



UNAP



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**“RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN EN RECIÉN NACIDOS POR
CESÁREA POR DISTOCIA DE PRESENTACIÓN EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO, EN EL PERIODO DE ENERO A AGOSTO
DE 2023”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN MEDICINA HUMANA VÍA RESIDENTADO
MÉDICO CON MENCIÓN EN **PEDIATRÍA**

PRESENTADO POR:
CESAR AUGUSTO CALDERON RAMOS

ASESOR:
M.C. SERGIO RUIZ TELLO, Mgr. DIU

IQUITOS, PERÚ

2024



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"Rafael Donayre Rojas"
UNIDAD DE POS GRADO



PROYECTO DE INVESTIGACION N.º 021-2024-DUPG-FMH-UNAP

En la ciudad de Iquitos, en el Salón de Grados de la Facultad de Medicina Humana, a los 25 días del mes de abril del año 2024; a horas 12:00, se dio inicio a la Ejecución del Proyecto de Investigación Titulado: **"RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN EN RECIÉN NACIDOS POR CESÁREA POR DISTOCIA DE PRESENTACIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, EN EL PERIODO DE ENERO A AGOSTO DE 2023"** con Resolución Decanal N.º 358 – 2023 - FMH-UNAP, del 29 de setiembre del 2023, presentado por el Médico Cirujano **CESAR AUGUSTO CALDERÓN RAMOS**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana, vía Residentado Médico, con mención en **PEDIATRÍA**, de la Facultad de Medicina Humana "Rafael Donayre Rojas" de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, en la modalidad presencial, que otorga la universidad de acuerdo a Ley y Estatuto.

El jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N° 263 - 2023-FMH-UNAP, del 13 de julio 2023, está integrado por:

Mc. Javier Vasquez Vasquez, Dr.	Presidente
Mc. Juan Raúl Seminario Vilca	Miembro
Mc. Sergio Rodríguez Benavides	Miembro

Luego de haber revisado y analizado con atención el Proyecto de Investigación; El Jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

El Proyecto de Investigación ha sido: Aprobado por Unanimidad con la Calificación: **17 (MUY BUENA)**

Estando el Médico Cirujano apto para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana Vía Residentado Médico con Mención en **PEDIATRÍA**

Siendo las 13:00 horas, se dio por terminado el acto.

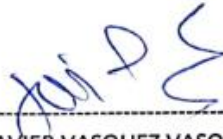

.....
M.C. Javier Vasquez Vasquez, Dr.
Presidente


.....
Mc. Juan Raúl Seminario Vilca
Miembro


.....
Mc. Sergio Rodríguez Benavides
Miembro


.....
Mc. Sergio Ruiz Tello, Mgtr. DIU
Asesor

PROYECTO DE INVESTIGACION APROBADA EL 25 DE ABRIL DEL 2024 A LAS 13:00 HORAS EN EL SALON DE GRADOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA, EN LA CIUDADA DE IQUITOS – PERÚ.



M.C. JAVIER VASQUEZ VASQUEZ, Dr.
Presidente



M.C. JUAN RAÚL SEMINARIO VILCA
Miembro



MC. SERGIO RODRÍGUEZ BENAVIDES
Miembro



M.C. SERGIO RUIZ TELLO. MG. DIU
ASESOR

NOMBRE DEL TRABAJO

**FMH_2DA ESP_PROY DE INV_CALDERO
N RAMOS (3era rev).pdf**

AUTOR

CESAR AUGUSTO CALDERON RAMOS

RECUENTO DE PALABRAS

5444 Words

RECUENTO DE CARACTERES

29119 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

32 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

352.1KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 8, 2024 1:33 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 8, 2024 1:33 PM GMT-5

● **17% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

ÍNDICE

PORTADA	1
ACTA	2
JURADO	3
RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD	4
INDICE	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1 Descripción de la situación problemática	8
1.2 Formulación del problema	9
1.3 Objetivos	9
1.4 Justificación	10
1.5 Limitaciones	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes	13
2.2 Bases teóricas	15
2.3 Definición de términos básicos	20
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	22
3.1 Formulación de la hipótesis	22
3.2 Variables y operacionalización de variables	22
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	24
4.1 Diseño metodológico	24
4.2 Diseño muestral	24
4.3 Recolección de datos	25
4.4 Procesamiento y análisis de datos	26
4.5 Aspectos éticos	26
COSTO TOTAL DEL PROYECTO	28
CRONOGRAMA	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS	34

RESUMEN

El nacimiento del recién nacido por parto eutócico o normal sin complicaciones es el proceso donde el feto se encuentra en posición cefálica y flexionada y no se identifican alteraciones durante el proceso de parto que concluye con la llegada del recién nacido de forma espontánea, sin complicaciones y en el mejor de los casos sin la necesidad de hospitalización después del nacimiento.

En los recién nacidos producto de parto por cesárea tienen 2 veces mayor riesgo de complicaciones y la tasa de mortalidad neonatal se incrementa a 2.4 veces en comparación a los recién nacidos por parto vaginal.

En este hospital de estudio, se produjeron 1051 partos desde Enero a Abril del 2022 y de ellos 442(42%) fueron partos por cesárea y de estos 54 nacidos vivos presentaron distocia de presentación

Al observar los casos hospitalizados de los recién nacidos producto de parto distócico nos motiva a que el estudio nos confirme la hipótesis planteado o buscar otras causas que influyen su hospitalización de los neonatos de parto por cesárea.

ABSTRACT

The birth of the newborn by eutocic or normal delivery without complications is the process where the fetus is in a cephalic and flexed position and no alterations are identified during the delivery process that concludes with the arrival of the newborn spontaneously, without complications and in the best of cases without the need for hospitalization after birth.

Newborns delivered by cesarean section have a 2 times greater risk of complications and the neonatal mortality rate increases to 2.4 times compared to newborns delivered vaginally.

In this study hospital, in the period from January to April 2022, there were 1051 deliveries and of these 442 (42%) were deliveries by cesarean section and of these 54 live births presented presentation dystocia.

Observing the hospitalized cases of newborns due to dystocic delivery motivates us for the study to confirm the hypothesis or look for other causes that influence the hospitalization of newborns due to cesarean section.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El nacimiento por parto vaginal un proceso biológico natural de toda embarazada. Sin embargo, cuando se presenta algunas complicaciones o patologías que ponen en riesgo de su salud materna y la de su bebé, se acude a la cesárea como último recurso para dar a luz y para resolver las complicaciones como: desproporción encéfalo pélvica, sufrimiento fetal, hipertensión inducida por el embarazo y otros. En los recién nacidos producto de parto por cesárea tienen 2 veces mayor riesgo de complicaciones y entrar a cuidados intensivos por más de 7 días por procesos benignos como taquipnea transitoria hasta procesos graves de insuficiencia respiratoria hipoxia e incluso la muerte. Este riesgo existe en recién nacidos por cesáreas electivas como nacidos por cesáreas urgente. Existen estudios consistentes que sostienen que la prevención de cesáreas electivas como método de alumbramiento pueden reducir los riesgos neonatales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985 determinó que la tasa de cesáreas es de 10% – 15% por cada 100 nacidos vivos. Mientras tanto, en el mundo occidental esta tasa ha aumentado en frecuencia llegando hasta un 32% y un 40% para el Caribe(22).

En 2018 en un estudio de alta complejidad de Colombia se encontraron que el 36.3% de neonatos hospitalizados fueron producto de parto por cesárea. Por lo tanto, para validar dicha asociación sugieren estudios controlados aleatorizados. En nuestro hospital, se ha observado un incremento de partos por cesáreas y de éstos los neonatos que presentaron distocia de presentación has sido

hospitalizados o han permanecido en observación más días en comparación a los recién nacidos por parto eutócico; es por ello nos tenemos la necesidad de establecer si existe el riesgo de hospitalización en recién nacidos por cesárea por distocia de presentación. Por ello realizamos el planteamiento del problema.

1.2 Formulación del Problema.

¿En qué medida existe el riesgo de hospitalización en los recién nacidos por cesárea por distocia de presentación en el Hospital Regional de Loreto en el periodo de Enero a Agosto de 2023?

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo General.

Determinar si existe riesgo de hospitalización en los recién nacido por cesárea por distocia de presentación en el Hospital Regional de Loreto en el periodo de Enero - Agosto de 2023.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar los días promedio de hospitalización en los nacidos por cesárea por distocia de presentación.

Determinar la frecuencia de complicaciones del recién nacido por cesárea

Determinar el puntaje APGAR en los recién nacidos por cesárea por distocia de presentación.

Determinar la edad gestacional de los nacidos por cesárea por distocia de presentación.

Determinar el tipo de distocia de presentación de los nacidos por cesárea por distocia de presentación.

Determinar los controles prenatales de las madres de los nacidos por cesárea por distocia de presentación.

Determinar las infecciones maternas durante la gestación de los nacidos por cesárea por distocia de presentación.

1.4 Justificación

Según los datos de la OMS los recién nacidos producto de un parto por cesárea presentan un riesgo de ingreso a cuidados intensivos 2 veces más que los nacidos por parto vaginal y con hospitalizaciones mayor a 7 días. Además, presentan un incremento en la tasa de mortalidad neonatal a 2.4 veces en comparación a los recién nacidos por parto vaginal. Por lo tanto, recomienda como una tasa razonable de cesáreas entre 10-15% y esta tasa se incrementa en los países desarrollados o en vías de desarrollo siendo así que las tasas muy bajas en los países pobres debido que se realizan frente a un riesgo de muerte materna.

El parto por cesárea es una vía electiva, que se acude como último recurso para dar a luz en el contexto de salvar la vida cuando se presentan situaciones que ponen en riesgo de la salud materna y la del neonato mas no debe ser como primera elección o no debería ser sugerida como una vía de nacimiento con una seguridad equivalentes o superior al parto vaginal tanto para el neonato como para la madre.

En Chile en el 2015, las cesáreas a nivel nacional tienen una tasa que llegó a 47.1%, el 70% de ellos en el sector privado. En el hospital de estudio, se presentaron 1051 partos de Enero - Abril del 2022; de ellos 609 fueron partos vaginales con un porcentaje de 57.9% y 442 fueron partos por cesárea con un porcentaje de 42%. De los recién nacidos por cesárea por distocia de presentación en este periodo, 25 fueron por presentación pelviana, 12 fueron por presentación transversa, 10 cesáreas por desproporción céfalo pélvico, 04 por presentación de cara, 01 por presentación oblicua, 01 por presentación podálica y 01 por presentación de hombro.

Al observar los casos hospitalizados de los recién nacidos producto de parto distócico nos motiva el estudio para confirmar con la hipótesis planteado o buscar otras causas que influyen su hospitalización de los neonatos de parto por cesárea. De confirmarlo o negarlo, nuestro estudio constituirá como fuente de dato inicial para investigaciones posteriores del tema.

1.4.1 Importancia

El siguiente proyecto de investigación es de mucha importancia porque se pretende determinar si existe el riesgo de hospitalización en recién nacidos producto de parto por cesárea en aquellas gestantes que tienen una presentación distócica y de encontrarse ese riesgo, ser una fuente inicial de futuras investigaciones para mejorar ese factor. Además, buscar factores condicionantes para hospitalizaciones de recién nacidos por parto por cesárea.

1.4.2 Viabilidad

El presente proyecto de investigación es viable porque se realizará en nuestra sede hospitalaria el cual es la fuente directa de información sobre recién nacidos producto de parto por cesárea por distocia de presentación que son hospitalizados en nuestro hospital, lo cual hace posible la obtención de muestras para el cumplimiento de los objetivos planteados. Además, para la ejecución del siguiente estudio se cuenta con recursos propios el cual asegura el financiamiento para llevarse a cabo satisfactoriamente esta investigación.

La siguiente investigación tiene por objetivo determinar las hospitalizaciones de recién nacidos asociados a partos por cesáreas por distocia de presentación y por ello consideramos que las autoridades respectivas de este hospital nos brinde las autorizaciones respectivas para ejecutar el presente proyecto de investigación.

1.5 Limitaciones

La presente investigación está diseñado para su ejecución dentro de las instalaciones del centro quirúrgico del Hospital Regional de Loreto y sus limitaciones comprende, poca casuística de cesárea por distocia de presentación, falta de acceso a todos los partos por cesárea, seguimiento estricto de los días de hospitalización de la población en estudio y la limitación muy importante comprende la falta de recolección de datos exactos y claros sobre los factores predisponentes que influyen en el parto por cesárea y factores que constituyen como riesgo para hospitalizaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

“La morbimortalidad neonatal incrementa en 1.5% en los RN (recién nacidos) obtenidos vía abdominal, lo que indica una relación directa entre la vía de nacimiento y la patología neonatal; sin embargo, esta cifra no es totalmente confiable debido a que incluye embarazos de alto riesgo. La muerte neonatal es inversamente proporcional a la edad gestacional; es por ello que la cesárea electiva es un procedimiento el cual se debe valorar a partir de la 37 semana de gestación, ya que se ha observado que es a partir de esa edad donde la morbilidad disminuye” (3).

En la ciudad de Bogotá, en una institución de alta complejidad se realizó un estudio de corte transversal por Nathalia Mora-Soto, MD y otros en los meses de Marzo y Julio del 2018 donde estudiaron a 1493 nacimientos, de los cuales 539 fueron por cesárea con un porcentaje de 36.3%. Donde observaron un incremento del riesgo global de hospitalización del neonato nacido por cesárea con OR ajustado [ORa] = 2,2; IC99%: 1,3-3,7 y concluyeron que hay una relación entre hospitalización del recién nacido y el parto por cesárea (8).

En un estudio realizado en un hospital privado de Ginecología y obstetricia de Monterrey donde se estudiaron 1,722 niños nacidos entre Abril a Agosto de 1998, de los recién nacidos que presentaron taquipnea transitoria del recién nacidos el 1.4% de los nacidos fue por cesárea programada, el 2.1% de los nacidos fue por cesárea con trabajo de parto y el 2.1% de los partos fueron gestantes sin antecedentes de cesárea anterior. Además, se encontró que en los neonatos

nacidos por cesarea tienen mayor riesgo de morbilidad neonatal que los recién nacidos por parto vaginal. Por lo tanto, el estudio concluye que hay una morbilidad asociada en recién nacidos por cesárea con oxigenoterapia, ingreso a la unidad de cuidados intensivos y uso de ventilación mecánica. También se concluye que los problemas respiratorios son menores en los recién nacidos por parto vaginal (12).

Según Karen Y. Ching Díaz, en el estudio realizado de Marzo a Octubre de 2019 en el servicio de Neonatología del Hospital Las Mercedes, el 39% de los neonatos por parto por cesárea presentaron un puntaje de 4-6 según la escala de Silverman Anderson. El 13% de ellos presentaron dificultad respiratoria moderado. El 13% de ellos presentaron dificultad leve. En ese mismo estudio se encontró que el 10% de los nacidos por parto vaginal presentaron dificultad respiratoria severa. De los neonatos que presentaron dificultad respiratoria el 80.7% necesitaron apoyo ventilatorio y el 19.3% no los necesitó. De éstos el 70% de los recién nacidos con dificultad respiratoria necesitaron cánula binasal o casco cefálico y el 7.3% necesitaron CPAP. En este estudio se evidencio que la enfermedad más frecuente en estos recién nacidos por parto por cesárea es la taquipnea transitoria del recién nacido con un porcentaje del 44% y el 31% en recién nacidos por parto vaginal. Por lo tanto, se concluye que el 44% de los neonatos nacidos por cesárea presentaron taquipnea transitoria del recién nacido (13).

En un estudio de taquipnea transitoria del recién nacido asociada a cesárea en el Hospital quito n°1 Coronel de Policía de Sanidad del 2001 hasta diciembre 2016, realizado por Tinajero garzón Acristina E. y Antonio Estevez Sabogal Rodrigo, considerado a una muestra de 332 recién nacidos por cesárea, donde se identificó que del 15.1% que presentaron taquipnea transitoria del recién nacido

las causas fueron: cesárea anterior 169 casos con un 50.9%; 45 casos por compromiso del bienestar fetal con un 13.6% y 33 casos con un 9.9% con desproporción céfalo pélvica (16).

2.2 Bases teóricas

OPERACIÓN CESÁREA

Aunque muchas mujeres piensan que traer al mundo al bebé por parto por cesarea tiene menos riesgo que el parto vaginal, el 77.8% de ellas prefieren parto vaginal. La cesárea consiste en un procedimiento quirúrgico que consiste una incisión abdominal hasta llegar al útero y la extracción del feto con fines de salvar la vida de la madre y del feto; realizada solamente cuando sean necesarias por indicación médica. El incremento de la tasa de cesáreas no reduce las tasas de mortalidad materna ni neonatal (22).

TIPOS DE CESAREA

Cesárea Electiva “Intervención programada que se realiza antes del inicio del parto en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal” (5).

Cesarea de recurso: “se realiza durante el curso del parto, por indicación materna, fetal o mixta. Se incluyen: desproporción pélvico-fetal, fracaso de inducción, distocia de dilatación o de descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni el feto” (5).

Cesarea urgente: “Es aquella que se realiza como consecuencia de una patología de la madre o del feto, en la que se sospecha compromiso del bienestar fetal (profilaxis pérdida del bienestar fetal). Puede ser anteparto o intraparto y se

recomienda la finalización del embarazo de forma rápida. El tiempo seguro entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no debe superar los 30 minutos (estándar internacional)” (5).

Cesarea de emergencia: “Se indicará en situaciones en las que exista un riesgo vital para la madre y/o el feto: rotura uterina, prolapso de cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa con hemorragia que comprometa el estado hemodinámico de la paciente y embolia del líquido amniótico. La extracción fetal se tendrá que realizar en <15min” (5).

Indicación de cesarea (2).

- Desproporción feto pélvica
- Alteración del bienestar fetal
- Distocia de presentación: podálica o feto transverso
- Macrostomia fetal > 4500gr; en gestantes diabéticas >4000gr
- Antecedente de cesárea anterior
- Riesgo de trabajo uterina durante el trabajo de parto por presentar lo siguientes antecedentes:
 - Dos o más cesáreas.
 - Miomectomía con incisión extendida hasta la cavidad del endometrio.
- Otras condiciones maternas, fetales u ovulares que ponen en riesgo el parto vaginal:
 - Preeclampsia severa.

- Fetales : malformaciones como hidrocefalia, macrocefalia.
- Ovulares: placenta previa.

Indicaciones absolutas.

- Placenta previa oclusiva total
- Feto transverso en trabajo de parto
- Siameses viables
- Gemelar monocorial monoamniotico
- Paro cardiorrespiratorio materno
- Cesarea anterior >3 veces

DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN

“Distocia es una disposición anormal del feto (posición, presentación, actitud), de una desproporción cefalopélvica o por anomalías que afectan el canal del parto” (2).

FACTORES QUE PREDISPONEN LA DISTOCIA DE PRESENTACION.

Se desconocen las causas que pueden originar presentaciones distócicas en el feto como podálica y transversas; sin embargo, es valioso conocer los factores de riesgo como los siguientes (2).

Fetales:

- Embarazo pretermino.
- Embarazo gemelar.
- Malformaciones congénitas.

Maternas:

- Multipariedad(>5partos).

- Mioma uterino ístmico.
- Malformaciones uterinas: tabiques

Ovulares:

- Polihidramio o oligohidramios
- Placenta previa

Complicaciones neonatales

Las complicaciones más frecuentes de los neonatos nacidos por parto por cesarea son los problemas respiratorios como Sd de distrés respiratoria, taquipnea transitoria del recién nacido, asfixia perinatal, APGAR menor de 7 al minuto y a los 5 minutos, ingreso a la UCIN y la mortalidad neonatal (7).

Cesárea y mortalidad perinatal

Con el objetivo de disminuir todo factor de riesgo de morbimortalidad materno-fetal, en las últimas décadas las operaciones por cesárea toman importancia, con indicaciones específicas. Es de consenso que todo nacimiento por cesárea aun en caso de ser programada o electiva, constituye un riesgo para el nacido, pues se la relaciona con mayor morbilidad y mortalidad perinatal, mayor distres respiratorio, hipoxia y alteraciones del proceso de adaptación, entre otros (10).

Estudios documentan que la morbilidad asociadas a las cesáreas electivas, incluyen a la taquipnea transitoria del recién nacido y la enfermedad por membrana hialina. Además, se incluyen a elevados índices de ventilación mecánica, oxigenoterapia y a los ingresos a cuidados intensivos. Los problemas respiratorios disminuyen con el trabajo de parto. Sin embargo, las cesáreas con trabajo de parto

aumentan el índice de aspiración meconial en el recién nacido. En conclusión, en la cesárea previa, sin trabajo de parto existe la posibilidad de la razón de momio de 17 veces más que el recién nacido sea prematuro que cuando un recién nacido sea por parto vaginal e igualmente es más de 3 veces el riesgo de presentar enfermedad de membrana hialina (12).

Evaluación del Test de APGAR

“El test de APGAR es una prueba de evaluación del cuadro de vitalidad de un bebé, que se realiza justo cuando acaba de nacer. Se valora a través de una puntuación determinada al minuto de nacer, a los 5 minutos y, a veces, a los 10 minutos. Se examinan el ritmo cardíaco (la frecuencia de los latidos del corazón), la respiración, el tono muscular, los reflejos y el color de la piel del bebé” (6).

“La evaluación se basa en una escala de 1 a 10, en donde 8 - 10 corresponde al niño más saludable. Si obtiene de 5 a 7 puntos, su condición fisiológica no está respondiendo adecuadamente y el neonato requiere una valoración clínica y una recuperación inmediata. y los valores inferiores a 4 indican que el recién nacido necesita asistencia médica de inmediato para que se adapte al nuevo ambiente” (6).

Hospitalización de recién nacidos

Se admite a recién nacidos a término menores de 30 días de nacido o prematuros hasta las 44 semanas de edad post menstrual con patologías médico – quirúrgicas.

“La atención en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal incluye monitoreo permanente cardiaco y respiratorio, registro cada hora de oximetría de pulso, frecuencia cardiaca, tensión arterial invasiva o no invasiva, control de temperatura, líquidos administrados y eliminados y escala de dolor, Glucometría de acuerdo a la condición clínica o riesgo. Evaluación médica mínimo 3 veces al día o más según la condición clínica del paciente y de enfermería permanente” (8).

Criterio de ingreso

- Recién nacidos con peso <1300g, <1800g que necesitan procedimientos especiales.
- Recién nacidos <32ss
- Todo recién nacido con:
 - Inestabilidad cardiopulmonar
 - Alteraciones cardio – respiratorias
 - Compromiso hemodinámico
 - Compromiso neurológico
 - Compromiso metabólico, hidroelectrolítico
 - Alteraciones hematológicas
 - Patologías infecciosas e inflamatorias
 - Malformaciones congénitas
 - Falla renal aguda

2.3 Definición de términos básicos

Distocia: “Cuando un parto procede de manera anormal o difícil como resultado de contracciones uterinas incoordinadas, disposición anormal del feto,

desproporción cefalopélvica o anormalidades del canal de parto. Lo eutócico es flexión activa, presentación cefálica y variedades de posición anteriores” (2).

Presentación: Es la parte del cuerpo fetal va salir primero durante el parto eutócico. Siendo la presentación cefálica la más frecuente (95%). En las presentaciones distócicas la podálica representa el 4% de los partos y el tronco un 1% de los partos.

Presentación podálica: Es cuando la pelvis del feto entra en contacto con el estrecho superior de la pelvis de la gestante y presenta sus variantes: presentación podálica completa 55%, incompleta 45%. La presentación incompleta se divide en: presentación de nalgas, presentación de pies y presentación de rodillas. Estas presentaciones tienen mayor morbimortalidad fetal en los partos vaginales que en las cesáreas debido a que puede producirse retención cefálica, con riesgo de asfixia neonatal y finalmente la muerte. Por esta razón, es una indicación de cesárea o una maniobra externa para rotar hacia una posición cefálica (2).

Presentación de hombro: es una posición fetal transversa donde el estrecho superior de la pelvis materno se encuentra en contacto con el hombro o tronco del feto, siendo el punto de reparo el acromion del feto. Se origina en 1% y no es compatible con el parto eutócico (2).

Complicaciones neonatales: Complicaciones del recién nacido ocurridas durante o después del parto.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis

Existe el riesgo de hospitalización de los recién nacidos por cesárea por distocia de presentación en el hospital Regional de Loreto entre los meses de Enero y Agosto del 2023

3.2 Variables y operacionalización de variables

3.2.1 Variable independiente.

Recién nacidos por cesárea por distocia de presentación

3.2.2 Variable dependiente:

Hospitalizaciones en recién nacidos por cesárea por distocia de presentación.

3.2.3 Operacionalización de variables.

Variable	Definición	naturaleza	Indicador	Escala	Categoría	Valor categórico	Modo de verificación
variable independiente: Recién nacidos por cesárea por distocia de presentación	Alumbramiento de un recién nacido a través de una incisión quirúrgica debido a una presentación distócica	Cualitativo	Estable inestable	Nominal	si no	1 2	Evaluación del paciente
variable dependiente: Hospitalizaciones en recién nacidos por cesárea por distocia de presentación	Días de Hospitalización de los recién nacidos que nacieron por cesárea por distocia de presentación	Cualitativo	Días de hospitalización	Ordinal Intervalo	3-5 5-7 7-10 10>	1 2 3 4	Días de hospitalización

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

- Según el diseño metodológico: es de tipo no experimental, transversal.
- De acuerdo a la estrategia: es de campo.
- De acuerdo al nivel de alcance: es de tipo descriptivo.
- De acuerdo a la tendencia: es de tipo cuantitativo

4.2 Diseño muestral

4.2.1 Población:

Todos los recién nacidos por parto por cesárea por distocia de presentación en el hospital Regional de Loreto en los meses de Enero a Agosto del 2023.

4.2.2 muestra.

Al no contar con una población determinada, para el cálculo del tamaño muestral se utilizará la siguiente fórmula con un nivel de confianza (Z) del 95% con un valor de 1.962 con un error de 3% y una prevalencia de p=5%

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2}$$

Donde:

Z: 1.962 nivel de confianza (con seguridad del 95%)

p: proporción esperada del 5% (0.05).

q: 1 – p; probabilidad de fracaso 1- 0.05 = 0.95.

d² : error máximo admisible 5%(0.05)

Remplazando tenemos:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{(0.05)^2} = 73.1$$

para la siguiente investigación se requiere evaluar a no menos de 73.1 recién nacidos para tener una seguridad al 95%, con un máximo error admisible al 5%.

4.2.3 Criterios de inclusión:

1. Recién nacidos por parto cesárea por distocia de presentación
2. Haber nacido en el Hospital Regional de Loreto

4.2.4 criterios de exclusión

1. Partos eutócicos.
2. Parto por cesárea electiva o Emergencia por causa distinta a distocia de presentación
3. Recién nacidos de embarazo múltiple.
4. Recién nacidos obitados nacidos por cesárea por distocia de presentación.
5. Recién nacidos con criterios de inclusión cuyos padres no desean participar en la investigación.

4.3 Recolección de datos.

Los Datos de recolectará mediante la evaluación directa y mediante la revisión de historias clínicas de los recién nacidos por parto por cesárea por distocia de

presentación que fueron hospitalizados y de los recién nacidos no hospitalizados en el hospital regional de Loreto en los meses de Enero a Agosto del 2023.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados serán procesados en el programa SPSS versión 23, se analizarán y se interpretarán los resultados sobre el riesgo de hospitalización de los recién nacidos por cesárea por distocia de presentación mediante:

Estadística descriptiva:

Los datos seleccionados, serán tabulados en tablas donde se consignen las variables directas e indirectas con su respectiva distribución de frecuencias relativas, absolutas y serán representados mediante gráficos de barras

Estadística inferencial

Para la evaluación del riesgo de hospitalización de los recién nacidos por cesárea por distocia de presentación se utilizará la prueba del Chi cuadrado y de determinar la existencia o no de una relación causal. En caso de existir dicha relación causal se reportará los Odds Ratio. El análisis estadístico inferencial se realizará con Z al 95% con un error máximo admisible del 5% y con una significancia de $p < 5\%$, y los datos se reportarán en los intervalos de confianza.

4.5 Aspectos éticos

Este proyecto de investigación se ejecurá de forma anónima sin mencionar la identidad de los participantes, respetando sus derechos a la aceptación o rechazo de participar en la siguiente investigación, además, se presentará al comité de

ética del Hospital Regional de Loreto en donde se realizará dicho estudio. Los recién nacidos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión participaran previo a la firma de un consentimiento informado por parte de su patria potestad.

COSTO TOTAL DEL PROYECTO

Descripción	Monto
Útiles de oficina	100
Impresiones y /o fotocopias	500
Procesamiento y análisis de datos	2500
Publicación	1000
Recursos humanos	1000
Transporte	350
Total	5450

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	MESES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Revisión bibliográfica	X	X						
Presentación del proyecto de tesis		X						
Evaluación del proyecto de tesis por el comité de ética		X						
Selección de población		X	X	X	X	X		
Ejecución del proyecto y análisis estadístico			X	X	X	X		
Redacción del informe final							X	X
Presentación de tesis finalizado								X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Furzán Jaime A. Nacimiento por cesárea y pronóstico neonatal, Arch Venez Puer Ped vol.77 no.2 Caracas jun. 2014. Visto en : http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000200006
2. Carvajal Jorge A, Isabel Barriga I. Manual de Obstetricia y Ginecología. Decimotercera Edición. Santiago de Chile 2022. Visto en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-obstetricia-y-ginecologia/>
3. Iparraguirre, M.; Torres, T.; Inostroza, L. Revista de Filosofía, Vol.39, N°100, 2022 – 1, pp. 431 – 447.
4. Guerrero Guzmán Isabel. Respiratory morbidity in neonates born by elective caesarean. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. Vol. XV; nº 20; 1055.Octubre de 2020 . Véase en : <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/morbilidad-respiratoria-en-neonatos-nacidos-por-cesarea-electiva/>
5. Protocols medicina maternofetal hospital clínic- hospital sant joan de déu- universitat de Barcelona. visto en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>
6. Test de APGAR. Puntuación del recién nacido. Guía infantil. Visto en <https://www.guiainfantil.com/salud/enfermedades/apgar.htm>
7. Santos Hernández E. Frecuencia de complicaciones materno-neonatales de la cesárea realizada por petición materna. Tesis para obtener el título de especialista en ginecología y obstetricia. Mexico, Junio 2020.

8. Troncoso Moreno G, Esperanza Galvis Díaz C, Solano Suarez J. Criterios de ingreso y egreso a las unidades de recién nacido en Colombia. Asociación Colombiana de Neonatología. Versión No. 2. 2020.
9. La Fontaine Terry Juan; Paulina Simba Natercia; Cutiño Guerra Margelis. Maternal and neonatal morbimortality in first time cesarean section. AMC vol.10 no.3 Camagüey Mayo.-jun. 2006
10. Guido Bendezú, Andrés. Cesárea programada y morbilidad neonatal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 51, núm. 4, octubre-diciembre, 2005, pp. 206-211. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. San Isidro, Peru.
Visto en: https://www.academia.edu/65123778/Ces%C3%A1rea_programada_y_morbilidad_ad_neonatal
11. Abigail Cueva-Puelles Lizeth. Parto por cesárea y morbimortalidad en neonatos del Hospital Las Mercedes, vol.6 nº2. Marzo a octubre del 2019. Visto en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-obstetricia-y-ginecologia/>
12. Acuña Vázquez Eduardo, Rodríguez Balderrama Isaías. Comparación de la morbilidad y la mortalidad neonatal en niños nacidos por cesárea vs parto vaginal. Vol. 66, Núm. 2. Mar.-Abr. 1999 pp 40-45. Revista Mexicana de Pediatría.
13. Ching Díaz K., Cueva Puelles L., Monsalve-Mera A. Parto por cesárea y morbimortalidad en neonatos del Hospital las Mercedes, Marzo a octubre de 2019. Rev Exp Med 2020;6(2).
14. Urquiza y Conde F, Martínez-Villafaña E, Tijerina-Tijerina G, Quesnel-García Benitez C, Oldak-Skivirsky D. Morbilidad y mortalidad del recién nacido en

- un hospital privado de México. *Ginecol Obstet Mex.* 2020; 88 (8): 525-535.
<https://doi.org/10.24245/gom.v88i8.4281>
15. González Dávila, R. (2012). Evolución de la frecuencia y causas de cesárea en el Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional, en pacientes gestantes atendidas desde enero del 2003 a junio del 2012.
16. Tinajero garzón A. Sabogal Rodrigo A. Tesis “Taquipnea transitoria del recién nacido asociada a cesárea con y sin labor de parto en embarazos mayores de 34 semanas en el Hospital de la Policía Quito N°1 desde enero 2001 hasta Diciembre 2016”.
17. Azami-aghdash, S., Ghojzadeh, M., Dehdilani, N., & Mohammadi, M. Prevalence and causes of cesarean section in Iran: Systematic review and meta analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 43. 2014.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001265>
18. Gerten, K. A., Coonrod, D. V., Bay, R. C., & Chambliss, L. R. (2005). Cesarean delivery and respiratory distress syndrome: Does labor make a difference? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(3 SUPPL.), 1061–1064.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.05.038>
19. Iñiguez, F., & Sánchez, I. (2016). Desarrollo pulmonar. *Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica*, 11(2), 148–155. Retrieved en <http://www.neumologia-pediatria.cl>
20. Kasap, B., Duman, N., Ozer, E., Tatli, M., Kumral, A., & ??zkan, H. (2008). Transient tachypnea of the newborn: Predictive factor for prolonged tachypnea. *Pediatrics International*, 50(1), 81–84. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2007.02535.x>

21. Norwitz, E. R. M. D. (2017). Official reprint from UpToDate ® www.uptodate.com
©2017 UpToDate ® Physiology of parturition.
22. OMS. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.
23. Vázquez-peña, G., & Reyes-segovia, C. (2015). Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia, 53(81).

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título de la investigación	Planteamiento del problema	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento	Instrumento de recolección de datos
“Riesgo de hospitalización en recién nacido por cesárea por distocia de presentación en el Hospital Regional de Loreto en el periodo de Enero a Agosto de 2023”	En qué medida existe el riesgo de hospitalización en recién nacidos por cesárea por distocia de presentación en el Hospital Regional de Loreto en el periodo de Enero a Agosto de 2023?	<p>General:</p> <p>Determinar si existe el riesgo de hospitalización en recién nacido por cesárea por distocia de presentación</p> <p>Específicos :</p> <p>Determinar los días promedio de hospitalización en los nacidos por cesárea por distocia de presentación.</p> <p>Determinar el puntaje APAGAR</p>	Existe un riesgo de hospitalización en recién nacidos producto de parto por cesárea por distocia de presentación en el Hospital Regional de Loreto en el periodo de Enero a Agosto de 2023	<p>según la intervención: observacional, según el tiempo prospectivo, transversal</p> <p>Según estrategia aplicada: De campo</p> <p>Según el nivel y alcance de sus resultados: Descriptivo</p> <p>Según su tendencia o enfoque: cuantitativo</p>	<p>Población: Recién nacidos por cesárea por distocia de presentación del HRL</p> <p>Muestra:</p> <p>Para el calculo del tamaño muestral se emplearan la formula</p> $n = \frac{Z^2 x p x q}{d^2}$ <p>Donde Z al 95% con un valor predictivo de 1.96</p>	Historias clínicas de recién nacidos por cesárea por distocia de presentación en el HRL

		<p>en los recién nacidos por cesárea por distocia de presentación.</p> <p>Determinar la edad gestacional de los nacidos por cesárea por distocia de presentación.</p> <p>Determinar el tipo de distocia de presentación de los nacidos por cesárea</p> <p>Determinar los controles prenatales de las madres de los nacidos por cesárea por distocia de presentación.</p> <p>Determinar las infecciones maternas durante la gestación de los nacidos por</p>			<p>con un error del 5% y una prevalencia P= 10%</p>	
--	--	---	--	--	---	--

		cesárea por distocia de presentación.				
--	--	---	--	--	--	--

2. Instrumentos de recolección de datos

“Riesgo de hospitalización en recién nacido por cesárea por distocia de presentación en el Hospital Regional de Loreto en el periodo de Enero a Agosto de 2023”

Fecha de ingreso:

Fecha de salida:

Días de hospitalización :

Nº controles prenales:

Objetivo específico	Indicador	Si	No
Distocia de presentación	Presentación podálica. Presentación transversa Presentación oblicua.		
Escala de APGAR	0 - 3 4 - 6 7 - 10		
Determinar la edad gestacional de los nacidos	< 32 ss 32 - 34 35 -36 >37		
Infecciones maternas durante la gestación	1 trimestre 2do trimestre 3er trimestre		