

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREAS Y SUS INDICACIONES
ENTRE EL AÑO 2001 Y 2021 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA**

TESIS

Presentada por:

Bach. Lizeth Diana Cohaila Tito

Para optar el Título Profesional de:
MÉDICO CIRUJANO

TACNA-PERÚ

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREAS Y SUS INDICACIONES
ENTRE EL AÑO 2001 Y 2021 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA**

TESIS

Presentada por:

Bach. LIZETH DIANA COHAILA TITO

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobada por , ante el siguiente jurado:


Dr. Claudio Wilbert Ramírez Atencio
PRESIDENTE


Mgr. Alberto Saúl Flor Chávez
MIEMBRO


Méd. Hilda Leticia Vizcarra Rojas
MIEMBRO


Méd. Alex Eduardo Tapia Tenorio
ASESOR

DEDICATORIA

*A Dios, por brindarme salud,
cuidado, protección y
guiarme cada día.*

*A mis padres por su amor
incondicional, su apoyo y
motivación para alcanzar
mis metas.*

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la virgen por acompañarme siempre y brindarme fortaleza para no rendirme ante adversidades.

A todos mis docentes, por sus enseñanzas, exigencias y consejos durante mi formación.

A mi asesor por su paciencia, comprensión y compromiso durante este tiempo.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	ix
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	8
1.4. OBJETIVOS.....	9
1.4.1. Objetivo general	9
1.4.2. Objetivos específicos	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	10
2.1.1. Antecedentes internacionales	10
2.1.2. Antecedentes nacionales	14
2.1.3. Antecedentes locales	18
2.2. BASES TEÓRICAS	23

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	29
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	33
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.2. POBLACIÓN.....	33
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	35
3.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	39
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS	40
4.1. RESULTADOS	40
4.2. DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS.....	82

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES CON INDICACIÓN DE CESÁREA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021.	42
TABLA N° 02	CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES CON INDICACIÓN DE CESÁREA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021.	44
TABLA N° 03	INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021.	47
TABLA N° 04	TIPO DE CAUSA DE INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021.	49
TABLA N° 05	INDICACIONES DE CESÁREA POR CAUSA MATERNA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021.	50
TABLA N° 06	INDICACIONES DE CESÁREA POR CAUSA FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021.	53
TABLA N° 07	INDICACIONES DE CESÁREA POR CAUSA OVULAR EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021.	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01	TASA DE EVOLUCIÓN DE CESÁREAS DEL TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001-2021.	41
GRÁFICO N° 02	EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREA POR CAUSA MATERNA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021.	52
GRÁFICO N° 03	EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREA POR CAUSA FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021.	55
GRÁFICO N° 04	EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREA POR CAUSA OVULAR EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021.	58

RESUMEN

Introducción: La tasa de cesárea se ha incrementado a nivel mundial constituyendo actualmente un problema alarmante para la Salud Pública.

Objetivo: Determinar la evolución de la tasa de cesáreas realizadas y sus indicaciones en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2001 y 2021.

Método: Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se utilizó los programas EXCEL, SPSS v26. Se estudian los partos por cesárea ocurridos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el 2001-2021; con un total de 28882 casos de cesárea aplicando los criterios de selección. Se emplea la estadística descriptiva expresada en frecuencias y datos porcentuales.

Resultados: La tasa de evolución de cesárea encontrada va de 26,56% en el año 2001 al 59,72% en el año 2021. Las gestantes tuvieron edades: 20-34 años, estado civil: conviviente, grado de instrucción: secundario, la mayoría son multíparas, con 6 a más controles prenatales y edad gestacional a término, además el 71,06% no tenían antecedentes de cesáreas, el 76,65% presentó inicio de trabajo de parto espontáneo, el término de parto fue en gran parte por cesárea de emergencia con un 94,89%. **Conclusión:** La tasa de evolución de cesáreas supera el porcentaje recomendado por la OMS. Las cinco principales indicaciones de cesárea, en el periodo estudiado fueron desproporción feto-pélvica con 32,38%, cesárea anterior con 18,03%,

sufrimiento fetal agudo con 15,32%, enfermedad hipertensiva del embarazo con 6,65% y presentación podálica con 6,49%. De acuerdo al tipo de causa de indicación de cesárea, las causas maternas fueron las más frecuentes.

Palabras Clave: cesárea, incidencia de cesárea, indicaciones de cesáreas.

ABSTRACT

Introduction: The cesarean section rate has increased worldwide, currently constituting an alarming problem for Public Health. **Objective:** To determine the evolution of the rate of cesarean sections performed and their indications at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna between 2001 and 2021. **Method:** It is an observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study. EXCEL, SPSS v26 programs were used. Cesarean deliveries that occurred at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna, during 2001-2021, are studied; with a total of 28882 cases of caesarean section applying the selection criteria. Descriptive statistics expressed in frequencies and percentage data are used. **Results:** The cesarean section evolution rate found ranges from 26.56% in 2001 to 59.72% in 2021. The pregnant women were aged: 20-34 years, marital status: cohabiting, level of education: secondary, the majority are multiparous, with 6 or more prenatal controls and gestational age at term, in addition, 71.06% had no history of cesarean sections, 76.65% presented spontaneous onset of labor, the term of delivery was largely by emergency caesarean section with 94.89%. **Conclusion:** The rate of evolution of cesarean sections exceeds the percentage recommended by the WHO. The five main indications for caesarean section in the period studied were fetal pelvic disproportion with 32.38%, previous caesarean section with 18.03%, acute fetal distress with

15.32%, hypertensive disease of pregnancy with 6.65% and breech presentation. with 6.49%. According to the type of cause for the indication for cesarean section, maternal causes were the most frequent.

Keywords: cesarean section, incidence of cesarean section, indications for cesarean section.

INTRODUCCIÓN

Alrededor del mundo, la tasa de cesárea se ha ido incrementado notablemente, constituyendo un problema alarmante para la Salud Pública, tanto en países desarrollados y en vías de desarrollo, superando la tasa óptima propuesta por la Organización Mundial de la Salud que debe ser entre el 10% y el 15%.

La cesárea es un procedimiento que salva vidas tanto para la madre como para el recién nacido, si se realiza en el momento y con las indicaciones adecuadas, como cualquier otro procedimiento quirúrgico, la cesárea se asocia a complicaciones tanto a corto y a largo plazo, además puede afectar la salud materna y del recién nacido, o en próximos embarazos.

Asimismo, representa un gasto para los sistemas de salud, debido al aumento de carga financiera y riesgo para la salud materna en comparación con el parto vaginal.

El propósito del siguiente trabajo es determinar la tasa de evolución de cesáreas, las características sociodemográficas, características gineco-obstétricas y las principales indicaciones de cesárea. El siguiente estudio de investigación se estructura en cuatro capítulos. El capítulo I aborda el

problema de investigación y los objetivos. El capítulo II expone el marco teórico, el cual abarca los antecedentes, al igual que las bases teóricas. El capítulo III presenta el marco metodológico de la investigación y en el capítulo IV, se exponen los resultados obtenidos y la discusión.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad la cesárea es una de las operaciones más frecuentemente practicada alrededor del mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la tasa óptima recomendada debe ser entre el 10% y el 15%, sin embargo, ha ocurrido un aumento excesivo en la tasa de cesáreas realizadas a nivel mundial, en algunos países, las tasas actuales de cesáreas pueden ser superior al 40%. (1, 3)

La cesárea fue considerada por mucho tiempo como una intervención quirúrgica delicada debido a los riesgos que trae en la salud materno-fetal, los cuales se han reducido con el uso de antibióticos, técnicas de asepsia, nuevas técnicas quirúrgicas y nuevas tecnologías. Sin embargo, hay que tener en cuenta que tasas de cesárea mayores al 10% no se han asociado con un descenso de las tasas de mortalidad materna y neonatal; existen estudios que indican que países con índice de cesárea inferiores al 15%, la cesárea se asoció con tasas de mortalidad materna más baja,

mientras que los países con índice de cesárea de más del 30%, como muchos países de América Latina, las tasas de cesáreas se asociaron con índices más altos de mortalidad materna. (4,8,11) No obstante la morbimortalidad materna es mayor después de la cesárea que después del parto vaginal. (2)

Por otra parte, las cesáreas representan un gasto relevante para los sistemas de salud, esto se debe al incremento de costos que trae la alta frecuencia de cesáreas injustificables, que pueden minimizar recursos de otros servicios de salud sobrecargados y frágiles; este aumento en la frecuencia de esta intervención se considera un problema de salud. (1,11)

La cesárea es una intervención quirúrgica que salva vidas cuando esta medicamente indicada, al igual que con cualquier otra cirugía, puede provocar efectos en la salud materna y del recién nacido a corto y a largo plazo, particularmente en entornos que carecen de instalaciones, capacidad para realizar una cirugía segura o no puedan tratar las complicaciones. (2,4)

Las razones por lo que los índices de cesárea persisten significativamente, se debe a que la edad materna promedio está subiendo, y las mujeres mayores tienen mayor riesgo de cesárea, así como mujeres con obesidad, con preeclampsia. En muchos

casos, la preocupación por un rastreo del ritmo cardiaco del feto “no tranquilizador” da lugar a cesárea, además la mayoría de fetos en presentación pelviana son recibidos por cesárea. (7)

Las pacientes sometidas a cesárea están expuestas a posibles complicaciones, entre las que se encuentra la infección de sitio operatorio, la hemorragia, los trastornos tromboembólicos; por otro lado, el parto por cesárea se ha asociado a una disminución de incontinencia urinaria y de prolapso de órganos pélvicos en la madre, pero mayor riesgo a largo plazo de aborto espontáneo, placenta previa, placenta acreta, desprendimiento de placenta, ruptura uterina, muerte fetal y parto prematuro. (5,6) También hay desarrollo de adherencias después de la cesárea, y ésta aumenta con cesáreas posteriores, el riesgo de obstrucción del intestino delgado debido a adherencias es mínimo, pero parece aumentar con cada cesárea realizada; sin embargo, en general el riesgo es bajo. (2) Además los recién nacidos por cesárea tienen mayor riesgo de desarrollar asma y obesidad que por parto vaginal. (6)

Según Boerma. et al, en un estudio publicado en la revista médica The Lancet, 2018. Informa que América Latina y el Caribe, es la región del mundo donde se realizan más cesáreas (44,3%), siendo el principal país República Dominicana (58,1%), seguido de Brasil (55,5%) y Venezuela (52,4%). Entre otros países se encuentra

Chile con 46%, Colombia con 45,9%, Paraguay con 45,9%, Ecuador con 45,5%, México con 40,7% y Cuba con 40,4%. (9)

En el Perú según ENDES 2021, la tasa de cesárea se incrementó de 31,6% a 36,3% durante los años 2016 y 2021 respectivamente, observándose un 42% en el área urbana, superior al área rural con un 19%. En la región de la costa se registra un 44,5%, en la sierra un 25,5 % y en la selva un 26,4%. Asimismo, va incrementándose al aumentar la edad de la gestante, presentando un alto porcentaje en mujeres de 35 a 49 años de edad con un 45,1% respecto al 22,3% en mujeres menores de 20 años. (10)

En el departamento de Tacna, según ENDES 2021 hay un aumento de cesárea de 40,0% a 49,7% entre los años 2016 y 2021, observándose un incremento progresivo conforme pasan los años. (10) De acuerdo con un estudio llevado a cabo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 1980 al 2014, se halló que la tasa de cesáreas se ha incrementado tres veces más de 14,4% llegando a 43,1%. (12)

Según se observa en los distintos datos estadísticos mencionados anteriormente, en los últimos años se han incrementado el número de cesáreas realizadas de una manera alarmante, por lo que es importante conocer cómo ha evolucionado

la tasa de cesáreas en los últimos 21 años e identificar cuáles son las indicaciones durante este periodo y como han cambiado.

En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, se atiende el 70% de los nacimientos, es por ello que esta investigación se realizará en este nosocomio que mostrará la realidad aproximada de la región de Tacna.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la evolución de las cesáreas realizadas y sus indicaciones en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2001 y 2021?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La cesárea es una intervención quirúrgica que salva vidas cuando está indicada por el médico, pero también puede provocar efectos en la salud como mayor riesgo de infección, hemorragia, lesión de órganos pélvicos, además que se asocia a más dolor, estancia hospitalaria y tiempo de recuperación más larga, también hay riesgo de placentación anormal en posteriores gestaciones con riesgo de morbilidad en comparación con el parto vaginal. (5) Actualmente, en el Perú la tasa de cesárea va en ascenso conforme transcurren los años, por otro lado, la cesárea puede traer complicaciones, por lo que es importante identificar los criterios bajo los cuales se llevan a cabo, por lo cual se desea determinar la tasa de cesárea y sus indicaciones. Este estudio nos permitirá conocer la evolución durante los últimos 21 años y brindar información que nos permita proponer recomendaciones a fin de lograr una atención de calidad.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Determinar la evolución de la tasa de cesáreas realizadas y sus indicaciones en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2001 y 2021.

1.4.2. Objetivos específicos

- a) Determinar la evolución de la tasa de cesáreas realizadas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2001 y 2021.
- b) Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con indicación de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2001 y 2021.
- c) Identificar las características gineco-obstétricas de las gestantes con indicación de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2001 y 2021.
- d) Describir las principales indicaciones de cesárea realizadas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2001 y 2021.
- e) Identificar las causas maternas, fetales y ovulares con indicación de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2001 y 2021.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes internacionales

Morton R, et al. (13) llevaron a cabo un estudio observacional retrospectivo, durante agosto de 1989 a diciembre de 2016 dentro de una red de hospitales del centro de la ciudad en Sydney, Australia. Incluyeron a todos los partos a partir de 24 semanas de edad gestacional en adelante. Encontraron que durante el periodo de estudio se presentaron 147 722 nacimientos, con 37 309 partos por cesárea (25,3%). La tasa de parto por cesárea aumentó del 18,7% en 1989-1994 (8,7 % de emergencia, 10% planificada) al 30,4% en 2010-2016 (11,4% de emergencia, 19% planificada). La cirugía uterina previa fue el mayor contribuyente al aumento de los procedimientos planificados del 3,8% al 9,0% de todos los nacimientos, la indicación de mala presentación que aumento 1,1% a 3,7% de todos los nacimientos, el parto por cesárea por elección materna aumentó de 0,07% a 1,1%, el parto por cesárea primaria aumentó de 14,4% (en 1989-1994) a 22,9% (en 2010-2016) de todas

las mujeres sin un parto por cesárea anterior, la tasa de parto por cesárea entre las nulíparas aumentó de 19,5% (en 1989-1994) a 30,2% (en 2010-2016), la cesárea primaria de emergencia aumentó de 7,7% a 11,7%, las realizadas por progresión lenta de parto aumentaron del 3,4% al 6%, y las realizadas por otras indicaciones del 4,6% al 6,4%. Concluyeron que el aumento de la tasa de parto por cesárea se atribuyó a un mayor número de procedimientos realizados por el lento progreso del trabajo de parto, la presentación de nalgas y cesárea anterior.

Maskey S, et al. (14) realizaron un estudio transversal descriptivo en un hospital de tercer nivel de atención, durante julio de 2016 hasta junio de 2018, en mujeres embarazadas que ingresaron y dieron a luz en el hospital. Encontraron del total de partos realizados, 862 (36.8%) fueron partos por cesárea, 1477 (63.1%) partos vaginales y 12 (0.51%) partos instrumentales; la mayoría de las gestantes que tuvieron cesárea tenían entre 25 y 29 años y eran multíparas. Entre los partos por cesárea, 128 (27%) y 251 (34%) fueron cesáreas electivas; 355 (73%) y 128 (66%) fueron cesáreas de emergencia en dos años respectivamente. La indicación más común de cesárea en el estudio de dos años fue el sufrimiento fetal 243 (28%), seguido de cesárea previa 165 (18%),

falta de progreso del trabajo parto 106 (12%), oligohidramnios 59 (7%), mala presentación 59 (7%), trastornos cefalopélvicos 52 (6,5%) y trastorno hipertensivo en el embarazo 33 (4%). Concluyeron que la prevalencia de cesáreas en un hospital de atención terciaria es alta en comparación con los datos de la OMS. La indicación más común de cesárea fue sufrimiento fetal y cesárea previa.

Dorji T, et al. (15) realizaron un estudio transversal, retrospectivo en tres Hospitales Regionales y el Hospital General, durante un periodo de un año (enero a diciembre 2018) en Bután. Encontraron que la tasa de cesárea fue del 18,7%, el 37,5% tenían edades comprendidas entre 25-29 años, el 54% eran multíparas, la mayoría de recién nacidos presentaron un peso adecuado (74,5%) y tenían una edad gestacional al nacer entre 37 - 40 semanas (67,7%). La indicación más común fue cesárea previa (23%), sufrimiento fetal (15,5%), trabajo de parto prolongado (15,1%), inducción fallida (10,9%) y mala presentación/mala posición (9,1%). Los factores asociados a cesárea fueron edad materna > 25 años, hijo varón, mujeres con menor número de hijos vivos, multíparas y edad gestacional > 40 semanas. Concluyeron que las indicaciones más comunes de partos por cesárea fueron cesáreas previas, sufrimiento fetal, trabajo de parto prolongado, inducción fallida y

mala presentación. El aumento de la edad materna, multiparidad, embarazo postérmino, tienen más probabilidades de someterse a una cesárea. Para reducir la tasa de cesárea, se debe centrarse en disminuir la tasa de cesárea primaria, así como en prevenir el sobrediagnóstico de trabajo de parto prolongado centrándose en el partograma.

Franco R, et al. (16) realizaron un estudio de diseño descriptivo, retrospectivo y documental, en el Hospital Regional de Pedro Juan Caballero, durante junio de 2018 a junio de 2019 en Paraguay, se analizaron 2087 partos y se seleccionaron 200 partos por cesárea en este Hospital. Encontraron 761 partos por cesárea (36,28%) y 1326 partos vaginales. La mayoría presentó una edad comprendida entre 24-27 años (24%) y las indicaciones que predominaron fueron la cesárea anterior que representa el 16,5%, seguido de preeclampsia con el 11%, el desprendimiento de placenta representa el 10,5%, la bradicardia fetal con el 10% y la presentación podálica con el 8,5%. Concluyeron que la incidencia de cesárea fue elevada con 36,28%, superior a lo recomendado por la OMS (hasta 15%). Las indicaciones más frecuentes de cesárea fueron Cesárea anterior, seguida de preeclampsia y desprendimiento de placenta.

Calvas K. (17) realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y prospectivo, en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, entre marzo – agosto del 2014, en Ecuador, contó con 464 gestantes que se sometieron a cesárea. Encontró que, respecto a la indicación de cesárea, los factores fetales fueron superiores con el 42.0%, mientras que los factores maternos fueron el 27.9%. La primordial indicación fue cesárea anterior con el 27.5%, continuo del compromiso de bienestar fetal con el 23.7% y la distocia de presentación con el 15.0%. Concluyó que la frecuencia de cesáreas es superior a lo sugerido por la OMS y los factores fetales predominaron respecto a los factores maternos para la realización de cesárea; la principal indicación fue la cesárea anterior, seguido del compromiso del bienestar fetal.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Talledo L, et al. (18) realizaron un estudio de diseño descriptivo, retrospectivo, de corte transversal en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa de Piura, entre enero a diciembre del año 2015, contó con 3311 gestantes. Encontraron que, del total de gestantes; el 57,8% presentaron cesáreas, de estos la

cesárea de emergencia fue la más frecuente con 68,9% y la cesárea electiva fue 31,1%; el 75% presentó edades comprendidas entre 20-24 años, el 42% estudios secundarios completos y el 70,1% estado civil conviviente. Las indicaciones más frecuentes fueron el sufrimiento fetal agudo (14,5%), periodo intergenésico corto más cesareada anterior una vez (12,9%) y la estrechez pélvica (11,1%). Concluyeron que se observó una alta incidencia de cesárea en el Hospital Santa Rosa de Piura, un porcentaje alto comparado a otros estudios y por encima de lo sugerido por la Organización Mundial de la Salud.

Huatuco C. (19) realizó un estudio de diseño descriptivo, observacional y transversal en el Hospital de Pampas, Huancavelica durante el año 2018, se atendieron 769 gestantes de las cuales 167 terminaron en cesárea. Encontró que las cesareadas presentaron edades de 20 a 30 años con un 56,3%, las convivientes fueron un 66,4% y presentaron estudios secundarios completos un 29,3%. La cesárea de emergencia fue un 79,1% y cesáreas programadas un 20,9%, respecto a las indicaciones, las principales fueron: cesárea anterior con un 19,7%, seguido de preeclampsia con un 12,6%, feto en presentación podálica con un 10,2%, desproporción céfalo pélvica con un 10,2%, sufrimiento fetal agudo con un 9,6% y

expulsivo prolongado con un 6,6%. Concluyó que la frecuencia de cesárea fue del 21,7% en el Hospital de Pampas.

Barrena M, et al. (20) realizó un estudio descriptivo, tipo serie de casos, en un hospital público docente de Lima en Perú, durante enero 2013 hasta diciembre 2017, conto con 21810 partos. Encontró que el 50,2% fueron partos por cesárea, la edad entre 20 a 34 años fue 69,8%, el 69% tenía educación secundaria, el estado civil conviviente fue 71,3%, además el 71% tuvieron de 6 a más controles prenatales, con edad gestacional más frecuente entre 37 y 41 semanas con un 80%, el 57,8% presentaron cesárea primaria y el 35,3% fueron nulíparas. Las indicaciones que predominaron fueron la cesárea previa y la desproporción cefalopélvica. Concluyeron que la frecuencia de cesáreas que hallaron superó la recomendada por la OMS y la indicación principal fue la cesárea previa.

Colque M. (21) realizó un estudio de diseño cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, entre enero a diciembre del 2018, contó con 694 pacientes sometidas a cesárea y la muestra estaba constituida por 248 pacientes cesareadas.

Encontró una frecuencia de cesárea de 40%, las pacientes tenían entre 20 y 29 años con un 46.4%, fueron convivientes el 71.8%, grado de instrucción secundaria un 56,5%, además el 89,9% presentaron edad gestacional de 37 a 41 semanas, el 54% presentaron de 1 a 6 controles prenatales y la cesárea de emergencia fue mayor con un 71%, presentaron cesárea primaria el 74,2% y el 17,3% presentó de 2 a más antecedentes de cesárea previa. Las principales indicaciones fueron: cesárea anterior con 18.9%, sufrimiento fetal agudo con 8.3%, presentación podálica con 7.1%, desproporción céfalo pélvica con 6.8%, distocia de posición con 6.2%. Concluyó que se superó la tasa de cesárea recomendada por la OMS y la indicación predominante fue la cesárea anterior.

Lozano A. (22) realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, en el Hospital María Auxiliadora en Lima entre octubre del 2020 a abril del 2021, conto con 706 pacientes que presentaron cesárea. Encontró que la tasa de cesáreas fue del 58,87%, la edad materna estaba comprendida de 20 a 34 años que representa el 68,6%, el estado civil predominante fue conviviente con un 67,6% y nivel de estudio secundario predominó con un 91,4%, además el 55,8% presentaron controles prenatales inadecuados, el 69,1% eran gestantes multigestas, la edad gestacional

predominante fue de 37 a 41 semanas con un 83,9%. Respecto a los factores maternos, la indicación principal fue la desproporción céfalo pélvica que constituye el 28,8%; dentro de los factores fetales, la indicación más asociada a cesárea fue sufrimiento fetal agudo que constituye el 35,6% y en relación a los factores ovulares, la indicación más importante fue la ruptura prematura de membranas con el 49,1%. Concluyó que la incidencia de cesárea fue del 58,87% y los factores asociados más importantes fueron la desproporción céfalo pélvica, el sufrimiento fetal agudo y la ruptura prematura de membranas.

2.1.3. Antecedentes locales

Suxo M. (23) realizó un estudio no experimental, de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud - Tacna durante el 2015, consideró 1354 partos, de los cuales 563 fueron cesáreas (41,6%), con edad materna entre 20 a 35 años (71%), grado de instrucción superior (76,9%) y estado civil conviviente (55,4%), la mayoría fueron multíparas (59,7%), con edad gestacional a término (90%) y presentaban de 6 a más controles prenatales (79,4%), el 55,2% no tuvieron antecedente de cesárea y un 49,6% de pacientes no

presentaron patologías durante el embarazo, además el 64,3% no presentaron trabajo de parto, las cesáreas de urgencia fueron predominantes con 88,1%. Las indicaciones principales fueron el sufrimiento fetal agudo con el 15,6%, seguido de la desproporción céfalo-pélvica por macrosomía fetal con un 11,2%, la presentación podálica con un 10,3%, la cesárea iterativa con un 9,8%, el trabajo de parto disfuncional con un 9,4% y la inducción fallida con un 4,8%; mientras que la mayor parte de recién nacidos por cesárea tuvieron un Apgar normal al minuto y a los cinco minutos con un 93,9% y 98,8% respectivamente. Concluyó que la incidencia de cesárea es elevada, por lo cual es necesario contar con los lineamientos básicos para la ejecución de la cesárea, con el propósito de adecuarse a las normas nacionales e internacionales, a su vez incentivar la actualización de protocolos de atención obstétrica y además vigilar su cumplimiento, para contribuir a la reducción de las cesáreas.

Sánchez M. (24) realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el Hospital Daniel Alcides Carrión III EsSalud - Tacna, dividido en un periodo de dos años, en el año 2012 y 2016, conto con un total de 2437 partos, de estos 994 partos fueron por cesárea. Encontró que la incidencia de cesáreas aumentó de 37% a 46% en el 2012 y 2016 respectivamente; además la mayoría

presentó edades de 20 a 35 años con un 73,8% y 71,9%, fueron nulíparas un 44% y 36,3%, presentaron de seis a más controles prenatales un 81,4% y 84,6%, tuvieron edad gestacional a término un 91,8% y 89,5%, gran porcentaje presentó cesáreas de emergencia con un 82,7% y 94,3%, el peso adecuado de los recién nacidos fueron 73,7% y 70,6% y tuvieron un Apgar normal un 99% y 99,2%. Las indicaciones más frecuentes fueron: Sufrimiento fetal agudo (16,1% y 16%), trabajo de parto disfuncional (11,8% y 10,2%), cesárea anterior (11,2% y 9%), desproporción céfalo pélvica por macrosomía fetal (8,7% y 14,1%) y distocia de presentación (11% y 9,2%). Concluyó que la incidencia alta de cesáreas corresponde con la tendencia mundial actual y no hubo gran variación en la indicación principal que fue sufrimiento fetal agudo.

Zúniga N. (25) realizó un estudio analítico de casos y controles, observacional, retrospectivo de corte transversal en el Hospital Hipólito Unanue - Tacna entre enero a diciembre del 2018, conto con un total de 3362 partos, de los cuales 1875 fueron partos por cesárea. Encontró que la tasa de cesárea fue de 55.8%; siendo las cesáreas de emergencia un 90,87% del total, la edad materna más frecuente estuvo comprendida entre 25 a 29 años con 28,1%, el estado civil más frecuente fue conviviente con 74,1%, nivel de

estudios secundaria con 62,8% y la ocupación materna más frecuente fue ama de casa, la mayoría presento edad gestacional entre 37 a 41,6 semanas y tenían un control prenatal adecuado (> 6 controles), como antecedente patológico más frecuente fue infección urinaria, seguido de anemia, obesidad y hepatitis. Además, la mayoría de pacientes fueron nulíparas (46,9%) y no tenían antecedentes de cesárea. El principal factor materno asociado a cesárea fue distocia de partes óseas (12,5%), mientras que el principal factor fetal fue macrosomía fetal (27,5%) y el factor ovular más frecuente fue oligohidramnios (6,3%). Concluyó que la tasa obtenida supera la recomendada por la OMS. Los factores que se asociaron significativamente a cesárea fueron: distocia de partes óseas, preeclampsia, macrosomía fetal, sufrimiento fetal agudo, oligohidramnios y ruptura prematura de membranas.

Condori R. (26) realizó un estudio de tipo no experimental, cuantitativo, descriptivo, en el Hospital Hipólito Unanue –Tacna durante el 2019, contó con un total de 3219 partos, de los cuales 1 805 pacientes tuvieron parto por cesárea. Encontró que la incidencia de cesárea fue 56,1%; la edad materna fue entre 22 a 24 años (16,0%), con nivel de estudios secundaria (61,9%), estado civil conviviente (73,6%), la mayoría fueron multíparas (57,6%), con edad

gestacional a término (87,1%), más de la mitad presentó de 6 a más controles prenatales (65,1%) y no presentaron cesárea anterior un 65,0%, la patología más frecuente durante el embarazo fue anemia con 57,0%, tuvieron el 99,5% inicio de trabajo de parto espontáneo, mientras que no presentaron trabajo de parto el 71,4%; el 91,5% presentó cesárea de emergencia. Las principales indicaciones fueron desproporción céfalo-pélvica (23,3%) y cesárea iterativa (23,3%), el líquido amniótico fue claro (86,4%), el Apgar fue normal en los recién nacidos (97,8%), presentaron un peso adecuado (73,2%). Concluyó que la frecuencia de cesárea es mucho mayor respecto de la tasa óptima propuesta por la OMS; y las indicaciones halladas fueron la desproporción céfalo pélvica, seguida de la cesárea iterativa y el sufrimiento fetal.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Definición de cesárea

Se define como la extracción del feto mayor de 22 semanas, vivo o muerto, con placenta y sus anexos, por medio de una incisión abdominal abierta (laparotomía) y del útero (histerotomía). (27,28,31) Su propósito es finalizar el embarazo cuando existan causas maternas, fetales u ovulares que no permitan un parto vaginal. Actualmente es la cirugía más practicada a nivel mundial lo que ha provocado un aumento de su uso. (42)

2.2.2. Tipos de cesárea (27,31)

a) De acuerdo con los antecedentes obstétricos

- Primera: Cuando se lleva a cabo por primera vez.
- Previa: Cuando hay precedente de una cesárea anterior.
- Iterativa: Cuando se realiza en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.

b) De acuerdo con las indicaciones

- Emergencia: Se decide de manera imprevista para resolver o prevenir alguna complicación materna o fetal en situación crítica.
- Electiva: Es una intervención programada, antes del inicio de trabajo de parto; para ser realizada en una fecha determinada

por alguna indicación médica que contraindique un parto vaginal.

c) De acuerdo con la técnica quirúrgica

- Corporal o clásica: Se hace una incisión vertical en el cuerpo del útero.
- Segmento corporal (Tipo Beck): La incisión es vertical, sobre el segmento y parte del cuerpo uterino.
- Segmento arciforme (Tipo Kerr): Se realiza una incisión horizontal en el segmento inferior del útero, es la más usada debido a que produce menos hemorragia, y mayor facilidad para la reparación de la pared uterina.

2.2.3. Indicaciones de cesárea (29)

Pueden ser:

- a) **Absolutas:** Se presenta en situaciones donde la cesárea es la única técnica para finalizar el parto. Por ejemplo: en la desproporción feto pélvica, la placenta previa oclusiva, la rotura uterina, la presentación pelviana, entre otros.
- b) **Relativas:** Son situaciones en que se opta por la cesárea como la mejor alternativa, deben que ser analizados detenidamente antes de adoptar una decisión.

A su vez las indicaciones pueden ser de causa maternas, fetales y ovulares

2.2.3.1. Indicaciones de causas maternas (7,27,29, 43,44)

- a) Distocia ósea:** Son modificaciones del tamaño, forma o inclinación de la pelvis ósea. La desproporción cefalopélvica es una causa, debido a una pelvis estrecha, asimétrica o deformada y feto normal o pelvis normal y feto grande o con mala actitud.
- b) Distocias dinámicas:** Son contracciones uterinas anómalas, que no permiten la progresión adecuada del feto.
- c) Distocia de partes blandas:** Es debido a la presencia de anomalías congénitas, tumores del cuerpo o segmento uterino, así como también del cérvix, vagina y vulva que obstruyen el canal de parto. Además, la cirugía ginecológica previa interfiere con el trabajo de parto.
- d) Cesárea anterior:** Mujeres con uno o más partos por cesárea anteriores tienen mayor riesgo de rotura uterina, trastornos placentarios posteriores.
- e) Rotura uterina:** Es la solución de continuidad no quirúrgica del segmento uterino inferior, ocurre durante el trabajo de parto prolongado, generalmente en mujeres de alta paridad y con cesárea anterior, produce morbimortalidad significativa materna y fetal.

- f) Enfermedad hipertensiva del embarazo:** En casos de preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de hellp, se optará por cesárea debido a riesgo materno fetal. Se presentan por encima de la semana 20 de gestación.
- g) Fracaso de la inducción:** Según la ACOG es cuando no es posible alcanzar contracciones regulares al menos cada 3 minutos aproximadamente, y cambios cervicales en al menos 12 horas de aplicar oxitocina en presencia de rotura artificial de membranas.
- h) Embarazo prolongado:** A partir de las 42 semanas de gestación se asocia a riesgo de disminución de líquido amniótico, aspiración de meconio, encefalopatía hipóxico isquémica, mortalidad perinatal, partos por cesárea.
- i) Otras enfermedades maternas:** Herpes genital activo, condilomatosis genital, cardiopatía, infección por VIH, nefropatía crónica, tuberculosis pulmonar grave.

2.2.3.2. Indicaciones fetales

- a) Distocias de presentación:** La presentación pelviana o de nalgas es indicación de cesárea, para reducir la morbilidad y mortalidad perinatal.

- b) Distocias de situación:** Incluye la situación transversa y oblicua, que dificultan el parto.
- c) Distocias por deflexión de la cabeza fetal:** incluye a la presentación de frente y de cara.
- d) Macrossomia fetal:** Peso fetal de 4000 g a más.
- e) Sufrimiento fetal agudo:** Existe alteración en la oxigenación fetal, puede ocasionar daño neurológico permanente, falla de órganos y muerte.
- f) Restricción del crecimiento intrauterino:** Crecimiento fetal por debajo del percentil 10 o menor a dos desviaciones estándar.
- g) Embarazo múltiple:** Es cuando hay dos o más fetos y cuando alguno de ellos no está en presentación cefálica es indicación de cesárea.
- h) Prematuridad:** Edad gestacional menor de 37 semanas, hay riesgo de complicaciones y mortalidad neonatal.
- i) Muerte fetal:** Es cuando un recién nacido no presenta síntomas de vida después de un determinado tiempo, debido a complicaciones durante el parto, desprendimiento de placenta, infecciones y enfermedades materna y las complicaciones durante el embarazo, esto puede evitarse con parto vaginal asistido o cesárea de emergencia.

2.2.3.3. Indicaciones ovulares

- a) **Placenta previa:** La placenta se implanta próxima o sobre el orificio cervical interno.
- b) **Desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta:** Ruptura parcial o total de la placenta adherida antes del parto o después de las 20 semanas de gestación, puede generar hipoxia fetal, hemorragia materna e inclusive muerte fetal y/o materna.
- c) **Prolapso de cordón:** El cordón se encuentra delante de la presentación fetal, pudiendo ocasionar hipoxia fetal.
- d) **Ruptura prematura de membranas:** Antes del trabajo de parto, con la salida de líquido amniótico.
- e) **Corioamnionitis:** Infección del líquido amniótico, las bacterias, llegan y se multiplican e infectan las membranas, el cordón umbilical y el feto.
- f) **Oligohidramnios:** Disminución del líquido amniótico (menos de 300 ml).
- g) **Polihidramnios:** Aumento de la cantidad de líquido amniótico (más de 2000ml) o hay un índice de líquido amniótico mayor de 24 cm.
- h) **Insuficiencia placentaria:** Hay incapacidad de la placenta para suministrar nutrientes al feto durante la gestación, puede

causar restricción de crecimiento intrauterino, parto prematuro y complicaciones maternas.

- i) **Acretismo placentario:** Mala adherencia de la placenta a la pared uterina.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Cesárea:** Extracción del feto a través de una incisión abdominal abierta y una incisión en el útero.
- **Tasa de cesárea:** Es el número de cesáreas realizadas en un determinado tiempo.
- **Evolución de la tasa de cesárea:** Se refiere al cambio en la incidencia de cesáreas realizadas durante el año 2001 y el año 2021.
- **Edad materna:** Es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo. La podemos dividir en: (33,34,35)
 - **Adolescente:** Según la OMS de 10 años hasta 19 años, se asocia a mayor riesgo materno y perinatal.
 - **Edad adecuada:** Desde los 20 años hasta los 34 años
 - **Edad avanzada:** Desde los 35 años a más, se asocia a varias complicaciones materno y perinatales, como restricción del crecimiento fetal, preeclampsia, desprendimiento de placenta, parto prematuro y mortinato.

Trae mayor probabilidad de morbilidad materno perinatal.

- **Estado civil:** Es un marcador demográfico o poblacional vinculado en el embarazo con los resultados perinatales. Ser soltera o formar parte de un grupo socioeconómico bajo incrementa la probabilidad de problemas durante el embarazo. Ser casada o conviviente se considera como situaciones de bajo riesgo, debido al apoyo de la pareja. (36,37)
- **Grado de instrucción:** Es el nivel de estudios más elevado realizado o en curso, independientemente si se han terminado o están incompletos. (38)
- **Paridad:** Número de partos previos al ingresar para el parto. Es un factor de riesgo para mortalidad perinatal y morbilidad materna. (30,39)
- **Edad gestacional:** Tiempo que transcurre desde el primer día del último periodo menstrual hasta el nacimiento. Puede ser: (7,30,41)
 - **Pretérmino:** Menos de 37 semanas.
 - **A término:** Desde 37 semanas hasta 41 semanas.
 - **Postérmino:** Desde 42 semanas a más.
- **Control prenatal:** Son un conjunto de acciones que se basan en la vigilancia y el examen integral de la gestante y el feto con la finalidad de garantizar el nacimiento de un recién nacido sano sin

agravamiento de la salud materna. Según el MINSA una gestante debe tener mínimo 6 controles (control prenatal adecuado), un control prenatal inadecuado se asocia a mayor índice de partos pretérminos, retardo de crecimiento intrauterino, infecciones y mortalidad materno perinatal. (41)

- **Antecedente de cesárea:** Número de cesáreas antes de la gestación actual. Pueden ser: (27)
 - **Primera o primaria:** Cuando no ha tenido ninguna cesárea antes, es la que se produce por primera vez.
 - **Previa:** Hay precedente de una cesárea anterior.
 - **Iterativa:** Cuando se ha producido dos o más cesáreas anteriores.
- **Inicio de parto:** Puede ser espontáneo, inducido o por cesárea electiva.
- **Terminación de cesárea (27)**
 - **Cesárea de emergencia:** Previene una complicación materna o fetal en una situación crítica.
 - **Cesárea electiva:** Se efectúa en gestantes que presentan alguna patología materna o fetal que excluya un parto vaginal.

- **Indicaciones de causa materna:** Se realizan en base a las características de la madre, como sus antecedentes o alteraciones anatómicas de su aparato reproductor.
- **Indicaciones de causa fetal:** Se realizan en base a las características del feto, como tipo de presentación, embarazo múltiple, etc.
- **Indicaciones de causa ovular:** Se realizan cuando se observa alteraciones a nivel de placenta, cordón umbilical y líquido amniótico.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

3.2. POBLACIÓN

3.2.1. Población

La población de estudio está conformada por todas las gestantes a quienes se les realizó cesáreas entre el año 2001 y 2021 en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, que ascienden a un total de 28973 partos por cesárea.

Para este estudio no se tomará muestra, se tomará a toda la población que reúna los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de inclusión**

- a) Gestante hospitalizada para atención de parto en el hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- b) Terminación de parto por cesárea.

- c) Gestante con edad gestacional de 22 semanas a más.
- d) Historia clínica ingresada en la base de datos del sistema informático perinatal.

- **Criterios de exclusión**

- a) Pacientes programadas para cesárea que terminaron en parto vaginal.
- b) Cesárea realizada sin indicación registrada.
- c) Base de datos del sistema informático perinatal que tengan información incompleta.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
Incidencia de cesárea	Listado total de partos realizados por cesárea en el período de estudio	Número total de cesáreas en el periodo de estudio	Porcentaje	Razón
Características sociodemográficas	Años cumplidos según la fecha de nacimiento	Edad	10 a 19 años (Adolescente) 20 a 34 años (Edad adecuada) 35 años a más (Edad avanzada)	Razón
	Situación conyugal de la gestante	Estado civil	Casada Conviviente Soltera	Nominal
	Nivel de estudios alcanzado por la gestante	Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior no universitaria Superior universitaria	Ordinal
Características Gineco-obstétricas	Número de partos que tuvo la gestante	Paridad	Primípara Multípara Gran multípara	Nominal
	Número de controles prenatales a los que acudió la gestante	Control prenatal	Sin control prenatal Control inadecuado (1-5) Control adecuado (6 a más)	Intervalo
	Semanas de gestación transcurridos de la fecha de última menstruación	Edad gestacional	Pretérmino (<37semanas) A término (37-41 semanas) Postérmino (≥42 semanas)	Intervalo

	Número de cesáreas anteriores al embarazo actual	Cesáreas anteriores	Ninguna Previa Iterativa	Nominal
	Forma de inicio de trabajo de parto	Inicio de parto	Espontáneo Inducido Cesárea electiva	Nominal
	Tipo de terminación de cesárea	Terminación de parto	De emergencia Electiva	Nominal
Indicaciones de cesárea	Tipo de causa materna de indicación de cesárea	Indicaciones maternas	Distocia ósea Distocias dinámicas Distocia de partes blandas Cesárea anterior Enfermedad hipertensiva asociada al embarazo Rotura uterina Fracaso de la inducción Embarazo prolongado Trabajo de parto disfuncional Condilomatosis Cardiopatía Nefropatía crónica Tuberculosis pulmonar grave	Nominal
	Tipo de causa fetal de indicación de cesárea	Indicaciones fetales	Distocias de la presentación Distocias de la situación Distocias por deflexión de la cabeza fetal Macrosomía fetal Sufrimiento fetal agudo Restricción del crecimiento intrauterino Embarazo múltiple Prematuridad Muerte fetal	Nominal

	Tipo de causa ovular de indicación de cesárea	Indicaciones ovulares	Placenta previa Desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta Prolapso de cordón Ruptura prematura de membranas Corioamnionitis Oligohidramnios Polihidramnios Insuficiencia placentaria Acretismo placentario	Nominal
--	---	-----------------------	--	---------

3.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica

La técnica que se utilizó fue el análisis documental, basada en información registrada de datos del Sistema Informático Perinatal.

3.4.2. Instrumento

Ficha de recolección de datos (Anexos), incluye la siguiente información:

- Datos sociodemográficos
- Datos gineco-obstétricos
- Indicaciones de cesárea

Se solicitó autorización al director del Hospital Hipólito Unanue de Tacna y se recolectó la información por medio del Sistema Informático Perinatal, de la cual se extrajeron las variables de estudio de acuerdo a la ficha de recolección de datos, durante los años 2001-2021.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se exportó las variables de estudio de la base de datos del Sistema Informático Perinatal y se preparó una base de datos en Microsoft Excel, seguidamente se procedió al vaciado de la data al Software estadístico SPSS versión 26. Los resultados del estudio se presentaron en tablas y gráficos expresada en frecuencias y datos porcentuales.

CAPÍTULO IV

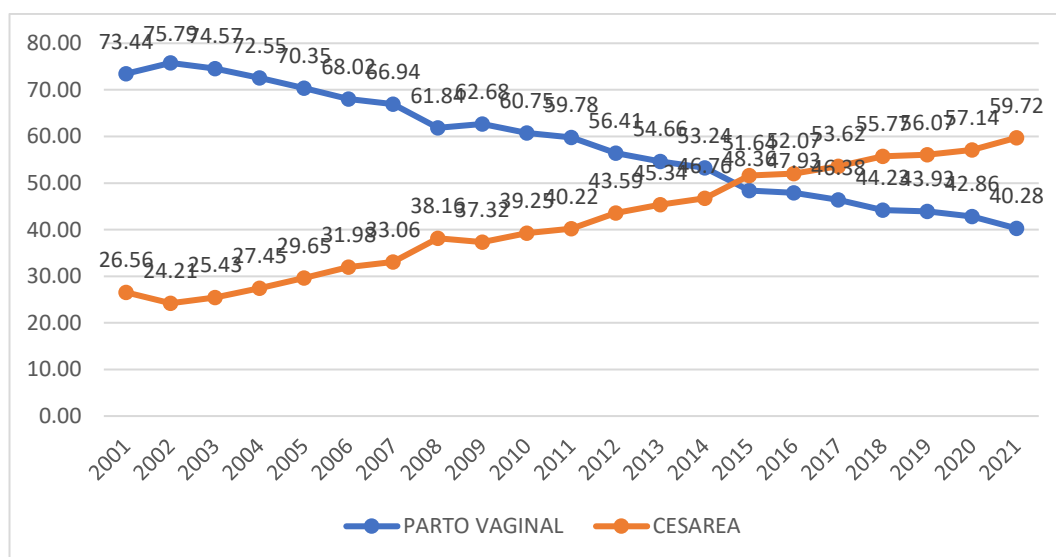
DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Durante el periodo 2001-2021, se registró en total 70 134 partos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de los cuales 28 973 fueron partos por cesáreas, luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se consiguió una población de 28 882 partos con indicación de cesárea. Seguidamente, se presentan los resultados de la tasa de evolución de cesáreas, las características sociodemográficas, características gineco-obstétricas y las indicaciones de cesárea de este estudio.

GRÁFICO N° 01

TASA DE EVOLUCIÓN DE CESÁREAS DEL TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001-2021



Fuente: Sistema Informático Perinatal. HHUT 2001-2021

INTERPRETACIÓN

En el Gráfico N° 01 se muestra un total de 70134 partos atendidos entre los años 2001 a 2021, de los cuales 28973 corresponden a cesáreas y 41161 fueron partos vaginales, se observa que en el año 2001 se realizaron 724 cesáreas, que representa 26,56% y para el año 2021 se realizaron 1327 cesáreas, que representa 59,72%, se exhibe que la tendencia de cesáreas sigue aumentando y hay un descenso progresivo de los partos vía vaginal.

TABLA N° 01

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS
GESTANTES CON INDICACIÓN DE CESÁREA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	FRECUENCIA	
	N°	%
GRUPO ETARIO		
Adolescente	3634	12,58
Edad adecuada	20671	71,57
Edad avanzada	4577	15,85
ESTADO CIVIL		
Casada	4045	14,01
Conviviente	20484	70,92
Soltera	4353	15,07
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeta	74	0,26
Primaria	2335	8,08
Secundaria	18548	64,22
Superior no universitaria	4671	16,17
Superior universitaria	3254	11,27
TOTAL	28882	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. HHUT 2001-2021.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 01, según grupo etario se aprecia que predomina las mujeres con edad adecuada (20 a 34 años) con un 71,57%, mientras que las mujeres de edad avanzada representan el 15,85% y 12,58% son adolescentes.

Respecto al estado civil más de la mitad son convivientes con un 70,92%, mientras que las solteras representan el 15,07% y el 14,01% son casadas.

En cuanto al grado de instrucción más de la mitad tienen estudios secundarios con un 64,22%, tienen estudio superior no universitaria el 16,17%, estudio superior universitaria el 11,27%, mientras un 8,08% tienen estudios de primaria y solo 0,26% son analfabetas.

TABLA N° 02

**CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS DE LAS
GESTANTES CON INDICACIÓN DE CESÁREA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021**

CARACTERÍSTICAS GINECO- OBSTÉTRICAS	FRECUENCIA	
	N°	%
PARIDAD		
Primípara	13558	46,94
Múltipara	14613	50,60
Gran múltipara	711	2,46
CONTROL PRENATAL		
Sin control prenatal	6001	20,78
Control prenatal inadecuado	5001	17,32
Control prenatal adecuado	17880	61,91
EDAD GESTACIONAL		
Pretérmino	5111	17,70
A término	23386	80,97
Postérmino	385	1,33
CESÁREAS ANTERIORES		
Ninguno	20524	71,06
Previo	6470	22,40
Iterativa	1888	6,54
INICIO DE PARTO		
Espontáneo	22139	76,65
Inducido	375	1,30
Cesárea electiva	6368	22,05
TERMINACIÓN DE PARTO		
Cesárea de emergencia	27407	94,89
Cesárea electiva	1475	5,11
TOTAL	28882	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. HHUT 2001-2021.

INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 02, se observa que respecto a la paridad el 50,60% de partos por cesárea son gestantes multíparas, el 46,94% son primíparas y el 2,46% son gran multíparas.

En cuanto a los controles prenatales, predominan las gestantes que tienen un control prenatal adecuado, es decir de 6 a más controles prenatales, con el 61,91% mientras que el 20,78% no tienen control prenatal y el 17,32% de pacientes tienen un control prenatal inadecuado.

Respecto a la edad gestacional se aprecia que la mayoría de pacientes tienen una edad gestacional a término que representan el 80,97%, el 17,70% tienen una edad gestacional pretérmino y el 1,33% son postérmino.

Respecto a las cesáreas anteriores se observa que la mayoría no presentaron cesáreas anteriores, con un 71,06%, el 22,40% presentaron cesárea previa y el 6,54% tuvieron cesárea iterativa.

En relación al inicio de trabajo de parto, más de la mitad (76,65%) presentaron un inicio de trabajo espontáneo, el 22,05% iniciaron con cesárea electiva y el 1,30% fueron inicio de parto inducido.

En cuanto a la terminación de parto, se aprecia que la mayoría de pacientes tuvieron cesárea de emergencia con un 94,89% y el 5,11% tuvieron cesáreas electivas.

TABLA N° 03

**INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021**

INDICACIONES DE CESÁREA	FRECUENCIA	
	N	%
Desproporción feto-pélvica	9351	32,38
Cesárea anterior	5208	18,03
Sufrimiento fetal agudo	4424	15,32
Enfermedad hipertensiva del embarazo	1920	6,65
Presentación podálica	1875	6,49
Embarazo gemelar	898	3,11
Oligohidramnios	757	2,62
Rotura prematura de membranas	749	2,59
Trabajo de parto disfuncional	684	2,37
Situación transversa	432	1,50
Placenta previa	304	1,05
Desprendimiento de placenta normo-inserta	301	1,04
Condilomatosis	299	1,04
Rotura uterina	177	0,61
Embarazo prolongado	115	0,40
Fracaso de inducción	96	0,33
Retardo de crecimiento intrauterino	93	0,32
Insuficiencia placentaria	77	0,27
Mortinato	75	0,26
Distocia funicular	58	0,20
Pretérmino	43	0,15
Variedad de posición	36	0,12
Herpes genital	2	0,01
Otra	908	3,14
TOTAL	28882	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. HHUT 2001-2021.

INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 03 se observa que las cinco principales indicaciones de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna son: en primer lugar, la desproporción feto - pélvica con un 32,38%, en segundo lugar, la cesárea anterior con 18,03%, en tercer lugar, el sufrimiento fetal agudo con 15,32%, en cuarto lugar, la enfermedad hipertensiva del embarazo con 6,65% y en quinto lugar la presentación podálica con un 6,49%.

TABLA N° 04

**TIPO DE CAUSA DE INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021**

TIPO DE CAUSA DE INDICACION DE CESÁREA	FRECUENCIA	
	N°	%
Causa materna	17852	61,81
Causa fetal	7876	27,27
Causa ovular	2246	7,78
Otra	908	3,14
TOTAL	28882	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. HHUT 2001-2021.

INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 04 se observa que, de acuerdo al tipo de causa de indicación de cesárea, la causa materna es la más frecuente, con un 61,81%, seguido de la causa fetal con un 27,27% y causa ovular con un 7,78%.

TABLA N° 05

**INDICACIONES DE CESÁREA POR CAUSA MATERNA EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS
AÑOS 2001- 2021**

CAUSA MATERNA	FRECUENCIA	
	N°	%
Desproporción feto-pélvica	9351	52,38
Cesárea anterior	5208	29,17
Enfermedad hipertensiva del embarazo	1920	10,76
Trabajo de parto disfuncional	684	3,83
Condilomatosis	299	1,67
Rotura uterina	177	0,99
Embarazo prolongado	115	0,64
Fracaso de inducción	96	0,54
Herpes genital	2	0,01
TOTAL	17852	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. HHUT 2001-2021.

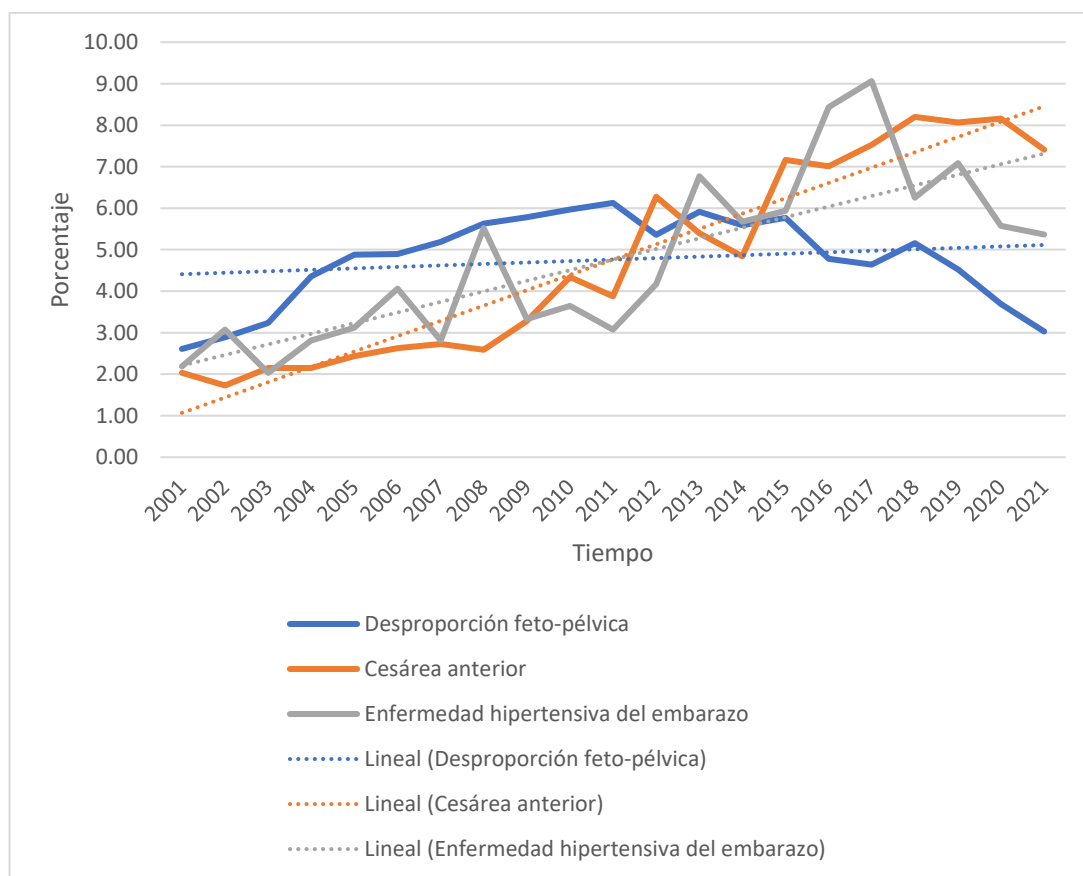
INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 05 y Gráfico N° 02 se observa que las indicaciones de cesárea por causa materna durante los últimos 21 años de estudio, predomina la desproporción feto pélvica con el 52,38%, seguido de la cesárea anterior con 29,17% y la enfermedad hipertensiva del embarazo con 10,76%. En el gráfico N° 02 a lo largo de los años se observa un

incremento de la frecuencia de cesárea anterior y la enfermedad hipertensiva del embarazo, la que se representa a través de una línea de tendencia ascendente, mientras que la tendencia de la desproporción feto pélvica se ha mantenido ligeramente creciente; las cuales constituyen las tres principales causas maternas de indicación de cesárea.

GRÁFICO N° 02

EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREA POR CAUSA MATERNA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021



Fuente: Sistema Informático Perinatal. HHUT 2001-2021.

TABLA N° 06

**INDICACIONES DE CESÁREA POR CAUSA FETAL EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS
AÑOS 2001- 2021**

CAUSA FETAL	FRECUENCIA	
	N°	%
Sufrimiento fetal agudo	4424	56,17
Presentación podálica	1875	23,81
Embarazo gemelar	898	11,40
Situación transversa	432	5,49
Retardo de crecimiento intrauterino	93	1,18
Mortinato	75	0,95
Pretérmino	43	0,55
Variedad de posición	36	0,46
TOTAL	7876	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. HHUT 2001-2021.

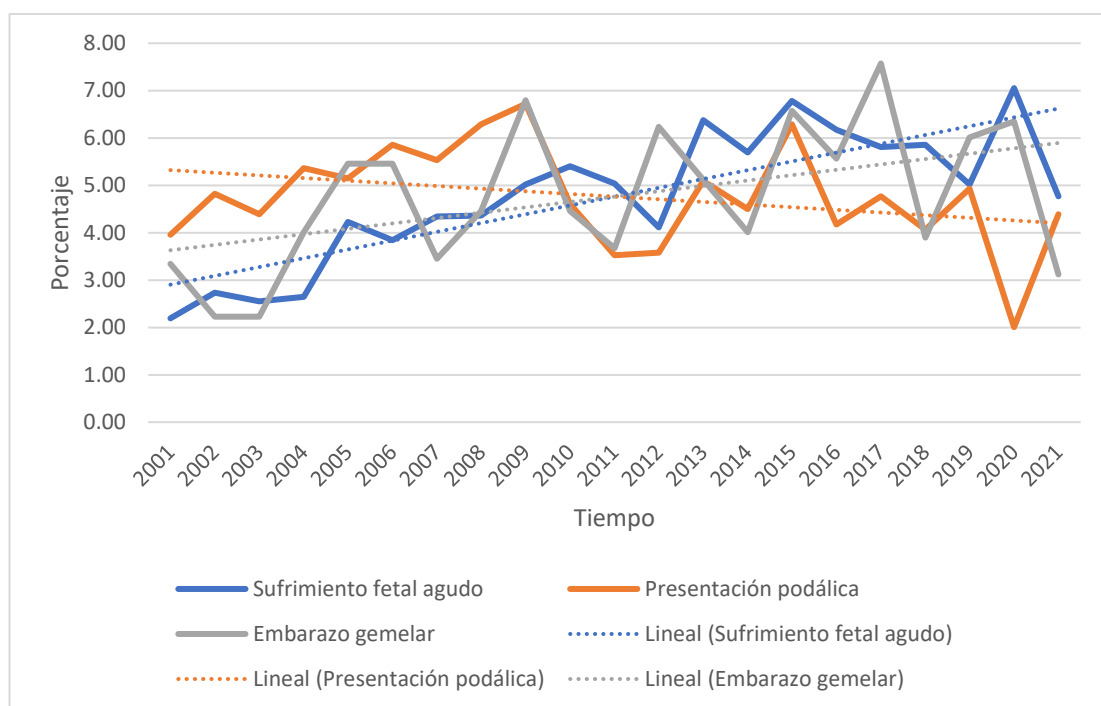
INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 06 y Gráfico N° 03 se observa que las indicaciones de cesárea por causa fetal durante los últimos 21 años de estudio, en primer lugar, se encuentra el sufrimiento fetal agudo con 56,17%, en segundo lugar, se encuentra la presentación podálica con un 23,81% y en tercer lugar se encuentra el embarazo gemelar con un 11,40%. En el gráfico N° 03 a lo largo de los años se muestra un incremento de la frecuencia de sufrimiento fetal agudo, que se representa a través de una línea de

tendencia ascendente, la presentación podálica presenta una línea de tendencia ligeramente descendente, mientras que el embarazo gemelar presenta una línea de tendencia ligeramente creciente; las cuales constituyen las tres principales causas fetales de indicación de cesárea.

GRÁFICO N° 03

EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREA POR CAUSA FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021



Fuente: Sistema Informático Perinatal. HHUT 2001-2021.

TABLA N° 07

**INDICACIONES DE CESÁREA POR CAUSA OVULAR EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS
AÑOS 2001- 2021**

CAUSA OVULAR	FRECUENCIA	
	N°	%
Oligohidramnios	757	33,70
Rotura prematura de membranas	749	33,35
Placenta previa	304	13,54
Desprendimiento de placenta normo- inserta	301	13,40
Insuficiencia placentaria	77	3,43
Distocia funicular	58	2,58
TOTAL	2246	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. HHUT 2001-2021.

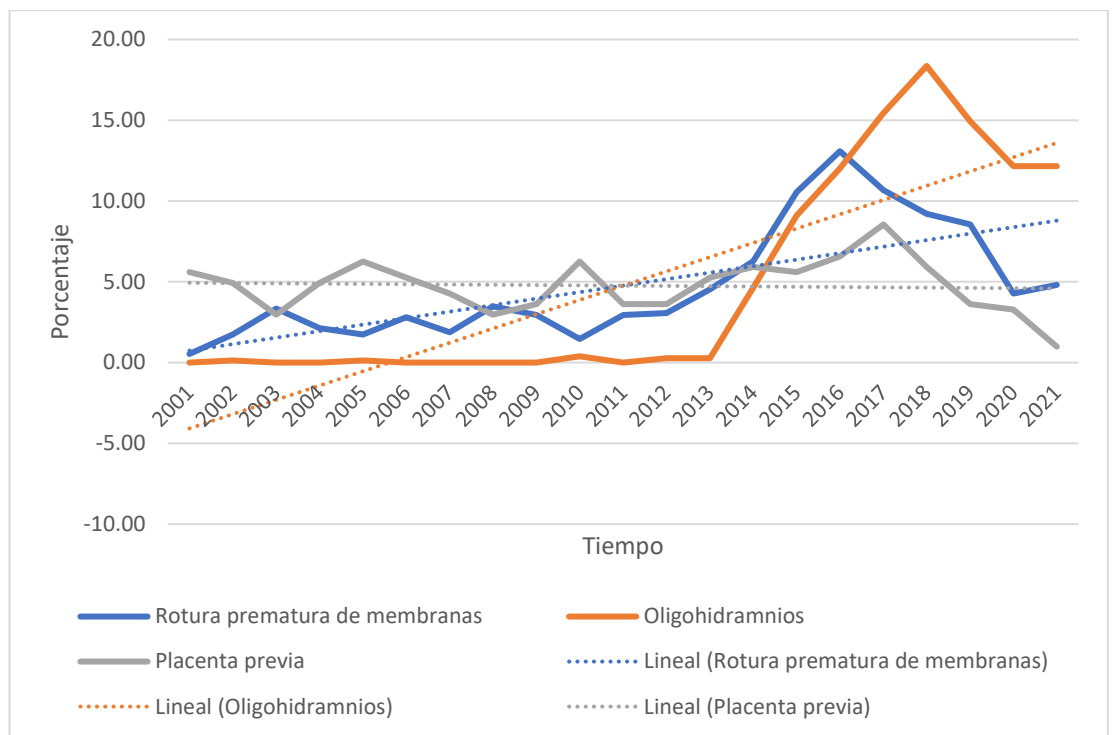
INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 07 y Gráfico N° 04 se observa que las indicaciones de cesárea por causa ovular durante los últimos 21 años de estudio; en primer lugar, se encuentra el oligohidramnios con 33,70%; en segundo lugar, la rotura prematura de membranas con 33,35% y, en tercer lugar, la placenta previa con 13,54%. En el gráfico N° 04 a lo largo de los años se muestra un incremento de la frecuencia de oligohidramnios y rotura prematura de

membranas, las que se representan a través de una línea de tendencia ascendente, mientras que la placenta previa presenta una línea de tendencia ligeramente descendente; las cuales constituyen las tres principales causas ovulares de indicación de cesárea.

GRÁFICO N° 04

EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREA POR CAUSA OVULAR EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021



Fuente: Sistema Informático Perinatal. HHUT 2001-2021.

4.2. DISCUSIÓN

En los resultados encontrados en el presente estudio en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna se encontró que la tasa de parto por cesárea aumentó del 26,56% en el año 2001 al 59,72% en el año 2021, durante un periodo de 21 años; por encima del 10-15% considerado como tasa óptima por la OMS. Estos resultados son mayores a lo encontrado en estudios internacionales como el de Morton R, et al. (13), con una incidencia de cesáreas de 18,7% en 1989 - 1994 y 30,4% en 2010 - 2016. Maskey S, et al. (14) encontró una incidencia de 36,8% en 2016. Dorji T, et al. (15), encontró que la tasa de cesárea fue 18,7% en 2018, Franco R, et al. (16) encontró una incidencia de 36,28% en el Hospital Regional de Pedro Juan Caballero en Paraguay y Calvas K. (17), en el Hospital regional Isidro Ayora de Loja en Ecuador encontró una incidencia de 48%. Por otro lado, a nivel nacional Talledo L, et al. (18), en el Hospital Santa Rosa en Piura, encontró una incidencia de cesárea del 57,8% y Huatuco C. (19) encontró que la incidencia de las cesáreas en el hospital de Pampas es de 21,7%. Además, Barrena M, et al. (20) en un Hospital docente de Lima encontró que la frecuencia de cesárea fue 50,2%, Colque M. (21) encontró que la tasa de cesárea fue 40% en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay período enero - diciembre 2018 y Lozano A. (22) encontró en el Hospital María Auxiliadora que la tasa de cesáreas fue de 58,87%.

A nivel local Suxo M. y Sánchez M. (23,24), encontraron en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna, una incidencia de cesárea de 41,6% (2015) y de 37% el año 2012 al 46% para el año 2016 respectivamente. Mientras que Zúniga N. y Condori R. (25,26) en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, encontraron una incidencia de 55,8% (2018) y 56,1% (2019) respectivamente. Todas estas cifras se encuentran por encima de lo recomendado por la OMS. Podemos inferir que nuestro hospital se encuentra en un crecimiento notable de incidencia por ser un centro de referencia y donde se atiende a mujeres con embarazos de alto riesgo.

En nuestro estudio, en relación a las características sociodemográficas encontramos que la mayor cantidad de cesáreas se realiza en mujeres de 20 a 34 años (edad adecuada) con un 71,57%. A nivel local Suxo M. y Sánchez M. (23,24), en el Hospital Daniel Alcides Carrión III Essalud -Tacna, encontraron que la mayoría de pacientes presentaron edades entre los 20 a 35 años con un 73,8% (2012) y 71,9% (2016) y un 71,0% (2015) respectivamente, lo cual corrobora nuestro estudio. A nivel nacional Barrena M, et al. y Lozano A. (20, 22) encontraron un 69,8% y 68,6% de pacientes con edades entre los 20 a 34 años respectivamente, afianzando nuestro estudio. Con respecto a la edad materna podemos inferir que la cesárea tiene mayor prevalencia en el grupo etario de mayor fertilidad.

Respecto al estado civil más frecuente encontrado, el 70,92% son convivientes. De forma similar estudios de autores como Talledo L, et al., Huatuco C, Barrena M, et al., Colque M y Lozano A. (18, 19, 20, 21 y 22), hallaron que el estado civil conviviente representa el 70,1%; 66,4%; 71,3%; 71,8% y 67,6% respectivamente. Así mismo Suxo M, Zuniga N y Condori R. (23, 25, 26) encontraron que la mayoría son convivientes con 55,4%; 74,1% y 73,6% respectivamente, corroborando nuestro estudio.

Según grado de instrucción el mayor porcentaje de pacientes con indicación de cesárea presentaron estudios secundarios con un 64,22%, lo cual es comparable con los estudios realizados por Talledo. et al, Huatuco C, Barrena M, et al., Colque M y Lozano A. (18, 19, 20, 21 y 22), donde encontraron más alto porcentaje en pacientes con estudios secundarios con un 42%; 29,3%; 69%; 56,5% y 91,4% respectivamente. Así mismo Zuniga N y Condori R. (25,26) encontraron que el 62,8% y 61,9%% respectivamente presentaron estudios secundarios, afianzando nuestro estudio

En relación a las características gineco-obstétricas de las gestantes con indicación de cesárea, en nuestro estudio con respecto a la paridad, se encontró que las multíparas representan el 50,60% y las primíparas un 46,94%. A nivel local Sánchez M. (24) encontró mayor frecuencia de pacientes nulíparas con un 44% (2012) y 36,3% (2016); seguido de primíparas con 38,5% (2012) y 35% (2016), mientras que Suxo M. (23)

encontró mayor frecuencia en múltiparas con 59,7%, seguido de primípara con 40,3% en el año 2015. Zúniga N. (25) encontró mayor frecuencia en las nulíparas (46,9%), seguido de primípara (33,4%) durante el 2018 y Condori R. (26) halló mayor frecuencia en múltiparas con 57,6% en el 2019. A nivel nacional, Barrena M, et al. (20) encontró mayor frecuencia en nulíparas (35,3%). A nivel internacional Dorji T, et al. (15) encontró un 54% de múltiparas y 41,5% de nulíparas, estos resultados son similares a nuestro estudio, considerando que las múltiparas son aquellas pacientes que han tenido como mínimo un parto previo (30) y las primíparas son las que no tienen ningún parto previo, por lo que en estas pacientes hay que alentar el parto vaginal, ya que si presentan un parto vaginal previo tienen mayor posibilidad de un siguiente parto vaginal.

En nuestro estudio con respecto al número de controles prenatales, la mayoría presento controles prenatales adecuados, es decir de 6 a más controles, con un 61,91%; corrobora nuestro hallazgo Suxo M, Sánchez M y Condori R. (23,24,26) encontrando un control prenatal adecuado con un 79,4% (2015), 81.4% (2012) - 84.6% (2016) y 65,1% respectivamente. A nivel nacional Colque M y Lozano A. (21,22) hallaron que la que la mayoría de pacientes presentaron de 1 a 6 controles prenatales con un 54% y 55,8% respectivamente y otro estudio como el de Barrena M, et al. (20) la mayoría de pacientes presentaron de 6 a más controles prenatales con 71%. Esto nos lleva a pensar que buena parte de todas las gestantes son bien

controladas, además que un control adecuado contribuye a evitar la mortalidad materno perinatal.

En relación a la edad gestacional, la gran mayoría presentó gestaciones a término que representan un 80,97%, de los partos registrados con indicación de cesárea. Estos resultados coinciden con estudios realizados por Suxo M, Sánchez M y Condori R. (23, 24,26) que encontraron que el 90% (2015), 91,8% (2012) – 89,5% (2016) y 87,1% respectivamente, presentaron gestaciones a término. A nivel nacional Barrena M, et al., Colque M y Lozano A. (20,21,22) encontraron que la mayoría de pacientes presentó edad gestacional a término con 80%, 89,9% y 83,9% respectivamente, corroborando nuestro estudio.

Respecto a cesáreas anteriores en nuestro estudio, se encontró mayor cantidad de pacientes sin antecedente de cesárea con un 71,06%. Estos resultados concuerdan con lo hallado por Barrena M, et al. y Colque M. (20,21), quienes encontraron un 57,8% y 74,2% de pacientes sin antecedentes de cesárea respectivamente. Por otro lado, estudios internacionales como el de Morton R, et al. (13), encontró que la tasa de parto por cesárea primaria aumentó de 14,4% (1989-1994) a 22,9% (2010-2016) en todas las mujeres sin parto por cesárea anterior. Maskey S, et al. (14) en un Hospital de tercer nivel de atención, de julio de 2016 a junio de 2018 encontró que los partos por primera cesárea fueron más frecuentes que las cesáreas repetidas con un 82% y 79% en dos años, lo que

corroborar nuestro estudio. Mientras que a nivel local Suxo M y Condori R (23,26), encontraron un 55,2% y 65% de pacientes que no tuvieron antecedente de cesárea respectivamente, afianzando nuestro estudio, resultando en un mal pronóstico obstétrico para las mujeres en edad fértil, lo que es muy alarmante para la repetición de la cesárea en el futuro.

En lo referente al inicio de parto, nuestro estudio encontró que el 76,65% de las pacientes con indicación de cesárea presentaron un inicio de parto espontáneo, lo que difiere de Suxo M. (23) quien encontró un 64,3% de las pacientes no presentaron trabajo de parto y el 25,4% inicio de trabajo de parto espontáneo. Por otro lado, Condori R. (26) encontró que el 99,5% de los partos registrados con indicación de cesárea tuvieron un inicio de trabajo de parto espontáneo, lo que corrobora nuestro estudio.

De acuerdo a la terminación de parto, predominan las cesáreas de emergencia con un 94,89%, es así que coincide con el estudio realizado por Maskey S, et al. (13), quien encontró que la gran mayoría de cesáreas (73% y 66%) fueron de emergencia en dos años, en un hospital de tercer nivel de atención, de julio de 2016 a junio de 2018; así mismo coincide con el estudio de Talledo L, et al., Huatuco C y Colque M. (18,19,21), donde encontraron una cifra de 68,9%, 79,1% y 71% respectivamente.

Nuestro estudio permitió precisar las más importantes indicaciones de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna y según orden de

frecuencia encontramos en primer lugar, la desproporción feto pélvica con un 32,38%, en segundo lugar, la cesárea anterior con 18,03%, en tercer lugar, el sufrimiento fetal agudo con 15,32%, en cuarto lugar, la enfermedad hipertensiva del embarazo con 6,65% y en quinto lugar la presentación podálica con un 6,49%, conformando las primeras cinco causas de indicación de cesárea. A nivel internacional Morton R, et al. (13) encontró como principales indicaciones de cesárea a la cesárea previa, mala presentación y lento progreso de trabajo de parto; Maskey S, et al. (14) encontró el sufrimiento fetal agudo (28%), seguido de cesárea previa (18%) y falta de progreso de trabajo de parto (12%); Dorji. et al (15) encontró la cesárea previa (23%), seguido de sufrimiento fetal agudo (15,5%) y parto prolongado (15,1%); Franco R, et al. (16) encontró la cesárea anterior (16,5%), preeclampsia (11%) y desprendimiento de placenta (10,5%); Calvas K. (17) encontró la cesárea previa (27,5%), seguida de compromiso del bienestar fetal (23,7%), distocia de presentación (15%) y desproporción céfalo pélvica (14,9%). La cesárea anterior se encuentra dentro de las principales causas, coincidiendo como causa principal de nuestro estudio. Así mismo a nivel nacional Huatuco C y Colque M. (19,21) encontraron como indicación más frecuente la cesárea anterior con 19,7% y 18,9% respectivamente, siendo en nuestro estudio la cesárea anterior la segunda causa en frecuencia. Se observa que la cesárea anterior es la principal contribuyente al aumento de la tasa de cesárea, porque suele ser

obligatoria después de dos cesáreas previas, para reducir la tasa deberíamos centrarnos en reducir las tasas de cesárea primaria, es decir aquellas pacientes que no tienen antecedentes de cesárea.

Calvas K, Talledo L, et al., Colque M y Lozano A. (17,18,21,22) quienes encontraron más frecuente es sufrimiento fetal agudo con 23,7%, 14,5%, 8,3% y 35,6% respectivamente. Así mismo Suxo M y Sánchez M. (23,24) encontraron que el sufrimiento fetal representa el 15,6% (2015) y 16,6% (2012) - 16% (2016) respectivamente. El sufrimiento fetal agudo puede ser a menudo sobre diagnosticado por lo que un monitoreo fetal estricto y la estimación del ph de la sangre del cuero cabelludo del feto pueden contribuir a reducir la tasa de cesáreas. Calvas K, Huatuco C, Colque M, Suxo M y Condori R. (17,19,21, 23,26) encontraron que dentro de las principales indicaciones la presentación podálica representa el 15%, 10,2%, 7,1%, 10,3% y 5% respectivamente. Así mismo la presentación de podálica es una de las indicaciones principales contribuyente al aumento de la tasa de cesárea, en este caso se podría intentar promover la versión cefálica externa, con esta maniobra podemos evitar una cesárea y se puede realizar a partir de las 37 semanas de gestación (32)

Además, nos permitió encontrar el tipo de causa de indicación de cesárea, se encontró que son más frecuente las causas maternas con 61,81%, seguido de las causas fetales con un 27,27%, causas ovulares con un 7,78% y el 3,14% entre otras causas de indicación de cesárea como

tumor de cuerpo uterino, polihidramnios y otra enfermedad materna. Estos resultados difieren de los encontrados por Calvas K. (17) quien encontró que las causas fetales son más frecuentes con un 42%, seguido de las causas maternas con 27,9%; mientras que Barrena M, et al. (20) encontró que las causas maternas son más frecuentes con 66,2%, seguido de las causas fetales con 20% y causas ovulares con un 13,1%, coincidiendo con nuestros resultados.

En cuanto a las causas maternas, las tres principales indicaciones de cesárea durante el periodo de 21 años de estudio fueron con mayor porcentaje la desproporción feto pélvica con 52,38%, observándose a lo largo de cada año un incremento de la frecuencia, la que se representa a través de una línea de tendencia que se mantiene en ascenso ligeramente. Así mismo durante los últimos 21 años se presentó un aumento de la frecuencia de cesárea anterior con 29,17% y la enfermedad hipertensiva del embarazo con el 10,76% presentando una línea de tendencia en ascenso a lo largo de cada año; estos resultados se relacionan con un estudio realizado por Lozano A. (22) quien encontró que la principal indicación materna es la desproporción céfalo pélvica con 28,8%, seguido de la cesárea anterior con 22,2% y preeclampsia con 16,5%. Barrena M, et al. (20) encontró que la primera causa materna fue la cesárea anterior con 25,3%, seguido de desproporción céfalo pélvica con 19,8% y dos o más cesáreas anteriores con 10,5%. Colque M. (21) encontró que la principal

causa materna fue la cesárea anterior (18,9%), seguido de desproporción céfalo pélvica (6,8%) y preeclampsia (5,9%).

En relación a las causas fetales, se determinó que las principales indicaciones de cesáreas durante el periodo de 21 años de estudio fueron: sufrimiento fetal agudo con 56.17% presentando un aumento progresivo de su frecuencia a lo largo de cada año, la cual es representada a través de una línea de tendencia ascendente; en segundo lugar, se encuentra la presentación podálica con 23,81% que ha presentado un ligero descenso progresivo en los últimos 21 años y se representa a través de una línea de tendencia ligeramente en descenso; y en tercer lugar se encuentra el embarazo gemelar con 11,40%, la cual ha presentado un ligero aumento en la línea tendencia a lo largo de cada año. Estos resultados tienen similitud con los estudios realizados por Barrena M, et al. (20) quien encontró como principales causas fetales de indicación de cesárea a la distocia de presentación con 10,3%, seguido de distrés fetal con 7% y embarazo múltiple con 1,3%. Así mismo Lozano A. (22) encontró principalmente el sufrimiento fetal agudo, macrosomía fetal y feto podálico con 35,6%, 26,8% y 23,4% respectivamente. Colque M. (21) encontró el sufrimiento fetal agudo con 8,3%, presentación podálica con 7,1% y distocia de posición con 6,2% como principales indicaciones de causa fetal, corroborando nuestro estudio.

En nuestro estudio dentro de las causas ovulares más frecuentes relacionadas a indicación de cesárea se encontró al oligohidramnios con un 33,70%, presentando un aumento progresivo a lo largo de los años, representada por una línea de tendencia ascendente, seguidamente se encontró a la rotura prematura de membranas con un 33,35%, presentando un aumento en la frecuencia a lo largo de los años, la que se representa a través de una línea de tendencia ascendente, la placenta previa con el 13,54%; estos resultados difieren con los estudios encontrados por Barrena M, et al. (20), quien encontró que las principales causas ovulares fueron la insuficiencia útero placentaria con 5,2%, seguido de desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta con 1,9% y corioamnionitis con 1,5%. Además, nuestros resultados coinciden con Lozano A. (22) quien encontró que la ruptura prematura de membranas (49,1%) y el oligohidramnios (37,1%) fueron las principales indicaciones de cesárea de causa ovular. En otro estudio realizado por Colque M. (21) encontró que el oligohidramnios (5,3%) fue la causa ovular más frecuente que llevo a una cesárea y en segundo lugar se encuentra la rotura prematura de membranas (2,7%), estos resultados son similares a los encontrados en nuestro estudio.

CONCLUSIONES

1. La tasa de evolución de cesáreas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna ha aumentado gradualmente durante el periodo 2001 al 2021, del 26,56% al 59,72%, el cual supera el porcentaje recomendado por la OMS.
2. Respecto a las características sociodemográficas de las gestantes con indicación de cesárea, se encontró que la mayoría presenta edades entre 20 a 34 años con 71,57%, estado civil conviviente con 70,92% y grado de instrucción secundaria con 64,22%.
3. Respecto a las características gineco-obstétricas, en relación a la paridad la mitad son multíparas con un 50,60%, seguida de primíparas con un 46,94%; en relación al número de controles prenatales, el 61,91% tuvieron de seis a más controles prenatales (control prenatal adecuado) en cuanto a la edad gestacional la mayoría presentó una edad gestacional a término con un 80,97%, con respecto a las cesáreas anteriores, el 71,06% no tuvieron ninguna intervención de cesárea, respecto al inicio de parto el 76,65% presentó un inicio de trabajo de parto espontáneo y en cuanto a la terminación del parto el 94,89% presentó cesárea de emergencia.

4. Las principales cinco indicaciones de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el transcurso estudiado fueron; en primer lugar, la desproporción feto pélvica con un 32,38%; en segundo lugar, la cesárea anterior con 18,03%; en tercer lugar, el sufrimiento fetal agudo con 15,32%; en cuarto lugar, la enfermedad hipertensiva del embarazo con 6,65% y en quinto lugar la presentación podálica con un 6,49%.
5. De acuerdo al tipo de causa de indicación de cesárea, las causas maternas fueron las más frecuentes. La desproporción feto-pélvica fue la principal indicación de cesárea de causa materna, el sufrimiento fetal fue la primera indicación de cesárea de causa fetal y el oligohidramnios fue la más importante indicación de cesárea de causa ovular.

RECOMENDACIONES

- El aumento constante de la tasa cesáreas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, es motivo para implementar un sistema de auditorías de las historias clínicas de las pacientes en las que se realizó la cesárea, para saber si se realizaron de manera justificada o no dicha intervención quirúrgica.
- Dado que la cesárea previa es una indicación frecuente y gran parte de las gestantes no tienen antecedente de cesárea, es recomendable evaluar de manera individual todas las posibilidades de un parto vaginal antes de realizar una cesárea.
- En centros de primer nivel de atención se debe realizar un sistema de capacitación permanente enfocada en los beneficios del parto vaginal. Así mismo optimizar el control prenatal para identificar oportunamente a las gestantes que presenten complicaciones con el propósito de disminuir los partos por cesárea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea (Internet). 2015 [citado el 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
2. Sandall J, M Tribe R, Avery L, Mola G, HA Visser G, SE Homer C, Gibbons D, Niamh K, Powell H, Kidanto H, Taylor P, Temmerman M. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*. 2018; 392(10155): 1349-1357 [citado el 21 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5)
3. Chien P. Global rising rates of caesarean sections. *BJOG*. 2021. Apr;128(5):781-782. [citado el 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16666>
4. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gulmezoglu AM; WHO Working Group on Caesarean Section. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG*. 2016. Apr;123(5):667-70. [citado el 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5034743/>

5. Berghella V. Cesarean birth: Postoperative issues. UpToDate. 2022 [citado el 18 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cesarean-birth-postoperative-issues?search=cesarea&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
6. E Keag O, E Norman J, J Stock S. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. PLOS Medicine. 2018. Jan 23;15(1):e1002494. [citado el 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>
7. Cunningham F.G., Leveno K.J., Bloom S., Dashe J., Hoffman B., Casey B., Spong C. Obstetricia de Williams. 25a edición. México: Mc Graw-Hill; 2019.
8. Walid M., Cibele A., Susan C. Association between maternal death and cesarean section in Latin America: A systematic literature review. Midwifery. 2018; 59: 88-93. [citado el 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.01.009>
9. Boerma T, PhD. Ronsmans C, Melese D, Barros A, Barros F, Liang J, Moller A, Say L, Hosseinpoor A, Yi M, Rabello D, Temmerman M. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. The Lancet. 2018; 392(10155): 1279-1368. [citado el 21 de marzo

de 2022]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)

10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2021 Nacional y Departamental. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/INFORME_PRINCIPAL/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2021.pdf
11. Fernández M. Implicaciones sociales y médicas del incremento de la cirugía cesárea, ¿Está justificado? *Flasog*. 2019; 1(6):21-35. [citado el 18 de mayo de 2022]. Disponible en: https://issuu.com/flasog2017/docs/revista_flasog_no7
12. Ticona M, Huanco D, Ticona D. Evolución de los indicadores maternos perinatales HHUT 1980-2014. *Revista Médica HHUT*. 2015; 8(1)
13. Morton R, Burton A, Kumar P, Hyett J, Phipps H, McGeechan K, De Vries B. Cesarean delivery: Trend in indications over three decades within a major city hospital network. *AOGS*. 2020; 99: 909-916. [citado el 21 de marzo de 2022] Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1111/aogs.13816>
14. Maskey S, Bajracharya M, Bhandari S. Prevalence of Cesarean Section and Its Indications in A Tertiary Care Hospital. *JNMA J Nepal*

Med Assoc. 2019;57(216):70-73. [citado el 21 de marzo de 2022].

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31477935/>

15. Dorji T, Wangmo K, Dorjey Y, Dorji N, Kiran D, Tshering S, Wangmo P, Tshokey T. Indications and factors associated with cesarean section in Bhutan: A hospital-based study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2021;153(3):520-526. [citado el 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13506>
16. Franco R, Franco J, Da Silva H, Da Silva M, De Carvalho H, et al. Incidencia y características de los partos por cesárea en un hospital público de Paraguay. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal.* 2020; 5 (2): 4–9. [citado el 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/167>
17. Calvas K. Factores asociados a la realización de cesárea en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja-Ecuador. Tesis para optar el Título de Médico General. Loja-Ecuador. Universidad Nacional de Loja, 2015.
18. Talledo L, Talledo C, Pachas P. Incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un hospital público de Piura, Perú. *CIMEL* 2016; 21(2) 35-37. [citado el 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/648>

19. Huatuco C. Incidencia de Cesáreas en el Hospital de Pampas, 2018. Tesis para optar el Título Profesional de Especialista en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico. Huancavelica, Perú. Universidad Nacional de Huancavelica, 2019.
20. Barrena M, Quispesaravia P, Flores M, León C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Rev Perú Ginecol Obstet. 2020;66(2):1-6. [citado el 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246>
21. Colque Y. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega- Abancay periodo de enero - diciembre 2018. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Puno: Universidad Nacional del Antiplano; 2019.
22. Lozano A. Factores asociados a la indicación de cesáreas en embarazadas atendidas por el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el Periodo de octubre del 2020 a abril del 2021. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima, Perú. Universidad Nacional Federico Villareal, 2021.
23. Suxo M. Incidencia y Principales Indicaciones de Cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna, 2015. Tesis

- para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Tacna, Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2016.
24. Sánchez M. Criterios Epidemiológicos e Indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III de EsSalud-Tacna, en el año 2012-2016. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Tacna, Perú. Universidad Privada de Tacna, 2017.
25. Zúniga N. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de enero a diciembre del 2018. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Tacna, Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2019.
26. Condori R. Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia. Tacna, Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2021.
27. Lineamiento Técnico. Cesárea segura. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México, D. F. 2013 [citado el 18 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11089/Cesarea_Segura_2014.pdf

28. Gabbe S, Niebyl J, Simpson J, Landon M, Galan H, Jauniaux E, Driscoll D, Berghella V, Grobman W. Obstetricia Embarazos normales y de riesgo. 7ª edición. España: Elsevier; 2019.p. 445-462
29. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia 6º edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2005. p. 702-709.
30. Organización Panamericana de la Salud. La clasificación de Robson: Manual de aplicación [Internet]. Washington, D.C; 2018. [citado el 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320303esp.pdf>
31. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2018.
32. External Cephalic Version: ACOG Practice Bulletin, Number 221. 2020 May;135(5): e203-e212. [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32332415/>
33. WHO. Salud del adolescente [Internet]. [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
34. Lean SC, Derricott H, Jones RL, Heazell AEP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. PLoS One [Internet]. el 1 de octubre de 2017;12(10). [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: </pmc/articles/PMC5645107/>

35. Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Med Chile 2014; 142: 168-174. [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200004
36. Sotero G, Sosa C. El Estado Civil Materno y su asociación con los Resultados Perinatales en una Población. Revista Médica Uruguay. 2006; 22:59-65. [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000100009
37. Artal R. Factores de riesgo para el embarazo de alto riesgo. Manual MSD [Internet].2020 [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/embarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-el-embarazo-de-alto-riesgo>
38. Instituto Vasco de Estadística. Euskal Estatistika Erakundea. Nivel de Instrucción. [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_1/tema_271/elem_11188/definicion.html

39. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR-OPS/OMS.2011
40. Guía para el manejo integral del recién nacido grave. OPS/OMS. Guatemala, 2015.
41. Arispe C, Salgado M, Tang G, Gonzales C, Rojas L. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Revista Médica Herediana. 2011; 22(4):169-175. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000400004
42. Oncoy Rosales A. Indicaciones de Cesárea. Rev méd panacea. 2018; 7(2): p. 69 – 73.
43. Actualización del Consenso de Obstetricia. Inducción al trabajo de parto. FASGO 2019. [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_Consenso_2019_Trabajo_de_Partido.pdf
44. UNICEF. Mortalidad fetal. 2020. [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-muertes-fetales>

ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO - FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREAS Y SUS INDICACIONES ENTRE EL AÑO 2001 Y 2021 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

Historia clínica:

Fecha de cesárea:

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad materna:años

2. Estado civil:
 - a) Casada
 - b) Conviviente
 - c) Soltera

3. Grado de instrucción:
 - a) Analfabeta
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior no universitaria
 - e) Superior universitaria

CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTETRICAS

4. Paridad:
 - a) Primípara
 - b) Multípara
 - c) Gran multípara

5. Control prenatal:

- a) Ninguno
- b) Control prenatal inadecuado (1-5)
- c) Control prenatal adecuado (6 a más)

6. Edad gestacional:

- a) Pretérmino
- b) A-termino
- c) Postérmino

7. Antecedente de cesárea:

- a) Ninguno
- b) Previa
- c) Iterativa

8. Inicio de parto:

- a) Espontáneo
- b) Inducido
- c) Cesárea electiva

9. Terminación de parto:

- a) Cesárea de emergencia
- b) Cesárea electiva

10. Indicación de la cesárea:

ANEXO 02: AUTORIZACIÓN PARA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN



Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CIÉI-HHUT.

Por Resolución Gerencial General Regional N°405-2020-GGR/GOB.REG.TACNA, otorga

CREDENCIAL

Del Proyecto de Investigación:

EVOLUCION DE LA TASA DE CESÁREAS Y SUS INDICACIONES ENTRE EL AÑO 2001 Y 2021 EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA	CÓDIGO
	64-CIÉI-2022

Autoría (es):

LIZETH DIANA COHAILA TITO

Dictamen (07) otorgado por Miembro activo del CIÉI, Dra. Danila Diana Huanco Apaza-Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular Suplente

Según Resolución Directoral N°090-2022-DIREC-EJEC-HHUT-DRSS/GOB.REG.TACNA, quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Puede ser desarrollado: SI NO

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos SI NO

Vulnera derechos del paciente SI NO

Aplicará Instrumentos:

Pacientes

Personal

Otros

Consentimiento informado:

Verbal SI NO Escrito SI NO Pertinente SI NO

Impacto Ambiental X Positivo Negativo

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto:

SI NO Cumple con todos los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado

y en consecuencia SI NO Otorga la Aprobación, por intermedio de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Se expide el presente documento el día 01 de agosto del 2022



Méd. Edgar Rogelio Concori Coaquira
Director Ejecutivo
Hospital Hipólito Unanue Tacna



Blanca Raquel Zevallos Delgado
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Hipólito Unanue Tacna

ANEXO 03: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREAS Y SUS INDICACIONES ENTRE EL AÑO 2001 Y 2021 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

AUTOR: Bach. Lizeth Diana Cohaila Tito

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGIA
¿Cuál es la evolución de las cesáreas realizadas y sus indicaciones en el hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2001 y 2021?	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Determinar la evolución de la tasa de cesáreas realizadas y sus indicaciones en el hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2001 y 2021. <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none">f) Determinar el cambio de la tasa de cesáreas realizadas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2001 y 2021.g) Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con indicación de cesárea en el	<p>Evolución de la tasa de cesárea</p> <p>Indicaciones de cesárea</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none">1) Características sociodemográficas2) Características gineco-obstétricas	<p>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION:</p> <p>Observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.</p> <p>POBLACION:</p> <p>La población de estudio está conformada por todas las gestantes a quienes se les realizó cesáreas entre el año 2001 y 2021 en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, que</p>

	<p>Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2001 y 2021.</p> <p>h) Identificar las características gineco-obstétricas de las gestantes con indicación de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2001 y 2021.</p> <p>i) Describir las principales indicaciones de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2001 y 2021.</p> <p>j) Identificar las causas maternas, fetales y ovulares con indicación de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2001 y 2021.</p>		<p>ascienden a un total de 28973 partos por cesárea.</p> <p>Para este estudio no se tomará muestra, se tomará a toda la población que reúna los criterios de selección.</p> <p>TÉCNICA: Análisis documental</p> <p>INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos</p> <p>ANÁLISIS DE DATOS: Estadística descriptiva</p>
--	--	--	--

ANEXO 04: TABLAS ADICIONALES

TASA DE EVOLUCIÓN DE CESÁREAS DEL TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001-2021

AÑO	PARTO VAGINAL		CESAREA		TOTAL DE PARTOS
	N	%	N	%	
2001	2002	73,44	724	26,56	2726
2002	2429	75,79	776	24,21	3205
2003	2407	74,57	821	25,43	3228
2004	2535	72,55	959	27,45	3494
2005	2608	70,35	1099	29,65	3707
2006	2408	68,02	1132	31,98	3540
2007	2430	66,94	1200	33,06	3630
2008	2201	61,84	1358	38,16	3559
2009	2313	62,68	1377	37,32	3690
2010	2153	60,75	1391	39,25	3544
2011	2032	59,78	1367	40,22	3399
2012	1990	56,41	1538	43,59	3528
2013	1934	54,66	1604	45,34	3538
2014	1760	53,24	1546	46,76	3306
2015	1697	48,36	1812	51,64	3509
2016	1635	47,93	1776	52,07	3411
2017	1632	46,38	1887	53,62	3519
2018	1486	44,23	1874	55,77	3360
2019	1414	43,93	1805	56,07	3219
2020	1200	42,86	1600	57,14	2800
2021	895	40,28	1327	59,72	2222
TOTAL	41161	58,69	28973	41,31	70134

**EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREA POR CAUSA MATERNA EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021**

AÑO	Desproporción feto- pélvica		Cesárea anterior		Enfermedad hipertensiva del embarazo	
	N	%	N	%	N	%
2001	244	2,61	106	2,04	42	2,19
2002	270	2,89	90	1,73	59	3,07
2003	303	3,24	112	2,15	39	2,03
2004	407	4,35	112	2,15	54	2,81
2005	456	4,88	127	2,44	60	3,13
2006	458	4,90	137	2,63	78	4,06
2007	485	5,19	142	2,73	54	2,81
2008	526	5,63	135	2,59	106	5,52
2009	541	5,79	171	3,28	64	3,33
2010	558	5,97	226	4,34	70	3,65
2011	573	6,13	202	3,88	59	3,07
2012	501	5,36	327	6,28	80	4,17
2013	553	5,91	281	5,40	130	6,77
2014	523	5,59	252	4,84	109	5,68
2015	539	5,76	373	7,16	114	5,94
2016	447	4,78	365	7,01	162	8,44
2017	434	4,64	392	7,53	174	9,06
2018	482	5,15	427	8,20	120	6,25
2019	423	4,52	420	8,06	136	7,08
2020	345	3,69	425	8,16	107	5,57
2021	283	3,03	386	7,41	103	5,36
TOTAL	9351	100,00	5208	100,00	1920	100,00

**EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREA POR CAUSA FETAL EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021**

AÑO	Sufrimiento fetal agudo		Presentación podálica		Embarazo gemelar	
	N	%	N	%	N	%
2001	97	2,19	73	3,96	30	3,34
2002	121	2,74	89	4,82	20	2,23
2003	113	2,55	81	4,39	20	2,23
2004	117	2,64	99	5,37	36	4,01
2005	187	4,23	95	5,15	49	5,46
2006	170	3,84	108	5,85	49	5,46
2007	192	4,34	102	5,53	31	3,45
2008	193	4,36	116	6,29	40	4,45
2009	222	5,02	124	6,72	61	6,79
2010	239	5,40	85	4,61	40	4,45
2011	223	5,04	65	3,52	33	3,67
2012	182	4,11	66	3,58	56	6,24
2013	282	6,37	94	5,09	46	5,12
2014	252	5,70	83	4,50	36	4,01
2015	300	6,78	116	6,29	59	6,57
2016	273	6,17	77	4,17	50	5,57
2017	257	5,81	88	4,77	68	7,57
2018	259	5,85	75	4,07	35	3,90
2019	222	5,02	91	4,93	54	6,01
2020	312	7,05	37	2,01	57	6,35
2021	211	4,77	81	4,39	28	3,12
TOTAL	4424	100,00	1845	100,00	898	100,00

**EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREA POR CAUSA OVULAR EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, DURANTE LOS AÑOS 2001- 2021**

AÑO	Rotura prematura de membranas		Oligohidramnios		Placenta previa	
	N	%	N	%	N	%
2001	4	0,53	0	0,00	17	5,59
2002	13	1,74	1	0,13	15	4,93
2003	25	3,34	0	0,00	9	2,96
2004	16	2,14	0	0,00	15	4,93
2005	13	1,74	1	0,13	19	6,25
2006	21	2,80	0	0,00	16	5,26
2007	14	1,87	0	0,00	13	4,28
2008	26	3,47	0	0,00	9	2,96
2009	22	2,94	0	0,00	11	3,62
2010	11	1,47	3	0,40	19	6,25
2011	22	2,94	0	0,00	11	3,62
2012	23	3,07	2	0,26	11	3,62
2013	34	4,54	2	0,26	16	5,26
2014	47	6,28	35	4,62	18	5,92
2015	79	10,55	69	9,11	17	5,59
2016	98	13,08	91	12,02	20	6,58
2017	80	10,68	117	15,46	26	8,55
2018	69	9,21	139	18,36	18	5,92
2019	64	8,54	113	14,93	11	3,62
2020	32	4,27	92	12,15	10	3,29
2021	36	4,81	92	12,15	3	0,99
TOTAL	749	100,00	757	100,00	304	100,00