



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON
INDICACIÓN DE CESÁREA DE EMERGENCIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 2 TARAPOTO - 2017**

**PRESENTADA POR
MERLITH COSVALENTE VELA**

TRABAJO ACADÉMICO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

ASESOR

Dr. JOSÉ ORESTES TORRES SOLIS

LIMA, PERÚ

2021



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**

TRABAJO ACADÉMICO
CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON
INDICACIÓN DE CESÁREA DE EMERGENCIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 2 TARAPOTO - 2017

PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO
RIESGO OBSTÉTRICO

PRESENTADO POR:
MERLITH COSVALENTE VELA

ASESOR:
Dr. JOSÉ ORESTES TORRES SOLIS

LIMA, PERÚ

2021

TÍTULO

**CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON
INDICACIÓN DE CESÁREA DE EMERGENCIA ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL II - 2 TARAPOTO - 2017**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor:

Dr. JOSÉ ORESTES TORRES SOLIS

Miembros del jurado :

Presidente: Dr. Iván Martín Vojvodic Hernández

Vocal : Dra. Obsta. Verónica Giannina Morán Rodríguez

Secretaria: Dra. Obsta. Yrene Evarista Mateo Quispe

DEDICATORIA

A Dios, por la bendición que me da al conocer a personas que contribuyen en mi crecimiento académico y personal.

A mi familia, por el gran apoyo y motivación para continuar creciendo en cada ámbito de nuestras vidas y compartir cada uno de nuestros logros y experiencias.

AGRADECIMIENTO

A la plana docente de segunda especialidad en Emergencia y Alto Riesgo Obstétrico, por compartir sus conocimientos y brindarme las orientaciones oportunas.

ÍNDICE DE CONTENIDO

TÍTULO	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	12
2.1 Diseño metodológico	12
2.2 Población y muestra	12
2.3. Criterios de selección	13
2.4. Técnicas de recolección de datos.....	13
2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	14
2.6. Aspectos éticos.....	14
III. RESULTADOS.....	15
IV. DISCUSIÓN.....	19
V. CONCLUSIONES.....	24
VI. RECOMENDACIONES	25
FUENTES DE INFORMACIÓN	26
VII. ANEXOS	31
ANEXO 1: INSTRUMENTO.....	31
ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	33
ANEXO 3: PERMISO DE LA INSTITUCION PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN	35

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Características socio-demográficas de gestantes con indicación de cesáreas de emergencia - Hospital II-2; Tarapoto-2017.	15
Tabla 2 Características obstétricas en gestantes con indicación de cesáreas de emergencia - Hospital II-2; Tarapoto-2017.	16
Tabla 3 Indicación de cesáreas de emergencia de origen materno en gestantes atendidas en el Hospital II-2; Tarapoto-2017.	17
Tabla 4 Indicación de cesáreas de emergencia de origen fetal en gestantes atendidas en el Hospital II - 2; Tarapoto, 2017.	18

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características de las gestantes con indicación de cesárea de emergencia atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto – 2017.

Metodología: El tipo de diseño es descriptivo, transversal, retrospectivo, de observación.

Resultados: Se obtiene como resultados que, la indicación de cesárea de emergencia en gestantes tiene por características la relación del rango de edad de 20 - 34 años con 55.4%, el nivel de instrucción es el nivel secundario con 58.2%, el estado civil que presentan las gestantes es de 61.0% convivientes y en relación a su actividad ocupacional la mayoría son amas de casa (52.0%). En relación a las características obstétricas, el 54.2% son multíparas; el 91.0% presentaron una gestación entre 37 a 41 semanas, sin control prenatal el 65.5% y el 66.7% de mujeres han tenido una cesárea anterior. Finalmente, la indicación de cesáreas de origen materno es inminencia de rotura uterina (28.8%), seguido de corioamnionitis (14.1.0%), síndrome hipertensivo del embarazo (13.0%) y la desproporción cefalopélvica (10.2%) y de origen fetal, se encuentra que el 61.6% es producto del sufrimiento fetal, el 29.4% es por mala presentación fetal y el 9.0% por prematuridad. Conclusión: Según las características sociodemográficas, predomina el rango de edad entre los 20 - 34 años; seguido por el nivel de instrucción secundario, el estado civil de convivientes, y según su actividad ocupacional son amas de casa

Palabras claves: Indicación, Cesárea, Estudios transversales.

ABSTRACT

Objective: To determine the characteristics of pregnant women with an indication for emergency cesarean section attended at Hospital II-2 Tarapoto - 2017.

Methodology: The type of design is descriptive, cross-sectional, retrospective, observational.

Results: It is obtained as results that, the indication of emergency cesarean section in pregnant women has by characteristics the relationship of the age range of 20 - 34 years with 55.4%, the level of education is the secondary level with 58.2%, the marital status that, the pregnant women present is 61.0% cohabiting and in relation to their occupational activity the majority are housewives (52.0%). In relation to obstetric characteristics, 54.2% are multiparous; 91.0% had a gestation between 37 to 41 weeks, without prenatal control, 65.5% and 66.7% of women have had a previous cesarean section. Finally, the indication for caesarean sections of maternal origin is imminence of uterine rupture (28.8%), followed by chorioamnionitis (14.1.0%), hypertensive syndrome of pregnancy (13.0%) and cephalopelvic disproportion (10.2%) and of fetal origin, it is found that 61.6% is the product of fetal distress, 29.4% is due to fetal malpresentation and 9.0% due to prematurity.

Conclusion: According to the sociodemographic characteristics, the age range between 20 - 34 years predominates; followed by the secondary level of education, the marital status of cohabitants, and according to their occupational activity they are housewives.

Keywords: Indications, Caesarean section, Cross-sectional studies.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que uno de los procedimientos quirúrgicos de mayor frecuencia a nivel mundial es la intervención por cesárea la misma que sigue en aumentos sobre todo en países con altos y medianos ingresos. Aunque este tipo de intervención es importante para salvar vidas humanas, también es practicada, con frecuencia sin la prescripción clínica requerida, exponiendo a madres y niños en riesgo de sufrir problemas de salud a corto y a largo plazo. Es así que, la OMS, destaca la importancia de individualizar las necesidades de los pacientes, desalentando las “metas” establecidas a la tasa de cesáreas. Según las recomendaciones internacionales, la OMS ha establecido para las cesáreas una práctica de 10 -15% del total de nacimientos como el rango correcto y justificado para su realización, sin embargo, este rango establecido fue superado en diversos países desarrollados y en vías de desarrollo. Por ejemplo, en el 2010, se publicó un estudio que abarcó 137 países donde se evaluó la práctica de la cesárea durante el año 2008; se encontró que había 54 países con un porcentaje de cesárea menor al 10%, 14 países con un rango de práctica de entre 10 y15% y 69 países con una ejecución mayor al 15%. En relación con la información en el continente americano, Brasil tuvo un porcentaje de 45.9%, República Dominicana de 41.9%, México de 37.8%, Cuba de 35.6%, EEUU de 30.6% y Canadá de 26.3%, entre otros. OMS, ha publicado oportunamente el guarismo de 15.0% como límite

superior. En América latina sólo siete países cumplen con esta frecuencia, en tanto el resto la superan con intervalos que van desde el 17.0% al 40.0%. Sin embargo, estos países con dicha tasa de cesárea incluyen el 80.0% de los nacimientos de toda la región ¹.

En Estados Unidos, el uso en la operación cesárea se ha incrementado en los últimos años, pasando del 22.9% a 31.1% del año 2000 al 2006 ² y cerca del 60% de las cesáreas se realizan en mujeres sin cesárea previa ³. Además, las indicaciones con mayor prevalencia en las mujeres a quienes se les practicaron cesárea por primera vez en Estados Unidos del 2001 al 2008, fueron trabajo de parto sin progresión, presentación pélvica y diagnósticos como sufrimiento fetal, desprendimiento de placenta, placenta previa, y sospecha de producto macrosómico ⁴. En Argentina durante el año 2009 se calculó una incidencia de 32% de cesáreas. En el 2008 se estimó una tasa de cesáreas para Brasil de 45.9%, para República Dominicana de 41.9% y Chile de 30.7%. El valor con menor proporción de cesáreas para América Latina fue para Haití (3%) ⁵.

En el Perú, la tendencia de la indicación de cesárea se ha incrementado en los últimos años, evidenciándose en múltiples investigaciones nacionales la existencia de un alto incremento en la tasa de incidencia de parto por cesárea; asociándose algunos de éstos a diferentes factores que predisponen, como los de tipo materno, fetales u ovulares; y como otras causas las de tipo personales y/o económicas. Evidenciándose, la ausencia de homogeneidad en los criterios de evaluación que conllevan a la programación para una intervención quirúrgica de cesárea. Actualmente las cesáreas, por lo general, son procedimientos con buen grado de seguridad; a pesar de ello, se debe tener presente que todo tipo

de intervención quirúrgica tiene riesgos que pueden ser: aumento del sangrado (con la posibilidad de transfusión sanguínea), infecciones en incisión operatoria, daño al intestino y/o vejiga, reacción medicamentosa, muerte materno-fetal (muy poco frecuente) y posible daño neonatal. Así también, debido a implicancias médico-legales se obligan a sustentar con detalle los riesgos de ejecución procedimental. Es por ello, que se debe considerar, que las indicaciones para decidir por el procedimiento de parto por cesárea deberían referenciar la evaluación clínica donde el pronóstico materno-fetal es el ideal para utilizar este procedimiento ⁵.

En nuestra región, la población gestante que son sometidas a este procedimiento es cada día mayor teniendo la imperiosa necesidad de estudiar la relación de indicación para cesárea por emergencia.

La importancia del presente estudio se justifica porque permite conocer la incidencia de cesárea en el establecimiento de salud, debido al aumento de la demanda para esta intervención quirúrgica por parte de los profesionales de la salud cuyo exceso es por la comercialización de esta intervención, siendo las propias gestantes quienes son las demandantes activas de la cesárea por creer que es una forma de parto sin dolor, no consideran las posibles complicaciones posteriores. Así también; tiene relevancia social porque la cesárea por motivo médico, son efectivas para salvar la vida materno fetal.

Con la información recogida y los datos obtenidos se pudo revalorar el enfoque del parto vaginal porque brinda mayores beneficios a la madre y al recién nacido y, solo se deberían realizar las cesáreas cuando estas sean necesarias para

resolver complicaciones de parto, que ponen en peligro la salud y/o vida materno fetal.

La investigación fue viable porque la autorización obtenida de la Institución donde se realizó el estudio; por otra parte, se contó con la economía y el tiempo necesario de interés por parte de la investigadora para realizar este estudio. Dentro de las limitaciones encontradas en la investigación fue en el proceso para levantar la información, básicamente en la mala calidad de registro de la Historia Clínica y el Subregistro en los Libros de partos y Cesáreas de donde se obtuvo la información así también de la letra poco legible de los profesionales de la salud generaron dificultades para lograr el cumplimiento del objetivo de la investigación, limitaciones que no afectaron la viabilidad del estudio.

Se planteó el problema de investigación mediante la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características de las gestantes con indicación de cesárea de emergencia atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto - 2017? Siendo el objetivo general, de determinar las características de las gestantes con indicación de cesárea de emergencia atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto – 2017; y los objetivos específicos, primero de Identificar las características sociodemográficos de las gestantes con indicación de cesáreas de emergencia atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto-2017; segundo objetivo específico de identificar las características obstétricas de las gestantes con indicación de cesáreas de emergencia atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto-2017, el tercer objetivo específico fue para la indicación de origen materno en las gestantes en cesáreas de emergencia atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto-2017 y finalmente el objetivo específico para identificar la indicación de origen fetal en gestantes en cesárea de emergencia atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto-2017.

Los resultados del presente estudio, coincide con investigaciones previas realizadas en el ámbito internacional y nacional según se detalla a continuación:

Briceño J ⁶, en el 2017, en Ecuador; llegaron a concluir que, la incidencia de parto por cesárea fue del 43,05%, encontrando en indicación materna para cesárea: cesárea previa con 45,41%, mientras que por indicación fetal fue: compromiso de bienestar fetal el 21,99%; por indicación materno-fetal fueron: pre-eclampsia grave, eclampsia o síndrome de HELLP con el 4,91% finalmente por indicación obstétrica predominó la desproporción céfalo-pélvica (7,75%), y el rango etario de 20 a 24 años es el más frecuente (35,44%). Asimismo, Bobadilla L. y León F. ⁷, en el año 2017, En España, llegaron a concluir que, 1:4 partos es una cesárea. Así también, el crecimiento de cesáreas es probable que no estén influenciados por factores clínicos y demográficos, por tal motivo, varios estudios han centrado su exploración en la influencia de factores no clínicos; como: a cambios relacionados al tipo de praxis médica y a la actitud de los pacientes, a la medicina defensiva y a médicos que básicamente puedan tener preferencias por incentivos económicos que se presentan especialmente en el sector privado a través de una retribución de un esquema de pago por servicios. Por su parte, Jurado D, Chaves M, Belalcázar A, et al.⁸, en el año 2017, en Colombia, se demostró que las características sociodemográficas que predominan en las gestantes (casos) fue educación básica secundaria con el 51.1%; convivencia en pareja el 65.9%. En la dimensión clínica predominaron: sin antecedentes obstétricos el 85.2%, menor o igual a tres partos el 88.6%, sin uso de anticonceptivo el 85.2%, sin complicaciones en el embarazo el 60.2%. Por otra parte, Ramos, RO, Rodríguez J, Caballero G, et, al. ⁹, en el 2020, concluyeron

que, fueron registrados 761 cesáreas, que corresponden al 36,28% de los partos y 1326 partos vaginales. La operación cesárea fue más prevalente entre mujeres entre 24-27 años de edad, representando el 24% del total. Entre las indicaciones de la operación cesárea, se observó que 16,5% fueron por una cesárea anterior, 11% por pre-eclampsia, 10,5% desprendimiento de placenta, 10% por bradicardia fetal y 8,5% por presentación podálica, todas estas indicaciones representaron 56% del total de los partos por cesárea evaluados. También Carreño B. Castillo V. et, al.¹⁰, en el año 2017, en Chile, en donde se observó una diferencia significativa en la interrupción del embarazo vía alta, la que alcanzó un 55,7% en el HCUCH, en contraste con un 35,7% en el HBSJO. En el HCUCH, el 87,8% de la totalidad de los partos correspondieron a mujeres con embarazos de bajo riesgo, realizándose cesárea en el 52,9% de ellas. En el HBSJO en cambio, las cifras fueron de un 74,6% y 32,2% respectivamente. En las únicas categorías en las cuales no existió una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la tasa de cesáreas realizadas fueron las distocias de presentación y los embarazos gemelares, alcanzando un a tasa de 100% en embarazos gemelares en el HBSJO. Asimismo, Burgos D, y Coronel S ¹¹, en el 2018, en Paraguay se realizó la investigación “Características clínicas en gestantes cesareadas y hallazgos transoperatorios más frecuentes”. La población estuvo conformado por 224 cesareadas, de los cuales, la mediana de edad fue de 26 años, el rango etario más frecuente fue entre 20 a 24 años; predominó el grupo etario de 22-33 años 50%, de unión libre 54.9% (112), de procedencia urbana, con estudios primarios 33,93% (76), edad gestacional de término, nulíparas , sin controles prenatales 23.6% (53), con diagnóstico preoperatorio ecográfico más frecuentes de síndrome hipertensivo en el

embarazo 4.46% (10), desproporción céfalo pélvica 10.71% (24) y desprendimiento prematuro de placenta 6.7% (15), con antecedente quirúrgico obstétrico de cesárea por primera vez, y con hallazgos transoperatorios más frecuentes de circular ceñido de cordón, líquido meconial y múltiples adherencias en orden de frecuencia.

Además, Fiestas W.¹², en el año 2016, en el Perú, encontró que la prevalencia de cesáreas fue el 53.37%. El tipo de parto por cesárea, de mayor frecuencia, de acuerdo a los antecedentes obstétricos fue la Primaria (56.96%). Las cesáreas predominaron dentro del grupo etario de 20 a 34 años (78.85%), indicadas principalmente por cesárea anterior (41.14%), ausencia de progresión de trabajo de parto (12.02%) así como feto macrosómico (8.23%); la tendencia establecida en la frecuencia de cesáreas realizadas por primera vez y el alto índice de cesáreas indicadas por cesárea anterior contribuyen a incrementar las tasas de cesáreas con el paso de los años. Así también, Galvez E.⁵, en el año 2013, en el Perú, encontró al 32% de las pacientes entre los 20 y 24 años; así como al 52% de gestantes nulíparas, el 69% de gestantes sin intervención quirúrgica por cesárea. Con edad gestacional de 37 a 40 semanas se encuentra el 81%. Los recién nacidos con peso de 2,500g a más, el 95%. Las cesáreas realizadas de tipo electiva, fue el 56%. Se encontraron indicaciones como: desproporción feto pélvica y feto macrosómico (12%), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%), insuficiencia útero-placentaria, oligohidramnios y expulsivo prolongado (6%), fase latente de trabajo de parto, embarazo prolongado, feto transverso y feto podálico (4%), fase activa de trabajo de parto, ausencia de trabajo de parto, el periodo intergenésico corto,

adolescente y pelvis estrecha (2%); embarazo gemelar, condilomatosis vaginal, corioamnionitis, e hipertensión inducida por la gestación (1%). Cesáreas por emergencia (18%). Del mismo modo, Gonzales M.¹³, en el año 2016, en Perú, llegando a concluir que se encontró una frecuencia de la operación cesárea de 42,07%. Las principales indicaciones de cesárea fueron: Cesárea Anterior con 24.26%; Desproporción Céfalo-Pélvica con 16.57%; Preeclampsia o Eclampsia con el 10.95%; Macrosomía Fetal con 9.47% y Rotura Prematura de Membranas con 8.87%. Conclusión: Las indicaciones de cesárea por causa materna fueron las más frecuentes representando 63.02% del total y dentro de éstas la cesárea anterior fue la principal causa con 24.26%. La frecuencia de la operación cesárea fue de 42,07%, cifra superior a lo recomendado por la OMS¹ que es un 10-15%. Asimismo, Hoyos E.¹⁴, el año 2020, en Perú, llegó a concluir que, de 148 púerperas cesareadas el 61,5 % (91) de pacientes con indicación de cesárea tenían de 20 a 34 años, 43,2 % (64) eran amas de casa, 43,9% (65) con grado de instrucción superior, 53,4% (79) convivientes y 98,0% (145) de procedencia urbana. Mayor porcentaje presentaron las cesareadas anteriores con 58,1% (86) y la desproporción céfalo pélvica 25% (37). La cesárea con indicación absoluta representó el 68,9% (102). También, Barrena M. Quispe I. Flores M. y León C.¹⁵ el 2020, en Perú, incluyó a pacientes sometidas a cesáreas, electivas o de emergencia, desde enero 2013 hasta diciembre 2017. La cesárea fue realizada con una frecuencia de 50,2%, siendo las indicaciones más frecuentes una cesárea previa y la desproporción cefalopélvica, además respecto a la multiparidad 32.5% (3532), edad gestacional a término 80% (8643) y sin control prenatal 4% (40). Además, encontró desproporción feto pélvica 20%, y datos menores en insuficiencia placentaria 6%. El estudio halló que se superó la tasa de

cesáreas recomendada por la OMS. La indicación más frecuente en el período estudiado fue la cesárea previa. Del mismo modo, Vargas O.¹⁶ el año 2019, en Perú, encontró que de 2,730 embarazadas adolescentes cesareadas, la incidencia fue del 38,9%, según sus características sociodemográficas, las gestantes adolescentes cesareadas tienen en su mayoría una relación estable 66.3% (240), presentan estudios de secundaria completa 88.4% (320), y provienen de Villa María del Triunfo. Según sus características obstétricas, la mayoría de gestantes adolescentes cesareadas no ha tenido abortos, ni hijos nacidos vivos previos, y tuvo mayo a seis controles prenatales 76.8% (278) y menor a seis controles prenatales 23.2% (84). Las patologías del embarazo más comunes fueron la anemia gestacional y la infección del tracto urinario. Las indicaciones de cesárea más frecuentes encontradas en el estudio fueron la desproporción céfalo-pélvica, el sufrimiento fetal agudo 15.19% (55) y la mala presentación fetal 5.8% (21). También, Gulle Y. Cadillo B.¹⁷ el año 2019, en Perú, concluyó que la tasa de partos por cesárea anual promedio de los años 2016 – 2017 de 39.90%, La edad promedio de las gestantes cesareadas fue de 27 años, con un rango que va desde los 11 a los 45 años. La indicación más frecuente de parto por cesárea fue la cesárea previa con 448(32.2%), seguida de distocia con 199(14,6%) casos y emergencia con 165(12,1%) casos. Se analizó las indicaciones según los grados de urgencia, encontrando 180(18,6%) casos de cesárea previa en cesáreas de emergencia. También se encontró que las madres adolescentes tienen como principal indicación a las causas maternas con 50(23,7%) casos. Por otro lado, las multíparas presentan como principal indicación a la cesárea previa con 445(48%) casos. Como también, Paiba M. y Salazar G.¹⁸, el año 2015, en Perú, concluyó 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 al de la paciente fue mayor con 98.6% y 87.1% respectivamente. Las causas maternas asociadas al parto por cesárea son síndrome hipertensivo del embarazo 83.7% (36), desproporción céfalo pélvica 18% (8) e insuficiencia placentaria 13% (6). Las causas fetales son malformaciones congénitas 6.8% (3), RCIU 6.8% (3) y la muerte fetal previa 2.27% (1); 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. Del mismo modo, Talledo L. Talledo C. y Pachas P.¹⁹ el 2016, en Perú, concluyeron que de una población 3311 gestantes, una incidencia de cesárea del 57,8%; siendo la cesárea de emergencia, la más predominante con un 68,9% y una mediana de edad de 22 años. Dentro de las indicaciones más frecuentes encontramos al sufrimiento fetal agudo (SFA) (14,5%), y al periodo intergenésico corto + pródromos de trabajo de parto + antecedente de una cesárea con un 12,9%. Asimismo, Apaza I.²⁰ el año 2019, en Perú, obtuvo como resultado que, de 364 pacientes en este estudio, 116 presentaron cesáreas injustificadas (31.87%). Las principales indicaciones de cesáreas injustificadas, de acuerdo al factor materno son: Cesárea anterior (13,7%) y Preeclampsia (5%). De acuerdo al factor fetal: Sufrimiento fetal agudo (10.4%); y de acuerdo a los factores ovulares o materno fetales destaca el DCP (2.2%) del total de cesáreas estudiadas. Existe una correlación positiva débil entre las cesáreas injustificadas y las complicaciones

maternas (0,16; $p > 0,05$). Se encontró una correlación positiva media a considerable entre cesáreas injustificadas y complicaciones perinatales (0,69; $p > 0,05$). Por último Tuesta G. y Castillo D.²¹ el año 2013, en Perú, encontró que el 76% de las post cesareadas primarias están ubicadas en el grupo etario entre los 21 a 35 años; el 59.9% de gestantes terminaron con parto por cesárea primaria y el 40.1% tuvieron como diagnóstico de cesareadas anteriores; el 69.2% de las pacientes en estudio tuvieron como patología maternas o fetales los principales diagnósticos preoperatorios en orden de precedencia: distocia de presentación 18%, feto macrosómico 15.3%, sufrimiento fetal agudo 13.3%, preeclampsia y desproporción pélvico fetal; el 64.7% de las pacientes fueron cesáreas no programadas; el 52.2% con diagnóstico pre operatorio de macrosomía fetal, tuvieron su peso menor de 4000 gr; el 85% con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, presentaron puntuación Apgar 8 – 10 al minuto y líquido amniótico claro; el 55% con diagnóstico de preeclampsia no registran signos premonitorios y supresión arterial menor igual a 120/80 mmhg. Por último, Morales D.²² concluyó que los datos obtenidos acerca de las indicaciones de origen materno en el grupo de cesárea se presentaron como principales la inminencia de rotura uterina con un porcentaje de 21.6%, otras indicaciones fueron síndrome adherencial pélvico, se reportó un caso de rotura uterina y ningún caso de muerte materna.

En el hospital Tarapoto II-2, no existe ningún trabajo de investigación que nos sirva como base en la presente investigación.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Diseño metodológico

El tipo de diseño es descriptivo, transversal, retrospectivo, de observación.

2.2 Población y muestra

2.2.1. Población

La población estuvo constituida por 327, gestantes con indicación de cesáreas de emergencia que fueron atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto.

2.2.2. Muestra:

El cálculo de la muestra se trabajó con la fórmula:

$$n = \frac{N Z^2 P Q}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Población de pacientes

Z² = Valor de z para intervalo de confianza o certeza

Para una certeza o confianza del 95%, z = 1.96

p = Variabilidad positiva o proporción = 0,5

q = Variabilidad negativa (1-p) = 0,5.

E = Es la precisión o el error (0,05)

Se calcula:

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

$$n = \frac{(327) (3,8416) (0,5) (0,5)}{(326) (0,0025) + (3,8416) (0,25)}$$

$$n = \frac{314,0508}{(0,815) + (0,9604)}$$

$$n = \frac{314,0508}{1,7754} \quad \boxed{177}$$

Por lo tanto, la muestra según la fórmula para el cálculo del tamaño muestral fue de 177 usuarias.

2.3.- Criterios de selección

- Fueron incluidas todas las gestantes cuyo parto fueron por cesárea de emergencia; registrados en las historias clínicas y en los libros de partos y cesáreas.
- Se excluyeron las gestantes cuyo parto fueron por cesárea programada.
- Se excluyeron las gestantes atendidas con parto vaginal.

2.4. Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se revisaron y seleccionaron las historias clínicas de parto por cesárea durante el periodo 2017, se continuó con el llenado

de la ficha de recolección de datos estructurada para cumplir los objetivos trazados para el presente estudio (ver anexo 2) el mismo que contiene características socio-demográficas, así como características gineco obstétricas y complicaciones.

2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

1ro. Para cada ficha seleccionada se asignó un código correlativo.

2do. Los datos recolectados en el instrumento, fueron exportados en una matriz creada en el programa Excel.

3ro. Los datos obtenidos en el programa Excel, fueron trasladados al programa SPSS

4to. Con el uso del programa SPSS se realizó el cálculo de frecuencias y porcentaje, presentadas en tablas.

2.6. Aspectos éticos

Esta investigación se aprobó en el comité de ética de la Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad Particular San Martín de Porres. Conservando respeto a los principios internacionales de la bioética, autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. No fue necesario realizar el consentimiento informado por ser una investigación de tipo retrospectiva, donde se hizo la revisión de historias clínicas, los cuales fueron numerados en forma correlativa cada una de ellas, datos que fueron utilizados exclusivamente en esta investigación.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características socio-demográficas de gestantes con indicación de cesáreas de emergencia - Hospital II-2; Tarapoto-2017.

Características sociodemográficas		N°	%
Edad	12 - 19 años	23	13.0
	20 - 34 años	98	55.4
	35 a mas	56	31.6
Nivel de instrucción	Ninguno	6	3.4
	Primaria	31	17.5
	Secundaria	103	58.2
	Superior no universitaria	28	15.8
	Superior universitaria	9	5.1
Estado civil	Soltera	12	6.8
	Casada	57	32.2
	Conviviente	108	61.0
Ocupación	Estudiante	32	18.1
	Ama de casa	92	52.0
	Otros	53	29.9
TOTAL		177	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1, según las características socio demográficas; el rango de edad más frecuente, de pacientes cesareadas es de 20 - 34 años con 55.4%, el nivel de instrucción es el secundario con 58.2%, el estado civil en un 61% son convivientes y la ocupación que desarrollan por lo general son amas de casa, con el 52.0%.

Tabla 2. Características obstétricas en gestantes con indicación de cesáreas de emergencia - Hospital II-2; Tarapoto-2017.

Características obstétricas		N°	%
Paridad	Primípara	23	13.0
	Secundípara	58	32.8
	Múltipara	96	54.2
Edad gestacional	< 28 Semanas	4	2.2
	28-36 semanas	12	6.8
	37 a 41 semanas	161	91.0
Control prenatal	Ninguna	116	65.5
	< a 6 controles	42	23.7
	≥ 6 controles	19	10.7
Cesareada anterior	Si	118	66.7
	No	59	33.3
TOTAL		177	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Está relacionada con características obstétricas, como la paridad donde el 54.2% son múltiparas y en segundo lugar la Secundípara con 32.8%; la edad gestacional común en la indicación de cesárea de emergencia son los embarazos de 37 a 41 Semanas con 91.0%, en el caso del control prenatal, la predisposición para cesárea es en aquellas gestantes que no han tenido control prenatal con el 65.5% y en el 66.7% de mujeres que han tenido una cesárea anterior le hace candidata para volver a ser intervenida con cesárea.

Tabla 3. Indicación de cesáreas de emergencia de origen materno en gestantes atendidas en el Hospital II-2; Tarapoto-2017.

Indicación para cesáreas con origen materno	N°	%
Inminencia de rotura uterina	51	28.8
Corioamnionitis	25	14.1
Expulsivo prolongado	15	8.5
Desprendimiento prematuro de placenta	13	7.3
Desproporción cefalopélvica	18	10.2
Trabajo de parto disfuncional	9	5.1
Insuficiencia placentaria	11	6.2
Síndrome hipertensivo del embarazo	23	13.0
Polihidramnios	8	4.5
Oligohidramnios	4	2.3
TOTAL	177	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Relacionada a indicación para cesáreas de origen materno, que presenta varias características y en orden de prioridad, encontramos la inminencia de rotura uterina con 28.8 %, seguida de corioamnionitis con 14.1 %, Síndrome hipertensivo del embarazo con 13 %, desproporción céfalo-pélvica con 10.2 %, Expulsivo prolongado con 8.5 %, Desprendimiento prematuro de placenta con 7.3 %, Insuficiencia placentaria con 6.2 %, Trabajo de parto disfuncional con 5.1 %, Polihidramnios con 4.5 % y Oligoamnios 2.3 %.

Tabla 4. Indicación de cesáreas de emergencia de origen fetal en gestantes atendidas en el Hospital II - 2; Tarapoto, 2017.

Indicación para cesárea de emergencia de origen fetal	N°	%
Sufrimiento fetal	109	61.6
Mala presentación fetal	52	29.4
Prematuridad	16	9.0
TOTAL	177	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Referida a la indicación de origen fetal en cesárea de emergencia en gestantes está relacionada principalmente con el sufrimiento fetal en 61.6%, la mala presentación fetal es otra condición frecuente con 29.4%, además de la prematuridad con 9.0 %.

IV. DISCUSIÓN

La presente investigación es importante y trascendente, especialmente para las gestantes que son atendidas con indicaciones de cesárea de emergencia en el Hospital II – 2 – Tarapoto, debido a que nos ayudará a prevenir y disminuir las complicaciones y riesgos en el binomio madre niño.

Según los resultados presentados en la **tabla 1**, respecto a las características socio-demográficas de gestantes con indicación de cesáreas de emergencia - Hospital II-2; Tarapoto-2017, predominan con 55.4% (98), las gestantes entre 20-34 años, el 58.2% (103) con nivel de instrucción secundaria, el 61% (108) son convivientes y el 52% (92) son amas de casa. Resultados similares han sido presentados por Hoyos E.¹⁴, en el Perú, quien concluyó que las características sociodemográficas que destacan en gestantes con indicación de cesárea de emergencia predominan aquellas que tienen entre 20 a 34 años en 61,5% (91); convivientes 53,4% (79), y amas de casa 43,2% (64), con datos diferentes en el grado de instrucción superior 43,9% (65). Por su parte Jurado D, Chaves M, et al.⁸ en Colombia; en su investigación concluyó datos semejantes respecto a la educación secundaria con 51.1% y en convivencia con 65.9%. Vargas O.¹⁶, en su estudio encontró datos mayores con respecto a la educación secundaria 88.4% (320) y datos similares la relación estable 66.3% (240). Mientras que Briceño J.⁶, en Ecuador encontró datos diferentes con 35.44%, en gestantes entre 20 – 24 años. Por su parte Burgos, D. y Coronel S.¹¹, en

Paraguay, encuentra datos diferentes, con 50% (112), en grupo etario de 22-33 años y en nivel de estudios primarios con 33,93% (76) además, datos similares de unión libre 54.9% (123).

En la **tabla 2**, concerniente a las características obstétricas en gestantes con indicación de cesáreas de emergencia - Hospital II-2; Tarapoto-2017, se encontraron predominancia en la paridad en multíparas con 54.2% (96), edad gestacional de 37 a 41 semanas con 91.0% (161), sin ningún control prenatal con el 65.5% (116) y tuvieron cesárea anterior el 66.7% (118). Similares resultados en cesárea anterior fueron encontrados por Hoyos E.¹⁴, en Lima, con el 58.12%, Por su parte Briceño J.⁶, en Ecuador encontró datos menores con 45.41%, mientras que Talledo L., Talledo C. y Pachas P.¹⁹, en Piura, encuentran solo el 12,9% resultados que están dentro de lo establecido por la OMS¹ (del 10 al 15% del total de nacimientos). Por su parte, Barrena M. y Quispe I.¹⁵ en Perú, encontró datos menores respecto a la multiparidad 32.5%, edad gestacional a término 80% y sin control prenatal 4%. Asimismo, Gulle Y. y Cadillo B.¹⁷ en Perú, encontraron datos similares en multíparas 48%. Por su parte, resultados distintos fueron presentados por Galvez E.⁵ en el Perú, donde el 52% de las gestantes fueron nulíparas. Además, Burgos, D. y Coronel S.¹¹ en Paraguay, encontraron datos menores en gestantes sin control prenatal con 23.6%. Resultados diferentes fueron encontrados por Vargas O.¹⁶ en Perú con 76.80% en gestantes adolescentes con indicación de cesárea con > 6 controles prenatales. Por lo tanto, se puede afirmar que las características obstétricas para la indicación de parto por cesárea es importante identificarlas oportunamente para evitar complicaciones potencialmente mortales que requiere atención calificada y, en

algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan las gestantes.

Los resultados de la **tabla 3**, respecto a la Indicación de cesáreas de emergencia de origen materno en gestantes atendidas en el Hospital II-2; Tarapoto-2017; se encuentra la inminencia de rotura uterina con 28.8%, seguido de corioamnionitis con 14.1%, síndrome hipertensivo del embarazo 13.0%, desproporción céfalo pélvica con 10.2%, expulsivo prolongado con 8.5%, desprendimiento prematuro de placenta con 7.3%, insuficiencia placentaria con 6.2% seguido por trabajo de parto disfuncional, polihidramnios y oligohidramnios. Las condiciones maternas para indicación de cesárea, pueden variar según el nivel de atención, según las características de la población obstétrica y a los diferentes protocolos de atención, entre otros aspectos. Es así que Morales D.²² en su estudio obtiene datos similares en indicaciones de cesárea de emergencia por inminencia de rotura uterina con 21.6%, Mientras Burgos D. y Coronel S.¹¹ encontró datos menores con respecto al síndrome hipertensivo en el embarazo con 4.46%, datos similares en desproporción céfalo pélvica con 10.71% y desprendimiento prematuro de placenta con 6.7%. Sin embargo, Barrena M, Quispe I.; Flores M. y León C.¹⁵ encontraron datos mayores con respecto a la desproporción feto pélvica 20%, y datos similares en insuficiencia placentaria 6%. Además, Paiba M. y Salazar G.¹⁸ encontraron datos mayores en síndrome hipertensivo del embarazo con 83.7%, en desproporción céfalo pélvica 18%, e insuficiencia placentaria 13%. Por su parte, Vargas O.¹⁶ encontró datos inferiores en síndrome hipertensivo del embarazo con 4.42%, desproporción céfalo pélvica 0.83%, expulsivo prolongado 0.55%. Por su parte Hoyos E.¹⁴ encontró datos mayores

con respecto a la desproporción céfalo pélvica 25%. Datos similares fueron reportados por Gálvez E.⁵ con respecto a la desproporción feto pélvica 12% e insuficiencia útero-placentaria 6% y datos diferentes en preeclampsia 9%. Asimismo, Gonzales M.¹³ obtuvo datos mayores en desproporción céfalo-pélvica con 16.57% y datos diferentes en preeclampsia o eclampsia con 10.95%. Mientras Tuesta G. y Castillo D.²¹ en EsSalud-Tarapoto; encontró datos diferentes en la preeclampsia 13.3%, y similar en la desproporción pélvica fetal 9.3%, mientras que, Briceño J.⁶ en Ecuador; encontró datos menores con respecto al síndrome hipertensivo del embarazo con 4,91%, a la desproporción céfalo pélvica con 7.75% y al desprendimiento prematuro de placenta 1.11%. Finalmente, Fiestas W.¹² en el Centro Médico Naval - Lima, obtiene que, el trabajo de parto disfuncional es el 12.02%, superior al encontrado en el presente estudio, posiblemente por las mejoras en el manejo de atención a las pacientes gestantes.

En la **tabla 4**, con respecto a los resultados de indicación de cesáreas de emergencia de origen fetal en gestantes atendidas en el Hospital II - 2; Tarapoto, 2017, se encuentra que el mayor porcentaje está referido al sufrimiento fetal con 61.6%, seguido por mala presentación fetal con 29.4% y finalmente, prematuridad con 9.0 %. Datos menores fueron encontrados por Vargas, O.¹⁶ en Perú, con respecto al sufrimiento fetal agudo 15.19% y la mala presentación fetal con 5.8%. Por otra parte, Briceño J.⁶ encontró predominancia en el compromiso de bienestar fetal con 21.99%. Diferentes resultados fueron encontrados por Gálvez E. ⁵ en el Perú con respecto a la distocia funicular con 7%; feto transverso y feto podálico de 4%. Datos menores encuentra Tuesta G. y Castillo D.²¹ en

Perú, con distocia de presentación 18% y sufrimiento fetal agudo 13.3%. Mientras que, Paiba M. y Salazar G.¹⁸ en Perú, encuentra diferentes factores de origen fetal como causas para indicación de cesárea, como las malformaciones congénitas 6.8%, RCIU 6.8% y la muerte fetal previa 2.27%; estas características varían de acuerdo al diagnóstico encontrado y que requiere un enfoque multidisciplinario para asegurar un mejor resultado del manejo de la madre y el feto. Sobre el alto porcentaje encontrado en sufrimiento fetal en el presente estudio, podemos afirmar que, según la Organización Mundial de la Salud, el sufrimiento fetal está asociado a un apgar bajo y nos manifiesta la condición del recién nacido inmediatamente de su nacimiento para tomar acciones rápidas y evitar complicaciones como la asfixia neonatal, infecciones agregadas (sepsis, neumonía), estancia prolongada en unidad de cuidados intensivos y la muerte del recién nacido.

V. CONCLUSIONES

1. Según las características sociodemográficas, predomina el rango de edad entre los 20 - 34 años; seguido por el nivel de instrucción secundario, el estado civil de convivientes, y según su actividad ocupacional son amas de casa.
2. Las características obstétricas: Según la paridad se encuentra la multiparidad; según la edad gestacional se encuentran entre 37 a 41 semanas de gestación. Según el control prenatal, predominan las gestantes que no han tenido control prenatal, finalmente la característica como haber sido cesareada con anterioridad.
3. La indicación de origen materno para cesárea de emergencia son las que presentan Inminencia de rotura uterina, seguido por corioamnionitis, síndrome hipertensivo del embarazo y desproporción céfalo pélvica.
4. La indicación de origen fetal para cesárea de emergencia son el sufrimiento fetal seguido, la mala presentación fetal y la prematuridad.

VI. RECOMENDACIONES

Según los datos encontrados y analizados en el presente estudio académico se recomienda lo siguiente:

- Generar proyectos que permitan desarrollar políticas institucionales para mejorar la capacidad resolutive en la atención de parto vaginal sobre los partos por cesárea, con conocimiento de las diversas características presentes en cada gestante que llevan a optar por este procedimiento de intervención quirúrgica.
- Al profesional de la salud:
 - No considerar a la petición materna de por sí como una indicación para realizar la intervención de cesárea.
 - En los documentos de registro como libro de reporte operatorio e historia clínica, deben especificarse de modo claro y preciso el diagnóstico específico para llevar a cabo la cirugía por cesárea.
 - Luego de reevaluar a la gestante con cesárea anterior y descartadas las actuales contraindicaciones deben informarse a éstas, sobre los riesgos y beneficios que presentan tanto el parto eutócico y por cesárea.
- A los estudiantes y egresados de Obstetricia:
 - Mantenerse en constante capacitación sobre los factores de riesgo, con la finalidad de abordar oportunamente el manejo adecuado del mismo, para bajar la incidencia de partos por cesáreas de emergencia.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Programa de Reproducción Humana Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [Online].; 2015 [cited 2018 junio 22]. Available from:

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/.
2. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR, et al. La tendencia creciente en las tasas de cesárea: estimaciones globales, regionales y nacionales: 1990-2014. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Volumen 84, número 6. [Online].; Chile; 2019 [cited 2020 marzo 12]. Available from:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>.
3. Segovia MR. Parto por cesárea*. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción). [Online]. Asunción: vol.48, n.1, pp.23-40. ISSN 1816-8949.; 2015. [cited 2020 abril 22]. Available from:
[https://doi.org/10.18004/anales/2015.048\(01\)23-040](https://doi.org/10.18004/anales/2015.048(01)23-040).
4. Arias CE, Salinas M. Operación cesárea y sus indicaciones en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Mexicano Del Seguro Social No. 221 en el período comprendido de enero 2013 a diciembre 2013. Universidad Autónoma del Estado de México. [Online].; 2015 [cited 2020 abril 2]. Available from:

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14954/419532.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

5. Galvez E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San Jose del Callao, periodo enero-diciembre 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Online].; 2014 [cited 2020 abril 22. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3512/Galvez_I_e.pdf?sequence=3.
6. Briceño J. Incidencia e indicaciones de cesárea de las mujeres atendidas en el hospital regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, periodo junio a noviembre del 2015. Universidad Nacional de Loja.. [Online].; 2017 [cited 2020 abril 3]. Available from: http://rraae.org.ec/Record/UNL_0377c4ba2e5282f856618a0d37be6f46.
7. Bobadilla L. y León F. En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras?. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2017 abril; 63 (4).
8. Jurado D, Chaves M, Belalcázar A, Achicanoy D, Guerrero C, Quiñonez C, et al. Determinantes sociodemográficos y clínicos asociados a mortalidad fetal intrauterina en el municipio de Pasto, 2010-2012. Colombia. Revista: Univ y Salud. [Internet].; 30 agost. 2017 [cited 2019 agosto 29. Available from: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3479>.
9. Ramos, RO, Rodríguez J, Caballero G, et, al. Incidencia y características de los partos por cesárea en un hospital público de Paraguay. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2020 junio; 5(2).

- 10 Carreño B, Castillo V, Aichele D, Marshall M, Cáceres D, Vesperinas Gonzalo et al. Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson: Análisis comparativo entre dos hospitales universitarios. Revista chile. Obstetricia ginecología; 2018. [Internet]. [citado 2021 Ene 19] ; 83(4): 415-425. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000400415&lng=es
- 11 Burgos D, Coronel S. Características clínicas en gestantes cesareadas y hallazgos transoperatorios más frecuentes en el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017. – Paraguay. Portal Regional da BVS. (Informação e Conhecimento para a Saúde). [Online].; 2018 [cited 2020 setiembre 4]. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021633/caracteristicas-clinicas-en-gestantes-cesareadas-y-hallazgos-t_hQqYL0t.pdf.
- 12 Fiestas W. Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo julio 2014 – julio 2015 [Internet]. Universidad Ricardo Palma. [Online].; 2016 [cited 2020 noviembre 1]. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/511>.
- 13 Gonzales M. Indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2014. 2016. Lima - Perú. Universidad Ricardo Palma; 2016 [cited 2020 diciembre 4]. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/522>.
- 14 Hoyos E. Características maternas y fetales determinantes de cesáreas en la clínica – Hospital Rosalía De Lavalle de Morales Macedo – Hogar de la madre

Miraflores octubre a diciembre 2018. Lima - Perú. Universidad San Martín de Porres. [Online].; 2020 [cited 2021 enero 3. Available from: <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6088>.

15 Barrena M, Quispe I, Flores M, León C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Lima abr-jun 2020. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2020. Revista: Perú Ginecología Obstétrica. [Internet]. 2020 Abr [citado 2021 Ene 3] ; 66(2): 00004. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246>.

16 Vargas O. Tesis: Incidencia y características de las madres adolescentes con cesárea atendidas en el Hospital María Auxiliadora. Lima: 2009 – 2018. Universidad Privada Sergio Bernales. Cañete – Perú Octubre [Online].; 2019 [cited 2020 diciembre 4]. Available from: <http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/199/1/OLGA-TESIS%20.pdf>.

17 Gulle Y, Cadillo B. Características epidemiológicas e indicaciones del parto por cesárea de mayor frecuencia en el Hospital Barranca Cajatambo 2016 – 2017. Perú. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. 2019 [cited 2020 diciembre 4]. Available from: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/2461>.

- 18 Paiba M. Salazar G. Causas de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque [Internet]. Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2015. [citado el 17 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes10.pdf>.
- 19 Talledo L, Talledo C, Pachas P. Incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un hospital público de Piura, Perú. Revista: Ciencia e Investigación Médico Estudiantil Latinoamericana (CIMEL) . 2016 junio; Volumen 21,(Número2). <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/648>.
- 20 Apaza I. Indicaciones de cesáreas injustificadas y su relación con complicaciones materno perinatales en el Hospital ESSalud III Puno, año 2018".; 2019. Puno – Perú. [cited 2020 diciembre 4]. Available from: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/9773>.
- 21 Tuesta G, Castillo D. Grado de confiabilidad del diagnóstico médico para la operación cesárea primaria en pacientes atendidas en el Hospital II-2 ESSALUD-Tarapoto. Noviembre 2012. Universidad Nacional De San Martín; 2013. [Online].; 2013 [cited 2019 junio 15]. Available from: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2328>.
- 22 Morales D. Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015. [Internet]. 2016. Dic [citado: 2021, enero 17]; from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4868/Morales_md.pdf?sequence=1&isAllowed=y

VII. ANEXOS

ANEXO Nº 1: INSTRUMENTO

**UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE PORRES
FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POST GRADO**

**FICHA DE REGISTRO DE DATOS
(Lista de chequeo)**

Historia clínica Nro.

Nro. Ficha:.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Edad: Años

1.2. Nivel de instrucción:

1.3. Estado civil

- a. Soltera ()
- b. Casada ()
- c. Conviviente ()

- a. Ninguna ()
- b. Primaria ()
- c. Secundaria ()
- d. Superior no universitario ()
- e. Superior universitaria ()

1.4. Ocupación

- a. Estudiante ()
- b. Ama de casa ()
- c. Otro ()

II. CARACTERÍSTICAS GÍNECO-OBSTÉTRICAS:

2.1. Paridad

- a. Primípara ()
- b. Secundípara ()
- c. Multípara ()

2.2. Edad gestacional

- a. < 28 Semanas ()
- b. 28-36 semanas ()
- c. 37 a 41 semanas ()

2.3. Control prenatal

- a. Ninguna ()
- b. ≥ 6 controles ()
- c. < 6 controles ()

2.4. Cesareada anterior

a. Si () b. No ()

III. DIAGNÓSTICO DE CESÁREA DE EMERGENCIA

Nro.	Diagnóstico	Si	No	NR
Maternas:				
1.	Inminencia de rotura uterina			
2.	Corioamnionitis			
3.	Expulsivo prolongado			
4.	Desprendimiento prematuro de placenta			
5.	Desproporción céfalo pélvica.			
6.	Trabajo de parto disfuncional			
7.	Insuficiencia placentaria			
8.	Síndrome hipertensivo del embarazo			
9.	Polihidramnios			
10.	Oligohidramnios			
Fetales				
15.	Sufrimiento fetal			
16.	Mala presentación fetal			
17.	Prematuridad			

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Características de las gestantes con Indicación de cesárea de emergencia	Es una intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero de la madre para extraer uno o más bebés, y en donde supone está en riesgo la vida del feto y/o la madre.	Características sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Nivel de instrucción • Estado civil • Ocupación 	Años cumplidos Ninguno Primaria Secundaria Superior no univ. Superior univ. Soltero Casado Conviviente Estudiante Ama de casa Otros	Nominal
		Características Obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> • Paridad • Edad gestacional • Control prenatal • Cesareada anterior 	Primípara Secundípara Múltipara < 28 Semanas 28-36 semanas 37 a 41 semanas Ninguna ≥ 6 controles < a 6 controles Si / No	
		Indicación de cesáreas de origen materno	<ul style="list-style-type: none"> • Inminencia de rotura uterina • Corioamnionitis • Expulsivo prolongado 	Si / No	Nominal

			<ul style="list-style-type: none"> • Desprendimiento prematuro de placenta • Desproporción céfalo pélvica. • Trabajo de parto disfuncional • Insuficiencia placentaria • Síndrome hipertensivo del embarazo • Polihidramnios • Oligoamnios 		
		Indicación de cesárea de emergencia de origen fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Sufrimiento fetal • Mala presentación fetal • Prematuridad 	Si / No	Nominal

ANEXO N° 3: PERMISO DE LA INSTITUCION PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN



DECRETO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES

'Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad'



AUTORIZACIÓN

*EL DIRECTOR DE LA UNIDAD EJECUTORA
HOSPITAL II-2 TARAPOTO*

AUTORIZA:

A, MERLITH COSVALENTE VELA, estudiante de la Universidad Particular "San Martín de Porres" Segunda Especialización en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico", en convenio con el Colegio Regional de Obstetras Región XIII - Tarapoto, para recolectar datos clínicos y de esta manera cumplir en ejecutar los objetivos, para la ejecución del Proyecto de Tesis Titulado: **CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON INDICACIÓN DE CESÁREA DE EMERGENCIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 2 TARAPOTO - 2017**



Tarapoto, 07 de Febrero del 2018.

GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN
UNIDAD EJECUTORA 401 HOSPITAL II-2 TARAPOTO
DIRECTOR
MCD. CIR. MANUEL IGOR KACCHA TAPIA
DIRECTOR

HOSPITAL TARAPOTO

D. Angel Delgado Morey N°503
Tarapoto - SAN MARTIN
Telf: (042) - 520012