual se comprometa la salud de la madre o el producto. (b) programadas o electivas, en estas situaciones no existe una parámetro total, más bien depende del análisis clínico y la recomendación médica (Calvo, Cabeza, Campillo y Agüera, 2007).

Según la técnica quirúrgica debemos tener en cuenta las 2 etapas del parto por cesárea, la laparotomía y la histerotomía, teniendo principal importancia la segunda, pudiendo ser (a) Transversal baja o de Kerr (b) Vertical baja o de Konig (c) Incisión corporal (Delotte, Bouaziz, Verger y Bongain, 2011).

Complicaciones:

Generalmente la cesárea suelen ser un procedimiento seguro, sin embargo, si se compara con el parto vaginal, este suele presentar mayor número de complicaciones como hemorragia, endometritis, infección de herida operatoria, dehiscencia de herida operatoria, lesión de vías urinarias, seroma, hematoma, cefalea post anestesia, paro cardiorrespiratorio y otros (Yeomans, Hoffman, Gilstrap y Cunningham, 2017).

Teniendo en cuenta que las cesáreas vienen presentando tasas muy altas a nivel mundial la OMS de la salud se vio en la necesidad de establecer una forma de control de información relacionada a este procedimiento. Se llegó a la conclusión de que “Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos” “A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal” “Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas”. Por lo cual la OMS propone utilizar el sistema de clasificación de Robson (2015) como estándar global para evaluar y comparar los tipos de partos entre ellos la cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos.

Los grupos se clasifican en: Grupo 1: Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea. Grupo 2: Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción o cesárea antes del inicio del parto. Grupo 3: Multíparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea. Grupo 4: Multíparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción o cesárea antes del inicio del parto. Grupo 5: Multíparas con al menos una cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo. Grupo 6: Nulíparas con un feto único en presentación podálica. Grupo 7: Multíparas con un feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con cesárea previa. Grupo 8: Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con cesárea previa. Grupo 9: Todas las mujeres con feto único en posición transversa u oblicua, incluyendo aquellas con cesárea previa. Grupo 10: Todas las mujeres con un feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de embarazo, incluyendo aquellas con cesárea previa.

Características epidemiológicas

Son aquellas particularidades relacionadas a la distribución de las características propias de un evento, incluyendo características del tiempo espacio y persona. Para fines de esta investigación, incluimos edad, paridad, procedencia y fecha, ya que son variables que podemos encontrar en todos los formatos de historias clínicas desestimando otras

que solo se podrían recoger en un estudio prospectivo, agregando a éstas las frecuencias y distribuciones de las características propias del evento como son: modo de ingreso, antecedente de cesárea, edad gestacional, técnica quirúrgica, complicaciones y clasificación según Robson.

Indicación de parto por cesárea

Es el diagnóstico que justifica la realización de la cesárea, para el caso de esta investigación se usó la clasificación de Althabe (2004) la cual divide las indicaciones en emergencia y las que no son de emergencia en cesárea previa, distocia, sufrimiento fetal agudo(SFA), presentación podálica, causas maternas, causas fetales y otros. Para el fin de nuestro estudio la clasificación conocida como otros, fue desestimada, debido a que su definición exacta no está publicada.

Se decidió por esta clasificación debido a que se considera una clasificación de fácil uso según la revisión sistemática de clasificación de cesáreas (Torloni et al, 2011), agregado a esto, fue una investigación realizada en Latinoamérica en países de condiciones de salud similares a las nuestras.

2.3. Definiciones de términos básicos

Parto por cesárea

La extracción del feto y su placenta mediante una laparotomía e histerotomía consecutiva. (American College of Obstetricians and Gynecologist, 2015).

Características epidemiológicas

Son aquellas peculiaridades de comportamiento y distribución de las variables que conforman un evento o enfermedad, incluyendo también los factores de tiempo, espacio y persona (Padrón, 2013; Coliman, 1990).

Indicación de parto por cesárea

Diagnóstico que justifica la realización de la cesárea, garantizando que esta es la medida más favorable para la salud, tanto de la madre como del producto.

2.4. Formulación de la Hipótesis

El presente estudio es totalmente descriptivo, por lo cual se prescindió de la formulación de una hipótesis.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Tipo de investigación

En este estudio no se realizó la manipulación deliberada de las variables (Vallejo, 2002), las cuales son: (a) características epidemiológicas, (b) Indicación utilizada para realizar el parto por cesárea.

3.1.2. Nivel de investigación

El presente estudio es descriptivo ya que únicamente recogió información de manera independiente sobre las características epidemiológicas de los PC y sus principales indicaciones (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

3.1.3. Diseño de investigación

Observacional (no experimental), descriptivo, retrospectivo de corte transversal (Manterola & Otsen, 2014)

3.1.4. Enfoque

El estudio es de un enfoque cualitativo, ya que las variables a estudiar poseen únicamente características cualitativas (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

3.2. Población y Muestra

Población

Pacientes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Barranca Cajatambo, durante los años 2016 y 2017.

Criterios de exclusión:

1. Partos por cesárea que no fueron correctamente reportados en el libro de partos del servicio de Gineco-Obstetricia.

2. Partos por cesárea que no presenten en su historia clínica un reporte operatorio legible o este se haya extraviado.

3.3. Operacionalización de variables e indicadores

Tabla 1
Operacionalización de variables

Variable	Definición Operacional	Naturaleza	Nivel de medición	Indicador
Características epidemiológicas	Determinación estadística de comportamiento y distribución de la edad, paridad, procedencia y fecha incluyendo las variables propias de la cesárea registradas en la ficha de recolección de datos.	Cuantitativo	Continua	Frecuencias absolutas Frecuencias relativas
Edad	Años de vida registrados en el informe de cirugía dentro de la historia clínica.	Cuantitativo	Discreta	< 20 20 – 35 <35
Procedencia	Ciudad de origen indicada en la historia clínica	Cualitativo	Nominal	Rural Urbano
Nivel de urgencia	Grado de urgencia de la cesárea, indicada en la historia clínica	Cualitativo	Nominal	Emergencia Programada

Edad gestacional	Semanas de gestación al día de la cesárea según la historia clínica.	Cuantitativo	Discreta	<37 semanas 37- 42 semanas >42 semanas
Antecedente de cesárea	Cesárea anterior registrada en la historia clínica	Cualitativo	Nominal	Si No
Técnica quirúrgica	Tipo de histerotomía registrada en el informe de cirugía	Cualitativo	Nominal	Transversal Corporal
Complicaciones	Complicaciones registradas en la historia clínica.	Cualitativo	Nominal	SI NO
Clasificación Robson	Clasificación determinada según los datos de la historia clínica.	Cualitativo	Nominal	Grupos del 1 al 10
Indicación de parto por cesárea	Diagnostico encontrado en la historia clínica y clasificado en base a Althabe(2004)	Cualitativo	Nominal	1. Cesárea previa 2. Distocia 3. Sufrimiento fetal agudo 4. presentación podálica 5. causas maternas 6. causas fetales 7. emergencia.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas a emplear

Se utilizaron fichas de recolección de datos, en las cuales se transcribió la información puntual y necesaria desde las historias clínicas que forman parte del estudio. Se realizó la validación cualitativa de la ficha de recolección, más no la validación cuantitativa, ya que esta no pretendía realizar una medición (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

3.4.2. Descripción de los instrumentos

El instrumento a utilizado fue una ficha de recolección de datos, diseñada para registrar la información necesaria y precisa de las historias clínicas a revisar. (Anexo 1)

3.5. Técnicas para el procesamiento de la información

Al finalizar la recolección se procedió a registrar los datos en una hoja de cálculo del programa Excel 2013. Los datos obtenidos fueron analizados por el paquete estadístico SPSS versión 25.

CAPITULO IV RESULTADOS

En los años 2016 y 2017 se registraron un total de 3545 partos, de los cuales 2129(60.06%) fueron partos vaginales y 1416(39.94%) partos por cesárea, con una tasa anual de PC de 41.36% en el 2016 y de 38.50% en el 2017 con una tasa anual promedio de 39.90% (Tabla 2).

Tabla 2
Frecuencia y distribución de PC

Partos	2016		2017		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Vaginales	1049	58,64%	1080	61,50%	2129	60,06%
Cesárea	740	41,36%	676	38,50%	1416	39,94%
Total	1789	100,00%	1756	100,00%	3545	100,00%

Del total de 1416 PC, un total de 52 casos fueron eliminados de la base de datos final por no contar con historia clínica completa o ausencia de la misma, haciendo imposible el análisis de las características deseadas en esta fase del estudio, finalizando con un total de 1364 casos, 706 del 2016 y 658 del 2018.

La edad promedio de las gestantes sometidas a PC fue de 27.05 años con edades de entre 11 y 45 años. Al analizar edad materna encontramos que 211(15,50%) eran madres adolescentes, 968(71,00%) tenían una edad adecuada y 185(13,6%) fueron madres añosas (Figura 1).

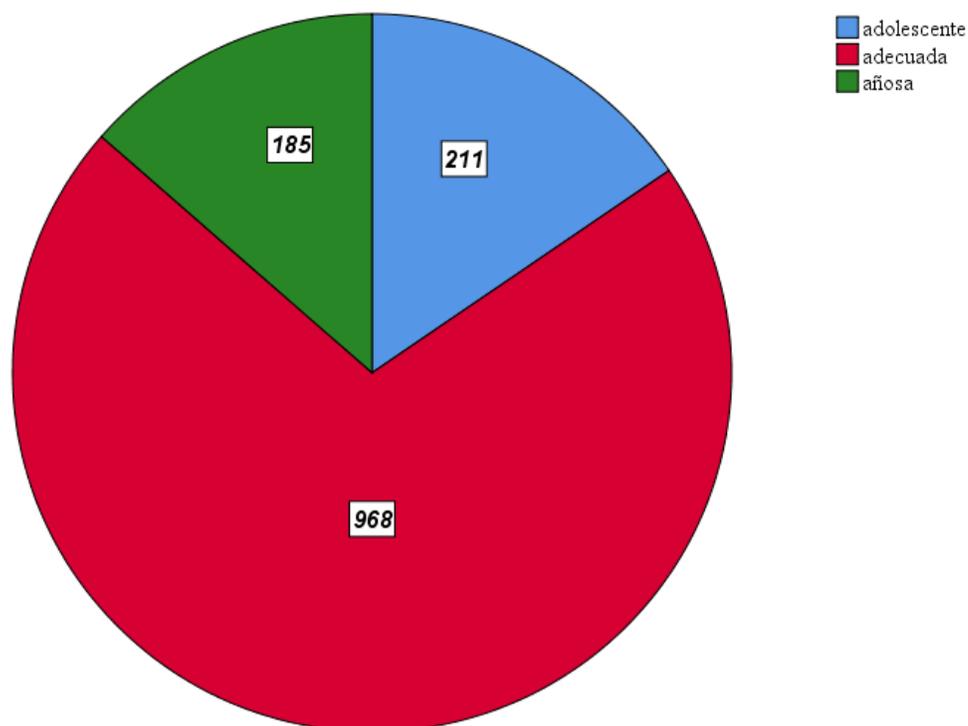


Figura 1. Distribución de PC según edad materna

Se hizo un análisis de la procedencia de las madres adolescentes, encontrando que 74(35,1%) eran de zonas rurales, mientras que 137(64,9%) procedían de zonas urbanas (véase Tabla 3).

Tabla 3
Procedencia de madres adolescentes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	rural	74	35,1	35,1	35,1
	urbano	137	64,9	64,9	100,0
	Total	211	100,0	100,0	

El nivel de urgencia más frecuente fue la cesárea de emergencia con 966(70,8%) casos, en contraste con los 398(29,2%) de cesáreas programadas (ver Tabla 4).

Tabla 4
Nivel de urgencia de los PC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	programada	398	29,2	29,2	29,2
	emergencia	966	70,8	70,8	100,0
	Total	1364	100,0	100,0	

Al analizar las indicaciones de PC, encontramos que la indicación más frecuente es la cesárea previa con 448(32,2%) casos, seguida de distocia con 199(14,6%) casos, cesárea de emergencia con 165(12,1%) casos, SFA con 163(12,0%) casos, causa materna y causa fetal con 156(11,4%) casos cada uno y finalmente la presentación podálica con 77(5,6%) casos (Figura 2).

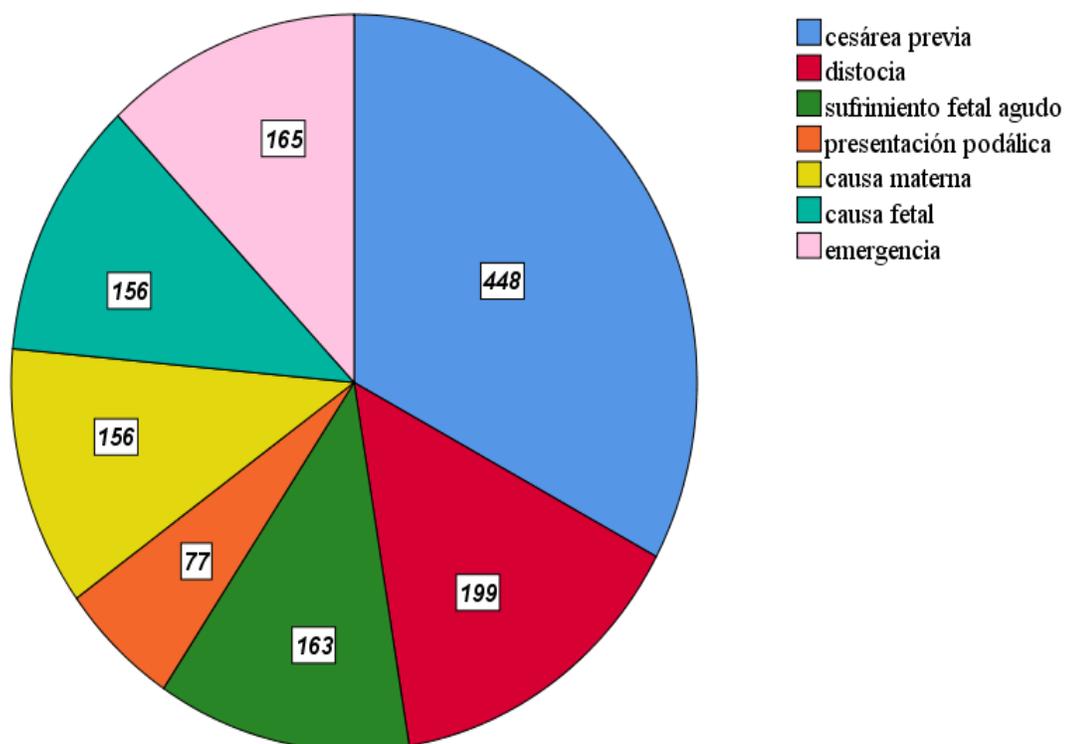


Figura 2. Indicaciones de PC

En la Tabla 5 se analizó la paridad, encontrando que 437(32,0%) casos corresponden a primigesta y 927(68,0%) a multigesta.

Tabla 5
Paridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	multigesta	927	68,0	68,0
	primigesta	437	32,0	100,0
	Total	1364	100,0	100,0

La edad gestacional en la que realizó la cesárea está encabezada con 1268(93,0%) casos por el parto a término, seguido por el parto pre término con 94(6,9%) casos, finalizando con 2(0,1%) casos post término como observamos en la Tabla 6.

Tabla 6
Edad gestacional al momento del PC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	a término	1268	93,0	93,0	93,0
	Post término	2	,1	,1	93,1
	Pre término	94	6,9	6,9	100,0
Total		1364	100,0	100,0	

Luego analizando el antecedente de PC encontrando que 586(43,0%) de los casos presentan antecedente de PC tal y como se muestra en la Figura 3.

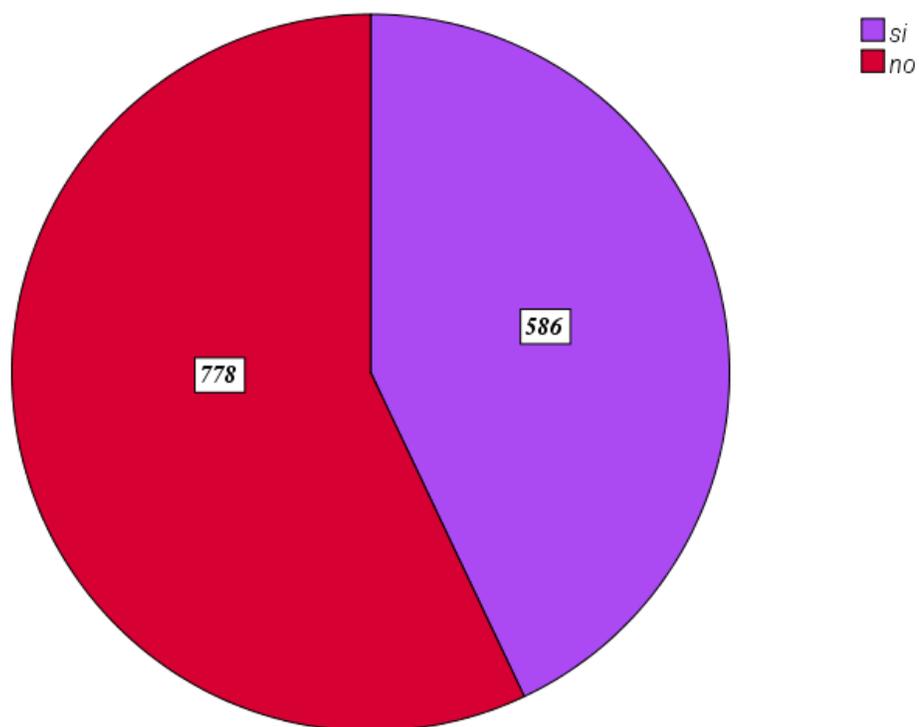


Figura 3. Antecedente de PC

Como se muestra en la Tabla 7, al analizar la técnica quirúrgica utilizada encontramos que 1357(99.5%) casos fueron por incisión segmentaria mientras que 7(0,5%) casos por incisión corporal.

Tabla 7
Tipo de incisión uterina usada en el PC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	corporal	7	,5	,5	,5
	segmentaria	1357	99,5	99,5	100,0
Total		1364	100,0	100,0	

Luego se analizó la frecuencia de complicaciones observando que 1229(90,1%) de los casos no presentaron complicaciones y 135(9,1%) de casos presento complicaciones las cuales se muestran en la Figura 4.

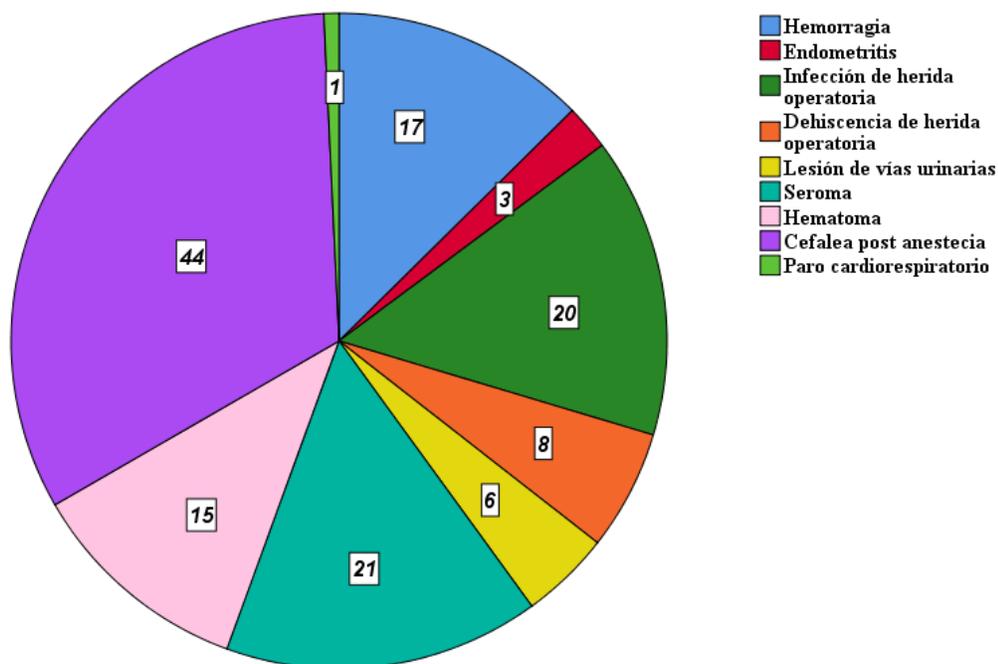


Figura 4. Complicaciones del PC

En la revisión de las historias clínicas y registros no se encontraron datos directos de la clasificación de Robson por lo cual se tuvo que analizar y clasificar cada caso según el manual de aplicación de la OMS (2018). El resultado de las distribuciones que se grafican en la Figura 5 pone al grupo 5 como el grupo más frecuente con 523(38,3%) casos, seguido del grupo 1 uno con 244(17.9%) casos, el grupo 3 con 167(12.2%) casos, el grupo 2 con 137(10.0%) casos, el grupo 10 con 87(6.4%) casos, el grupo 4 con 85(6.2%), el grupo 7 con 52(3.8%) casos, los grupos 6, 8 y 9 con 26(1.9%), 22(1,5%) y 21(1,5%) casos respectivamente.

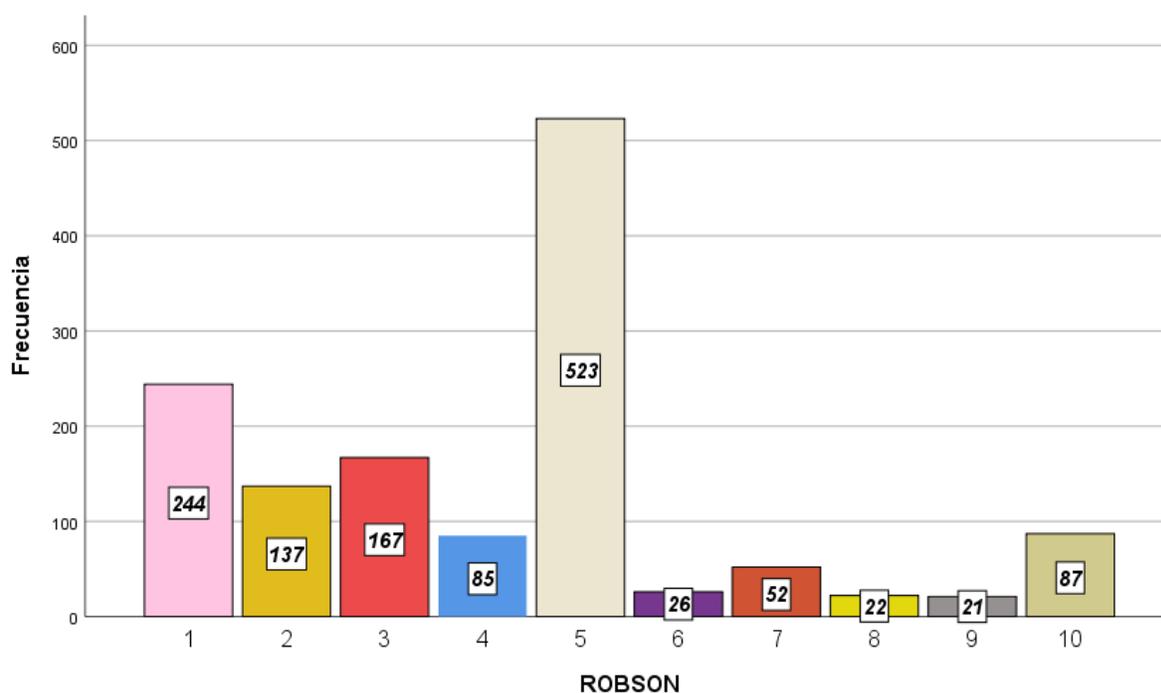


Figura 5. Frecuencia según grupos de Robson

Luego analizamos a la población separándola en 2 grupos según la urgencia del procedimiento encontrando los resultados presentes en la tabla 8, los cuales llaman la atención

las 28(7,0%) indicaciones de distocia en PC programadas. Por otro lado, observamos que hay 180(18,6%) indicaciones de PC por cesárea previa dentro de las cesáreas de emergencia.

Tabla 8
Indicaciones de PC según grado de urgencia

Nivel de Urgencia		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Programada	Válido cesárea previa	265	66,6	66,6	66,6
	distocia	28	7,0	7,0	73,6
	presentación podálica	18	4,5	4,5	78,1
	causa materna	54	13,6	13,6	91,7
	causa fetal	33	8,3	8,3	100,0
	Total	398	100,0	100,0	
Emergencia	Válido cesárea previa	180	18,6	18,6	18,6
	distocia	174	18,0	18,0	36,6
	sufrimiento fetal agudo	163	16,9	16,9	53,5
	presentación podálica	59	6,1	6,1	59,6
	causa materna	102	10,6	10,6	70,2
	causa fetal	123	12,7	12,7	82,9
	emergencia	165	17,1	17,1	100,0
Total	966	100,0	100,0		

Al analizar las indicaciones según la edad materna, obtenemos variaciones en cada grupo, las madres adolescentes tienen a la causa materna como principal indicación con 50(23,7%)

casos, a diferencia de las madres con edad adecuada y añosas que presentan a la cesárea previa como principal indicación con 361(37,3%) y 65(25,5%) respectivamente (Tabla 9).

Tabla 9
Indicación según edad de la madre

Edad de la madre		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
adolescente	Válido	cesárea previa	19	9,0	9,0	9,0
		distocia	43	20,4	20,4	29,4
		sufrimiento fetal agudo	22	10,4	10,4	39,8
		presentación podálica	14	6,6	6,6	46,4
		causa materna	50	23,7	23,7	70,1
		causa fetal	21	10,0	10,0	80,1
		emergencia	42	19,9	19,9	100,0
		Total	211	100,0	100,0	
adecuada	Válido	cesárea previa	361	37,3	37,3	37,3
		distocia	135	13,9	13,9	51,2
		sufrimiento fetal agudo	118	12,2	12,2	63,4
		presentación podálica	44	4,5	4,5	68,0
		causa materna	94	9,7	9,7	77,7
		causa fetal	113	11,7	11,7	89,4
		emergencia	103	10,6	10,6	100,0
		Total	968	100,0	100,0	
añosa	Válido	cesárea previa	65	35,1	35,1	35,1
		distocia	23	12,4	12,4	47,6
		sufrimiento fetal agudo	23	12,4	12,4	60,0
		presentación podálica	19	10,3	10,3	70,3
		causa materna	12	6,5	6,5	76,8
		causa fetal	22	11,9	11,9	88,6
		emergencia	21	11,4	11,4	100,0
		Total	185	100,0	100,0	

Como podemos apreciar en la tabla 10 la principal indicación dentro de las pacientes multigesta es la cesárea previa con 445(48%) casos, mientras que en las primigesta es la causa materna con 104(23,8%) casos, seguida de cerca por la distocia con 102(23,3%) casos.

Tabla 10
Indicación según paridad

Paridad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
multigesta	Válido cesárea previa	445	48,0	48,0	48,0
	distocia	99	10,7	10,7	58,7
	sufrimiento fetal agudo	90	9,7	9,7	68,4
	presentación podálica	52	5,6	5,6	74,0
	causa materna	52	5,6	5,6	79,6
	causa fetal	109	11,8	11,8	91,4
	emergencia	80	8,6	8,6	100,0
	Total	927	100,0	100,0	
primigesta	Válido distocia	102	23,3	23,3	23,3
	sufrimiento fetal agudo	73	16,7	16,7	40,0
	presentación podálica	25	5,7	5,7	45,8
	causa materna	104	23,8	23,8	69,6
	causa fetal	47	10,8	10,8	80,3
	emergencia	86	19,7	19,7	100,0
	Total	437	100,0	100,0	

Finalmente se realizó un cruce entre la procedencia y la indicación de PC obteniendo que la indicación más frecuente en ambos casos fue la cesárea previa con 285(32,6%) casos en procedencia urbana y 160(32,7%) casos en procedencia rural. En segundo lugar, para ambas

procedencias se encontró la distocia con 124(14,2%) casos y 77(15,7%) casos para urbana y rural respectivamente, tal como se muestra en la figura 6.

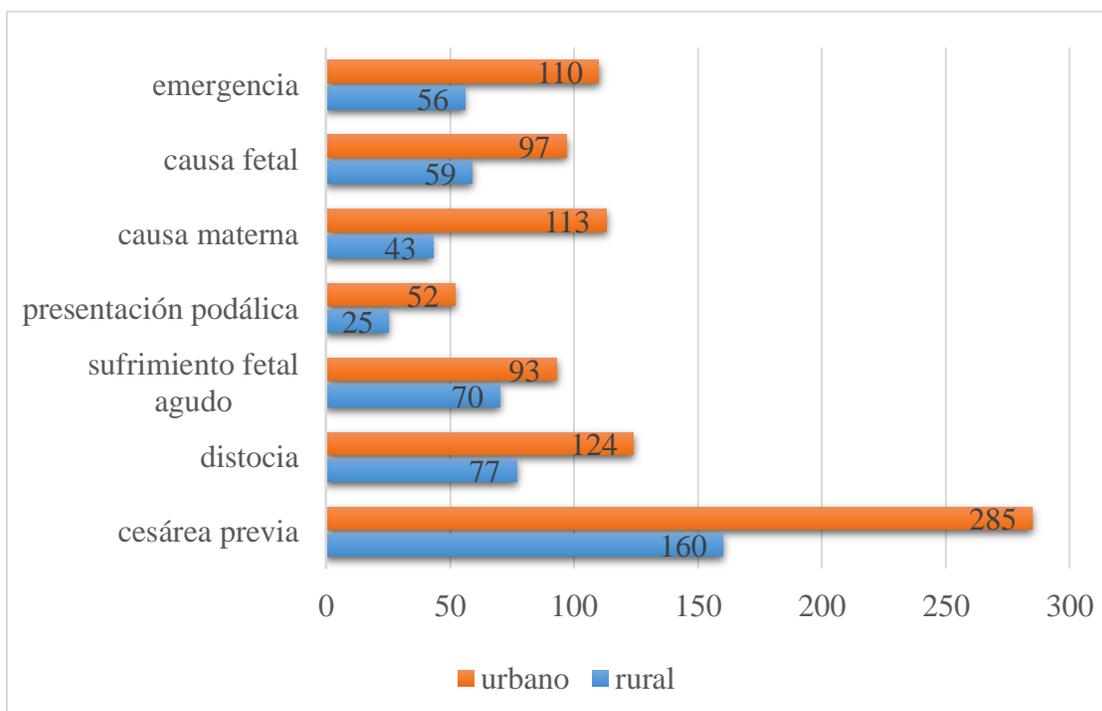


Figura 6. Indicaciones según procedencia.

CAPITULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES

5.1. Discusión

Tomando en cuenta las recomendaciones de la OMS nuestra tasa de PC anual promedio (39.90%) supera la tasa recomendada, cifras similares se encontraron en los estudios realizados por Kankoon et al. (2018) en Tailandia y Plevani, et al. (2017) en el norte de Italia. En contraste podemos tener en cuenta el trabajo de Meda et al. (2016) realizado en Burkina Faso que presento una tasa de PC de 1,5% una cifra por debajo del 10% - 15% recomendado por la OMS. Con esto podemos darnos cuenta que inclusive en países de primer mundo como Italia se pueden encontrar cifras alarmantes para las tasas de PC, de la misma forma encontrar cifras muy esperanzadoras en países con tanto problemas económicos y sociales como lo es el país africano de Burkina Faso.

En el análisis de las indicaciones de PC encontramos a la cesárea anterior como principal indicación, de la misma forma fue para Gonzales (2016) en el Hospital Nacional

Sergio E. Bernales, Fiestas (2016) en el Centro Medico Naval, Paredes (2015) en Tarapoto, Bustamante-Núñez et al. (2014) en Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque. De esta forma podemos inferir que en nuestro país la indicación para cesárea no varía en gran medida.

Los grupos de Robson con mayor aporte de PC fueron los grupos 5, 1, 3 y 2 resultados similares a los encontrados por Fatusci et al. (2016) y Barčaitė et al. (2015) ambos en países europeos. No se ven grandes variaciones en ambos estudios.

Por otro lado, se realizó el análisis de indicaciones según el nivel de urgencia del PC encontrando que 28 PC programadas tenían indicación de distocia, lo que podría ser un uso incorrecto del diagnóstico de distocia, ya que este diagnóstico se hace una vez que el parto natural se retrasa o fracasa por algún motivo. De la misma forma en el grupo de PC de emergencia se encontró 180 PC con indicación de cesárea previa, este dato puede llevar a diversas teorías de índole administrativo, atentando contra el correcto funcionamiento del sistema de salud tanto en el ámbito económico, como el de recursos humanos.

También se realizó el análisis cruzado de la indicación con la edad de la madre, encontrando una particularidad dentro del grupo de madres adolescentes en el cual la principal indicación viene a ser las causas maternas, mientras que las madres de edad adecuada y añosas mantienen la tendencia general de tener a la cesárea previa como

principal indicación. Esto nos lleva a pensar que trabajar en la reducción del número de madres adolescente, puede tener algún impacto en reducir el número de cesáreas.

Finalmente realizamos el análisis cruzado de la indicación con la paridad, mostrando que casi la mitad de multigesta se realizan la cesárea con la indicación de cesárea previa, lo que nos lleva a pensar que en el intento por reducir el número de cesáreas se debe tener una principal atención en las cesáreas primarias.

5.2. Conclusiones

- Las tasas de PC encontradas superan ampliamente a las cifras recomendadas por las OMS siendo un problema que necesita ser observado y atendido.
- Las tasas de PC pueden ser manejadas independientemente de las condiciones políticas o económicas de un país, tal y como se vio en la comparación de tasas y países, debido a que es un manejo que necesita de responsabilidad y compromiso del personal de salud.
- El uso de la clasificación de Robson es una herramienta importante para el control de las tasas de PC, sin embargo, su uso es desestimado en muchos establecimientos del país incluido el de nuestro estudio.

- Las madres adolescentes tienen características particulares con respecto a la población general de gestante, es por ello que se hace hincapié en su reducción y control.
- Existen mucha información la cual no está siendo debidamente atendida, lo cual genera espacios a prácticas o conductas poco adecuadas en la medicina.
- Reducir la tasa de PC debe incidir en el control de la primera cesárea de esta forma estaremos reduciendo una gran cantidad de indicaciones por cesárea previa.

5.3. Recomendaciones

- Mantener un registro adecuado y actualizado de los PC dentro de los hospitales, para de esa forma, se puedan tomar medidas rápidas y precisas con respecto al comportamiento y distribución de los PC.
- Implementar y reglamentar el uso de la clasificación de Robson, en los hospitales, brindando una herramienta más para el control de los PC.
- Se debe realizar un control más estricto tanto del uso de diagnósticos correctos, para cada situación.

- Realizar una fiscalización adecuada para las PC de emergencia, ya que estas generan un consumo extra de recursos y no deben permitirse errores en sus indicaciones.
- Enfocar el trabajo en reducir el número de cesáreas primarias, ya que son estas las que perpetúan los PC, siendo la cesárea anterior, la principal indicación del estudio.
- Planear estudios prospectivos que dispongan de instrumentos elaborados con características particulares que abarquen mayor cantidad de información, para el estudio de este problema.

CAPÍTULO VI

FUENTES DE INFORMACIÓN

6.1. Fuentes bibliográficas

Colimon, K.M. (1990). *Fundamentos de Epidemiología*. Madrid: Diaz de Santos.

Cunningham, F.G., Leveno K.J., Bloom S.L., Spong C.Y., Dashe, J.S., Hoffman, B.L.,

Casey, B.M., & Sheffield, J.S. (2015). *Williams. Obstetricia*. México:McGraw-Hill Interamericana editores.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. *Metodología de la Investigación*.

México:McGraw-Hill Interamericana editores.

Padrón, D. (2013). *Epidemiología básica*. Carabobo: Medios y Publicaciones de la

Universidad de Carabobo

Yeomans, E.R., Hoffman, B.L., Gilstrap, L.C., & Cunningham, F.G. *Cunningham and*

Gilstrap's. Operative Obstetrics. Estados Unidos: McGraw-Hill Education.

6.2. Fuentes Hemerográficas

- Althabe, F., Belizán, J.M., Villar, J., Alexander, S., Bergel, E., Ramos, S., Romero, M., Donner, A., Lindmark, G., Langer, A., Farnot, U., Cecatti, J.G., Carroli, G., Kestler, E. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomized controlled trial. *The Lancet*, 363(9425):1934-40.
- Barčaitė, E., Kemeklienė, G., Railaitė, D.R., Bartusevičius, A., Maleckienė, L., & Nadišauskienė, R. (2015). Cesarean section rates in Lithuania using Robson Ten Group Classification System. *Medicina*, 51(5), 280-285.
- Bobadilla, L.E., León, F. (2017). En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 659-660.
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D.Y., Barros, A.J.D., Barros, F.C., Juan, L., Moller, AB., Say, L., Hosseinpoor, A.R., Yi, M., Neto, D.R., & Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*, 392, 1341-48.
- Bustamante-Núñez, J.M., Vera-Romero, O.E., Limo-Peredo, J., Patazca-Ulfe J. (2014). Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010-2011. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 7(1), 6-12.
- Calvo Pérez, A., Cabeza Vengoechea, P. J., Campillo Artero, C., & Agüera Ortiz, J. (2007). Idoneidad de las indicaciones de cesárea. Una aplicación en la gestión de la práctica clínica. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 50(10), 584-592.

- Delotte, J., Bouaziz, J., Verger, S., & Bongain, A. (2011). Cesáreas. EMC - Ginecología-Obstetricia, 47(1), 1–13.
- Fatusic, J., Hudic, I., Fatusic, Z., Zildzic-Moralic, A., & Zivkovic, M. (2016). Cesarean Section Rate Analysis in University Hospital Tuzla - According to Robson's Classification. *Medical archives*, 70(3), 213-6.
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2018). FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic. *Lancet*, 392(10155), 1286-1287.
- Kankoon, N., Lumbiganon, P., Kietpeerakool, C., Sangkomkarnhang, U., Betrán, A.P., Robson, M. (2018). Cesarean rates and severe maternal and neonatal outcomes according to the Robson 10-Group Classification System in Khon Kaen Province, Thailand. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 140(2), 191-197.
- Lurie, S., & Glezerman, M. (2003). The history of cesarean technique. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189, 1803-6.
- Manterola, C., Otzen, T. Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology*, 32(2); 634-645.
- Meda, I.B., Millogo, T., Baguiya, A., Ouédraogo/Nikiema, L., Coulibaly, A., Kouanda, S. Rate of and factors associated with indications for cesarean deliveries: Results of a national review in Burkina Faso. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 135(S1), S51-S57.

- Organización Mundial de la Salud (1985). APPROPRIATE TECHNOLOGY FOR BIRTH. *Lancet*, 2(8452), 436-7.
- Plevani, C., Incerti, M., Del Sorbo, D., Pintucci, A., Vergani, P., Merlino, L., Locatelli, A. (2017). Cesarean delivery rates and obstetric culture - an Italian register-based study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 96(3), 359-365.
- Quispe, A.M., Santivañez-Pimente, A., Leyton-Valencia, I., & Pomasunco, D. (2010). Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 45-50.
- Todman, D. (2007). A history of caesarean section: From ancient world to the modern era. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 47, 357-361.
- Vallejo, M. (2002). El diseño de investigación: una breve revisión metodológica. *Archivos de cardiología de México*, 71(1), 8-14.
- Ye, J., Betrán A.P., Guerrero, M., Souza J.P., Zhang, J. (2014). Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth*, 41(3), 237-44.

6.3. Fuentes documentales

- Organización Mundial de la Salud (1985). APPROPRIATE TECHNOLOGY FOR BIRTH. *Lancet*, 2(8452), 436-7.

6.4. Fuentes Electrónicas

American College of Obstetricians and Gynecologist, (2015). FAQs: Cesarean birth.

Recuperado de:

<https://www.acog.org/~media/For%20Patients/faq006.pdf?dmc=1&ts=20120731T1617495597>

Betrán, A.P., Ye, J., Moller, AB., Zhang, J., Gülmezoglu1, A.M., & Torloni, M.R

(2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PloS one*, 11(2), e0148343. doi:

[10.1371/journal.pone.0148343]

Fiestas, J.A. (2016). Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Medico Naval

“CMST” en el periodo julio 2014 - julio 2015(Tesis de título profesional).

Recuperado de: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/511>

Gonzales, M. (2016). Indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales

durante el periodo 2014(Tesis de título profesional). Recuperado de:

<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/522>

Organización Mundial de la Salud (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de

cesárea. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=9E4D4CAF353E37EF6CB4FB5FD42D027B?sequence=1

Paredes, J.C. (2015). Características de las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de

Tarapoto 2014(Tesis de título profesional). Recuperado de:

<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4053>

- Torloni, M.R., Betran, A.P., Souza, J.P., Widmer, M., Allen, T., Gulmezoglu, M., Merialdi, M. Classifications for cesarean section: a systematic review. PLoS One, 6(1), e14566. doi:10.1371/journal.pone.0014566.t001
- Zavaleta, J. (2018). Prevalencia e indicaciones de cesárea en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos De Mayo durante el periodo Enero-Diciembre 2017(Tesis de título profesional). Recuperado de:
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1674>

ANEXOS

Anexo1. Matriz de consistencia.

Características epidemiológicas e indicaciones del Parto por Cesárea de mayor frecuencia en el Hospital Barranca Cajatambo 2016 – 2017

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
<p>Problema General ¿Cuáles son las características epidemiológicas e indicaciones del parto por cesárea de mayor frecuencia en el Hospital Barranca Cajatambo SBS 2016 – 2017?</p> <p>Problemas Específicos ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los partos por cesárea en el Hospital Barranca - Cajatambo SBS 2016 – 2017?</p> <p>¿Cuál son las indicaciones del parto por cesárea de mayor frecuencia en el Hospital Barranca Cajatambo SBS 2016 – 2017?</p>	<p>Objetivo General Describir las características epidemiológicas e indicaciones del parto por cesárea de mayor frecuencia en el Hospital Barranca Cajatambo SBS 2016 – 2017.</p> <p>Objetivos Específicos Analizar las características epidemiológicas de los partos por cesárea en el Hospital Barranca - Cajatambo SBS 2016 – 2017.</p> <p>Determinar las indicaciones del parto por cesárea de mayor frecuencia en el Hospital Barranca Cajatambo SBS 2016 – 2017.</p>	<p>Características epidemiológicas</p> <p>Indicaciones de parto por cesárea</p>	<p>DISEÑO METODOLÓGICO</p> <p>Tipo de investigación: Observacional, descriptiva, retrospectivo de corte transversal.</p> <p>Enfoque: Cualitativo</p> <p>Diseño: Transversal</p> <p>Población Pacientes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Barranca Cajatambo, durante los años 2016 y 2017., que resultaron en un total de 1416 PC atendidos.</p> <p>Muestra No se realizó muestreo.</p>

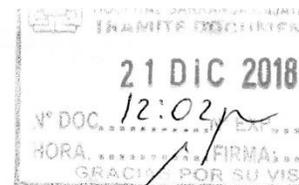
Anexo 2. Ficha de Recolección de Datos

Edad: N° HC: Año: Procedencia:

Paridad	(1) Primigesta (2) Multigesta
Modo de ingreso	(1) Emergencia (2) Programada
Edad gestacional	(1) Pretérmino (2) A termino (3) Postérmino
Indicación de Cesárea	(1) cesárea previa (2) distocia (3) sufrimiento fetal agudo (4) presentación podálica (5) causas maternas (6) causas fetales (7) emergencia.
Antecedente de Cesárea	(1) SI
	(2) NO
Técnica quirúrgica	(1) Corporal (2) Segmentaria
Complicaciones	(1) SI 1. Hemorragia 2. Endometritis 3. Infección de herida operatoria 4. Dehiscencia de herida operatoria. 5. Lesión de vías urinarias. 6. Seroma 7. Hematoma 8. Cefalea post anestesia 9. Paro cardiorespiratorio. OTRO: (2) No
Clasificación Robson de la OMS	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Anexo 3. Solicitud de permiso para la realización de la investigación

“Año del dialogo y la reconciliación nacional”



Reg. Doc. N°	1334377
Reg. Exp. N°	880858

**SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN SU
INSTITUCIÓN**

S.D.

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO Y SBS
DR. JORGE LUIS MORÓN OCHOA

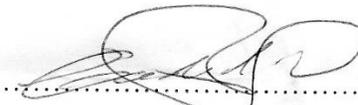
Yo, **CADILLO CANALES GULLE YERSON BAMBASTEN**, identificado con **DNI . N° 46894707** y código universitario **N° 0552111001**, me presento ante usted y expongo:

Que, estando cursando el Internado Médico de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión en el Hospital de Barranca Cajatambo y SBS; solicito a su persona la autorización para poder realizar un trabajo de investigación en su institución, como parte del desarrollo del trabajo titulado: **“CARÁCTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E INDICACIONES DEL PARTO POR CESÁREA DE MAYOR FRECUENCIA EN EL HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO 2016 – 2017”**, con el cual tengo a bien presentar la tesis para optar el título de Médico Cirujano.

Por lo expuesto, ruego acceda a mi solicitud por ser de justicia.

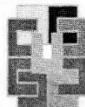
Atentamente,

Barranca, 21 de diciembre del 2018.


.....
CADILLO CANALES GULLE YERSON BAMBASTEN
DNI . N° 46894707

Anexo 4. Respuesta del director del hospital a la solicitud de permiso.

UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL BARRANCA - CAJATAMBO Y SBS

“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD”

MEMORANDO N° 002-2019-GRL-DSGRL-DIRESA-L/UE1289-UADI

A : **Dr. COTRINA GAVEDIA, Edgar A.**
Jefe del Dpto. Gineco Obstetricia HBC-SBS

ASUNTO : Presentación Interno – Proy. Investigación

Reg. Doc. N° 01353155

Reg. Exn. N° 0880858

FECHA : Barranca, 02 de Enero del 2019

A través del presente saludo a Ud., muy cordialmente y a la vez hago de su conocimiento que el Interno **CADILLO CANALES, Gulle Yerson Bambasten**, realizara el Trabajo de Investigación, titulado – “**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS E INDICACIONES DEL PARTO POR CESAREA DE MAYOR FRECUENCIA EN EL HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO – AÑOS 2016 - 2017**”.

Motivo por el cual, agradeceré a Ud. brindar las facilidades y disponer para su cumplimiento de las fechas y horarios establecidos, así como del desenvolvimiento, a fin de emitir constancia a la finalización.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL BARRANCA - CAJATAMBO SBS

Dr. Jorge Antonio Rea Velásquez
C. de I. 22533
JEFE DE LA UADI

C.c.: Archivo.-
JARV/rog

correo electrónico www.hospitalbarranca.gob.pe
Dirección: Av. Nicolás de Piérola N°210-224 Barranca
Telefax : N° 2352075 Central: 2352156 – 2352241
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación Anexo 110

Región Lima...un destino diferente

Anexo 5. Constancia de Visación de datos estadísticos.

“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD”

INFORME

De : LIC. JULIO MARTIN ROSALES MORALES
Estadístico e Informático

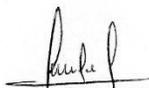
Asunto : ASESORÍA ESTADÍSTICA DE TESIS

Fecha : Huacho, 11 de Marzo del 2019

Por medio de la presente, hago mención que he brindado asesoría estadística al tesista don: **GULLE YERSON BAMBASTEN, CADILLO CANALES**, identificado con DNI **46894707**, sobre el trabajo de investigación titulado: **“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E INDICACIONES DEL PARTO POR CESÁREA DE MAYOR FRECUENCIA EN EL HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO 2016 - 2017”**.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente.



ROSALES MORALES JULIO MARTIN
COESPE 1083
COLEGIO ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

.....
Dr. Darío Estanislao Vásquez Estela
Asesor

JURADO EVALUADOR

.....
Dr. Jacinto Jesús Palacios Solano
Presidente

.....
Dr. William Gustavo Gavidia Chávez
Secretario

.....
Dr. Efraín Ademar Estrada Choque
Vocal