

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÁREA EN GESTANTES DEL
HOSPITAL DE APOYO II DE SULLANA, ENERO-DICIEMBRE 2017**

AUTORA: Carolyn Catherine Alvarez Escobar

ASESOR: Dr. Nelson Navarro Jiménez

PIURA- PERÚ

2018

JURADO CALIFICADOR

DR. JULIO PEREDA ARIAS

PRESIDENTE

DR.FERNANDO ROCHA MERINO

SECRETARIO

DR. CÉSAR REGALADO VARGAS

VOCAL

PIURA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

- A Dios, por permitirme llegar a culminar mi formación profesional y ser guía espiritual en mi vida.

- A mis amados padres, Pedro y Francisca que, con su dedicación y amor, siempre se han esforzado por darme lo mejor, gracias por su confianza, sus enseñanzas y ser mi motor cada día.

- A mis queridos hermanos, Skotty que desde el cielo guía mi camino y cuida de mí. Dayana por su preocupación y comprensión por mí en cada momento y ser mi motivo de esforzarme cada día para ser su ejemplo a seguir.

- A mis adorados abuelitos, Carmen e Isidoro por su infinito amor, bondad y sabios consejos.

AGRADECIMIENTO

- Quiero agradecer a Dios, por darme la oportunidad de vivir, protegerme siempre y haberme dado la fuerza necesaria para superar dificultades en esta fase de mi vida.

- Un gran agradecimiento a mi familia, por la confianza depositada en mí y por sus valores basados en el amor y respeto, gracias a ello soy lo que soy ahora.

- Un agradecimiento muy especial al Dr. Nelson Navarro Jiménez por haber tenido la gentileza de ser mi asesor y apoyo incondicional en el presente estudio.

- Agradecer a mis maestros de la Facultad de Medicina, que han formado parte de mi vida profesional a través de sus conocimientos, consejos y motivación.

RESUMEN

“Incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del Hospital de Apoyo II de Sullana, enero-diciembre 2017”

Objetivo: Determinar la incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del Hospital de Apoyo II de Sullana, enero-diciembre 2017.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio de enfoque observacional, descriptivo y retrospectivo en el Hospital de Apoyo II de Sullana en el periodo enero-diciembre 2017. La población estuvo constituida por 2158 pacientes cesareadas durante ese tiempo y el espacio muestral corresponde a 327 pacientes. La información fue recolectada del libro de cirugías mayores de sala de operaciones. Se realizó una ficha para recolección de datos, los cuales fueron extraídos y analizados con el programa estadístico Stata versión 12.2.

Resultados: De los 327 casos estudiados, se encontró una incidencia de cesárea de 59.1%. La principal indicación de cesárea según su causa primaria, fue la causa materna con 64.8%. Las indicaciones maternas de cesárea principalmente fueron: una cesárea segmentaria previa con 24.6% y preeclampsia–eclampsia con 22.9 %. Las indicaciones fetales de parto por cesárea fueron: alteración del bienestar fetal con 41.7% y feto en presentación podálica con 20.0%, mientras que las indicaciones ovulares específicas de cesárea fueron: la ruptura prematura de membranas con 38.2% y oligohidramnios severo 29.4 %.

Conclusiones: la incidencia de cesárea se encuentra en un porcentaje superior al recomendado por la OMS, constituyendo la indicación materna como la principal causa de cesárea.

Palabras claves: cesárea, incidencia, indicaciones (fuente: MeSH NLM).

ABSTRACT

"Incidence and indications of caesarean section in pregnant women of the "Hospital de Apoyo II" at Sullana, January-December 2017"

Objective: To determine the incidence and indications of caesarean sections in pregnant women of the Hospital de Apoyo II at Sullana, January-December 2017.

Materials and methods: An observational, descriptive and retrospective approach study was carried out at the Hospital de Apoyo II at Sullana in the period January-December 2017. The universe consisted of 2158 patients who had been ceased during that time and the sample space corresponds to 327 patients. The information was collected of Books of major surgeries of operating room. A data collection form was made, which were extracted and analyzed with the statistical program Stata version 12.2.

Results: Of the 327 cases studied, was found an incidence of cesarean section of 59.1%. The main indication of cesarean according to its primary cause was the maternal cause with 64.8%. The maternal indications of caesarean section were mainly a previous segmental caesarean section with 24.6% and preeclampsia-eclampsia with 22.9%. The fetal indications of cesarean delivery were alteration of fetal well-being with 41.7% and breech presentation with 20.0% while the ovular indications of caesarean section were the premature rupture of membranes with 38.2% and severe oligohydramnios 29.4%.

Conclusions: the incidence of caesarean section is higher than that recommended by the WHO, constituting maternal indication as the main cause of caesarean section.

Keywords: cesarean, incidence, indications (source: DeCS BIREME).

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

	PAG
I. INTRODUCCIÓN-----	8
1.1 Enunciado del problema-----	18
1.2 Objetivos: General y Específicos -----	18
1.3 Hipótesis -----	18
II. MATERIAL Y METODOS -----	19
2.1 Diseño de estudio-----	19
2.2 Población, muestra y muestreo de estudio-----	19
2.3 Operacionalización de variables -----	21
2.4 Procedimientos y técnicas de recolección de datos-----	26
2.5 Método de análisis de datos-----	27
2.6 Aspectos Éticos. -----	28
2.7 Presupuesto-----	28
2.8 Cronograma -----	29
2.9 Limitaciones -----	29
III. RESULTADOS -----	31
IV. DISCUSIÓN -----	39
V. CONCLUSIONES-----	48
VI. RECOMENDACIONES -----	49
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	50
VIII. ANEXOS-----	56

I. INTRODUCCIÓN

La cesárea es la intervención quirúrgica mediante el cual el feto vivo o muerto y los anexos ovulares son extraídos después de la 28 semana de gestación a través de incisiones en la pared abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía). Si la gestación es menor a 28 semanas, la operación se llama histerotomía (1). Se elige la cesárea como la alternativa más segura en circunstancias en que se plantea terminar el embarazo, las cuales tienen que ser analizados detenidamente antes de adoptar tal decisión (2). Sin embargo, a pesar de la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbilidad materna de la cesárea sigue siendo superior a la de un parto vaginal y sus complicaciones tempranas son 3 veces mayor, asociándose a un mayor riesgo de tratamiento antibiótico puerperal, ingresos a UCI, transfusiones sanguíneas e histerectomías. Además, mientras más cesáreas se realizan existe un aumento en las tasas de morbilidad fetal por causas respiratorias, mayores ingresos a UCI neonatológica, aún en situaciones de bajo riesgo perinatal (3-6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2015 reafirmó que la tasa de cesárea no debe superar el 10-15%, debido a que en las últimas décadas, han mostrado un gran aumento en el número de estos procedimientos tanto en países en desarrollo como en los países desarrollados, como Estados Unidos, Reino Unido y China que reportan tasas entre un 20% a 25% y América Latina un 33%, de los cuales cuatro de cada diez partos son por cesárea, superando el ideal de uno de cada diez (7).

La tasa de cesáreas en todo el mundo mantiene una cifra mayor a la justificable, y a pesar de todos los esfuerzos por disminuirla no ha cedido por lo que se ha convertido en una epidemia de cesáreas (8).

A nivel internacional, Chi C et al (2014, Singapur) encontró que la tasa total de cesáreas en Singapur aumentó del 32.2% en 2005 al 37.4% en 2014. La mayoría de las cesáreas (75%) se encontraban entre los embarazos únicos a término con presentación cefálica y las dos principales predicciones de cesárea fue la nuliparidad y cesárea previa. La diabetes pregestacional, trastornos hipertensivos y peso al nacer ≥ 4 kg fueron asociado con un mayor riesgo de cesárea. Por lo que concluyeron que las estrategias para frenar este aumento temporal incluyen evitar la cesárea primaria innecesaria y los intentos de prueba del parto vaginal entre las mujeres con cesárea previa (9).

Redondo A et al (2013, España), determinó que el porcentaje de cesáreas fue del 25.4%. El porcentaje en mujeres sin y con cesárea previa fue superior al porcentaje global en los hospitales privados y en los hospitales públicos de menor nivel tecnológico. Las alteraciones durante el desarrollo del parto (20,8%) fue el motivo de cesárea más frecuente en todos los niveles hospitalarios, seguido por «sufrimiento fetal agudo» (14,6%) y «presentación anómala» (10,9%) (10).

Oliveira RR et al (2016, Brazil) determinaron que la tasa de cesáreas fueron 55.5% en el Sistema Único de Salud (SUS) y del 93.8% en el sistema privado. Los factores asociados con la cesárea en el SUS fueron: cesárea previa, deseo de cesárea al principio del embarazo y sobrepeso / obesidad pregestacional. En el sistema privado, el deseo de cesárea al principio del embarazo y una cesárea previa se asociaron fuertemente con su desempeño (11).

Integrantes del Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen) (2014, Colombia), en un estudio de racionalización del uso de la cesárea en Colombia, determinaron que la tasa de cesáreas en Colombia pasó de 24,9 % en 1998 a 45,7 % en 2013. La cesárea

incrementa el riesgo de muerte, las complicaciones maternas graves y la morbilidad respiratoria neonatal comparada con el parto vaginal y los factores médicos, socioculturales y económicos incrementan el uso de la cesárea por lo que las estrategias multifacéticas demuestran mayor efectividad para reducir la tasa de cesárea (12).

Ortiz-Prado E et al (2017, Ecuador) encontraron durante los 13 años que duró el estudio, las cesáreas representaron 57,5% de los nacimientos en el sector privado, mientras que la proporción en el sector público no superó 22,3%. Se notificaron casos de sufrimiento fetal agudo con mayor frecuencia en los centros privados comparados con los públicos (446 por 10 000 nacidos vivos frente a 274 por 10 000 n.v), lo que implica que este diagnóstico se utiliza excesivamente en los centros privados o no se lo reconoce suficientemente en los centros públicos (13).

A nivel nacional, Perú no es ajeno a esta problemática, y así lo manifestó la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar–ENDES 2012, que la cesárea en todo el país había aumentado del 21,4% al 25,3% entre los períodos de información de 2009 y 2012 y que la tasa más alta de cesáreas se encontró en Tumbes con un 48.7% seguido de Lima metropolitana con un 41% y Piura con 25.2% (14). Mientras que la siguiente encuesta ENDES 2014, el nacimiento por cesárea en el Perú continuó aumentando, se incrementó de 25,3% a 28,6%, con mayor proporción en Lima Metropolitana (41,3%), Tumbes (51,0%) y Piura (35.5%) (15). Resultados que difieren en la última encuesta de ENDES 2016, donde hay un incremento de 28,3% a 31,6% entre los años 2014 y 2016, predominando en Tumbes (49,7%), Lima Metropolitana (43.6%) y Piura (38.5%) (16).

Gálvez E (2013, Lima) encontró que la tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao fue de 42 % y las 5 principales indicaciones de cesárea fueron: Desproporción céfalo-pélvica y

macrosomía fetal (12 %), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%) (17).

Bustamante-Nuñez J et al (2014, Lambayeque), en un estudio sobre frecuencia e indicación de cesárea en el hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque halló una frecuencia de cesáreas de 33,6% y la indicación más frecuente fue cesárea segmentaria previa (25,6%); seguidas por sufrimiento fetal agudo (13,9%), preeclampsia-eclampsia (12,1%) (18).

Carpio-Baron W et al (2016, Lambayeque), encontró en el Hospital Naylamp de Essalud–Chiclayo la incidencia de la operación cesárea fue de 27,70%, entre las principales indicaciones: cesárea segmentaria previa con 23,4%; presentación podálica con 22,7%; desproporción cefalo-pelvica 21,4%; desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8,4% y macrosomía fetal mayor de 4,500 gr 6,5% (19).

Patiño G (2011, Tumbes) determinó que la incidencia de cesáreas fue muy alta en los dos hospitales de Tumbes, y mucho mayor en el hospital Carlos Cortés Jiménez de EsSalud (58,7%), en comparación con el hospital José Alfredo Mendoza Olavarría del MINSA (49,52%). Los factores maternos para la indicación de cesárea en los dos hospitales de Tumbes fue la cesárea previa (20).

A nivel regional, el único estudio encontrado fue realizado por Talledo-Ulfe L et al (2016, Piura) sobre incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un hospital público de Piura, se encontró una incidencia de cesárea del 57,8% y dentro de las indicaciones más frecuentes se encontró al sufrimiento fetal agudo (SFA) (14,5%), y al periodo intergenésico corto más antecedente de una cesárea con un 12,9% (21).

Como respuesta al mayor índice de cesáreas, el Colegio Americano de Ginecología-Obstetricia refiere que las razones por las cuales la tasa de cesárea sigue aumentando no se comprenden por completo, se cree que existe relación con el uso excesivo de la inducción de trabajo de parto, el amplio empleo de cardiotocografía intraparto en mujeres de bajo riesgo o relación con alguna característica de la madre como la edad avanzada, obesidad o nuliparidad (1). Aunado a esto también podrían existir causas no clínicas o paramédicas que deberían revisarse con cautela como el volumen asistencial de partos, las características de los profesionales, las cesáreas a demanda (17) y la solicitud materna que es fuertemente influenciada por las experiencias anteriores como la cesárea previa y a veces por el estímulo de los contactos sociales (22, 23). El temor a enfrentarse a la eventualidad de una demanda, prefieren la terminación de la gestación por ésta vía, sin que medie necesariamente alguna indicación médica (24). Como se ha mencionado en los estudios descritos anteriormente el parto vaginal después de una cesárea previa ha descendido y por ende se ha considerado que una cesárea previa es la principal indicación para repetir el procedimiento en los embarazos posteriores, sin tomar en cuenta las complicaciones materno-fetales relacionadas (1).

Se realiza una cesárea en los casos en que el parto vaginal no es posible o para reducir las complicaciones en la madre y riesgos en el feto durante o después de un parto vaginal. Por lo que las indicaciones para ordenar una cesárea, se categorizan atendiendo si su causa primaria es de origen materno, fetal u ovular, las cuales a su vez se consideran con criterio de absolutas o relativas. Se define como absolutas a todas aquellas morbilidades y/o comorbilidades propias al embarazo-parto o asociada a la gestación donde el parto vaginal no es posible y tienen altísimas probabilidades de muerte materna o fetal en caso de ocurrir un parto vaginal. Relativas, incluye aquellas patologías las cuales ameritan unas condiciones de atención (infraestructura, recurso humano, apoyo diagnóstico, etc.) que de no tenerse, no se puede garantizar plenamente

un buen pronóstico de la salud del binomio madre-feto durante la atención del parto vaginal (25).

Entre las indicaciones maternas absolutas tenemos desproporción cefalo-pelvica, estrechez pélvica, dos o más cesáreas previas, cirugía uterina previa, antecedente de plastia vaginal, herpes genital activo, tumores obstructivos benignos y malignos, infección por VIH y como relativas: una cesárea segmentaria previa, distocias dinámicas (expulsivo prolongado, dilatación estacionaria), preeclampsia-eclampsia, embarazo prolongado, psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia, insuficiencia cardio-respiratoria, enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina) y papiloma virus humano.

Las indicaciones fetales absolutas (feto en situación transversa, feto en variedad de frente, embarazo múltiple, sufrimiento fetal agudo, macrosomía fetal > 4.500 g, distocia de posición persistente y como indicaciones fetales relativas tenemos feto en presentación podálica, anomalías congénitas (hidrocefalia, anencefalia), restricción del crecimiento intrauterino, alteración del bienestar fetal, macrosomía fetal entre 4.000 y 4.500 g.

Entre las indicaciones ovulares absolutas tenemos al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa oclusivo total, prolapso de cordón. Como indicaciones relativas tenemos: placenta previa oclusiva parcial, ruptura prematura de membranas con infección (Corioamnionitis), polihidramnios severo y prociencia de cordón (25-29). Sin embargo, decidir cuál es la mejor opción para culminar el embarazo es difícil en muchos casos. Cabe mencionar que en nuestro estudio para la clasificación de indicaciones se ha tomado en cuenta principalmente la guía de práctica clínica y procedimientos de obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima-Perú.

Debido a las peculiaridades de algunas indicaciones en consideración, es importante aclarar algunas definiciones, tal es el caso de la alteración del bienestar fetal y el sufrimiento fetal agudo, si bien se conoce que el

bienestar fetal es el término empleado para mostrar el equilibrio de la homeostasis como resultado del funcionamiento e intercambio adecuado entre los 3 compartimientos: materno, fetal y trofoblasto; y el sufrimiento fetal agudo es un trastorno metabólico causada por una variación de los intercambios materno-fetales de evolución rápida, que altera la homeostasis fetal y ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis, lo cual conduce a lesiones hísticas con secuelas y puede producir la muerte. Clínicamente se manifiesta por las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto y no necesariamente por la presencia de meconio; pero la evolución del cuadro clínico depende de su duración, la gravedad de la noxa y la capacidad de los mecanismos compensatorios fetales. Por lo que uno de los grandes retos en la obstetricia actual consiste en la necesidad de un método que cumpla la exigencia de mostrar con precisión el estado del feto intraútero, por lo que hoy en día se han introducido nuevas terminologías, dirigidas a censurar el término sufrimiento fetal, las cuales alegan que el término es impreciso y no establece una correspondencia adecuada con el daño fetal planteado y ser imposible predecirlo, además, mediante las pruebas existentes para su diagnóstico (30-31). Según el colegio americano de ginecología y obstetricia (ACOG) en su consenso sobre la prevención de la cesárea primaria (Washington, 2014) de acuerdo a la alteración del bienestar fetal o estado no tranquilizador y dada la variación conocida en la interpretación y el manejo de los trazados de frecuencia cardíaca fetal previo al trabajo de parto, el darle un enfoque estandarizado es un objetivo potencial lógico para reducir de forma segura la tasa de cesárea, como sucede en el caso de los trazados de frecuencia cardíaca fetal de Categoría III que son anormales y donde se requiere de una intervención quirúrgica debido a que los elementos de los patrones de Categoría III que incluyen ausencia de variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal con desaceleraciones tardías recurrentes, desaceleraciones variables recurrentes o bradicardia; o un ritmo sinusoidal, se han asociado con un pH anormal del cordón umbilical arterial neonatal, encefalopatía y

parálisis cerebral. En contraste, los trazados cardíacos fetales de Categoría I son normales y no requieren intervención más que la evaluación continua con monitoreo continuo o intermitente, dado que los patrones pueden cambiar con el tiempo. La variabilidad moderada y la presencia de aceleraciones, que son características de los patrones de Categoría I, han demostrado ser indicadores confiables del pH arterial normal del cordón umbilical neonatal (7.20 o más). La mayoría de los trazados de frecuencia cardíaca fetal intraparto son de Categoría II, los cuales son indeterminados y comprenden un espectro diverso de patrones de frecuencia cardíaca fetal que requieren evaluación, vigilancia continua, inicio de medidas correctivas apropiadas cuando se indique, y reevaluación. Con base en la alta tasa de partos por primera cesárea realizados para la indicación de "frecuencia cardíaca fetal no tranquilizadora" (también conocida como "frecuencia cardíaca fetal anormal o indeterminada") y la rareza de los patrones de Categoría III, se puede deducir que los trazados de Categoría II probablemente sea la causa de la mayoría de los partos por cesárea realizados para el estado fetal no tranquilizante. Resaltando así que la realización innecesaria de partos por cesárea para los trazados de frecuencia cardíaca fetal anormales o indeterminados puede atribuirse al conocimiento limitado sobre la capacidad de los patrones para predecir los resultados neonatales y la falta de una ciencia rigurosa para guiar la respuesta clínica a los patrones (32).

Hechos los razonamientos anteriores, se impone la reflexión sobre si en realidad es inapropiado el término de sufrimiento fetal, o si son deficientes las pruebas diagnósticas disponibles en la actualidad (30), por lo que en nuestro estudio se ha tomado en cuenta que el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo durante el trabajo de parto y la alteración del bienestar fetal previo al trabajo de parto, sean considerados en una misma indicación de la alteración del bienestar fetal, debido a que en nuestro estudio no se confirmó con el diagnóstico postoperatorio e información del neonato si fue sufrimiento fetal agudo .

Otra peculiaridad de indicación es acerca del feto en presentación podálica, el cual si bien es cierto tiene ventajas cuando se realiza por cesárea debido a una menor mortalidad neonatal pero según el consenso de la ACOG (Washington, 2014) la presentación fetal en posición podálica debe evaluarse y documentarse a partir de las 36 0/7 semanas de gestación para permitir que se ofrezca una versión cefálica externa teniendo en cuenta la información sobre el riesgo neonatal que se puede presentar (32). En un estudio de la OMS sobre versión cefálica externa para la presentación podálica (Ginebra, 2011) sugiere que la versión cefálica externa antes de término reduce el riesgo de nacimientos en presentación podálica y entre las 34 y 35 semanas puede reducir el riesgo de nacimientos en esta presentación y así disminuir la tasa de cesáreas, por lo que si se toman las precauciones adecuadas, existe un fundamento sólido para usar la versión cefálica externa si los beneficios de evitar un nacimiento en presentación podálica supera el riesgo del procedimiento (33).

Del mismo modo, la macrosomía fetal es una indicación de cesárea, ya que implica una mayor morbilidad principalmente neonatal, lo que hace que la vía de parto por cesárea sea la más apropiada. Las Directrices del Proyecto de la Asociación Médica Brasileña (Brasil, 2011) muestran que el recién nacido macrosómico se define como uno con un peso al nacer superior a 4.000-4.500g, esta definición es variable. Pero se sabe que cuando el peso al nacer es superior a 4.000 g, aumenta la morbilidad perinatal por eso se ha considerado la macrosomía fetal entre 4000 a 4.500 g como indicación relativa (34). Para evitar posibles traumas en el nacimiento, el consenso de ACOG (Washington, 2014) recomienda que el parto por cesárea se limite a pesos fetales estimados de al menos 5.000 g en mujeres sin diabetes y al menos 4.500 g en mujeres con diabetes por lo que la macrosomía fetal mayor de 4.500 g es una indicación absoluta. Esta recomendación se basa en estimaciones del

número necesario para tratar de un estudio que modeló los posibles riesgos y beneficios de una cesárea programada, no indicada por el médico, para la sospecha de macrosomía fetal, incluidas distocias del hombro y lesiones permanentes del plexo braquial. La prevalencia de peso al nacer de 5.000 g o más es poco frecuente, y los pacientes deben ser advertidos de que las estimaciones del peso fetal, particularmente al final de la gestación, son imprecisas (32).

El presente estudio se justifica por el dinámico aumento de cesáreas que se muestra a nivel nacional, no solo en hospitales privados sino también en hospitales nacionales. Debemos tener presente que el progresivo aumento de cesáreas en el país, las diferentes complicaciones que se producen y la ausencia de información por parte de población se convierte en un problema de salud pública por ende se debe enfatizar con urgencia a que se realicen estudios adicionales para revisar los protocolos o 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. Por lo tanto, esta investigación aportará información para la toma de decisiones y plantear estrategias de manejo, logrando así un plan de reducción de la tasa de cesáreas y poder alcanzar el objetivo propuesto por la OMS.

En función de recursos humanos, financieros y materiales, el estudio es viable y trascendental; en lo referente al contexto en el cual se desarrollará la tesis es factible, la población objetivo de estudio es accesible, como lo es también el tiempo de estudio, por existir concordancia con el tema a investigar porque actualmente en dicho hospital no existen estudios anteriores relacionados con el tema.

1.1 Enunciado del problema:

¿Cuál es la incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del hospital de Apoyo II de Sullana, enero-diciembre 2017?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Determinar la incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del hospital de Apoyo II de Sullana, enero-diciembre 2017.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Conocer la incidencia de cesárea.
2. Definir la indicación más frecuente asociada a la cesárea.
3. Identificar las indicaciones maternas asociadas a la cesárea.
4. Detallar las indicaciones fetales asociadas a la cesárea.
5. Establecer las indicaciones ovulares asociadas a la cesárea.

1.3 Hipótesis

-Como el trabajo es netamente descriptivo no lleva hipótesis

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Diseño de estudio: no experimental, enfoque observacional, descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, de corte transversal.

2.2 Población, muestra y muestreo:

2.2.1 Población:

Estuvo conformada por 2158 pacientes gestantes que fueron sometidas a cesárea en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital de Apoyo II de Sullana en el período enero-diciembre 2017.

➤ **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes con gestación terminada por vía cesárea, ya sean programadas, referidas o atendidas por emergencia en el periodo enero-diciembre 2017.
2. Pacientes con libro de cirugías mayores de sala de operaciones completas.
3. Pacientes de todas las edades.

➤ **Criterios de exclusión:**

1. Pacientes con libros de cirugías mayores de sala de operaciones incompletos.
2. Pacientes programadas que terminaron en parto vaginal.

2.2.2 Muestra

➤ **Unidad de muestreo:** libro de cirugías mayores de sala de operaciones.

➤ **Unidad de análisis:** paciente cesareada.

➤ **Método de selección:** aleatorización simple.

Consiste en asignar aleatoriamente (al azar) a los participantes en un estudio. La aleatorización es una de las formas de evitar los sesgos de selección de manera que no se sepa ni quiénes son los pacientes, ni en

qué orden aparecen. Para el estudio el total de pacientes registrados fue de 2158 en el año. Lo que significa que el número mensual de elegir sería de 27 pacientes registradas, los mismos que fueron tomados al azar hasta completar la muestra de 327.

➤ **Marco muestral:** Datos hallados en el libro de cirugías mayores de sala de operaciones.

➤ **Tamaño muestral:** la muestra del estudio estuvo constituida por 327pacientes cesareadas. Esta muestra se obtuvo mediante la siguiente fórmula de cálculo para poblaciones finitas.

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N - 1)e^2 + Z^2pq}$$

n: muestra

N: Población

Z: nivel de confianza

p: probabilidad de éxito

q: probabilidad de fracaso

e: error demuestra

Donde:

N: 2158

Z: 95%(1.96)

p: 50%

q: 50%

e: 5%

$$n = \frac{2158 * 1.96^2(0.5)(0.5)}{(2158 - 1)0.05^2 + 1.96^2(0.5)(0.5)}$$

n = 327 pacientes

2.3 Definición operacional de variables

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

Variable	Def.conceptual	Def.operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Variable dependiente: Cesárea	Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto vivo o muerto después de las 28 semanas de gestación, mediante una incisión en la pared abdominal (laparotomía y uterina (histerotomía)	Para esta investigación cesárea es la intervención quirúrgica para extraer el feto de las gestantes del hospital de Sullana	<ul style="list-style-type: none"> Cesárea 	Si ()	Libro de cirugías mayores de sala de operaciones.
Variable independiente: Incidencia de cesáreas	Número de cesáreas entre número total de partos en un tiempo y lugar determinados.	Número total de cesáreas, cuyo propósito es extraer al feto a través de la vía abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía), de tipo urgente, en curso de parto o programadas.	<ul style="list-style-type: none"> Cesáreas 	(%)= $\frac{\text{N}^\circ \text{ partos por cesárea}}{\text{total de partos atendidos (vaginal + cesárea)}}$	Libro de cirugías mayores de sala de operaciones.

Variable interveniente					
Indicaciones maternas	Causa precedente según sea el supuesto beneficiario de la intervención, en este caso es la madre.	Sugerencia cuando un parto vaginal no es posible o cuando la ocurrencia del parto vaginal implica grave daño a la salud de la madre. Pueden ser indicaciones absolutas y relativas.	<p>-Indicaciones absolutas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desproporción céfalo-pélvica. • Estrechez pélvica. • Dos (2) o más cesáreas previas. • Antecedente de plastia vaginal • Herpes genital activo • Tumores obstructivos benignos y malignos • Cirugía uterina previa • Infección por VIH <p>-Indicaciones relativas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pre eclampsia-eclampsia. • Una (1) cesárea segmentaria previa. • Expulsivo prolongado • Embarazo prolongado 	<p>Si – No</p> <p>Si - No</p> <p>Si- No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si- No</p> <p>Si-No</p> <p>Si- No</p> <p>Si-No</p> <p>Si- No</p> <p>Si-No</p> <p>Si- No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p>	Libro de cirugías mayores de sala de operaciones.

Indicaciones fetales.	Causa procedente donde el beneficiario de la cesárea es el bebe.	Sugerencia cuando un parto vaginal no es posible o cuando la ocurrencia del parto vaginal implica grave daño a la salud del bebe. Pueden ser indicaciones absolutas y relativas.	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación estacionaria • Psicosis • Retardo mental • Trastorno de conciencia • Insuficiencia cardio-respiratoria • Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina) • Papiloma virus humano. <p>-Indicaciones absolutas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feto en situación transversa. • Feto en variedad de frente. • Embarazo múltiple • Macrosomía fetal > 4.500 g • Distocia de posición persistente: occipitoposterior 	<p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p>	Libro de cirugías mayores de sala de operaciones.
-----------------------	--	--	---	--	---

Indicaciones ovulares	Indicación de cesárea cuya causa primaria es de origen ovular.	Cesárea que se utiliza para finalizar un embarazo o parto donde las causas placentarias desaconsejan el parto vaginal. Pueden ser indicaciones con criterio absolutas o relativas	<p>-Indicaciones relativas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feto en presentación Podálica. • Anomalías congénitas: hidrocefalia, anencefalia • Restricción del crecimiento intrauterino. • Alteración del bienestar fetal • Macrosomía fetal (entre 4.000 y 4.500 gr.) <p>-Indicaciones absolutas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desprendimiento prematuro de placenta normal inserta, • Placenta previa oclusiva total. • Prolapso de cordón <p>-Indicaciones relativas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placenta Previa oclusiva parcial. 	<p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si –No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p> <p>Si-No</p>	Libro de cirugías mayores de operaciones.
-----------------------	--	---	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> • RPM con infección (Corioamnionitis). • Polihidramnios Severo. • Procidencia de cordón. 	<p>Si-No</p> <p>Si-No</p>	
--	--	--	--	---------------------------	--

2.4 Procedimientos y técnicas:

➤ Técnicas de recolección de datos

1.-Se solicitó mediante un documento la autorización para la ejecución y facilidades del proyecto de investigación “Incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del hospital de Apoyo II de Sullana, enero–diciembre 2017”, a las personas responsables de dicho nosocomio. (Anexo nº 1)

2.-Se recabó el libro de cirugías mayores de sala de operaciones del Hospital de apoyo II de Sullana, donde se reportan todas las cirugías realizadas, incluyendo las cesáreas. Para nuestro estudio el dato necesario se encontró en el diagnóstico pre quirúrgico.

3.-Utilizando el método de selección de aleatorización simple, se escogió aleatoriamente los datos necesarios de indicaciones de cesárea de 27 pacientes mensualmente, excepto en los tres primeros meses que se recolectaron datos de 28 pacientes, completando así la muestra de 327 pacientes. Se recogió de esa forma para que los datos sean correspondientes a los meses de estudio.

4.- Una vez obtenidos los datos necesarios se consignó en la ficha de recolección de datos confeccionada previamente. (Anexo nº2)

5.-Se elaboró una base de datos aplicando STATA (Data Analysis and Statistical Software) versión 12,2 en Excel que permitió el procesamiento y tabulación de los datos de la información obtenida de las fichas.

6.-Antes de alimentar la base de datos diseñada en Excel, se hizo un control para comprobar que estén bien consignados todos los datos.

7.-Se introdujo los datos recolectados en la base de datos creada para ese propósito.

8.-Se realizó el análisis de los datos obtenidos en las variables medidas.

9.-Se seleccionó las conclusiones producto del análisis del estudio de los aspectos encontrados y en correspondencia con los objetivos trazados para lograr la validez de nuestra investigación.

10.-Se elaboró el informe final.

➤ **Instrumento:**

El instrumento que nos permitió recolectar los datos fue la ficha de recolección de datos.

2.5 Método de análisis de datos:

Se utilizó el método de observación, cuyo instrumento fue la ficha de registro datos diseñado y estructurado para recolectar los datos seleccionados considerando todas las variables estudiadas para determinar la incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del hospital de Apoyo II de Sullana. La técnica de recolección de datos es la observación no participativa.

Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados por computadora a través del programa Microsoft Excel versión 8 para Windows, STATA (Data Analysis and Statistical Software) versión 12,2. (de la siguiente manera: se vaciaron los puntajes, en las hojas codificadas del programa Microsoft Excel, tanto para la variable como para las dimensiones consideradas en el estudio, luego los datos fueron revisados y corregidos y luego procesados en una base de datos para ser preparados y presentados en tablas y gráficos estadísticos facilitando así el análisis.

Se hizo un análisis unidimensionado descriptivo de las variables en estudio. En cuanto a las variables se presentaron medidas de resumen: frecuencias para las incidencias, porcentajes y porcentajes acumulados. Se crearon tablas y gráficos para mejor comprensión de los resultados.

2.6 Aspectos éticos:

En el estudio tuvimos en cuenta los aspectos éticos tanto de los pacientes seleccionados que serán incluidos en el estudio manteniendo en confidencialidad la identidad de cada uno. Ningún participante se beneficiará directamente con el estudio, pero la investigación servirá como aporte al conocimiento acerca de esta situación que es un problema de salud pública. Como se colectó los datos de documentos de la atención de la salud recibida y no directamente del paciente, no hubo la necesidad de buscar su consentimiento informado.

2.7 Presupuesto

TOTAL: S/1834

Financiamiento:

El presente trabajo se ejecutó con recursos propios del autor.

2.8 Cronograma

N	ETAPAS	TIEMPO						2018		
		2017						2018		
		J	A	S	O	N	D	E	F	M
1	Elaboración del proyecto	x	x	x	x					
2	Presentación del proyecto				x					
3	Revisión bibliográfica				x	x	x			
4	Reajuste y validación de instrumentos					x	x			
5	Trabajo de campo y captación de información					x	x			
6	Procesamiento de datos							x		
7	Análisis e interpretación de datos							x		
8	Elaboración del informe							x		
9	Presentación del informe								x	
10	Sustentación									x

2.9 Limitaciones

- Como todo trabajo de investigación no está exenta de limitaciones, se encontró un registro incompleto del libro de cirugías mayores de sala de operaciones; así como indicaciones ilegibles que dificultaron la recolección de datos.
- Otra limitación fue ir a la historia clínica de las pacientes cuya indicación fue macrosomía fetal y poder evidenciar el peso (gr) ya que ese dato no se encontraba en el libro de cirugías mayores de sala de operaciones, los cuales fueron 13 historias clínicas revisadas.
- También encontramos la limitación de encontrar más de una indicación de cesárea en el diagnóstico pre quirúrgico del libro de cirugías mayores de sala de operaciones. Por lo que si bien es cierto nuestra muestra es de 327 pacientes, existe más de una

indicación materna, fetales u ovular para cada paciente, por lo que la frecuencia de indicaciones de causa primaria se muestra superior a la muestra.

- En nuestro estudio se ha tomado en cuenta que el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo se ha considerado en la indicación de alteración del bienestar fetal, debido a que en nuestro trabajo no se confirmó con el diagnóstico postoperatorio e información del neonato si fue sufrimiento fetal agudo.
- Las demás indicaciones maternas tanto absolutas o relativas que no muestran las tablas no se encontraron en el tamaño muestral de estudio.

III. RESULTADOS

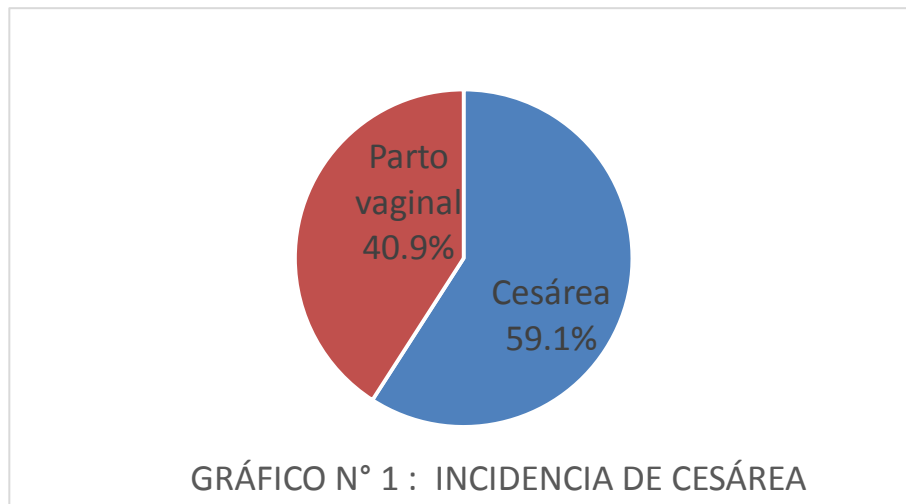
Objetivo específico N°1: Conocer la incidencia de cesárea.

Tabla N° 1: Incidencia de cesárea en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Apoyo II de Sullana, 2017.

Partos atendidos	Frecuencia (n)	Incidencia (%)
Cesárea	2158	59.1
Parto vaginal	1494	40.9
Total	3652	100.0

*Fuente: Departamento de Estadística del Hospital de Apoyo II-2 Sullana 2017.
Elaboración propia*

Durante el año 2017 el número de partos tanto vaginales y cesáreas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo II de Sullana, fueron en su totalidad 3652. De éstos, 1494 pertenecieron a partos vaginales y 2158 pertenecieron a cesáreas. La incidencia de cesáreas durante el año 2017 fue de 59.1 %, tal como se observa en la tabla N°1.



Objetivo específico N° 2: Definirla indicación más frecuente asociada a la cesárea.

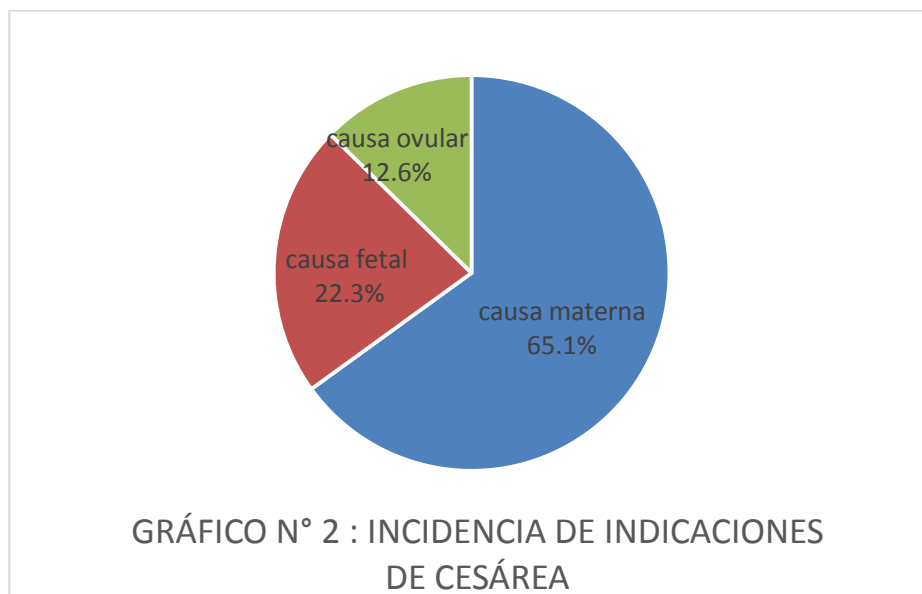
Tabla N° 2. Incidencia de la indicación más frecuente de cesárea en el Hospital de Apoyo II de Sullana durante el periodo enero–diciembre 2017.

INDICACIONES DE CESÁREAS	Frecuencia (n)	Incidencia (%)
Causas Maternas	350	65.1
Causas Fetales	120	22.3
Causas Ovulares	68	12.6
Total	538	100

Fuente: Libro de cirugías mayores del Hospital de Apoyo II de Sullana

Elaboración propia

En la tabla N°2 se muestra que la indicación más frecuente de cesárea según su causa primaria, fue la causa materna con 65.1 % a diferencia del resto.



Objetivo específico N° 3: Identificar las indicaciones maternas asociadas a la cesárea.

Tabla N°3. Indicaciones absolutas y relativas de cesárea por causa materna en el Hospital de Apoyo II de Sullana durante el periodo enero–diciembre 2017.

INDICACIONES POR CAUSA MATERNA	Frecuencia (n)	Incidencia (%)	Porcentaje Global (%)
Absolutas			
Desproporción céfalo-pélvica	49	14.0	9.1
Estrechez pélvica	10	2.9	1.9
Dos o más cesáreas previas	65	18.6	12.1
Relativas			
Preeclampsia - eclampsia	80	22.9	14.9
Una cesárea segmentaria previa	86	24.6	16.0
Expulsivo prolongado	13	3.7	2.4
Embarazo prolongado	3	0.9	0.6
Dilatación estacionaria	5	1.4	0.9
Otros			
HIG*	19	5.5	3.6
PIC**	20	5.8	3.8
Total	350	100.0	65.1

Fuente: Libro de cirugías mayores del Hospital de Apoyo II de Sullana

Elaboración propia

** Hipertensión inducida por la gestación*

*** Periodo intergenésico corto*

En la tabla N°3 muestra las principales indicaciones absolutas y relativas de causa materna en las pacientes del hospital en estudio, donde se obtuvo que las indicaciones relativas tuvieron mayor incidencia (53.5 %) a diferencia de las indicaciones absolutas (35.5%). Dentro de las indicaciones relativas, la indicación materna que destaca en primer lugar fue una cesárea segmentaria previa (24.6%) y en segundo lugar la

preeclampsia–eclampsia (22.9%) y de las indicaciones absolutas, tenemos la indicación de dos o más cesáreas previas (18.6%) seguida de desproporción cefalo-pelvica (14.0%).

Sin embargo, también se encontraron otras indicaciones de cesáreas que conforman 11.3% y que se habían tomado en cuenta en el formato de recolección de datos como otros, tales como la hipertensión inducida por la gestación (5.4%) y el periodo intergenésico corto (5.7%).

Las demás indicaciones absolutas y relativas de cesárea que no se muestran en la tabla, no se encontraron dentro del tamaño muestral de estudio.

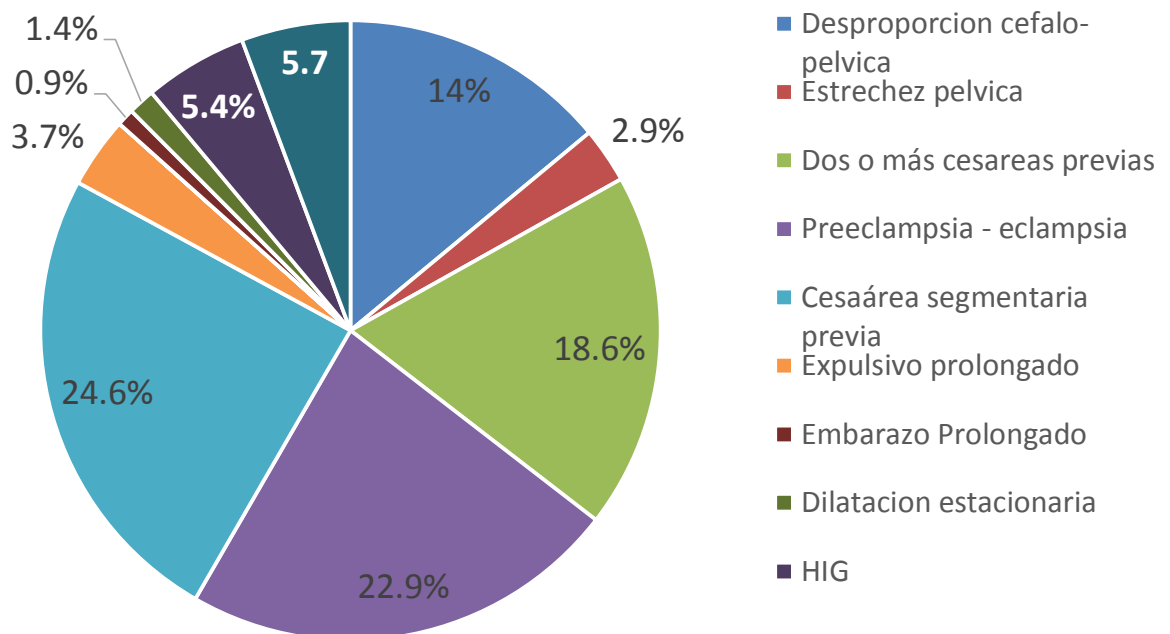


GRÁFICO N° 3 : INCIDENCIA DE INDICACIONES DE CESÁREA POR CAUSA MATERNA

Objetivo específico N° 4: Detallar las indicaciones fetales asociadas a la cesárea.

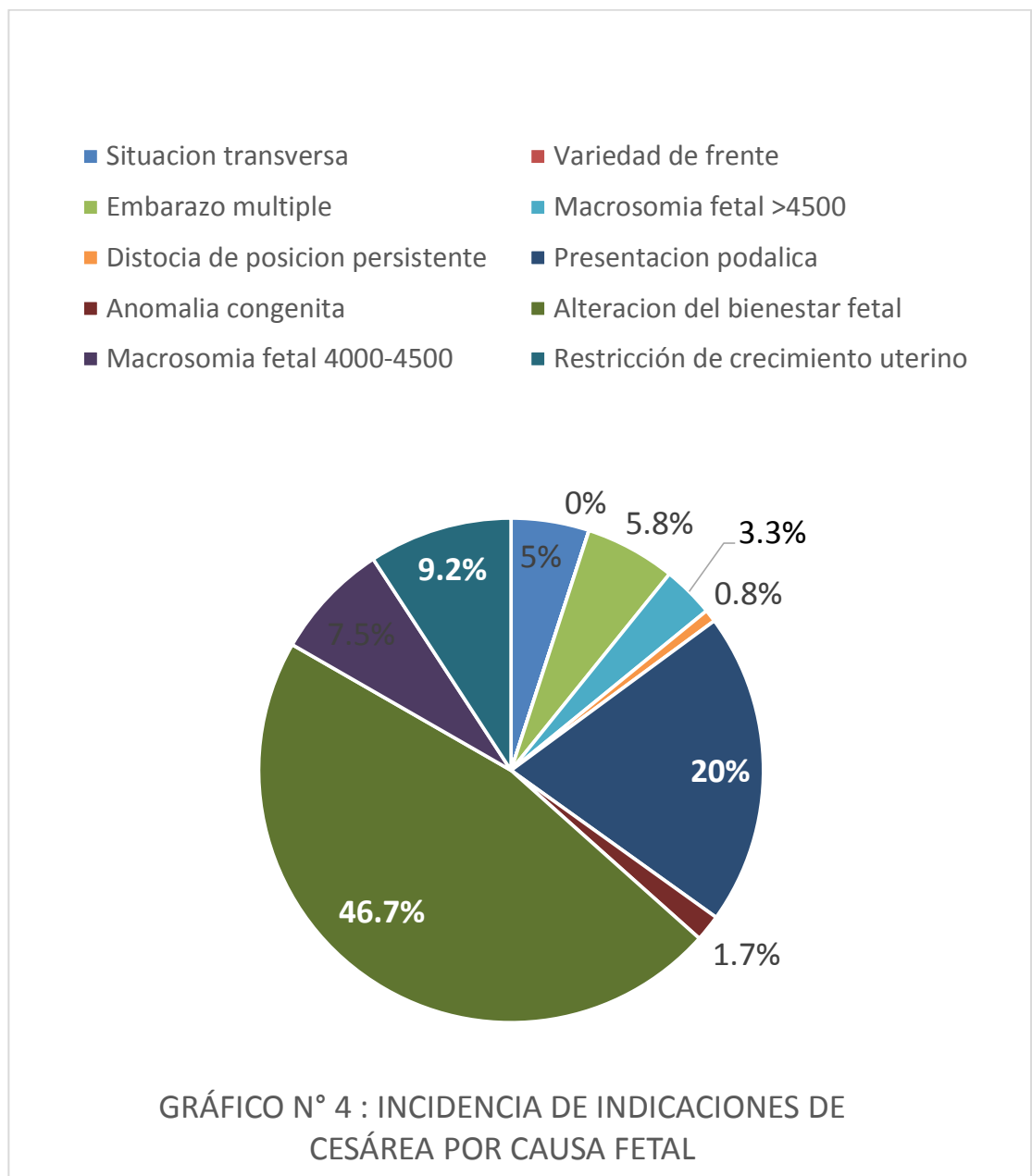
Tabla N °4. Indicaciones absolutas y relativas de cesárea por causa fetal en el Hospital de Apoyo II de Sullana durante el periodo enero–diciembre 2017.

INDICACIONES POR CAUSA FETAL	Frecuencia (n)	Incidencia (%)	Porcentaje Global (%)
Absolutas			
Feto en situación transversa	6	5.0	1.1
Feto en variedad de frente	0	0.0	0.0
Embarazo múltiple	7	5.8	1.3
Macrosomía fetal > 4500 g	4	3.3	0.7
Distocia de posición persistente (occipitoposterior)	1	0.8	0.2
Relativas			
Feto en presentación podálica	24	20.0	4.5
Anomalías congénitas: hidrocefalia , anencefalia	2	1.7	0.4
Alteración del bienestar fetal	56	46.7	10.4
Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 gr)	9	7.5	1.7
Restricción del crecimiento intrauterino	11	9.2	2.0
Total	120	100.0	22.3

Fuente: Libro de cirugías mayores del Hospital de Apoyo II de Sullana

Elaboración propia

En la tabla N °4 detalla las indicaciones absolutas y relativas de cesárea por causa fetal, donde la incidencia de indicaciones relativas (85.1%) fue mayor que las indicaciones absolutas (14.9%). Dentro de las indicaciones relativas de causa fetal sobresale la alteración del bienestar fetal (46.7%) y feto en presentación podálica (20.0%) y dentro de las indicaciones absolutas destaca la indicación embarazo múltiple (5.8%) y la indicación en situación transversa (5.0%).



Objetivo específico N° 5: Establecer las indicaciones ovulares asociadas a la cesárea.

Tabla N °5. Indicaciones absolutas y relativas de cesárea por causa ovular en el Hospital de Apoyo II de Sullana durante el periodo enero–diciembre 2017.

INDICACIONES POR CAUSA OVULAR	Frecuencia (n)	Incidencia (%)	Porcentaje Global (%)
Absolutas			
DPP†Normoinsera	6	8.8	1.1
PP‡ oclusivo total	2	2.9	0.4
Prolapso de cordón	1	1.5	0.2
Relativas			
PP‡ oclusivo parcial	4	5.9	0.7
RPM con infección (corioamnionitis)	1	1.5	0.2
Polihidramnios severo	5	7.4	0.9
Otros			
RPM	26	38.2	4.8
Distocia Funicular doble	3	4.4	0.6
Oligohidramnios sev	20	29.4	3.7
Total	68	100.0	12.6

Fuente: Libro de cirugías mayores del Hospital de Apoyo II de Sullana

Elaboración propia

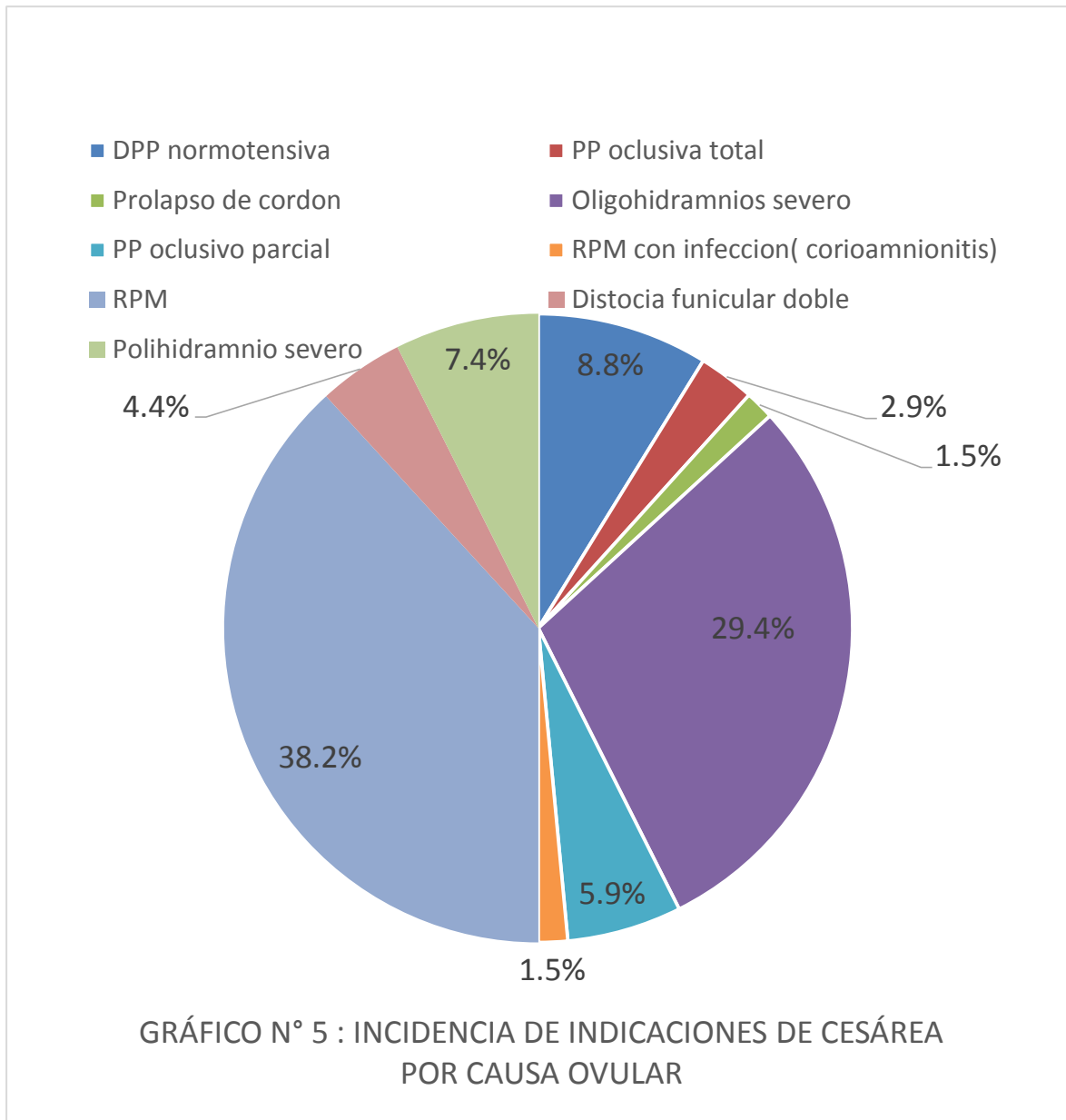
†Normoinsera

‡Placenta previa oclusiva Total

||Placenta previa Oclusiva parcial

En la tabla N° 5 se detalla las indicaciones absolutas y relativas de cesárea de causa ovular, donde se obtuvieron otras indicaciones de cesárea que habían sido consideradas en el formato de recolección de datos como otros, siendo la ruptura prematura de membranas (38.2%) la de mayor incidencia, el oligohidramnios severo (29.4%) y

distocia funicular doble (4.4%). Como segunda indicación principal se tiene al Oligohidramnios severo con 29.4%. Las incidencias de indicaciones absolutas ocupan 13.2 % y las indicaciones relativas 14.8%, cabe resaltar que las incidencias de las otras indicaciones ocupan 72 %.



IV. DISCUSIÓN

La incidencia de cesárea encontrada en nuestro estudio fue de 59,1%, este porcentaje es elevado, al compararlo con el estándar autorizado por la OMS de 10–15%, incidencia que además es superior a la reportada en un estudio realizado por Carpio-Baron W (19) donde se encontró una incidencia de 27.70% de cesáreas en el Hospital Naylamp de Essalud–Chiclayo coincidiendo con el estudio reportado por Bustamente J et al (18) donde la frecuencia de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén fue del 33,56%. Esto puede deberse a que el hospital donde se llevó a cabo el estudio es un hospital de referencia de todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la red Sullana; además de esto, la mayor parte de la población son mujeres jóvenes, en edad reproductiva con una vida sexualmente activa. Sin embargo, la incidencia encontrada fue casi similar al estudio de Talledo L et al (21) donde se observó una incidencia de cesárea de 57,8% en un hospital público de Piura y al igual que el estudio de Patiño G (20) donde se encontró que la incidencia de cesáreas del hospital Minsa de Tumbes fue de 49.52% y del hospital Essalud 58.76 % y de acuerdo con las estimaciones más recientes de Betran A et al(35) se confirma que las tasas más altas de cesárea se encuentran en América Latina y el Caribe (40,5%), América del Sur es la subregión con las tasas de cesáreas más altas del mundo (42,9%), seguida de América del Norte (32.3%). Los países con las tasas más altas de cesárea en cada región son Brasil (55.6%) y República Dominicana (56.4%) en América Latina y el Caribe respectivamente, cifras altas y parecidas a nuestro estudio, preocupantes porque sobrepasan el estándar fijado por la OMS, y esto se podría explicar por la presencia de factores no clínicos como el miedo al dolor; preocupaciones sobre modificaciones genitales después del parto vaginal; la idea errónea de que la cesárea es más seguro para el bebé; la conveniencia para los profesionales de la salud y también para la madre y la familia; miedo

a los litigios médicos y menor tolerancia a cualquier complicación incluyendo otros factores culturales según el país. Por lo que se sugiere recomendaciones para la prevención segura de las cesáreas primarias y brindar información necesaria basada en evidencias sobre los riesgos y complicaciones que implica una cesárea, asimismo estaremos fomentando una conciencia colectiva y social.

En nuestro estudio, la indicación de cesárea según la causa primaria ya sea materna fetal u ovular, se encontró que la principal indicación fue la causa materna (64.8%), tal y como se muestra en el estudio de Carpio-Baron (19) donde la indicación materna predominó con 42.0%, Flores A (32) encontró que la indicación materna representó un 58.4%. En nuestra investigación dentro de las indicaciones de causa materna existen criterios tanto absolutos y relativos, donde las indicaciones relativas tuvieron mayor frecuencia (53.5%), presentándose en primer lugar una cesárea segmentaria previa (24.6%). En trabajos similares, vemos que la indicación de cesárea anterior tiene porcentajes concordantes a los nuestros, tal es el caso de Bustamente J et al (18) donde encontraron que las principales indicaciones de cesárea de causa materna (49.4%) son las relativas (61,5%) y dentro de ellas la más frecuente es la cesárea segmentaria previa (25,6%), al igual que los trabajos realizados por Flores A (36), Carpio-Baron (19), Patiño G (20), Paiba M y Salazar G (37), Borrero P et al (38) y Velez-Perez E et al (39) determinaron que la cesárea previa se encontró en primer lugar dentro de las indicaciones maternas. Cabe resaltar que uno de los grandes conflictos en la práctica obstétrica es sin lugar a dudas poder someter a trabajo de parto a una paciente que tiene como antecedente una cesárea. Este problema hace relación al aforismo de Craigin en 1916, quien decía “una vez cesárea, siempre cesárea”; es por esto que se cree que la práctica de este procedimiento quirúrgico se encuentra como una de

las indicaciones más frecuentes; sin embargo actualmente se ha demostrado que el parto vaginal posterior a una cesárea es una forma de tratamiento seguro, siempre y cuando no se repitan los motivos de la primera intervención o no exista otra indicación, tal como presenta ACOG en su boletín práctico N°184 del 2017, sobre el parto vaginal después de una cesárea, previamente cabe resaltar que el término TOLAC se refiere a un intento planificado de parto vaginal realizado por una mujer que tuvo un parto por cesárea previo, independientemente del resultado. Este método proporciona a las mujeres que desean un parto vaginal la posibilidad de lograr ese objetivo: un parto vaginal después del parto por cesárea (PVDC). Además de cumplir con la preferencia del paciente por el parto vaginal, a nivel individual, el PVDC se asocia con una disminución de la morbilidad materna y un menor riesgo de complicaciones en embarazos futuros, así como una disminución en la tasa general de cesáreas a nivel de la población. Sin embargo, aunque TOLAC es apropiado para muchas mujeres, varios factores aumentan la probabilidad de una prueba de parto fallida, que a su vez se asocia con un aumento de la morbilidad materna y perinatal en comparación con una prueba exitosa de trabajo de parto (es decir, PVDC) y cesárea repetida electiva. Por lo tanto, es importante evaluar la probabilidad de un PVDC, así como los riesgos individuales al determinar quién es un candidato apropiado para TOLAC. Por lo que, ACOG realiza las siguientes recomendaciones basadas en evidencia científica buena y consistente (Nivel A): la mayoría de las mujeres con un parto por cesárea anterior con una incisión transversa baja son candidatas para TOLAC, siempre y cuando se le asesore. El misoprostol no debe usarse para la maduración cervical o la inducción del parto en pacientes a término que han tenido un parto por cesárea o cirugía uterina mayor. La analgesia epidural para el trabajo de parto se puede usar como parte de TOLAC (40).

Asimismo parece que existieran otros motivos adicionales, relacionados a la mayor conveniencia tanto para el obstetra como la paciente, el riesgo a demandas legales, disminución del stress materno, resolver el nacimiento en minutos ya que un parto vaginal podría demandar hasta 12 horas, y sin dolor, el poco conocimiento sobre la seguridad del parto vaginal después de cesárea y sin considerar el periodo intergenésico, que se piensa más en los riesgos y no en complicaciones derivadas de una segunda intervención quirúrgica. Cabe destacar que en nuestro estudio se encontraron otras indicaciones que se habían tomado en cuenta en el formato de recolección de datos como otros, los cuales son la hipertensión inducida por la gestación y el periodo intergenésico corto, representando un 11.3% de la incidencia de cesárea cuyo origen fue materno. Por todo lo mencionado anteriormente, es importante fomentar una conciencia sobre lo que implica una siguiente cesárea y la evaluación de protocolos de parto en el caso de una cesárea previa.

En nuestro trabajo el segundo lugar de las indicaciones de cesárea de causa materna ocupa la preeclampsia–eclampsia (22.9 %), lo cual difiere con diferentes estudios realizados por Bustamente J et al (18) quedando como tercera indicación de cesárea con 12,1%; por Velez-Perez et al (35) en quinto lugar con 7.03%, por Borrero P et al (38) y Carpio-Baron (19) en tercer lugar con 17% y 1.9% respectivamente y por Flores A (36) en sexto lugar con 4.8%. En cuanto a la indicación por preeclampsia-eclampsia nos llama la atención que sea la segunda indicación frecuente en nuestro estudio y se explicaría porque el nosocomio de estudio es un hospital referencial de mayor resolución, donde existe mayor demanda por parte de las gestantes, que al llegar al hospital, se cree que el profesional médico toma la determinación que al tratarse de una situación grave realizar una cesárea de emergencia, no dándole facilidades de chance por vía

vaginal. Si bien es cierto en la preeclampsia-eclampsia la indicación principal es terminar el embarazo por la mejor vía y dicha patología forma parte de las indicaciones relativas de una cesárea, en un trabajo de Sánchez D (24) hace mención que el parto vaginal bajo vigilancia estricta en este tipo de pacientes es la principal vía de terminación del embarazo. Por eso lo recomendable sería reevaluar los protocolos de manejo para dicha patología con el fin de reducir la incidencia de cesárea por esta causa.

En cuanto a las indicaciones absolutas y relativas de cesárea por causa fetal, se encontró que la incidencia de indicaciones relativas (85.1%) fue mayor y la primera indicación es la alteración del bienestar fetal con 46.7%. En un estudio realizado por Barber E et al (41) encontró que la indicación que contribuyó al aumento de la tasa de cesárea, fue el estado fetal no tranquilizador. Este diagnóstico se puede relacionar con la aceptación muy generalizada de evidencias muy frágiles como las alteraciones persistentes o recurrentes en la frecuencia cardíaca fetal susceptibles de tratamiento médico o bien con base en el monitoreo fetal, motivo por el cual estos factores son herramientas claves para el diagnóstico clínico de esta patología. Por lo que el médico frente a estas condiciones donde la reserva metabólica del feto podría verse reducida en forma significativa considera que el parto por vía vaginal no estaría indicado. Si bien es cierto la presencia de desaceleraciones variables o tardías, profundas con recuperación lenta, taquicardia fetal o bradicardia persistente obligarían a la terminación inmediata de la gestación por vía abdominal, estudios han demostrado que la presencia de meconio diluido y desaceleraciones tempranas no condicionan la necesidad de cesárea, pero si un seguimiento estricto y riguroso del trabajo de parto (32). Además, el personal de salud puede verse afectado por el clima médico legal al tratar de estandarizar la interpretación cardíaca fetal y los pacientes pueden desear cesárea si

perciben algún riesgo para su feto basado en anomalías en el monitoreo, incluso si sigue siendo tranquilizador. Por lo que estos indicadores muchas veces no se ajustan a la realidad clínica, induciendo a la práctica de intervenciones quirúrgicas apresuradas y por lo tanto injustificadas, desencadenando una tasa más elevada de cesáreas. Por lo tanto, se sugiere tomar consideraciones importantes por parte del personal de salud que está haciendo el diagnóstico de alteración del bienestar fetal, se deberá asegurar que se lleve a cabo las medidas clínicamente indicadas o proporcionar tranquilidad de bienestar fetal.

En nuestro trabajo, la presentación podálica con 20.0% se encuentra en segundo lugar de indicación fetal. Este resultado es similar a tres estudios por Bustamente J et al (18), Talledo L et al (21) y Velez-Perez (39) donde ocupa el segundo lugar de indicación fetal, con 10.6%, 10.6% y 3.9% respectivamente a diferencia del estudio por Flores A (36) donde ocupa el primer lugar con un 9.6%. Si bien es cierto estos pacientes con presentación de pelvis son llevadas a cesárea con el fin de evitar el desencadenamiento de trabajo de parto y las complicaciones secundarias y severas que pueden presentarse a partir de éste. El ACOG manifiesta que la presentación de nalgas a las 37 semanas de gestación y más allá se estima que complica el 3,8% de los embarazos, y más del 85% de las mujeres embarazadas con una presentación de nalgas persistentes son indicación de cesárea. Por lo tanto, la versión cefálica externa para esta indicación es probablemente poco utilizada, especialmente cuando se considera que la mayoría de los pacientes con una versión cefálica externa exitosa darán a luz vaginalmente, por eso recomienda que los obstetras deban ofrecer y realizar una versión cefálica externa siempre que sea posible. Además, cuando se planifica una versión cefálica externa, hay evidencia de que el éxito puede mejorarse mediante la analgesia regional, pero sin dejar en cuenta que antes de

planear el parto vaginal de nalgas, se debe informar a las mujeres el riesgo de mortalidad perinatal o neonatal o morbilidad neonatal grave a corto plazo (32). Un estudio realizado por Coppola F (42) mencionó que las condiciones para seleccionar una paciente para parto en podálica están bien establecidas: edad gestacional mayor de 37 semanas, presentación de nalgas completa, ausencia de anomalías fetales, pelvis adecuada y peso fetal estimado entre 2.500g y 4.000 g. Por lo que se debe considerar la reincorporación de las destrezas y habilidades para realizar una versión cefálica externa o asistir un parto vaginal en podálica, ofreciendo estas opciones bajo protocolo de selección de pacientes, sobretodo brindar la enseñanza necesaria a los residentes, los cuales están en constante preparación.

En nuestro estudio, dentro de las indicaciones de cesárea de causa ovular se encontraron datos significativos, los cuales se habían tomado en cuenta como otros en el formato de recolección de datos, tales como oligohidramnios severo, ruptura prematura de membrana y la distocia funicular doble. La principal indicación de cesárea de causa ovular encontrada fue la ruptura prematura de membranas con 38.2%. Cabe resaltar que las indicaciones absolutas y las otras indicaciones encontradas juntas ocupan un 85.2% y las indicaciones relativas se consideran en menor porcentaje 14.8%. Esta indicación de ruptura prematura de membrana en un estudio realizado por Flores A (36) ocupa el primer lugar con un 3.6%, lo cual difiere del estudio por Velez-Perez et al (39) donde se encuentra en sexto lugar con un 4.8%, lo que podría deberse a la problemática que enfrenta el manejo de esta patología, entre decidir la conducta a seguir, ya sea expectante y esperar que el parto se produzca de forma espontánea, o si realizamos inducción del trabajo de parto mediante alguna técnica, con el fin de evitar complicaciones infecciosas materno-fetales. Ahora si bien es cierta la decisión tomada influye directamente en el resultado final de la vía de parto. El conflicto

evidente es cuando esta patología ocurre en pacientes con gestación a término pero que tienen un cuello desfavorable para la inducción, por lo que esto puede resultar en un parto difícil y laborioso, aumentando así los riesgos de corioamnionitis y la tasa de cesárea. Sería importante manejar un periodo expectante en espera del trabajo de parto espontáneo, el cual sería un manejo conservador, dado que la ruptura de membranas favorece el desencadenamiento del trabajo de parto y así tendríamos menos riesgo de infección como corioamnionitis y menor incidencia de cesáreas injustificadas.

La segunda indicación frecuente de causa ovular fue oligohidramnios severo con 29.4%, resultados similares se encuentran en los estudios de Flores A (36) y Bustamente J et al (18) a diferencia del estudio de Vélez –Pérez et al (39) donde ocupa un mínimo porcentaje de 3.98%. Se evidencia un alto porcentaje en nuestro estudio, el cual se podría explicar que ante las diferentes mediciones de líquido amniótico que existe, a esto se le suma la interrogante de cual medición es la mejor en la selección de embarazos de alto riesgo y la confianza de parte del personal de salud en manejar estas mediciones. Cabe resaltar que esta patología está asociada con múltiples condiciones obstétricas, entre las que se encuentran: sufrimiento fetal crónico por restricción del crecimiento intrauterino, embarazo prolongado, malformaciones fetales, especialmente las de tipo renal, respiratorio y al no exponer al feto a situaciones de estrés como son el trabajo de parto, se opta por la vía más fácil, terminar en una cesárea (43).

Por lo que se cree se debe hacer una valoración minuciosa del embarazo para identificar cofactores asociados a oligohidramnios y así intentar un manejo conservador antes de proceder a la interrupción del embarazo por cesárea.

Con todos estos resultados de incidencia e indicaciones de cesárea se cree que se debería evaluar el cumplimiento a los protocolos

establecidos dentro del servicio de Gineco-Obstetricia y el cual debe ser compartido y aplicado por todos los médicos del hospital con el único fin de lograr metas alcanzadas por la OMS y evitar cesáreas injustificadas.

Destacar que estudios como estos deberían realizarse con la finalidad de establecer cifras estadísticas que demuestren la tasa de cesárea e indicaciones anualmente y sirva como base para otro tipo de investigación.

V. CONCLUSIONES

1. La incidencia de cesárea en el Hospital de Apoyo II de Sullana durante el período enero-diciembre 2017 representó un 59.1%, lo cual indica un alto porcentaje según lo estipulado por la OMS.
2. Dentro de las indicaciones de cesárea, la principal indicación para dicha intervención quirúrgica según la causa primaria encontrada en nuestro estudio fue la indicación materna.
3. Las principales indicaciones maternas de cesárea encontrada en nuestro estudio fue una cesárea segmentaria previa seguida de la indicación de preeclampsia-eclampsia.
4. Según las indicaciones fetales de cesárea, en primer lugar, tenemos la indicación de alteración del bienestar fetal y en segundo lugar feto en presentación podálica.
5. Las indicaciones ovulares más frecuentes que determinaron una cesárea, son la ruptura prematura de membranas y oligohidramnios severo.

VI. RECOMENDACIONES

- Para evitar una incidencia elevada de cesárea en dicho hospital, es recomendable fortalecer la prevención y promoción como pilar principal, en el primer nivel de atención poniendo énfasis en mejorar la calidad de atención pre-natal y detectar factores de riesgos obstétricos, y así de manera temprana se pueda dar un manejo adecuado a diversas patologías
- Evaluar el cumplimiento de los protocolos establecidos y/o guías de manejo institucional, con la finalidad de realizar una cesárea de acuerdo a criterios establecidos según los criterios absolutos y relativos, y así poder disminuir la incidencia de cesáreas.
- Capacitar al personal profesional para aplicar los protocolos establecidos en el parto vaginal posterior a cesárea, siempre y cuando no haya indicación obstétrica para repetir la cesárea y haya personal capacitado para cualquier complicación, asimismo brindar una correcta monitorización y vigilancia durante el trabajo de parto en estas pacientes, teniendo en cuenta los factores que en él interviene; en el caso de la alteración del bienestar fetal, definir claramente la interpretación correcta de las alteraciones asociado a otras pruebas de bienestar fetal, sin dejar de lado la clínica materna, con la finalidad de disminuir el número de cesáreas.
- Continuar con investigaciones científicas similares a nuestro tema para mantener registro de datos con cifras estadísticas actuales y para otros estudios afines.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Cunningham F, Leveno K.J., Bloom S.L., Spong C.Y., Dashe J.S., Hoffman B.L., Casey B.M., Sheffield J.S. Eds. F. Gary Cunningham, et al.eds. Williams. Obstetricia, 24e New York, NY: McGraw-Hill; 2015.
2. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia .7ma Ed. Buenos Aires: El ateneo;2014.
3. American College of Obstetricians and Gynecologist. Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. Obstetric Care Consensus N °1. Obstet Gynecol 2014, 123 (3): 693 -711. Doi: 10.1097/01.AOG.0000444441.04111.1d.
4. American College of Obstetrician and Gynecologist. Cesarean Delivery on Maternal Request.Obstet Gynecol.2013,121(4): 904-7.doi: 10.1097/01.AOG.0000428647. 67925.d3
5. Manrique G. [Página principal en internet]. Granada: Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves. [Citado 29 dic 2017]. Disponible en: HTTP://WWW.HVN.ES/SERVICIOS_ASISTENCIALES/GINECOLOGIA_Y Obstetricia A/FICHEROS/COMPLICACIONES_CESAREA.PDF
6. Perez J. Complicaciones intra y postoperatorias de las cesáreas de emergencias y electivas. Instituto Nacional Materno Perinatal [Tesis]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2013.
7. Organización mundial de la Salud. OMS.HRP. [Página principal en internet]. Ginebra: OMS.HRP; c2015 [actualizado abril 2015; citado 26 dic 2017]. Disponible en:HTTP://APPS.WHO.INT/IRIS/BITSTREAM/10665/161444/1/WHO_RHR_15.0_2_SPA.PDF?UA=1
8. Organización Panamericana de la Salud. (OPS/OMS). [Página principal en internet]. Ginebra/Washington, DC: OPS/OMS, c2015 [actualizado 10 abril 2015, citado 26 dic 2017]. Disponible

en:[HTTP://WWW.PAHO.ORG/COL/INDEX.PHP?OPTION=COM_CONTENT&VIEW=ARTICLE&ID=2340:HTPGOOGLEWEH8ML&ITEMID=551](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2340:htpgooglweh8ml&Itemid=551)

9. Chi C, Pang D, Aris IM, et al. Trends and predictors of cesarean birth in Singapore, 2005-2014: A population-based cohort study. *Birth*. 2018; 00:1-10.DOI: [https://doi.org/10.1111/ birt.12341](https://doi.org/10.1111/birt.12341)
10. Redondo A et al. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. *Gac Sanit*. 2013;27(3):258–262
11. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(5):733-740. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>
12. Rubio-Romero J et al. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federación Colombiana de Perinatología (FELCOPEN). Bogotá, 2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2014; 65(2): 139-15.DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.61>
13. Ortiz-Prado E, Acosta Castillo T, Olmedo-López M, Armijos L, Ramírez D, Iturralde AL. Cesarean section rates in Ecuador: a 13-year comparative analysis between the public and private health systems. *Rev Panam Salud Pública*. 2017; 41: e15.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Lima, Peru. Encuesta demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012 nacional y departamental. [internet].2013[Acceso 26 diciembre de 2017] .Disponible: [HTTP://DHSPROGRAM.COM/PUBLICATIONS/PUBLICATION-FR284-DHS-FINAL-REPORTS.CFM](http://dhsprogram.com/publications/publication-FR284-DHS-FINAL-REPORTS.CFM)
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Lima, Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014 nacional y departamental. [Internet]. 2015. [Acceso 26 diciembre de 2017].Disponible en:

[HTTPS://WWW.INEI.GOB.PE/MEDIA/MENURECURSIVO/PUBLICACIONES_DIGITAL
ES/EST/LIB1211/PDF/LIBRO.PDF](https://www.inei.gob.pe/media/menurecursivo/publicaciones_digita/es/est/lib1211/pdf/libro.pdf)

16. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Lima, Perú. Encuesta demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016 nacional y departamental. [internet].2017[Acceso 26 diciembre de 2017]. Disponible: [HTTPS://WWW.INEI.GOB.PE/MEDIA/MENURECURSIVO/PUBLICACIONES_DIGITALES/EST/LIB1433/INDEX.HTML](https://www.inei.gob.pe/media/menurecursivo/publicaciones_digita/es/est/lib1433/index.html)
17. Gálvez E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” [Tesis]. Callao Lima: Universidad Nacional mayor de San Marcos. Facultad de medicina humana; 2014.
18. Bustamante J, Vera O, Limo J, Patazca J. Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010-2011. Revista Cuerpo Médico HNAAA.2014;7(1):6-12
19. Carpio W, Vergara-Wekselman E. Incidencia e indicaciones de cesáreas del Hospital Naylamp de Essalud –Chiclayo durante el periodo enero-diciembre 2012.Rev. cuerpo méd. HNAAA .2016 ; 9(2) :90-4
20. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. [Sitio en internet].Consultado: 26 Diciembre 2017.Disponible en:[HTTP://WWW.UAP.EDU.PE/INVESTIGACIONES/ESP/REVISTA_1502_ESP_03.PDF](http://www.uap.edu.pe/investigaciones/esp/revista_1502_esp_03.pdf)
21. Talledo L, Talledo C, Pachas P. Incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un hospital público de Piura, Perú. CIMEL. 2016;21(2):35-7
22. Black M, Entwistle VA, Bhattacharya S et al. Vaginal birth after caesarean section: why is uptake so low? Insights from a meta-ethnographic synthesis of women’s accounts of their birth choices. BMJ Open 2016; 6: e008881. doi:10.1136/bmjopen-2015-008881
23. American College of Obstetricians and Gynecologists. Cesarean Delivery on Maternal Request. Obstet Gynecol. 2013; 121 (4): 904-7.doi: 10.1097/01.AOG.0000428647. 67925.d3.

24. Sánchez D. Impacto de la cesárea sobre la salud materna y perinatal: revisión sistemática [Tesis]. Bogotá D.C: Universidad del Rosario. Facultad de medicina humana; 2012.
25. Clavo R, E.S.E Clínica de maternidad. Cesárea. [acceso 26 de diciembre del 2017]. Disponible en: <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf>
26. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima- Perú 2014. [acceso 26 de diciembre del 2017]. Disponible en: <http://prodelcorp.edu.pe/material/2115GUIAS%20DE%20ATENCIÓN%20CLÍNICA.pdf>
27. Hospital María Auxiliadora. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas. Lima-Perú 2012. [acceso 26 de diciembre del 2017]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-DPTO-GINOBST-14.pdf>
28. Mylonas I, Friese K: The indications for and risks of elective cesarean section. *DtschArzteblInt* 2015; 112: 489–95. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0489
29. Camara R et al. Cesarean section by maternal request. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2016; 43(4): 301-310. DOI: 10.1590/0100-69912016004002
30. Nápoles Méndez Danilo. Controversias actuales para definir las alteraciones del bienestar fetal. *MEDISAN* [Internet]. 2013 Mar [citado 26 dic 2017]; 17(3): 521-534. Disponible en: [HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=\\$1029-30192013000300014&LNG=ES.](HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=$1029-30192013000300014&LNG=ES)
31. Ibarra M, Chio I, Hernández D. Sufrimiento fetal agudo: Un reto. *UVS Fajardo* 2014.1-11. [citado 26 dic 2017]; Disponible en: <HTTP://WWW.UVSFAJARDO.SLD.CU/SUFRIMIENTO-FETAL-AGUDO-UN-RETO>
32. American College of Obstetricians and Gynecologists. Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. *Obstetric Care*

Consensus N° 1. *Obstet Gynecol* 2014; 123(3):693-711doi: 10.1097/01.AOG.0000444441.04111.1d.

33. Lede, R. Versión cefálica externa para la presentación podálica a término: Comentario de la BSR: (última revisión: 1 de diciembre de 2011). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
34. Sociedade Brasileira de Pediatria; Sociedade Brasileira de Genética Médica; Federación Brasileña de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia. Projeto Diretrizes. Recém-nascido macrossômico. Brasilia: AMB; CFM; 2011. 8 p. Disponible en: HTTPS://DIRETRIZES.AMB.ORG.BR/BIBLIOTECAANTIGA/RECEM_NASCIDO_MA_CROSSOMICO.PDF
35. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR (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
36. Flores A. Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina; 2017.
37. Paiba M, Salazar G. Causas de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque ,2014 [Tesis]. Chiclayo: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Facultad de Medicina; 2015.
38. Borrero P, Cubillos A, Orjuela L, Rojas F. Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. *R.F.S Revista Facultad de Salud*. 2014;6(1): 55-8
39. Velez-Perez E, Tovar-Guzmán V, Méndez-Velarde F, Lopez-Lopez C, Ruiz Bustos E. Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2012; 29(2); 58-64

40. Vaginal birth after cesarean delivery. Practice Bulletin No. 184. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;130: e217–33.
41. Barber E et al. Contributing Indications to the Rising Cesarean Delivery Rate. *Obstet Gynecol.* 2011 July; 118(1): 29–38. doi:10.1097/AOG.0b013e31821e5f65.
42. Coppola F. Cesáreas en Uruguay. *RevMédUrug*2015; 31(1):7-14
43. Gallardo Ulloa K et al. Repercusiones perinatales en embarazos a término con oligohidramnios severo. *Revista Médica MD* 2013; 4(4):245-250

VIII. ANEXOS

ANEXO N°1

CARTA DE SOLICITUD AL DIRECTOR DE HOSPITAL DE APOYO II DE SULLANA PARA AUTORIZAR EL ESTUDIO

SOLICITO AUTORIZACION DE EJECUCION
DE TESIS Y ACCESO AL LIBRO DE CIRUGIAS
MAYORES

Dr: Carlos Rojas Bardales

Director del Hospital de Apoyo II de Sullana

De mi mayor consideración:

Yo, Carolyn Catherine Alvarez Escobar, estudiante de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego y habiendo culminado mi internado medico en este hospital donde usted dirige, con el debido respeto me presento y expongo:

Que estoy desarrollando mi tesis para título de médico general titulada “Incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del hospital de Apoyo II de Sullana, enero –diciembre 2017”. Por lo que solicito se me autorice la ejecución de tesis y el acceso al libro de cirugías mayores de sala de operaciones con el fin de poder hacer la recolección de datos y culminar con mi tesis. Me comprometo a presentar los resultados del trabajo realizado al hospital para el beneficio del servicio y los pacientes. De antemano agradezco su colaboración. Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente

Sullana, 08de enero del 2018

Carolyn Alvarez Escobar

ANEXO Nº2

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

- Indicaciones de cesárea:

a) Causas maternas

Absolutas		
• Desproporción céfalo-pélvica.	Si ()	No ()
• Estrechez pélvica.	Si ()	No ()
• Dos (2) o más cesáreas previas.	Si ()	No ()
• Antecedente de plastia vaginal	Si ()	No ()
• Herpes genital activo	Si ()	No ()
• Tumores obstructivos benignos y malignos	Si ()	No ()
• Cirugía uterina previa	Si ()	No ()
• Infección por VIH	Si ()	No ()
• Otros:		
Relativas		
• Pre eclampsia-eclampsia.	Si ()	No ()
• Una (1) cesárea segmentaria previa.	Si ()	No ()
• Expulsivo prolongado	Si ()	No ()
• Embarazo prolongado	Si ()	No ()
• Dilatación estacionaria	Si ()	No ()
• Psicosis	Si ()	No ()
• Retardo mental	Si ()	No ()
• Trastorno de conciencia	Si ()	No ()
• Insuficiencia cardio –respiratoria	Si ()	No ()
• Enfermedad oftalmológica (miopía>6 dioptrias, antecedente de desprendimiento de retina)	Si ()	No ()
• Papiloma virus humano.	Si ()	No ()
• Otros:		

B) Causas fetales

Absolutas		
• Feto en situación transversa.	Si ()	No ()
• Feto en variedad de frente.	Si ()	No ()
• Embarazo múltiple	Si ()	No ()
• Macrosomía fetal > 4.500 g	Si ()	No ()
• Distocia de posición persistente: occipitoposterior	Si ()	No ()
• Otros:		
Relativas		
• Feto en presentación Podálica.	Si ()	No ()
• Anomalías congénitas: hidrocefalia, anencefalia	Si ()	No ()
• Restricción del crecimiento intrauterino.	Si ()	No ()
• Alteración del bienestar fetal	Si ()	No ()
• Macrosomía fetal (entre 4.000 y 4.500 gr.)	Si ()	No ()
• Otros:		

C) Causas ovulares

Absolutas		
• Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta,	Si ()	No ()
• Placenta previa oclusiva total.	Si ()	No ()
• Prolapso de cordón	Si ()	No ()
• Otros:		
Relativas		
• Placenta Previa oclusiva parcial.	Si ()	No ()
• RPM con infección (Corioamnionitis)	Si ()	No ()
• Polihidramnios Severo.	Si ()	No ()
• Procidencia de cordón.	Si ()	No ()
• Otros:		