

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**INDICACIONES PARA CESÁREA EN GESTANTES DEL SERVICIO DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE VENTANILLA DE
OCTUBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

TENORIO RODRIGUEZ, ERLIN ALBERTO

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

LIMA-PERÚ

2019

ASESOR
DR. ROY MARTÍN ANGULO REYES

AGRADECIMIENTO

A la vida, por permitirme encontrarme en este momento después de muchas vivencias, y a ella, por la ayuda brindada en todo momento, que, sin ella, estas líneas no hubieran podido ser redactadas.

DEDICATORIA

A mi madre, por su ejemplo y perseverancia en todos estos años, por apoyarme, y por siempre estar a mi lado, a si la distancia, siempre a mi lado.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las indicaciones para cesárea en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ventanilla en los meses de Octubre a Diciembre del 2018.

Materiales y Métodos: Tipo de estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se incluyeron a todos los partos registrados en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ventanilla durante octubre a diciembre del año 2018. Siendo 387 partos en total y por operación cesárea 145, de los cuales se obtuvo una población objetivo de un total de 100 pacientes, que será la muestra.

Resultados: Se describe que, dentro de las causas maternas, el 22.6% fue por inducción de parto vaginal fallido como cesárea electiva, siendo cesárea por emergencia un 16.1% en la misma causa. Además, la preeclampsia se dio en un 12.9%, todos los casos se realizó cesárea por emergencia. Refiriéndonos a las causas fetales, se determinó como la más frecuente al sufrimiento fetal agudo, que se presentó en un 33.3%, siendo todos estas ingresadas y operadas por cesárea de emergencia; seguidamente, el 30.3% fue por macrosomía fetal. Dentro de las causas ovulares, el 36.1% presentó ruptura prematura de membranas como razón de cesárea, siendo el 33.3% por emergencia; seguido por el desprendimiento de placenta con 25.0%.

Conclusiones: Que la causa materna más frecuente fue la inducción de parto vaginal fallido en un 38.7%; la causa fetal más frecuente fue el sufrimiento fetal agudo, en un 33.3%, seguido por un 30.3% que representa a la macrosomía fetal; y la causa ovular más frecuente fue la ruptura prematura de membranas en un 36.1% de los casos; siendo solo el 33.3% intervenidas por cesárea de emergencia.

Palabras clave : *Cesárea, Gestantes, causas ovulares, maternas, fetales.*

ABSTRACT

Objective: To know the indications for caesarean section in pregnant women of the Obstetrics and Gynecology Department of Ventanilla Hospital from October to December 2018.

Materials and Methods: The type of study was observational, descriptive, retrospective and transversal. All deliveries by caesarean section registered in the department of Obstetrics and Gynecology of Hospital de Ventanilla were included from October to December of 2018. There were 387 deliveries in total and by cesarean section 145. Among these, a target population of one was obtained. total of 100 patients, which will be the sample to take into account.

Results: It is described that, within maternal causes, 22.6% was due to induction of failed vaginal delivery as elective cesarean section, with an emergency cesarean section of 16.1% in the same cause. In addition, preeclampsia occurred in 12.9%, of which in all cases an emergency cesarean section was performed. Referring to fetal causes, it was determined as the most frequent acute fetal distress, which occurred in 33.3%, all of them admitted and operated by emergency caesarean section; then, 30.3% was due to fetal macrosomia. Finally, in the case of ovular causes, 36.1% presented a premature rupture of the membranes as a cause of caesarean section, with 33.3% being cesarean by emergency; followed by a 25.0% as a reason for placental abruption.

Conclusions: That the most frequent maternal cause was the induction of failed vaginal delivery in 38.7%; the most frequent fetal cause was acute fetal distress, in 33.3%, followed by 30.3% representing fetal macrosomia; and the most frequent ovular cause was the premature rupture of membranes in 36.1% of the cases; only 33.3% were operated on by emergency cesarean section.

Key words : *Caesarean section, gestantes, ovular causes, maternal, fetal.*

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo conocer las indicaciones para cesárea en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ventanilla en los meses de octubre a diciembre del 2018, donde los datos se obtuvieron mediante la aplicación de un instrumento de recolección de datos que se basó en las historias clínicas de los pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad; además, se realizó una revisión de bibliografía a nivel nacional, así como internacional.

Éste trabajo presenta los siguientes capítulos:

En el primer capítulo se presenta el planteamiento del problema, la formulación del problema, el objetivo general y los específicos, la justificación del estudio, además del propósito del mismo.

En el segundo capítulo se abordan los aspectos teóricos tales como la revisión de antecedentes, tanto nacionales como internacionales, correspondientes a las cesáreas de gestantes, seguidos de la revisión de la base teórica del tema; además se plantean las variables independientes y dependientes, terminando con la definición operacional de términos usados.

En el tercer capítulo se presenta el tipo de estudio realizado, el área de estudio, además de la población de muestra, la técnica e instrumentos de recolección de datos y se explica cómo se realizó el procesamiento y el análisis de estos.

En el cuarto capítulo se abordan los resultados del estudio y la discusión de los mismos, y en el quinto capítulo se presentan las conclusiones y las recomendaciones de la investigación.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2.1.GENERAL	3
1.2.2.ESPECÍFICOS	3
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. DELIMITACIÓN DE ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6. OBJETIVOS	5
1.6.1 GENERAL	5
1.6.2 ESPECÍFICOS	5
1.7. PROPÓSITO	5

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2. BASES TEÓRICAS	11
2.3. MARCO CONCEPTUAL	18
2.4. HIPÓTESIS	20
2.5. VARIABLES	20
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	22
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	24
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	24
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	24
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	24
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	24
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	26
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	26
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	27
4.1. RESULTADOS	27
4.2. DISCUSIÓN	33
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
5.1. CONCLUSIONES	35
5.2. RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	39

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS GESTANTES	27
TABLA N° 2: CAUSAS MATERNAS E INDICACIÓN DE CESÁREA	28
TABLA N° 3: CAUSAS FETALES E INDICACIÓN DE CESÁREA	30
TABLA N° 4: CAUSAS OVULARES E INDICACIÓN DE CESÁREA	32

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 1: CAUSAS MATERNAS E INDICACIÓN DE CESÁREA	29
GRÁFICO N° 2: CAUSAS FETALES E INDICACIÓN DE CESÁREA	31
GRÁFICO N° 3: CAUSAS OVULARES E INDICACIÓN DE CESÁREA	32

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
ANEXO N°2: INSTRUMENTO	45
ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS	48
ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	51

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La operación cesárea, cirugía que fue en primera instancia, un aporte para el manejo médico obstétrico, que tiene como finalidad, el prevenir la morbimortalidad materna-perinatal en casos complejos excepcionales; se encuentra en la actualidad considerada como el procedimiento quirúrgico abierto más frecuente en las mujeres. A su vez, su uso continúa incrementándose con el pasar del tiempo, a tal punto que se proyecta como un problema de salud, más que una solución¹.

Según reportes de la OMS en el año 2009, la operación cesárea es considerada el procedimiento quirúrgico que con mayor frecuencia se lleva a cabo en los Estados Unidos, en el cual aumento de 5 a 24% en el periodo que comprende de 1970 al 2001. Además, en el periodo que comprende desde el 2004 al 2005 la misma institución, realiza una Encuesta Global de Salud Materna y Perinatal en 8 países del territorio Latinoamericano, tras lo cual se obtiene como resultado que la tasa de partos por esta intervención quirúrgica fue de 33%¹.

En el año 2014 en Ginebra, la Organización Mundial de Salud, convocó a un panel de expertos para poder realizar una revisión sistemática de estudios disponibles en la bibliografía científica actual, en donde plantearon que la tasa de operación cesárea en un 10-15% reduce la mortalidad materna-perinatal; sin embargo, por encima de ese nivel, deja de estar asociada a reducción de la mortalidad, por lo que no se recomiendan tasas de cesárea mayores a esos porcentajes.

En el Perú, según el boletín estadístico de nacimientos del año 2015, de los 417,414 nacimientos, 35,4% fueron por la intervención quirúrgica cesárea, evidenciando a las regiones de Tumbes con 49,8% y Tacna con 47,2% como las de mayor porcentaje de cesáreas, mientras que, en la capital, Lima, se obtuvo un 42,8% de cesáreas.

Además, menciona que las regiones con menor frecuencia de esta intervención ginecológica, en el territorio peruano fueron Huancavelica, Huánuco, Pasco y Ayacucho, con resultados entre 21 a 25%, no aproximándose al porcentaje óptimo sugerido por la Organización Mundial de Salud.

En otro estudio realizado en Hospitales de Lima en el cual se analizaron las tendencias de la frecuencia dada mes a mes de cesáreas, se encontró un promedio de 36,9% de cesáreas del total de nacimientos en un mes, con un incremento de 6,9% del año 2012 al 2016. En el mismo, se encontró que, en el Hospital de Ventanilla, se incrementó el porcentaje de cesáreas de 23,1% a 29,4% durante el periodo entre el 2015 al 2017, siendo el sexto Hospital con más porcentaje de cesáreas.

Además, hay que tener en cuenta que la intervención quirúrgica cesárea como todo procedimiento quirúrgico conlleva a complicaciones y discapacidades de gran importancia, e incluso la muerte; por lo que todo establecimiento de salud debería implementar nuevos protocolos a seguir donde se especifiquen las indicaciones médicas idóneas que requieran necesariamente de este procedimiento médico como manejo medico obstétrico¹.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

- ¿Cuáles son las indicaciones para cesárea en pacientes gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Ventanilla de octubre a diciembre del año 2018?

1.2.2 ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las causas maternas para cesárea en pacientes gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Ventanilla de octubre a diciembre del año 2018?
- ¿Cuáles son las causas fetales para cesárea en pacientes gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Ventanilla de octubre a diciembre del año 2018?
- ¿Cuáles son las causas ovulares para cesárea en pacientes gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Ventanilla de octubre a diciembre del año 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

- **Justificación teórica:** Este trabajo demostrara las indicaciones por las que se decide la realización de un procedimiento quirúrgico que es muy utilizado en un Hospital de alta concurrencia, en donde no se cuenta con los implementos necesarios para atender a gestantes en riesgo de parto alto y que finalmente tienen que ser derivados a un centro de mayor atención.
- **Justificación metodológica:** Desde el aspecto científico o metodológico, este trabajo aportará datos y conocimientos para realización de bases de datos y servirá para nuevas o futuras investigaciones.
- **Justificación institucional:** Esta investigación cooperara en aportar nuevos datos sobre los riesgos de partos y la realización de intervenciones innecesarias. A pesar que este hospital cuenta con los

medios suficientes para la atención, se debería realizar la implementación de nuevas estrategias para la población.

- **Justificación social:** Bajo el aspecto social y económico este estudio aportará información que contribuirá con la implementación de estrategias de salud para disminuir el aumento de cesáreas y reducir los costos no necesarios.
- **Justificación personal y profesional:** Desde un aspecto personal, el procedimiento de cesárea está asociado a complicaciones que llegan hasta la muerte, por lo cual es motivo de preocupación en la salud pública actualmente. Por ello es necesario contribuir con el conocimiento de nuevas estrategias y colaborar con la disminución de procedimientos innecesarios, lo cual conlleve a menos gastos a nivel del establecimiento de salud y del mismo paciente.

1.4. DELIMITACIÓN DE ÁREA DE ESTUDIO

- **Delimitación geográfica:** Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital De Ventanilla.
- **Delimitación poblacional:** Pacientes gestantes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ventanilla.
- **Delimitación temporal:** Periodo entre octubre-diciembre del 2018.
- **Delimitación social:** Pacientes gestantes operadas por cesárea en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ventanilla.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- **Recursos humanos:** - Datos incompletos
 - No disponibilidad para el acceso a historias clínicas.
- **Recursos materiales:** No existe limitación de materiales.
- **Disponibilidad de tiempo:** Existe tiempo necesario para la culminación

y ejecución el proyecto.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL

- Conocer las indicaciones para cesárea en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ventanilla en los meses de octubre a diciembre del 2018.

1.6.2 ESPECÍFICOS

- Describir las causas maternas para cesárea en gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ventanilla en los meses de octubre a diciembre del 2018.
- Describir las causas fetales para cesárea en gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ventanilla en los meses de octubre a diciembre del 2018.
- Describir las causas ovulares para cesárea en gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ventanilla en los meses de octubre a diciembre del 2018.

1.6. PROPÓSITO

El propósito de este trabajo es conocer las indicaciones que conllevan a la realización de la cesárea en el Hospital de Ventanilla. Así como, conocer si estas indicaciones son necesarias para ejecutar el procedimiento quirúrgico, sabiendo que hay un aumento en la frecuencia en los hospitales de Lima, y mayormente en el Hospital de Ventanilla donde los casos aumentan cada año teniendo en cuenta la sobrepoblación en dicho distrito.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

INTERNACIONALES

- Játiva⁷ quien realizase su investigación en el Hospital “Doctor Gustavo Domínguez Zambrano”, desarrollada en Quito, Ecuador, llevándose a cabo un tipo de estudio observacional, analítico de corte transversal, con muestra conformada de 268 pacientes con el diagnóstico de preeclampsia, la población estratificada son mujeres con edades comprendidas entre los 13 a 44 años. Cuyos resultados permitieron mejorar la toma de decisiones, las intervenciones clínico-quirúrgicas y el proceso de atención médica, entendiéndose que en mayor proporción (91%) en las mujeres con signos de preeclampsia severa fueron sometidas a cesárea, las principales indicaciones de cesárea clínicas y quirúrgicas fueron el dolor epigástrico y trombocitopenia, no se demostró que otros factores fueron determinantes en la terminación por cesárea, sino principalmente el diagnóstico de preeclampsia severa.
- Manny-Zitle *et al*⁸ quienes realizaron su investigación en Ciudad de México; donde se llevó a cabo un tipo de estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, observacional, que comprendió el periodo entre el 2014 – 2016, incluyó a todas las gestantes con un promedio de más de 27 semanas de gestación. Este proceder resolvió el embarazo a 706 féminas gestantes con una operación promedio de (65.29%). Donde el rango de edades fue en un intervalo de 29 a 34 años y el de la edad gestacional fue de 36 a 41 semanas. Estas eran primigestas en un 47%. Por ende, la cesárea previa y causa fetal por la presentación de distocia indica a la madre la frecuencia de la cirugía. Por otro lado, la ubicación en el rango con mayor cantidad de pacientes incluidas en la clasificación de

Robson, fue el grupo número 5 con un porcentaje de 21.24%, seguido del grupo número 2 con un porcentaje de 13.88% y del grupo número 1 con un porcentaje de 9.6%. Concluyendo que la existencia de una cicatriz uterina previa es un factor determinante en el incremento de la cantidad de las cesáreas.

- Martínez *et al*⁹ realizaron su estudio en el Hospital de la Mujer, en Aguascalientes, México, donde llevaron a cabo un tipo de estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal realizado en pacientes de nivel socio económico medio y bajo atendidas entre enero y diciembre del 2016 en un hospital de segundo nivel. Para clasificar a las pacientes, según sus características obstétricas, se aplicó el modelo de Robson. En el que se estudiaron 374 pacientes embarazadas; que de ellas 91 (el 24.3%) terminaron la gestación mediante cesárea. Los grupos de Robson con mayor contribución al porcentaje de cesáreas fueron: grupo 1 con 50.5%, grupo 2 con 29.8% y grupo 10 con 8.7%. El grupo 5 reportó que 62.7% de los embarazos terminaron mediante parto. El 89.8% de las pacientes ingreso con trabajo de parto espontaneo. Las primordiales indicaciones de “cesárea” fueron, en el primer grupo, trabajo de parto estacionario; en el segundo grupo cesárea iterativa y en el grupo 10, feto pre termino. Siendo su conclusión, que la utilización del modelo de clasificación de Robson es útil y practica para identificar los grupos de pacientes en los que es posible disminuir el porcentaje de cesáreas.
- Jiménez-Hernández *et al*¹⁰ realizaron el trabajo de investigación en el Hospital de Engativá, en Bogotá, Colombia; llevándose a cabo un tipo de estudio descriptivo, transversal, que incluyo a las féminas gestantes atendidas en un hospital público en el periodo que comprende los años entre el 2012 y 2014, se realizó el muestreo aleatorio segmentado según la vía de parto, esto basado en la razón de parto: cesáreas presentadas durante el periodo gestacional y la distribución de las gestantes atendidas

en los 10 grupos de Robson descritos. Contando como resultado que la proporción global de cesáreas presento el 37.0%. Las gestantes nulíparas presentaron el 38.5% de las cesáreas, así como la cesárea previa (36.4%), contando con una proporción específica directa del 100% en total. La proporción específica de operación cesárea en el conjunto de gestantes nulíparas en el proceso de parto espontaneo fue 36.6% a diferencia del conjunto de partos prematuros 43.3%. Concluyéndose que las gestantes que hayan presentado cesárea anterior, embarazo pre termino o multiparidad en parto “espontaneo o inducido” podrían ser más sensibles de una intervención para impactar las nuevas tasas de cesárea de dicha institución de salud.

- Zamudio *et al*¹¹ realizaron su investigación en Neiva, Colombia; en el que llevaron a cabo un tipo de estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se trabajó con los registros hallados de gestantes que realizaron partos vaginales o por operación cesárea, en el periodo comprendido entre enero del 2011 y diciembre del 2012. Dando como resultado que, en el año 2011, se registró 1579 nacimientos en general, con incidencia de operación cesárea del 39%. En el 2012 se registraron 2122 nacimientos, con un 39% de cesáreas. Siendo las principales indicaciones obstétricas: cesárea previa en una o más ocasiones, trastornos hipertensivos de la gestación asociados, inducción fallida del parto, desproporción céfalo pélvica y la distocia de presentación, entre otras.

NACIONALES

- Oncoy² quien realizo su investigación en el Hospital Regional de Ica, como ayuda de una estrategia de búsqueda para el desarrollo de la revisión de artículo, en el que se revisó sitios web; se objetivo aportar a una mejor calidad de atención y seguridad en el paciente, mediante la adecuada

indicación de operación cesárea, está basada en una buena evidencia científica disponible, determinando criterios de indicación de esta intervención quirúrgica. Donde se concluye que la intervención “cesárea” es el procedimiento quirúrgico más realizado alrededor del mundo en mujeres en edad fértil/reproductiva, siendo este, motivo de preocupación en el ámbito de la salud pública; que su indicación sea la correcta, evadiendo consecuencias fatales en morbilidad y mortalidad que fueran a resultar de su sobre exagerada indicación. Reportándose también elevadas tasas de prevalencia de realización de este proceder quirúrgico en países en vías de desarrollo, tanto en Latinoamérica o como el nuestro, que supera las tasas indicadas por la OMS, que recomiendan un total de 15% del total de nacimientos.

- Huamán *et al*³ quienes realizaron su estudio en Huánuco, presentaron su estudio de diseño descriptivo, transversal, demostraron en resultados concluyentes una tasa de cesárea de 37.16%, encontrándose asociación entre cesárea y las variables: “cesárea previa”, “presentación fetal”, “desprendimiento prematuro de placenta”, “sufrimiento fetal agudo”, “ruptura prematura de membrana”, “placenta previa” y “disturbio de líquido amniótico”, en el Hospital II EsSalud – Huánuco.
- Talledo *et al*⁴ Realizaron su estudio en el Hospital Santa Rosa, Piura; siendo de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, donde se conformó una población de 3311 gestantes, de las que se recolecto información mediante su historia clínica. Donde los resultados demostraron una nueva incidencia de cesárea de 57.8%, indicando la cesárea de emergencia, la más predominante con un 68.9% y una mediana de edad de 22 años. Con respecto a las indicaciones más habituales se encontraron al “sufrimiento fetal agudo (SFA)” (14.5%), y al

“periodo intergenésico corto” sumado a “pródromos de trabajo de parto” y a “antecedente de una cesárea” con un 12.9%.

En el que concluyo una gran incidencia de cesárea en comparación a otras localidades nacionales y por el estándar compartido por la Organización Mundial de la Salud.

- Fiestas⁵ quien realizo su investigación en Lima; donde su estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, se incluyeron la totalidad de los nacimientos registrados durante el periodo de estudio entre los años 2014 y 2015. Donde sus resultados esclarecieron que la prevalencia de cesárea fue de 53.37%. donde lo más habitual fue el antecedente obstétrico de primera cesárea con un 59.96%. El grupo etario en el que predominaron fue de 20 a 34 años de edad con el 78.85%. La principal indicación fue cesárea anterior con un 41.14%.

Revelándose en su conclusión que la frecuencia es elevada, superando el 15% recomendado por la OMS.

- Bustamante-Núñez *et al*⁶ Realizaron su estudio en el Hospital Provincial Docente Belén, en Lambayeque. Siendo de tipo descriptivo, retrospectivo, analítico y de corte transversal, cuyo objetivo fue “determinar la frecuencia e incidencia más frecuentes de cesáreas en el Hospital de Lambayeque donde se obtiene como resultado la edad gestacional a terminó con el 85%, y por último no se registró ningún control prenatal con el 59.3%. Cabe mencionar que el 33.6% que presento una mayor frecuencia en las cesaras con el 33.6%, las cesárea segmentaria previa con el 25.6%”; seguidas por “sufrimiento fetal agudo (13.9%)”, “pre eclampsia (12.1%)”, “presentación podálica (10.6%)”, “macrostomia fetal mayor de 4500 gr. (10.3%)”, “oligohidramnios severo (9.2%)”; “dos o más cesáreas previas (8%)”; “desproporción céfalo pélvica (7.4%)”; “expulsivo prolongado (6.7%)”: y/o indicaciones varias (31.8%).

Siendo la conclusión, que la “frecuencia de operación cesárea es alta en el Hospital de Lambayeque”. La indicación más frecuente de cesárea fue cesárea segmentaria previa, siendo está más frecuente en jóvenes que en adolescentes. Encontrándose asociación evidente entre Indicación de cesárea absoluta y las variables del estudio, antecedentes de cesárea e incisión abdominal.

2.2. BASES TEÓRICAS

En la Roma imperial antigua, al procedimiento en el que los “recién nacidos” nacían, mediante el corte de las paredes abdominales, se les llamaba “caesares”, pero el origen real de su nombre ha sido objeto de varias y discutibles versiones. En su mayoría, los autores alrededor del mundo consideran que el verdadero creador del nombre de la operación “cesárea” fue el médico francés: “Francois Rousset (1530-1603)” quien menciona sobre una “sección cesareante”, en su monografía publicada en el año 158, sobre dicha intervención, en la titulada “Nuevo tratado de la Histerotomía o Parto por Cesárea”, donde se recomienda realizarla por primera vez como procedimiento médico quirúrgico en una mujer viva².

Entonces se entiende por cesárea a la intervención quirúrgica que tiene como finalidad el terminar un embarazo, cuando hay “causas maternas, fetales u ovulares” que no aconsejan el parto por vía vaginal, en la que se extrae al “feto, placenta y los anexos ovulares” a través de una incisión en la pared del abdomen y la pared del útero. En un comienzo, fue indicada bajo prueba, “cuando el parto por vía vaginal era imposible y sea con el fin último de preservar la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%. En la medida que su morbimortalidad ha disminuido considerablemente, sus indicaciones han ido en aumento, tanto en el nuevo manejo de patologías maternas, así como fetales².

Para la gran mayoría de naciones del globo, en sus años últimos se observó un incremento grande en el número de partos por esta intervención y en algunas “ocasiones sin que haya una indicación médica clara, no teniendo en cuenta los riesgos, tanto como para la madre, como para el recién nacido.” La alarma se enciende teniendo en cuenta que la frecuencia de realización de operaciones cesárea se presenta, tanto en el gran ámbito público como en el privado, siendo más marcado en este último. La OMS señala que en una institución en salud (del estado o privada), el porcentaje de cesáreas debería ser de hasta un 15% mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos lo presenta en 15.5%².

También recomienda que la repetición de cesáreas no debería de sobrepasar este porcentaje (15%), del número final de partos, incluyendo que es un gran indicador de la calidad hospitalaria. Sin embargo, en estos días la prevalencia de la misma está muy por encima de ese rango en la mayor parte del mundo. “Según ENDES del 2016, la prevalencia en nuestro país se vio incrementada de 22.9% a 31.6% entre los años 2011 a 2016.” Este acontecimiento posee mucha complejidad y puede tener explicaciones variadas. Entonces podemos hablar del concepto de “cesárea injustificada”. Donde evidencian tres posibilidades que podrían explicar el gran aumento en la frecuencia, siendo la primera: “La programación por los especialistas ginecólogos para asegurarse un parto corto y programarse el trabajo con anterioridad”; la segunda: “Acceder directamente a la petición de la gestante, joven en su mayoría, deseosa de un parto sin dolor” y finalmente: “La necesidad del entrenamiento del médico-residente².”

Hasta el año 1965 la frecuencia de las cesáreas llegaba hasta el 5% y fue aumentando hasta el 30% en el 2005. Entre 1970 y 2007 se ha ido incrementando en Estados Unidos a 31.8% del total de nacimientos. Para el final del 2007 el aumento fue constante, la frecuencia estaba alrededor de 30% y los partos vaginales posteriores a una cesárea fueron descendiendo hasta el 8.5%. La principal indicación de cesárea en Estados Unidos es por distocia o parto

anormal con alguna patología materna, siendo esta cirugía mayor la más frecuente¹². En Perú, el porcentaje de cesárea ha incrementado hasta 3.8% solo en hospitales públicos para el año 1992, siendo las causas principales: la cesárea anterior en 30%, sufrimiento fetal agudo en 16.5% y presentación podálica en 10%¹³.

Dentro de las causas que aumentan la frecuencia de cesáreas, esta la que las mujeres tienen nacimientos siendo nulíparas; la edad materna, que también se ha ido incrementando por lo que las pacientes de mayor edad tienen más riesgo de cesárea. Otro gran porcentaje, indica que los fetos con presentación pélvica nacen por cesárea actualmente y la utilización de instrumentos para la extracción se han reducido. También la inducción de trabajo de parto se ha hecho más frecuente, lo cual aumenta el riesgo de cesárea, sobre todo en nulíparas, con también factores maternos como la obesidad, que han aumentado en la población. La tendencia de cesáreas electivas se ha incrementado por factores diversos: cómo evitar la lesión del piso pélvico durante el parto vaginal, disminuir el riesgo de lesión fetal y/o por pedido del paciente y la imprudencia por parte del personal de salud lo cual también continúa aportando a el incremento en la tasa de cesáreas¹³.

La clasificación de la cesárea, se pueden dar por antecedentes obstétricos de la gestante, se puede dividir en primaria cuando la cesárea es realizada por primera vez, previa cuando la paciente tiene antecedente de una cesárea anterior y en iterativa cuando las pacientes tienen de antecedente de más de dos cesáreas anteriores. Según la indicación principal, electiva cuando esta se programa en una fecha cercana, determinada por alguna indicación médica sin criterio de urgencia y de emergencia cuando existe una complicación materno-fetal y se presenta de manera súbita con riesgo hacia la vida. Según la maniobra quirúrgica en corporal o cesárea convencional, “segmento corporal o cesárea tipo Beck” y “cesárea de segmento arciforme o tipo Kerr”¹³.

Las “indicaciones de cesárea” se pueden clasificar en tres grupos, las indicaciones maternas, fetales y ovulares:

Indicaciones Maternas

- Absolutas:
 - Estrechez pélvica
 - Antecedente de cirugía ginecológica anterior.
 - Tumoración pélvica obstructiva (ejemplo: mioma, etc.)
 - Infección por Herpes genital activa.
 - Infección por VPH
 - Inducción de parto vaginal fallida
 - Cesárea previa corporal
 - Cesárea previa complicada (ejemplo: infecciones, dehiscencia)
 - Antecedente de contar con dos o más cesáreas
 - Síndrome de Marfan y alteración de tejido conectivo
 - Carcinoma de cuello uterino avanzado
 - Malformación arteriovenosa, “aneurismas cerebrales”
 - Alteración de la pelvis ósea

- Relativas:
 - Distocia dinámica
 - Cesárea segmentaria previa
 - Toxemia severa
 - Embarazo postérmino o en vías de prolongación
 - Cérvix inmaduro
 - Gestante añosa en primer embarazo.
 - Infección por VIH

Indicaciones fetales

- Absolutas:
 - Macrosomía fetal (>4000gr)
 - Situación oblicua y/o transversa
 - Presentación podálica o de pelvis
 - Anomalías y malformaciones fetales (meningocele, hidrocefalia, onfalocele o gastrosquisis)
 - Deflexión de II grado o presentación de frente

- Relativas:
 - Deflexión de III grado o presentación de cara y/o variedades de presentación posterior)
 - Detención de la dilatación y/o del descenso fetal
 - Sufrimiento fetal
 - RCIU, (“restricción de crecimiento intrauterino”)
 - Ponderado fetal <1500gr
 - Embarazo múltiple

Indicaciones ovulares

- Absolutas:
 - Placenta previa ocluyente
 - Distocia o prolapso de cordón umbilical

- Relativas:
 - Abrupto Placentae en feto con vida
 - Placenta previa sintomatológica (no necesariamente oclusiva)
 - Ruptura prematura de membranas “con cérvix inmaduro y/o la pelvis para inducción”¹⁴.

Según antecedentes obstétricos de la paciente:

- Primaria: Es la que se realiza por primera vez
- Iterativa: Se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas.

El procedimiento se debe programar en lo posible a las 39 semanas de gestación. Periodo adecuado de ya que se evita la inmadurez pulmonar fetal y hay mínimo riesgo que implica el inicio espontaneo de trabajo de parto en estas pacientes.

En el parto vaginal después de la cesárea previa, el medico debe informar al paciente las opciones, riesgos y beneficios de cada una de éstas. El paciente toma la última decisión, pero si el médico no está de acuerdo puede referirse a otro especialista.

Según indicaciones:

- Urgente: Que se practica para resolver o prevenir alguna complicación materna o fetal en etapa crítica.
- Electiva: Que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes que inicie el trabajo de parto.

Según el tipo de incisión:

Corporal o clásica: Cuya incisión es vertical y se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea postmortem, miomatosis uterina, y cuando después de la cesárea se realiza la histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre difícil, mayor riesgo de hemorragia, adherencias más frecuentes e histerorrafia menos resistente.

Segmento corporal (o de Beck): En el que la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento abdominal y en el cuerpo uterino. Las indicaciones principales son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en cara anterior del útero e histerorrafias corporales previas. Las desventajas son similares al segmento clásico.

Segmento arciforme o transversal (o de Kerr): Siendo la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas, como principal la de producir menos hemorragia y permitir una fácil apertura y cierre de pared uterina, generando una cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos siguientes, así como también pocas adherencias postoperatorias.

Como se ha descrito anteriormente, la cesárea trae múltiples complicaciones y riesgos, como el de placenta previa y acretismo placentario, así como también ruptura uterina, la cual se presenta en pacientes con antecedentes de cirugías uterinas como cesáreas y miomectomías. Se había reportado que hasta los años 80, luego de una cesárea los otros partos debían ser cesárea también, pero a medida que pasaron los años el éxito del parto vaginal luego de una cesárea ha aumentado hasta 80% y el riesgo de ruptura uterina es mínimo.

El colegio americano de Ginecología y Obstetricia recomienda que para un parto vaginal después de una cesárea se debe tener disponible el banco de sangre las 24 horas, mantener cardiotocografía continua de la frecuencia cardiaca fetal, contar con personal médico capaz, disposición de habilidad y capacidad de tomar decisiones rápidas.

La literatura menciona algunos criterios que harían más factible la realización de un parto vaginal posterior a una cesárea como son:

Incisión segmentaria: Incisión en segmento uterino inferior, es decir el más delgado, nos permite la realización posterior de parto vaginal después de una cesárea; mientras que una incisión en segmento uterino superior, es decir, en zona gruesa y muscular, trae consigo un riesgo mayor de rotura uterina, por lo que se prefiere repetir la cesárea, de darse el caso de un embarazo.

Realizarse en una entidad de salud de alta complejidad: Que cuenta con personal competente para su realización, que asegura una técnica quirúrgica adecuada, además de tener a disposición herramientas tecnológicas necesarias para la monitorización intraparto permanente, y lo más importante, poseer una apta capacidad de resolución para llevar a cabo una cesárea de urgencia, en caso sea necesario.

Ausencia de antecedente de complicaciones postoperatorias: Las cuales harían más riesgoso la realización de parto vaginal post cesárea, como las infecciones o dehiscencia de herida operatoria.

Como se ha evidenciado, no se repite la indicación de la primera cesárea, por lo que no tiene impedimento de probarse el parto vaginal después de una, esto para beneficio tanto de la madre como para el feto.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Cesárea: procedimiento quirúrgico que permite el nacimiento del feto a través de una incisión en la pared del abdomen y uterina.

Cesareada anterior: número de cesáreas a las que se ha sometido, ya sean con recién nacido vivo u óbito fetal.

Cesárea electiva: a realizar en “gestantes con patología materna o fetal probada, que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal”.

Distocia: el resultado de alteraciones de la potencia, contracciones uterinas o fuerzas expulsivas maternas.

Distocia de presentación: dentro de las que encontramos a la dilatación estacionaria o detención de la dilatación.

Desproporción cefalopélvica: producida cuando la porción cefálica o el cuerpo de un bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de la madre durante el parto vaginal.

Infección materna: cualquier entidad infecciosa que puede afectar a la madre.

Enfermedad hipertensiva en el embarazo: conjunto de síntomas relacionados con la subida o bajada de la tensión arterial.

Embarazo múltiple: concepción de dos o más fetos en una misma gestación.

Macrosomía fetal: desarrollo o tamaño excesivo del cuerpo fetal, como en el caso de un recién nacido con un peso por arriba del promedio.

Distocia fetal: puede ocurrir cuando el feto es demasiado grande para la apertura pélvica (desproporción feto pélvica) o está anormalmente posicionado.

Sufrimiento fetal agudo: también denominado distrés fetal, estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto.

RCIU-PEG: restricción del crecimiento intrauterino precoz o tardío y/o pequeño para la edad gestacional.

Malformaciones fetales congénitas: alteraciones anatómicas ocurridas en la etapa intrauterina y que pueden o no, ser “alteraciones de órganos, extremidades o sistemas”.

Placenta previa: ocurre cuando la placenta del feto obstruye de manera total o parcial el cuello uterino de la madre (la salida del útero).

Oligohidramnios: volumen deficiente de líquido amniótico, que se asocia con complicaciones maternas y fetales.

Ruptura prematura de membranas: rotura parcial del saco amniótico antes de que comience el trabajo de parto.

2.4. HIPÓTESIS

En este trabajo no se realiza hipótesis por ser un estudio de tipo descriptivo.

2.5. VARIABLES

Tipo de cesárea: - Electiva

- Emergencia

Indicaciones para cesárea

Causas maternas:

- Estrechez Pélvica
- Antecedente de Cirugía Ginecológica Anterior
- Tumoración Pélvica Obstructiva
- Infección por Herpes Genital
- Infección por VPH con Lesiones Obstructivas del Canal de Parto
- Inducción de Parto Vaginal Fallida
- Cesárea Previa Complicada
- Antecedente de 2 o más Cesáreas
- Síndrome de Marfan y Alteración del Tejido Conectivo
- Carcinoma de Cuello Uterino Avanzado
- Malformación Arteriovenosa o Aneurismas Cerebrales
- Alteración de Pelvis Ósea
- Distocia Dinámica
- Toxemia Severa
- Embarazo post termino o en Vías de Prolongación
- Cérvix Inmaduro
- Gestante añosa en Primer Embarazo
- Infección por VIH
- Preeclampsia
- Obesidad Mórbida

Causas fetales:

- Macrosomía Fetal
- Situación Oblicua y/o Transversa
- Presentación Podálica o de Pelvis
- Anomalías o Malformaciones Congénitas
- Deflexión de II Grado o Presentación de Frente
- Deflexión de III Grado o Presentación de Cara
- Detención del Descenso y de la Dilatación
- Sufrimiento Fetal

- Restricción de Crecimiento Intrauterino
- Ponderado Fetal <1500gr
- Embarazo Múltiple

Causas ovulares:

- Desprendimiento de Placenta
- Placenta Previa Ocluyente
- Oligohidramnios
- Ruptura Prematura de Membranas

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Cesárea: parto que se basa en un procedimiento quirúrgico, con el nacimiento del feto a partir de ésta.

Causas de cesárea: situaciones o patologías que determinan la culminación de la gestación.

Tipo de cesárea: dependiendo del antecedente materno. Electiva, cuando es programada de un día a otro. Emergencia, cuando aparece algún criterio de gravedad debido a alguna complicación de aparición brusca.

Causas maternas: se encuentran como infecciones maternas, cardiopatías, enfermedades respiratorias, neurológicas, de coagulación, diabetes y malformaciones que obstruyen el canal de parto, así como embarazo múltiple.

Causas fetales: tales como macrosomía fetal, sufrimiento fetal, bajo crecimiento del feto, malformaciones fetales, distocia fetal, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa y ruptura prematura de membranas.

Causas ovulares: relacionadas con la placenta, membranas o cordón umbilical, inminencia de ruptura uterina, entre otras.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Observacional: Porque se observará los resultados durante el periodo de estudio.
- Descriptivo: Según la finalidad del estudio.
- Retrospectivo: Según el tiempo de recolección de datos.
- Transversal: Porque la recolección de datos se realizó en un periodo determinado.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Nivel descriptivo.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Todos los partos registrados en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el periodo que comprende de octubre a diciembre del año 2018. Siendo estos 387 en total y por operación cesárea 145 partos.

Criterios de selección:

1. Criterios De Inclusión

- Pacientes con cesáreas inscritas en el libro de intervenciones quirúrgicas.

- Pacientes con cesáreas inscritas en el libro de nacimientos.
- Pacientes mayores de 18 años registradas en el libro de partos.

2. Criterios De Exclusión

- Pacientes que no cuenten con los datos completos en el libro de intervenciones quirúrgicas.
- Pacientes programadas que terminaron en parto vaginal.
- Pacientes que no cuenten con datos completos en el libro de registros de nacimientos.
- Pacientes que no cuenten con datos completos en el registro de intervenciones quirúrgicas.

Población Objetivo: Pacientes a quienes le realizaron la operación cesárea electiva o de emergencia, que cumplan con los criterios de inclusión, que son un total de 100 pacientes.

Muestra: Debido a que la población objetivo es pequeña se tomara a la totalidad de pacientes, que es 100.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizará como medio de recolección de datos, la base de datos de los pacientes e historias clínicas de los mismos, del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Ventanilla. El instrumento utilizado será una ficha de recolección de datos elaborada por el autor y validada por un estadístico, un metodólogo y un especialista.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La ficha de recolección de datos fue una previamente validada, la cual se aplicó a los pacientes con las historias clínicas completas y que hayan cumplido con los criterios de inclusión y exclusión antes estipulados; asimismo se validó por medio de juicio de expertos.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizará para el procesamiento de datos, el programa estadístico SPSS 25. Para las variables cuantitativas se usará las medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar), siendo ambas representables en tablas y gráficos.

Para las variables se utilizarán frecuencias y porcentajes, estas también se podrán representar en tablas y gráficos.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio se tuvo en cuenta los aspectos éticos de los pacientes seleccionados, que serán incluidos conservando en confidencialidad la identidad de cada uno de ellos. Ningún participante del estudio se beneficiará directamente del mismo, por el contrario, la investigación servirá como aporte a futuro al conocimiento acerca de esta situación en crecimiento, que es un problema de salud pública en la actualidad. Como se recolectaron los datos de documentos de la atención de la salud brindada y no directamente del paciente, no hubo necesidad de solicitar su consentimiento informado.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS GESTANTES

		Media	Desviación estándar
EDAD		29	± 7
CESÁREAS ANTERIORES		1	± 1
		Recuento	% del N de columna
GESTACIONES	PRIMÍGESTA	20	20.0%
	MULTIGESTA	80	80.0%
	Total	100	100.0%
PARIDAD	PRIMIPARA	20	20.0%
	MULTIPARA	80	80.0%
	Total	100	100.0%
TIPO DE CESÁREA	ELECTIVA	30	30.0%
	EMERGENCIA	70	70.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Interpretación: En la Tabla N° 1, se observan las características generales de las gestantes incluidas en el estudio, dentro de las cuales la edad promedio de las gestantes es de 29 años de edad con una desviación estándar de ± 7 años en relación al promedio; es decir, la edad oscila entre los 22 y 36 años de edad; además, el promedio de cesáreas anteriores es de ±1. Las multigestas y las multíparas se presentan en un 80%; sin embargo, el tipo de cesárea por emergencia se llevó a cabo en el 70%.

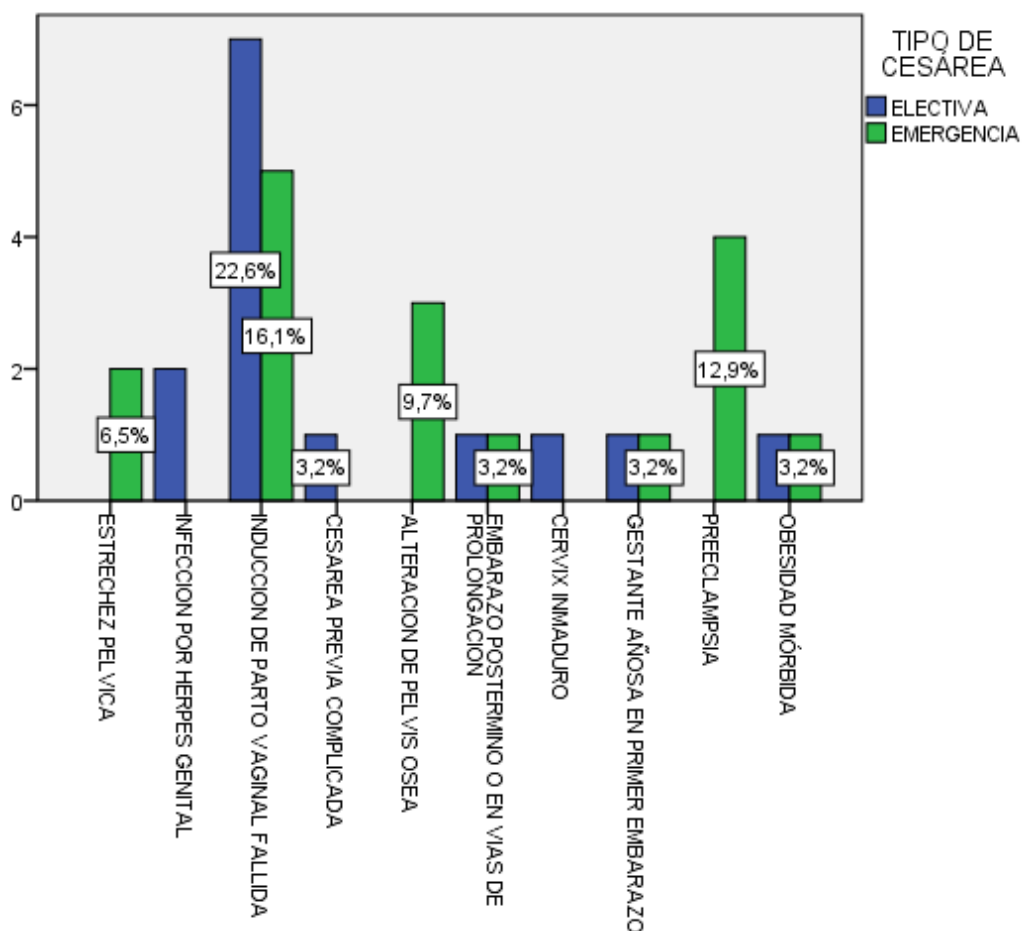
TABLA N° 2: CAUSAS MATERNAS E INDICACIÓN DE CESÁREA

			TIPO DE CESÁREA		Total
			ELECTIVA	EMERGENCIA	
CAUSAS MATERNAS	ESTRECHEZ PELVICA	Recuento	0	2	2
		% del total	0.00%	6.50%	6.50%
	INFECCION POR HERPES GENITAL	Recuento	2	0	2
		% del total	6.50%	0.00%	6.50%
	INDUCCION DE PARTO VAGINAL FALLIDA	Recuento	7	5	12
		% del total	22.60%	16.10%	38.70%
	CESAREA PREVIA COMPLICADA	Recuento	1	0	1
		% del total	3.20%	0.00%	3.20%
	ALTERACION DE PELVIS OSEA	Recuento	0	3	3
		% del total	0.00%	9.70%	9.70%
	EMBARAZO POSTERMINO O EN VIAS DE PROLONGACION	Recuento	1	1	2
		% del total	3.20%	3.20%	6.50%
	CERVIX INMADURO	Recuento	1	0	1
		% del total	3.20%	0.00%	3.20%
	GESTANTE AÑOSA EN PRIMER EMBARAZO	Recuento	1	1	2
		% del total	3.20%	3.20%	6.50%
	PREECLAMPSIA	Recuento	0	4	4
		% del total	0.00%	12.90%	12.90%
OBESIDAD MÓRBIDA	Recuento	1	1	2	
	% del total	3.20%	3.20%	6.50%	
Total		Recuento	14	17	31
		% del total	45.20%	54.80%	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Interpretación: En la Tabla N° 2, se muestran las causas maternas y la indicación de cesárea, en ella se observó que al 38.7% se le practicó cesárea por una inducción de parto vaginal fallido, dentro de los cuales el 22.6% se realizó por cesárea electiva, mientras el 16.1% fue cesareada por emergencia. Seguidamente por un 12.9% que sufrió de preeclampsia, los cuales todas fueron por emergencia; la alteración de pelvis ósea se presentó en un 9.7%, y todas se sometieron a cesárea de emergencia. Asimismo, la estrechez pélvica, la infección por herpes genital, un embarazo postérmino en vías de prolongación, gestante añosa con primer embarazo y la obesidad mórbida; fueron representado en un 6.5% cada causa. Solamente un 3.2% tuvo una cesárea previa complicada, la cual fue sometida a cesárea electiva.

GRÁFICO N° 1: CAUSAS MATERNAS E INDICACIÓN DE CESÁREA



Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En el Gráfico N° 1, se presentan las causas maternas, dentro de las cuales la cesárea electiva tuvo el 22.6%, siendo su causa la inducción de parto vaginal fallido; y la cesárea por emergencia se presentó en un 16.1% en la misma causa. Además, la preeclampsia se dio en un 12.9%, de la cual en todos los casos se realizó cesárea por emergencia, seguido por un 9.7% por alteración de la pelvis ósea. Asimismo, el 6.5% se realizó una cesárea de emergencia a causa de estrechez pélvica.

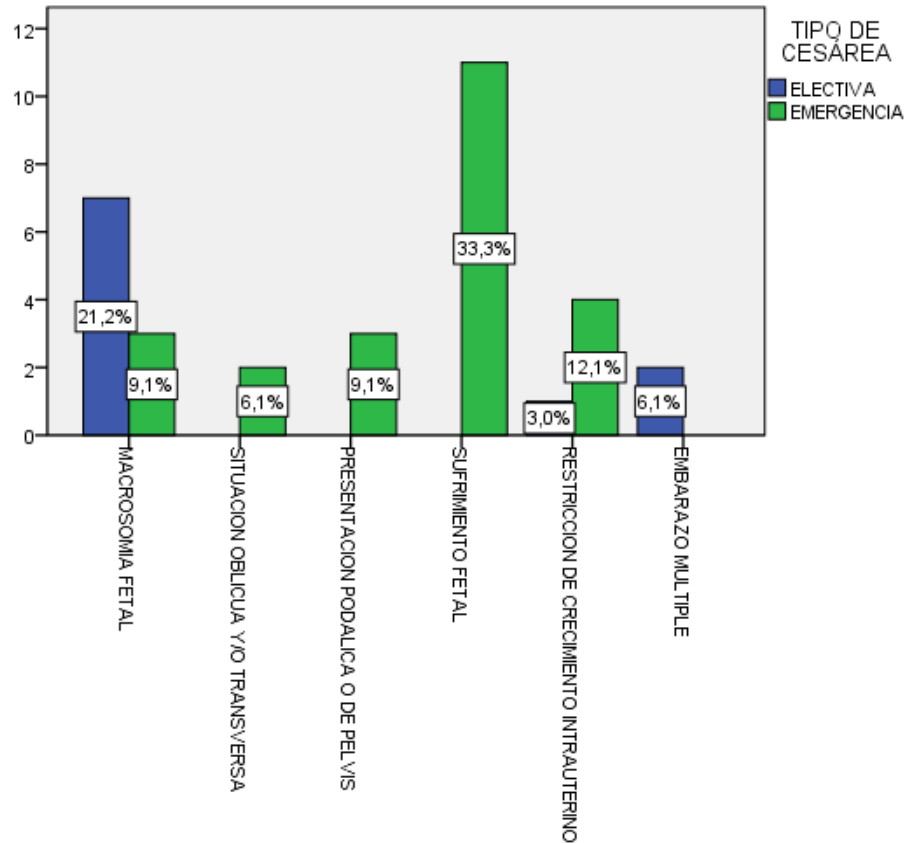
TABLA N° 3: CAUSAS FETALES E INDICACIÓN DE CESÁREA

			TIPO DE CESÁREA		Total	
			ELECTIVA	EMERGENCIA		
CAUSAS FETALES	MACROSOMIA FETAL	Recuento	7	3	10	
		% del total	21.2%	9.1%	30.3%	
	SITUACION OBLICUA Y/O TRANSVERSA	Recuento	0	2	2	
		% del total	0.0%	6.1%	6.1%	
	PRESENTACION PODALICA O DE PELVIS	Recuento	0	3	3	
		% del total	0.0%	9.1%	9.1%	
	SUFRIMIENTO FETAL	Recuento	0	11	11	
		% del total	0.0%	33.3%	33.3%	
	RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO	Recuento	1	4	5	
		% del total	3.0%	12.1%	15.2%	
	EMBARAZO MULTIPLE	Recuento	2	0	2	
		% del total	6.1%	0.0%	6.1%	
	Total		Recuento	10	23	33
			% del total	30.3%	69.7%	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Interpretación: En la Tabla N° 3, se evaluaron las causas fetales, dentro de las cuales la más frecuente es el sufrimiento fetal agudo que se presentó en un 33.3%, siendo todos estas ingresadas y cesareadas por emergencia; seguidamente el 30.3% tuvo macrosomía fetal, dentro del cual el 21.2% se intervino por cesárea electiva; además el 15.2% fue por restricción de crecimiento intrauterino, de los cuales el 12.1% se realizó cesárea de emergencia. El 9.1% tuvieron presentación podálica o de pelvis siendo todas intervenidas por cesárea de emergencia; y el 6.1% presentó una situación oblicua y/o transversa, siendo todas intervenidas por cesárea por emergencia.

GRÁFICO N° 2: CAUSAS FETALES E INDICACIÓN DE CESÁREA



Fuente: Ficha de recolección de datos

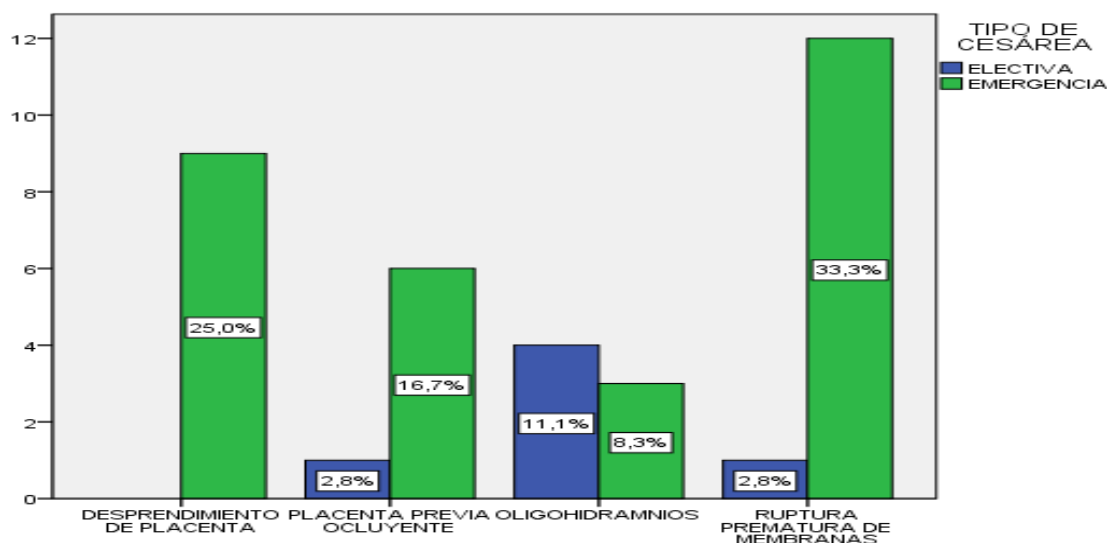
Interpretación: En la Gráfica N° 2, se observa que, de las cesáreas de emergencia realizadas, el 33.3% presentó sufrimiento fetal, seguido por un 12.1% de restricción de crecimiento intrauterino, un 9.1% por macrosomía fetal y presentación podálica o de pelvis; el 6.1% fue por situación oblicua y/o transversa. En cuanto a las cesáreas electivas el 21.2% presentó macrosomía fetal, el 6.1% embarazo múltiple; por último, un 3.0% restricción de crecimiento intrauterino.

TABLA N° 4: CAUSAS OVULARES E INDICACIÓN DE CESÁREA

			TIPO DE CESÁREA		Total
			ELECTIVA	EMERGENCIA	
CAUSAS OVULARES	DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA	Recuento	0	9	9
		% del total	0.0%	25.0%	25.0%
	PLACENTA PREVIA OCLUYENTE	Recuento	1	6	7
		% del total	2.8%	16.7%	19.4%
	OLIGOHIDRAMNIOS	Recuento	4	3	7
		% del total	11.1%	8.3%	19.4%
	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Recuento	1	12	13
		% del total	2.8%	33.3%	36.1%
Total		Recuento	6	30	36
		% del total	16.7%	83.3%	100.0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

GRÁFICO N° 3: CAUSAS OVULARES E INDICACIÓN DE CESÁREA



Fuente: Ficha de recoleccion de datos

Interpretación: En la Tabla N° 4 y el Gráfico N° 3, se presentaron causas ovulares, de las cuales el 36.1% presenta ruptura prematura de membranas; el 33.3% fue por cesárea de emergencia; seguido por un 25.0% por desprendimiento de placenta. El 19.4% presentó placenta previa ocluyente y oligohidramnios, donde el 16.7% y el 8.3% se realizaron cesárea por emergencia, respectivamente.

4.2. DISCUSIÓN

Dentro de las características generales evaluadas entre las gestantes incluidas en el estudio, la edad promedio fue de 29 ± 7 años; oscilando entre los 22 y 36 años de edad, datos similar al obtenido por Manny-Zitle A.⁸, quien obtuvo una edad promedio de 31 ± 4 años y un estudio similar al de Fiestas J.⁵, quien reporto que la edad promedio se dio entre los 20 y 34 años de edad; sin embargo, para Játiva A.⁷, la edad promedio estaba entre los 13 a 44 años de edad, mientras que Talledo L.⁴, obtuvo un promedio de edad de 22 años de edad; por ultimo para Bustamante-Núñez J.⁶ presento una edad promedio de 25 años. Asimismo, se halló que el 80% de las gestantes eran multigestas y múltiparas, dato diferente al obtenido por Manny-Zitle A.⁸, quien obtuvo a las multigestas solo en un 53% de los casos. Además, las cesáreas de emergencia se realizaron en un 70% de las gestantes en nuestro estudio; dato similar al obtenido por Talledo L.⁴, quien lo reporto en un 68.9%.

Se evaluaron múltiples causas maternas y se observó que el 38.7% fue debido a la inducción de parto vaginal fallido y el 22.6% de estas se realizó por cesárea electiva; dato diferente al obtenido por el estudio de Martínez D.⁹, quien lo reporto en un 50.5% de los casos. Además, en este estudio la preeclampsia fue la segunda causa de indicación de cesárea con un 12.9%; datos diferentes a los obtenidos por Játiva A.⁷, quienes determinaron que el 91% habían presentado preeclampsia severa como indicación de cesárea. Asimismo, el antecedente previo de cesárea complicada se reportó en un 3.2%, y tuvo cesárea electiva; datos diferentes a los obtenidos por Manny-Zitle A.⁸, Martínez D.⁹, Jimenez-Hernandez D.¹⁰, Fiestas J.⁵, y Bustamante-Núñez J.⁶; quienes reportaron que la indicación de cesárea de emergencia se dio en más del 30% de las gestantes con antecedente anterior de cesárea previa. Sin embargo, para Zamudio P.¹¹, y Huamán S.³ que reportaron que se presentan en mayor frecuencia antecedentes maternos como cesárea previa en una o más

ocasiones, así como también la inducción fallida del parto vaginal, desproporción céfalo pélvica y la distocia de presentación.

En cuanto a las causas fetales el sufrimiento fetal agudo se presentó en un 33.3%, dentro del cual todas se intervinieron de emergencia, dato diferente al obtenido por Talledo L.⁴, quien reporto que se presentó en solo un 14.5% de las gestantes; además, la macrosomía fetal tuvo lugar en un 30.3% de las gestantes y solo el 15.2% fue intervenido por cesárea de emergencia. Dato diferente al obtenido por Bustamante-Núñez J.⁶, quien reporto que se dio en un 10.3%; la distocia de presentación oblicua y transversa, fueron de un 15%, siendo en su totalidad intervenidas por cesárea de emergencia. Datos similares obtuvieron Manny-Zitle A.⁸ y Bustamante-Núñez J.⁶; quienes lo reportaron entre un 10 y 20%.

Las causas ovulares evaluadas en este estudio reportaron que el 36.1% presentó ruptura prematura de membranas, dentro del cual, el 33.3% se realizó por cesárea de emergencia; el oligohidramnios se presentó en el 19.4% de los cuales el 8.3% se intervino por emergencia, dato similar al obtenido en el estudio de Bustamante-Núñez J.⁶, quien lo reportó en un 9.2%.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La edad promedio de las gestantes intervenidas por cesárea fue de 29 ± 7 años de edad; de las cuales, mutiparas y multigestas resultaron en un 80%, y solo el 70% de las cesareas fue de emergencia.
- La causa materna mas frecuente fue que la induccion de parto vaginal fallido en un 38.7%, seguido por la preeclampsia en un 12.9% de los casos. Y en el 9.7% de las gestantes presentaron alteración de pelvis osea.
- La causa fetal mas frecuente en el estudio es el sufrimiento fetal agudo, representado en un 33.3%, seguido por la macrosomia fetal con un 30.3%, siendo en el primer caso todas intervenidos por cesarea de emergencia, mientras que en el segundo caso solo el 9.1% fue intervenida por emergencia.
- La causa ovular, mas frecuente fue la ruptura prematura de membranas en un 36.1% de los casos, siendo solo el 33.3% intervenida por cesarea de emergencia; seguida por un 25% que presento desprendimiento prematura de placenta, siendo todos intervenidos por cesarea de emergencia.

5.2. RECOMENDACIONES

- Es recomendable la realización y el mejoramiento de programas que incluyan la concientización de las gestantes, en términos de prevenir la cesárea de emergencia, dentro de los cuales se debe de intervenir a las mujeres entre las edades de 22 a 36 años.
- Es necesaria la evaluación de los antecedentes maternos, en especial de los más importante, la inducción de parto vaginal fallido y la preeclampsia; siendo datos relevantes para la indicación de cesárea, principalmente de emergencia.
- Las gestantes deben llevar un adecuado control sobre su gestación, así como tener más responsabilidad con los controles de bienestar fetal, para tener atención sobre las posibles causas fetales presentadas, como lo es la más representativa, el sufrimiento fetal agudo.
- La ruptura prematura de membranas y el desprendimiento prematuro de placenta son causas ovulares muy importantes en la toma de decisión para una cesárea; siendo importante la prevención de estas patologías, realizando la evaluación y estudios oportunos que nos permitan determinar las causas de estas con anticipación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Segovia P. Prevalencia e indicaciones de cesárea en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el Periodo Enero-Diciembre. 2017. Lima. Perú.
- 2.- Oncoy A. Indicaciones de Cesárea. Rev. Méd. Panacea. 2018;7(2):33-37. 2018.
- 3.- Huamán S. et al. Factores relacionados a partos por Cesárea en el Hospital II EsSalud de Huánuco, 2018.
- 4.- Talledo L. et al. Incidencia e Indicaciones de cesárea practicadas a Pacientes gestantes de un Hospital Público de Piura. Perú. 2016.
- 5.- Fiestas J. Prevalencia de Parto por Cesárea en el Centro Médico Naval “CSMT” en el periodo Julio 2014 – Julio 2015. 2016.
- 6.- Bustamante-Núñez J. et al. Frecuencia e Indicación de Cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010 – 2011. 2014.
- 7.- Játiva A. Factores Clínicos y Quirúrgicos que influyen en la indicación de Cesárea en pacientes con Preclampsia con signos de severidad. 2018.
- 8.- Manny-Zitle A. et al. Incidencia de la operación cesárea según la Clasificación de Robson en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado. 2018.
- 9.- Martínez D. et al. Utilidad y eficacia de la Clasificación de Robson para disminuir la tasa de cesáreas. 2018.
- 10.- Jiménez-Hernández D. et al. Tasa de Cesáreas por Grupos de Robson en una Institución de Mediana Complejidad de la Ciudad de Bogotá. 2016.
- 11.- Zamudio P. et al. Incidencia e Indicaciones de Cesárea en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. 2014.

- 12.-** Beckmann C. et al. Obstetrics and Gynecology, seventh edition. American College of Obstetricians and Gynecologists. Wolters Kluwer Health. Philadelphia. 2015.
- 13.-** Cunningham F. Leveno K. et al. Williams Obstetricia 23a Edición. The McGraw-Hill Companies. Capítulo 24. Pág: 527-563. 2010.
- 14.-** Gonzales M. Indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2014. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/522>.
- 15.-** Villar J. Et al, WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006; 367: 1819–29.
- 16.-** Estrada-Aguilar G. Incidencia de cesareas en un Hospital General de Zona. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (5): 517-522. Michoacán. México.
- 17.-** Vélez-Pérez E. Incidencia, indicaciones y Complicaciones de la operación cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2012; 29(2); 58-64.
- 18.-** Suárez-López L. Características Sociodemográficas y Reproductivas asociadas con el aumento de Cesáreas en México. Salud Pública de México/vol. 55, suplemento 2 de 2013.
- 19.-** Zúñiga A. Aplicación de modelo de Robson en sala de labor de partos del Hospital General San Felipe. Abril-junio 2017. Nicaragua.
- 20.-** Álvarez-Escobar C. Incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del Hospital de Apoyo II de Sullana, Enero-Diciembre 2017. Piura. Perú.

ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: TENORIO RODRIGUEZ ERLIN ALBERTO

ASESOR: DR. ANGULO REYES ROY MARTIN

LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: INDICACIONES PARA CESAREA EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE VENTANILLA DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2018

VARIABLE: INDICACIONES PARA CESAREA			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
CAUSAS MATERNAS			
- Estrechez Pélvica	SI/NO	NOMINAL	Ficha de recolección de datos
- Antecedente De Cirugía Ginecológica Anterior	SI/NO	NOMINAL	
- Tumoraación Pélvica Obstructiva	SI/NO	NOMINAL	
- Infección por Herpes Genital	SI/NO	NOMINAL	
- Infección por VPH con Lesiones Obstructivas del Canal de Parto	SI/NO	NOMINAL	

- Inducción de Parto Vaginal Fallida	SI/NO	NOMINAL	Ficha de recolección de datos
- Cesárea Previa Complicada	SI/NO	NOMINAL	
- Antecedente de 2 o más Cesáreas	SI/NO	NOMINAL	
- Síndrome de Marfan Y Alteración del Tejido Conectivo	SI/NO	NOMINAL	
- Carcinoma de Cuello Uterino Avanzado	SI/NO	NOMINAL	
- Malformación Arteriovenosa o Aneurismas Cerebrales	SI/NO	NOMINAL	
- Alteración de Pelvis Ósea	SI/NO	NOMINAL	
- Distocia Dinámica	SI/NO	NOMINAL	

- Toxemia Severa	SI/NO	NOMINAL	Ficha de recolección de datos
- Embarazo Post termino o en Vías de Prolongación	SI/NO	NOMINAL	
- Cérvix Inmaduro	SI/NO	NOMINAL	
- Gestante añosa en Primer Embarazo	SI/NO	NOMINAL	
- Infección por VIH	SI/NO	NOMINAL	
CAUSAS FETALES			
- Macrosomía Fetal	SI/NO	NOMINAL	
- Situación Oblicua y/o Transversa	SI/NO	NOMINAL	
- Presentación Podálica o de Pelvis	SI/NO	NOMINAL	

- Anomalías o Malformaciones Congénitas	SI/NO	NOMINAL	Ficha de recolección de datos
- Deflexión de II Grado o Presentación de Frente	SI/NO	NOMINAL	
- Deflexión de III Grado o Presentación de Cara	SI/NO	NOMINAL	
- Detención del Descenso y de la Dilatación	SI/NO	NOMINAL	
- Sufrimiento Fetal	SI/NO	NOMINAL	
- Restricción de Crecimiento Intrauterino	SI/NO	NOMINAL	
- Ponderado Fetal <1500gr	SI/NO	NOMINAL	
- Embarazo Múltiple	SI/NO	NOMINAL	

CAUSAS OVULARES			
- Desprendimiento de Placenta	SI/NO	NOMINAL	Ficha de recolección de datos
- Placenta Previa Ocluyente	SI/NO	NOMINAL	
- Oligohidramnios	SI/NO	NOMINAL	
- Ruptura Prematura de Membranas	SI/NO	NOMINAL	

ANEXO N° 2: INSTRUMENTO

TITULO: INDICACIONES PARA CESAREA EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE VENTANILLA DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2018

AUTOR: ERLIN TENORIO RODRIGUEZ

FECHA:

N ° FICHA:

N ° HISTORIA CLINICA:

FECHA DE CESAREA:

EDAD:

DATOS OBSTETRICOS:

N ° DE GESTACION: PRIMIGESTA () MULTIGESTA ()

PARIDAD: PRIMIPARA () MULTIPARA ()

N ° CESAREAS ANTERIORES:

TIPO DE CESAREA: ELECTIVA EMERGENCIA

INDICACIONES DE CESAREA

CAUSAS MATERNAS

a) ESTRECHEZ PELVICA ()

b) ANTECEDENTE DE CIRUGIA GINECOLOGICA ANTERIOR ()

c) TUMORACION PELVICA OBSTRUCTIVA

INFECCION POR HERPES GENITAL ()

- d)** INFECCION POR VPH CON LESIONES
OBSTRUCTIVAS DEL CANAL DE PARTO ()
- e)** INDUCCION DE PARTO VAGINAL FALLIDA ()
- f)** CESAREA PREVIA COMPLICADA ()
- g)** ANTECEDENTE DE 2 O MAS CESAREAS ()
- h)** SINDROME DE MARFAN Y ALTERACION
DE TEJIDO CONECTIVO ()
- i)** CARCINOMA DE CUELLO UTERINO AVANZADO ()
- j)** MALFORMACION ARTERIOVENOSA O
ANEURISMAS CEREBRALES ()
- k)** ALTERACION DE PELVIS OSEA ()
- l)** DISTOCIA DINAMICA ()
- m)** TOXEMIA SEVERA ()
)
- n)** EMBARAZO POSTERMINO O
EN VIAS DE PROLONGACION ()
- o)** CERVIX INMADURO ()
- p)** GESTANTE AÑOSA EN PRIMER EMBARAZO ()
- q)** INFECCION POR VIH ()

CAUSAS FETALES:

- a) MACROSOMIA FETAL ()
- b) SITUACION OBLICUA Y/O TRANSVERSA ()
- c) PRESENTACION PODALICA O DE PELVIS ()
- d) ANOMALIAS O MALFORMACIONES CONGENITAS ()
- e) DEFLEXION DE II GRADO O
PRESENTACION DE FRENTE ()
- f) DEFLEXION DE III GRADO O PRESENTACION DE CARA ()
- g) DETENCION DEL DESCENSO Y DE LA DILATACION ()
- h) SUFRIMIENTO FETAL ()
- i) RESTRICCION DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO ()
- j) PONDERADO FETAL <1500gr ()
- k) EMBARAZO MULTIPLE ()

CAUSAS OVULARES:

- a) DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA ()
- b) PLACENTA PREVIA OCLUYENTE ()
- c) OLIGOHIDRAMNIOS ()
- d) RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ()

**ANEXO N° 3: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO -
CONSULTA DE EXPERTOS**

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Lic. Elsi Bazán Rodríguez
- 1.2 Cargo e institución donde labora:
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor del instrumento: Erlin Alberto Tenorio Rodríguez

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					82%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					82%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Indicaciones para cesárea					82%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los items.					82%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					82%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la descripción de los criterios de cesárea					82%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos técnicos y científicos.					82%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					82%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo					82%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplica* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

82%

Lugar y Fecha: Lima, 18 Febrero de 2019

Elsi Bazán Rodríguez *Elsi Bazán*
 COESPE N° 444
 - Firma del Experto
 D.N.I N° 19205583
 Teléfono 977 414879

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Roy Martin Angulo Reyes
 1.2 Cargo e institución donde labora:
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autor del instrumento: Erlin Alberto Tenorio Rodriguez

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					/
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					/
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Indicaciones para cesárea					/
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					/
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la descripción de los criterios de cesárea					/
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					/
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					/
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo					/

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplica (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

95%

Lugar y Fecha: Lima, 12 de Marzo de 2019



M. C. Roy Martin Angulo Reyes
C.M.P. 32882

Firma del Experto

D.N.I Nº 08150023

Teléfono

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Jorge A Pacheco Fuentes.
 1.2 Cargo e institución donde labora:
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autor del instrumento: Erlin Alberto Tenorio Rodriguez

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					87%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					87%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Indicaciones para cesárea					87%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los items.					87%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					87%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la descripción de los criterios de cesárea					87%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					87%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					87%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo					87%

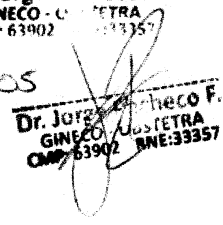
III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplica (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

87%

Lugar y Fecha: Lima, 10 Febrero de 2019

Dr. Jorge Pacheco F.
 GINECO - GINECOLOGIA Y OBSTETRIA
 CMP: 63902 RNE: 33357
 Firma del Experto
 D.N.I Nº 42744005
 Teléfono

Dr. Jorge Pacheco F.
 GINECO - GINECOLOGIA Y OBSTETRIA
 CMP: 63902 RNE: 33357

ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: TENORIO RODRÍGUEZ ERLIN ALBERTO

ASESOR: DR. ANGULO REYES ROY MARTIN

LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: INDICACIONES PARA CESÁREA EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE VENTANILLA DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2018

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General:</p> <p>PG: ¿Cuáles son las indicaciones para cesárea en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Ventanilla de octubre a diciembre del año 2018?</p>	<p>General:</p> <p>OG: Identificar las indicaciones para cesárea en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ventanilla en los meses de octubre a diciembre del 2018.</p>	<p>En este trabajo no se realiza hipótesis por ser de tipo descriptivo.</p>	<p>Variable:</p> <p>Criterio para cesárea</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Electiva - Emergencia - Criterios maternos - Criterios fetales - Criterios ovulares

<p>Específicos:</p> <p>PE 1: ¿Cuáles son las causas maternas para cesárea?</p> <p>PE 2: ¿Cuáles son las causas fetales para cesárea?</p> <p>PE 3: ¿Cuáles son las causas ovulares para cesárea?</p>	<p>Específicos:</p> <p>OE 1: Describir las causas maternas para cesárea en gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ventanilla en los meses de octubre a diciembre del 2018.</p> <p>OE 2: Describir las causas fetales para cesárea en gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ventanilla en los meses de octubre a diciembre del 2018.</p> <p>OE 3: Describir las causas ovulares para cesárea en gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ventanilla en los meses de octubre a diciembre del 2018.</p>		
---	---	--	--

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Tipo de Investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observacional • Descriptivo • Retrospectivo • Transversal 	<p>Población: Todos los partos registrados en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Ventanilla durante octubre a diciembre del año 2018. Siendo 387 en total.</p> <p>N = 387</p> <p>Población Objetiva: Pacientes a quienes le realizaron la operación cesárea de manera electiva o de emergencia que cumplan con los criterios de inclusión. Siendo 145 en total.</p> <p>N = 145</p> <p>Criterios de Inclusión: - Pacientes con cesárea inscritas en el libro de intervenciones quirúrgicas.</p>	<p>Técnica: Análisis documental.</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos.</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Pacientes con cesárea inscritas en el libro de nacimientos.- Pacientes mayores de 18 años registradas en el libro de partos. <p>Criterios de Exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pacientes que no cuenten con los datos completos en el libro de intervenciones quirúrgicas.- Pacientes programadas que terminaron en parto vaginal.- Pacientes que no cuenten con datos completos en el libro de registros de nacimientos.- Pacientes que no cuenten con datos completos en el registro de intervenciones quirúrgicas. <p>Tamaño de muestra: 100</p> <p>Muestreo: Probabilístico</p>	
--	---	--

