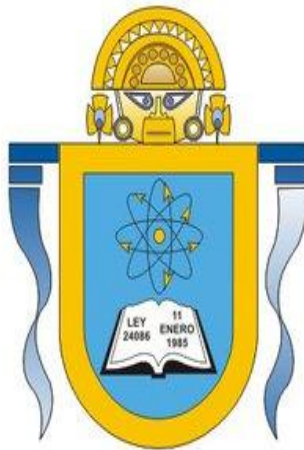


UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA



**INCIDENCIA DE PARTO POR CESÁREA E INFLUENCIA EN
LA MORBIMORTALIDAD EN NEONATOS DEL HOSPITAL
LAS MERCEDES, MARZO –OCTUBRE 2019**

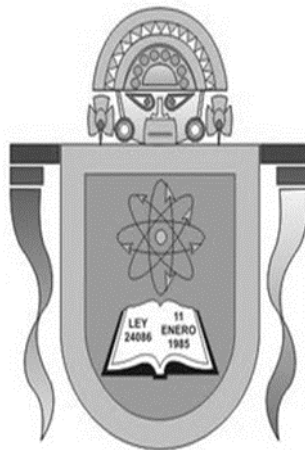
**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTORA: Bachiller KAREN YAQUELYN CHING DIAZ

ASESOR: M.C.DR. PEDRO CACHAY ROJAS

CHICLAYO, PERÚ 2020

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA



**INCIDENCIA DE PARTO POR CESÁREA E INFLUENCIA EN
LA MORBIMORTALIDAD EN NEONATOS DEL HOSPITAL
LAS MERCEDES, MARZO –OCTUBRE 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTORA: Bachiller KAREN YAQUELYN CHING DIAZ

ASESOR: M.C.DR. PEDRO CACHAY ROJAS

CHICLAYO, PERÚ 2020

DEDICATORIA

A Dios por todo lo logrado hasta el momento.
A mis Padres por su, amor, por la fortaleza
que me brindaron en los momentos difíciles,
y por ayudarme con los recursos necesarios
para estudiar y poder llegar a esta etapa tan
importante de mi vida y a mi hermana por el
apoyo brindado en todo este camino.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios por haberme guiado durante todo este proceso de alegrías, penas y momentos de estrés necesarios para valorar todo lo logrado hasta este momento; en segundo lugar a cada uno de los que son parte de mi familia a mi madre María Ynes Díaz Bravo, mi padre Roberto Luis Ching Alejandría a mi hermana Sandra Anahí Ching Díaz; por siempre haberme sido un apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

Por último, a mis compañeros de estudio que de alguna manera todos fueron apoyo para mi carrera; a los Doctores que fueron mis maestros y amigos que contribuyeron a mi formación profesional.

INDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	6
-------------------------------	----------

RESUMEN	7
----------------------	----------

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN.....	10
-----------------------------	-----------

1.1. Antecedentes del tema	10
---	-----------

1.2. Base teórica	13
--------------------------------	-----------

1.2.1. El Parto.....	13
-----------------------------	-----------

1.2.1.1. Tipo de partos	13
--------------------------------------	-----------

1.2.2. Cesárea	14
-----------------------------	-----------

1.2.2.2. Aumento en la tasa de cesáreas:	14
---	-----------

1.2.3. Morbilidad en neonatos nacidos por cesáreas	15
---	-----------

1.2.4. Definición de términos	19
--	-----------

1.3. Hipótesis.....	20
----------------------------	-----------

Operacionalización de variables	21
---------------------------------------	----

CAPITULO II

2. PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	23
--	-----------

2.1. ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA	23
--	-----------

2.2. Formulación del problema	24
--	-----------

2.3. Objetivos.....	24
----------------------------	-----------

2.3.1. Objetivos Generales	24
---	-----------

2.3.2. Objetivos Específicos.....	24
--	-----------

2.4. Justificación del estudio.....	25
--	-----------

2.5. Importancia	26
-------------------------------	-----------

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGIO	28
-----------------------------------	-----------

3.1. Ámbito geográfico de estudio	28
--	-----------

3.2. Tipo de investigación y diseño	28
--	-----------

3.3. Diseño muestral	28
-----------------------------------	-----------

3.4. Técnica e procedimientos de recolección de datos.....	29
---	-----------

3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	29
--	-----------

CAPITULO IV

4. RESULTADOS	31
----------------------------	-----------

4.2 DISCUSION	40
CONCLUSION.....	45
RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFIA.....	Error! Bookmark not defined.
ANEXOS	52
1. Instrumento de recolección de datos	52
2. Figuras de recolección de información.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de variables	21
Tabla 2. Tipo de parto de gestantes atendidas entre marzo y octubre del 2019 en el Hospital las Mercedes.....	31
Tabla 3. Tipo de parto, sexo y estado del neonato del Servicio de Neonatología del Hospital las Mercedes.....	32
Tabla 4. APGAR al primer minuto en neonatos del Servicio de Neonatología del Hospital las Mercedes.....	33
Tabla 5. APGAR al quinto minuto en neonatos del Servicio de Neonatología del Hospital las Mercedes.....	33
Tabla 6. Escala de Silverman Anderson en neonatos del Servicio de Neonatología del Hospital las Mercedes.....	34
Tabla 7. Silverman Anderson segun parto del Servicio de Neonatología del Hospital las Mercedes.....	35
Tabla 8. Mortalidad y morbilidades de neonatos del Servicio de Neonatología.....	36
Tabla 9. Neonatos que presentaron dificultad respiratoria que necesitaron algún tipo de apoyo respiratorio	37
Tabla 10. Comparación del peso al nacer según enfermedades.....	Error! Bookmark not defined.

RESUMEN

Introducción: La cesárea es la cirugía más realizada en los hospitales de segundo nivel. Según OMS, luego de una cesárea existe un riesgo 2 veces mayor de ingreso del neonato a cuidados intensivos por más de 7 días, tanto si la cesárea fue a elección como por urgencias. **Objetivo:** Determinar la incidencia de parto por cesárea e influencia en la morbilidad y mortalidad en neonatos del Hospital las Mercedes, Marzo –Octubre 2019. **Materiales y métodos:** Estudio censal con 295 historias clínicas. Se elaboró una ficha de recolección de datos que contempla variables sobre características de pacientes del Servicio de Neonatología del Hospital las Mercedes. **Resultados:** La incidencia de parto en el hospital fue de 48%, mientras que en el Servicio de Neonatología fue del 54%. Los neonatos nacidos por cesárea tuvieron una mortalidad 0,6%, TTRN de 44% y SALAM 3,8%. La infección neonatal y la sepsis fue 10% mayor en neonatos nacidos por parto vaginal que por cesárea.

ABSTRACT

Introduction: cesarean birth is the most performed surgery in second level hospitals. According to WHO, after a caesarean surgery there is a 2-fold greater risk of admission of the neonate to intensive care for more than 7 days, whether the caesarean section was chosen or for emergencies.

Objective: To determine the incidence of cesarean delivery and influence on morbidity and mortality in neonates of Las Mercedes Hospital, March – October 2019. **Materials and methods:** Census study with 295 medical records. A data collection sheet was prepared that includes variables on patient characteristics of the Las Mercedes Hospital Neonatology Service.

Results: The incidence of cesarean childbirth in the hospital was 48%, while in the Neonatology Service it was 54%. Infants born by caesarean section had a mortality of 0.6%, TTRN of 44% and SALAM of 3.8%. Neonatal infection and sepsis were 10% higher in neonates born by vaginal delivery than by caesarean section.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes del tema

1.1.1. Internacionales:

Albor M.,Gaviria L.,Marín M.,2018. Se realizó el estudio “Efectos del alto uso de la cesárea en el binomio madre – hijo”; dónde se obtuvo los siguientes efectos de la cesárea en el neonato determinándose: Displasia del desarrollo de cadera en un 33.5 %, mortalidad de un 60% vía cesárea en un grupo de neonatos fallecidos, taquipnea transitoria, ingreso a UCI y sepsis en un grupo de maternas secundigestantes que anteriormente fueron intervenidas quirúrgicamente. Además mencionan que el parto cesárea, no es un factor de riesgo para la estancia hospitalaria prolongada del neonato en comparación a los efectos en la madre que van desde anemias, transfusiones sanguíneas tras hemorragias, fenómenos tromboembólicos, lesiones intestinales y urinarias, cefaleas, dolor e infección de la herida quirúrgica y mortalidad.(1)

Mozo Valdivieso, E 2014. Realizó un estudio titulado “Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa”.

En esta investigación se pretendió conocer la incidencia de morbilidad en las mujeres con una cesárea previa y sus hijos, con el objetivo de aportar nuevos datos que ayuden a conocer la opción más adecuada que aseguren el bienestar tanto para la madre como su hijo. De diseño longitudinal con una única cohorte, en la que los sujetos presentan el antecedente de cesárea. La evaluación de la morbilidad se realizó con la historia clínica y tres entrevistas: al alta hospitalaria, 15 y 42 días posparto. Además, se evaluó la duración de la estancia hospitalaria, visitas a algún servicio de

urgencias posterior al alta, dolor según EVA, satisfacción materna según escala tipo likert y depresión posparto mediante la escala de Edimburgo.

Resultados: Las mujeres con un parto vaginal exitoso tuvieron mejores resultados que aquellas que decidieron someterse a una cesárea iterativa, con una tasa de éxito del PVDC de 80,88% y una incidencia de rotura uterina del 1,8%. La morbilidad para las mujeres con una cesárea es del 26,2%, con parto vaginal 20% y 61,5% con PVDC fallido ($p > 0,015$). La morbilidad para los niños nacidos con una cesárea ha sido 14,3%, con parto vaginal 27,3% y 46,2% con PVDC fallido ($p > 0,059$). (2)

1.1.2. Nacionales:

APAZA I, PUNO 2019. Realizó un estudio titulado “Indicaciones de cesáreas injustificadas y su relación con complicaciones materno perinatales en el hospital ESSALUD III puno año 2018”. Fue un estudio observacional, descriptivo correlacional, retrospectivo y transversal. Se contó con una muestra de 364 pacientes en este estudio, de las cuales 116 presentaron cesáreas injustificadas (31.87%). Se obtuvo como principales indicaciones de cesáreas injustificadas, de acuerdo al factor materno son: Cesárea anterior (13,7%) y Preeclampsia (5%). De acuerdo al factor fetal: Sufrimiento fetal agudo (10.4%); y de acuerdo a los factores ovulares o materno fetales destaca el DCP (2.2%) del total de cesáreas estudiadas. Existe una correlación positiva débil entre las cesáreas injustificadas y las complicaciones maternas (0,16; $p > 0,05$). Se encontró una correlación positiva media a considerable entre cesáreas injustificadas y complicaciones perinatales (0,69; $p > 0,05$). Dentro de la principal complicación perinatal es la prematuridad, seguido de la Taquipnea transitoria del recién nacido y la necesidad de reanimación neonatal. (3)

Morales Diana, 2016. Realizó un estudio titulado “Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con

cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015”

El objetivo de esta tesis fue Comparar las complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015.

Emplearon la siguiente metodología: Estudio de tipo descriptivo comparativo, retrospectivo de corte transversal. Para esta investigación se trabajó con dos muestras: 102 gestantes con cesárea previa que culminaron en cesárea y 48 gestantes con cesárea previa cuyo parto culminaron en parto vaginal, atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2015. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas y cuantitativas se estimó medidas frecuencias absolutas y porcentajes Se utilizaron las herramientas graficas de Microsoft Excel 2013 como diagramas barras.

Obtuvieron los siguientes resultados: En lo referente a las complicaciones neonatales se observó que en el grupo de estudio de neonatos nacidos por cesárea se presentaron como principales complicaciones neonatales Síndrome de Dificultad Respiratoria con 7.8%, Taquipnea Transitoria del Recién Nacido con 5.9% y Líquido amniótico meconial fluido con un porcentaje de 14.7% y el meconial espeso con 9.8%; se reportaron 2 casos de APGAR 3 y APGAR 7 a los 5 minutos respectivamente y 1 caso de muerte neonatal. En correlación al grupo de parto vaginal se observó que el 39.6% sufrió de trauma obstétrico como caput succedaneum y cefalohematoma y el 25% presentó Liquido meconial fluido. Para ambos grupos, solo el 2% presentó otras complicaciones tal como recién nacido hospitalizado.(4)

BATALLA I. y CHUCO Y., 2013. Realizó un estudio titulado “Causas y consecuencias de la cesárea en los Hospitales a nivel Nacional, Latinoamericano e Internacional”. Tuvo como objetivo describir las causas y consecuencias de las cesáreas en los Hospitales a nivel Nacional, Latino Americano e Internacional. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Basándose en la recolección y observación de estudios

e investigaciones anteriores relacionados al tema de investigación en mención, para determinar la relación entre las causas y consecuencias de las cesares a nivel Nacional, Latinoamericanas e Internacional.

Con respecto a las causas fetales que conllevaron al parto por cesárea fueron: sufrimiento fetal agudo (7,37%), presentación podálica (5,6%) y en lo que se encontró relación a las causas maternas: cesáreas anteriores (5,69%), preclamsia severa (4,8%); con respecto las complicaciones producto del parto por cesárea relacionadas con la parte materna fueron sangrado excesivo sin shock e infección de herida quirúrgica (2,4%); las complicaciones neonatales fueron síndrome de aspiración meconial (7,6%).

Se concluyó que las principales causas de las cesáreas fueron sufrimiento fetal agudo y cesárea anterior; la principal complicación es infección de herida quirúrgica en las cesareadas y síndrome de aspiración meconial en el recién nacidos.(5)

1.2. Base teórica

1.2.1. El Parto

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, es un periodo que inicia con reactividad uterina regular y finaliza con la expulsión de la placenta que debería desarrollarse y finalizarse sin complicaciones. (6,7)

Durante la evolución del parto interviene no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también factores psicológicos, culturales y ambientales. La mayoría de las mujeres sanas, con la atención y apoyo adecuados y con un mínimo de procedimientos médicos pueden dar a luz sin poner en riesgo su seguridad y la de los bebés. (6,7)

1.2.1.1. Tipo de partos

- Parto eutócico: es el parto normal y el que se inicia de forma espontánea en una mujer, con un feto a término en presentación cefálica flexionada,

posición de vértice pasa a través del canal de parto, sin que aparezcan complicaciones en su evolución. (6,7)

- Parto distócico: cuando se necesitan intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto. (6,7)

1.2.2. Cesárea

1.2.2.1. Definición

Es una intervención quirúrgica donde se extrae un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal.(8)

1.2.2.2. Aumento en la tasa de cesáreas:

Durante las últimas dos o tres décadas pasadas se observó un incremento en las tasas de parto por cesárea en varios países que se ha sostenido hasta la actualidad ; con cifras notablemente variables entre ellos y aún más entre sus localidades, en hospitales y centros de atención médica de carácter público y privado. (7)

Se considera que aproximadamente el 30.2% de los nacimientos en Estados Unidos durante el 2005 fueron por cesárea, es decir 1.2 millones de gestaciones culminaron por esta vía, de los cuales el 3% fueron a solicitud de la madre. (7)

En Colombia, la tasa de cesáreas según el Ministerio de Protección Social, ente estatal regulador de la salud, está estimada aproximadamente alrededor del 40% ,en Bogotá se estima que la tasa subió al 35.8% para el 2008 y se cree que en los últimos años esta cifra pudo haberse incrementado significativamente. Esto puede deberse a la mayor realización de este procedimiento en instituciones privadas en relación con las públicas, ya que éstas se encuentran avocadas a la necesidad de hacer mayor control de sus gastos, a la vez que se encuentran más ceñidas a los lineamientos de la Secretaría de Salud.(3)

La Organización Mundial de la Salud, recomienda que un máximo del 15 % de todos los partos culminados sea por cesárea, ya que por encima de este valor esta modalidad no disminuye la tasa de mortalidad materna o fetal y por el contrario, si puede predisponerlos a serias complicaciones. Hasta la fecha este porcentaje a nivel mundial no se cumple. Además, se han identificado como causas de solicitud materna de cesárea sin que medie indicación obstétrica, el temor al dolor, a las complicaciones durante el parto vaginal y el antecedente de cesárea.(3)

La falta de indicadores de morbilidad y mortalidad para diferenciar entre parto vaginal y cesárea en algunos trabajos recientes han proporcionado nuevos argumentos a la defensa de la posibilidad de poder elegir la vía del parto sin que haya indicaciones médicas. El incremento de las tasas de cesárea ha producido preocupación en múltiples ámbitos, tanto académicos como relacionados con las políticas de salud pública. (7)

Dentro de las preocupaciones expuestas está el hecho de que el antecedente de una cesárea incrementa los riesgos en los embarazos siguientes, como placenta previa y acretismo placentario, además de las complicaciones en los neonatos. Estas preocupaciones de índole clínico, sumadas a las consideraciones económicas, hacen que el análisis profundo del tema sea de gran trascendencia desde la perspectiva de salud pública. (12)

1.2.3. Morbilidad en neonatos nacidos por cesáreas

Yu-Tang y colaboradores en su investigación en los años 2005 - 2007 (Perú), publican que las cuatro complicaciones más frecuentes en los neonatos nacidos por cesárea son: ictericia, complicaciones respiratorias, los efectos de la medicación y los períodos de adormilamiento después del parto. Las cuatro interfieren en el establecimiento temprano del vínculo afectivo entre la madre y el bebé. Las afecciones respiratorias representan las causas más frecuentes de las complicaciones en los nacidos por cesáreas encontrada en este estudio, siendo unos de los padecimientos más graves en los neonatos, estando íntimamente relacionada con

problemas del desarrollo pulmonar y los trastornos de la adaptación respiratoria tras el nacimiento.(9)

Morbilidad respiratoria en los recién nacidos por cesárea

La morbilidad respiratoria en los recién nacidos por cesárea, es bien conocido desde hace muchos años como un factor atribuible es la ausencia de trabajo de parto (10)

Las primeras respiraciones exitosas dependen de la correcta interacción entre diversos factores como: adecuada inflación pulmonar, remoción del fluido alveolar, liberación del surfactante, establecimiento de la capacidad funcional residual, aumento de la PaO₂ y vasodilatación pulmonar. Todas estas corresponden a fases de la transición cardiopulmonar inicial que se pueden entorpecer en el nacido por cesárea. En un análisis de 160 neonatos a término en la muestra estudiada, se encontró que en aquellos nacidos por cesárea las maniobras de reanimación fueron 5 veces más frecuentes que en el parto vaginal, y además, mostraron valores de PCO₂ más elevados y pH más bajos durante las primeras 6 horas de vida. En otro estudio más reciente en la misma institución, los niños nacidos por cesárea mantuvieron menores valores preductales de CO₂ a lo largo de sus primeros 30 minutos de vida, en contraste a los nacidos por vía vaginal.(10)

La recolección de datos exactos acerca de la morbilidad neonatal nacidos por cesárea es difícil de obtener, aun en países desarrollados. Despertado un interés creciente en los últimos años, sabemos que una cantidad significativa de pacientes nacidos por cesárea electiva ingresan a la unidad cuidados intensivos neonatales por síndrome de dificultad respiratoria, taquipnea transitoria del recién nacido e hipertensión pulmonar persistente, o una combinación de estos padecimientos y sus complicaciones. Algunos de estos reportes muestran altos índices de ventilación mecánica, uso de oxígeno suplementario, oxigenación con membrana extracorporeal (en países donde se cuenta con este recurso) y muerte.(10)

En una publicación reciente realizada por la autora se mostró que la necesidad de ventilación mecánica es sumamente alta en los pacientes “prematuros tardíos” con síndrome de dificultad respiratoria, lo que coincide con otros estudios.(10)

¿Por qué la cesárea electiva tiene mayor riesgo de morbilidad respiratoria para el neonato?

Lo que con más frecuencia se argumenta es la prematurez iatrogénica. La mayor parte de las cesáreas electivas se realizan entre las 37 y 40 semanas de gestación; posibilidad de cometer una equivocación oscila entre una a dos semanas es frecuente, porque la fecha de la última menstruación no es segura y poco confiable ,además que en la gran mayoría de las gestantes no se realizan la evaluación ultrasonográfica en las primeras 12 semanas de la gestación donde se puede determinar con mayor precisión y menos probabilidades de error con respecto a la edad gestacional. Esta equivocación al determinar la edad gestacional puede afectar adversamente al recién nacido. La relación inversa entre edad gestacional y síndrome de dificultad respiratoria se ha demostrado en varios estudios. (9)

Hansen y colaboradores realizaron un estudio en donde evidenciaron que el riesgo de padecer síndrome de dificultad respiratoria es mayor a las 37,38, 39 y 40 semanas de gestación en nacidos por cesárea respecto de los nacidos por parto vaginal. Para disminuir la frecuencia de síndrome de dificultad respiratoria posterior al nacimiento por cesárea se sugiere la evaluación de la madurez pulmonar; sin embargo, en la realidad, la amniocentesis efectuada con este solo propósito sólo se realiza algunas veces en centros especializados y no es factible hacerla en hospitales comunitarios y regionales. Más aún, la determinación de la madurez por este método no asegura que el síndrome de dificultad respiratoria no se presente en estos neonatos nacidos por cesárea. (9)

Otros factores, como los cambios en la vasculatura pulmonar, que disminuyen su grosor cerca de las 40 semanas de gestación, el incremento

en el número de vasos sanguíneos pulmonares (más de 40 veces en el último trimestre) y los cambios en el flujo en los canales alveolares de sodio sensibles a amilorida también juegan un papel importante en la aparición del síndrome de dificultad respiratoria.(9)

La ocurrencia de síndrome de dificultad respiratoria o taquipnea transitoria del recién nacido en pacientes cercanas al término o de término nacidos por cesárea sin trabajo de parto se ha considerado una condición generalmente benigna y de alivio espontáneo, que requiere poca asistencia. Muchos de estos pacientes padecerán síndrome de dificultad respiratoria severo y requerirán ventilación mecánica o ECMO, con riesgo de muerte y de enfermedad pulmonar crónica del recién nacido. (9)

Además, en neonatos nacidos por cesárea la depresión respiratoria al nacer es mayor, lo que se refleja en calificaciones de Apgar menores y más requerimientos de presión positiva u oxigenoterapia durante los primeros minutos de vida. En otra investigación realizada en México se encontró una frecuencia de síndrome de dificultad respiratoria en pacientes prematuros tardíos de 7 por 1000 nacidos vivos. Una cuarta parte de estos pacientes evolucionó a enfermedad respiratoria severa. Predominó el nacimiento por cesárea en dos de cada tres pacientes, así como el sexo masculino en 69% de los casos. (9)

La indicación de cesárea más frecuente fue iterativa y periodo intergenésico corto. El 59% de las pacientes no tenía trabajo de parto. Uno de cada cuatro neonatos requirió ventilación mecánica y la mortalidad fue de 6%. Un papel importante toma el líquido pulmonar en la morbilidad respiratoria neonatal ,para que la transición sea exitosa, los alvéolos deben evacuar el líquido pulmonar excesivo y el flujo pulmonar debe incrementarse para alcanzar la adecuada relación ventilación perfusión. Es sorprendente la habilidad del feto para adaptarse del cambio de una vida sumergida en líquido a una vida independiente. Aún se está lejos de entender por completo los mecanismos por los que el pulmón fetal desaloja el líquido pulmonar. Está claro, sin embargo, que explicaciones simples como la “ley de Starling” y la

“compresión torácica por parto vaginal” solo contribuyen de manera marginal a este proceso. El transporte de sodio por medio de canales sensibles a la amilorida (ENaC por sus siglas en inglés) situados en el epitelio respiratorio es el responsable del movimiento transepitelial del fluido pulmonar. (9)

La severidad de las complicaciones pulmonares asociadas a la cesárea es variable, desde casos benignos y autolimitados de taquipnea transitoria (TTN) y síndrome de dificultad respiratoria por deficiencia secundaria de surfactante (SDR), hasta cuadros graves, y aun letales, de insuficiencia respiratoria e hipertensión pulmonar persistente neonatal (HPPN). En comparación al parto vaginal, los riesgos de las patologías antes mencionadas son significativamente más frecuentes luego del nacimiento por cesárea. (10)

Mortalidad neonatal

La tasa de mortalidad neonatal es 2,4 veces más elevada entre niños nacidos por cesárea electiva que en los nacidos por vía vaginal. De hecho, luego de una cesárea existe un riesgo 2 veces mayor de ingreso a cuidados intensivos por más de 7 días, tanto en nacidos de cesáreas electivas como de cesáreas urgentes.(10)

1.2.4. Definición de términos

Morbilidad neonatal: Cualquier situación clínica que requiera algún cuidado especial o tratamiento desde el nacimiento hasta los 28 días de vida

Mortalidad neonatal: como la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida

La tasa de mortalidad neonatal: Es un indicador sensible para valorar la calidad de la atención en salud del recién nacido en una determinada área

geográfica o en un servicio y es un indicador de impacto de los programas e intervenciones

Edad materna: Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual expresado generalmente en años cumplidos.

Nivel de estudios: Nivel educacional o de conocimientos de una persona recibido por parte de un centro educativo del estado o particular.

Estado civil: Estado jurídico político de la madre respecto a su pareja estable al momento del estudio clasificada como: soltera, conviviente, casada y otros.

Zona de procedencia: lugar en donde se encuentra la morada o vivienda actual de una persona, ya sea, urbano, rural y urbano – marginal.

Edad gestacional: Es el tiempo de embarazo de la gestante (transcurrido desde la fecundación hasta el momento del diagnóstico de preeclampsia) calculada en semanas.

Paridad: Número de niños nacidos vivos, con más de 24 semanas de gestación.

Peso: designa la masa de un individuo. Generalmente expresada en gramos o kilogramos.

Talla: designa la altura de un individuo. Generalmente se expresa en centímetros o metros.

Taquipnea transitoria del recién nacido: La taquipnea transitoria del recién nacido consiste en dificultad respiratoria transitoria causada por reabsorción diferida de líquido pulmonar fetal

1.3. Hipótesis

La Incidencia de parto por cesárea tiene influencia en la morbilidad en neonatos del Hospital las Mercedes en Marzo –Octubre 2019

Operacionalización de variables

Tabla 1: Operacionalización de variables

VARIABLE	DIEMNSION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
PERINATALES	CLINICA	TIPO DE PARTO	Vaginal	CUALITATIVA DICOTOMICA	NOMINAL
			Cesárea		
MORBILIDAD NEONATAL		PATOLOGIA BASICA	Taquipnea Transitoria Del Recien Nacido (Ttrn)	CUALITATIVA POLITOMICA	NOMINAL
			Neumonia Connatal		
			Síndrome De Aspiracion De Liquido Amniotico Meconial (Salam)		
			Infeccion Neonatal		
			Sepsis Neonatal Precoz		
			Sepis Neonatal Tardia		
			Ictericia Multifactorial		
			Asfixia Neonatal		
			Otros		
			MORTALIDAD NEONATAL		
Asfixia Neonatal					
Síndrome De Diestres Respiratorio (Sdr)					
Otros					

Fuente: elaboración propia

Capitulo II

2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

2.1. ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

Las gestantes en el Perú requieren una atención integral y de buena calidad que garantice su salud y la de su hijo. En muchas, ocasiones llega a su fase final de su embarazo, sin la adecuada atención médica, producto de las bajas coberturas de las consultas del control prenatal, determinada en gran parte por factores como la falta de promoción de la misma, citas muy tardías, problemas gremiales del personal, entre otros.

El parto es el binomio madre-niño son prioridad en el sistema de salud peruano y el modelo ideal, se basa en la satisfacción del usuario interno y externo. Esta problemática motivó realizar el estudio que pretende determinar la Incidencia de parto por cesárea y su influencia en la morbilidad y mortalidad en neonatos en el servicio de neonatología del Hospital las Mercedes.

Durante el embarazo surgen múltiples motivos de consulta que tienen como primer escalón asistencial al profesional de atención primaria (Médico, obstetra), profesionales, capaces de realizar seguimiento del embarazo, que es una de las actividades preventivas elementales en la salud del Binomio Madre – Niño. En esta etapa el profesional debe confirmar la gestación y clasificarla según los factores de riesgo previos al embarazo (hipertensión, anomalía pélvica, antecedentes obstétricos, diabetes, obesidad, entre otros), o en el curso del mismo (tabaquismo, HIE, alcoholismo, infecciones maternas, diabetes gestacional, placenta previa, etc.), y valorar la indicación de seguimiento conjunto con el nivel especializado. (11,12)

La cesárea en la actualidad es la cirugía más realizada en los hospitales de segundo y tercer nivel. La tasa de partos por cesárea ha aumentado consistentemente en todo el mundo durante los últimos 50 años,

alcanzando en la actualidad cifras del 30,0% de los nacimientos en comparación con un 5,0% en los años 60. (8)

El boletín de la Organización Mundial de la salud (OMS) remarca que todos los países tienen una tasa mayor al 30,0%; Ecuador y Paraguay rebasan el 40,0%; México con 37,8%. Según la OMS, se realizan 850,000 cesáreas en Latinoamérica sin justificación.(13) Por lo que podemos evidenciar debido a esta problemática la tasa de mortalidad neonatal es 2,4 veces más elevada entre niños nacidos por cesárea electiva que en los nacidos por vía vaginal. De hecho, luego de una cesárea existe un riesgo 2 veces mayor de ingreso a cuidados intensivos por más de 7 días, tanto en nacidos de cesáreas electivas como de cesárea urgente. (14)

El Hospital las Mercedes, atiende alrededor de 3 900 partos al año y por su capacidad resolutive nacen 3 500 niños en promedio por año, de los cuales se hospitalizan 1100 recién nacidos por año en promedio y de estos existe una incidencia de 40% de recién nacidos prematuros menor de 2 000 gramos según los registros del servicio del Hospital.(15)

2.2. Formulación del problema

¿Cuál es la incidencia de parto por cesárea e influencia en la morbilidad y mortalidad en neonatos del Hospital las Mercedes, Marzo–Octubre 2019?

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivos Generales

Determinar la Incidencia de parto por cesárea e influencia en la morbilidad y mortalidad en neonatos del Hospital las Mercedes, Marzo –Octubre 2019

2.3.2. Objetivos Específicos

- ✓ Describir la incidencia del parto por cesáreas.
- ✓ Determinar la influencia de la cesárea en la morbilidad y mortalidad en neonato.

2.4. Justificación del estudio

La evaluación de los datos emergentes acerca de los perfiles de riesgo de la prueba de parto eutócico frente a la cesárea ha sido objeto de continua investigación y debate. Mientras tanto, las experiencias de las mujeres han estado marcadas por una considerable variación en los patrones de la práctica sanitaria, con un peso significativo de diferencias por región y por hospitales.

Establecer el entorno para el tipo de parto esencial para la práctica médica. Un caso muy concreto de esta problemática es el parto eutócico y la cesárea, sobre todo en torno al acceso para elegir un parto por cesárea en ausencia de indicación médica. Es, con demasiada frecuencia, un punto para los debates sobre la ética y la medicina.

Ha habido un debate sobre los papeles respectivos de la seguridad, las preferencias de los profesionales sanitarios y las gestantes y los costes que se generan y el papel que deben desempeñar en la elaboración de un enfoque centrado y basado en la evidencia para el parto, también sobre la influencia de tipo de parto en la morbilidad en el neonato, desde el punto de vista de la atención clínica y de las políticas públicas.

Abordar estas complicadas inquietudes requiere tratar un punto de vista médico y social para desarrollar un marco responsable de elaboración de directrices para tratar el problema desde un punto de vista general y particular a través de los encuentros clínicos individuales.

Este trabajo de investigación se justificará, porque conocer la incidencia del parto por cesárea y su influencia en la morbilidad en neonatos, es un tema de mucho interés para el investigador, la institución, el paciente y la profesión, por ser una problemática que aún, no ha creado conciencia en los trabajadores de salud, no solo a nivel de todos los trabajadores de la región Lambayeque, sino a nivel nacional, y hasta a nivel mundial; en el caso de los pacientes del Hospital las Mercedes, se hace más notoria, dado el incremento de neonatos hospitalizados el servicio de

neonatología nacidos por cesárea, lo que ha ocasionado verdadera preocupación en la investigadora.

2.5. Importancia

La investigación permite detectar las debilidades y puntos críticos percibidos en el servicio de neonatología durante la atención, conocer estas apreciaciones, y evaluarlas en su verdadera dimensión permite proponer alternativas viables que brinden mejoras de calidad y humanización del servicio de neonatología, para ser transpuesto a nivel de todo el hospital, en beneficio del paciente, sujeto y razón del servicio, cuya percepción debe mejorar.

También los resultados serán publicados, creando un entorno de reflexión en los profesionales de la salud de todo lugar, que incidencia del parto por cesárea y su influencia en la morbilidad y mortalidad en neonatos y de todas las repercusiones que generan la cesárea sin indicación médica

Esta investigación, además, pretende incentivar a los directivos de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de manera particular a los del Hospital Las Mercedes, a una gestión efectiva que admita la satisfacción de las exigencias de los pacientes en todos los niveles de atención, garantizando el bienestar pleno de los usuarios; y por otro lado, el desarrollo de los profesionales de la salud del hospital, elevando el prestigio de la organización.

La ejecución de esta investigación permite generar evidencia para la toma de decisiones por parte de los entes interesados en la salud materna y de los neonatos.

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGIO

3.1. Ámbito geográfico de estudio

Región de Lambayeque, Provincia de Chiclayo, Distrito de Chiclayo, Ciudad de Chiclayo, Hospital Las Mercedes.

3.2. Tipo de investigación y diseño

Se realizó una investigación no experimental, descriptiva, comparativa, longitudinal y retrospectiva.

Fue no experimental pues se observó la realidad tal cual, y no se manipuló las variables. Descriptivo porque se describió diferentes elementos de la situación problemática de la frecuencia de partos por cesárea y sobre las características de los neonatos, y comparativa, porque se buscó comparar las características de los neonatos nacidos por cesárea y por vía vaginal, con la finalidad de establecer relación entre la morbilidad y el parto por cesárea, en pacientes del Servicio de Neonatología del Hospital las Mercedes en Marzo –Octubre, 2019.

3.3. Diseño muestral

La población universo fueron las historias clínicas de neonatos atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital las Mercedes durante los meses de marzo a octubre del 2019. Mientras que la población de estudio fueron aquellas historias clínicas que se encontraron en buen estado de conservación en el hospital para la fecha a estudiar y que además cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

El criterio de inclusión fue que las historias clínicas sean de neonatos nacidos a término, nacidos en el Hospital las Mercedes y sin malformación congénita. Por otro lado, se excluyó a todas aquellas historias clínicas que se encontraron incompletas o dañadas al punto de impedir la extracción de algunas de las variables analizadas en este estudio.

Se realizó un estudio censal, es decir la muestra estuvo constituida por toda la población de historias clínicas dentro de la población de estudio.

3.4. Técnica e procedimientos de recolección de datos

Se elaboró una ficha de recolección de datos que contempla variables sobre características de pacientes del Servicio de Neonatología del Hospital Las Mercedes. La ficha no contempló redacción de los datos personas de los pacientes, y por el contrario se trabajó con información codificada. Se solicitó autorización del Hospital las Mercedes, luego se procedió a solicitar las historias clínicas del Servicio de Neonatología, posteriormente, se procedió a extraer información según indica la ficha de recolección de datos, además se solicitó las estadísticas de la parte relacionada con los partos por cesárea en relación con los partos eutócicos.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Se aplicó como herramientas de la estadística descriptiva. Los datos se reunieron en una hoja Excel y fueron procesados utilizando software SPSS versión 25. Las variables cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central como la media o la mediana según corresponda y de dispersión como la desviación estándar o el rango intercuartílico, mientras que las variables cualitativas se describieron utilizando frecuencias absolutas y relativas, y se buscó representar la información mediante tablas y gráficos. Se comparó las frecuencias de las características de los neonatos que nacieron por cesárea con los que nacieron por parto vaginal, además de la mortalidad en ambos grupos. Los datos obtenidos se discutieron y compararon con otras realidades para luego llegar a las conclusiones pertinentes.

CAPITULO IV

4. Resultados

4.1 Presentación de resultados

Se encontró que durante los meses de marzo a octubre del 2019 se atendieron a 295 neonatos en el servicio de Neonatología del Hospital las Mercedes. Las gestantes tuvieron una edad promedio de 26,1 años (DE 6,7 años) con un rango etario que oscilaba entre 15 y 44 años, el 50% de las edades centrales estuvo comprendida entre los 21 y 30 años, y la edad más frecuente fue de 18 años; la edad gestacional promedio de los recién nacidos fue de 38,7 semanas (DE 1,2 semanas), con un rango intercuartílico de 38 a 40 semanas. El peso promedio de los neonatos fue de 3232,8 gr (DE 539,6 gr), la mayoría de los neonatos fueron del sexo masculino (175) correspondiendo al 59% del total, mientras 120 fueron mujeres correspondientes al 41%.

Tabla 2. Tipo de parto de gestantes atendidas entre marzo y octubre del 2019 en el Hospital las Mercedes.

Variable	N	%
Tipo de parto		
Cesárea	1175	48
Vaginal	1270	52

N = 2445 gestantes

Tabla 3. Tipo de parto, sexo y estado del neonato del Servicio de Neonatología del Hospital las Mercedes.

Variable	N	%
Tipo de parto (N*)		
Cesárea	159	54
Vaginal	136	46
Sexo		
Femenino	120	41
Masculino	175	59
Estado del neonato		
Fallecido	3	1
Vivo	292	99

N=295 neonatos; N* =295 madres.

Se encontró que el 48% de las gestantes que se atendieron entre los meses de marzo y octubre del 2019 en el Hospital las Mercedes (HLM) fueron intervenidas por cesárea, mientras que en el Servicio de Neonatología del mismo hospital fue mayor (54%).

También se evidenció que tres (1.01%) de los 295 neonatos del Servicio de Neonatología fallecieron, de los cuáles dos fueron por parto vaginal y uno por cesárea, el cual representó el 0.6% de los partos por cesárea.

Tabla 4.APGAR al primer minuto en neonatos del Servicio de Neonatología del Hospital las Mercedes

Variable	N	%
Apgar 1		
2	1	0,3
3	9	3,1
4	6	2,0
5	18	6,1
6	21	7,1
7	50	16,9
8	163	55,3
9	27	9,2

N = 295 neonatos

Uno de cada dos (55,3%) neonatos nacidos en el Servicio de Neonatología presentaron un APGAR de 8 al primer minuto, seguido de un APGAR de 7 con 16,9% de frecuencia. Los APGAR menos frecuentes fueron los 2 y 3 al primer minuto, que correspondieron al 0,3% y 3,1%, respectivamente.

Tabla 5.APGAR al quinto minuto en neonatos del Servicio de Neonatología del Hospital las Mercedes

Variable	N	%
Apgar 5		
5	5	1,7
6	5	1,7
7	14	4,7
8	32	10,8
9	182	61,7
10	57	19,3

N = 295 neonatos

Se muestra que 1,7% de los neonatos obtuvieron un APGAR 5 y 6 al quinto minuto respectivamente, mientras que la mayoría neonatos obtuvieron un APGAR de 9 al quinto minuto correspondiente al 61.7% (182/295).

Tabla 6. Escala de Silverman Anderson en neonatos del Servicio de Neonatología del Hospital las Mercedes.

Variable	N	%
Silverman		
Anderson		
0	142	48,1
2	11	3,7
3	22	7,5
4	59	20,0
5	37	12,5
6	14	4,7
7	5	1,7
8	1	0,3
10	1	0,3

N = 292 neonatos, tres de los pacientes no se encontró registro de esta escala

Según la escala de Silverman Anderson, el 48% los neonatos no tuvieron dificultad respiratoria. De los neonatos que presentaron dificultad respiratoria, la mayoría lo obtuvo en grado leve o moderado, en porcentaje ello se traduce a 11,2% (puntaje 2-3) y 37,2% (puntaje 4-6) respectivamente. Los neonatos restantes que obtuvieron un puntaje mayor o igual a 7 y que representan el 2,3% del total, presentaron dificultad respiratoria severa.

Tabla 7. Silveram Anderson según parto del servicio de neonatología del Hospital las Mercedes

Silveram Anderson	<i>Tipo de parto</i>			
	<i>Cesárea</i>		<i>Vaginal</i>	
	<i>N (159)</i>	<i>%</i>	<i>N (136)</i>	<i>%</i>
0	69	44%	73	54%
2	6	4%	5	4%
3	14	9%	8	6%
4	31	20%	28	21%
5	25	16%	12	9%
6	7	4%	7	5%
7	4	3%	1	1%
8	0	0%	1	1%
10	1	1%	0	0%

N cesárea =159 N vaginal = 136

De los neonatos nacidos por cesárea se observa que el 43% no tuvo dificultad respiratoria, porcentaje menor al encontrado en los neonatos por parto vaginal (54%). Por otro lado, de los neonatos que nacieron por cesárea y que si presentaron dificultad respiratoria, la mayoría lo obtuvo en nivel moderado (39%) obteniendo puntos entre 4-6 según la escala de Silveram Anderson. Se observaron valores similares en los neonatos nacidos por parto vaginal, donde el 35% de ellos tuvieron dificultad respiratoria moderada. Un porcentaje menor de la población de neonatos nacidos por cesárea (13%) presentó dificultad leve, del mismo modo, el porcentaje de neonatos nacidos por parto vaginal que presentaron dificultad respiratoria severa fue de solo el 10% del total. Un pequeño porcentaje presentó dificultad respiratoria severa (mayor a 7 puntos) tanto en los neonatos por parto cesárea como los por parto vaginal, siendo 4% y 2% respectivamente.

Tabla 8. Mortalidad y morbilidades de neonatos del Servicio de Neonatología del Hospital las Mercedes

Condición	Tipo de parto			
	Cesárea N (159)	%	Vaginal N (136)	%
Fallecidos				
Si	1	0.6	2	1.5
No	158	99.4	134	98.5
TTRN				
Si	70	44	42	31
No	89	56	94	59
Neumonía				
Si	24	15	19	14
No	135	85	117	86
SALAM				
Si	6	3.8	8	6
No	153	96.2	128	94
Infección neonatal				
Si	45	28.3	49	36
No	114	71.7	87	64
Sepsis neonatal precoz				
Si	44	27.7	48	35
No	115	72.3	88	65
Sepsis neonatal tardía				
Si	0	0	0	0
No	159	100	136	100
Asfixia neonatal				
Si	3	2	4	3
No	156	98	132	97
Ictericia multifactorial				
Si	59	37	63	46
No	100	63	73	54
Otros				
Si	46	29	39	29
No	113	71	97	71

La taquipnea transitoria del recién nacido fue más frecuente en neonatos nacidos por cesárea (70%) que por parto vaginal (42%); en las otras patologías del recién nacido los valores fueron muy parecidos, excepto en la presencia de sepsis neonatal tardía que no hubo ningún neonato afectado, mientras que respecto a la mortalidad hubo el doble de muertes por parto vaginal que, por cesárea, 2 y 1 respectivamente.

No se encontró correlación estadística entre la edad de la madre y la edad gestacional ($r = -0.044$), tampoco entre la edad de la madre con respecto al peso al nacer ($r = -0.048$); sin embargo, se encontró un r de 0,20 cuando se correlacionó la edad gestacional con el peso al nacer, lo cual indica que el 4% de las variaciones en el peso al nacer de los neonatos estudiados pueden ser explicadas por la variación de la edad gestacional.

Tabla 9. Neonatos que presentaron dificultad respiratoria que necesitaron algún tipo de apoyo respiratorio

Variable	F		M	
	N	%	N	%
Sin apoyo ventilatorio	11	7.3	18	12
Apoyo ventilatorio(cánula binasal,casco)	40	26.7	65	43.3
CPAP	3	2	8	5.3
Ventilador mecánico	3	2	2	1.3

N=150 neonatos

De 150 neonatos que presentaron dificultad respiratoria ,no necesitaron apoyo ventilatorio el 19.3%(29/150);y de los neonatos que necesitaron apoyo ventilatorio ya sea al nacer o durante las primeras 24 horas de vida fueron 80.7%(121/150) , de los cuales 70% (105/150) necesitaron cánula binasal o casco ,7.3% (11/150) necesitaron CPAP, 3.3% (5/150) tuvieron la necesidad de ventilador mecánico .Además se puede evidenciar que la mayor parte de los neonatos con necesidad de ventilador mecánico fueron del sexo masculino con un 51.9%(93/150)

Tabla 10. Comparación del peso al nacer según enfermedades

Variable	Presencia		Ausencia		Valor p
	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
TTRN	3242,77	565,06	3326,78	524,9	0,805
Neumonía Connatal	3288,53	477,38	3223,35	549,81	0,465
SALAM	3170,00	671,38	3235,98	333,46	0,656
Infección	3247,04	504,94	3226,21	556,15	0,758
Sepsis precoz	3228,65	512,3	3234,75	552,74	0,929
Asfixia	3494,29	445	3226,49	540,76	0,195

$\bar{X}$ = promedio del peso de nacimiento; DE = desviación estándar

Los neonatos que presentaron TTRN presentaron un peso promedio de 3242,77 gr (DE=565gr) mientras que los que no lo presentaron tuvieron un peso de 3326,78 gr (DE= 524,9). Por otro lado, los neonatos que padecieron de neumonía connatal tuvieron un peso de 3288,53 gr (477,38); mientras que aquellos que no la padecieron presentaron un peso de 3223,35 gr (DE=549,81). De los neonatos con SALAM el peso promedio fue de 3170,00 gr (671,38 gr) y de los que no lo tenían fue de 3235,98 gr

(DE=333,46 gr). En cuanto a los neonatos que padecieron infección su peso promedio fue de 3247,04 gr (DE=504,94), mientras que de los que no la padecieron fue de 3226,21 (DE=556,15). Los neonatos que presentaron sepsis neonatal precoz pesaron en promedio 3228,65 gr (DE= 512,3 gr) mientras de los que no la padecieron fue 3234,75 gr (DE= 552,74gr). Finalmente, el peso promedio de los neonatos que presentaron asfixia fue de 3494,29 gr (DE=445 gr) y de los que no la padecían pesaban en promedio 3226,49 gr (DE=540,76 gr).

4.2 DISCUSION

La incidencia de cesárea en entre los meses de marzo y octubre del 2019 en el Hospital las Mercedes (LM) fue de 48%, siendo un porcentaje elevado comparado con los estándares fijados por la OMS los cuales indican que debe ser alrededor del 10–15%.(16) El resultado encontrado en el presente estudio también excede en casi el doble a los valores encontrados en el Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora de Cuba donde se evidenció una incidencia en cesáreas del 21%. (17) Estudios llevados a cabo en instituciones de la misma región también evidencian que la incidencia por parto por cesárea en el LM es elevada, así por ejemplo, en estudios realizados en el Hospital Naylamp de Essalud–Chiclayo y el Hospital Provincial Docente Belén se encontraron incidencias del 27.70% y 33,56%, respectivamente (18,19)

En otras partes del país como Cusco, se encontraron frecuencias del 10,74%(20), alejándose aún más del 48% de incidencia en partos por cesárea presentados en el LM. En contraste, el hospital público de Piura (20) con una incidencia del 57,8 %, el hospital Minsa de Tumbes con 49.52% (21) y hospital Essalud con 58.76 % (22) muestran valores superiores o similares a los de este estudio. A nivel internacional incidencia de partos por cesárea del LM que presenta dicho hospital sobrepasa incluso la media de incidencias a nivel de Sudamérica, la cual de por sí es alta (42%). (22) Sin embargo, pese a que el 48% de incidencia en partos por cesáreas es una incidencia muy elevada esta no supera a los presentados por países como Brasil (55.6%), el cual posee una de las tasas más alta en cesáreas a nivel de América Latina.

Todo lo anteriormente mencionado es preocupante porque sobrepasan los estándares fijado por la OMS. La incidencia tan elevada encontrada en el DLM puede deberse a que el hospital donde se llevó a cabo el estudio es un hospital de referencia de todos los establecimientos de salud del primer

nivel de atención de la red Lambayeque. Por otro lado, la incidencia de cesárea en el Servicio de Neonatología del HLM fue de 54%, siendo un valor no muy alejado del encontrado en un estudio realizado en Argentina, donde se observó una frecuencia de cesárea del 46,3% (20).

Según los datos obtenidos en nuestro estudio y relacionándolo con un estudio realizado en Montevideo, donde evalúan el APGAR al 5 minuto por su importancia clínica por su relación a la parálisis cerebral, se evidencia que la cesarea no presenta asociación estadística por si sola en cuanto a la obtención de un APGAR bajo. (23)

Según un estudio realizado en el Hospital Regional del Centro de Mexico, obtuvo calificativos altos en esta escala en los nacidos por cesárea. (24)

En este estudio los neonatos nacidos por cesárea tienen más incidencia de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN) que aquellos nacidos por parto vaginal. La incidencia de TTRN en neonatos nacidos por cesárea en nuestro estudio fue del 44%, mayor a la presencia de TTRN en aquellos nacidos por parto vaginal (31%). La tendencia de mayor frecuencia de TTRN en partos por cesárea sobre partos vaginales se mantuvo en neonatos pertenecientes al Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, el cual reportó que el 3.5% de los neonatos nacidos por cesárea presentaron TTRN, (25) mientras que solamente el 0,9% de los nacidos por parto vaginal presentaron dicha condición; sin embargo, como se pudo notar el porcentaje global de neonatos con TTRN fue bastante menor al presentado en este trabajo. Por otro lado, un estudio ejecutado en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza (España), presentó cifras similares de neonatos con TTRN, equivalente al 49.3% de todos los neonatos nacidos por cesárea. (26)

En nuestro estudio tres neonatos (2%) nacidos por cesárea fueron diagnosticados de asfixia neonatal, mientras cuatro neonatos (3%) de ellos nacieron por parto vaginal. Nuestros datos comparados con otros estudios a nivel nacional son mucho menores, muestra de ello es la incidencia que

presentó un estudio en Ica en el servicio de Ginecología del Hospital III,(27) en el que se obtuvo que el 17.7% de los neonatos nacidos de parto por cesárea desarrolló asfixia. Sin embargo, nuestros valores comparados con estudios a nivel internacional, tienen a ser por mucho mayor, muestra de ello es un estudio realizado en el Hospital Italiano de Buenos Aires, en el cual la presencia de asfixia neonatal por parto cesárea fue de 0.78% mientras que en los neonatos por parto vaginal fue de 0.27% (28)

Tanto las infecciones como también la sepsis neonatal precoz fueron 10% mayores en parto vaginal que por cesárea. En nuestro estudio el 27.7% de los neonatos nacidos por cesárea fueron diagnosticados por sepsis neonatal temprana mientras que en los nacidos por parto vaginal solo se presentó en el 35%. Nuestros datos difieren de lo dicho en diversos estudios donde se ha encontrado que los neonatos nacidos por cesárea presentaron mayor incidencia de sepsis neonatal precoz que los nacidos por parto vaginal. En un estudio realizado en Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE, México de 62 nacidos con sepsis neonatal precoz, 48 (76.4%) fueron por cesárea y 14 (23.6) parto vaginal.(19) Así mismo, en un estudio hecho en el Hospital público del occidente de México donde se estudió a 14207 neonatos con sepsis neonatal precoz, 0.59% fueron por cesárea y 0.39% por parto vaginal. (29) Del mismo modo en un estudio realizado en el Hospital General Regional 180 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tlajomulco, Jalisco donde se estudió a 63 neonatos nacidos por cesárea, el 70.4%, fueron diagnosticados de sepsis neonatal temprana.(30)

La incidencia de ictericia en neonatos, es mayor en aquellos nacidos por parto vaginal (46%) que por cesárea (37%), y esta última es mayor a la frecuencia de ictericia en neonatos reportados por otros estudios. Tal es el caso del estudio realizado en Ica en el servicio de Ginecología del Hospital III, en el que se reportó que 27.5% de los neonatos nacidos por cesárea padecieron de ictericia neonatal. Nuestros datos pueden ser mayores debido a que nuestro estudio fue realizado solo en el servicio de Neonatología.(28)

Tanto en los neonatos nacidos por cesárea y por parto vaginal, el porcentaje de neumonía se encuentra en torno del 15%, lo cual es bastante elevado comparado con un estudio realizado en el Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey en el que se estudiaron a 1722 neonatos, evidenciando que la incidencia de Neumonía en neonatos nacidos por cesárea es 0.5% (25), mientras que por parto vaginal es 0%, esto puede explicarse debido a que nuestro estudio fue realizado solo en el servicio de Neonatología.

La frecuencia de Síndrome por aspiración del líquido amniótico meconial (SALAM) en neonatos nacidos por parto vaginal es casi el doble de los nacidos por cesárea. En nuestro estudio se encontró que el 6% de los neonatos nacidos por parto vaginal fueron diagnosticados de SALAM en tanto que de los nacidos por cesárea representaron un 3.8%, ambos valores son elevados en comparación con los encontrados en un estudio realizado en Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey donde la muestra fue de 1722 neonatos, encontrándose que la incidencia de SALAM en neonatos nacidos por cesárea es de 0.2%, y de los nacidos por parto vaginal es de 0.07%. (25) Además, se observa que, por el contrario de lo encontrado en nuestros resultados, en este existe una mayor incidencia de SALAM en patos por cesárea.

De los neonatos que presentaron dificultad respiratoria desde leve a severa se evidencio que no necesitaron apoyo ventilatorio el 19.3%(29/150); y de los neonatos que necesitaron apoyo ventilatorio ya sea al nacer o durante las primeras 24 horas de vida fueron 80.7%(121/150) , de los cuales 70% (105/150) necesitaron cánula binasal o casco ,7.3% (11/150) necesitaron CPAP, 3.3% (5/150) tuvieron la necesidad de ventilador mecánico teniendo relación con los datos recolectados en la bibliografía y en comparación con otros estudios .Además de los cuales se puede evidenciar que la mayor parte de los neonatos con necesidad de apoyo ventilatorio fueron del sexo masculino con un 51.9%(93/150) una razón proporcional en relación al total de neonatos hospitalizados en este nosocomio (9)

Finalmente, la relación entre el peso y la enfermedad presentada por el neonato se encontró lo siguiente. El peso de los recién nacidos con TTRN (3242,77 gr) no varía mucho en comparación con aquellos neonatos que no lo tienen (3326,78 gr). Sin embargo, los valores encontrados en este estudio son mayores a los encontrados en otros estudios de referencia. En este trabajo el peso promedio de los neonatos con TTRN fue de 3242,77 gr siendo superior los datos encontrados en un estudio realizado en el Hospital Universitario Miguel Servet donde el peso promedio de los neonatos con TTRN fue de 2768,1 gr, (26) las diferencias puede explicarse debido a la edad gestacional que en nuestro trabajo fue de alrededor de 38 semana, mientras que en el estudio de referencia era de alrededor de 36 semana, además las gestantes presentaban antecedentes como asma, habito de fumar, entre otras. Con respecto al peso promedio de las otras enfermedades como, SALAM, neumonía, infección, asfixia y sepsis, se encuentra la misma situación que la anterior, es decir, que no varía mucho el peso entre los presentan la enfermedad y los que no. Algunas de las razones por las cuales se haya obtenido tales resultados es que el peso más que asociarse a la enfermedad del neonato, se asocia a factores como su edad de la madre, la edad gestacional del neonato, el crecimiento intrauterino, desnutrición materna o embarazos gemelares.(31)

CONCLUSIONES

- ✓ La Incidencia por cesárea en el HLM entre los meses de marzo y octubre del 2019 fue del 48%, valor muy superior a la incidencia reportada por otros estudios a nivel Nacional y según la OMS.
- ✓ Los neonatos nacido por cesárea en el HLM hospitalizados en el Servicio de Neonatología es mayor con un 54% en comparación con el parto vaginal.
- ✓ No se puede determinar la influencia del parto por cesárea en la obtención de APGAR BAJO al 5 minuto.
- ✓ La mayor parte de los neonatos nacidos por cesárea (29.1%) presentaron valores elevados en la escala de Silverman Anderson en comparación del parto vaginal (20.54%)
- ✓ La mayoría de los neonatos del Servicio de Neonatología del Hospital las Mercedes padeció de dificultad respiratoria en un nivel leve (11,2%) o moderado (37,2%) según la escala de Silverman Anderson
- ✓ Los bebés nacidos por cesárea tienen más incidencia de Taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN) que los neonatos nacidos por parto vaginal.
- ✓ La incidencia de Asfixia neonatal tardía reportado en nuestro estudio fue menor en comparación con un estudio nacional, pero mayor que un estudio internacional.
- ✓ Tanto las infecciones neonatales como la sepsis neonatal precoz fueron un 10% más frecuente en los neonatos nacido por parto vaginal que por cesárea.
- ✓ La incidencia de ictericia en recién nacidos fue mayor por parto vaginal que nacidos por cesárea, y esta última es mayor a la frecuencia de ictericia en neonatos reportados por otros estudios.
- ✓ Tanto en los neonatos nacidos por cesárea y por parto vaginal, el porcentaje de neumonía se encuentra en torno del 15%.

- ✓ La incidencia de Síndrome por aspiración del líquido amniótico meconial (SALAM) fue casi el doble en neonatos nacidos por parto vaginal que en neonatos nacidos por cesárea.
- ✓ La mayoría de los neonatos hospitalizados en neonatología que presentaron dificultad respiratoria necesitaron de apoyo ventilatorio 80.7%, de los cuales 3.3% fue tan grave que necesitaron de ventilador mecánico. Además, en relación al sexo un 51.9% fueron del sexo masculino.
- ✓ La mayoría de los neonatos del servicio de neonatología del Hospital las Mercedes padeció de dificultad respiratoria en un nivel leve (11,2%) o moderado (37,2%) según la escala de Silverman Anderson.

RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda realizar futuras investigación para averiguar las causas del elevado número de parto por cesáreas (1 de 2 gestantes) en el Hospital las Mercedes, así mismo, se recomienda derivar más recursos de modo tal que sean destinados programas de concientización por medios de charlas de los pro y contras de los tipos de partos, además de dar mayor importancia a una buena cobertura de las gestantes y enfatizar el control prenatal.
- ✓ Tanto en los neonatos nacidos por cesárea o por parto vaginal, el porcentaje de neumonía se encuentra en torno del 15%. Se recomienda realizar estudios que permitan dar alternativas de solución o prevención para disminuir dichas cifras.
- ✓ Se recomienda nuevos estudios para determinar porque los neonatos del sexo masculino presentan mayor dificultad respiratoria al nacer, para poder realizar acciones preventivas y disminuir las cifras.
- ✓ Sería importante realizar estudios encontrando las causas que conllevarían a un aumento del 10% de las infecciones neonatales y de sepsis neonatal precoz en neonatos nacidos por parto vaginal en comparación de los nacidos por cesárea con la finalidad de una mejor atención del recién nacido.

BIBLIOGRAFIA

1. Melissa Albor, Lina Gaviria MM. Efectos del alto uso de la cesárea en el binomio madre - hijo. Corporación Universitaria Adventista; 2018.
2. Universidad Complutense Madrid. E-Prints Complutense [Internet]. [citado 22 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/29014/>
<https://eprints.ucm.es/29014/1/T35877.pdf>
3. Apaza I. Indicaciones de cesáreas injustificadas y su relación con complicaciones materno perinatales en el Hospital ESSALUD II Puno, año 2018. 2000;2006-11.
4. Morales Máximo DK, Morales Máximo DK. Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015. Repositorio de Tesis - UNMSM. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
5. Batalla I, Chuco Y. Causas y Consecuencias de la Cesárea en los Hospitales a nivel Nacional, Latinoamericano e Internacional. Universidad Peruana Del Centro; 2013.
6. Liliana PSF. Pinzamiento temprano de cordón umbilical como factor de riesgo de anemia en lactantes de seis meses Hospital II ESSALUD Huaraz. 2016;
7. Suárez Casavilca GE. Factores de riesgo y anemia en el post parto en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2016. 2017.
8. Schnapp C, Sep E, Andr J, Fetal MM, Condes L. Operación cesárea. Rev Med Clin Condes - 2014. 2014;25(6):987-92.
9. Aguilar AJ. Cesárea electiva: Repercusión en la evolución respiratoria neonatal. Ginecol Obstet Mex. 2011;79(4):206-13.
10. Furzán J. Nacimiento por cesárea y pronóstico neonatal. Arch Venez

Pueric Pediatr. 2014;77(2):79-86.

11. La USAID en proyecto de calidad de vida en el sector Salud [Internet]. [citado 16 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.connuestroperu.com/ciencia-y-tecnologia/salud/36592-la-usaid-en-proyecto-de-calidad-de-vida-en-el-sector-salud>
12. Chapoñán M. Percepción de las usuarias sobre la calidad de atención del parto vaginal y propuesta de mejora, Hospital Regional Docente Las Mercedes octubre 2016 - febrero 2017. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017.
13. Vázquez Parra JC. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. Rev Latinoam Bioética. 2015;16(30-1):60.
14. Bernal-García C, Campos CN. Cesárea : situación actual y factores asociados en México. Salud Quintana Roo. 2018;(40):28-33.
15. Gobierno Regional de Lambayeque. Hospital Las Mercedes de Chiclayo atiende más de 350 partos al mes [Internet]. [citado 16 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/?pass=Mg==>
16. Gómez I, Rosales S, Agreda L, Castillo A, Alarcón E, Gutiérrez C. Nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio-demográficas y prenatales. Rev Peru Epidemiol. 2014;18(2):1-6.
17. Juan Carlos La Fontay Terry , Netercia Paulina Simba MCG. Morbilidad materna y neonatal en cesaréa primitiva. AMC. 2006;10(3):1-14.
18. Walter Carpio-Baron EV-W. Operación cesárea: Frecuencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012. Rev cuerpo méd. 2016;9(2).
19. Bustamante Núñez J, Vera Romero O, Limo Peredo J, Patazca Ulfe J. Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial

- Docente Belén Lambayeque 2010-2011. Rev del Cuerpo Médico Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo. 2014;7(1):6-12.
20. Lincolth Talledo-Ulfe, Carlos I. Talledo Ulfe PPY. Incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un hospital público de Piura, Perú. CIMEL. 2016;21(2):35-7.
 21. Carin, A.A. & Sund R. Incidencia e indicaciones del Cesarea en Gestantes del Hospital de apoyo II de Sullana, enero-diciembre 2017. Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.
 22. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. PLoS One. 2016;11(2):1-12.
 23. Nozar MF, Tarigo J, Fiol V. Factores asociados con bajo puntaje de Apgar en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell. An la Fac Med. 2019;6(1):63-84.
 24. Segovia BL, Martínez EM, Márquez ML, García IM. Enfermedad respiratoria en recién nacidos a término. 2012;14:95-9.
 25. Rafael E, Vázquez A, Balderrama IR. Artemisa neonatal en niños nacidos por cesárea vs parto vaginal. Rev Mex Pediatr. 1999;66(2):40-5.
 26. Royo Pérez , B. Curtp Simón, C. Fernández Espuelas, R. Pillinos Pison, S. Torres Claveras, Z.Galvez Pradel SRG. Taquipnea transitoria del recién nacido: principales factores de riesgo, evolución y complicaciones. Bol Pediatr Arag Rioj Sor. 2015;45:60-74.
 27. Nelson David Purizaca Rosillo . Yesebel Ramos Cedano , Danilo Ortiz Calderon, Carlos Vladimir Purizaca Rosillo CJPF. Factores Asociados a Síndrome De Aspiración Meconial En El Hospital José Cayetano Heredia Piura-Perú. CIMEL. 2011;14(1):12-5.
 28. Avalos J, Carranza F. Características clínico epidemiológicas de pacientes con Síndrome coronario agudo en la Unidad de Cuidados

Intensivos del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez. Ica-Perú.
Rev.méd.panacea. 2012;2(3):81.

29. Gómez JL, González SC, Aragón SF, Salcedo ÁQ. Factores de riesgo asociados a las principales formas de sepsis neonatal temprana. Cartagena. Colombia. 2013. Rev Habanera Ciencias Medicas. 2016;15(6):968-78.
30. Muñoz G, Hugo V, Muñoz G, Barrientos R. Factores de riesgo en sepsis neonatal en un hospital de tercer nivel en la ciudad de México. Rev Espec Médico-Quirúrgicas. 2005;10(2):21-4.
31. Peraza Roque GJ, De La C. Pérez Delgado S, De Los A. Figueroa Barreto Z. Factores asociados al bajo peso al nacer. Rev Cuba Med Gen Integr. 2001;17(5):490-6.

ANEXOS

1. Instrumento de recolección de datos

Número de historia clínica :

Tipo De Parto	
Vaginal	
Cesarea	
Edad Materna	
Sexo	
Femenino	
Masculino	
Edad Gestacional	
Peso Al Nacer	
Apgar	
1'	
5'	
10'	
Escala Silverman Anderson	
Patologia	
Taquipnea Transitoria Del Recien Nacido (Ttrn)	
Neumonia Connatal	
Sindrome De Aaspiracion De Liquido Amniotico Meconial (Salam)	
Infeccion Neonatal	
Sepsis Neonatal Precoz	
Sepis Neonatal Tardia	
Ictericia Multifactorial	
Asfixia Neonatal	
Otros	
Causa Basica De Muerte	
Sepsis Neonatal	
Asfixia Neonatal	
Sindrome De Diestres Respiratorio (Sdr)	
Otros	

RECOLECCIÓN DE DATOS

Figura 1



Figura 2

