



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**“CARACTERÍSTICAS DE LAS CESAREAS PRIMARIAS EN GESTANTES DEL
HOSPITAL REGIONAL DE TUMBES - 2017”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR:

LUIS FELIPE URTECHO NUNURA

ASESOR:

DR. ROXY POLO BARDALES

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MATERNA

PIURA – PERÚ

2018



ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS

Código : F07-PP-PR-02.02
Versión : 07
Fecha : 31-03-2017
Página : 1 de 4

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (ña) **URTECHO NUNURA LUIS FELIPE** cuyo título es:

CARACTERÍSTICAS DE LAS CESAREAS PRIMARIAS EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE TUMBES -2017

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 15 (número) Quince (letras).

Piura.....de..... del 201.....

.....
PRESIDENTE

.....
SECRETARIO

.....
VOCAL

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

DEDICATORIA

En primer lugar le agradezco a dios, por darme la fuerza y fortaleza de seguir adelante y a mis queridos padres por el apoyo incondicional para ser una gran personal de bien para la sociedad.

El autor

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a Mis padres por ser mi fortaleza, a los Doctores que han sido parte del proceso de aprendizaje diario a lo largo de la carrera.

A la Dra Amanda Villanueva del Rio la cual me facilito la entrada para mi investigación en el servicio de Gineco-obstetricia – del hospital regional de tumbes, en la aplicación de mi instrumento de investigación.

El autor

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Urtecho Nunura, Luis Felipe con DNI N° 47967159, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de CIENCIAS MÉDICAS, Escuela de MEDICINA, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Urtecho Nunura, Luis Felipe

DNI: 47967159

Piura, 23 de Noviembre del 2018

PRESENTACIÓN

Señores miembros de Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada “CARACTERÍSTICAS DE LAS CESAREAS PRIMARIAS EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE TUMBES - 2017 La misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título profesional de **MEDICO CIRUJANO**. Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

El Autor

INDICE

ACTA DE APROBACIÓN	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
DECLARATORIA DE AUTENCIDAD	V
PRESENTACION	VI
INDICE	VII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
I. INTRODUCCION.....	11
1.1 REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	11
2.1 TRABAJOS PREVIOS.....	13
3.1 MARCO TEÓRICO	18
4.1 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	24
5.1 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	24
6.1 HIPOTESIS.....	25
7.1 OBJETIVOS.....	25
7.1.1. OBJETIVO GENERAL.....	25
7.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	25
II. METODO	27
2.1 DISEÑO DE INVESTIGACION	27
2.2 VARIABLES, OPERACIONALIZACION.....	27
2.3 POBLACION Y MUESTRA	30
2.3.1 Población.....	30
2.3.2 Muestra	30

2.4	TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	30
2.5	METODOS DE ANALISIS DE DATOS.....	31
2.6	ASPECTOS ETICOS	32
III.	RESULTADOS	33
IV.	DISCUSION.....	44
V.	CONCLUSIONES	47
VI.	RECOMENDACIONES.....	48
VII.	REFERENCIAS	49
VIII.	ANEXOS.....	53

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores maternos y fetales asociados a las cesareas primarias en las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes en el año 2017.

Metodología: Se realizó una investigación observacional, de tipo descriptiva, retrospectiva, analítica y transversal. Con una población conformada por la totalidad de gestantes sometidas a cesáreas primarias en el Hospital Regional de Tumbes durante el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2017. De un total de 105 pacientes, se excluyeron 10 por falta de resultado anatomopatológico y 3 por datos incompletos en la historia clínica, por lo que, la muestra final estuvo constituida por 92 pacientes.

Resultados: De un total de 92 gestantes, el 41.02% (n=37) presentó cesárea primaria. Predominó la presencia de inducción al trabajo de parto con 68.5%. El grupo etario con mayor frecuencia está entre los 18 – 25 años con un 59.8%. El 82.6% no presenta asociación a ninguna comorbilidad. Las patologías del embarazo tampoco presentan asociación directa con la cesárea primaria, representando el 76.1% del total de gestantes a aquellas quienes no presentaron patologías como factor desencadenante de la cesárea. En cuanto a la asociación de variables no se encontró significancia estadística para la edad, posición fetal, sufrimiento fetal, patologías ovulares y patologías del embarazo.

Conclusiones: La edad, control de atención prenatal, comorbilidades, sufrimiento fetal y posición del feto no son factores asociados al desarrollo de una cesárea primaria en gestantes.

Palabras clave: Cesárea primaria, factores maternos, factores fetales.

ABSTRACT

Objective: *To determine the maternal and fetal factors associated with primary cesarean in pregnant women treated at the Regional Hospital of Tumbes in 2017.*

I.

Methodology: *An observational, descriptive, retrospective, analytical and transversal research was carried out. With a population consisting of all pregnant women undergoing primary cesareans at the Regional Hospital of Tumbes during the period between January and December 2017. Out of a total of 105 patients, 10 were excluded due to lack of anatomopathological result and 3 due to incomplete data. in the clinical history, therefore, the final sample consisted of 92 patients.*

Results: *Of a total of 92 pregnant women, 41.02% (n = 37) presented a primary cesarean section. The presence of labor induction predominated with 68.5%. The age group most frequently is between 18 - 25 years old with 59.8%. 82.6% did not present an association with any comorbidity. The pathologies of pregnancy also do not present a direct association with primary cesarean, representing 76.1% of the total of pregnant women to those who did not present pathologies as a causative factor of cesarean section. Regarding the association of variables, no statistical significance was found for age, fetal position, fetal distress, ovular pathologies and pregnancy pathologies.*

Conclusions: *Age, control of prenatal care, comorbidities, fetal distress and position of the fetus are not factors associated with the development of a primary cesarean section in pregnant women.*

Key words: *Primary caesarean, maternal factors, fetal factors.*

INTRODUCCION

1.1 REALIDAD PROBLEMÁTICA

En 1985 la OMS indicó que lo ideal es mantener una tasa de cesáreas entre el 10% y el 15% de todos los nacimientos. Dicho documento manifiesta que las cesáreas sí son eficaces para salvar la vida de la madre y del bebé o para evitar enfermedades o complicaciones, sin embargo los casos no son tan frecuentes.¹

Entre 2004 y 2005, se realizó la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS en 24 regiones de ocho países de América Latina y 120 instituciones seleccionadas al azar. En dicha encuesta se obtuvieron datos de todas las mujeres que ingresaron para tener el parto, la mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados fue del 51%.²

Según un informe emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) los nacimientos por cesárea están relacionados con un aumento de la morbimortalidad materno y fetal. Este estudio se realizó en diferentes países de América Latina, muestra como esta práctica, útil en casos de emergencia, puede resultar perjudicial cuando se utiliza en mujeres sanas.³

El informe realizado por la OMS sobre las altas tasas de cesárea y aunque la intervención por cesárea sea una práctica efectiva para salvaguardar la vida materna y fetal cuando ésta sea necesaria, las tasas superiores al 10% a nivel poblacional, no han sido asociadas al decremento de las tasas de morbimortalidad de la mujer gestante y su producto.⁴

El problema actual del incremento de las cesáreas innecesarias en el Perú tendría su origen en el ámbito privado, en donde se ve involucrado el aspecto económico, trayendo consigo debates sobre la repercusión en la salud reproductiva de la mujer y por otro lado los sobrecostos en exceso en el sector salud.⁵

Se dispone de pocos estudios que aporten una representación actualizada sobre la tasa de cesáreas y su comportamiento en el Perú.⁶

La proporción de nacimientos por cesárea a nivel nacional de los últimos 5 años (valores estimados %) fueron de 16.9% en el 2007, 21.4% en el 2009; 20.4% en el 2010; 22.9% en el 2011; 25.3% en el 2012; 26.6% en el 2014, además según reporta ENDES 2014, agrega que el 89.2% de partos institucionales (cesáreas o partos vaginales asistidos por profesionales) en el Perú se realizaron durante el 41.3% de cesáreas en Lima durante el 2014.⁷

En el año 2017 en el Hospital Regional de Tumbes se registraron un total de 2395 partos, los cuales el 59% fueron por cesárea y el 41% vaginal donde el 55% fueron primarias y el 45% iterativa. En el primer trimestre de este año se han presentado 407 partos, los cuales el 63% fueron por cesárea y el 37% vaginales donde el 57% fueron primarias y el 43% iterativa.⁸

A pesar que la cesárea, tiene un alto grado de seguridad, como procedimiento, la cesárea sigue presentando riesgos propios dentro de ellos encontramos: las infecciones de herida operatoria, el aumento del sangrado, reacción adversa a medicamentos, daño accidental al intestino y/o vejiga, muerte materno-fetal (muy poco frecuente) y posibles daños al neonato. Además de tener presente las implicaciones médico-legales que obligan a justificar plenamente los riesgos de la ejecución de este procedimiento.⁹

Pese que la cesárea fue incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño, se ha ido incrementando en los últimos de tal manera que en la actualidad lo que se inició como solución, hoy se considera un problema de salud pública por el aumento de liberación a la que ha sido conducida.¹⁰

2.1 TRABAJOS PREVIOS

Briceño J. (2017), en su investigación Incidencias e Indicaciones de Cesárea de las Mujeres Atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora. Tuvo como objetivo determinar la incidencia e indicaciones de cesárea tanto maternas, fetales, maternofetales y obstétricas, así como establecer el grupo etáreo más frecuente a quienes se indica la intervención. El tipo de investigación fue de carácter retrospectivo, descriptivo y transversal, que se lo realizó en los departamentos de estadística y centro obstétrico en el periodo de junio a noviembre del 2015, la población de estudio estuvo constituida por todas las pacientes ingresadas al servicio para finalización del embarazo, la muestra estuvo constituida por 632 pacientes a quienes se les realizó la intervención quirúrgica; la recolección de datos se llevó a cabo a través del libro de registros de cesáreas y partos e historias clínicas. Los datos fueron ingresados en una base de datos de Microsoft Excel y analizados mediante estadística simple e inferencial. La incidencia de cesárea fue del 43,05%, la principal indicación materna de cesárea fue: Cirugía uterina previa con un 45,41%, la indicación Fetal: es Compromiso de bienestar fetal con un 21,99%, la indicación maternofetal fue Preeclampsia grave, Eclampsia o Síndrome de HELLP con un 4,91% y la indicación obstétrica fue desproporción cefalopélvica con 7,75%, el grupo etáreo de 20 a 24 años fue el más frecuente con 35,44%.¹¹

Centeno et al. (2017) en su investigación titulada Características de las pacientes con indicación de Cesárea en el Servicio de Ginecología y obstetricia de la Clínica Médica Previsional Asunción Minsa, Juigalpa – Chontales, Nicaragua. Enero – Diciembre 2016, teniendo como objetivo caracterizar pacientes con indicación de cesárea atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia de la clínica médica previsional Asunción – MINSA, Juigalpa Chontales, Nicaragua, 2016. Realizó un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, constituido por 161 mujeres que se les practicó cirugía vía cesárea, recolectando la información de expedientes clínicos médico legales, del departamento de archivo, que cumplieron los criterios de inclusión correspondientes. En el que obtuvo como resultado que: El 86.96% se trataba de mujeres en el rango de edad entre 20-35 años, en un 72.05% de educación universitaria, el 54.04% laboraban

de acuerdo a su formación profesional, 58.39% eran casadas y el 75.78% procedían del área urbana. De acuerdo a los factores gineco-obstétricos, las pacientes en el estudio no tenían antecedentes personales no patológicos hasta en un 96.89%, con embarazos de término hasta en 83.23%, 42.24% tenían cesáreas anteriores y hasta 72.05% no tenían antecedentes patológicos personales, el 100% recibió atención prenatal, el 86.34% recibió más de 4 atenciones prenatales. 43.48% no presentaron factores de riesgo durante su embarazo y 91.93% no tuvieron factores de riesgo durante el parto. La principal indicación de cesárea hasta en 36.65% precisamente fue cesárea anterior. En el que llegó a la conclusión que con respecto a las características sociodemográficas, todos estos factores no favorecieron a indicación absoluta de cesárea, no presentaron factores ginecológicos y obstétricos de relevancia que hayan favorecido su indicación absoluta de cesárea, la cual fue la principal causa de indicación para realizar interrupción del embarazo vía alta actual. ¹²

Narvaez A. (2015) en su investigación Titulada: Indicaciones de Cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque. Cuyo objetivo fue identificar las indicaciones de cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque en el año 2014. El estudio fue descriptiva transeccional, en donde se revisó la hoja clínica perinatal de pacientes (11,329) que finalizaron su embarazo posterior de 22 semanas. La mayoría de las pacientes tenían alto nivel educativo, con edades entre 20-34 años y mestizas. La mayor parte de las pacientes recibieron oxiócicos (93.5%) tanto para el grupo de cesárea como parto vaginal, y tuvieron baja tasa de depresión fetal. La incidencia de cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque para el 2014 fue del 45.4%, lo cual triplica el máximo recomendado por la Organización Mundial de la Salud. La principal indicación de cesárea fue la cesárea anterior (34.8%) y la indicación de la cesárea primaria fue el sufrimiento fetal agudo (32.4%). Esto sugiere la toma de medidas organizativas en torno a la indicación de cesárea con el fin de disminuir la tasa de cesáreas primarias a través de los medios que la institución considere convenientes. ¹³

Betrán AP, et al. (2014) en su investigación titulada La tendencia creciente de las tasas de cesáreas: estimaciones mundiales, regionales y nacionales: 1990-2014. Teniendo como objetivo investigar la tendencia y tasa de cesáreas en los últimos 24 años. Realizaron una recopilación de datos representativos a nivel nacional sobre las tasas de CS entre 1990 y 2014 y calcularon los promedios ponderados regionales y subregionales. Llevando a cabo un análisis longitudinal que calcula las diferencias en las tasas de CS como cambio absoluto y como la tasa de crecimiento anual promedio (AARI), teniendo como resultado según los últimos datos de 150 países, actualmente el 18.6% de todos los nacimientos ocurren por CS, que van del 6% al 27.2% en las regiones menos desarrolladas y las más desarrolladas, respectivamente. La región de América Latina y el Caribe tiene las tasas más altas de CS (40.5%), seguida de América del Norte (32.3%), Oceanía (31.1%), Europa (25%), Asia (19.2%) y África (7.3%). Con base en los datos de 121 países, el análisis de tendencias mostró que entre 1990 y 2014, la tasa de CS promedio global aumentó 12.4% (de 6.7% a 19.1%) con una tasa de crecimiento promedio anual de 4.4%. Los mayores incrementos absolutos ocurrieron en América Latina y el Caribe (19.4%, de 22.8% a 42.2%), seguidos de Asia (15.1%, de 4.4% a 19.5%), Oceanía (14.1%, de 18.5% a 32.6%), Europa (13.8%, del 11.2% al 25%), América del Norte (10%, del 22.3% al 32.3%) y África (4.5%, del 2.9% al 7.4%). Asia y América del Norte fueron las regiones con la tasa anual de crecimiento más alta y más baja (6,4% y 1,6%, respectivamente) llegando a la conclusión que el uso de cesáreas en todo el mundo ha aumentado a niveles sin precedentes a pesar de que la brecha entre los entornos de recursos superiores e inferiores permanece. La información presentada es esencial para informar las políticas y las estrategias globales y regionales destinadas a optimizar el uso de la cesárea.¹⁴

Luque A. (2017) en su investigación: Indicaciones y Tasa de Cesáreas en el Hospital Essalud III Puno En El Año 2016. Tuvo como objetivo Identificar las Indicaciones y Tasa de Cesáreas en el Hospital EsSalud III Puno en el año 2016. El estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal de los datos de mujeres que tuvieron sus partos en las instalaciones del Hospital EsSalud III Puno durante el año 2016. Obtuvo como resultado que: un total de 940 partos, con una tasa de cesáreas del 43,4. Las indicaciones principales fueron: la cesárea previa

con 25,5% y el sufrimiento fetal agudo con 18%. Los grupos 1 y 5 de Robson tuvieron la mayor contribución al porcentaje de cesáreas. El autor llegó a la conclusión que: El Hospital EsSalud III Puno presento, una tasa de cesáreas mayor a la recomendada por la OMS. Utilizando la clasificación de Robson se pudo determinar que la tendencia a operar a los grupos 1 y 5 fue mayor que en otros hospitales, lo que determino la alta tasa de cesáreas en esta institución. ¹⁵

Fiestas W. (2016) en su estudio titulado: Prevalencia de Parto por Cesárea en el Centro Medico Naval "CMST" en el Periodo Julio 2014 - Julio 2015. El cual tuvo como objetivo: Determinar la Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Medico Naval "CMST" en el periodo julio 2014 - julio 2015. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal; en el Centro Medico Naval "CMST" en el periodo de Julio 2014 – Julio 2015. 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. En dicho estudio el resultado fue que: la 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%. Y el autor llegó a la conclusión que: El estudio revela 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. ¹⁶

Medina J. (2015) en su investigación titulada Factores Asociados a la Indicación de Cesárea en el Hospital Nacional Dos De Mayo en el su objetivo fue determinar los factores asociados a indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de Enero a Diciembre del 2015. Fue un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal, en el cual se revisó el Libro de Reporte Operatorio del Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Nacional Dos de Mayo. Su resultado fue que: En el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2015,

el porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos en ese año de 57,5%. Las gestantes entre 20 y 35 años son las que con mayor frecuencia se someten a dicha intervención. Del total de cesáreas, el 68,7% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal indicación la cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande, sufrimiento fetal agudo. El autor llegó a la conclusión que: La tasa de incidencia de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015 fue de 57,5% respecto del total de nacimientos registrados en es ese periodo de tiempo, evidenciándose un valor muy por encima de lo estipulado por la OMS. La principal indicación materna es placenta previa, la principal indicación fetal es feto grande, y la principal indicación ovular es la ruptura prematura de membranas. ¹⁷

Paiba y Salazar. (2014) en su investigación titulada Causas de Cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, cuyo objetivo fue determinar las causas que conducen al parto por cesárea con la finalidad de mitigar con prevención la tasa de incremento que según la Organización Mundial de la Salud es 15 %, pero en Perú existe un alto incremento con diversas consecuencias. Estudio Retrospectivo, comparativo mediante la revisión de 140 historias clínicas de partos por cesárea y un mismo número por parto vaginal. Recolectaron datos epidemiológicos y clínico - obstétrico consignados en hojas de recolección y registrado en el programa de Excel XP para Windows para luego ser procesados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 17. Obtuvieron como resultado que: las pacientes sometidas a cesáreas se caracterizan porque el 70.7%, son de 19 a 34 años; el 65.7% proceden de los “pueblos de Lambayeque”, existe un predominio de monitoreo adecuado de 60.7%. El número de profesionales que atienden es adecuado solo en 57%. En la indicación del profesional predomina el riesgo obstétrico con 98,6%. La comodidad del profesional y de la paciente fue mayor con 98.6% y 87.1% respectivamente. Las causas maternas asociadas al parto por cesárea son la cesárea previa, las distocias del canal del parto, el periodo intergenésico corto y enfermedad hipertensiva del embarazo. Las causas fetales son malformaciones congénitas, RCIU y la muerte fetal previa; mientras que el Oligohidramnios, el DPP y la placenta previa constituyen causas específicas del parto por cesárea. Se concluye que existen causas maternas, fetales y ovulares de partos por cesáreas. ¹⁰

Galvez E. (2013) en su Investigación titulada: Tasa de incidencia de cesárea en el Hospital “San José” del Callao teniendo como objetivo; Determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo. La población está constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y el espacio muestral corresponde a 160 pacientes. Se encontró al analizar las 160 historias que el 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9% , sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha , periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%.¹⁸

3.1 MARCO TEÓRICO

El termino cesárea en latín clásico [caesare-u(m/-a(m))] representa a César (un político y general romano del siglo I a.C.) esto debido a una mala interpretación de un pasaje de una Ley romana creada por Plinio (siglo I d.C.), creyéndose que César nació por cesárea, lo cual no es cierto, pero no fue impedimento para que la etimología de cesárea fuese usado a partir de esa creencia. Alternativamente el nombre de la operación obstétrica cesárea, proviene de una ley romana emitida en el siglo VIII a.C. por Numa Pompilio denominada “Lex cesárea” o dentro del desarrollo de la Edad Media a partir del verbo latino caeder (cortar).¹⁹

La cesárea se define como la intervención quirúrgica mediante el cual se lleva a cabo la extracción del producto de la concepción a través de una laparotomía (corte en la pared abdominal) seguido de una histerotomía (corte en la pared uterina).²⁰

Se considera cesárea primaria cuando se practica por primera vez y repetida si ya se ha efectuado anteriormente. La operación puede ser electiva o indicada.¹⁷

La “cesárea-primaria” se refiere a una histerotomía por primera vez y “cesárea secundaria” denota un útero con una o más histerotomías anteriores, si se tuvo dos cesáreas consecutivas es Cesárea iterativa. Esa definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal, en el caso de rotura uterina o en un embarazo abdominal. En algunos casos, y más a menudo a causa de complicaciones emergentes tales como la hemorragia intratable, histerectomía abdominal se recomienda después del parto. Cuando se realiza en el momento del parto por cesárea, la operación se denomina “cesárea-histerectomía”. Si se hace dentro de un corto período de tiempo después del parto, se denomina histerectomía posparto. La histerectomía periparto es un término más amplio que combina estos dos. En la mayoría de los casos, la histerectomía es total, pero la histerectomía supracervical es también una opción. Los anexos no son normalmente removidos.²⁸

En cuanto a los tipos de cesárea tenemos:

- Cesárea electiva.- aquella que se realizara en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal, siendo considerada también como una intervención programada.
- Cesárea en curso de parto o de recurso se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvica fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. En este tipo de cesárea no hay riesgo inaplazable para la madre ni para el feto.
- Cesárea urgente: es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.²¹

Indicaciones de cesárea

Se pueden dividir en diferentes grupos:

Las indicaciones de cesárea (procedimiento quirúrgico alternativo a la vía de nacimiento natural) están divididas en absolutas y relativas, son absolutas cuando se equivale a decir que no hay polémica para su uso y son relativas cuando haya controversia para su ejecución. ²²

Indicaciones Absolutas:

Son aquellas que no admiten discusión porque el parto vaginal es simplemente imposible o altamente riesgoso. En este grupo tenemos a la Desproporción Cefalo-pelvica, Macrosomía fetal con peso estimado sobre 4500 gramos., Presentación distócica, Tumor previo, Placenta previa oclusiva, Sufrimiento fetal en ausencia de condiciones para parto vaginal inmediato, enfermedad materna grave, Antecedente de dos o más cesáreas, Antecedente de operaciones plásticas uterinas o miomectomía. ²³

Indicaciones Relativas: Son producto de problemas circunstanciales, que no obligatoriamente se repetirán en un próximo parto. Dentro de este grupo tenemos:

Distocias de la dinámica (hiper o hipodinamia refractaria); Distocias de la progresión del Parto: Dilatación estacionaria, Falta de descenso de la presentación, Distocias de posición, Prueba de trabajo de parto fracasada.; Antecedente de 1 operación cesárea; Algunas enfermedades fetales (malformaciones); Macrosomía fetal entre 4000 y 4500 gramos. ²³

Las resaltantes indicaciones de intervención por cesárea actualmente son: ²⁴

a) Distocias (donde no hay progresión del trabajo de parto, o se ha fracasado en la inducción, o cuando no hay progresión en el descenso de la presentación y cuando existiese desproporción céfalo pélvica).

b) Presentación podálica.

c) Riesgo de pérdida del bienestar fetal.

d) Antecedente de cesárea anterior u otra cirugía uterina.

Hay que tener presente que el riesgo de patologías respiratorias en el recién nacido aumenta cuando la cesárea es programada y llevada a cabo antes que

se cumpla las 39 semanas de gestación²⁵. Los avances en la tecnología, las nuevas tendencias y la globalización, han empoderado a las personas y hecho participes activos de sus cuidados materno fetales, incrementando cada vez más, las tasas de cesáreas electivas (50% de aumento en los últimos 10 años), una de las razones de este incremento, es el cuidado de los aspectos físicos y estéticos 20 de la gestante, incluida el dolor en el parto y entre otros aspectos socioeconómicos.²⁶

FACTORES MATERNOS Y FETALES:

Las Causas maternas son; Distocia de partes óseas (Desproporción céfalopélvica), las cuales incluyen: Estrechez pélvica, Pelvis asimétrica o deformada, Tumores óseos de la pelvis. Distocia de partes blandas, las cuales incluyen: Malformaciones congénitas, Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el trabajo de parto, dos operaciones cesáreas previas, Cirugía previa de segmento y/o cuerpo uterino, incluyen Cirugía previa de cérvix (vagina y vulva), Distocia de la contracción. Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normo inserta), patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus.²⁷

Las Causas fetales son:

- a. Absolutas: Feto en Situación Transversa, Feto en presentación Podálica, Feto en variedad de Frente, Embarazo múltiple (dos o más), Gemelar monoamniótico monocorial, Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica, Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto, Distocias de posición persistentes, Macrosomía Fetal mayor de 4.500 gr.
- b. Relativas: Anomalías congénitas, Restricción del crecimiento intrauterino, Bienestar fetal ante parto comprometido ante las contracciones uterinas, Peso fetal menor a 1000 gr. (atendiendo la sobrevida en UCI), Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 gr.).²⁸

Las Causas mixtas (materno – fetales) considerando como Absolutas a: Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, Placenta previa oclusiva total. Prolapso de cordón con feto vivo, Oligohidramnios severo, y Relativas: Placentas Previas oclusivas parciales, RPM con infección ovular, Polihidramnios Severo.²⁷

TÉCNICA

a) Incisión Abdominal: Una opción para entrar en la cavidad peritoneal es utilizar una incisión infraumbilical línea media. Esta incisión proporciona un acceso más rápido al útero. Esta incisión se asocia con una menor pérdida de sangre, examen más fácil de la parte superior del abdomen, y de fácil extensión cefálica alrededor del ombligo ²⁸

Por lo general, se hace una incisión transversal a través de la parte inferior del abdomen. La incisión es un Maylard, Joel Cohen, o, más comúnmente, de una incisión Pfannenstiel. Las incisiones transversales tardan un poco más para ingresar en la cavidad peritoneal, por lo general son menos dolorosas, se han asociado con un menor riesgo de desarrollar una hernia incisional, se prefieren cosméticamente, y pueden proporcionar una excelente visualización de la pelvis.²⁹

b) Histerotomía En la creación de un colgajo de la vejiga, la vejiga diseccionar libre del segmento uterino inferior. La incisión se extiende bilateralmente de forma curvilínea hacia arriba. Ya sea una dirección transversal (Monroe-Kerr) o vertical (Kronig o DeLee) incisión puede hacerse en el útero.

La elección de la incisión se basa en varios factores, incluyendo la presentación fetal, edad gestacional, la ubicación de la placenta, y la presencia de un segmento uterino inferior bien desarrollado. La incisión seleccionada debe permitir suficiente espacio para la salida del feto y sin correr el riesgo de lesión (ya sea rasgado o corte) de las arterias uterinas y las venas que se encuentran en los márgenes laterales del útero.

En más del 90% de los partos por cesárea, se hace mínima incisión transversal (Monroe-Kerr). La incisión inicial es pequeña y se continúa en la pared uterina hasta que cualquiera de las membranas fetales se visualice o se introduce en la cavidad. La incisión se extiende bilateralmente y ligeramente cefálica. La disección roma está asociada con una disminución de la pérdida de sangre, pero tiene el potencial para la extensión impredecible, y se debe tener cuidado para evitar lesiones en los vasos uterinos.³⁰

c) Extracción del Feto La extracción fetal se hace con movimientos suaves para evitar desgarros de la incisión y traumatismos fetales acompañando de presión sobre el fondo uterino en sentido del canal del parto para facilitar la salida de la cabeza; si la cabeza está muy encajada, los nudillos pueden lesionar la vejiga o el segmento inferior maternos.

El recién nacido, previa aspiración y pinzamiento de cordón, se entrega al personal encargado de su atención.³¹ Si no hay complicaciones para la extracción de la placenta, puede esperarse su expulsión espontánea con una suave tracción es más lento, pero se asocia con una disminución de la pérdida de sangre, menor riesgo de endometritis, y la exposición materna inferior a los glóbulos rojos fetales, lo que puede ser importante para las madres Rh negativo que entregan un Rh positivo feto.³¹

d) Reparación de Útero La reparación del útero puede ser facilitada por la extracción manual del fondo uterino a través de la incisión abdominal. Exteriorizar el fondo uterino facilita el masaje uterino, el tono uterino, y el examen de los anexos.³²

La reparación de una incisión transversal baja del útero se debe realizar en cualquiera de forma un plano o dos planos usando catgut crómico o poliglactina Nro. 0 o 1. La primera capa debe incluir puntos de sutura colocados lateral a cada ángulo, con la palpación previa de la localización de los vasos uterinos laterales. La mayoría de los médicos utilizan una sutura continua de seguridad. Si la primera capa es hemostática, la segunda capa, no necesita ser colocada.

e) Después del Procedimiento

Cuidado posoperatorio: En la sala de recuperación, los signos vitales se toman cada 15 minutos durante las primeras 1-2 horas, y la producción de orina se controla sobre una base horaria. Además de la evaluación de rutina, palpar el fondo uterino para asegurarse de que se sienta firme. Prestar atención a la cantidad de sangrado vaginal.³³

En el primer día del postoperatorio, animar al paciente para caminar. Aumentar la deambulación cada día según la tolerancia del paciente.

El vendaje se puede quitar 12-24 horas después de la cirugía y se puede dejar abierta después de ese tiempo. Por lo general, el recuento de sangre es analizada 12-24 horas después de la cirugía, o antes si se ha producido un mayor que el promedio de pérdida de sangre.

Si el paciente se ha recuperado bien después de la operación, que puede ser dado de alta de forma segura 2-4 días después de la cirugía. Antes del alta debe llevarse a cabo, una discusión acerca de la anticoncepción.

El problema es que, incluso si la madre está amamantando, todavía puede concebir. Pedir a los pacientes que se abstengan de tener relaciones sexuales durante 4-6 semanas después del parto.

4.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características de los factores maternos y fetales en las cesáreas primarias en las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes en el año 2017?

5.1 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

A nivel nacional, estudios previos han demostrado un aumento del porcentaje de cesáreas tanto en la práctica privada como pública, dentro de los más importantes podemos encontrar al realizado por Villar y colaboradores en el año 1970 donde los suceso de cesáreas apenas llegaba al 5%. En 1990 en el estudio

de Távara-Orozco las tasas de cesáreas habían superado el 20%. En el 2010 una publicación realizado en siete hospitales de Lima revelo que las tasas de cesárea habían llegado a 36.9%.³⁶

Sin embargo hay pocos trabajos realizados en los últimos años en relación a este problema y mucho menos una investigación en la ciudad de Tumbes. Por ello es importante conocer Factores Maternos y Fetales Asociados a las Cesáreas Primarias en Gestantes. Dado que los resultados obtenidos nos permitirán valorar los criterios que poseen los profesionales de salud, para indicar este modo y de ser posible encaminarlos para evitar el abuso irracional de la misma. Dicho trabajo beneficiara tanto a la institución en la que se realizara, como a personal de salud para tener como referencia el porcentaje actual del número de cesáreas y así buscar estrategias para disminuir o prevenir el uso de cesáreas innecesarias.

6.1 HIPOTESIS

no corresponde

7.1 OBJETIVOS

7.1.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de los factores maternos y fetales en las cesareas primarias en las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes en el año 2017.

7.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar los factores maternos: Historia reproductiva, Patologías Ovulares y Comorbilidades en las cesáreas primarias en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Tumbes

2 Determinar los factores fetales: al bienestar fetal, funiculares, peso y posición del feto en las cesáreas primarias en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Tumbes.

II. METODO

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño de investigación es observacional, de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

Es una investigación retrospectiva de corte transversal para determinar las características de los factores maternos y fetales en las cesáreas primarias en las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes en el año 2017.

2.2 VARIABLES, OPERACIONALIZACION

Variable	Dimensiones	Indicadores	Tipo de Variable	Criterio de Medición	Técnicas e Instrumentos
Factores maternos	Antecedentes obstétricos y del embarazo	Antecedentes reproductivo de la gestante	Cualitativa Nominal Politómica	No. Embarazos No. de partos No. de Abortos	Ficha Registro de datos
		Atención prenatal Número de controles realizados durante su embarazo	Cuantitativa Numérica Discontinua	Ninguno < de 3 3 – 6 >de 6	
		Inicio el trabajo de parto	Cualitativa Nominal Dicotómica	SI NO	
		Inducción trabajo de parto fallida	Cualitativa Nominal Dicotómica	SI NO	
		Patologías propias del embarazo	Cualitativa Nominal Politómica	Ninguna Distocia dinámica refractaria Toxemia severa Embarazo postérmino	
	Ovulares	Patologías relacionadas la placenta, membranas y cordón umbilical		Rotura prematura de membrana Placenta previa Procidencia del cordón umbilical	
Comorbilidades	Cuando concurren otras enfermedades en la gestante	Cualitativa Nominal Politómica	Ninguna Mioma o tumores obstructivos canal pelvigenital VIH/SIDA HTA. Preeclampsia y Eclampsias Diabetes Cáncer CU Gest. Más de 42 sem no responde a la Inducción		

				Otras.	
Factores fetales	Son las alteraciones derivadas del bienestar del feto, funiculares y del peso y posición del feto	Sufrimiento fetal	Cualitativa Nominal Dicotómica	SI NO	
		Peso del feto los referidos al peso del feto al nacer o en el parto	Cualitativa Nominal Dicotómica	Peso Normal < de 2,500 g Más de 4,000 g. RCIU	
		Posicion del feto es las distocias por posicion del feto en el parto	Cualitativa Nominal Politómica	Pelviana Transversa Cara Ninguna	
		Embarazos múltiple	Cualitativa Nominal Dicotómica	SI NO	

2.3 POBLACION Y MUESTRA

2.3.1 Población

La población sobre la cual recae nuestro estudio son las 634 puérperas atendidas tanto por partos vaginales como cesáreas en el hospital Regional de Tumbes en el año 2017.

2.3.2 Muestra

- a) **Tamaño de la muestra** calculada para poblaciones finitas es de 255 cesáreas primarias, aplicando el factor de corrección de la muestra el número de elementos serían 92 que serían:
- b) **Método de elección de la muestra.** Es una muestra probabilística y utilizaremos el aleatorio simple seleccionando mediante la lotería los elementos para conformar el grupo de las Cesáreas Primarias ocurridos en el Hospital Regional de Tumbes 2017

2.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para realizar nuestro estudio nos hemos basado en el método de Observación y dentro de este seleccionamos la observación no participante diseñando un instrumento que es la ficha de Registro de datos que nos permite medir el grado de asociación de los factores de la madre y el feto que nos permitiera dar las características de estas .

La fuente de los datos recolectados fue las historias clínicas de las mujeres hospitalizadas por cesáreas primarias seleccionadas según criterios de inclusión.

2.5 METODOS DE ANALISIS DE DATOS

El análisis fue descriptivo. Para variables categóricas, los resultados serán presentados en frecuencias absolutas y porcentuales, según el tipo de datos.

Los datos y gráficos fueron analizados mediante SPSS v 25.0.

Para realizar el análisis univariado de porcentajes simples de los factores maternos y fetales y las cesáreas primarias y un nivel de significancia estadística $< 0,05$.

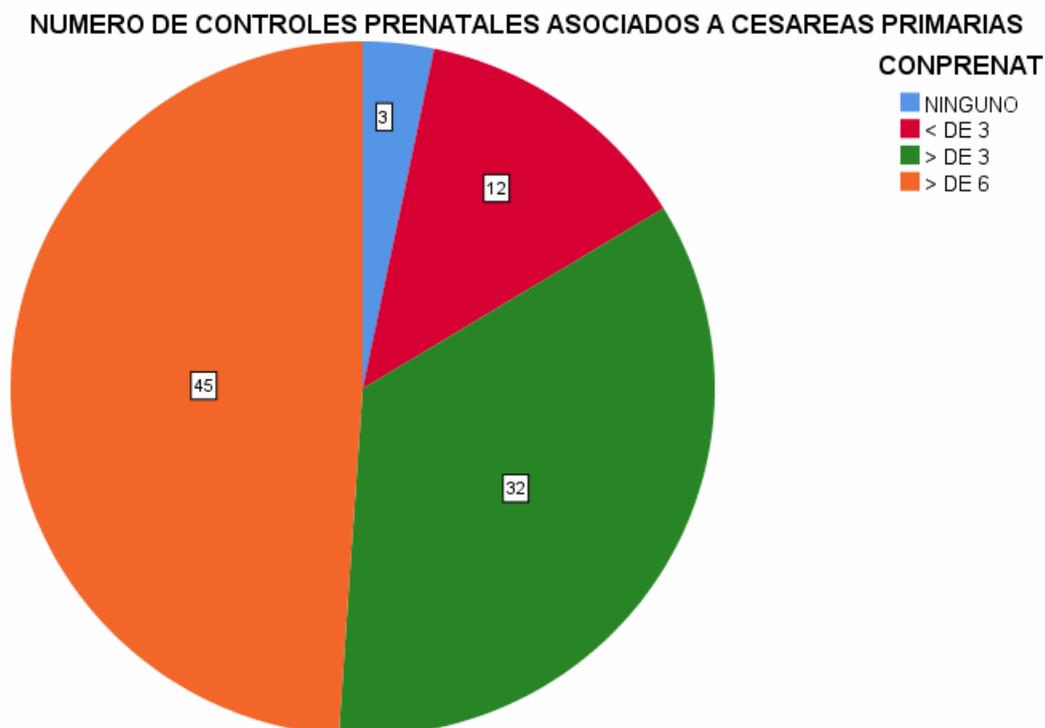
2.6 ASPECTOS ETICOS

En la investigación tuvimos en cuenta el rigor ético que se plantean en toda investigación donde participen las personas y que consistirá en:

- Principio de Beneficencia en nuestra investigación se manifiesta en que nos permite conocer las características de los factores sociodemográficos, maternos y fetales en las cesáreas primarias y así contribuir con información pertinente de la situación concreta para que las intervenciones y acciones permiten reducir este indicador acorde a los indicadores óptimos y las necesidades de las gestantes de Tumbes.
- Principio de Autonomía. No procede porque se toman datos registrados en las historias clínicas de las puérperas que son egresadas del hospital Regional de Tumbes
- La privacidad de los datos obtenidos de las historias clínicas fueron utilizados con fines de la investigación y mantendremos la confidencialidad de los mismos.
- Principio de no maleficencia. "Primum non nocere" primero no hacer daño, en nuestra investigación se respeta este principio ya que solo utilizamos las h. clínicas y no existe ningún riesgo de que las personas sufran daños físicos y psicológicos en el transcurso de nuestra investigación.

RESULTADOS

Gráfico N°1: Número de cesáreas primarias asociadas al número de controles prenatales en gestantes Del Hospital Regional De Tumbes – 2017.

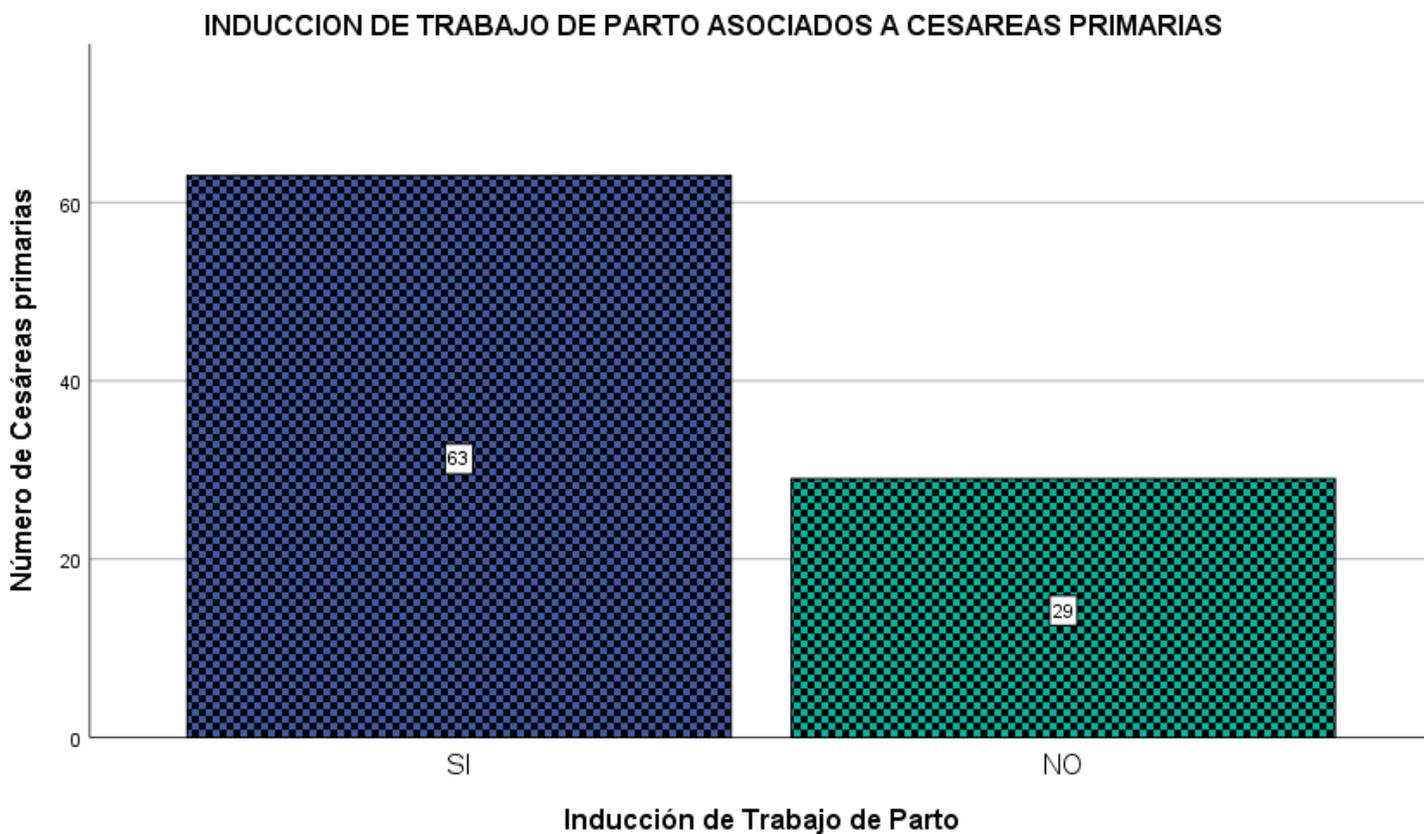


Mediante el siguiente gráfico se puede observar que hay un mayor número de casos de cesárea asociados a un mayor número de controles prenatales, mientras que se observa un menor número de casos (3) en pacientes sin ningún control prenatal.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Tumbes

En el gráfico 1 se observa que, de un total de 92 pacientes operados por cesárea en el Hospital Regional de Tumbes durante el periodo comprendido de enero a diciembre del 2017, el 48.9% (n=45) presentó más de 6 controles prenatales.

Gráfico N°2: Distribución de casos de inducción de trabajo de parto asociados a cesáreas primarias en gestantes Del Hospital Regional De Tumbes – 2017.



Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Tumbes

En el gráfico 2 se observa que el 68.5% (n=63), de los pacientes sometidos a cesárea primaria presentaron inducción al trabajo de parto, mientras que un 31.5% de los casos (n: 29) no presentaron inducción al trabajo de parto.

Tabla N°1: Frecuencia de Patologías del Embarazo asociadas a cesáreas primarias en gestantes Del Hospital Regional De Tumbes – 2017.

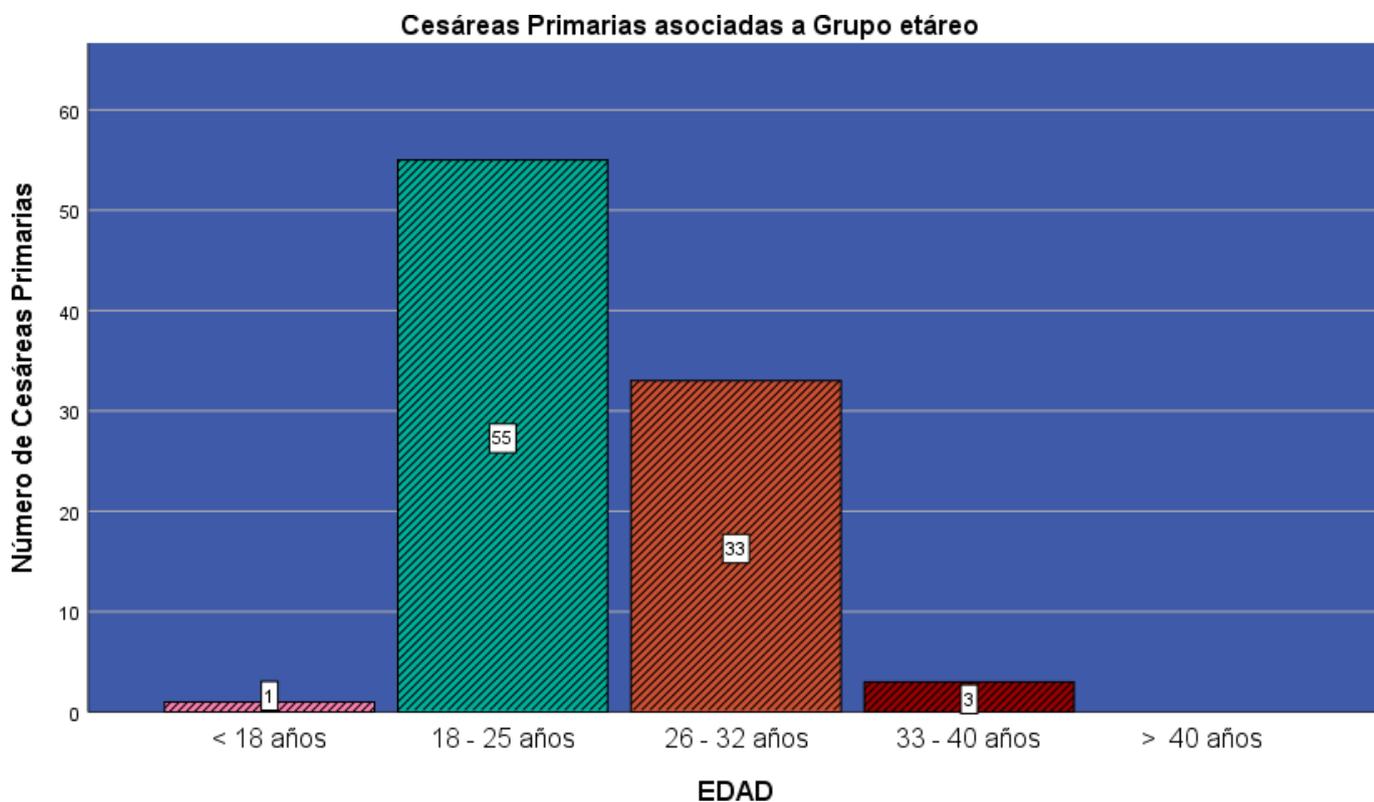
PATOLOGIAS DEL EMBARAZO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido NINGUNA	70	76,1	76,1
DISTOCIA DINAMICA REFRACTARIA	20	21,7	21,7
EMBARAZO POSTERMINO	2	2,2	2,2
Total	92	100,0	100,0

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Tumbes

La tabla 1 muestra la frecuencia de patologías del embarazo asociados a cesáreas el 97% primarias, donde se encuentra que hay un 76.1% (n=70) casos de cesáreas primarias que no presentan ninguna asociación a patologías del embarazo, mientras un 2.2% (n=2) de los casos son asociados a embarazo postérmino.

Gráfico N°3: Distribución según grupo etario de los pacientes sometidos a cesáreas primarias en gestantes Del Hospital Regional De Tumbes – 2017.



Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Tumbes

En el gráfico N°3 se observa la distribución de los pacientes sometidos a cesárea primaria según grupo etario, donde el mayor porcentaje se encuentra entre los 18 – 25 años con un 59.8%, mientras que no se encontró ningún caso asociado a mayores de 40 años y solo 1 caso de menores de 18 años.

Tabla N°2: Relación de casos de Sufrimiento Fetal de acuerdo a grupo etario en cesáreas primarias en gestantes Del Hospital Regional De Tumbes – 2017.

Relación de casos de Sufrimiento Fetal de acuerdo a grupo etareo en cesáreas primarias.

Recuento

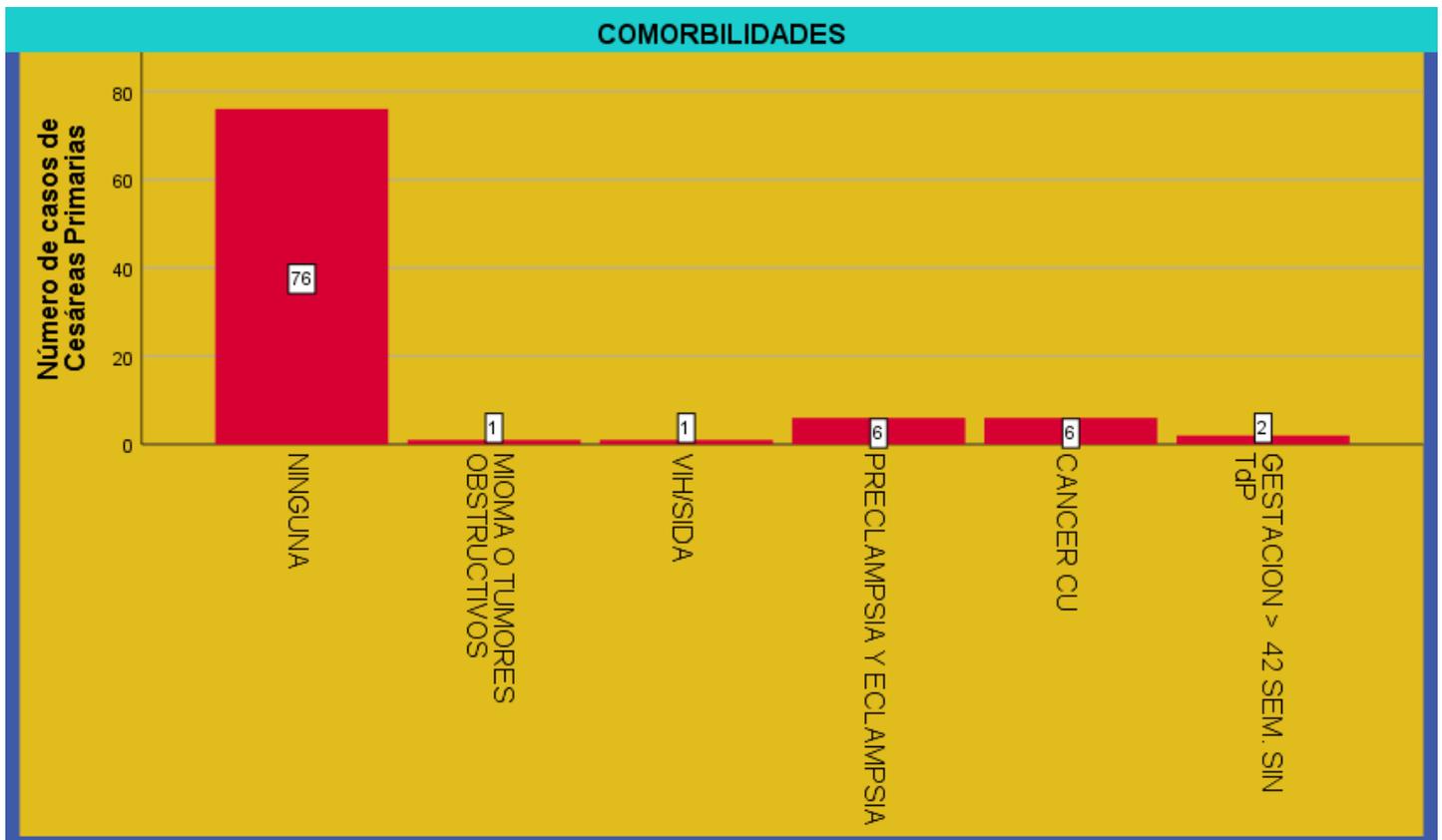
		EDAD				Total
		< 18 años	18 - 25 años	26 - 32 años	33 - 40 años	
SUFRIMIENTO FETAL	SI	0	5	4	2	11
	NO	1	50	29	1	81
Total		1	55	33	3	92

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Tumbes

Chi cuadrado: $X^2 = 9.096$; $p = 0.005$

La tabla 2 relaciona el grupo etario con la presencia de sufrimiento fetal en los casos de gestantes sometidas a cesáreas primarias. Nos muestra un valor p de 0.005 ($p < 0,05$), siendo estadísticamente significativo.

Grafico N°4: Distribución según comorbilidades de gestantes sometidas a cesáreas primarias Del Hospital Regional De Tumbes – 2017.



Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Tumbes

El gráfico 4 nos muestra la distribución según comorbilidades. El 82.6% no presenta asociación a ninguna patología en los casos de cesáreas primarias.

Tabla N°3: Relación entre comorbilidades y grupo etario en gestantes sometidas a cesáreas primarias Del Hospital Regional De Tumbes – 2017.

Tabla cruzada

Recuento

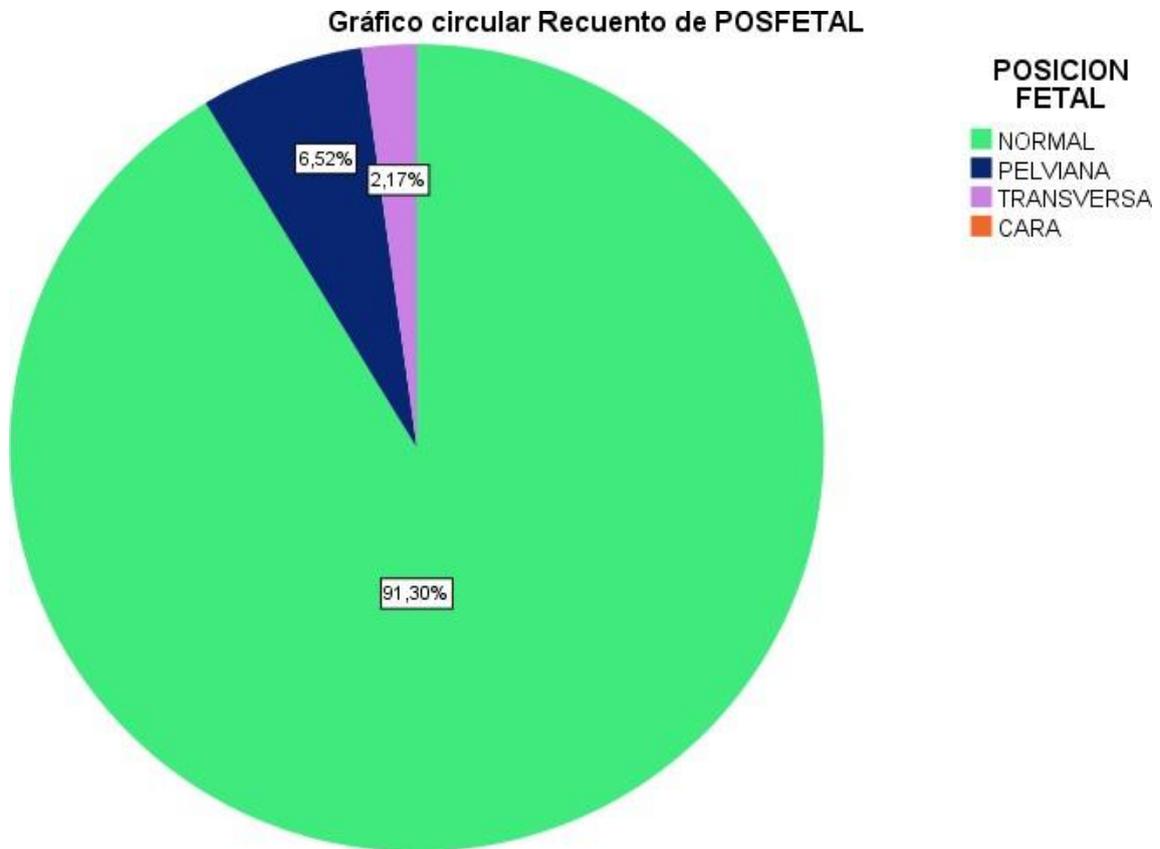
		EDAD				Total	
		< 18	18 - 25	26 - 32	33 - 40		
COMORBIL ID	NINGUNA	1	48	26	1	76	
	MIOMA O TUMORES OBSTRUCTIVOS	0	0	1	0	1	
	VIH/SIDA	0	0	1	0	1	
	PRECLAMPSIA ECLAMPSIA	0	5	1	0	6	
	CANCER CU	0	2	2	2	6	
	GESTACION > SEM. SIN TdP	42	0	0	2	0	2
	Total	1	55	33	3	92	

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Tumbes

Chi cuadrado: $X^2=27.102$, $p=0.05$

La tabla 3 relaciona las comorbilidades de acuerdo al grupo etario en gestantes sometidas a cesáreas primarias. Donde se demuestra que hay 48 casos de gestantes entre 18 – 25 años que no están asociadas a ninguna comorbilidad, sin embargo, hay 5 casos en ese mismo grupo etario asociados a preclamsia y eclampsia. Por lo tanto, no hay asociación entre comorbilidades y los grupos etarios presentes en gestantes cesareadas primariamente.

Grafico N°5: Distribución según posición fetal en cesáreas primarias en gestantes Del Hospital Regional De Tumbes – 2017.



Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Tumbes

El gráfico 5 nos muestra que la posición fetal normal (cefálico) fue el más frecuente, representando el 91.3% del total de gestantes cesareadas.

Tabla N°4: Relación entre posición fetal y la solicitud de cesárea de la gestante en cesáreas primarias en gestantes Del Hospital Regional De Tumbes – 2017.

Relación entre posición fetal y la solicitud de cesárea por la gestante

Recuento

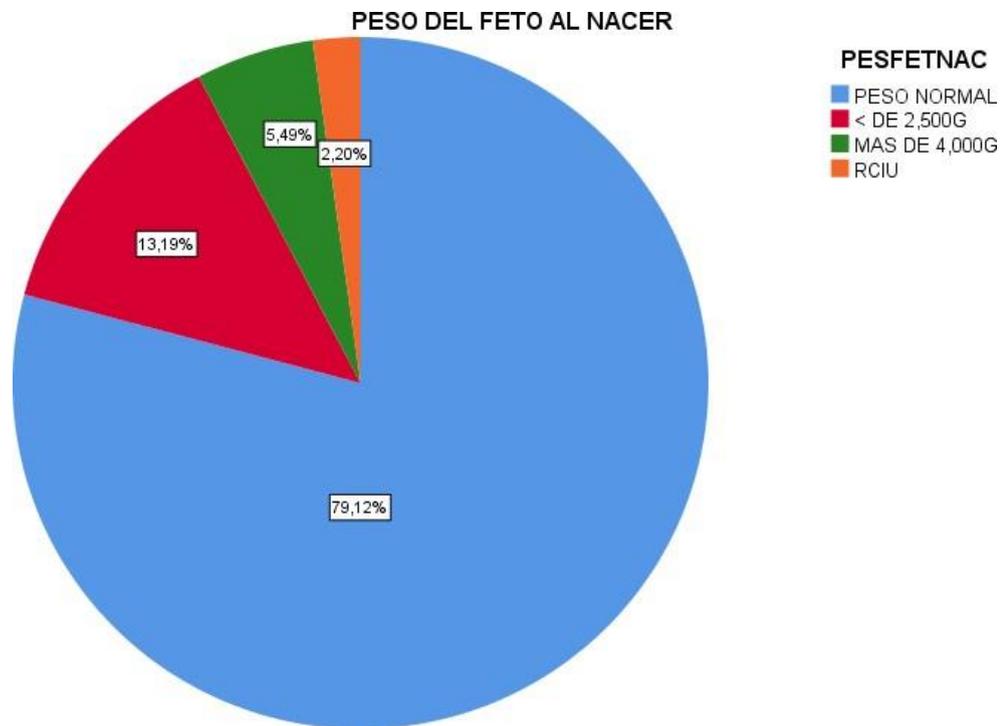
		SOLICITUD DE LA GESTANTE		Total
		SI	NO	
POSICION FETAL	NORMAL	81	3	84
	PELVIANA	5	1	6
	TRANSVERSA	2	0	2
Total		88	4	92

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Tumbes

Chi cuadrado: $X^2=2.402$

La tabla 4 relaciona la posición fetal y la solicitud de cesárea de la gestante. Nos muestra un valor p de 0.005 ($p<0,05$), siendo estadísticamente significativo.

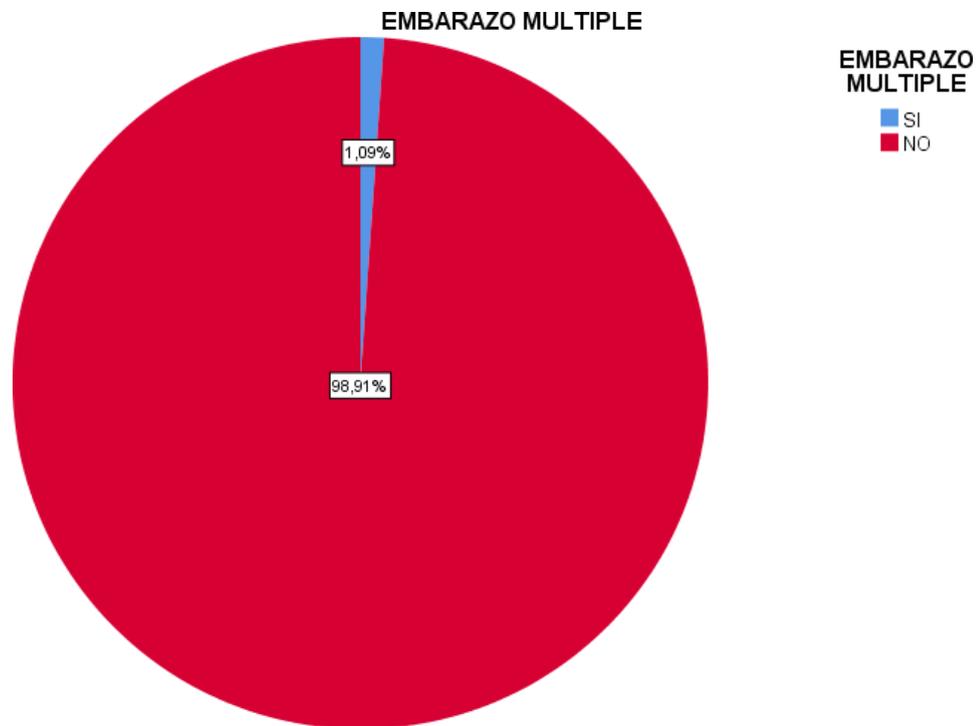
Grafico N°6: Distribución según peso del feto en cesáreas primarias en gestantes Del Hospital Regional De Tumbes – 2017.



Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Tumbes

El gráfico 6 nos muestra que la mayoría de los casos 79.12% corresponden a que no hay asociación entre el peso del feto al nacer y cesárea primaria, seguido de un peso menor de 2500 gr en el 13.19% de los casos.

Grafico N°7: Distribución según embarazo múltiple en cesáreas primarias en gestantes Del Hospital Regional De Tumbes – 2017.



Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional de Tumbes

El grafico 7 relaciona la distribución según la presencia de embarazo múltiple en los casos de gestantes con cesáreas primarias en gestantes Del Hospital Regional De Tumbes – 2017, siendo notoriamente frecuente (98.91%) la falta de relación entre embarazo múltiple y cesareas primaria.

III. DISCUSION

Los factores maternos y fetales son una de las principales causas de cesáreas primarias en gestantes a término. En nuestro informe encontramos que la frecuencia de presentación es de 41.2%, valor muy similares de lo encontrado por Briceño (11) y Centeno (12) quienes reportan una frecuencia del 45.6% y 54.4% respectivamente. Esto puede tener su explicación en que nuestro hospital es centro referencial de todos los establecimientos de salud ubicados en Tumbes, por lo cual hace que su frecuencia sea significativa y representativa y por ende indique los valores referenciales de estudios nacionales e internacionales.

Con respecto a la relación que presentan diferentes factores tanto maternos como fetales hemos llegado a observar que los resultados son muy variados dependiendo de la subvariable a estudiar, siendo así que observa que el 48.9% (n=45), seguido de un 34.78% (n=34) que son quienes presentaron más de 3 controles prenatales, y un 13.04% (n=12) que son quienes presentaron menos de 3 controles prenatales y solo el 3.2% (n=3) corresponde a quienes no han presentado ningún control prenatal, este resultado nos indica que hay una relación entre el número de controles prenatales y las cesáreas primarias de gestantes en el Hospital Regional de Tumbes por lo que se entiende que un control adecuado de la gestación pueden llevar a que se realicen cesáreas primarias ante posibles diagnósticos fetales que pongan en riesgo la vida del feto, encontrándose que el 96.8% de las gestantes estudiadas han tenido al menos un control prenatal. Estos resultados coinciden con la estadística internacional y nacional (10). Asimismo, se encuentra asociación estadísticamente significativa entre número de controles prenatales en los casos de cesáreas primarias, resultado similar al obtenido por Briceño (10) y Centeno (11).

Con respecto a la variable de grupo etario, se puede encontrar que el 59.8% (n=55) de las gestantes del estudio presentan entre 18 y 25 años, siendo este el grupo etario con más frecuencia en nuestro estudio seguido de un 35.85% (n=33) que son las gestantes que presentan entre 26 y 32 años de edad, luego sigue un

3.26% (n=3) que son las gestantes que se encuentran entre los 33 y los 40 años de edad, mientras que solo un 1.08% (n=1) son las que pertenecen al grupo etario de las menores de 18 años, este resultado presenta una asociación significativa entre el grupo etario y las cesáreas primarias, solo un 1.08% son menores de 18 años que podrían como factor alternativo, no tener conocimiento de los cuidados de la gestación, mientras que un 98.92% de las mujeres se encuentran en un rango de edad fértil y consciente que puedan tener algún tipo de conocimiento y control de su gestación, además de recursos económicos. Asimismo, se encuentra asociación estadísticamente significativa entre número de controles prenatales en los casos de cesáreas primarias, resultado similar al obtenido por Briceño (10) y Centeno (11).

Al valorar la presencia de comorbilidades observamos que el 82.6% de los pacientes no presenta comorbilidades presentes en las gestantes sometidas a cesáreas primarias, seguido de 6.52% de las pacientes que presentaron Cáncer de Cuello Uterino y un 6.52% de otras gestantes que presentaron Preclampsia y eclampsia, luego un 2.17% que presento una gestación mayor de 42 semanas, y un 1.08% que presento como comorbilidades miomas o tumores obstructivos y un 1.08% que presento VIH/Sida; estos valores nos dan como resultado que los casos de cesárea primaria no han sido dependientes de patologías coadyuvantes ni indicación de manejo secundario a estas patologías, e incluso un gran porcentaje (82.6%) manifiesta que la presencia de cesáreas primarias en la gestación no tiene asociación significativa con las comorbilidades de la gestante.

Al evaluar la variable peso del feto al nacer, se observa que el 79.12% (n=73) de las gestantes sometidas a cesáreas primarias no presentan alteración del peso al nacer, encontrándose dentro de los rangos de peso normal al nacer (2500 gr – 4000 gr), seguido de un 13.19% (n=12) que fueron los recién nacidos con un peso menor de 2500gr, luego un 5.49% (n=5) que fueron los recién nacidos con un peso mayor de 4000gr, y solo un 2.2% (n=2) que fueron quienes presentaron RCIU, de estos resultados se concluye que el peso al nacer tiene una asociación directa significativa con la cesarea primaria, debido a que las cesáreas realizadas en el presente estudio llegaron a presentar un 79.12% de casos donde se

encontraba un adecuado peso al nacer. Nuestros resultados son similares a los obtenidos por Betrán (14). Además, se obtiene significancia estadística entre peso del feto al nacer y cesárea primaria, similar a lo obtenido por Centeno (11), esto hace referencia a que entre más se difiera la relación de peso al nacer y cesáreas primarias, la probabilidad de tener una cesárea primaria en fetos con adecuado peso al nacer aumenta.

Del mismo modo, al analizar la variable sufrimiento fetal; la cual tiene relación indirecta con cesáreas primarias, se observa una frecuencia de 88.04% (n=81) no presentan relación entre el sufrimiento fetal y la cesárea primaria resultado similar a lo obtenido por Luque (15), mientras que 11.96% (n=11) son quienes presentaron sufrimiento fetal, de este resultado se concluye que en la mayoría de los casos no hubo una relación de sufrimiento fetal en los casos de cesáreas primarias estudiadas. También se demuestra significancia estadística entre ambas variables, lo que concuerda con los hallazgos referidos por Centeno (11).

IV. CONCLUSIONES

1.-Los factores Maternos: por historia gestacional se : con más de 6 controles prenatales 49% , con más de 3 controles prenatales 34.8%, con menos de 3 controles prenatales 13%, y con ningún control prenatal 3.2 %. Se les indujo el parto al 63% de gestantes primarias y 76.1 % ninguna distosia de dinámica, 2.2 % embarazo post termino y distocia refractaria un 21,7 %. El grupo Etéreo predominante fue el de 18 a 25 años

2.-Los factores Fetales: el sufrimiento Fetal: se presentó en 88.1 de casos. El 82,6 % de las cesareadas primarias no presentan ninguna patología como comorbilidad. La posición fetal fue normal el 91,30 de los casos. 81% de las gestantes tenía buena pelvis, los RN. Un 79,1 % nació con peso normal, solo el 1,09 fue embarazo múltiple

V. RECOMENDACIONES

- Definir estrategias para minimizar el número de cesáreas a solicitud de la gestante por la pérdida del proceso de adaptación fisiológica que presenta un recién nacido.
- Evaluar diferentes factores para poder vincular una concreta relación entre factores maternos que puedan conllevar a una cesárea primaria.
- Implementar el uso guías clínicas en cesáreas primarias, donde se incluyan los factores maternos y fetales mencionados debido a que constituyen un problema de orden público
- Concientizar a la población sobre la necesidad de los controles prenatales para prevenir complicaciones futuras en el parto y el riesgo de vida del recién nacido, así como el conocimiento de las patologías que este pueda tener.

VI. REFERENCIAS

1. Orozco L, Pinilla E, Vargas C, Buitrago D, Domínguez D. Peñaranda L. et al. Factores asociados con el diagnóstico de enfermedad deterioro paretal en madres hasta los 24 años de edad, durante el primer año de crianza. Rev. Colombia Medica [Seriada en Línea] 2007; 38(4) S u p l 2: 7 9 - 8 8. Disponible en: U R L : <Http://colombiamedica.univalle.edu.co/...3/cesarea.html> Citado Marzo 29, 2010.ç
2. Abalos E. Técnicas y materiales alternativos para cesárea: La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004663_abalose_com/es 2009
3. Álvarez B. Demasiadas Cesáreas un mejor uso de instrumentos de ayuda intraparto y la mayor formación de los ginecólogos evitaría el exceso de cesáreas que se practican en la actualidad. Disponible en: [_sanitaria/2006/11/07/157033.php](#) Citado Marzo 29, 2010.
4. Ye J. Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gulmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-baed ecological study with longitudinal data. BJOG. 2015 Aug 24. doi: 10.1111/1471-0528-13592.
5. Quispe A, Santivañez A, Leyton I, Pomasunco D. Cesareas en siete hospitales públicos de lima: análisis de tendencia en el periodo 2001 – 2008. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1): 45-50.
6. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O'Herlihy C. Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. Am J Obstet Gynecol 2009; 201: 308–308

7. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014 Nacional y Departamental. Salud Materna. Jesús María, Lima – Perú. Abril 2015. p. 234.
8. Estadística y Epidemiología. Hospital Regional Tumbes, JAMO II-2, Tumbes; 2017 – 2018. Disponible en: <http://www.hrjt.gob.pe/site/>
9. Dr. Carlos Schnapp S. operación cesárea Rev. Med. Clin. condes. 2014; 25(6) 987-992.
10. Paiba Samamé, M., Salazar Guadalupe, G. Causas de Cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Facultad De Medicina Humana. 2014. Disponible en: <http://www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes10.pdf>
11. Briceño J. Incidencia e Indicaciones de Cesárea de las Mujeres Atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora, Universidad Nacional de Loja; 2017 Disponible en <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18311/1/TESIS%20JIMMY%20BRICE%20C3%91O%20GRANDA.pdf>
12. Centeno E. Características De Las Pacientes con Indicación de Cesárea en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Médica Previsional Asunción Minsa, Juigalpa – Chontales, Nicaragua. Enero – diciembre 2016. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017.
13. Narvaez A. Indicaciones de Cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN, Managua; 2015. Disponile en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1181/1/63415.pdf>
14. Betran AP, Vindenvoghel Nadia, Souza JP Gulmezoglu M , Torloni MR, et al. A Systematic Review of the Robson Classification for cesárean Section . PLoS One. Public Library of Science; 2014 ;9(6):e97769
15. Luque Coyla A. Indicaciones y Tasa de Cesáreas en el Hospital ESSALUD III Puno en el año 2016. Universidad Nacional del Altiplano. Puno; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/7929/2/t972.pdf>
16. Fiestas Walter J. Prevalencia de Parto por Cesárea en el Centro Medico Naval “CMST” en el Periodo Julio 2014 - Julio 2015. Universidad Ricardo

- Palma. Lima; 2016. Disponible en :
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/5111/1/Fiestas_I.pdf
17. Medina J. Factores Asociados a la Indicación de Cesárea en el Hospital Nacional Dos De Mayo. Universidad Ricardo Palma, Lima; 2015. Disponible en, <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/555>. 2015.
 18. Galvez , E. (2014) Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina Humana. 2013. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3512>
 19. Universidad de Salamanca [Internet]. España; 2015 [actualizado 2007-2014; citado 07 Set 2015]. Disponible en: <http://dicciomed.eusal.es/palabra/cesarea>
 20. Saldívar D, Cabero L. Operatoria Obstetrica: Una revisión actual. En: Finalizacion del embarazo con cesárea. 1° edición; Editorial Medica Panamericana. 2009; 223.
 21. Protocols Medicina Fetal I Perinatal Servei De Medicina Maternofetal – Icgon – Hospital Clínic Barcelona.
 22. Velez E, Tovar V, Méndez F, López C, Ruiz E. Incidencia, indicaciones y complicaciones de la operación cesárea en el Hospital de Ginecopediatria del IMSS de Hermosillo, Sonora. México. Bol ClinHosp Infant Edo Son 2012; 29(2); 58-64
 23. Criterios de indicación de intervención cesárea. Hospital Regional de Arica” Dr. Juan Noé 2014.
 24. Espinosa L. Parto: Mecanismo, clínica y atención / Luis Espinosa Torres Torija; colabs. Cinthya Casso – López Pérez, Brenda Salas Fuentes. – Mexico: Editorial El Manual Moderno 2009.
 25. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, et al: Trabajo de Parto y parto normal, operación cesárea e histerectomía periparto. En: Obstetricia de Williams. 23° edición. McGraw Hill. Mexico, DF. 2010; 390-545.
 26. Pellicer A, Hidalgo J, Perales M, Díaz C. Obstetricia y ginecología: guía de actuación. Medica Panamericana, D.L. 2013 XXV, 759p.
 27. Medina E. Incidencia e indicaciones de cesáreas: Hospital “Dr. José R. Vidal” 2009 – 2010

28. Cunningham LB. WILLIAMS OBSTETRICS. 24th ed. Texas: McGraw-Hill; 2014.
29. Hedwige SL. Cesarean Delivery. medscape. 2016.
30. Rodriguez AI PKOW. Blunt versus sharp expansion of the uterine incision in lowsegment transverse cesarean section. Am J Obstet Gynecol. 2016. Recuperado en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3851/Luque_Coyla_Alexander_Salvio.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Morales M CGJNea. Spontaneous delivery or manual removal of the placenta during caesarean section: a randomised controlled trial. BJOG. 2004;; p. 908.
32. Coutinho IC RdAMKLBdFA. Uterine exteriorization compared with in situ repair at cesarean delivery: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2008;; p. 639.
33. Hedwige SL. Cesarean Delivery. medscape. 2016.
34. Medline Plus. Cesárea. [sitio en internet]. Consultado: 11 de agosto de2012.Disponibleen:<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cesareansection.html>.
35. Coutinho IC RdAMKLBdFA. Uterine exteriorization compared with in situ repair at cesarean delivery: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2008;; p. 639.
36. Antonio M.Quispe, Alvaro Santivañes-Pimentel, Imelda Leyton-Valencia, Denis Pomasunco. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: Análisis de tendencia en el periodo 2001-2008.

VII. ANEXOS

ANEXO 1: FICHA REGISTRO DE DATOS

Edad _____ años

Lugar de Residencia habitual:

Urbano Urbano marginal Rural

Nivel de escolaridad.

No sabe leer ni escribir Sup. Técnico
 Primaria Sup. Universitario
 Secundaria

Ocupación.

Profesional Trabajo informal
 Empleada Ama de casa
 Desocupada

Estado Nutricional

Peso _____ Talla. _____ IMC. _____

Bajo peso < 18.5
 Normal 18.5 - 24.9 Sobrepeso
 25.0 - 29.9
 Obesidad >30.0

Comorbilidad

Otras Enfermedades. Cual: _____

Ninguna

FACTORES EXTERNOS DE LA ATENCIÓN Y LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Tipo de cirugía

Electiva Emergencia

Clasificación ASA tipo de herida quirúrgica

Limpia Limpia contaminada

Contaminada Sucia

Sitio quirúrgico Lugar u órgano abdominal intervenido: _____

Tiempo de rasurado de la piel antes de la intervención

No rasurado 2- 4 horas

< de 2 horas 4 – 6 horas

Más de 6 horas

Baño del paciente la noche anterior a la operación

SI NO

Duración de la intervención quirúrgica

< 1 hora 1 – 2 horas

3 – 4 horas Más de 4 horas

De la Infección del Sitio quirurgico.

Utilizó Antibiótico como profilaxis

SI NO

Se realizó cultivo de la infección del sitio quirúrgico

SI NO

Tipo de germen aislado

Tipo de germen _____

Ninguno

Documento de similitud

URTECHO

felipe Urbela

INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

27%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

25%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	cybertesis.urp.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	5%
3	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	5%
4	www2.unprg.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	search.ndltd.org Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	1%
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	Submitted to Universidad Manuela Beltrán	1%



Acta de aprobación de originalidad de tesis

 UCV UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO	ACTA DE ORIGINALIDAD	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	-----------------------------	---

Yo,

EDGAR RICARDO BAZAN PALOMINO docente de la Facultad De Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo- Piura (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

“CARACTERISTICAS DE LAS CESAREAS PRIMARIAS EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE TUMBES -2017” del (de la) estudiante **URTECHO NUNURA LUIS FELIPE** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 28 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 01 de febrero de 2019



Dr. Edgar R. Bazán Palomino
Director de la Escuela de Medicina
UCV - PIURA

Firma

Edgar Ricardo Bazán Palomino

DNI N° 18890663

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

Formulario de autorización para la publicación electrónica de tesis



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)
Urtecho Nunura Luis Felipe
D.N.I. : 47967159
Domicilio : Calle 3 #577 - Sullana
Teléfono : Fijo : - Móvil :973840478
E-mail : furtechon@gmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:
 Tesis de Pregrado
Facultad : Ciencias Medicas
Escuela : Medicina
Carrera : Medicina
Título : Médico Cirujano

 Tesis de Post Grado
 Maestría Doctorado
Grado :
Mención :

3. DATOS DE LA TESIS

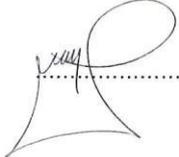
Autor (es) Apellidos y Nombres:
Urtecho Nunura Luis Felipe

Título de la tesis:
Características de la Cesáreas Primarias en Gestantes del Hospital Regional de Tumbes - 2017.

Año de publicación : 2019

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,
Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.
No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma : 

Fecha: 02/02/2019



Formulario de autorización de la versión final del trabajo de investigación



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

URTECHO NUNURA LUIS FELIPE

INFORME TITULADO:

CARACTERISTICAS DE LAS CESAREAS PRIMARIAS EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE TUMBES -2017

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

MEDICO CIRUJANO

SUSTENTADO EN FECHA: 02/02/2019

NOTA O MENCIÓN: QUINCE (15)



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PERÚ

Dr. RICARDO OCHOA ROSALES
Coordinador de la Escuela de Medicina
UCV - Tumbes

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN