

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E
INDICACIONES DE CESÁREAS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL DE HUAYCÁN EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018**

TESIS

PRESENTADO POR BACHILLER

MARTINEZ ANDRES CHRISTIAN DANIEL

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

LIMA – PERÚ

2019

ASESOR

Dr. Fajardo Alfaro, Williams

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Dr. Williams Fajardo y al Dr. Marcelo Alcalde Chávez y Dr. Hardas Singh Huahuasoncco por el apoyo brindada durante el desarrollo de la investigación.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mi familia y amigos que me acompañaron durante mi carrera.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018.

Material y Métodos: El presente estudio es de tipo observacional, retrospectivo, transversal de diseño descriptivo. La muestra es de 236 pacientes cesareadas en el Hospital de Huaycán en el periodo enero – diciembre del 2018.

Resultados: De las 236 pacientes como población, se evidenció que el 81,4% (n=192) están entre los 18 a 35 años, el 11% (n=26) fueron pacientes mayores de 35 años. En relación a la procedencia, el 88,6% (n=209) proceden de la zona Urbano- Marginal. En cuanto al estado civil, el 80,9% (n=191) son convivientes. En función al nivel de instrucción, el 69,5% (n=164) con nivel de instrucción secundaria. Con respecto a las características obstétricas se evidencio que el 63.6%(n=150) no tuvieron antecedente de cesárea anterior. En cuanto a la edad gestacional se obtuvo que el 96.2% (n=227) fueron a término. Según la paridad de la paciente, el 52,5% (n=124) fueron primípara. Según el número de controles prenatales, el 56,4% (n=133) presentaron mayor o igual a 6 controles prenatales. Según el tipo de cesárea se evidencio que las cesáreas electivas fueron el 55,1% (n=130) y las cesáreas de emergencia el 44,9% (n=106). De acuerdo a las indicaciones maternas, el 63,3% (n=81) fueron por cesárea previa, siendo la indicación materna como la más frecuente.

Conclusiones: los resultados obtenidos tienen características similares a estudios ya mencionados, estas características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas ya mencionadas en resultados son de suma importancia reconocerlas e identificar la problemática de salud que puede existir en el Hospital de Huaycán.

Palabras claves: *características sociodemográficas, características obstétricas, indicaciones de cesáreas.*

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic characteristics, obstetrics and indications of caesarean sections attended in the hospital of Huaycán of the period January – December 2018.

Material and methods: The present study is of observational type, descriptive, retrospective, transversal non-experimental design. The sample is 236 cesarean patients at Huaycán Hospital in the period January – December of 2018.

Results: 236 patients as a population, it was evidenced that 81.4% (n = 192) are between 18 and 35 years, 11% (n = 26) were patients older than 35 years. In relation to the provenance, 88.6% (n = 209) come from the urban-Marginal zone. As for the marital status, 80.9% (n = 191) are cohabitants. Depending on the level of instruction, 69.5% (n = 164) with secondary instruction level. With respect to obstetric characteristics, it was identified that 63.6% (n = 150) did not have antecedents of previous caesarean section. As for gestational age, 96.2% (n = 227) were obtained at term. According to the patient's parity, 52.5% (n = 124) were Primipara. According to the number of prenatal controls, 56.4% (n = 133) showed greater than or equal to 6 prenatal controls. According to the type of Caesarean section it was Evidence that elective Caesarean sections were 55.1% (n = 130) and emergency Caesarean sections 44.9% (n = 106).

Conclusions: The results obtained have similar characteristics to studies already mentioned, these sociodemographic characteristics, obstetrics and indications of Caesarean sections already mentioned in results are of paramount importance to recognize and to identify The health problems that can exist in the hospital of Huaycan.

Key words: *sociodemographic characteristics, obstetric characteristics, Caesarean section indications.*

INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento quirúrgico reservado para los casos de emergencia, en los que el parto de carácter eutócico compromete la vida del producto o de la gestante. Constituye un importante avance en la medicina materno perinatal, transformándose en una de las intervenciones quirúrgicas con mayor frecuencia y demanda, pero su aumento no representa una disminución en la mortalidad. Por diversos motivos tanto culturales, sociales y económicos se acepta la cesárea como procedimiento quirúrgico de elección.

En cuanto a tasas mundiales se evidencio hasta 24 % en países europeos y tasas nacionales con 37% en el año 2015.¹

Este trabajo comprenderá en el desarrollo de los siguientes capítulos:

En el primer capítulo se expondrá el planteamiento del problema y los objetivos planteados en el desarrollo del estudio, junto a la justificación y el propósito del estudio.

En el segundo capítulo, se detallarán los antecedentes similares a nivel internacional, regional y nacional y los conceptos necesarios de este trabajo de investigación. Además, se plantea la hipótesis, las variables y la definición operacional de los términos.

En el tercer capítulo, se describirá la metodología aplicada al estudio, la muestra, la técnica e instrumentos de la recolección de datos. Además, se explica el procesamiento y análisis de datos.

En el cuarto capítulo, se abordan los resultados del estudio y la discusión de los mismos.

Y, por último, en el quinto capítulo, se indicarán cuáles son las conclusiones y recomendaciones.

ÍNDICE

CARATULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE ANEXOS	XI
CAPITULO I: EI PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. GENERAL	2
1.2.2. ESPECÍFICOS	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	3
1.5. LIMITACIÓN	4
1.6. OBJETIVOS	4
1.6.1. GENERAL.....	4
1.6.2. ESPECÍFICOS	4
1.7. PROPÓSITO	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	5
2.2. BASES TEÓRICAS	11
1.3. MARCO CONCEPTUAL.....	16
2.4 . HIPÓTESIS	19
2.5. VARIABLES	19
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	20
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	24
3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	24
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	24
3.1.2. NIVEL DE LA 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	30
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
5.1. CONCLUSIONES	32
5.2. RECOMENDACIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXOS	36

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS CESÁREAS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN DEL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018.....	27
TABLA N° 2: CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS CESÁREAS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018.	28
TABLA N° 3: INDICACIONES MATERNAS, FETALES Y OVULARES DE LAS CESÁREAS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN ENERO – DICIEMBRE 2018.....	29

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1:	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	37
ANEXO N°2:	INSTRUMENTO.....	40
ANEXO N°3:	VALIDEZ DEL INSTRUMENTO– CONSULTA DE EXPERTOS.....	43
ANEXO N°4:	MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	46

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cesárea es la cirugía obstétrica más comúnmente realizada. Es la operación más antigua y moderna, que alcanzó el nivel de perfección, lo que motiva una fiabilidad excesiva y un uso irrazonable.¹

La OMS recomienda que a nivel mundial la cesárea en general debe mantener una tasa del 10% al 15% de todos los nacimientos por cesárea sobre cada nación del mundo entero según los especialistas, dicha revisión aclara en su totalidad que las cesáreas de todas maneras son eficaces para abordar en caso de que la gestante o el producto corran peligro de muerte o para evitar algunas enfermedades o complicaciones que se podrían suscitar durante la gestación, siendo estos casos no tan frecuentes. La OMS realizó un cuestionario a nivel global de salud materna y perinatal realizada entre el 2004 y el 2005 en ocho países de América Latina en sus 24 regiones, resultando que la tasa de partos del total fue del 33% de todas las pacientes de 120 instituciones seleccionadas a lazar. Se reporta también que es el procedimiento quirúrgico con mayor frecuencia en los Estados Unidos hasta el año 2009 que aumentó hasta 32.95% manteniéndose así a niveles cercanos hasta el 2014.^{1,2}

Actualmente en el Perú se ha visto un incremento de las cesáreas, según ENDES en el 2016, en el periodo 2012 al 2016, la tasa de todas las cesáreas realizadas incremento del 25,3% a 31,6 %, en cuanto al nivel sociodemográfico de las cesáreas; se efectuaron en educación superior el 49,9%, de acuerdo con la geografía del Perú mayor proporción del 43,6% en Lima Metropolitana y 38,4% en el área urbana, a nivel de región, 49,7% en Tumbes, 44,6% Provincia de Lima y 43,2% Lima.³

Además, hay que tener en cuenta que la cesárea como todo procedimiento quirúrgico conlleva a complicaciones y discapacidades de gran importancia, e incluso la muerte de la madre y el producto, las indicaciones principales dependerán del seguimiento continuo de la gestante durante todo su embarazo. El hospital de Huaycán no se escapa de esta situación por la alta tasa de cesáreas registradas para el 2018 según su unidad de estadística de dicho nosocomio, por tal motivo el presente estudio se realizó en cesareadas de dicho nosocomio, en el servicio de Gineco-obstetricia, para conocer las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de la cesáreas, pensando que con los resultados obtenidos el personal de salud lograra conocer mejor el problema de las cesáreas en su establecimiento de salud e identificar los grupos de riesgo.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuáles son las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018?

1.2.2. ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de las cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018?
- ¿Cuáles son las indicaciones maternas, fetales y ovulares de las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Justificación Teórica: La cesárea es un procedimiento para el parto abdominal que contraindique firmemente un parto vaginal, mantiene una tendencia creciente superando el 15% recomendado como buena práctica.

Justificación práctica: Conocer las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones maternas, fetales u ovulares de las cesáreas realizadas en el Hospital de Huaycán teniendo en cuenta que este establecimiento no cuenta con un protocolo establecido de indicaciones de cesárea como manejo asistencial y quirúrgico, el presente estudio nos ayudara a conocer dichas características de las cesarías de hoy en día y poder ayudar con el conocimiento y actitudes con la presente investigación.

Justificación metodológica: La presente investigación es descriptivo, ya que nos permite describir las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesárea.

Justificación económica social: Conociendo las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas en las pacientes se identificarán el correcto uso de las cesáreas.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación espacial: El área espacial es el servicio de ginecología-obstetricia del Hospital de Huaycán en el año 2018.

Delimitación temporal: Este estudio se llevará en el periodo de enero a diciembre del 2018.

Delimitación social: Todas las cesáreas atendidas en el periodo enero a diciembre del 2018.

Delimitación conceptual: Las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas atendidas en el nosocomio.

1.5. LIMITACIÓN

- Falta de reportes operatorios completos en las historias clínicas.
- Falta de estudios nacionales sobre la investigación.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

- Describir las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas de las pacientes atendidas en el hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018.

1.6.2. ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de las cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018.
- Identificar las características obstétricas de las cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018.
- Identificar las indicaciones maternas, fetales y ovulares de las cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018.

1.7. PROPÓSITO

El propósito de mi investigación es conocer las características sociodemográficas, obstétricas de las pacientes del hospital de Huaycán y así poder identificar a las pacientes con alto riesgo para efectuar el procedimiento con mayor rapidez y así prevenir la muerte materno-fetal.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Borrero *et al.* (2014) en un estudio no experimental, descriptivo, donde se identificó las indicaciones más frecuentes de todas las cesáreas realizadas en el Nosocomio Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en Colombia; donde del total de gestantes usuarias atendidas en dicho nosocomio en el 2011 fueron de 1579 con una muestra de 601, con una frecuencia de cesáreas del 39% de ese periodo; entre las indicaciones maternas , fetales y ovulares más frecuentes fueron 25% de cesárea previa, el 8% distocia de producto y el 3% hemorragia del segundo y el tercer periodo del embarazo; en el 2012 se registraron 2122 con una muestra de 826 nacimientos con una tasa de cesárea de 39%; entre las indicaciones maternas , fetales y ovulares más frecuentes fueron 28% de cesárea previa, sufrimiento fetal agudo 8% y el 2% hemorragia del segundo y el tercer periodo del embarazo; los nacimientos por cesárea han aumentado respecto al año anterior en el presente estudio con una tasa de 39%.⁵

Foumane *et al.* (2014), en un estudio de cohorte retrospectivo en el Nosocomio de Mujeres y Niños de Yaundé en Camerún Francia, se estudiaron los factores de riesgo por cesárea de emergencia, analizando las variables sociodemográficas, la edad menor de 20 años, no contar con un empleo asalariado, estado civil soltera de las usuarias, no tener educación universitaria; analizando la variable obstétrica, una atención prenatal deficiente en un centro de salud o en un hospital del distrito, usuarias primíparas y la ruptura de membrana previa a la admisión. Todos ellos fueron factores de riesgo para partos por cesárea de emergencia. La situación de la cesárea de emergencia expone a la madre al niño a un riesgo significado de morbilidad y mortalidad.⁶

Narváez *et al.* (2014) en un estudio no experimental, descriptivo, donde se estudió las indicaciones de cesárea principales en el Hospital Bertha Calderón Roque en Managua Nicaragua de un total de 11,329 nacimientos de productos vivos de los cuales el 54.6 % por vía vaginal y 45.4 % por cesáreas; de todas las cesáreas atendidas las características sociodemográficas, destacan que la edad más frecuente con 63.8% fueron entre 20 y 34 años y 41.5% adolescentes menores de veinte años, el grado de instrucción secundaria completa el 64.7 %. Se encontró en el estudio que la principal indicación maternas, fetales y ovulares de cesáreas, fue cesárea previa con 34.8 %, sufrimiento fetal agudo con 21.1 % y ruptura prematura de membranas 1 %, entre otras indicaciones del 15 % de todos los casos.⁷

Groen *et al.* (2015) en un estudio no experimental, descriptivo se estudió indicaciones por parto por cesárea en las instalaciones de Médicos Sin fronteras, en 17 países del centro de operaciones de Bruselas, en el periodo 2008 al 2012, en un total de 15 905 partos por cesáreas fueron identificados de 17 países, las indicaciones maternas, fetales y ovulares registradas, la más común fue la falta de progreso o la desproporción céfalo-pélvica 30,3%, seguidas de cesáreas previa 15,7%, sufrimiento fetal 14,5% y mala presentación fetal 11%. Otras indicaciones fueron placenta o vasa previa 5%, ruptura uterina 4,3%, trastornos hipertensivos 4,1% desprendimiento prematuro de placenta 3,3%, prolapso de cordón 2,3%.⁸

Meda *et al.* (2016) en un estudio no experimental, descriptivo de factores asociados con indicaciones de parto por cesárea en una revisión nacional en Burkina Faso, de un total de todos los nacimiento vaginales y por cesáreas, la proporción los nacimientos por cesárea fue del 1,5% en el presente estudio, principalmente con indicaciones maternas absolutas 54,8% del total de cesáreas, el presente estudio confirma la pequeña proporción de partos por cesárea y la disparidad entre las zonas urbanas y rurales y la preponderancia relativa de las indicaciones maternas absolutas para el parto por cesárea.⁹

Chavarría *et al.* (2017) en un estudio no experimental, descriptivo de corte transversal, donde se estudió los factores asociados a la indicación de cesáreas atendidas en Hospital de Nicaragua, en el periodo enero a diciembre del 2017 con un total de nacidos vivos de 2 610 de los cuales el 37,2% (977) fueron de parto por cesárea con una muestra de estudio de 239 historias clínicas; entre los aspectos sociodemográficos, la edad de pacientes adultas de 20 a 39 años fueron de 65,7%, de las adolescentes menores de 19 años fueron de 31,4% y las añosas mayores de 39 años el 2,9%; según la procedencia, el 64,9% fueron de la zona urbana y el 35,1% de la zona rural; de acuerdo al estado civil el 69,5% son convivientes, el 20,5% son casadas y el 24% son solteras; entre los aspectos obstétrico el 51,5% fueron cesáreas de emergencia y el 48,5% fueron cesáreas electivas; en cuanto al antecedente maternos de las indicaciones de las cesáreas de las pacientes atendidas en dicho nosocomio, el 20% fue por cesárea anterior, el 1,6% por condilomatosis vaginal, 0,41% por estreches pélvica y con mayor porcentaje otras indicaciones con 67,3%. Se demostró que el 20% de las cesáreas sin razones justificadas y consideradas innecesarias.¹⁰

Wan *et al.* (2018) en un estudio no experimental de cohorte retrospectivo, se estimaron el riesgo de morbilidad preoperatoria con mayor número de cesáreas de 2014 a 2018 en Estados Unidos, el cual fue apoyado por el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano, donde de 15 872 pacientes, 5 144 fueron cesáreas: 3 113 primarias, 1 310 cesárea previa, 721 cesárea iterativa. La prueba de tendencia de Cochran – Armitag, se usó para evaluar el aumento de incidencia de cada morbilidad con el número de cesárea anteriores, el cual el riesgo de lesión orgánica e histerectomía aumento en comparación con la cesárea primaria después de dos cesáreas anteriores y después de tres o más cesáreas por hemorragia que requirió transducción sanguínea. Concluyendo que la lesión orgánica e histerectomía aumentan desde dos o más cesáreas y los riesgos de hemorragia y complicaciones quirúrgicas aumentan después de tres o más cesáreas.¹¹

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Bustamante *et al.* (2014) en un estudio no experimental, descriptivo se determinó la frecuencia e indicaciones de cesáreas atendidas en el hospital de Lambayeque con una muestra de 273 historias clínicas, en cuanto a las características sociodemográficas el promedio de edad de usuarias fue de 25 años que es el 57,6% de todos los casos, el 63,4% viven en áreas rurales, 70,3% estado civil de conviviente de usuarias, en cuanto a la instrucción 34,4% fue secundaria completa; según las características obstétricas, la edad gestacional de la usuaria el 85% fue a término, en cuanto a los controles prenatales de la usuaria el 59,3% no tenía controles adecuados. La frecuencia con la que se practicó la cesárea en dicho nosocomio fue del 33.6%; entre las indicaciones maternas con 25,6% fue por segmentaria previa, seguidas por preeclampsia y eclampsia en un 12,1% de usuarias; con indicaciones fetales el 13,9% que fueron por sufrimiento fetal agudo, seguida por distocias del producto en 10,6% podálico; con indicaciones ovulares por oligohidramnios severo el 9,2%; y entre otras indicaciones maternas fetales y ovulares fue del 31,8%.¹²

Reátegui *et al.* (2014) en un estudio descriptivo se determinaron características obstétricas, sociodemográficas y clínicas de las cesáreas en el Hospital de Iquitos; donde de las 420 cesareadas con producto vivo. Del total de cesáreas realizadas el 43% fue electivas y 57% fueron de emergencia; en cuanto a las características sociodemográficas la edad más frecuente de cesáreas es de 20 a 24 años 60,5%; en estado civil las usuarias convivientes de 56% de los casos, nivel de instrucción de educación secundaria completa en 62.5% de usuarias. En las características obstétricas el 34% por cesárea previa; en edad gestación de estudio 18.5% en pretérmino; según a la paridad de la madre gestante 34% fue multíparas; en cuanto a los controles prenatales de la usuaria el 66.0% tuvieron más de 6 controles adecuados. De la investigación se encontró que las edades extremas de la vida de las usuarias

gestantes, la paridad y periodo intergenésico corto después de la cesárea, estas deben ser consideradas las gestantes con más alto riesgo y en ellas poder ser detectadas y vigiladas durante sus controles prenatales por consulta externa.¹³

Gálvez *et al.* (2014) en un estudio no experimental, descriptivo donde se determinó la Tasa de Incidencia de todas las cesáreas realizadas en el Hospital San José del Callao, en donde del total de cesáreas realizadas a usuarias de dicho nosocomio que fueron de 762 pacientes, de todas ellas la muestra fue de 160 usuarias, se obtuvo el 42 % de la tasa de incidencia para cesáreas del total de nacidos vivos tanto eutócicos como distócicos. El 18% de todas las cesáreas fueron por emergencia y 24% electivas. Las cinco indicaciones principales de cesáreas maternas, fetales y ovulares realizadas fueron, 12% desproporción céfalo- pélvica y feto macrosómico, 9% por preeclampsia y 7% por distocia funicular y sufrimiento fetal agudo.¹⁴

Ríos *et al.* (2015) en un estudio no experimental, descriptivo, realizada en el Hospital II-1 de Moyobamba, donde tuvo como objetivo determinar las indicaciones de cesáreas, sociodemográficas que se realizó entre enero a diciembre 2014, hubo un total de 691 cesáreas con producto vivo de las cuales la muestra de las cesareadas usuarias fue 247; el 54.7% del total de cesarías fue de tipo electiva y de emergencia el 45.3%; dentro de las características sociodemográficas con respecto a la edad el 55.7% fueron menores de 20 años, 64% son de zonas rurales; según características obstétricas el 68.4% de edad gestacional a término y 23.5% pretérmino, 34.4% con antecedente de cesárea previa con más de seis controles prenatales el 57.5%, 42.5% primíparas, nulíparas 31.7% y entre las principales indicaciones absolutas de cesárea sea materna fetales y ovulares fueron por sufrimiento fetas agudo 43.5%, desproporción céfalo-pélvica en un 24%, 16.3% por preeclampsia, 9.8% por trabajo de parto prolongado en fase latente.¹⁵

Varas *et al.* (2015) en estudio analítico, observacional, retrospectivo, se determinó los factores maternos asociados a cesáreas de emergencia en el Hospital Lazarte en Trujillo, con una población de 199 gestantes atendidas en dicho nosocomio de las cuales 34 eran cesáreas de emergencia (17,1%) y 49 fueron cesáreas electivas (24%). El antecedente de cesárea previa es la indicación más frecuente de los partos por cesáreas con un OR de 1,95 (IC 1.03 a 2.87), los factores más influyentes que determinaron las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo con OR (40.39) y macrosomía fetal (OR 3.07). La probabilidad de parto por cesárea de emergencia en el nosocomio de Víctor Lazarte E, es del 17%, cifras que se incrementan 40% más con indicación de sufrimiento fetal agudo y 19% más si la indicación es por macrosomía fetal.¹⁶

Rengifo *et al.* (2014) en un estudio no experimental descriptivo, identifico las características clínicas, sociodemográficas y obstétricas de la cesáreas de emergencia en el nosocomio de Rioja en San Martín, en un total de 382 cesáreas y con una muestra de 192 cesáreas de emergencia, en las que se identificó las características sociodemográficas de las cesáreas de emergencia de las cuales el 46.9% de las mujeres de 20 a 34 años eran para usuarias con mayor frecuencia para dicho procedimiento, el 43.8% de las usuarias son convivientes , el 40.6% procedente de zonas urbanas y con grado de instrucción con secundaria completa el 50.5%, dentro de las características obstétricas de todas las cesáreas de emergencia se identificó el 33.9% con antecedente de cesárea anterior, 39.1% gestantes primíparas, con más de 6 controles prenatales el 65.1% y el 68.8% de gestación a término. Las indicaciones maternas, fetales y ovulares principales de todas las cesáreas atendidas de emergencia fueron el 24% por sufrimiento fetal agudo, seguida del 18% desproporción céfalo-pélvica e hipertensión inducida del embarazo.¹⁷

2.2. BASES TEÓRICAS

La cesárea es un procedimiento quirúrgico reservada durante muchos años para aquellos casos donde el parto vaginal representaba un alto riesgo materno fetal, la organización mundial de la salud desde 1985, recomienda una tasa ideal entre el 10 al 15%, el incremento de su frecuencia se debe a diversos factores, desde económicas reflejando el aspecto en cuanto al acceso a los servicios de salud de la población, culturales, sociales, las características mismas de la gestante con respecto a las edades avanzadas en los países en desarrollo y gestantes cada vez más jóvenes en países en vías de desarrollo.¹⁸

Epidemiología

En el mundo actualmente se realizan un aproximado de 18,5 millones de cesáreas. En Latinoamérica en el 2012, Brasil tenía una tasa de 45,9%, México 37,8%, Uruguay 31,9%. En el 2016 en 150 países, la tasa global de cesáreas desde 1990 fue de 6,7%, aumentando un 12,4% hasta el año 2014 que fue del 19,1% y si se considera solo los países en vías de desarrollo este aumento sería 14,6% en los próximos 14 años.^{18,19}

En el Perú el porcentaje de las cesáreas del año 1962 fue del 3,8% que incremento hasta alrededor del 30% en 1992, solo en hospitales públicos; en 1993 fue de 17,8% en Hospitales de Ministerio de Salud y 26,3% en Hospitales de Seguro Social; en el 2013 en 43 instituciones de todas las regiones del Perú, el 25,52% de cesaras fueron en el 2000 y en el 2010 fue del 29,96% y según el instituto nacional de estadística e informática según ENDES en el 2016 las cesaras realizadas fueron del 31,6 %.¹⁹

Con el aumento de las cesáreas se incrementó también el gasto monetario innecesario para cesáreas no justificados de dicho procedimiento, en el 2008 el monto de gastos innecesarios ascendía a U\$ 2320 millones, mientras las cesáreas justificadas fueron de U\$ 432 millones. En estados unidos en el

mismo año el 10.8% representaba a las cesáreas innecesarias, el 15,4% en Brasil y el 0,9% Perú; siendo el país chileno de Latinoamérica con menor porcentaje de cesáreas innecesarias.^{20,21}

Los tipos de cesárea lo dividimos según antecedentes como primaria que es cuando se realiza por primera vez en una usuaria gestante con más de 20 semanas de gestación viable; previa que es cuando la gestante usuaria se sometió a una cesárea previamente; e iterativa que es cuando la usuaria gestante con antecedente de dos o más cesáreas; según edad gestacional recomendada para seguimiento estos procedimientos deben en lo posible deben ser programas a las 39 semanas de gestación que es el periodo adecuado para evitar y minimizar los riesgos como inmadurez fetal o el inicio de trabajo de parto antes de lo previsto. En cuanto a una cesárea previa debe ser informada a la gestante cuales podrían ser sus posibles complicaciones y beneficios, si quiere optar por un parto vaginal, no olvidar que la paciente es la que tiene la última decisión, pero si el especialista no está de acuerdo con a la decisión tomada es mejor referirla a otro especialista.^{22,23}

Según las indicaciones de cesárea pueden ser de emergencia que es el resultado de una enfermedad aguda grave de la gestante o el producto, con un riesgo o pronóstico neurológico fetal malo o bueno según sea el caso, lo que hace que sea aconsejable interrumpir el embarazo rápidamente; cesárea en curso de parto se indica por lo general por disfunción de trabajo de parto estos incluyen desproporción fetal pélvico, inducción del parto fallido, disfunción de la dilatación del cuellos cervical o no descenso del parto, en este caso, no existe un peligro inmediato para la madre y el producto; cesárea electiva que es cuando en una mujer embarazada con afección médica de la madre o del feto contraindicada o desaconseje el parto vaginal, es una intervención quirúrgica que sea programada.^{17,19}

Indicaciones de Cesárea

Las indicaciones para la realización de una cesárea, se van a categorizar atendiendo si su causa es de origen materno, fetal u ovular, las cuales a su vez se consideran según su criterio de absolutas o relativas, según la literatura para las cesáreas absolutas se deben resolver lo antes posible y en menor tiempo que imposibiliten un parto vaginal, o bien de estar presente en un parto vaginal, se asocien a una alta probabilidad de muerte materno o fetal, y las relativas que pueden ser evaluadas sin alteraciones materno o fetales que condicionen la resolución inmediata. Las principales indicaciones de cesárea según la literatura, entre ellas tenemos a la desproporción céfalo-pélvica, cesárea previa, sufrimiento fetal agudo, ruptura prematura de membranas, presentación pélvica o podálica, embarazo múltiple, inducción fallida, entre otras. La desproporción céfalo-pélvica es la alteración en las dimensiones fetales; y anomalías de la pelvis ósea materna que impide la resolución de parto vaginal, que ocurre en circunstancias donde la pelvis es estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud, pelvis normal y feto grande con mala actitud, pelvis y feto normales con diámetro pélvico limítrofe.²³

La cesárea previa ha ido en aumento en las últimas décadas principalmente a las pacientes sometidas a una cesárea anterior, la cual la vía de término de la gestación con periodo intergenésico corto, es un debate mundial por las complicaciones como la rotura uterina y sus complicaciones. Sufrimiento fetal es la alteración del cambio metabólico materno fetal, causando la hipoxia fetal intrauterina, hipoglicemia e hipercapnia con daño irreversible con secuelas neurológicas y la propia muerte del producto, cuyo diagnóstico ha ido aumentando gracias al monitoreo electrónico con alteración de la frecuencia cardíaca continuo cuyos parámetros normales están entre 120 a 160 latidos por minuto. Ruptura prematura de membrana es la salida de líquido amniótico a través de la ruptura de las membranas ovulares con gestación mayor de 20 semanas y 2 horas mínimo antes del inicio del parto, el diagnóstico clínico es

mediante maniobras como la compresión de fondo uterino, maniobra de pujan de valsaba, en ocasiones por la duda diagnóstica se usa también métodos auxiliares de laboratorio. Presentación pélvica o podálica es la presentación longitudinal con su polo podálico fetal del estrecho superior de la pelvis, considerada presentación distócica por las complicaciones perinatales en el intraparto. El embarazo múltiple se ha incrementado en los últimos años por las múltiples demandas de la reproducción asistida debiendo considerarse en partos vaginales con gestaciones previas sin complicaciones. Inducción fallida, suele ser la distocia de los cuales tenemos fracaso de inducción como fracaso tras 12 horas de oxitócica endovenosa, no se logran condiciones de parto adecuado, no hay borramiento del cuello del cérvix un 50%, dilatando 2-3 cm sin progresión.²⁴

Las indicaciones maternas

Consideran como cesáreas absolutas son a, dos o más cesáreas previas, obstrucción mecánica del canal vaginal, desproporción céfalo-pélvica, estrechez pélvica, cirugía previa sobre el cuerpo uterino, condilomatosis florida obstructiva, herpes genital activo, cardiopatías descompensadas, aneurismas o malformaciones arteriovenosas cerebrales, fistulas intestinales, entre otras; y relativas son, cesárea segmentaria previa, cérvix inmaduro por no responder a esquema de maduración, pre eclampsia y eclampsia, embarazo a término tardío, entre otras.

Las indicaciones fetales

Las indicaciones fetales de carácter absoluto son, sufrimiento del producto agudo, embarazo gemelar bivitelino en que ambos no cefálicos, embarazo gemelar mono amniótico monocorial, distocias del producto, pesos del producto entre mil y mil quinientos, macrosomía del producto, más de cuatro mil quinientos, entre otros; y de carácter relativos son , bienestar fetal del producto comprometido antes de las contracciones, anomalía congénita del

producto, restricción del crecimiento intrauterino, macrosomía feta entre cuatro mil y cuatro mil quinientos, entre otros.

Las indicaciones ovulares

Las indicaciones ovulares de carácter absoluto son oligohidramnios severo, prolapso del cordón del feto vivo, placenta previa oclusiva total, desprendimiento prematuro de placenta y de carácter relativo ruptura prematura de membrana con infección ovular, polihidramnios severo, placenta previa oclusiva previas oclusiva parcial.^{17,19}

Cesárea electiva y emergencia

Dentro de las indicaciones según el tipo de cesáreas, la cesárea electiva, con la evidencia médica actual se indican a todas a aquellas con producto en presentación transversa o podálico, macrosomía del producto con un peso sea igual o mayo a 5000gr y en gestantes usuarias diabéticas del tipo I cuando el peso del producto de la gestación se igual o mayor a 4500gr , en la placenta previa, en infecciones maternas por condilomas acuminados floridos con afección extensivamente de todo el canal vaginal y pacientes código blanco, antecedente de más de dos cesáreas anteriores, entre otras. La cesárea en curso de parto debe estar precisado en la historia clínica, el motivo suele ser la distocia por fracaso de inducción, el parto estacionado activo transcurrido más de 3 horas que no progresa ni la dilatación ni el borramiento, entre otras. Las cesáreas de emergencia con pérdida del bienestar fetal el prolapso de cordón umbilical del producto gestacional, la ruptura uterina en la gestante, la embolia de líquido amniótico I desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, entre otras.¹⁹

1.3. MARCO CONCEPTUAL

La cesárea es una intervención quirúrgica utilizada para interrumpir el embarazo o el parto que causan la disfunción del parto vaginal cuando hay causas maternas, fetales y placentarias, con el propósito de extraer el producto mediante (laparotomía) e incisión de la pared uterina (histerectomía). Esta definición no está incluida la extracción del producto de la cavidad abdominal en algunos casos como la rotura uterina o embarazo en esa localización.

Una de las tantas explicaciones del término cesárea que se acuñó, se basó en una leyenda de Julio César en la antigua roma, procedimiento por que se le nombro cesárea. Otra explicación de dicho nombre proviene de la ley romana creada por Numa Pompilio en el siglo VIII a.c el cual se hacia el procedimiento en las mujeres muertas en la última semana de embarazo mientras esperaban salvar al producto de la gestación.

Inicialmente, la cesárea se asoció con una alta tasa de mortalidad, y con el paso del tiempo de advenimiento de la anestesia, los procedimientos quirúrgicos estériles y la hemoterapia dieron como resultado una reducción mucho mayor de la mortalidad. En estos estos días, el riesgo asociado con la cesárea disminuye drásticamente, pero sigue siendo una cirugía segura. Se relaciona con una mayor cantidad de gravedad y complicaciones, tanto de la madre como del producto, que el parto por vía natural vaginal. Aunque comparamos la cesárea electiva con la cesárea de emergencia, esta última conlleva ala mayor mortalidad materna, a su vez la mortalidad perinatal aumenta el doble que en la vía natural vaginal. Sin embargo, la cesárea es la cirugía obstétrica realizada con mayor frecuencia. En los últimos 40 años el aumento ininterrumpido en la tasa de cesárea, pasó del 4 al 25% y alcanzó el 50% en algunos centros. La mayoría de este aumento se produjo en los años 70 y 80, y dos de las razones que parecen contribuir a este aumento son el precedente de la cesárea y la presentación del producto final podálico. La

primera cesárea en 1861 en el Perú fue en la Maternidad de Lima realizándolo el Dr. Camilo Segura en una usuaria que pereció en el parto; en el mismo nosocomio en 1931, el Dr. Alberto Barton realizó la cesárea obteniendo un recién nacido vivo, pero la progenitora falleció horas después.

Según la técnica quirúrgica de incisión a usarse es, corporal o clásica que es una incisión vertical en el cuerpo uterino las indicaciones principales son el cáncer cervical invasivo, embarazo prematuro, circunstancias fetales transversales, entre otras. Las desventajas son la apertura y cierre más difíciles, sangrado profuso, adherencias, entre otras; otra incisión es segmento corporal de tipo Beck, la incisión se realiza perpendicularmente a la sección y parte del cuerpo uterino las principales indicación son trabajo de parto prematuro, embarazo de gemelos, entre otras; incisión Segmento arciforme de tipo Kerr, es la técnica quirúrgica más utilizada por sus múltiples beneficios, al realizar una incisión transversal en el segmento inferior, hay poco sangrado, fácil apertura y cierre de la pared uterina, hay pocas posibilidades de rotura en embarazos posteriores, hay poca adherencia postoperatoria.

Las complicaciones de las cesáreas, no están ajenas como todo procedimiento quirúrgico aun con toda la experiencia de misma, relacionada al parto vaginal la morbimortalidad materna es mayor, alrededor de un tercio del total de muertes maternas con una ocurrencia es 6 de cada 100 000 nacimientos, siendo mayor cuando el procedimiento se realiza en forma electiva, la mitad son por la misma cirugía y la otra parte por agravamiento o persistencia de patología de base. Actualmente las técnicas anestésicas, la supervisión permanente de la gestante con el monitoreo fetal estricto, administración medicamentosa más complementos hemodinámico, han disminuido en gran medida, pero aún no se han eliminado estos riesgos de complicaciones de la propia cirugía; la cesárea sigue siendo útil para alcanzar resultados materno y perinatal de buen pronóstico con las medidas y las aplicaciones de protocolos médicos.

Complicaciones del acto quirúrgico por accidentes anestésicos como la hipotensión, cefalea post punción dural entre otras menos frecuentes como bloqueo dural completo. Las complicaciones intraoperatorias son las menos frecuentes y oscilan entre 1 y 2%, son las más frecuentes en las cesáreas de urgencia y el riesgo aumenta en la cirugía previa de una o más cesáreas, las cuales incluyen las lesiones viscerales, hemorragia por atonía uterina, lesiones vasculares, embolismo de líquido amniótico, lesiones d tracto urinario, lesiones nerviosas entre otras. Las complicaciones postoperatorias con mayor frecuencia por infecciones con una frecuencia del (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas) y principal causa de morbilidad materna, además de factor de riesgo como inicio de trabajo de parto tales complicaciones infecciosas se relacionan con ruptura prolongada de a bolsa amniótica, el número de tactos vaginales, infecciones urinarias previas, la obesidad, la anemia, diabetes mellitus, la existencia de vaginitis de tipo bacteriana; dentro de tales infecciones la endometritis se presenta en un 40% de casos por trabajo por parto prolongado, por la mala técnica quirúrgica y por manipulación intrauterina, otras complicaciones son la tromboflebitis, obstrucción intestinal por bridas, dehiscencia de cicatriz, el íleo que se reduce en lo menor posible cuando se manipula lo menos las vísceras intestinales y realizando una correcta limpieza de la cavidad abdominal. Las complicaciones post parto frecuentemente son hemorrágicas, además de los factores de riesgo la misma cesárea como acto quirúrgico supone una pérdida hemática definida con mayor de 1000 mililitros y de parto vaginal por la pérdida de sangre mayor a 500 mililitros, lo cual amenazan con una mala estabilidad hemodinámica puerperal. La ACOG (American College of Obstetricians and Gynecology) recomienda que después del parto por cesárea se cuente con personal médico especializado con capacidad para toma de decisiones por posibles complicaciones antes de los 30 minutos, monitoreo fetal estricto con cardiografía continua, un banco de sangre abierto las 24 horas.

2.4. HIPÓTESIS

- Según el diseño de la investigación descriptiva, el presente estudio no presenta una hipótesis.

2.5. VARIABLES

1. Características sociodemográficas

- Edad.
- Procedencia.
- Estado civil.
- Nivel de instrucción.

2. Características obstétricas

- Cesárea anterior.
- Edad gestacional.
- Paridad.
- Número de controles prenatales
- Tipo de cesárea.

3. Indicaciones maternas:

- Cesárea previa – iterativa
- Desproporción céfalo-pélvica
- Distocias dinámicas
- Infecciones maternas
- Enfermedad hipertensiva del embarazo
- Otras indicaciones maternas.

4. Indicaciones fetales:

- Embarazo múltiple.
- Feto grande - Macrosomía fetal.
- Distocias del producto.
- Sufrimiento fetal.
- RCIU/PEG.
- Otras indicaciones fetales

5. Indicaciones ovulares

- Oligohidramnios.
- Ruptura prematura de membranas.
- Doble circular de cordón.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- otras indicaciones ovulares.

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Cesárea: Intervención quirúrgica que consiste en la apertura de útero y la extracción del producto.

Edad materna: Es la edad transcurrida en años que tiene la paciente al momento del ingreso al estudio.

Procedencia: Dirección actual registrada en una historia clínica del usuario, Se divide en urbano, urbano-marginal y rural. Considerando que rural cuando no se cuentan con los servicios básicos; urbano marginal, como de procedencia de zonas alejadas y urbano, que se encuentra en la zona céntrica de la ciudad.

Estado civil: Se define como la situación social en respecto a la presencia o no de pareja al momento del diagnóstico.

Nivel de instrucción: Nivel educativo que presenta la paciente al momento de ingreso al estudio.

Características obstétricas: Conjunto de características obstétricas que cuida la gestación, el parto de la gestante usuaria.

Cesárea anterior: Paciente que tuvo una cesárea previa.

Edad gestacional: Es el tiempo que comprende entre el primer día del último día de menstruación hasta el término de gestación.

Paridad: Es el número de gestaciones que ha presentado la paciente, sin considerar los abortos.

Controles prenatales: Son las evaluaciones que ha tenido la paciente por un personal de salud hasta antes del nacimiento del producto.

Cesárea en curso: Se indica por lo general por disfunción de trabajo de parto, no existiendo peligro inmediato para las madres y los fetos.

Cesárea de emergencia: Procedimiento quirúrgico realizado en complicación materna o fetal en etapa crítica que se debe resolver de inmediato.

Cesárea electiva: Programada para su realización en una fecha dada por alguna indicación médica que se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

Complicación de la Cesárea: Se considera a los eventos adversos que ha tenido el procedimiento.

Indicaciones de cesáreas: Son las situaciones patológicas que determinaran la culminación de gestación por parto distócico.

Distocias: Es el resultado de una alteración ya sea de la contracción uterina, del producto, o el tipo de presentación.

Distocias dinámicas: Dilatación estacionaria, expulsivo prolongado, el agotamiento de la gestante e interrupción del descenso del producto.

Cesárea previa: Cuando la gestante tiene una cesárea con anterioridad.

Cesárea iterativa: Cuando la gestante cuenta con más de dos cesáreas.

Desproporción céfalo – pélvica: Cuando la gestante posee pelvis estrecha o una alteración en ella o con producto de presentación alta a término.

Infecciones maternas: Son aquellas infecciones que predisponen o imposibiliten a la no culminación de parto vaginal parcial o totalmente.

Enfermedad Hipertensiva del embarazo: Es aquella que cursa con trastornos hipertensivos durante la gestación ya sea por preeclampsia o eclampsia.

Otras indicaciones maternas: Son aquellas entre las cuales se encuentran neurológicas, enfermedades respiratorias, cardiopatías descompensadas, trastorno de la coagulación, diabetes, alteraciones ya sean malformaciones que obstruyan el canal vaginal.

Embarazo múltiple: Es la fecundación de dos o más óvulos en el que se desarrolla más de un feto o producto.

Feto grande – Macrosomía fetal: Es el peso del producto en el nacimiento mayor del percentil 90 o mayor de 4.000gr.

Distocias del producto: Mala situación de presentación, con imposibilidad de parto por vía vaginal.

Sufrimiento fetal: Alteración fisiológica fetal antes o en el intraparto causando probablemente lesiones permanentes en poco tiempo o la muerte del producto.

Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU): Feto que no consigue crecer al ritmo esperado durante el embarazo.

Pequeño para la edad gestacional (PEG): Es el crecimiento del producto menor de lo esperado es timado por debajo del percentil 10 para la edad de gestación del producto.

Otras indicaciones fetales: Tipo de presentación Podálico, transverso, malformaciones fetales, alteraciones del tubo neural, alteraciones cardiacas entre otras que no condicionan a un parto por vía vaginal.

Oligohidramnios: Se define como el índice de líquido amniótico (ILA). $ILA < 5\text{cm}$.

Ruptura prematura de membranas: Ruptura de membranas del producto de antes del inicio del trabajo de parto activo.

Doble circular del cordón: Llamado también circular doble, es dos vueltas del cordón umbilical sobre el cuello del producto.

Desprendimiento prematuro de placenta: Separación de la placenta de la decidua ya sea total o parcial del útero.

Otras indicaciones ovulares: Entre estas indicaciones que se relacionan con la placenta, condón umbilical y membranas, placenta previa sea total o parcial polihidramnios, circular simple de cordón, entre otras.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Observacional, porque no se manipularon las variables del estudio solo se observarán en el entorno.
- Transversal, porque midió las variables en un momento del tiempo y en una población ya determinada por el investigador.
- Retrospectivo, porque los datos están registrados en las historias clínicas y su estudio es después del evento estudiado.

3.1.2. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo porque el análisis estadístico es univariado y busca conocer las características de las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Huaycán.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población fue conformada por pacientes cesareadas que fueron atendidas en el 2018 en el Hospital Nacional de Huaycán (N=610).

Los cuales deben de cumplir los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes cesareadas entre enero a diciembre del 2018, con historias clínicas completas e informe operatorio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historia clínica incompleta y con letra ilegible, la no presencia del informe operatorio pese a la intervención quirúrgica.

La muestra se halló con la formula Probabilística, conociéndose la población:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Dónde:

N: Tamaño de la población 610

Z: 95% nivel de confianza

p: Probabilidad de éxito la proporción esperada (5% = 0.5)

q: 1 – p Probabilidad de fracaso 0,5

d: Precisión (error máximo admisible en términos de proporción) 5%: 0,05

$$n = \frac{610 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (610 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$N = 236$$

La muestra calculada según la formula probabilística es de 236 usuarias cesareadas en el Hospital de Huaycán. Muestreo, aleatorio simple.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El medio de recolección de información del presente estudio se dio mediante la ficha de recolección de datos que consta de tres ítems las cuales son; características obstétricas y las indicaciones de cesárea realizada, el cual fue revisado por un metodólogo, un estadista que laboran en la Universidad Privada San Juan Bautista y un especialista en Gineco-obstetricia que labora en el nosocomio de Huaycán.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Esta investigación fue presentada al área de Docencia del Hospital Nacional de Huaycán, en donde fue aceptado y se procedió a su ejecución. Se realizó la revisión de historias clínicas y se recogieron los datos de las variables estudiadas.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La recolección de la información de la presente investigación fue a través de una ficha de recolección de datos, se analizó dicha información por medio de tablas descriptivas.

El procesamiento de toda la información se guardó en una hoja de cálculo en Excel 2013, el cual se usó para la creación de una base de datos en el sistema SPSS V24, lo cual se interpretó las variables estudiadas mediante tablas

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación no compromete los derechos de los participantes, ya que la recolección de la información se obtuvo sin intervención de los pacientes y fue aceptado por la Universidad Privada San Juan Bautista.

Al ser una investigación retrospectiva y observacional no se contó con consentimiento oral ni escrito, pero sí se contó con la debida autorización del coordinador de investigación del servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital de Huaycán.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA N°1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS CESÁREAS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN DEL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018.

		N°	%
Edad	<18 años	18	7,6%
	18-35 años	192	81,4%
	>35 años	26	11,0%
Procedencia	Rural	9	3,8%
	Urbano- Marginal	209	88,6%
	Urbano	18	7,6%
Estado civil	Soltera	19	8,1%
	Conviviente	191	80,9%
	Casada	26	11,0%
Nivel de instrucción	Sin estudios	2	0,8%
	Primaria	25	10,6%
	Secundaria	164	69,5%
	Superior	45	19,1%
TOTAL		236	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la tabla 1, con respecto a la edad, se evidenció que el 81,4% (n=192) están entre los 18 a 35 años, el 11% (n=26) fueron pacientes mayores de 35 años, sin embargo, se observa que el 7,6% (n=18) son pacientes menores de 18 años. En relación a la procedencia, el 88,6% (n=209) proceden de la zona Urbano- Marginal, el 7,6% (n=18) proceden de la zona urbana y el 3,8% (n=9) proceden de la zona rural. En cuanto al estado civil, el 80,9% (n=191) son convivientes, el 11% (n=26) son casadas y el 8,1% (n=19) son solteras. En función al nivel de instrucción, el 69,5% (n=164) con nivel de instrucción secundaria, el 19,1% (n=45) con nivel instrucción superior, el 10,6% (n=25) con nivel de instrucción primaria y el 0,8% (n=2) sin nivel de instrucción (sin estudios).

TABLA N°2: CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS CESÁREAS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018.

		N°	%
Cesárea Anterior	Si	86	36,4%
	No	150	63,6%
	TOTAL	236	100%
Edad gestacional	Pretérmino	9	3,8%
	A término	227	96,2%
	Post termino	0	0,0%
	TOTAL	236	100%
Paridad	Nulípara	80	33,9%
	Primípara	124	52,5%
	Múltipara	32	13,6%
	TOTAL	236	100%
N° de controles prenatales	<6	103	43,6%
	≥6	133	56,4%
	TOTAL	236	100%
Tipo de cesárea	Emergencia	106	44,9%
	Electiva	130	55,1%
	TOTAL	236	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

Con respecto a la tabla 2 se evidencio que el 63.6%(n=150) no tuvieron antecedente de cesárea anterior mientras que el 36.4% (n=86) si tuvieron antecedente cesárea anterior. En cuanto a la edad gestacional se obtuvo que el 96.2% (n=227) fueron a término, seguido de 3.8% (n=9) fueron pre término, y no se encontró ningún post termino. Según la paridad de la paciente, el 52,5% (n=124) fueron primípara, el 33,9% (n=80) fueron nulíparas y el 13,6% (n=32) fueron múltiparas. Según el número de controles prenatales, el 56,4% (n=133) presentaron mayor o igual a 6 controles prenatales y el 43,6% (n=103) presentaron menos de 6 controles prenatales. Según el tipo de cesárea se evidencio que las cesáreas electivas fueron el 55,1% (n=130) y las cesáreas de emergencia el 44,9% (n=106).

TABLA N°3: INDICACIONES MATERNAS, FETALES Y OVULARES DE LAS CESÁREAS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN ENERO – DICIEMBRE 2018.

		N°	%
Indicación materna	Cesárea previa	81	63,3%
	Desproporción céfalo-pélvica	19	14,8%
	Distocia Dinamica	14	10,9%
	Condilomatosis	1	0,8%
	Enfermedad hipertensiva en el embarazo	13	10,2%
	TOTAL	128	100%
Indicación fetal	Feto grande–macrosomía fetal	16	21,9%
	Feto podálico	24	32,9%
	Feto transverso	7	9,6%
	Sufrimiento fetal agudo	22	30,1%
	RCIU/PEG	4	5,5%
	TOTAL	73	100%
Indicación ovular	Oligohidramnios	4	11,8%
	Ruptura prematura de membrana	11	32,4%
	Doble circular de cordón	7	20,6%
	Desprendimiento prematuro de placenta	3	8,8%
	Insuficiencia útero-placentaria	10	26,5%
	TOTAL	35	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a las indicaciones maternas, el 63,3% (n=81) fueron por cesárea previa, el 14,8% (n=19) fueron por desproporción céfalo-pélvica, el 10,9% (n=14) fueron por distocia dinámica, el 10,2% (n=13) fueron por enfermedad hipertensiva en el embarazo y el 0,8% (n=1) por condilomatosis. En indicaciones fetales, el 32,9% (n=24) fueron por feto podálico, el 30,1% (n=22) fueron por sufrimiento fetal agudo, el 21,9% (n=16) fueron por feto grande–macrosomía fetal, el 9,6% (n=7) fueron por feto transverso y el 5,5% (n=4) fueron por RCIU/PEG. En indicaciones ovulares de las pacientes, el 32,4% (n=11) fueron por ruptura prematura de membrana, el 26,5% (n=10) fueron por insuficiencia útero-placentaria, el 20,6% (n=7) fueron por doble circular de cordón, el 11,8 (n=4) fueron por oligohidramnios y el 8,8% (n=3) fueron por desprendimiento prematuro de placenta.

4.2. DISCUSIÓN

En nuestro estudio en cuanto a las características sociodemográficas, la edad, el 81,4% fueron la mayoría de las pacientes de entre 18 a 35 años, estudio similar realizado por Narváez *et al.* donde la edad más frecuente estuvo en el rango de 20 y 34 años con 63,8%, similar al estudio de Bustamante *et al.*, su estudio menciona que la edad promedio fue de 25 años que represento el 57,6% del estudio; Reátegui S *et al.* reporta que, la edad más frecuente de cesáreas fue entre 20 a 24 años que representó el 60,5%. Con respecto a la procedencia, el 88,6% se ubicaron geográficamente en la zona urbano-marginal, difiriendo con los estudios de Bustamante J *et al.* y Rios R *et al.*, en los cuales se ubicaron geográficamente en las zonas rurales en un 63,4% y 64% respectivamente. En cuanto al estado civil, el 80,9% de las pacientes son convivientes, mientras que, en el estudio de Bustamante J *et al.*, reporta que el estado civil de conviviente representa el 70,3% y de Reátegui S *et al.*, con el estado civil conviviente en un 56% de su estudio. El nivel de instrucción fue secundario con 69,5%, similares al resultado de Reátegui *et al.* donde reporta que el 62,5% de su estudio representa instrucción secundaria y Narváez *et al.*, en el cual el grado de instrucción secundaria con el 64,7% de pacientes de su estudio. ^{5,6,8,13}

En cuanto a las características obstétricas; con respecto a la cesárea anterior, el 63,6% no la presentaron, similar a los estudios por Rios R *et al.*, y Reátegui S *et al.*, donde el 34,4% y 34% respectivamente tampoco la tuvieron como antecedente, respectivamente. Con respecto la edad gestacional de las pacientes el 96,2% fueron a término; similar al estudio de Bustamante J⁵ donde el 85% fue a término y Rios R *et al.* donde fue de 68,4%. Con respecto a la paridad el 52,5% fueron primíparas, difiriendo con Reátegui S *et al.*, donde fueron multíparas en un 34% y a Rios R *et al.* donde fue de 42,5%. En relación al número de controles prenatales, mayor o igual de 6 controles prenatales fue de 56,4%; similar a Reátegui S *et al.*, donde el 66% tuvo más de 6

controles; difiriendo, Bustamante J *et al.*, donde el 59,3% no tuvieron más de 6 controles. Y según el tipo de cesárea en nuestro estudio, la mayor parte de ellas fueron por cesárea electiva con un 55,1%; concordando con el estudio de, Ríos R *et al.*, donde las cesáreas electivas fueron del 54,7% y difiriendo con Reátegui S *et al.* donde el 57% fueron cesáreas de emergencia.^{7,8,9}

Con respecto a las principales indicaciones maternas, fetales y ovulares de las cesáreas, la cesárea previa con un 63,3% fue la principal indicación, seguida de feto podálico 32,9% y la ruptura prematura de membrana con un 32,4%; similar a lo encontrado por Meda IB *et al.*, donde el 54,8% fueron por indicaciones maternas; mientras que, Groen RS *et al.*, encontró que causa más común fue la desproporción céfalo-pélvica en un 30,3%; así mismo, Ríos R *et al.* encontró que el sufrimiento fetal agudo tuvo un porcentaje de 43.5% y Narváez A *et al.*, reporta que la cesárea previa tuvo un porcentaje de 34.8%, junto al sufrimiento fetal agudo con 21.1 %.^{8,13,14,15}

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Se identificó a las características sociodemográficas de las cesareadas, con respecto a la edad con mayor porcentaje están entre 18 a 35 años en cuanto a la procedencia la mayor parte proceden de la zona Urbano- Marginal, la mayoría de las gestantes del estudio son casadas, además se observó que el 0.8% de las cesareadas no cuentan con estudios.
- Las características obstétricas más frecuentes fueron que no tuvieron antecedente de cesárea anterior y su edad gestacional fue a término. Según el número de controles prenatales el mayor porcentaje tuvieron más de 6 controles prenatales. También se observó entre la cesárea de emergencia y electiva no hubo grandes diferencias.
- Las indicaciones más frecuentes fueron de origen materna ocupando el primer lugar la cesárea anterior. Seguida de origen fetal ocupando el primer lugar el feto podálico seguida de sufrimiento fetal. En tercer lugar, está la indicación ovular con Ruptura prematura de membrana con mayor porcentaje.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se debe de concientizar a la población mediante charlas de salud sexual y reproductiva para que establezcan una planificación familiar adecuada.
- Se debe de enfatizar a las mujeres a completar sus controles prenatales para una planificación de acuerdo a los riesgos encontrados en las pacientes, promocionando y fortaleciendo el conocimiento del parto vaginal.
- Se debe identificar los factores de riesgo de las pacientes para conocer las indicaciones de cesárea, siguiendo un flujograma del hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea, Organización Mundial de la Salud, Avenue Appia 20 Ginebra, Suiza, 2015. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/#.VTQrx-M7A4Sk.
2. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G et al, for the 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.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Nacional y Regional, Perú, 2016. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html.
4. Borrero P, Cubillos A. Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, *Revista Facultad de Salud – Colombia*, 2014; 6(1): 55 - 58.
5. Foumane P, Mve Koh V, Ze Minkande J. Risk factors and prognosis of emergency cesarean delivery at the Yaoundé Women's and Children's Hospital, Cameroon. 2014; 24(1):89-93
6. Narváez A, indicaciones de cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua año 2015. <http://repositorio.unan.edu.ni/1181/1/63415.pdf>
7. Groen RS, Trelles M, Caluwaerts, et al, A cross-sectional study of indications for cesarean deliveries in Médecins Sans Frontières facilities across 17 countries. Jun 2015; 129(3):231-5

8. Meda IB, Millogo T, Baguiya A , et al, Rate of and factors associated with indications for cesarean deliveries: Results of a national review in Burkina Faso. Nov 2016; 135 Suppl 1: S51-S57
9. Chavarría L, Factores Asociados a la indicación de cesárea en embarazadas atendidas por el servicio de obstetricia. Hospital Amistad Japón – Nicaragua. Granada. Enero a diciembre 2017. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/9149/1/98755>
10. Bustamante-Núñez J; Vera-Romero O.; Limo-Peredo J.; Patazca-Ulfe J. Rev. Cuerpo méd; 2014, 7(1):6-12.
11. Sondgeroth KE, Wan L, Rampersad RM, Stout MJ. Risk of Maternal Morbidity with Increasing Number of Cesareans. Am J Perinatol. [INTERNET]. 2018 (Citado 31 ene 2019); 102(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30372778>
12. Reategui S, Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de la cesárea en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, Enero a Julio del 2013. Tesis para optar el título de Obstetra. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/ucp/4022>
13. Gálvez E, Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del Callao, periodo enero-diciembre 2013. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/3512>.
14. Ríos R, características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas en el Hospital II-1 de Moyobamba Enero - Diciembre del 2014. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4049>
15. Varas C, Factores maternos asociados a cesárea de emergencia – Hospital Lazarte de Trujillo 2015. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3362>.
16. Rengifo A, Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 De Rioja – San Martín; 2014. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4050>

17. Ben-Haroush A, Melamed N, Kaplan B, Yogev Y. Predictors of failed operative vaginal delivery: A single-center experience. *Am J ObstetGynecol* 197; 308.e1. 2007.
18. Távara L, et al, Cesárea en el Perú: presente y futuro, *Ginecología y obstetricia*, Lima-Perú, Junio 1993, 29(5):50-56.
19. Távara L, Parra J, et al, *Epidemiología de la cesárea en el Perú, Ginecología y obstetricia*, Lima- Perú, 1994.
20. Beltrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS ONE* .2016.11 (2): 123-132.
21. Gonzales GF, Tapia VL, Fort AL, Betran AP. Pregnancy outcomes associated with cesarean deliveries in Peruvian public health facilities. *International Journal of Womens's Health*. 2013;5(18): 168-178.
22. Vargas D, Rubio J, *Obstetricia Integral Siglo XXI, Tomo II, Capítulo 16 - Operación Cesárea*, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.2011
23. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert JA. Operación Cesárea. *RevMed Condes* 2014; 25(6) 987-992.
24. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal Birth after cesarean delivery. Vol. 130. Number 5. 2017.
25. Ros C, Bellart J, Hernández, S. Protocolo de Cesárea. *Hospital Clínica de Barcelona*. 2010.1-9.
26. Cunningham F, Leveno K, et al, *Williams Obstetricia 24a Edición*, The McGraw-Hill Companies, Capítulo 24, Pág: 544-548 , 2014
27. Yanque R, et al, *Apuntes historicos de la cesárea en el Perú, Ginecología y Obstetricia*, Lima-Perú 1992, 38 (12) 83-85.
28. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal Birth after previous cesarean delivery. *Practice Bulletin N°115*, Washington, August 2010:3.

ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

ALUMNO: MARTINEZ ANDRES CHRISTIAN DANIEL

ASESOR: FAJARDO ALFARO, WILLIAMS

LOCAL: SAN BORJA


TEMA: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E INDICACIONES DE CESÁREAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018

VARIABLE: SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E INDICACIONES DE CESÁREA			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Edad	1. < 18 años. 2. 18-35 años. 3. > 35 años	Ordinal	Ficha de recolección de datos
Procedencia	1. Rural. 2. Urbano-marginal. 3. Urbano	Nominal	Ficha de recolección de datos
Estado civil	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente	Nominal	Ficha de recolección de datos
Nivel de Instrucción	1. Sin estudios. 2. Primaria. 3. Secundaria.	Ordinal	Ficha de recolección de datos

	4. Superior.		
Cesárea anterior	1. No. 2. Si.	Nominal	Ficha de recolección de datos
Edad gestacional	1. Pre término. 2. A término. 3. Post término.	Ordinal	Ficha de recolección de datos
Paridad	1. Nulípara. 2. Primípara. 3. Multípara.	Nominal	Ficha de recolección de datos
Número de controles prenatales	1. <6 2. ≥6	Nominal	Ficha de recolección de datos
Tipo de cesárea	1. Electiva. 2. Emergencia.	Nominal	Ficha de recolección de datos
Indicaciones maternas	1. Cesárea previa. 2. Desproporción céfalo-pélvica. 3. Distocia dinámica. 4. Infecciones maternas.	Nominal	Ficha de recolección de datos

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Enfermedad Hipertensa del embarazo. 6. Otras. 		
Indicaciones fetales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Embarazo multiple. 2. Feto grande – macrosomia fetal. 3. Distocia del producto. 4. Sufrimiento fetal, 5. RCIU/PEG. 6. Otras. 	Nominal	Ficha de recolección de datos
Indicaciones ovulares	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oligohidramnios. 2. RPM. 3. Doble circular de cordón. 4. Desprendimiento premature de placenta. 5. Otras. 	Nominal	Ficha de recolección de datos

ANEXO N° 2: INSTRUMENTO

	<p>UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUA BAUTISTA</p> <p>FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD</p> <p>ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA</p>
---	--

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E INDICACIONES DE CESÁREAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD HUAYCÁN DEL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018

AUTOR : Martínez Andrés, Christian Daniel

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (INSTRUMENTO)

Numero de ficha:

Fecha:

Historia clínica:

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

Edad:

- <18 años
- 18-35 años
- >35 años

Procedencia:

- Rural
- Urbano- Marginal
- Urbano

Estado Civil:

- Soltera
- Conviviente
- Casada

Nivel de instrucción:

- Sin estudios
- Primaria
- Secundaria
- Superior

6. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:

Cesárea anterior:

- Si
- No

Edad gestacional:

- Pre término.
- A término
- Post término

Paridad:

- Nulípara
- Primípara
- Multípara

Número de controles prenatales:

- <6
- ≥6

Tipo de cesárea:

- Electiva
- Emergencia

7. INDICACIÓN DE LA CESAREA:

Indicaciones maternas:

- Cesárea previa
- Desproporción céfalo-pélvica
- Distocias dinámicas*
- Infecciones maternas**
- Enfermedad Hipertensiva del embarazo
- Otras

Indicaciones fetales:

- Embarazo múltiple
- Feto grande – Macrosomía fetal
- Distocias del producto***
- Sufrimiento Fetal
- RCIU/PEG
- Otras

Indicaciones ovulares:

- Oligohidramnios
- RPM
- Doble circular de cordón
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Otras

*Dilatación estacionaria, expulsivo prolongado.

**HIV, Herpes genital activo, Condilomatosis florida, ITU complicada.

***Podálico, transverso

ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dulanto Aquino, Roberto Alfredo
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Medico Gineco-Obstetra que labora en el Hospital de Huaycán
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de Recolección de datos.
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Martinez Andres, Christian Daniel

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.				20%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría de las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas.					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas.					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo no experimental, descriptivo, transversal y retrospectivo.					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

En Aplicables.

(Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

70%

Lugar y Fecha: Lima,


Dr. Roberto A. Dulanto Aquino
 GINECO-OBSTETRA.
 CMP. 26669
 RNE. 28772

Firma del Experto

D.N.I N° *0852347*

Teléfono *950500252*

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg Aquino Dolorier Sara
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Estadista del taller de tesis de la UPSJB
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de Recolección de datos.
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Martinez Andres, Christian Daniel

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.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría de las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas.					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los items.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas.					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo no experimental, descriptivo, transversal y retrospectivo.					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Es APLICABLE

(Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Lima, 26 Enero de 2019

[Firma]
LIC. SARA GISELA AGUIÑO DOLORIER
COESPE 23

COMITÉ DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Firma del Experto

D.N.I. Nº 02498001

Teléfono 393083992

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Fajardo Alfaro, Williams
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Metodólogo del taller de tesis de la UPSJB
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de Recolección de datos.
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Martinez Andres, Christian Daniel

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.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría de las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas.				80%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas.				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo no experimental, descriptivo, transversal y retrospectivo.				80%	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable.

(Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

80%

Lugar y Fecha: Lima, 26 Enero de 2019


 IGSS - MINSA
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
 DR. WILLIAM FAJARDO ALFARO
 Jefe de Sala San Antonio
 C.E. N° 9594
 Firma del Experto
 D.N.I. N° 51191102
 Teléfono 011 426131202

ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: MARTINEZ ANDRES CHRISTIAN DANIEL

ASESOR: FAJARDO ALFARO, WILLIAMS

LOCAL: SAN BORJA

TEMA: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E INDICACIONES DE CESÁREAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: ¿Cuáles son las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018?</p> <p>Específicos: PE 1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las cesáreas de las pacientes</p>	<p>General: Describir las características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018.</p> <p>Específicos: OE 1: Identificar las características sociodemográficas de las cesáreas de las pacientes atendidas en el</p>	<p>General: El Proyecto de Investigación es de tipo descriptivo por lo tanto no presenta una hipótesis</p>	<p>1. Características sociodemográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Procedencia. • Estado civil. • Nivel de instrucción. <p>2. Características obstétricas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cesárea anterior. • Edad gestacional. • Paridad. • Número de controles prenatales • Tipo de cesárea. <p>3. Indicaciones maternas:</p>

<p>atendidas en el Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018?</p> <p>PE 2: ¿Cuáles son las características obstétricas de las cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018?</p> <p>PE 3: ¿Cuáles son las indicaciones maternas, fetales y ovulares de las cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital Huaycán del periodo enero – diciembre 2018?</p>	<p>Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018.</p> <p>OE 2: Identificar las características obstétricas de las cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018.</p> <p>OE 3: Identificar las indicaciones maternas, fetales y ovulares de las cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea previa – iterativa • Desproporción céfalo-pélvica • Distocias dinámicas • Infecciones maternas • Enfermedad hipertensiva del embarazo • Otras indicaciones maternas. <p>4. Indicaciones fetales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo múltiple. • Feto grande - Macrosomía fetal. • Distocias del producto. • Sufrimiento fetal. • RCIU/PEG. • Otras indicaciones fetales <p>5. Indicaciones ovulares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oligohidramnios. • Ruptura prematura de membranas. • Doble circular de cordón.
---	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Desprendimiento prematuro de placenta. • otras indicaciones ovulares.
Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos	
<p>- Nivel: Descriptivo.</p> <p>-Tipo de Investigación: Observacional, Transversal y Retrospectivo.</p>	<p>Población: La población del estudio está constituida por todas aquellas gestantes que asistieron al Hospital de Huaycán en el periodo enero a diciembre del 2018 para la finalización de su embarazo por parto cesárea, de las cuales son 610 usuarias registradas en el servicio de Gineco-obstetricia de dicho nosocomio, de un total de 1859 partos tanto vaginal como cesárea. N=610</p> <p>Criterios de Inclusión: Cesáreas realizadas entre enero a diciembre del 2018, con historias clínicas completas e informe operatorio.</p>	<p>Técnica: Análisis documental de la recolección de datos de los registros de intervención quirúrgica y nacimientos del departamento de Gineco-Obstetricia.</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos.</p>	

	<p>Criterios de exclusión:</p> <p>Cesáreas realizadas con historia clínica incompleta y con letra ilegible, la no presencia del informe operatorio pese a la intervención quirúrgica.</p> <p>Muestra:</p> <p>La muestra calculada según la fórmula probabilística aleatorio simple es de 236 usuarias cesareadas en el Hospital de Huaycán del periodo enero – diciembre 2018. Muestreo, aleatorio simple.</p> <p>-Población Objetivo: 236 pacientes.</p> <p>-Muestreo: probabilístico aleatorio simple.</p>	
--	---	--