



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TESIS

**“CAUSAS ASOCIADOS A LAS CESÁREAS EN EL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS
SHOWING FERRARI - HUÁNUCO, 2017”**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL
MENCIÓN EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

AUTORA:

Natalia, BALLARTE BAYLON

ASESORA

Dra. Juana Irma, PALACIOS ZEVALLOS

HUÁNUCO – PERÚ

2018



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las 10:00 horas del día 12 del mes de Setiembre en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió el jurado calificador integrado por los siguientes docentes: Obst. Esp. Mariella Mariyu Quiroz Tucto, **Presidenta**, Obst. Esp. Marisol Sinche Alejandro, **Secretaria**, Obst. Esp. Maricela Marcelo Armas, **Vocal**.

Nombrados mediante RESOLUCIONES Nº 1326-2019-D-FCS-UDH de fecha 06 de setiembre del 2019, para evaluar la Tesis intitulada: "**CAUSAS ASOCIADOS A LAS CESAREAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI – HUÁNUCO. 2017**", presentado por doña: **Natalia BALLARTE BAYLÓN**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención en Alto Riesgo Obstétrico.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobada Por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de Buena.

Siendo las 11:30 horas del día 12 del mes de Setiembre del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

Obst. Esp. Mariella Mariyu Quiroz Tucto

SECRETARIA

Obst. Esp. Marisol Sinche Alejandro

VOCAL

Obst. Esp. Maricela Marcelo Armas

DEDICATORIA

A mi Padre aunque no esté físicamente a mi lado, me inculcó el estudio permanente para mi superación.

A mi Madre, por estar siempre conmigo y estar pendiente de mis logros.

A mi esposo por su compañía y apoyo incondicional.

A mis hijos por su amor, comprensión y ser la razón de mi existencia.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por su bendición diaria,

**A mi esposo e hijos quienes son el pilar fundamental para mi
crecimiento profesional**

**A mi Alma Mater, “Universidad de Huánuco” a su plana docente de
quien formo parte y a sus directivos por lograr el prestigio Académico
a nivel nacional.**

**A mis alumnos, por su entusiasmo y avidéz de conocimientos que son
la razón de superación de un docente**

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN	vi
SUMMARY	vii
INTRODUCCION.....	viii

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema	10
1.2 Formulación del problema	12
1.2.1 Problema general.....	12
1.2.2 Problemas específicos	12
1.3 Objetivo General.....	13
1.4 Objetivos Específicos.....	13
1.5 Justificación de la investigación.....	13
1.6 Limitaciones de la Investigación	15
1.7 Viabilidad de la investigación.....	15

CAPITULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	16
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	16
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	21
2.1.3 Antecedentes locales.....	23
2.2 Bases Teóricas	28
2.3 Definiciones conceptuales	41
2.4 Hipótesis.....	41
2.5 Variables.....	42
2.5.1 Variable de Interés	42
2.5.2 Variable asociada.....	42
2.5.3 Variable de características generales	42
2.6 Operacionalización de variables	43

CAPITULO III

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1	Tipo de Investigación	44
3.1.1	Enfoque	44
3.1.2	Alcance o nivel	44
3.1.3	Diseño	44
3.2	Población y muestra	45
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
3.4	Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	48
3.5	Técnicas para el análisis de la información	49

CAPITULO IV

4 RESULTADOS

4.1	Análisis descriptivo de los datos	51
4.2	Análisis inferencial	93

CAPITULO V

5 DISCUSION

5.1	Discusión de resultados	97
CONCLUSIONES		101
RECOMENDACIONES		103
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		106
ANEXOS		111

RESUMEN

Objetivo: Determinar las causas asociadas a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis, Huánuco 2017. **Métodos:** El estudio fue de diseño correlacional retrospectivo con la evaluación de 239 Historias clínicas de mujeres sometidas a cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, durante el periodo 2017. Se utilizó como instrumento una ficha de registro para el recojo de datos. En el análisis inferencial se utilizó la prueba de correlación de r de Pearson. **Resultados:** Las causas maternas que se presentaron con mayor frecuencia fueron: Desproporción céfalo pélvica (21,8%), Cesárea previa (20,5%), Pre-eclampsia leve y severa (8,4%) y embarazo prolongado (7,5%). Entre las causas fetales fueron el estado fetal no tranquilizador (14,6%), presentación pelviana (9,2%), distocias de presentación persistente (7,9%). En las causas maternas-fetales presentes se encontró Oligohidramnios severo (9,6%), Placenta previa (1,3%).

Conclusiones: Las causas maternas, fetales y maternas-fetales se asocian a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

Palabras clave: Causas, maternas, fetales, maternas-fetales, cesáreas

SUMMARY

Objective: To determine the causes associated with Cesarean sections at the Maternal and Child Hospital Carlos Ferrari, Amarilis, Huánuco 2017. Methods: The study was retrospective correlational design with the evaluation of 239 clinical histories of women undergoing caesarean sections at the Maternal and Child Hospital Carlos Showing Ferrari, during the period 2017. A record card was used as an instrument for data collection. In the inferential analysis, Pearson's r correlation test was used. Results: The most frequent maternal causes were: Celiac cephalopathy (21.8%), previous Caesarean section (20.5%), mild and severe pre-eclampsia (8.4%) and prolonged pregnancy (7, 5%). Among the fetal causes were the non-reassuring fetal state (14.6%), pelvic presentation (9.2%), persistent presentation dystocia (7.9%). Severe Oligohydramnios (9.6%), Placenta previa (1.3%) was found in the maternal-fetal causes.

Conclusions: Maternal, fetal and maternal-fetal causes are associated with Cesarean sections in the Hospital Materno Infantil Carlos Ferrari.

Key words: Causes, maternal, fetal, maternal-fetal, caesarean

INTRODUCCION

La cesárea es la intervención quirúrgica que se realiza con mayor frecuencia en obstetricia. La frecuencia de la operación cesárea se ha ido incrementando en las últimas décadas en relación al número total de partos. La Organización Mundial de la Salud propuso como estándar para los nacimientos por cesárea la cifra de 15%. Los índices más altos de cesárea se observan en América Latina, van de 16 % a 40 %, e incluso se menciona hasta 45 %.

El propósito del presente trabajo fue determinar las causas asociadas a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari en el año 2017.

En ese sentido, nuestro estudio de investigación se compone en cinco capítulos. El primero lo constituye el problema, la formulación del problema, el objetivo general y específico y la trascendencia de la investigación.

En el segundo capítulo lo conforma el marco teórico, el cual se encuentra constituido por los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, las definiciones conceptuales, sistema de hipótesis y sistema de variables.

El tercer capítulo se refiere al marco metodológico, abarcando el tipo de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y técnicas para el procesamiento y análisis de la información.

En el cuarto capítulo se comunican los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis y en el último y quinto

capítulo se presenta la discusión de los resultados. Posteriormente se incluyen las conclusiones y las recomendaciones. Y, también las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

La cesárea es el parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero ¹.

La operación cesárea se ha incorporado a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño, en las últimas décadas se observa que se ha presentado incremento en relación al número total de partos, como se desprende de los estudios realizados en diferentes naciones ².

Su frecuencia ha ido en aumento a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. A medida que los hospitales tienen más años de funcionamiento, la cesárea iterativa se hace en forma frecuente³.

La tasa de cesáreas muestra una tendencia en aumento tanto en los hospitales privados como en los públicos, siendo muy marcado en los primeros. La tasa de cesárea recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de un 15%, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) 15,5% para mujeres nulíparas con gestación a término y 63% en mujeres con cesárea anterior⁴.

De la misma forma se ha visto una tendencia al incremento en nuestro país, según ENDES 2016 Perú, la tasa de cesáreas se incrementó de 20,4% a 31,6% entre los años 2011 y 2015. Al

desagregar la cifra por características de la madre, se revelan importantes contrastes⁵.

Se observa que en los últimos cinco años aumentaron los partos por cesárea principalmente en el área urbana en 8,2 puntos porcentuales del 2011 al 2015, mientras que en el área rural el incremento fue de 4,9 puntos porcentuales en los años en mención⁶.

De acuerdo con el ámbito geográfico, la ENDES refiere que los tres primeros departamentos que se encuentran por encima de la media nacional son Tumbes con 45,2%, Lima metropolitana con 44,0% y Moquegua con 39,4%⁷.

Por otro lado, Huánuco según la ENDES⁸, registra 16,9 % al año 2015, en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari se observa una cobertura de 92 % en la atención de parto complicado quirúrgico por medio de cesárea para el año 2016 y 2017 evidenciando un incremento porcentual de 6,3 % en el último año⁹.

Considerando que la cesárea, como procedimiento, tiene un alto grado de seguridad, esta sigue siendo una cirugía con los riesgos propios como: aumento del sangrado, infecciones de herida operatoria, daño accidental al intestino y/o vejiga, reacción adversa a medicamentos, muerte materno-fetal (muy poco frecuente) y posibles daños al neonato.

Además de tener presente las implicaciones médico-legales que obligan a justificar plenamente los riesgos de la ejecución de este procedimiento¹⁰.

De todo lo expuesto la alta frecuencia de operación cesárea ya se considera un problema de salud pública a nivel mundial y particularmente en países en vías de desarrollo como el Perú. Por tal razón se ha decidido realizar este estudio con la intención de determinar las causas asociadas a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis, Huánuco 2017.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son las causas asociadas a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari –Amarilis-Huánuco 2017?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Qué características demográficas presentan las mujeres sometidas a cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Amarilis-Huánuco 2017?
- ¿Cuáles son las causas maternas asociadas a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari –Amarilis-Huánuco 2017?
- ¿Cuáles son las causas fetales asociadas a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari –Amarilis-Huánuco 2017?
- ¿Cuáles son las causas maternas - fetales asociadas a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis, Huánuco 2017?

1.3 Objetivo General

Determinar las causas asociadas a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis, Huánuco 2017.

1.4 Objetivos Específicos

- Describir las características demográficas que presentan las mujeres sometidas a cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017.
- Establecer las causas maternas asociadas a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis, Huánuco 2017.
- Describir las causas fetales asociadas a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis, Huánuco 2017.
- Identificar las causas maternas y fetales asociadas a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis, Huánuco 2017.

1.5 Justificación de la investigación.

El conocer que la realización de la operación cesárea se ha incrementado en todo el mundo, subestimándose de esta forma la capacidad natural de la mujer para parir y de esta forma aumentar las probabilidades de complicaciones al someterlas a un riesgo anestésico y quirúrgico, ha sido el motivo de constantes trabajos de investigación.

El identificar las causas que conducen a las cesáreas beneficiara a las madres gestantes de diferentes características sociales, culturales y económicas para que se conozca de que la elección de la cesárea como vía de parto se debe de hacer con todos los elementos de valor

disponible, minimizando los riesgos y optimizando el bienestar y la salud del binomio madre hijo.

Así mismo la investigación servirá para mejorar la atención médica mediante estrategias de capacitación permanente al personal de salud, masificación en el uso adecuado del partograma, herramienta utilizada para controlar la progresión fisiológica del trabajo de parto evitando intervenciones innecesarias y dar una adecuada asesoría a la pareja gestante con el fin de aclarar todas las dudas que puedan presentarse de tal forma que la elección de la vía del parto no sea basada en una medicina a la defensiva sino en la medicina en pro del bienestar de la madre y el feto.

Desde el punto de vista metodológico la ejecución de la presente investigación permitirá generar políticas de mejoramiento que involucren al Gobierno Regional, instituciones prestadoras de servicios públicos y privadas, especialistas, protocolos y flujogramas basados en la mejor evidencia disponible; en la evaluación detallada de la población obstétrica, para intervenir a las gestantes en su primer embarazo y así promover el parto natural.

Como resultado esta investigación busca proporcionar información sobre las causas que incrementan la intervención quirúrgica de cesárea en el Servicio de Ginecología del Hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari en el 2017.

1.6 Limitaciones de la Investigación

Para la ejecución de la presente investigación se dispuso de diversos trabajos de investigación relacionados al tema como material de consulta así mismo, de bibliografía actualizada y de fuentes bibliográficas en Internet, por lo que no existieron limitaciones metodológicas para su desarrollo.

Por ser un estudio descriptivo los datos solo están ligados a la veracidad de las respuestas. Describe las características propias de una población estática perteneciente a una región geográfica determinada (Hospital Materno Carlos Showing Ferrari).

De acuerdo a los resultados obtenidos, el estudio no puede extrapolarse a toda la población de los Hospitales de la región, debido a la particularidad de la investigación, limitándose a las atendidas en el lugar de localización del estudio.

1.7 Viabilidad de la investigación

El presente estudio fue viable porque reunió las características de condiciones técnicas, económicas y operativas que aseguraron el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos como parte de la investigación

Así mismo el Hospital materno Infantil Carlos Showing Ferrari por su categoría 2-E, cuenta con los recursos necesarios que hicieron posible el abordaje del presente estudio y con servicios necesarios para la atención de la gestante y el recién nacido

CAPITULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Después de haberse realizado la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios relacionados al problema de investigación.

2.1.1 Antecedentes Internacionales

En Colombia, 2016, Borrero¹¹, realizo una investigación Titulada: “Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva”. Cuyo objetivo fue determinar la incidencia de la operación cesárea y conocer sus principales indicaciones en el Hospital Universitario de Neiva. El estudio fue observacional descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron los registros de mujeres que presentaron parto vaginal o parto por cesárea en el periodo comprendido entre enero 2011 y diciembre del 2012. Entre los resultados se encontraron que en el año 2011 se registraron 1579 nacimientos, con una incidencia de cesárea de 39%. Las principales indicaciones obstétricas fueron: cesárea previa, trastornos hipertensivos asociados, Inducción fallida, desproporción céfalo pélvica, distocia de presentación. Para el año 2012 el registro fue de 2122 nacimientos, con una incidencia de cesárea de 39 %. Entre las indicaciones obstétricas de cesárea se encontraron: cesárea previa, Inducción fallida, trastornos hipertensivos asociados al embarazo, desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal agudo, entre otras. Conclusiones: Los nacimientos por

cesárea han aumentado significativamente respecto a años anteriores, la tasa de cesárea en el periodo analizado se encuentra en 39%, la principal causa de este procedimiento es la cesárea previa, seguida de la inducción fallida.(13)

En Valencia, España, 2015, Librero y Peiró¹². investigaron el “Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes”. El objetivo fue identificar el porcentaje de cesáreas. El estudio fue de cohorte retrospectivo teniendo en cuenta los partos atendidos en hospitales públicos de la Comunidad Valenciana (n=214.611; fuente: Conjunto mínimo de datos básicos), en la que se identificaron los partos de bajo riesgo (edad menor 35 años, sin antecedentes de cesárea, duración de la gestación entre 37-41 semanas, y feto único, presentación cefálica y normo peso. Se analizó la variabilidad en el indicador, su correlación con el indicador bruto y, mediante modelos de regresión logística multinivel, la presencia de riesgos remanentes. Un total de 117.589 (58,4% del total) partos fueron identificados como de bajo riesgo. El porcentaje de cesáreas en este subgrupo fue del 11,9% (24,4% para el total) con un rango entre hospitales del 7,0% al 28,9%. El porcentaje de cesáreas en bajo riesgo y total se correlacionaron fuertemente ($r=0,88$). El ajuste de los riesgos remanentes en la población de bajo riesgo no alteró el efecto hospital sobre el porcentaje de cesáreas. Se llegó a la Conclusión que el porcentaje de cesáreas en partos de bajo riesgo incluye un alto volumen de partos, correlaciona con el indicador bruto y los riesgos remanentes no están influidos

diferencialmente por los hospitales, siendo útil para monitorizar la calidad de la atención obstétrica en el Sistema Nacional de Salud

En Colombia 2014, Romero¹³, llevo a cabo una revisión sobre la “Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). Bogotá, 2014”, el objetivo fue identificar la tendencia de la tasa de cesárea, la clasificación, los riesgos materno-perinatales, los factores asociados a dicha tasa y proponer estrategias para racionalizar el uso de cesáreas en Colombia, en el estudio se realizó una revisión de las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) de 1998 a 2013. Entre los resultados se encontró que la tasa de cesáreas en Colombia pasó de 24,9% en 1998 a 45,7% en 2013. La cesárea incrementa el riesgo de muerte, las complicaciones maternas graves y la morbilidad respiratoria neonatal comparada con el parto vaginal. Factores médicos, socioculturales y económicos incrementan el uso de la cesárea. Las estrategias multifacéticas demuestran mayor efectividad para reducir la tasa de cesárea. Indicando dentro de las conclusiones que se deben promover estrategias como educación continua, auditoría, mejoramiento de la calidad e involucrar otros actores sociales para generar un cambio cultural y racionalizar el uso de la cesárea en Colombia.

En Costa Rica 2013, Morera¹⁴, desarrollo un estudio titulado: “Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica” cuyo objetivo fue: Determinar la utilización y medir la variabilidad

de las tasas de cesárea en los hospitales públicos de Costa Rica. Se utilizaron datos de partos del período 2010-2011 para calcular las tasas de cesáreas en el total de partos y en partos de bajo riesgo. Se estimaron proporciones con sus intervalos de confianza para determinar cuáles hospitales se alejan significativamente del rango óptimo de cesáreas recomendado por la OMS y se calcularon rangos de variación tanto para las tasas de cesáreas, como de la estancia media de los procedimientos obstétricos. Entre los resultados se encontró que la utilización de cesárea supuso el 19,4% del total de partos y 18,6% en partos de bajo riesgo. La mitad de los hospitales registra porcentajes de cesáreas fuera del rango recomendado por la OMS (10-15%). Existe una alta variabilidad en la tasa de cesárea entre centros hospitalarios y una variabilidad moderada en la estancia media de los procesos de cesárea y parto vaginal con complicaciones. Entre las conclusiones se identificó que las diferencias en la gravedad de las pacientes no influyen significativamente en la variabilidad de las tasas de cesáreas en los hospitales públicos de Costa Rica, dado que los centros con alta incidencia de cesárea de bajo riesgo tienen también alta incidencia en el resto de los partos.

En México 2013, Suárez, Campero, De la Vara,, Rivera, Hernández y Lazcano¹⁵, realizaron un estudio titulado “Características socio-demográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México” el objetivo fue describir la tendencia de la cesárea en México y su asociación con características socio-demográficas y reproductivas. El estudio se realizó en base a Encuestas Nacionales de Salud 2000, 2006

y 2012, se analizó información de cesáreas en mujeres. Se utilizó un modelo de regresión logística multivariado en 2012. Entre los resultados, se identificó un incremento de 50,3% de la operación cesárea a nivel nacional en el periodo de 2000 a 2012. Las mujeres con mayor posibilidad de tener una cesárea fueron las que se atendieron en el sector privado (RM=2.84, 95%IC:2.15- 3.74). Al asociar la edad y la paridad se observan los riesgos más altos en primíparas de 12 a 19 y de 35 o más años (RM=6.02, 95%IC:1.24-29.26 y RM=5.20, 95%IC:2.41-11.21, respectivamente). Entre las conclusiones se proponen algunas recomendaciones encaminadas a revertir el incremento de esta práctica clínica, sobre todo en aquellos casos donde no hay una indicación precisa para su realización.

En Ecuador 2013, Jáuregui, Tapia, Garate, Montes de Oca y Gaybor¹⁶, desarrollo un estudio titulado: Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero – Diciembre de 2011. El estudio fue descriptivo, la población estudiada fueron todas las mujeres que terminaron su gestación por cesárea. Las variables empleadas fueron: edad materna, semanas de gestación en la que se terminó el embarazo, diagnósticos establecidos como indicación de cesárea. Ente los resultados se encontró que la primera causa de cesárea fue la cesárea anterior con un 32.4%, luego el sufrimiento fetal agudo con un 8%, desproporción céfalo - pélvica con un 7.8%, dilatación estacionaria con un 7,3%, trastornos hipertensivos del embarazo con 7.3%, distocias de presentación con un 6.4%, ruptura prematura de membranas con un 4.1%, cesárea iterativa 1 con un 3.4%, distocias óseas con un 3.1% y

Macrosomía fetal con un 2%. Se concluye indicando que la cesárea anterior fue la principal causa de cesárea en la población atendida en la Fundación Pablo Jaramillo durante el 2011.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

En el Callao- Perú, 2016, Flores¹⁷, en su estudio: “Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla”. Tuvo como objetivo: Evaluar los factores asociados a las cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital de ventanilla durante el periodo enero a diciembre del 2015. El estudio fue observacional, analítico, retrospectivo, corte transversal y relacional en el Hospital de Ventanilla, el universo fue de 942 pacientes quienes fueron sometidas a cesárea durante el periodo enero – diciembre 2015, de ellas se obtuvo una muestra de 166 casos que fue calculada con una fórmula para poblaciones finitas. Se formuló una ficha para la recolección de datos y transcribir las indicaciones de cesárea más frecuentes del servicio. Los datos extraídos se analizaron con el programa estadístico SPSS IBM versión 22. Entre los Resultados se encontró que de los 166 casos estudiadas, se encontró una frecuencia de cesáreas injustificadas de 35.5%. La edad y los controles pre natales son factores asociados estadísticamente no significativos a cesáreas injustificadas con un $p < 0,05$ y un OR= 1,1 y 1,4 respectivamente. El tipo de cesárea por la que han sido intervenidas ha sido electivo con un 56.6% y dentro de las principales indicaciones injustificadas para la realización de cesárea han sido de causas maternas con un 58.4% y de mayor indicación por cesárea anterior una vez con 19.3%. Se concluye indicando que las

cesáreas injustificadas son las menos frecuentes representando un 35.5%. La edad y los controles pre natales son factores asociados no significativamente a cesáreas injustificadas.

En Lambayeque- Perú, 2014, Paiba y Salazar¹⁸, en su trabajo: Causas de cesáreas en el hospital provincial docente belén de Lambayeque, 2014, tuvo como objetivo determinar las causas que conducen al parto por cesárea con la finalidad de mitigar con prevención la tasa de incremento. El estudio fue retrospectivo comparativo mediante la revisión de 140 historias clínicas de partos por cesárea y un mismo número por parto vaginal. Entre los resultados se encontró que las causas maternas asociadas al parto por cesárea son la cesárea previa, las distocias del canal del parto, el periodo intergenésico corto y enfermedad hipertensiva del embarazo. Las causas fetales son malformaciones congénitas, RCIU y la muerte fetal.

En el Callao-Perú 2013, Gálvez¹⁹, en su trabajo Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital "San José" del Callao, en el período Enero - diciembre 2013, tuvo como objetivo determinar la tasa de incidencia de Cesárea, estudio fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo; La población estuvo constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y el espacio muestral corresponde a 160 pacientes. Entre los resultados se encontró que el 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y Macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9%, sufrimiento fetal agudo y

distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha, periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%.

2.1.3 Antecedentes locales.

En Huánuco Perú, 2016, Maylle²⁰, en su estudio: Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014, tuvo como objetivo: determinar la incidencia de cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014; el estudio fue de tipo no experimental, transversal y retrospectivo; con diseño descriptivo, encontrando entre los principales resultados que nivel educativo fue el superior en promedio de 65 % para los tres años en evaluación, así mismo el nivel socio económico fue aceptable en promedio de 76 % para los tres años, el estado civil que predominó fue el conviviente con el 50 %, los factores obstétricos estuvieron representados por ser multigestas 68 %, la edad gestacional a término, la indicación materna cesárea anterior representó en promedio 24%, la indicación anexos placentarios RPM [3% (2010)], [2% (2011)], [3% (2012)], [14% (2013)], y [5%(2014)]. La cesárea de emergencia es la que presentó mayor frecuencia [75% (240)] año 2010; [72%(262)] año 2011; [71% (275)] año 2012; [67% (315)] año 2013; y [53% (250)] año 2014. Concluyendo que: la incidencia en cesáreas en el Hospital base

II de la Red Asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014 es a disminuir progresivamente, con una incidencia que fluctúa entre 37,7% a 34%.

En Huánuco Perú, 2016, Puri²¹, en su estudio: Casuística de complicaciones del parto que terminaron en cesárea. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano –Periodo – 2015, tuvo como objetivo determinar las casuísticas de complicaciones en el parto que terminaron en cesárea Hospital Regional Hermilio Valdizán. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. La población estuvo constituida por todas las pacientes que terminaron en cesárea durante el año 2015 que fueron en total 1075 pacientes de donde se obtuvo una muestra de 633. Los resultados obtenidos muestran: que en el HRHVM durante el año 2015 ocurrieron 2291 partos, de los cuales 1216 correspondieron a los partos eutócicos (vaginales) con el 53%, y 1075 partos distócicos (cesárea) con el 47%, lo que expresa que existe un porcentaje significativo de cesáreas como consecuencia de complicaciones que se presentan. La edad materna que más prevaleció en la casuística de complicaciones de parto que terminaron en cesárea fue la edad de entre 20 a 25 años con un porcentaje de 44%, el que corresponden a la zona urbana, el 38% son de la zona rural, 51% tienen el nivel de educación secundaria, el 64% es convivientes, el 63% son pacientes multigestas, mientras que el 37% de pacientes son primigestas, el mayor porcentaje de 47% presenta el espacio intergenésico normal, el 68% de pacientes presentan más de 2 cesáreas, el 85% corresponden a las pacientes no adolescentes, el

84% tuvieron atención prenatal, el 35% de cesareadas fue por distocia de canal de parto , el sufrimiento fetal representa el 50%, las HIE con el 45%, seguida de la placenta previa con el 19%; cesareadas anteriores con el 89% seguidas del expulsivo prolongado con el 6% .

En Huánuco Perú 2016, Contreras²², en su estudio:“ Principales patologías Gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia Gineco obstétrica del HRHVM Huánuco Abril- Setiembre 2016”,tuvo como objetivo determinar cuáles son las principales patologías Gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia Gineco obstétrica, fue un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, con una muestra de 1280 pacientes; obteniendo como resultado lo siguiente: la edad promedio que más prevaleció en el grupo de estudio fue el de las edades de 20 a 24 años con un porcentaje del 28% con un total de 352 pacientes en cuanto al estado civil, encontramos en el estudio que la media estuvo entre las convivientes con el 54% con un total de 690 pacientes. En relación al grado de instrucción que la que más incidencia tuvo el de nivel secundario con el 57%, con un total de 694 pacientes, en lo que respecta a la procedencia la moda se encuentra en las que son de la zona rural con el 61%, y con 782 pacientes, Referente a la religión que profesan las pacientes en estudio, el mayor porcentaje con el 49% se encontró en la religión católica con 593 pacientes, según la ocupación fueron las amas de casa con el 69%, teniendo un número de 882 pacientes, al tipo de paciente atendida se evidencia que hubo más pacientes obstétricas, representando el 96% con 1226 pacientes

atendidas, de acuerdo al tratamiento que recibieron las pacientes en el servicio el 80% fueron hospitalizadas haciendo un número de 1022, dentro de las emergencias ginecológicas del total de pacientes atendidas, el mayor porcentaje de pacientes fueron las que presentaron HUD con el 2% con 25 pacientes, Las patologías que más prevalecieron en la atención de las emergencias Gíneco obstétricas durante el período de estudio, fueron las pacientes que presentaron Trabajo de parto(a término y pre término), 333 pacientes, Cesárea anterior en trabajo de parto 301, aborto incompleto 260, pre eclampsia leve 60, amenaza de aborto 56, que el mayor porcentaje de pacientes atendidas en la emergencia Gíneco obstétrica estuvo en pacientes referida de los diferentes establecimiento de salud del departamento de Huánuco, con el 69% haciendo un total de 882 pacientes mientras que las no referidas solo llegaron al 31%, con 398 pacientes atendidas, y finalmente las pacientes atendidas que presentaron las complicaciones fueron en su mayoría por causas obstétricas maternas con el 96% con 1179 casos.

En Huánuco- Perú 2016, Medrano²³, en su estudio: “Factores Clínicos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017”, tuvo como objetivo determinar los factores clínicos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017. El estudio fue observacional, retrospectivo de corte transversal, se utilizó como técnica la observación y la documentación,

que constituyó la técnica de recolección de datos básica para poder contar con información fidedigna. Entre los resultados se registró 97 adolescentes cesareadas y las indicaciones principales de las cesáreas en las adolescentes fueron: sufrimiento fetal agudo 26,8% (26), desproporción feto pélvica 23,7% (23), Pre eclampsia 14,4% (14), distocias de presentación 13,4% (13), oligoamnios 9,3% (9), embarazo gemelar 7,2% (7), cesárea anterior 2% (2), Condilomatosis Genital, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta con el 1% (1) respectivamente y ninguna con acretismo placentario. Respecto a las características socio demográficas de las adolescentes cesareadas se evidencia que la edad que prevalece en el grupo de estudio fue la comprendida entre 18 a 19 años con un 57% (55), de 15 a 17 años fue 39% (38) y de 12 a 14 años fue un 4% (4). En cuanto al estado civil se identificó un 65% (63) son convivientes, 33% (32) solteras y un 2% (2) casadas. El grado de instrucción 55% (53) tenían secundaria completa, un 34% (33) primaria completa, 11% (11) sin estudios y ninguna en nivel superior. Dentro de las atenciones prenatales el 71% (69) tuvieron > A 6 controles prenatales, 26% (25) < de 6 controles prenatales y 3% (3) sin ningún control. Según La edad gestacional se evidenció que el 86% (83) se presentaron de 37 a 40 semanas de gestación y 7% (7) < de 37 y > de 40 semanas de gestación respectivamente. Entre las conclusiones se identifica que existen factores clínicos fetales que están asociados a la cesárea en las adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. Estas indicaciones

fueron sufrimiento fetal agudo 26,8%, desproporción feto pélvica 23,7% y distocias de presentación 13,4.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Definición de Cesáreas.

La cesárea se define como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía). Sin embargo, esta definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura uterina o de un embarazo en esa localización²⁴.

2.2.2. Tipos de cesárea

a) Según antecedentes obstétricos de la paciente.

Primaria: es la que se realiza por primera vez.

Iterativa: la cual es la que se practica cuando la paciente tiene antecedentes de dos o más cesáreas

Previa: que es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior²⁵.

b) Según indicaciones.

Urgente, es la que se realiza para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.

Electiva, la cual se programa para realizarse en una fecha determinada por indicación médica y se realiza previo al trabajo de parto.

c) Según técnica quirúrgica.

Cesárea corporal o clásica, se caracteriza por una incisión vertical en el cuerpo uterino. Está indicada cuando la paciente tiene un cáncer

cérvico-uterino invasor, embarazo pre término, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina, entre otros²⁶.

Segmento corporal o Beck, la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Entre sus indicaciones encontramos: embarazo pre término, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, placenta previa en la cara anterior del útero, entre otros²⁷.

Cesárea tipo Kerr, Es la técnica quirúrgica más usada al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias²⁸.

2.2.3. Indicaciones de la operación cesárea.

Las Indicaciones para ordenar la realización de una cesárea, se categorizan atendiendo si su causa primaria es de origen materno, fetal u ovular, las cuales, a su vez, pueden ser consideradas con criterio de absolutas o relativas²⁹.

a) Absolutas: Incluye a todas aquellas morbilidades y/o comorbilidades propias al embarazo-parto o asociadas a la gestación que la medicina evidencia ha mostrado que el parto vaginal no es posible, o bien de estar presentes, se asocian con altísimas probabilidades de muerte materna o fetal en caso de ocurrir un parto vaginal.

b) **Relativas:** Incluye aquellas patologías las cuales ameritan unas condiciones de atención (infraestructura, recurso humano, apoyo al diagnóstico, etc.) que, de no tenerse, no se puede garantizar plenamente un buen pronóstico de la salud del binomio madre-feto durante la atención del parto vaginal³⁰.

2.2.3.1. Maternas³¹.

a) Absolutas

- Desproporción céfalo-pélvica.
- Estrechez pélvica.
- Fibrosis cervical.
- Plastia vaginal o del piso pélvico previas.
- Dos (2) o más cesáreas previas.
- Cesárea corporal única.
- Cirugía previa sobre el cuerpo uterino.
- Miomectomías que invaden a la cavidad uterina.
- Persistencia de la causa de la cesárea previa.
- Cesárea previa complicada (dehiscencia, Infección).
- Herpes genital activo.
- Condilomatosis florida obstructiva.
- Cardiopatía descompensada.
- Aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral.

b) Relativas ³²

- Pre eclampsia-eclampsia.
- Una (1) cesárea segmentaria previa.
- Expulsivo prolongado

- Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración.
- Embarazo Prolongado, que no inicia trabajo de parto.
- Dilatación Estacionaria

2.2.3.2. Fetales.

a) Absolutas.

- Feto en Situación Transversa.
- Feto en variedad de Frente.
- Embarazo múltiple más de 2.
- Gemelar mono amniótico monocorial.
- Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica.
- Peso fetal entre 1000 y 1500 gr.
- Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto.
- Distocias de posición persistentes: occípito-posterior
- Macrosomía Fetal mayor de 4.500 gr.

b) Relativas

- Feto en presentación Podálica.
- Anomalías congénitas: hidrocefalia
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Bienestar fetal antes del parto comprometido ante las contracciones uterinas.
- Peso fetal menor a 1000 gr.
- Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 gr.)

2.2.3.3. Maternos-fetales

a) Absolutas.

- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta,

- Placenta previa oclusiva total.
- Prolapso de cordón con feto vivo.
- Oligohidramnios severo.

b) Relativas.

- Placenta Previa oclusiva parcial.
- RPM con infección (Corioamnionitis).
- Poli hidramnios Severo.³³

2.2.4. Indicaciones frecuentes para la toma de decisiones.

Las principales indicaciones de la operación cesárea son:

a) Indicaciones absolutas:

Cesárea iterativa. Es la que se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas. Este procedimiento se debe programar en lo posible a las 39 semanas de gestación. En este periodo es adecuado porque se evita el riesgo de inmadurez pulmonar fetal y se minimiza el riesgo que implica un inicio espontaneo de trabajo de parto en estas pacientes.

Cesárea anterior con periodo intergenésico cortó. - Es el lapso entre los eventos obstétricos que tiene un efecto directo en la morbilidad materna y fetal. Una paciente con un periodo intergenésico menor de dos años no tiene una adecuada vascularidad útero-placentaria, debido a la poca adaptabilidad vascular y, en caso de antecedente de cesárea, se verá directamente reflejado en las propiedades de extensibilidad y contractilidad uterina, por las pérdidas importantes de fibras musculares e hipoperfusión útero placentaria, por

lo que cuanto más corto es el periodo, más débil será la cicatriz. El periodo intergenésico óptimo para prevenir complicaciones maternas y fetales es de 2 a 4 años; en los menores de 18 meses está indicada la cesárea³⁴.

Sufrimiento fetal. - La hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación o se espera un expulsivo prolongado. En nuestro medio, es necesario el criterio clínico del médico gineco-obstetra quien principalmente en los casos de preeclampsia, oligohidramnios, diabetes o parto prolongado, hará una evaluación con la ayuda del partograma con curvas de alerta, para tomar la decisión más apropiada.

Distocia de presentación. - Las distocias de la presentación se refieren a las causadas por una manera anómala de acomodarse el feto en relación con el canal del parto, y sus consecuencias variarán desde ser imperceptibles hasta hacer imposible el mecanismo del parto.

Desprendimiento prematuro de placenta. - Se conoce como desprendimiento abrupto y prematuro de la placenta de la pared uterina antes del nacimiento del feto, que puede generar hipoxia fetal grave, hemorragia materna significativa, trastornos en la coagulación e incluso la muerte fetal y/o materna. La realización de cesárea de urgencia está

indicada cuando se sospecha la presencia de esta patología. Constituye una emergencia obstétrica que puede ocasionar hipoxia y muerte fetal, complicaciones maternas que pueden conducir a útero de "Couvellaire" y alteraciones de la coagulación sanguínea. La operación cesárea, debe realizarse inmediatamente después de la sospecha diagnóstica, lo cual disminuye la probabilidad de ocurrencia de estas complicaciones

Placenta previa. - Las mujeres embarazadas, cuyas placentas cubran total o parcialmente el orificio cervical interno del cuello uterino (grados 3 y 4) deben ser sometidas a cesárea electiva. Las embarazadas con placenta previa, que cubra completamente el orificio cervical interno, deben realizarse operación cesárea programada

Incompatibilidad céfalo pélvica. - Es una indicación frecuente de cesárea. Así un bebé pequeño puede durante el trabajo de parto, salvar la desproporción relativa, a menos que la deformidad pélvica sea extrema. Por otro lado, la pelvis aparentemente normal puede resultar pequeña para un bebé macrosómico o con la cabeza deflexionada. Las primigestas que inician el trabajo de parto con la presentación flotante, probablemente presenten un estrecho superior contraído. En caso de compromiso del estrecho medio, con bebé grande, la cesárea está indicada si la cabeza no desciende luego de una prueba de trabajo de parto. Los casos de contracción del estrecho inferior usualmente tienen confirmación durante el segundo periodo del parto ³⁵.

Estrechez pélvica: Desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgos por el canal

pélvico. Se denomina pelvis estrecha cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal.

Prolapso de cordón umbilical. - Prolapso de cordón umbilical es una condición durante las últimas etapas de embarazo en las que el cordón umbilical desciende dentro de la vagina prematuramente; con más frecuencia después que las membranas se han roto y el bebé se mueve dentro del canal de parto para el alumbramiento. A medida que el bebé pasa a través de la vagina durante el parto, ejerce presión en el cordón, lo cual puede reducir o interrumpir el abastecimiento de sangre del bebé.

El prolapso del cordón umbilical es una afección muy peligrosa que puede causar el nacimiento de un niño muerto si el alumbramiento no se produce con rapidez, usualmente por medio de operación cesárea, después de que se diagnostica la afección.

Otras complicaciones incluyen daño cerebral por falta de oxígeno.

La mayoría de los bebés alumbrados rápidamente a través de operación cesárea no padecen complicaciones causadas por esta afección. Emergencia obstétrica que ocasiona hipoxia fetal, debiendo realizarse operación cesárea para evitar las complicaciones fetales³⁵

Situación transversa. - La situación transversa tiene 2 posiciones que se denominan izquierda o derecha, según el lado del abdomen materno que se encuentre la cabeza fetal y 2 variedades de posición de acuerdo con la ubicación del dorso fetal: anterior (DA) si esta hacia delante la más frecuente y posterior (DP), si se encuentra hacia atrás. Igualmente se denominará dorso superior (feto en paracaídas) o dorso inferior (feto

en hamacas), si el dorso se dispone hacia el fondo de útero o hacia la pelvis, respectivamente. La situación transversa puede ser accidental o persistente y en esta última debe sospecharse la existencia de una condición que la determine.

Macrosomía fetal. Se considera que alrededor del 5% de los recién nacidos pesan más de 4.000 gramos y un 0,05% más de 4.500 gramos, y se denominan macrosómicos. El feto macrosómico, por su mayor volumen, puede causar distocia del estrecho superior al no permitir el descenso y el encajamiento, o en el estrecho inferior, dando origen a la distocia de hombros clínicamente se encuentra crecimiento uterino por encima de los parámetros normales y debe sospecharse en casos de diabetes mellitus u obesidad materna o antecedente de fetos macrosómicos; en lo posible, se debe confirmar por ecografía. Al iniciarse el trabajo de parto no se presenta el descenso de la presentación, la cabeza se encuentra por encima del borde superior del pubis y puede desplazarse con facilidad. De prolongarse el trabajo de parto se puede llegar a la inercia uterina, distensión del segmento, ruptura uterina e hipoxia o muerte fetal ³⁶.

El tratamiento, en el caso de comprobarse la desproporción feto pélvica por Macrosomía, es la operación cesárea³⁷.

Sufrimiento fetal agudo. El sufrimiento fetal agudo, se establece generalmente durante el trabajo de parto y puede presentarse en una gran variedad de circunstancias relacionadas con problemas o accidentes propios del mismo, en un feto previamente normal, o bien,

en un feto con sufrimiento fetal crónico que tiene un episodio agudo durante el trabajo de parto ³⁸.

b) Indicaciones relativas:

Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento.

Distocia es un término derivado del griego (dystokia, de dystokos; de dys, mal, y tokos, parto) que significa parto laborioso, difícil y doloroso. Estas distocias son alteraciones o disturbios que se presentan en: la contractilidad uterina, el canal pélvico genital (óseo y de las partes blandas), y el feto y sus anexos. Las distocias dinámicas son aquellas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o el descenso de la presentación, lo cual puede producir una detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas. Se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha. En casos indicados de inducción por riesgo materno fetal puede haber falta de respuesta o, una vez iniciado el parto inducido, este no progresa, lo que requerirá la culminación del embarazo por cesárea.

Presentaciones anómalas del feto. Aquí podemos las presentaciones:

Presentación con occipucio fetal posterior: Se trata de la anomalía obstétrica más frecuente. En ella el feto se halla desviado en algún

grado y el diámetro de la cabeza en esa posición es mayor, lo que dificulta el paso del feto por la pelvis materna y el parto es difícil.

Así pues, el obstetra debe decidir entre fórceps o cesárea para solucionar el problema.

Presentación de cara y presentación de frente: En la presentación de cara la cabeza está híper extendida y la zona adelantada es el mentón. Tanto en esta anomalía como en la presentación de frente no es posible el parto vaginal.

Presentación de nalgas: En esta anomalía el feto presenta las nalgas en lugar de la cabeza en su descenso pélvico hacia el canal vaginal. El aumento de riesgo de muerte perinatal en partos con presentación de nalgas es cuatro veces mayor al del parto cefálico.

En el parto de nalgas la flexión de las piernas del feto constituye otra característica (presentación de nalgas franca o total) que induce más o menos riesgo.

En todos ellos la manipulación obstétrica para recolocación del feto es a veces factible, pero si no lo fuera serán los fórceps o la cesárea la solución.

Anomalías fetales. Cada vez con mayor frecuencia y precisión el diagnóstico de malformaciones fetales se puede establecer a edades tempranas del embarazo. En la actualidad, siendo las malformaciones fetales incompatibles con la vida uno de las condiciones por las cuales las parejas gestantes podrían solicitar la terminación de la gestación, las malformaciones con vida extrauterina posible, eventualmente deben ser evaluadas en conjunto con los especialistas involucrados en

la resolución de la patología a fin de definir la mejor vía de parto, procurando las mejores condiciones para el feto y la madre. Si el diagnóstico adverso se realiza al final de la gestación, se prefiere la terminación por vía vaginal a fin de preservar el futuro obstétrico de la paciente y a la vez, evitar riesgos quirúrgicos y anestésicos innecesarios. Como por ejemplo macrocefalia.

Embarazo múltiple (tres o más fetos). Se entiende por gestación múltiple aquella en que se desarrollan simultáneamente dos o más fetos y por gestación gemelar aquella en que el desarrollo simultáneo es de dos fetos. El embarazo múltiple tiene unas connotaciones que dan lugar a presentar las patologías que con mayor frecuencia atiende el obstetra y que se puede resumir en: amenaza de parto prematuro, aumento de incidencia de cesárea, mortalidad perinatal y materna y prematuridad elevadas³⁹.

Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp. Descritas como las complicaciones más severas de los trastornos hipertensivos del embarazo, se presentan por encima de la semana 20 de gestación. Se define preeclampsia severa cuando se documentan cifras tensionales diastólicas por encima de 110 mmHg asociado a proteinuria significativa (> 3 cruces en muestra de orina aislada ó > 300 mg en orina de 24 horas), disminución del volumen urinario y síntomas de vaso espasmo (cefalea intensa, epigastralgia, acufenos, fosfenos). La eclampsia se presenta en pacientes con los síntomas anteriormente descritos, pero con la presencia además de convulsiones y alteración del estado de consciencia. El síndrome HELLP hace referencia a las

alteraciones a nivel hematológico y hepático más graves que pueden presentarse en las pacientes que cursan con preeclampsia (hemólisis, elevación de transaminasas, trombocitopenia). La decisión de terminación de la gestación por la vía de la cesárea debe individualizarse, teniendo en cuenta el contexto en el que se encuentre el equipo médico y las condiciones obstétricas asociadas a las que estén sometidos la paciente y el feto.

Insuficiencia cardio-respiratoria. Gestantes con antecedente de alteración estructural a nivel cardíaco deben ser sometidas a una evaluación rigurosa previa a la terminación de la gestación.

No todas las embarazadas cardiópatas deben ser llevadas a procedimiento quirúrgico y de hecho, se pueden beneficiar más del parto vaginal que de la cesárea. Solo en circunstancias en las cuales se pueda esperar descompensación de la cardiopatía, es aconsejable la extracción del feto por vía abdominal.

Estado fetal no tranquilizador. Los avances tecnológicos en la Medicina Materno Fetal han permitido realizar un diagnóstico más acertado en las patologías fetales, prediciendo en la mayoría de los casos eventos adversos para los recién nacidos. En el abordaje diagnóstico del estado fetal se puede contar con las pruebas de bienestar sin estrés y con estrés cada una de ellas tiene su valor de predicción, por lo que el Obstetra debe de interpretar el resultado con la mejor evidencia médica que existe e integrarla a las condiciones clínicas de cada paciente.⁴⁰

En la actualidad, el estado fetal intrauterino alterado no se reconoce como sufrimiento fetal, más bien es conocido como “non reassuring fetal status”, que se traduce como “estado fetal no tranquilizador”, a la cual se le suma el termino de riesgo, esto se convierte en lo que se valora realmente a través de las diferentes pruebas que se usan para el control del bienestar fetal. Desde un punto de vista fisiopatológico, el concepto de riesgo de daño hipóxico es el que mejor representa los motivos del monitoreo fetal, pues es el que expresa las dudas sobre la pérdida de la homeostasis fetal, es decir e termino de “Riesgo de Pérdida del Bienestar Fetal” (RPBF) ⁴¹

2.3 Definiciones conceptuales

- Cesárea

Tipo de parto en el que se hace una incisión en el útero de la madre para extraer al bebe.

- Causas

Causa significa origen, explicando el porqué de los fenómenos. Toda causa va unida a un efecto que es su consecuencia, a la que antecede.

-Asociación

Coeficiente que nos indica el grado de asociación entre dos variables cuantitativas.

2.4 Hipótesis

Las hipótesis que se formularon en el presente estudio de investigación fueron:

Hipótesis General

- **H₁₁**: Las causas que se asocian a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari –Amarilis-Huánuco 2017 son maternas.
- **H₁₂**: Las causas que se asocian a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari –Amarilis-Huánuco 2017 son fetales.
- **H₁₃**: Las causas que se asocian a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari –Amarilis-Huánuco 2017 son maternas fetales.

2.5 Variables

2.5.1 Variable de Interés

Cesáreas

2.5.2 Variable asociada

Causas

2.5.3 Variable de características generales

- Edad
- Grado de instrucción
- Procedencia
- Edad gestacional al momento de la cesárea.
- Número de gestaciones
- Cesáreas anteriores
- Número de Controles pre natales
- Trabajo de parto
- Antecedentes de cesárea.
- Tipo Cesárea

2.6 Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE ASOCIADA				
Causas asociadas	Maternas	Categoría	SI NO	Nominal
	Fetales		SI NO	
	Maternos-fetales		SI NO	
VARIABLE PRINCIPAL				
Cesáreas	Única	Categoría	Cesárea electiva -Cesárea de emergencia	Nominal
VARIABLE DE CARACTERIZACION				
Características generales	Edad	Numérica	En años	De razón
	Grado de Instrucción	Categoría	- Sin estudios. - Primaria completa - Primaria incompleta - Secundaria completa - Secundaria incompleta - Superior técnica - Superior universitaria	Ordinal
	Procedencia	Categoría	Urbana Rural	Nominal
	Edad gestacional	Numérica	< 37 sem. De 37 a 41 sem. >o igual de 42	Intervalo
	Número de gestaciones	Numérica	1 2 >3	De razón
	Antecedentes de Cesárea	Categoría	SI NO	Nominal
	Número de controles pre natales	Categoría	< de 6 controles >6 controles	Nominal
	Trabajo de parto	Categoría	SI NO	Nominal
	Tipo de cesárea	Categoría	-Emergencia -Programada	Nominal

CAPITULO III

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

Correspondió a un estudio observacional, debido a que no existió manipulación de variables; transversal, porque la medición se realizó en un solo momento; retrospectivo, porque se realizó la investigación en el tiempo pasado y analítico, porque se consideró dos variables de análisis.

3.1.1 Enfoque

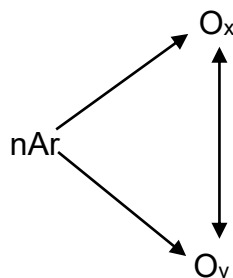
La investigación fue de enfoque cuantitativo, porque midió variables en un contexto determinado y establece conclusiones de la realidad objetiva de las causas que se asocian a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

3.1.2 Alcance o nivel

En cuanto al nivel de investigación se ubicó en el nivel relacional.

3.1.3 Diseño

El diseño que se utilizó en la presente investigación fue el de tipo **correlacional**, como se muestra a continuación:



Dónde:

nA = Muestra de Historia de gestantes

O_x = Observación de las causas que se asocian

O_y =Observación de las Cesáreas

R = Asociación entre las variables.

3.2 Población y muestra

3.2.1. Población

La población estuvo conformada por todas las historias de gestantes que terminaron en cesáreas, de cualquier edad y que asistieron al Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari de Enero a diciembre del año 2017 que sumaron 633 casos de acuerdo a los registros estadísticos de la oficina de informática.

Características de la población

Criterios de Inclusión: Se incluyó en el estudio a las historias de gestantes que presentaron las siguientes condiciones:

- Historias de pacientes gestantes que tuvieron parto por cesárea en el periodo de estudio.

-Historias de pacientes que tuvieron parto por cesárea con registros completos

Criterios de Exclusión: Se excluyeron aquellos casos que no contaban con la información necesaria registrada, para el presente estudio.

3.2.2. Muestra

Marco muestral.

El marco muestral lo constituyó la relación de Historias clínicas de parto por cesárea correspondiente al año 2017, que se construyó en una hoja de cálculo del programa EXCEL 2016

Tamaño muestral.

La muestra fue representativa y se calculó con la fórmula para estudios descriptivos donde la variable principal es cualitativa y población finita, con las siguientes condiciones: nivel de confianza (Z) del 95%, un nivel de precisión absoluta (d) de 0.05 y una proporción esperada del 50%.

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N - 1) + z^2pq}$$

Dónde:

N = 633

Z = 1.96

P = 0,5

q = 0,5

d = 0,05

Resolviendo:

$$\frac{633 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 \cdot (633 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n \approx 239$$

Por tanto, la muestra quedo conformada por 239 Historias clínica

Tipo de muestreo

La selección de la muestra fue obtenida a través del muestreo no probabilístico aleatorio simple, teniendo en consideración los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1 Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada fue la documentación, que constituyó la técnica de recolección de datos básica y que correspondió al tipo de estudio (retrospectivo) para el recojo de información

3.3.2. Instrumentos de recolección de datos

Entre los instrumentos que fueron utilizados para la recolección de datos, tenemos los siguientes:

Ficha de recolección de datos de causas asociados a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari –Amarilis-Huánuco 2017.

Se utilizó una ficha de recolección de datos (Anexo 1), la recolección se realizó directamente por el investigador sobre la base de expedientes clínicos, que fueron procesados en una hoja de cálculo del Programa Excel 2016.

Este instrumento fue distribuido: en dos partes, la primera recoge la información de las características generales de la muestra en estudio y está constituido por 07 Ítems, en la segunda parte se registró las causas que se asocian a las cesáreas dividida en tres dimensiones: Causas

maternas (16 Ítems), causas fetales (08 Ítems) y causas maternas-fetales (.05 Ítems), de acuerdo a la literatura existente.

El valor final fue definido para determinar las causas asociadas a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis, Huánuco 2017 como (SI-NO)

3.4 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

3.4.1. Técnicas de procesamiento de información

Para obtener la información de la presente investigación se realizaron las coordinaciones con el Director del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, a fin de solicitar la autorización correspondiente para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, de nuestra investigación, asimismo, también se solicitó permiso a la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia, Jefatura de Obstetricia.

Una vez aprobado el proyecto de investigación y obtenido un instrumento válido y confiable, de acuerdo al cronograma de actividades, se procedió a la recolección de datos, teniendo en cuenta el flujograma de recolección de la información, plasmados en el plan de trabajo de ejecución.

Para el procesamiento de la información se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

- Procesamiento de los datos.- Los hallazgos encontrados, en primera instancia fueron procesados en forma manual a través de la elaboración de una base de datos de códigos numéricos, que posteriormente fue trasladada a una base de datos elaborada en una hoja

de cálculo del Programa Excel 2016, donde se realizarán los cálculos matemáticos respectivos de cada una de las dimensiones identificadas; y por último se realizó el procesamiento estadístico mediante el uso del programa estadístico IBM SPSS Versión 23.0 para Windows.

- **Plan de tabulación de datos. –**

En base a los resultados obtenidos en el análisis respectivo, y buscando dar respuesta al problema y objetivos de investigación planteados inicialmente, los datos encontrados fueron tabulados en cuadros de frecuencias y porcentajes, para la parte descriptiva e inferencial del estudio de investigación, facilitando la observación de las causas que se asocian a las cesáreas en la muestra en estudio.

- **Clasificación de los datos.** -Se ejecutó de acuerdo a las variables estudiadas en la investigación, de forma categórica, numérica y ordinal

- **Presentación de datos.** -Los datos se presentan en tablas académicas de acuerdo a las dimensiones consideradas en el estudio, proceso que permitió realizar el análisis e interpretación respectiva de cada una de las tablas presentadas, de acuerdo al marco teórico de las causas de las cesáreas en la muestra en estudio.

3.5 Técnicas para el análisis de la información

Análisis descriptivo. -Se detallan cada una de las características de las variables analizadas según grupos de estudio, y el tipo de variable que se estudió, categórica o numérica, teniendo en cuenta la utilización de las medidas de tendencia central para las variables numéricas y las de frecuencia para las variables categóricas. Asimismo, para una mejor

comprensión de los resultados obtenidos, estos son presentados en tablas y figuras académicas, tratando de que el estímulo visual sea simple, resaltante y de fácil comprensión.

Análisis inferencial.- Para demostrar las causas asociados con las cesáreas en gestantes atendidas en Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari y dimensiones del presente estudio, se elaboraron diversas tablas de contingencia donde se puso a prueba cada una de las hipótesis formuladas en la presente investigación; realizando un análisis con la prueba de correlación de r de Pearson, considerándose en la significancia de las pruebas el valor teórico de valor $p \leq 0,05$; como valor de referencia para aceptar o rechazar las hipótesis planteadas en la presente investigación.

CAPITULO IV

4 RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo de los datos

4.1.1. Características generales:

Tabla 01. Edad en años de las mujeres sometidas a cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Edad en años	Frecuencia	%
15-24	108	45,2
25-34	88	36,8
35-44	43	18,0
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

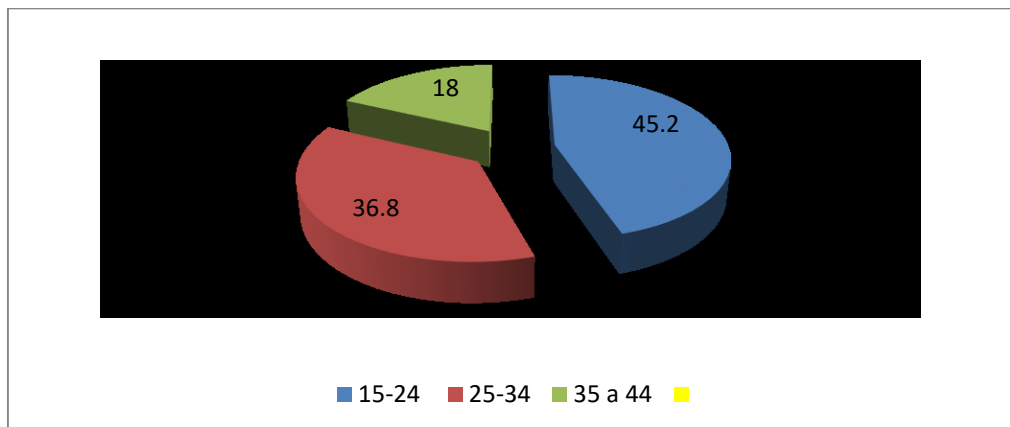


Figura Nª 1: Distribución porcentual de la edad de las mujeres sometidas a cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la presente tabla y figura se describe las características de las edades de las mujeres en estudio, en donde se evidencia que gran parte de ellas (45,2%) presentaron edades entre 15 a 24 años, seguido por 36,8% con edades entre 25 a 34, y un 18,0 % se ubicaron entre 35 a 44 años.

Tabla 02. Grado de instrucción de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Sin Estudios	12	5,0
Primaria Completa	9	3,9
Primaria Incompleta	43	18,0
Secundaria Completa	45	18,8
Secundaria Incompleta	73	30,5
Superior Técnica	23	9,6
Superior Universitaria	34	14,2
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

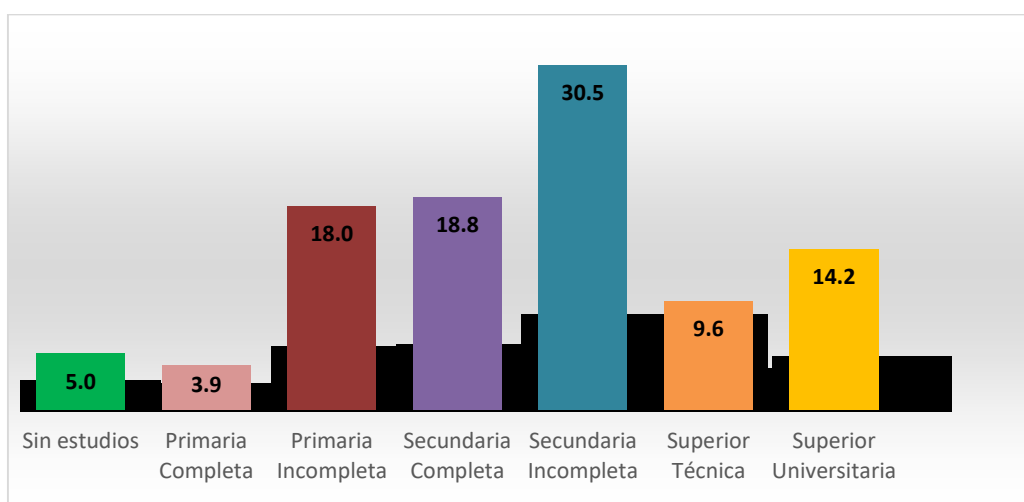


Figura N°2 Distribución porcentual del grado de instrucción de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la presente tabla y figura se describe el grado de instrucción de la muestra en estudio, en donde se encontró que gran parte de ellas el 30,5% presentaron estudios de secundaria incompleta, seguido por 18,8% con secundaria completa, el 18,0% se encontraban con primaria incompleta, el 14,2, % contaban con superior universitaria, el 9,6 % presento superior técnica y el 5,0 % no presento estudios y el 3,9 % fue primaria completa

Tabla 03. Lugar de procedencia de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Lugar de procedencia	Frecuencia	%
Urbana	169	70,7
Rural	70	29,3
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

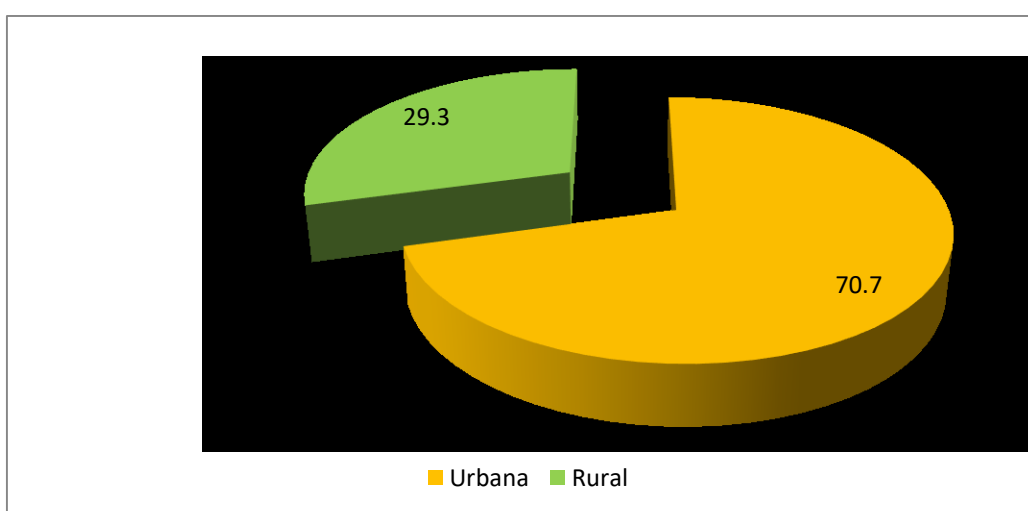


Figura N 3 Distribución porcentual del lugar de procedencia de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la presente tabla y figura se describe el lugar de procedencia de la muestra en estudio, en donde se evidencia que el mayor porcentaje (70,7%) fueron de procedencia urbana, seguido por 29,3% que fueron de procedencia rural.

Tabla 04. Edad gestacional según Capurro de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Edad gestacional	Frecuencia	%
<37 Semanas	24	10,0
De 37-41 Semanas	215	90,0
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

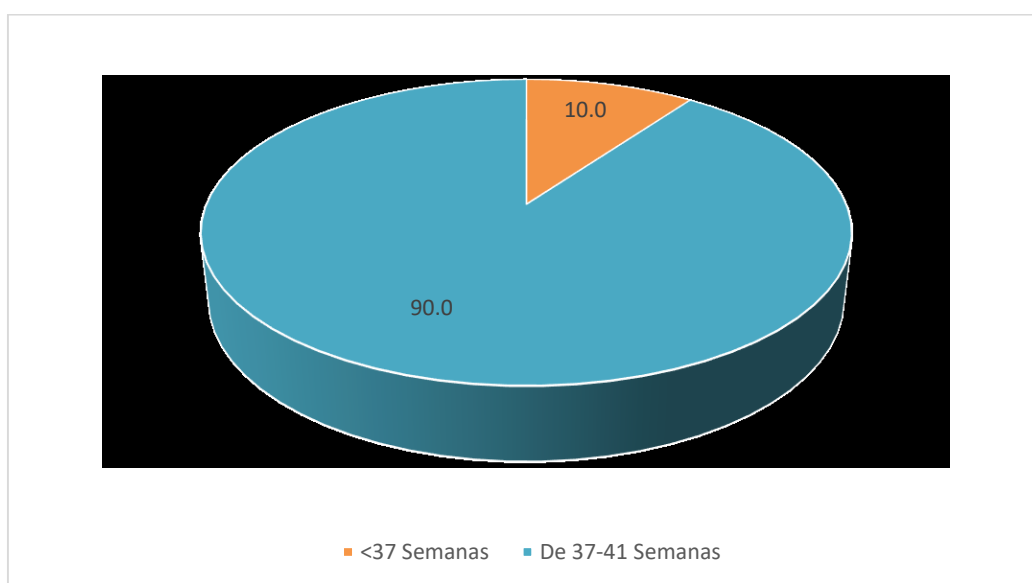


Figura N 4 : Distribución porcentual de la edad gestacional de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la presente tabla y figura se describe la edad gestacional de la muestra en estudio según Capurro, se evidenció que más del 50,0% es decir 90,0% presentaron de 37 a 41 semanas y solo el 10,0% que representaron a 24 mujeres registraron edad gestacional <37 semanas.

Tabla 05. Número de gestaciones de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Número de gestaciones	Frecuencia	%
1	91	38,1
2	70	29,3
>3	78	32,6
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

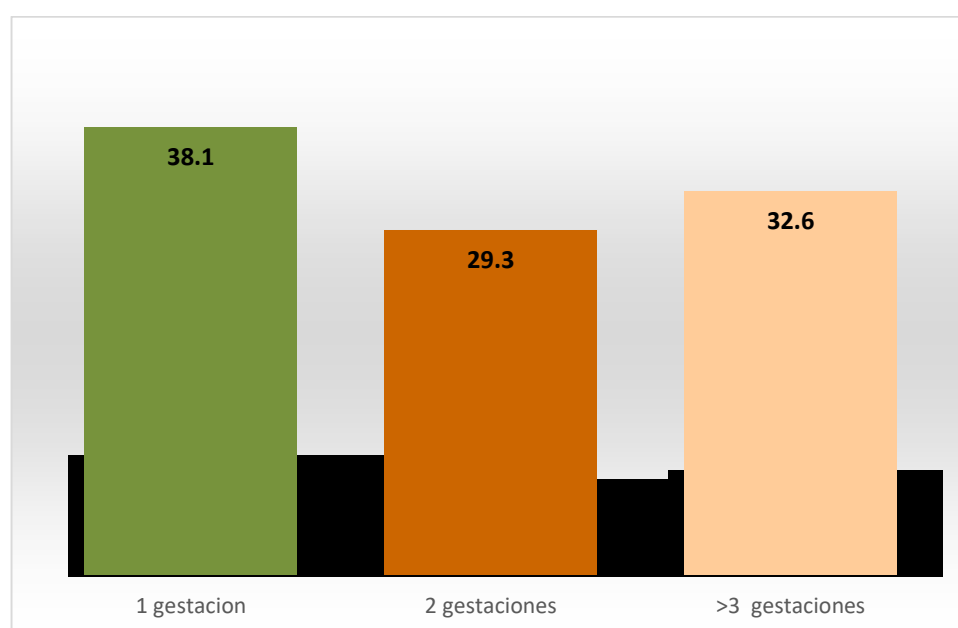


Figura N° 5: Distribución porcentual del número de gestaciones de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la presente tabla y figura se describe el número de gestaciones de la muestra en estudio, en donde se encontró que gran parte de ellos (38,1%) presentaron 1 gestación, seguido por 32,6% con más de 3 gestaciones y solo un 29,3% fueron con 2 gestaciones.

Tabla 06. Proporción de cesáreas anteriores de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Cesáreas Anteriores	Frecuencia	%
SI	49	20,0
NO	190	80,0
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

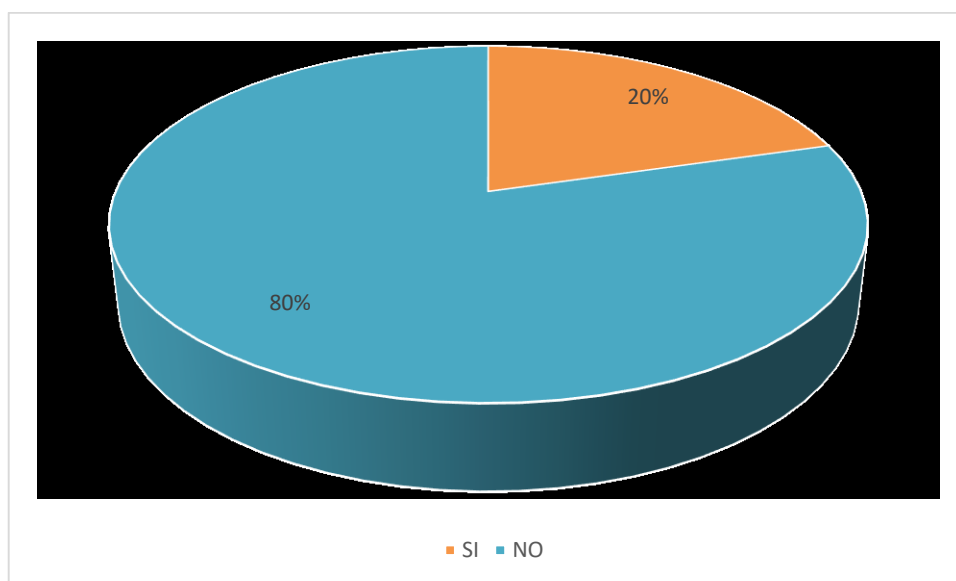


Figura N° 6: Distribución porcentual de cesáreas anteriores de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la presente tabla y figura se muestra los registros observados en las Historias clínicas en donde se encontró que el (80,0 % 190) **NO** tuvieron cesáreas anteriores, y solo el (20,0 % 49) **SI** presento cesáreas anteriores.

Tabla 07. Número de cesáreas anteriores presentadas en las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Número de cesáreas anteriores	Frecuencia	%
1	37	75,5
2	12	24,5
Total	49	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

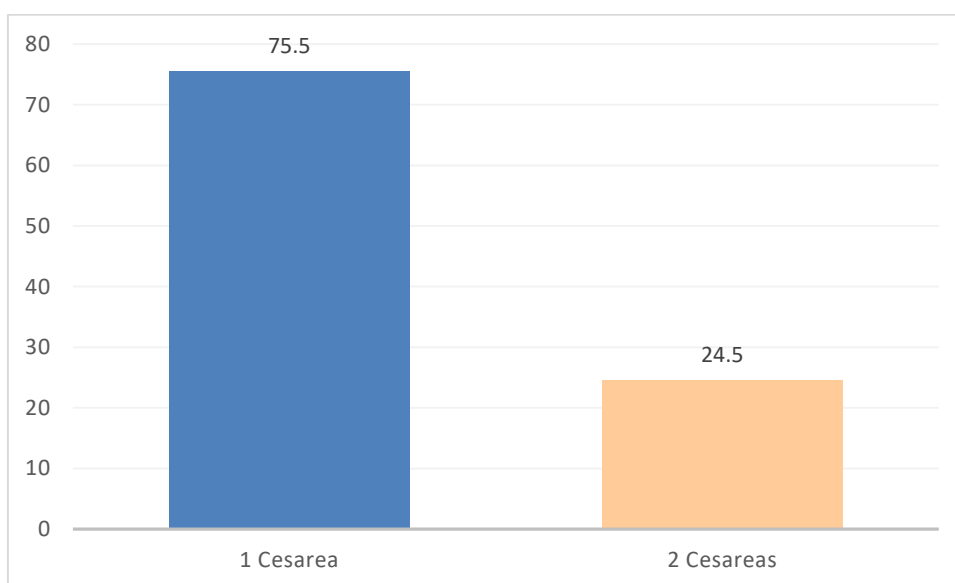


Figura N 7: Distribución porcentual del Número de cesáreas de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

La presente tabla y figura nos muestra el número de cesáreas anteriores, en donde se observó que el (75,5%) de la muestra en estudio tuvieron 01 cesárea anterior y el (24,5%) presentaron 2 cesáreas.

Tabla 08. Atención pre-natal de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Atención Pre-natal	Frecuencia	%
SI	232	97,1
NO	7	2,9
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

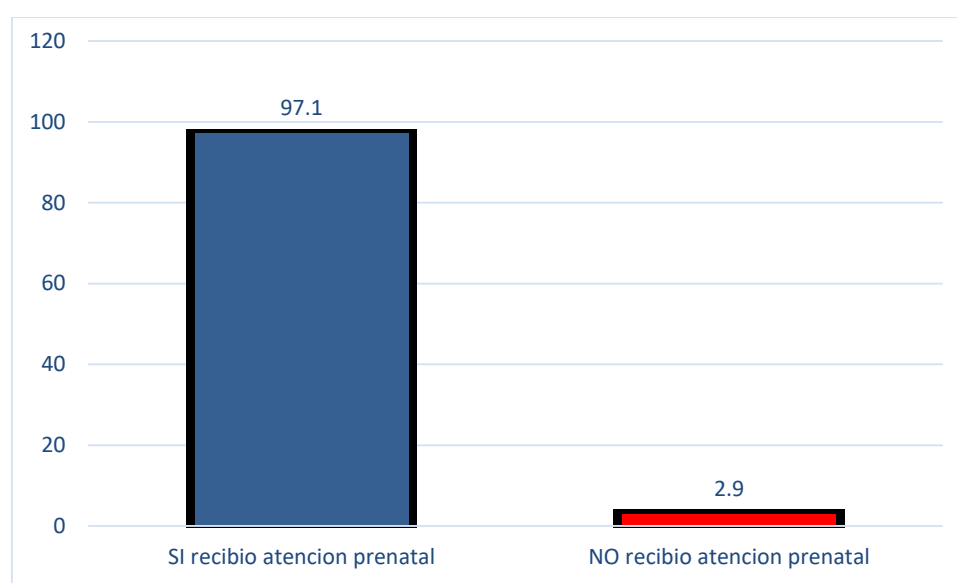


Figura N° 8: Distribución porcentual del registro de atención prenatal de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada, con respecto a la atención pre-natal, se encontró que gran parte de ellas (97,1 %) registraron atenciones prenatales y solo el (2,9 %) no registraron atención pre-natal.

Tabla 09. Número de Atenciones pre-natal de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Número de Atenciones Pre-natales	Frecuencia	%
0	7	2,9
< de 4	2	0,8
De 5 a 8	8	3,3
>=9	222	93,0
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

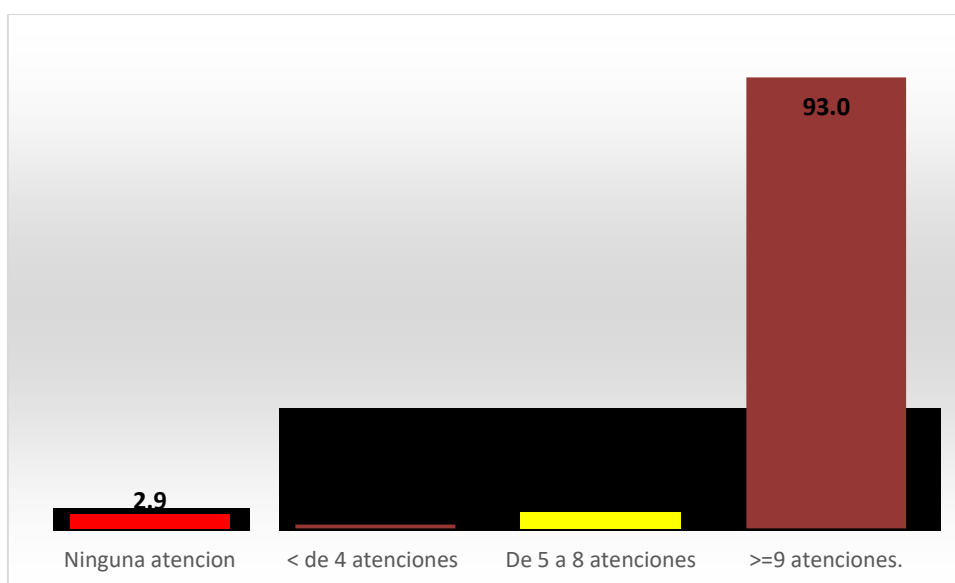


Figura N° 9: Distribución porcentual del Número de Atenciones pre-natales de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura mostrada, respecto al número de atenciones pre-natal recibidas, se encontró que gran parte de ellas (93,0 %) tuvieron más de 9 atenciones pre natales, el (3,3%) de 5 a 8 atenciones, el (0,8%) fue menor de 4 atenciones, y el (2,9 %) ninguna atención pre-natal.

Tabla 10. Trabajo de parto de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Trabajo de parto	Frecuencia	%
SI	160	66,9
NO	79	33,1
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

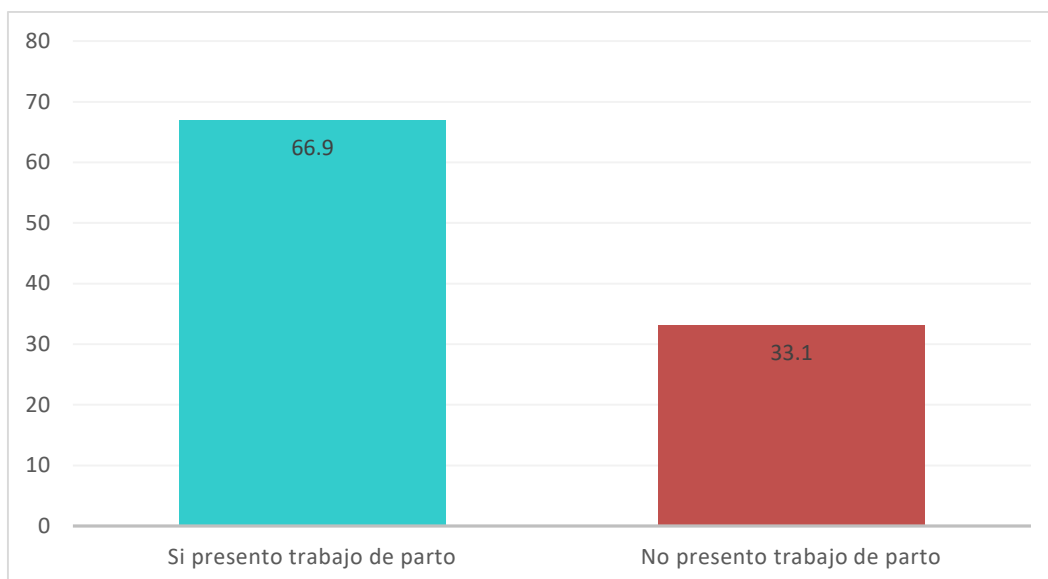


Figura N°10: Distribución porcentual de la presencia del trabajo de parto de las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura mostrada, respecto a si presentaron trabajo de parto, se encontró que el (66,9%) **SI** tuvieron trabajo de parto y solo el (33,1%) **NO** lo tuvieron.

Tabla 11. Tipo de cesárea de las mujeres en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Tipo de Cesárea	Frecuencia	%
Emergencia	188	78,7
Programada	51	21,3
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

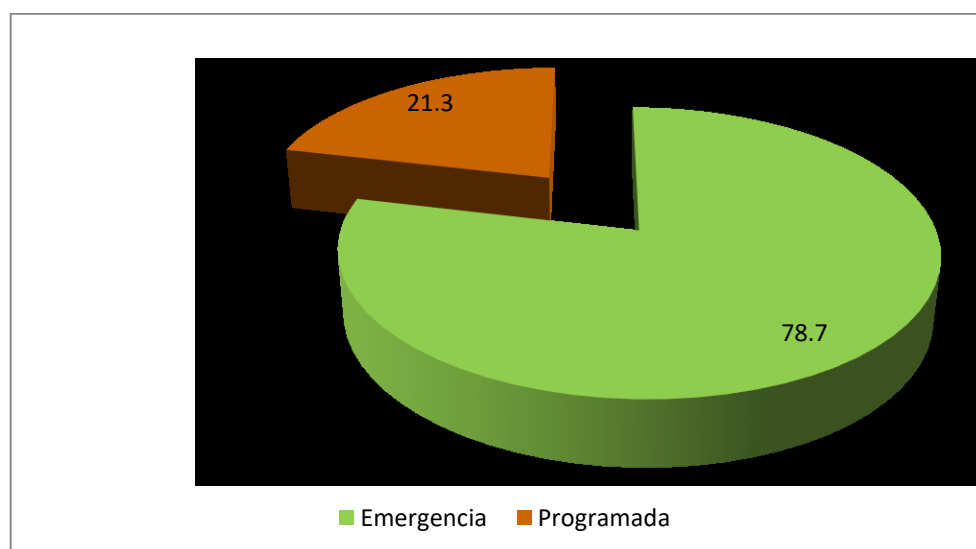


Figura N11: Distribución porcentual del tipo de cesáreas en las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura mostrada, en cuanto al tipo de cesárea, se encontró que la mayoría (78,7%) fueron de emergencia y el (21,3%) fueron programadas.

4.1.2. Características de Causas maternas

Tabla 12. Presencia de Desproporción céfalo pélvica (DCP) en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Desproporción céfalo pélvica (DCP)	Frecuencia	%
SI	52	21,8
NO	187	78,2
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

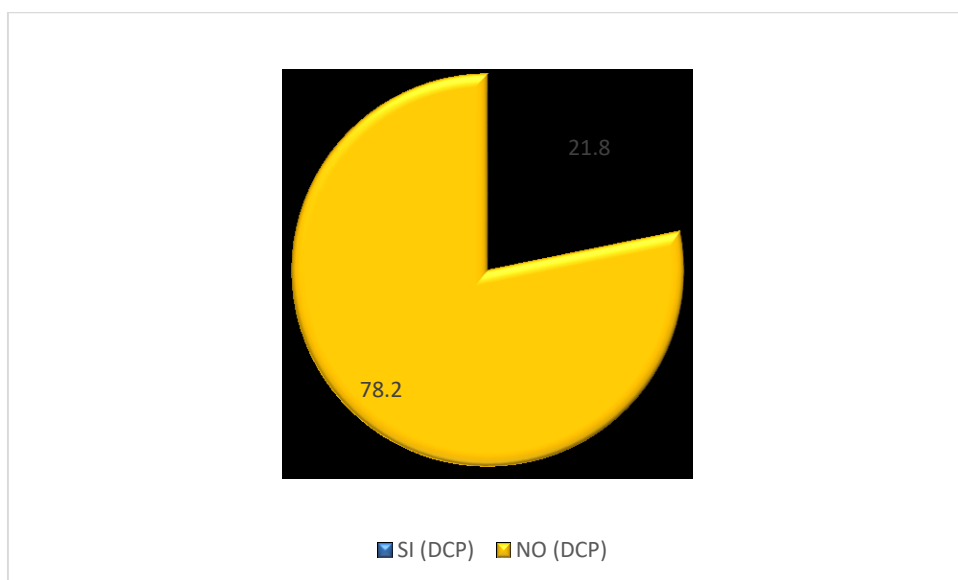


Figura N12: Distribución porcentual en Desproporción céfalo pélvica (DCP) en las mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura se evidencia la desproporción céfalo pélvica (DCP) en las historias de mujeres sometidas a cesáreas en estudio, en donde se encontró que el (78,2%) no presentó, y que el 21,8% sí presentó dicha condición.

Tabla 13. Proporción de embarazo prolongado en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Embarazo prolongado	Frecuencia	%
SI	18	7,5
NO	221	92,5
Total	239	100,0

FFuente: Historia clínica – SIP 2000

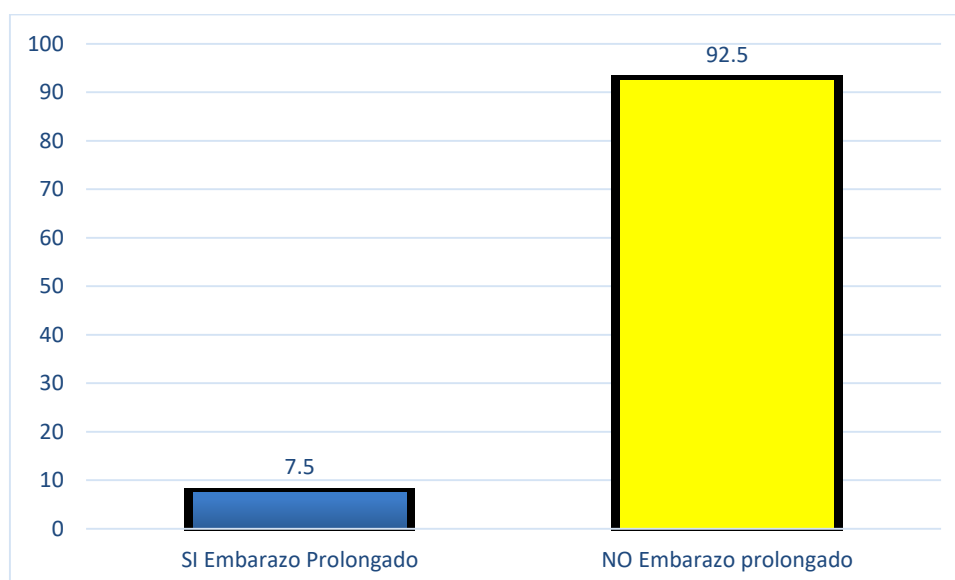


Figura N13: Distribución porcentual de embarazo prolongado en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura se evidencia, que de acuerdo a los registros de las Historias clínicas la proporción de embarazo prolongado en la muestra en estudio, nos muestra que el (92,5) no presento dicha condición y que el 7,5 % si lo presento.

Tabla 14. Cesárea previa en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Cesárea previa	Frecuencia	%
SI	49	20,5
NO	190	79,5
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

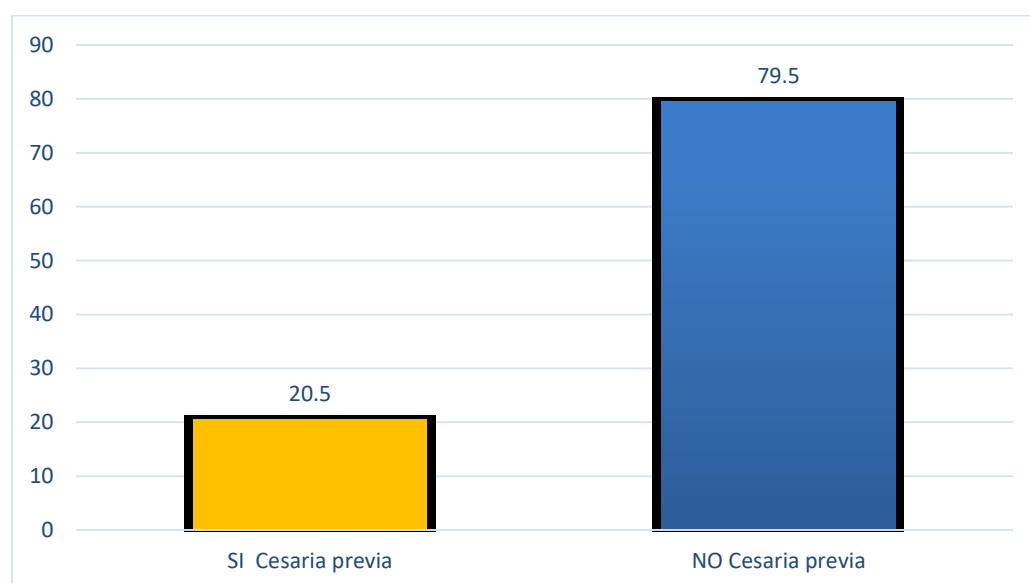


Figura N14: Distribución porcentual de Cesáreas previas en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura se evidencia que, en cesárea previa en las historias de mujeres sometidas a cesáreas en estudio, se evidencio que el (79,5 %) no presento dicha condición y que el (20,5%) si lo presento.

Tabla 15. Pelvis Estrecha en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Pelvis Estrecha	Frecuencia	%
SI	17	7,1
NO	222	92,9
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

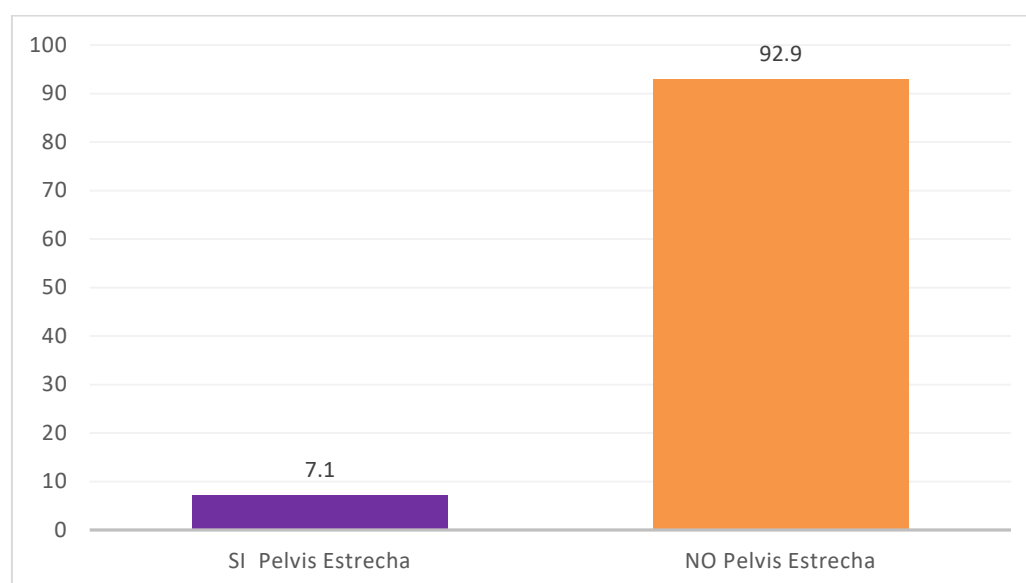


Figura N°15: Distribución porcentual de pelvis estrecha en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se evidencia la distribución de pelvis estrecha, en el registro de las historias de mujeres sometidas a cesáreas en estudio, en donde se evidencia que el (92,2 %) no presento pelvis estrecha y el (7,1%) si presento.

Tabla 16. Dilatación estacionaria en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Dilatación estacionaria	Frecuencia	%
SI	01	0,4
NO	238	99,6
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

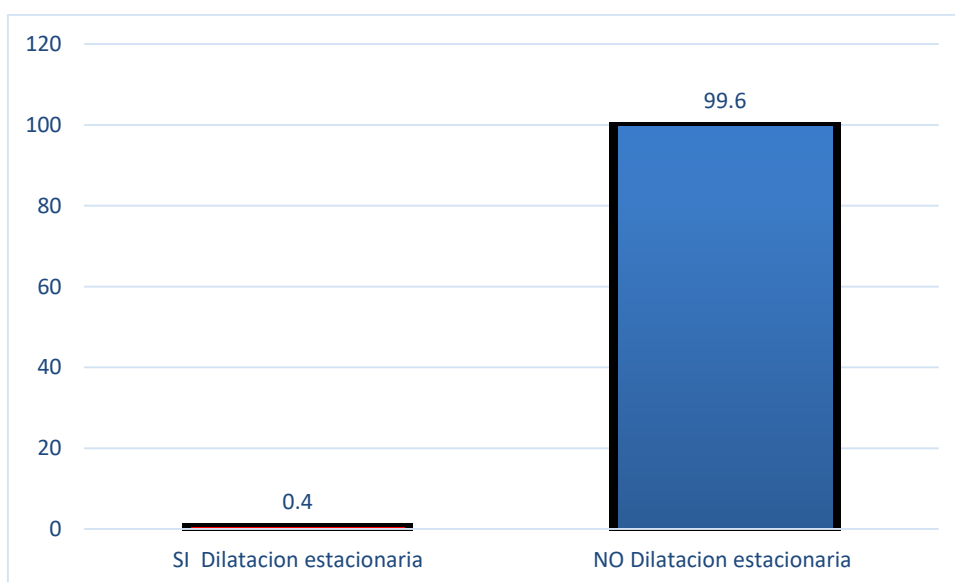


Figura N°16: Distribución porcentual de dilatación estacionaria en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada en el registro de las historias de mujeres sometidas a cesárea en estudio, se evidencio que el (99,6 %) no presento dilatación estacionaria y el (0,4%) si presento.

Tabla17. Distocia de contractilidad uterina en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Distocia de contractilidad uterina	Frecuencia	%
SI	11	4,6
NO	228	95,4
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

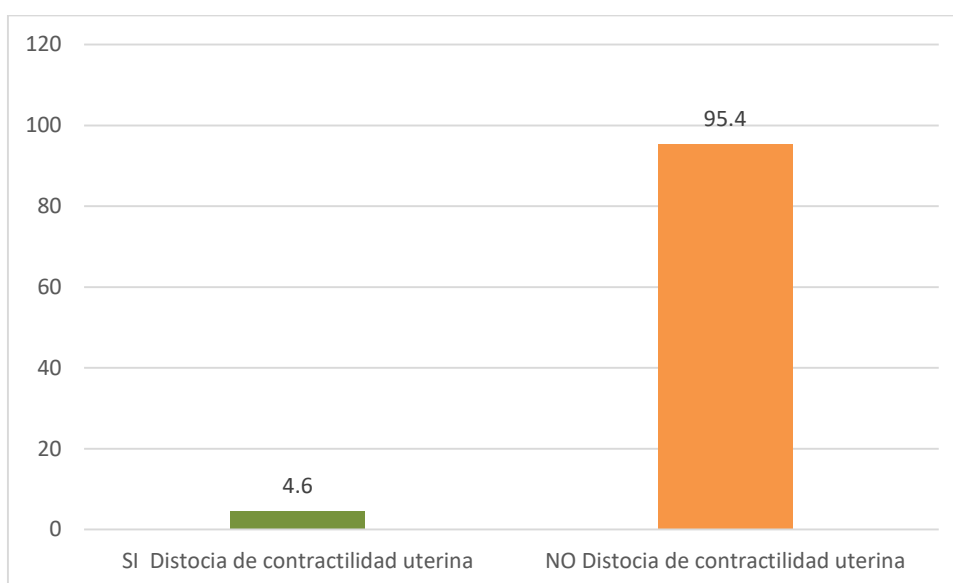


Figura N°17: Distribución porcentual de distocia de contractilidad uterina en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada, respecto a la presencia de distocia de contractilidad uterina en las historias de mujeres sometidas a cesárea en estudio, se evidencio que el (95,4 %) no presento dicha condición y que el (4,6 %) si lo presento.

Tabla18. Hipertensión Gestacional en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Hipertensión Gestacional	Frecuencia	%
SI	07	2,9
NO	232	97,1
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

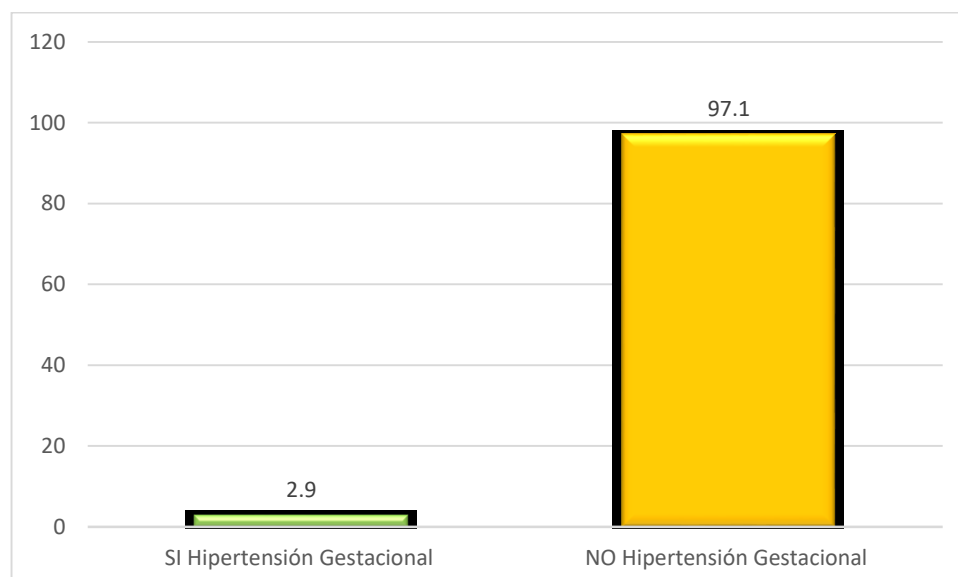


Figura N18: Distribución porcentual de la Hipertensión gestacional en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada, se muestra a la Hipertensión gestacional registrado en las historias de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se evidencio que el (97,1 %) no presento dicha condición y que el (2,9 %) si lo presento.

Tabla 19. Pre-eclampsia leve y severa en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Pre eclampsia leve y severa	Frecuencia	%
SI	20	8,4
NO	219	91,6
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

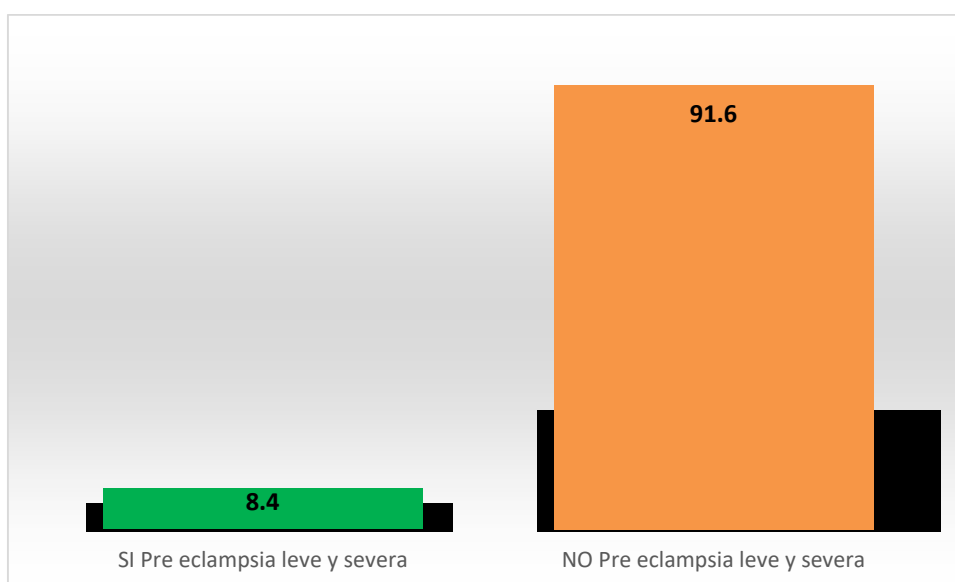


Figura N°19: Distribución porcentual de Pre-eclampsia leve y severa en mujeres sometidas a cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se evidencia la presencia de pre-eclampsia leve y severa en las historias de mujeres sometidas a cesáreas en estudio, en donde se encontró que la mayoría (91,6%) no presento pre eclampsia leve y en un 8,4% si presento pre eclampsia.

Tabla 20. Eclampsia en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Eclampsia	Frecuencia	%
SI	01	0,4
NO	238	99,6
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

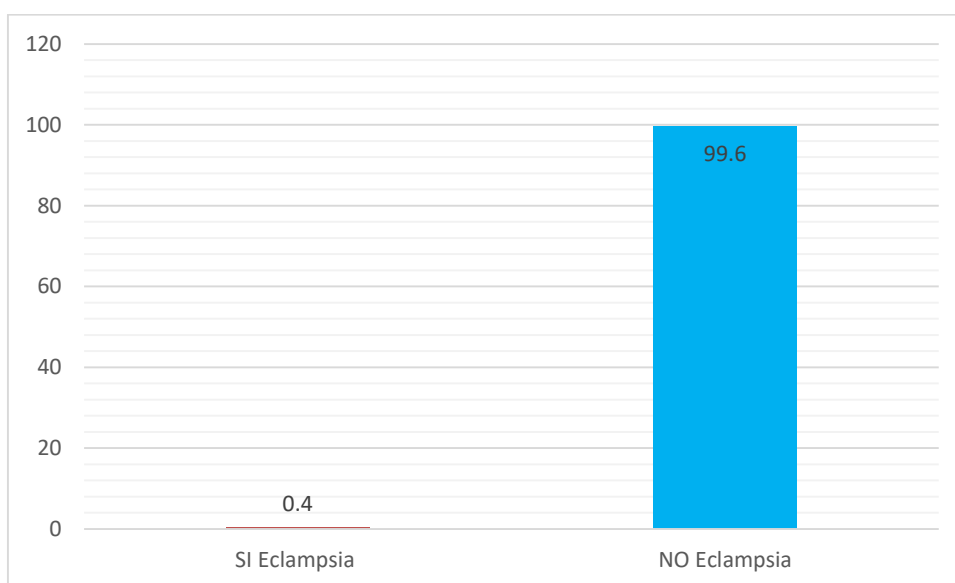


Figura N 20: Distribución porcentual de Eclampsia en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se evidencia la presencia de Eclampsia en las historias de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se encontró que la mayoría (99,6%) no presento Eclampsia y el 0,4% si presento Eclampsia.

Tabla 21. Mala historia Obstétrica en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Mala Historia Obstétrica	Frecuencia	%
SI	02	0,8
NO	237	99.2
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

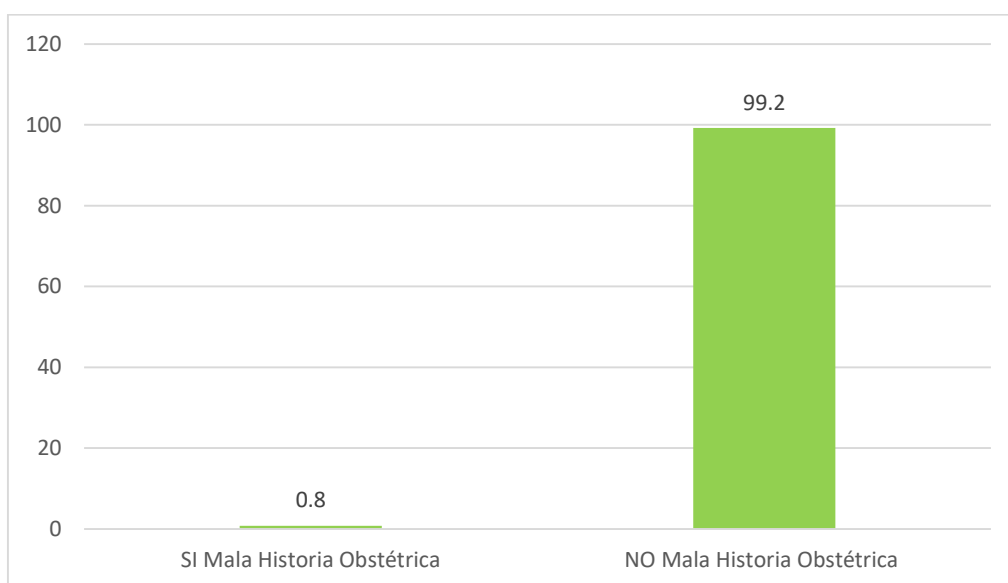


Figura N° 21: Distribución porcentual de mala historia obstétrica en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se evidencia la presencia de mala historia obstétrica en las historias clínicas de mujeres sometidas a cesáreas en estudio, en la que se encontró que la mayoría (99,2%) no presento mala historia obstétrica y el 0,8% si presento

Tabla 22. Insuficiencia placentaria en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Insuficiencia placentaria	Frecuencia	%
SI	17	7,1
NO	222	92,9
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

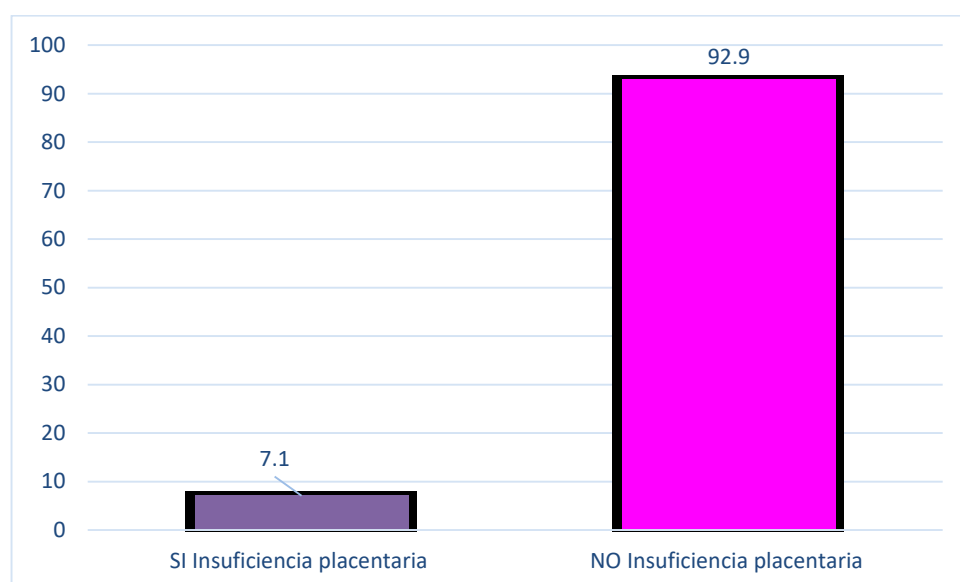


Figura N° 22: Distribución porcentual de Insuficiencia placentaria en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se evidencia la presencia de insuficiencia placentaria en las historias clínicas de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se encontró que la mayoría (92,9%) no presento insuficiencia placentaria y el 7,1% si presento

Tabla 23: Periodo Intergenésico corto| en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Periodo Intergenésico corto	Frecuencia	%
SI	09	3,8
NO	230	96,2
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

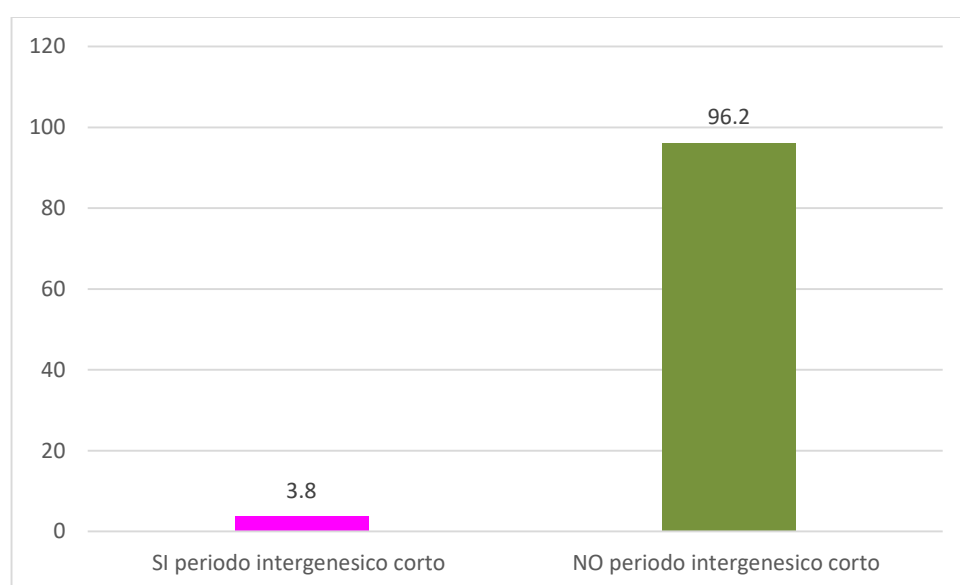


Figura N° 23: Distribución porcentual de periodo intergenésico corto en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se evidencia la presencia del periodo intergenésico corto en las historias clínicas de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se encontró que la mayoría (96,2%) no presento periodo intergenésico corto y el 3,8% si presento.

Tabla 24. Otras condiciones maternas en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Otras condiciones maternas	Frecuencia	%
SI	02	0,8
NO	237	99,2
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

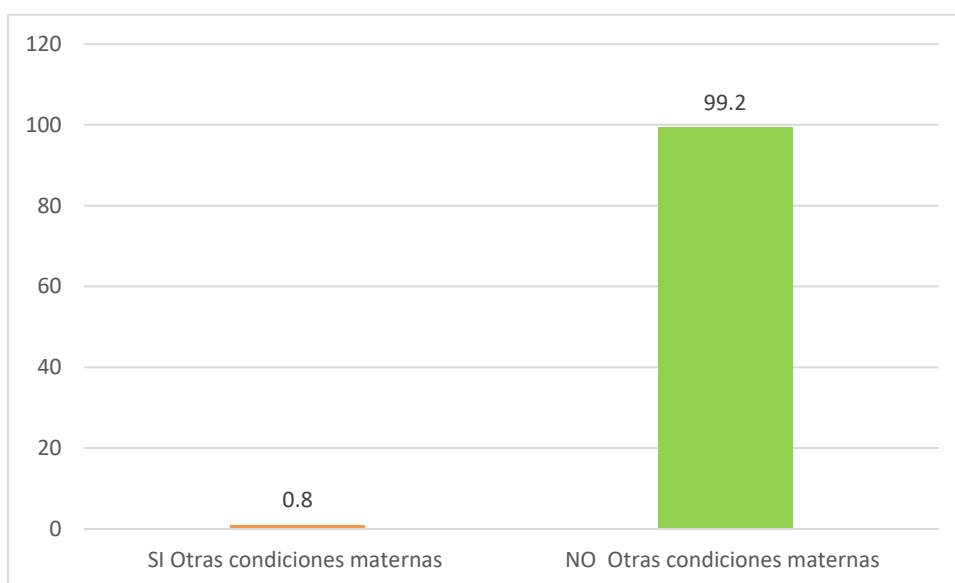


Figura N 24: Distribución porcentual de otras condiciones maternas en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se evidencia la presencia de otras condiciones maternas en las historias clínicas de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se encontró que la mayoría (99,2%) no presento otras condiciones maternas y el 0,8% si presento

Tabla 25. Causas maternas de indicación de las cesáreas en mujeres en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Causa Maternas de la Cesárea	Frecuencia	Porcentaje
Desproporción céfalo pélvica (DCP)	52	21,8
Cesárea previa	49	20,5
Pre-eclampsia leve y severa	20	8,4
Embarazo prolongado	18	7,5
Pelvis Estrecha	17	7,1
Insuficiencia placentaria	17	7,1
Distocia de contractilidad uterina	11	4,6
Periodo Intergenesico corto	9	3,8
Hipertensión Gestacional	7	2,9
Mala historia Obstétrica	2	0,8
Otras condiciones maternas	2	0,8
Dilatación estacionaria	1	0,4
Eclampsia	1	0,4

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

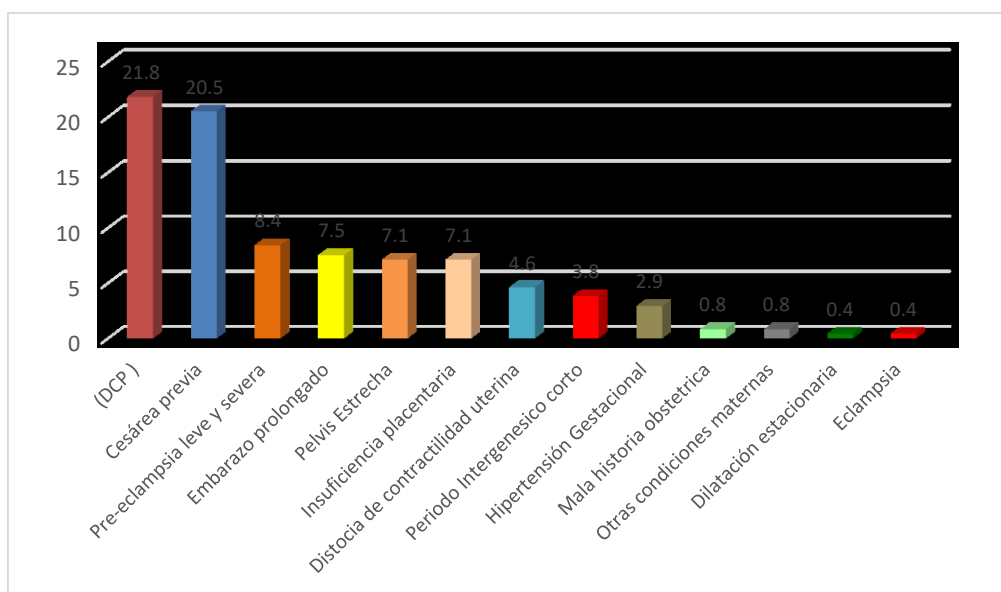


Figura N° 25: Distribución porcentual de las Causas Maternas de las Cesáreas en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se evidencia la identificación de las causas maternas presentes en las historias clínicas de las mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se muestra que la primera causa corresponde a la desproporción Céfalo pélvica (21,8 %), seguido

de cesárea previa (20,5 %), pre-eclampsia leve y severa (8,4 %), Embarazo prolongado (7,5%), pelvis estrecha e insuficiencia placentaria (7,1 %) respectivamente, distocia de contractilidad uterina (4,6%), periodo intergenésico corto (3,8 %), Hipertensión gestacional (2,9 %), mala historia obstétrica y otras condiciones maternas (0,8%), dilatación estacionaria y Eclampsia (0,4%) respectivamente.

4.1.3. Características de Causas fetales

Tabla 26 Presencia de feto en presentación pelviana en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Presentación pelviana	Frecuencia	%
SI	22	9,2
NO	217	90,8
Total	239	100,0

F
Fuente: Historia clínica – SIP 2000

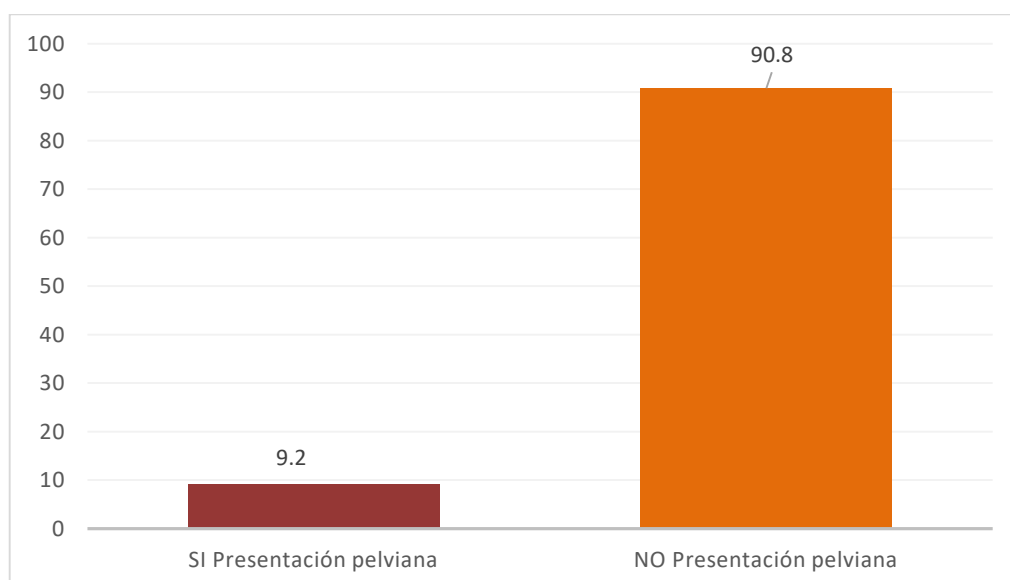


Figura N 26: Distribución porcentual de Presentación pelviana en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se evidencia la presencia de presentación pelviana en las historias de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se muestra que el (90,8 %) no presentó dicha condición y que el (9,2 %) sí lo presentó.

Tabla 27: Presencia de feto en transversa en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Feto en transversa

Feto en transversa	Frecuencia	%
SI	02	0,8
NO	237	99,2
Total	239	100,0

F

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

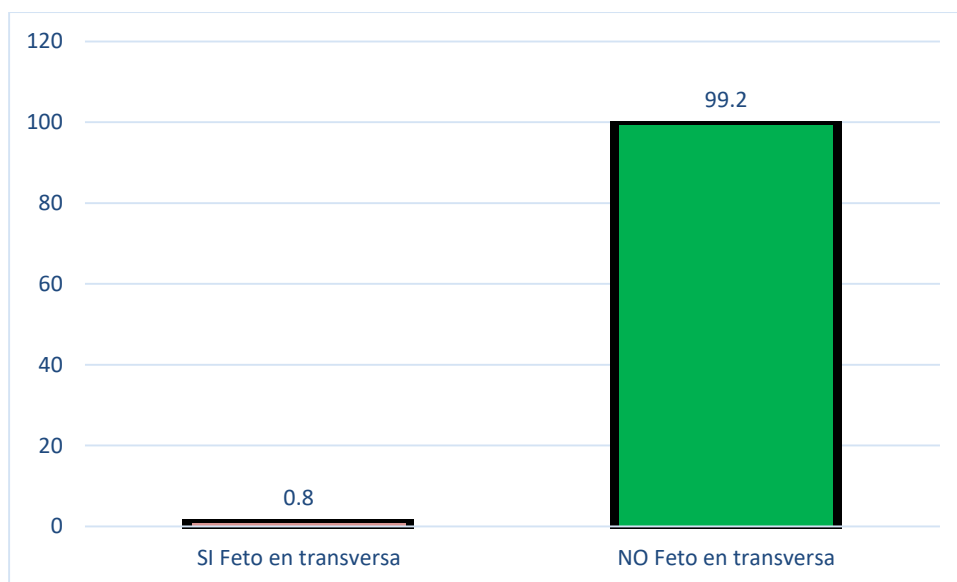


Figura N° 27: Distribución porcentual de Feto en transversa en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se evidencia la presencia de feto en transversa encontrado en las historias de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se muestra que el (99,2 %) no presento dicha condición y que el (0,8 %) si lo presento.

Tabla 28: Presencia de embarazo múltiple en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Embarazo Múltiple	Frecuencia	%
SI	10	4,2
NO	229	95,8
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

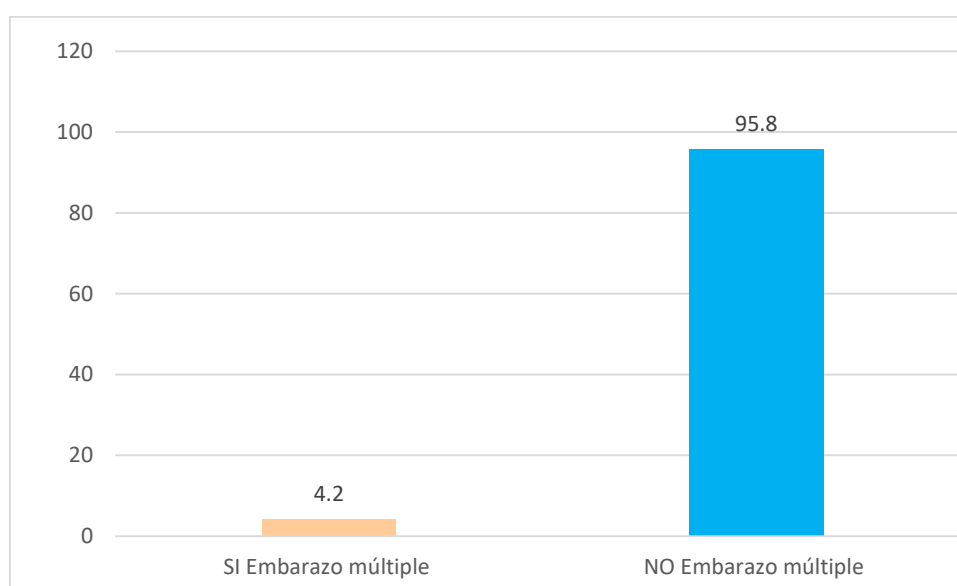


Figura N° 28: Distribución porcentual de embarazo múltiple en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se evidencia la presencia de parto con embarazo múltiple en las historias de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se muestra que el (95,8) no presento dicha condición y solo el 4,2% si lo presento.

Tabla 29. Distocias de presentación persistente en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Distocias de presentación persistente	Frecuencia	%
SI	19	7,9
NO	220	92,1
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

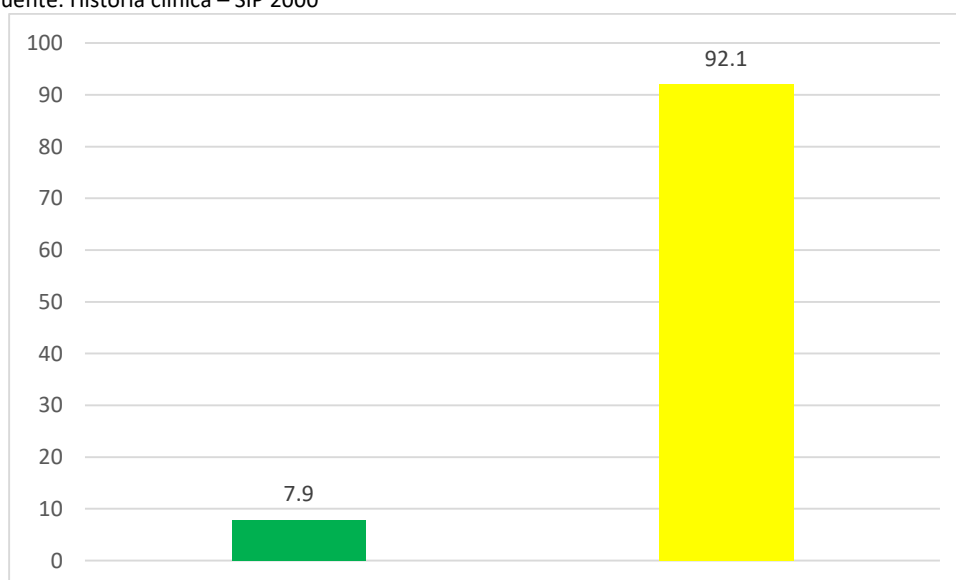


Figura N° 29: Distribución porcentual de Distocias de presentación persistente en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se muestra la presencia de distocias de presentación persistente en las historias de mujeres sometidas a cesáreas en estudio, en donde se evidencia que el (92,1) no presento dicha condición y solo el 7,9% si lo presento.

Tabla 30. Estado fetal no tranquilizador en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Estado fetal no tranquilizador	Frecuencia	%
SI	35	14,6
NO	204	85.4
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

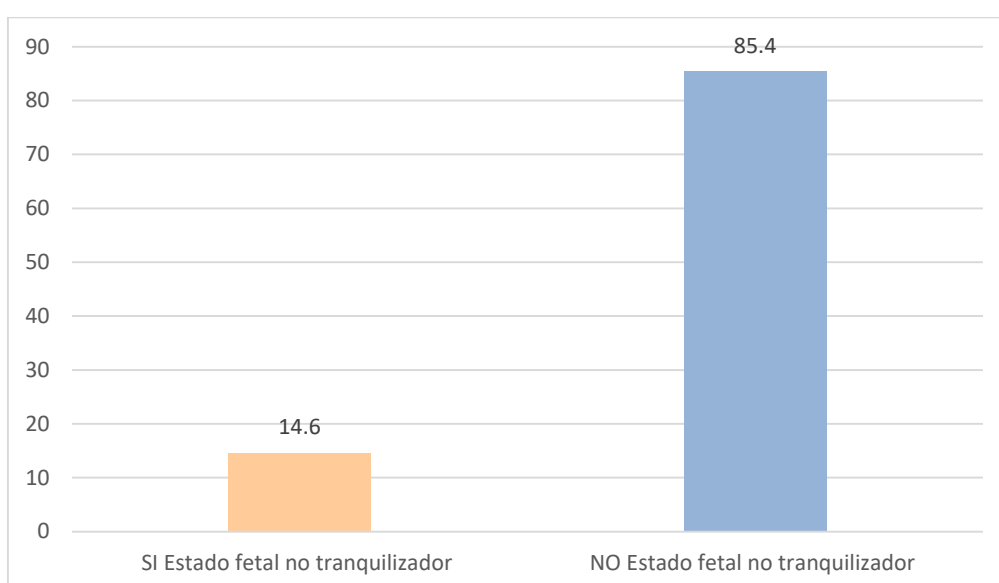


Figura N° 30: Distribución porcentual del Estado fetal no tranquilizador en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se muestra la presencia del estado fetal no tranquilizador en las historias de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se evidencia que el (85,4 %) no presento dicha condición y solo el (14,6%) si lo presento.

Tabla 31: Presencia de malformaciones fetales en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Malformaciones fetales	Frecuencia	%
SI	0	0,0
NO	239	100,0
Total	239	100

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

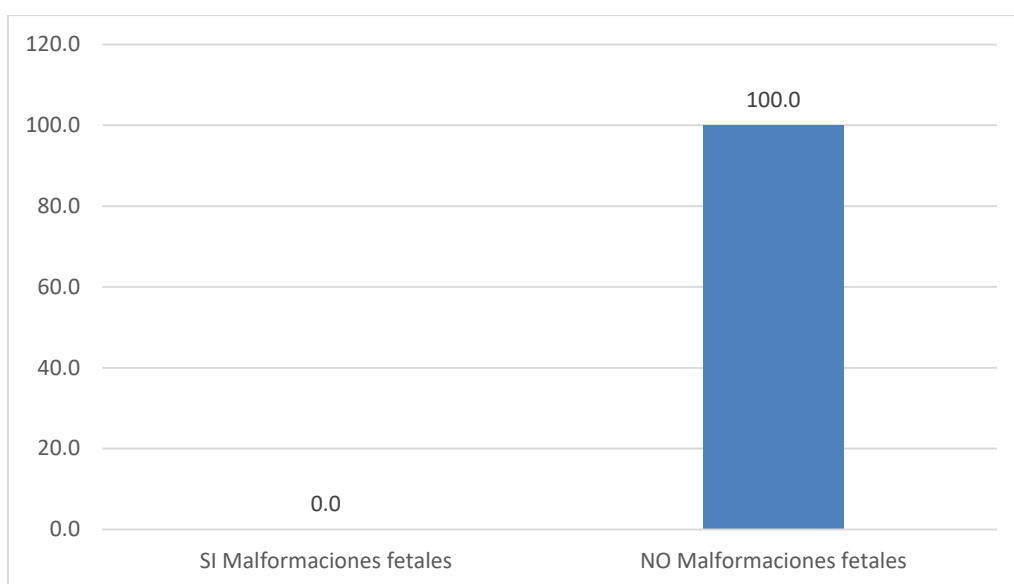


Figura N 31: Distribución porcentual de malformaciones fetales en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se muestra que el 100.0 % de las historias de las mujeres en estudio, no registro malformaciones fetales

Tabla 32: Presencia de Macrosomía fetal en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017.

Macrosomía fetal	Frecuencia	%
SI	06	2,5
NO	233	97,5
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

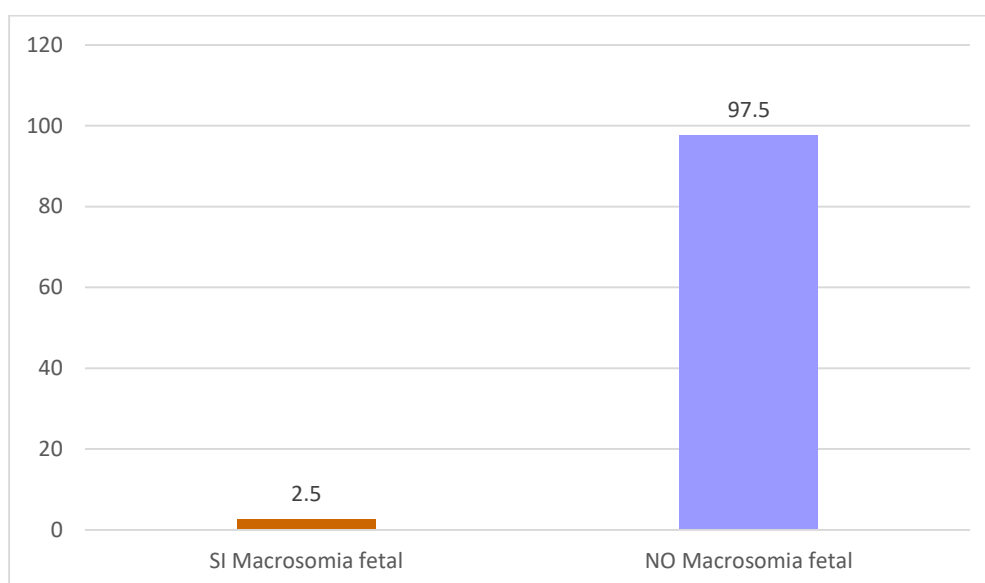


Figura N° 32: Distribución porcentual de Macrosomia Fetal en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se muestra la presencia de macrosomia fetal registradas en las historias de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se evidencio que el (97,5 %) no presento macrosomia fetal y el (2,5%) si lo presento.

Tabla 33 : Presencia de RCIU en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

RCIU	Frecuencia	%
SI	0	0,0
NO	239	100,0
Total	239	100,0

F

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

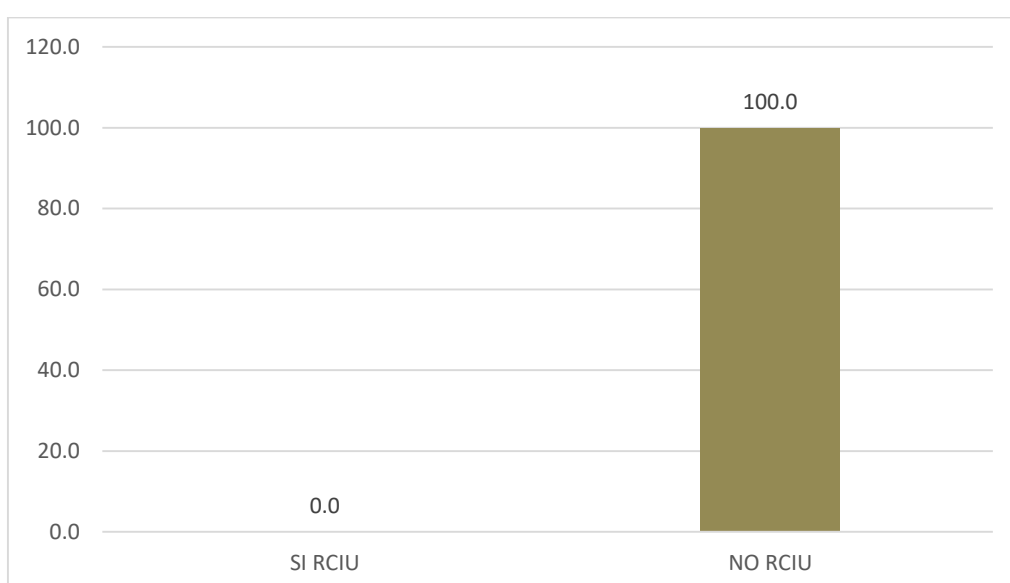


Figura N° 33: Distribución porcentual de (RCIU) en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se muestra el registro de restricción del crecimiento intrauterino (**RCIU**) en las historias de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se evidencio que el (100,%) no presento dicha condición

Tabla 34. Causas fetales de indicación de las cesáreas en mujeres en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Causa de la Cesárea	Frecuencia	Porcentaje
Estado fetal no tranquilizador	35	14,6
Presentacion pelviana	22	9,2
Distocias de presentacion persistente	19	7,9
Embarazo multiple	10	4,2
Macrosomia fetal	6	2,5
Feto en transversa	2	0,8
Malformaciones fetales	0	0
RCIU	0	0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

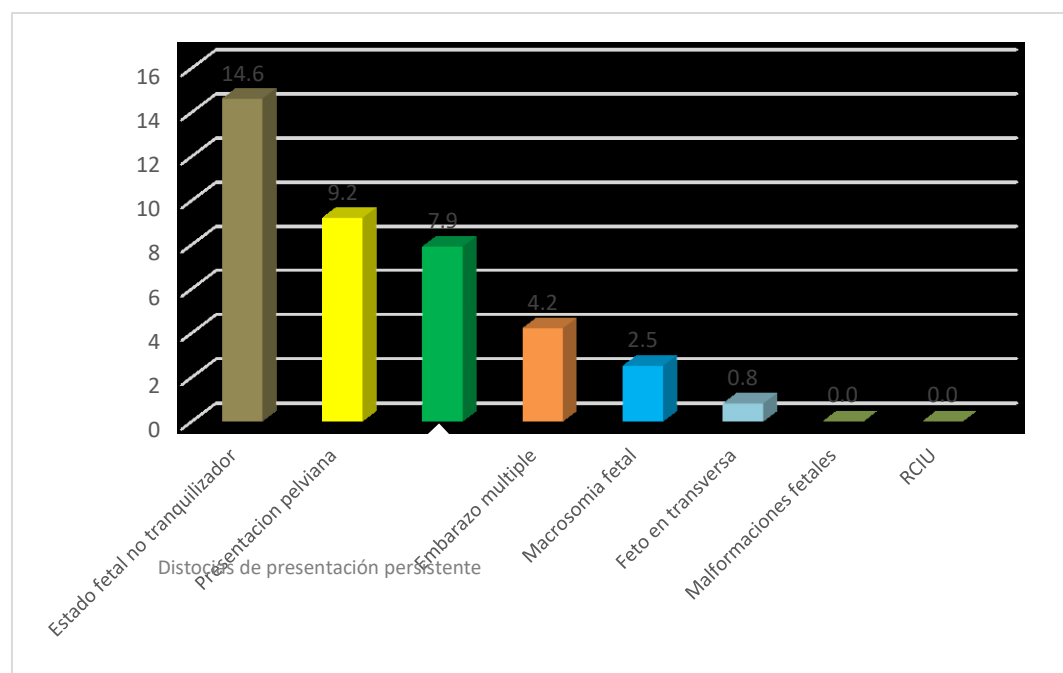


Figura N° 33: Distribución porcentual de las Causas Fetales de indicación de la Cesárea en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la Tabla y figura se muestra las causas fetales que llevaron a la indicación de cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017, en donde se evidencia que el (14,6%) fueron por estado fetal no tranquilizador, el (9,2%) presentación

pelviana, el (7,9%) fue por distocias de presentación persistente, el (4,2%) embarazo múltiple, el (2,5%) fue por macrosomia fetal y el (0,8%) fue por feto en transversa.

4.1.4 Características de Causas Maternas-fetales

Tabla 35: Desprendimiento prematuro de placenta en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Desprendimiento prematuro de placenta	Frecuencia	%
SI	1	0,4
NO	238	99,6
Total	239	100

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

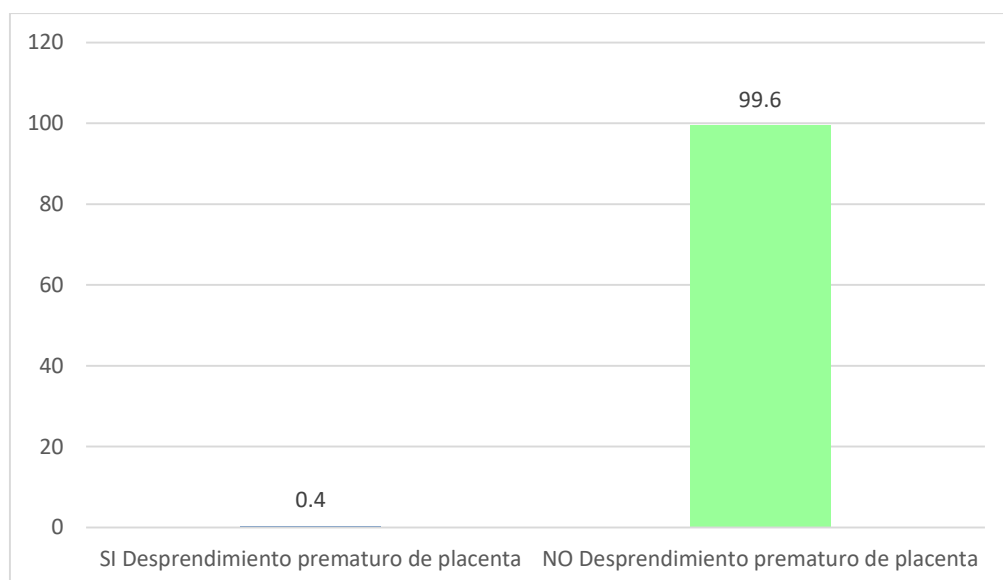


Figura N 35: Distribución porcentual de Desprendimiento prematuro de placenta en mujeres sometidas a cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se muestra la presencia de desprendimiento prematuro de placenta en las historias de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se evidencio que el (99,6 %) no presento desprendimiento prematuro de placenta y el (0,4 %) presento dicha condición.

Tabla 36: Placenta previa en mujeres sometidas a cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Placenta Previa	Frecuencia	%
SI	3	1,3
NO	236	98,7
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

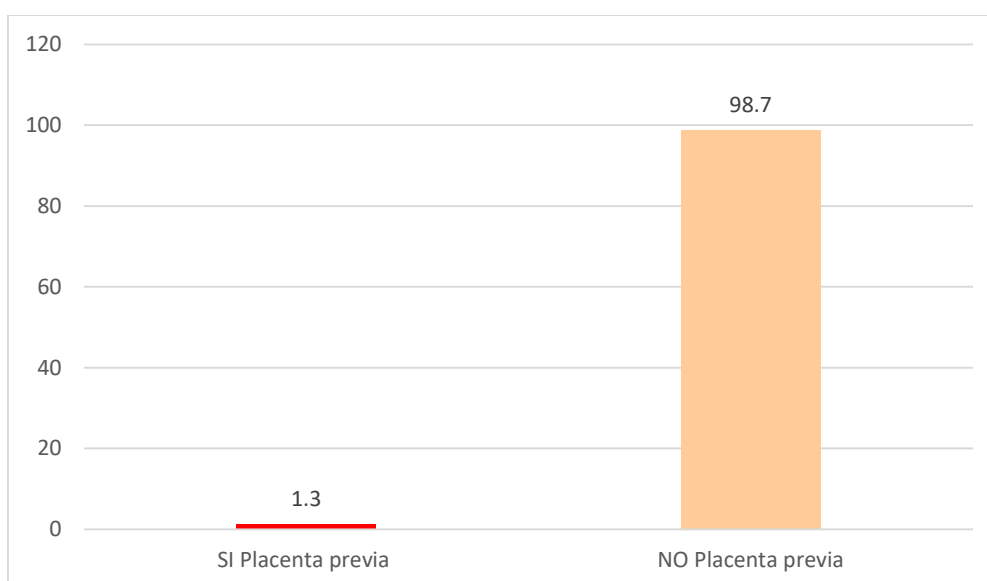


Figura N° 36: Distribución porcentual de Placenta previa en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se muestra la presencia de placenta previa en las historias de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se evidencio que el (98,7%) no presento dicha condición y que el (1,3 %) si lo presento.

Tabla 37: Prolapso de Cordón Umbilical en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Prolapso del cordón umbilical		
	Frecuencia	%
SI	0	0
NO	239	100,0
Total	239	100,0

FFuente: Historia clínica – SIP 2000

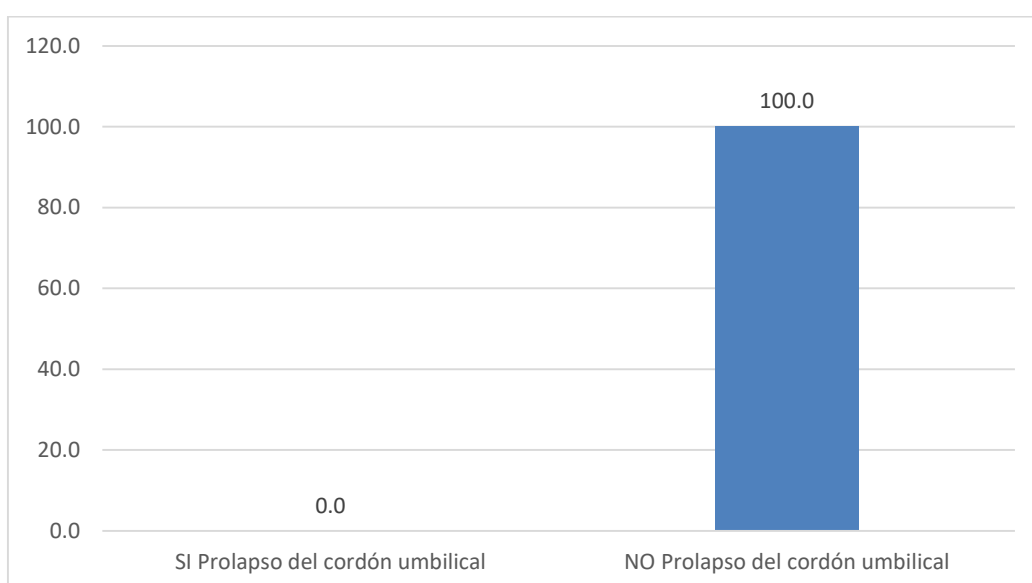


Figura N° 37: Distribución porcentual del Prolapso de cordón umbilical en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se muestra la presencia de prolapso de cordón umbilical en las historias de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se evidencio que el (100,%) no presento dicha condición.

Tabla 38 : Oligoamnios Severo en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Oligoamnios Severo		
	Frecuencia	%
SI	23	9,6
NO	216	90,4
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

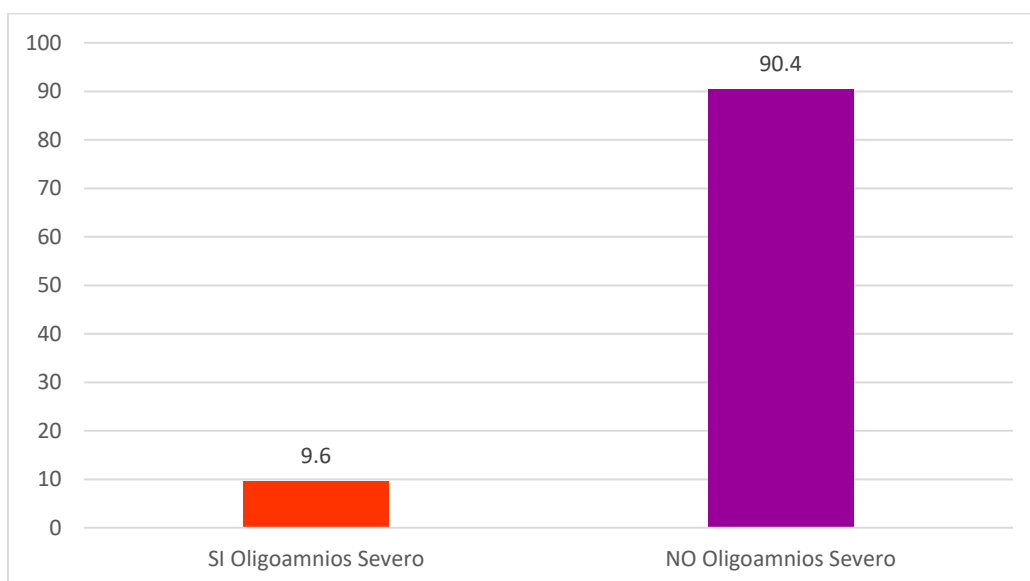


Figura N 38: Distribución porcentual de Oligoamnios Severo en mujeres sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se muestra el registro de Oligoamnios Severo en las historias de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se evidencio que el (90,4 %) no presento dicha condición y que el (9,6 %) si lo presento.

Tabla 39. Ruptura prematura de membranas con infección en mujeres sometidas a cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Ruptura prematura de Membranas	Frecuencia	%
SI	03	1,3
NO	236	98,7
Total	239	100,0

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

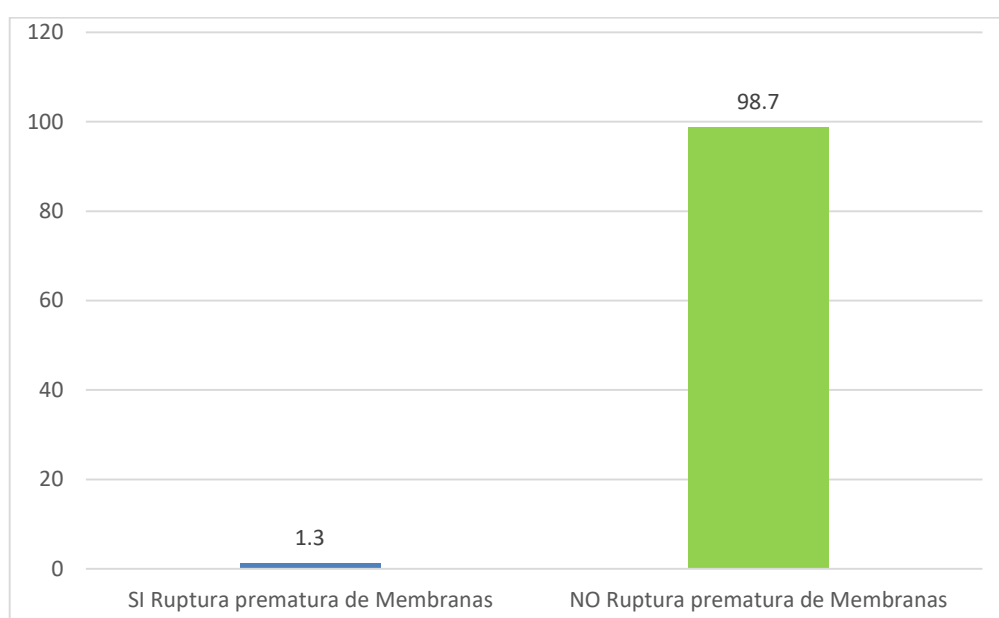


Figura N° 39: Distribución porcentual de Ruptura prematura de membranas con infección en mujeres sometidas a cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la tabla y figura presentada se muestra el registro de la presencia de ruptura prematura de membranas con infección en las historias de mujeres sometidas a cesárea en estudio, en donde se evidencio que el (98,7%) no presento dicha condición y que el (1,3 %) si lo presento.

Tabla 40. Causas maternas -fetales de indicación de las cesárea en mujeres en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Causas Maternas-fetales	Frecuencia	Porcentaje
Oligohidramnios severo	23	9,6
Placenta Previa	3	1,3
RPM	3	1,3
Desprendimiento prematuro placenta	1	0,4
Prolapso de cordón umbilical	0	0

Fuente: Historia clínica, Sip 2000

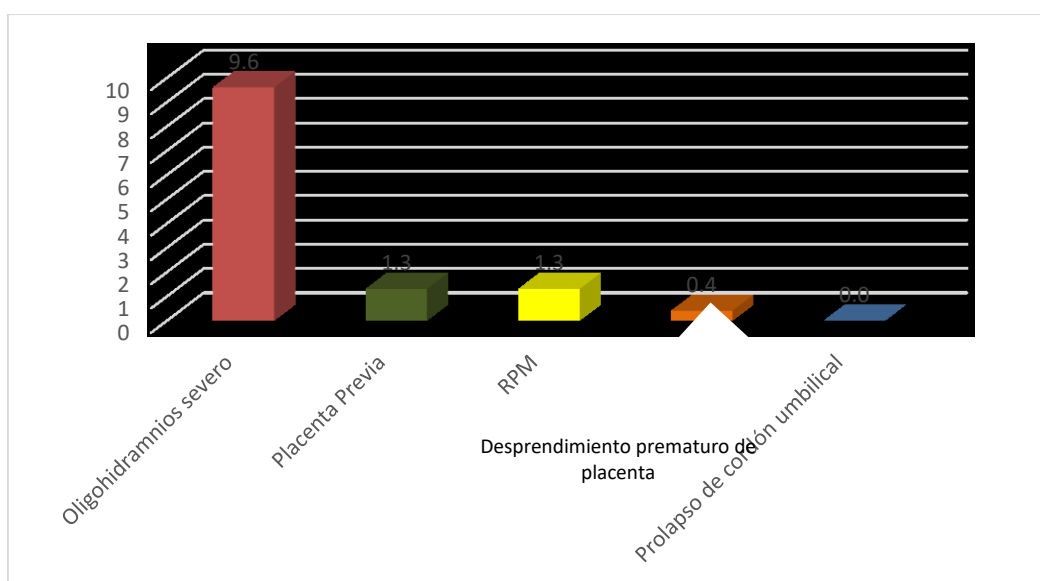


Figura N° 40: Distribución porcentual de las Causas Maternas Fetales de indicación de la Cesárea en mujeres sometidas a cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

En la Tabla y figura se muestra las causas maternas fetales de indicación de la cesárea en mujeres en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017 el (9,6 %) presento Oligohidramnios severo, el (1,3%) fue para placenta previa y RPM respectivamente, y el (0,4 %) para desprendimiento prematuro de placenta.

4.2 Análisis inferencial

Tabla 41. Distribución normal de las causas y cesáreas en mujeres atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Variables/dimensiones	Media	Desviación estándar	Kolmogorov-Smirnov	Significancia
Cesáreas	119,5	12,4	0,34	0,053
Causas	54,2	8,2	1,01	0,163
Maternas	14,3	2,3	1,03	0,024
Fetales	32,8	5,4	1,26	0,034
Maternas-fetales	7,0	0,5	0,95	0,018

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

En cuanto a la prueba de normalidad se decidió por Kolmogorov-Smirnov debido al tamaño de la muestra respecto a la distribución de los datos. Se encontró significancia estadística de normalidad (P) mayor que el valor teórico de 0,05 en relación a todas las variables en estudio: Cesáreas ($0,0536 \leq 0,05$); Causas ($0,163 \leq 0,05$) con sus dimensiones Maternas, Fetales y Maternas fetales, todas con $p \leq 0,05$. Por lo tanto, tanto las variables y sus dimensiones siguen una distribución normal.

Tabla 42. Asociación entre Causas maternas en la dimensión materna y cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Variables/dimensión	Cesáreas	
	r de Pearson	Significancia
Maternos	0,4	0,024

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

Referente a la asociación entre las causas maternas en la dimensión maternas y las cesáreas en las mujeres sometidas, se obtuvo un coeficiente de correlación de r Pearson de 0,4 y una $p \leq 0,024$, encontrando significancia estadística y se concluye que estas dos variables están relacionadas significativa estadísticamente. Asimismo, respecto a la dispersión del comportamiento de cada una de las variables, se encontró una relación positiva ascendente donde se relacionan y pudiendo afirmar que mientras exista presencia de las causas maternas en forma ascendente también lo hacen las cesáreas.

Tabla 43. Asociación entre Causas maternas en la dimensión fetal y cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Variables/dimensión	Cesáreas	
	r de Pearson	Significancia
Fetales	0,3	0,034

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

Referente a la asociación entre las causas maternas en la dimensión fetales y las cesáreas en las mujeres sometidas, se obtuvo un coeficiente de correlación de r Pearson de 0,3 y una $p \leq 0,034$, encontrando significancia estadística y se concluye indicando que estas dos variables están relacionadas significativa estadísticamente. Asimismo, respecto a la dispersión del comportamiento de cada una de las variables, se encontró una relación positiva ascendente donde se relacionan y pudiendo afirmar que mientras exista presencia de las causas fetales en forma ascendente también lo hacen las cesáreas.

Tabla 44. Asociación entre Causas maternas en la dimensión maternas -fetales y cesáreas en mujeres atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco 2017

Variables/dimensión	Cesáreas	
	r de Pearson	Significancia
Maternos- fetales	0,2	0,018

Fuente: Historia clínica – SIP 2000

Referente a la asociación entre las causas maternas en la dimensión maternos–fetales y las cesáreas en las mujeres sometidas, se obtuvo un coeficiente de correlación de r Pearson de 0,3 y una $p \leq 0,018$, encontrando significancia estadística y se concluye indicando que estas dos variables están relacionadas significativa estadísticamente. Asimismo, respecto a la dispersión del comportamiento de cada una de las variables, se encontró una relación positiva ascendente donde se relacionan y pudiendo afirmar que mientras exista presencia de las causas maternas- fetales en forma ascendente también lo hacen las cesáreas.

CAPITULO V

5 DISCUSION

5.1 Discusión de resultados

En la presente investigación, la proporción de cesáreas durante el periodo de Enero a Diciembre del 2017 llego a ser el 46,0 % respecto del total de partos programados para el año 2017; cifra que se encuentra muy por encima de los parámetros fijados por la OMS en donde se establece que debe representar entre 10-15%; sin embargo estos resultados son similares a los encontrados por Patiño⁴², en los hospitales de ESSALUD y MINSA con una frecuencia de 58,76% y 49,52% respectivamente. Otras cifras elevadas pero menor a la nuestra se observa en el estudio de Galvez⁴², donde la incidencia de cesárea fue de 42%, Alvia⁴³, con un 23% en el Hospital Provincial de Portoviejo, Thiago M, et al ⁴⁴, en el hospital Universitario de Florianópolis, Sur de Brasil, una tasa de cesárea de 36,5%, Maimoona H, et al ⁴⁵, con un 21,4% en el Teacher's Hospital de Lahore-Pakistán.

De igual forma la cifra encontrada en nuestro trabajo es mucho mayor que la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS en 24 regiones de ocho países de América Latina donde la mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33%.

De acuerdo a las características de la edad materna en el estudio de las mujeres con cesárea se obtuvo una edad promedio de 23,3 y una mediana de 28, agrupándose en la edad con mayor predominio los rangos de 15 a 24 años y de 25 a 34 años con una proporción de (82,0%),

porcentajes que guardan similitud a lo registrado en el estudio de Galvez⁴⁶, donde la edad de 20-34 años en el representando el 74% de la muestra en estudio.

Por otro lado, los datos de nuestro estudio son comparables con del Carpio⁴⁷, con edad media de 29,79%

Según la edad gestacional, se observó en el estudio que el 90,0% se encontraba a término, lo cual es comparable con el estudio realizado por Carpio²⁷ con 90,9%, y con el estudio de Fernando⁴⁸, de 76,6%. Entendiendo de esta forma que un gran porcentaje de gestantes acuden a la Atención prenatal a su centro de salud y son referidas al hospital.

Con respecto al tipo de cesárea en el estudio se observa que de las 239 mujeres sometidas al procedimiento cesárea el 78,7% (188) fue de tipo emergencia, y el 21,3 % fue de tipo programada. Datos similares al estudio que encontraron con Patiño, et al ¹⁶ donde 35,13% fue electiva y el 64,87% fue emergencia; sin embargo, nuestros datos difieren con los de Galves⁴⁹, donde la cesárea electiva represento 56,8% y emergencia 43,2%.

En este estudio en la presencia de causas maternas la desproporción céfalo pélvica refiere la causa materna frecuente (21,8%), seguido de cesárea previa (20,5 %), pre eclampsia leve y severa (8,4 %) embarazo prolongado (7,5 %), y pelvis estrecha (7,1%) representan las 05 primeras causas maternas.

Los hallazgos difieren a su vez por las encontradas por diversos autores como Carpio ⁵⁰, Patiño⁵¹ y Gálvez⁵². en donde la indicación de cesárea anterior represento la primera causa de cesárea, así mismo se

contradice con Pavon, et al ⁵³, donde la primera causa fue el compromiso del bienestar fetal, ocupando la cesárea anterior el tercer lugar.

Los datos encontrados a través de las diversas referencias nos indican el gran porcentaje de pacientes con cesárea anterior que se someten nuevamente a esta intervención; pese a que se ha demostrado que el parto vaginal posterior a cesárea es una forma de tratamiento seguro, siempre y cuando se sigan los protocolos ya establecidos y la paciente reúna una serie de condiciones para ello⁵⁴.

En el presente estudio analizando los datos estadísticos del espacio muestral, podemos apreciar que el 79,5% de las cesáreas no tenían antecedentes de cesárea anterior y fueron sometidas por primera vez a este procedimiento quirúrgico en el periodo en estudio, además se aprecia que el 38,1% de las pacientes eran primigestas.

En las causas fetales de indicación de cesáreas en nuestro estudio encontramos como primera causa para el diagnóstico preoperatorio el estado fetal no tranquilizador con un porcentaje de (14,6%) el que concuerda con los estudios realizados por Bustamante et al ⁵⁵, en donde refiere un (8.6%) (22); datos que nos permite inferir que la mayoría de pacientes con dicha patología fueron transferidos a un centro de mayor resolución como es el Hospital en referencia del estudio.

Por otro lado, las causas maternas-fetales están asociadas en mayor proporción a Oligohidramnios severo con el (9,6%) lo que concuerda con la literatura existente en donde se indica que afecta a menos del 10% de los embarazos, como factor predictivo de un daño reversible o irreversible en el producto de la concepción⁵⁶.

Así mismo en respuesta a los objetivos planteados en dicha investigación podemos afirmar de acuerdo a los datos de asociación de variables en las mujeres que fueron sometidas al procedimiento de las cesáreas se encuentra que: las variables que se asocia con la cesárea absoluta y relativa son desproporción céfalo pélvica, cesárea previa, Pre-eclampsia leve - severa y embarazo prolongado como causas maternas, en causas fetales se encontró Estado fetal no tranquilizador, presentación pelviana y Distocias de presentación persistente y en las causas materno fetales tenemos Oligohidramnios severo en su gran mayoría.

Sin embargo, estadísticamente podemos aseverar que se encontró significancia estadística de normalidad (P) menor que el valor teórico de 0,05 en relación a todas las variables en estudio: Cesáreas (0,053 valor $p \leq 0,05$); Causas (0,163 valor $p \leq 0,05$) con sus dimensiones Maternas, Fetales y Maternas fetales, todas con $p \leq 0,05$. Por lo tanto, tanto las variables y sus dimensiones siguen una distribución normal, siguiendo una dispersión del comportamiento de cada una de las variables, en forma ascendente donde se relacionan y pudiendo afirmar que mientras exista presencia de las causas maternas, fetales y materno-fetales en forma ascendente también lo hacen las cesáreas.

.- CONCLUSIONES

Conclusiones

Se concluye:

- La proporción de las cesáreas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari en el año 2017 fue del 46,0 %, del total de partos programado.
- Entre las características demográficas de las mujeres sometidas a cesárea encontramos que la edad materna en promedio fue 23,3 y una mediana de 28, agrupándose en la edad con mayor predominio los rangos de 15 a 24 años y de 25 a 34 años con una proporción de (82,0%), el grado de instrucción de mayor predominio fue el de secundaria incompleta (30,5%), el lugar de procedencia fue urbana (70,7%), la edad gestacional de mayor predominio según Capurro fue de 37 a 41 Semanas (90,0%), el (38,1%) presento 1 gestación, el (20,5) presento cesáreas anteriores y el de tipo de Cesárea fue emergencia (78,7%).
- Las causas maternas asociadas a las cesáreas en la muestra en estudio fueron: desproporción céfalo pélvica refiere la causa materna frecuente (21,8%), seguido de cesárea previa (20,5 %), pre eclampsia leve y severa (8,4 %) embarazo prolongado (7,5 %), y pelvis estrecha (7,1%)
- Las causas fetales asociadas a las cesáreas en la muestra en estudio fueron: el estado fetal no tranquilizador con un porcentaje de (14,6%), presentación pelviana (9.2%), distocias de Presentacion persistente (7,9%), embarazo múltiple (4,2%).

- Las causas maternas - fetales asociadas a las cesáreas en la muestra en estudio fueron: Oligohidramnios severo (9,6%), placenta previa (1,3 %) como las 02 primeras causas maternas- fetales para la indicación de cesáreas

RECOMENDACIONES

Sugerimos:

- Con la finalidad de no registrar una incidencia elevada de parto por cesárea en el Hospital Materno es recomendable la calidad de atención como factor fundamental, poniendo énfasis durante la Atención pre-natal en los factores de riesgo obstétrico (edad, paridad) antecedentes personales, patológicos y familiares, antecedentes Gineco - Obstétricos, antecedentes quirúrgicos.
- Para prevenir los porcentajes elevados de operación cesárea en especial las indicaciones relativas; se recomienda hacer una evaluación exhaustiva de las pacientes durante el trabajo de parto teniendo en cuenta los factores que en él interviene, es decir: el factor materno, factor fetal.
- Con la finalidad de mejorar la atención del recién nacido en el parto por cesárea se requiere la presencia obligatoria de un Neonatólogo durante el acto quirúrgico sobre todo en los embarazos término tardíos (11,8%).
- Ofrecer un intento de parto por vía vaginal a las mujeres con cesárea previa, una vez se descarten las contraindicaciones absolutas y se informe a la gestante de los riesgos y beneficios del parto vaginal.
- Se defina claramente en las historias clínicas y en el libro de reporte operatorio el diagnóstico principal para realizar la intervención quirúrgica.
- Disminuir la incidencia de cesáreas de emergencia, mejorando la calidad de atención prenatal en todos los niveles.

- Capacitar periódicamente al personal de Salud en aspectos de mejoramiento de la salud pública, Atención pre natal reenforcada, emergencias obstétricas.
- Socializar en forma mensual la tasa de incidencia de cesáreas, identificando las principales causas para su realización. Asimismo, identificar y a los médicos asistentes con más alta tasa de incidencia de cesárea.
- Sensibilizar a los profesionales de la Salud sobre trabajo en equipo, humanización de la atención, cumplimiento de normas técnicas y, respecto a los derechos humanos.
- Se sugiere el acompañamiento de un familiar en todo el proceso del trabajo de parto, y por ende el cumplimiento de la norma técnica 033 N°- MINSA/DGSP-V.01, norma técnica 121 N°- MINSA/DGIESP-V.01 por los grandes beneficios que se demostraron.
- Implementar la Norma Técnica de Salud N° 361-2011 MINSA y su directiva en todos los establecimientos de Salud, con personal de Obstetricia competente en el área de Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal a fin de educar a la gestante en forma integral.
- Implementar la Norma Técnica de Salud N° Categorizar los establecimientos de Salud a FONB y FONI para su adecuada Implementación con los criterios exigidos según normas vigentes NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.02.

-Socializar las pérdidas económicas al Estado que conlleva una cesárea injustificada, siendo aproximadamente 10 veces más que un parto natural.

- Difundir las ventajas maternas y fetales del parto vía vaginal, a fin de evitar los riesgos por complicaciones de un acto quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Schwarcz R.L, Duverges C.A., Díaz AG, Fascina R.H. Obstetricia. 5ª ed. (9a reimp) Bs.As.: El Ateneo; 2003.
2. Cunningham F.G., Leveno K.J., Bloom S., Gilstrap 111 L.C., Hauth J.H., Wenstrom K.O. Obstetricia de Williams. 22a edición. México: Mac Graw-Hill; 2006
3. Gary Cumminghan, F et al. Obstetricia de Williams. Vigésima segunda edición. Mexico: Mc Graw Hill; 2011.
4. WHO. Appropiatethechnology for birth. Lancet.1985; 2:437-438.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-Perú, 2016. Disponible en:
6. Est/Lib1151/pdf/Libro.pdf
7. Ibíd. Pág . 16.
8. Ibíd. Pag .18
9. Ibíd. Pág . 20
10. ASIS- ANALISIS DE LA Situación de Salud –Hospital Tingo Maria : Huánuco Dr. Carlos Schnapp s. operación cesárea Rev. Med. Clin. condes. 2014; 25(6) 987-992
11. Borrero Zamudio P. Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. R.F.S Revista Facultad de Salud. 2016 junio; 6(1): p. 55-58.
12. Librero J, Peiró S. Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. Rev. Esp. Salud Publica. 2014 mayo; 88(3).
13. Rubio-Romero - Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). Bogotá, 2014 Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 65 No. 2 • Abril-Junio 2014 • (139-151)www.scielo.org.co/pdf/rcog/v65n2/v65n2a05.pdf
14. Morera S Melvin. Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2013 [citado 2018 Ago 07] ; 78(2): 119-125. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

15. Suárez-López L, Campero L, De la Vara-Salazar E, Rivera-Rivera L, Hernández-Serrato MI, Walker D, Lazcano-Ponce E. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:S225-S234
16. Jáuregui M, Tapia I, Duque S, Gárate G, Montesdeoca G, Gaybor M. Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero – Diciembre de 2011. *RevMed HJCA* 2014; 6(1): 46-50. doi:10.14410/2014.6.1.009.
17. Flores Sotelo A. Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla. 2016. Tesis para optar el grado de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma.
18. Paiba M, Salazar G. Causas de cesáreas en el hospital provincial docente belén de Lambayeque, 2014 [tesis]. Lambayeque: universidad nacional Pedro Ruiz gallo. facultad de medicina humana; 2015
19. Gálvez E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013 [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina Humana; 2014.
20. Maylle, A. Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la red asistencial de Huánuco, Essalud, durante el periodo 2010 a 2014[tesis]..Universidad de Huánuco.
21. Puri J. Casuística de complicaciones del parto que terminaron en cesárea. Hospital regional HermilioValdizán Medrano –Periodo – 2015 - Huánuco[tesis]..Universidad de Huánuco.
22. Contreras A. Principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia ginecoobstetrica del HRHVM Huánuco abril- setiembre 2016” Huánuco[tesis]..Universidad de Huánuco.
23. Medrano S, “Factores Clínicos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional HermilioValdizán Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017- [tesis]..Universidad de Huánuco
24. Gary Cumminghan, F et al. *Obstetricia de Willians*. Vigesima segunda edición. Mexico: Mc Graw Hill; 2011.

25. Dunn L. Cesárea y otras operaciones obstétricas. En tratado de Ginecología Danforth. 6thed. Danforth Interamericana 2008.
26. Ibíd. pag.38
27. Ibíd. pag.39
28. De la Cruz A, García C, Loayza S, Palomino C, Velazco C.: Incidencia e Indicaciones de Operación Cesárea en los Hospitales Antonio Lorena y Regional del Cusco durante el año 2004. Perú, 2004 [acceso 15 Abril, 2018]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Incidencia-DeCesareas-En-Hospitales-Del/3222289.html>
29. Clavo R, E.S.E Clínica de maternidad. Cesárea. [acceso 20 de agosto, 2017]. Disponible en: <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf>
30. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010.
31. Sardiñas RA. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. Ginecol Obstet Mex. 2005; 73:155-159.
32. Sardiñas RA. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. Ginecol Obstet Mex. 2005; 73:155-159.
33. Ibíd. pag.38
34. Schwarcz R, Duverges C, Díaz A, Fescina R. Capítulo embarazo normal 5 ed En Obstetricia, Argentina 1997.
35. Cotton, D.B., Operación Cesárea. En: Niswander, K.R., Manual de Obstetricia, Diagnóstico y Tratamiento. Salvat, Eds. 1984. pp 341-368. 15. Cunningham, G.F., Mac Donald, C.P., Gant, F.N., Leveno, J.K., Gilstrap, C.L., Hankins, D.V. and Clark, C.S. Williams Obstetricia. 20^a. Edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires. 1998
36. Echais JF. "Cesarea. Experiencia en el Hospital General de Oxapampa. Revista UNMSM Ginecol. obstet: 50 (2): 106-110. Perú: Lima 2010.
37. Stanberry LR, Jorgensen DM, Nahmias AJ. Herpes simplex viruses 1 and 2. In: Evans AS, Kaslow RA, Ed. Viral infections of humans. Epidemiology and Control. 4th Ed., New York: Plenum Medical Book Company. 1997: 419-454

38. González A: Embarazo multiple. En: Tratado de Obstetricia y Ginecología Vol.1. J A Usandizaga y P de la Fuente. Mc-Graw Hill Interamericana. Madrid, 1997
39. Huijbregts P: Sacroiliac joint dysfunction: evidence-based diagnosis. Orthopaedic Div Rev. 2004; 8: 18-44.
40. Manning FA, Morrison I, Harman CR. Fetal assessment based on fetal biophysical profile scoring II: Experience in 19,221 referred high risk pregnancies. Am J Obstet Gynecol 2008; 1 57: 880-884. 2008
41. Celi A. Relación clínica del monitoreo electrónico fetal y su determinación para el tipo de parto en el área de ginecoobstetricia del hospital isidro ayora. Loja, Ecuador. 2015
42. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. [Sitio en internet]. Consultado : 15 Octubre 2018. Disponible en:
http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_1502_Esp_03.pdf
43. GalvezLiñan E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del callao, periodo enero-diciembre 2013 [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina Humana; 2014.
44. Alvia K, Marcelo A. Caracterización de la Cesárea en el Servicio de gineco-Obstetricia del hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, octubre 2008-Marzo 2009 [tesis]. Ecuador: Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabi. Facultad de ciencia medicas facultad de medicina; 2009.
45. ThiagoMamôru S, Freitas Paulo Fontoura, d'Orsi Eleonora. Factors associated with cesarean section rates in a university hospital. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2009 June [cited 2018 Nov 03]; 43(3):472-480. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000300011>.
46. Maimoona H, Asthma Y, et al. Prevalence and Indications of Caesarean Section in a Teaching Hospital. JIMSA 2014; 27(1): 3
47. GalvezLiñan E. op,cit,pag 36
48. Carpio Vidauro W, Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el periodo Enero – Diciembre 2012 [tesis]. Chiclayo: universidad San Martin De Porres. Facultad De Medicina Humana; 2015.

49. Fernando E. Cesárea. experiencia en el hospital general de oxapampa. ginecol. obstet. 2004; 50 (2): 106-110
50. Carpio Vidauro W, op,cit,pag 42
51. Patiño G. op,cit,pag 48
52. Galvez Liñan E. op,cit,pag 44
53. Pavón L, Gogeochea T, Ramírez M, Landa O., frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el hospital escuela de la universidad veracruzana.México 2002 [acceso 15 de agosto, 2012]. Disponible en: http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol2_num2/articulos/frec_indi_oper_cesa_heuv.html
54. Ricci A. Paolo, Perucca P. Ernesto, Altamirano A. Roberto. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición: rotura uterina, una complicación posible. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2003 [citado 2016 Ene 27]; 68(6): 523-528. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000600013>.
55. Bustamante-Núñez JM , Vera E, Romero , J,Peredo , J, Patazca U . opcit 64.
56. Wolft f. Oligohydramnios Perinatal complications and diseases in mother and child. GeburtshilfeFrauenheilkd mar. (EEUU) 2000; 54(3):139-43

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código N°.....

TITULO: CAUSAS ASOCIADAS A LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI –AMARILIS-HUÁNUCO 2017

I.- Características Generales

Número de Historia:	
Edad:	
Grado de Instrucción : Sin estudios () Primaria Completa () Primaria Incompleta () Secundaria Completa () Secundaria Incompleta () Superior Técnica () Superior Universitaria ()	
Procedencia : Urbana () Rural () Distrito ()	
Edad Gestacional por Capurro: < 37 Semanas () 37 – 41 Semanas () ≥ 42 semanas ()	
Numero de Gestaciones : 01 () 02 () >3 ()	
Cesáreas anteriores: SI () NO ()	Nº de Cesáreas anteriores 01 () 02 ()
Atenciones Prenatales (APN) : SI NO Número de APN : < de 4 De 5 a 8 - > De 9	
Trabajo de parto : SI NO	
Tipo de Cesárea : 1.- Emergencia 2.- Programada	

II.-DATOS CAUSA DE LAS CESAREAS

a) CAUSAS MATERNAS

	SI	NO
Desproporción céfalo pélvica (DCP)		
Embarazo prolongado		
Cesárea previa		
Pelvis estrecha		
Dilatación estacionaria		

Expulsivo prolongado		
Distocias de contractilidad		
Hipertensión gestacional		
Preeclampsia leve y severa		
Eclampsia		
Hipertensión crónica		
Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada		
Mala historia obstétrica		
Insuficiencia placentaria		
Periodo intergenésico corto		
Otras condiciones maternas		

b) CAUSAS FETALES

	SI	NO
Presentación pelviana		
Feto en transversa		
Embarazo múltiple		
Distocias de presentación persistente		
Estado fetal no tranquilizador		
Malformaciones fetales		
Macrosomia fetal		
RCIU		

c) CAUSAS MATERNAS-FETALES

	SI	NO
Desprendimiento prematuro de placenta		
Placenta Previa		
Prolapso de cordón umbilical		
Oligohidramnios severo		
RPM		



"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"

PROVEIDO N° 14 -18-CCHMICSF

Visto la solicitud presentada por OBST. BALLARTE BAYLON NATALIA, para recolección de datos del Proyecto de Tesis "Causas asociadas a las cesáreas en el Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari 2017" y en atención al convenio vigente entre la Universidad de Huánuco y esta institución, este Comité, opina **ACEPTAR**, lo solicitado, por el lapso de 02 meses a partir de la fecha. Se comunica a la interesada su trámite correspondiente.

Amarílís, 27 de Julio de 2018

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
UNIDAD DE SALUD AMARILIS
[Handwritten Signature]
Mg. Enf. L. Laguna Arias
C.E.P. 16686
PRESIDENTE DE CAPACITACIÓN

