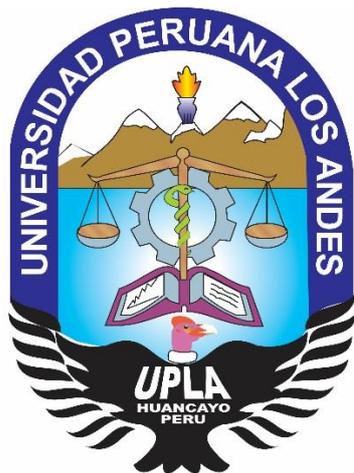


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
ESCUELA DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
HUMANA



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
FACTORES DETERMINANTES EN LA TERMINACIÓN DE
PARTO POR CESÁREA EN PARTURIENTAS DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL
"EL CARMEN" - HUANCAYO 2014 - 2017

PRESENTADO POR:

M.C. CRISTHIAN GUILLERMO ORBEZO INGA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN MEDICINA HUMANA
ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

HUANCAYO - PERÚ
2018

JURADOS EVALUADORES

Dr. Juan Manuel Sánchez Soto
Director

Mc. Esp. Ernesto Molina Loza
Jurado

Mc. Esp. Fabiola Castillo Llica
Jurado

Mg. Esp. Junet Fabian Ames
Jurado

Dr. Jesús Armando Caveró Carrasco
Secretario Académico

ASESOR

DR. RICALDI VICTORIO ORLANDO GEORGE

DEDICATORIA

En reconocimiento al esfuerzo incólume desplegado por todos los médicos en nuestro país, por sumar mejoras diarias a la salud de los ciudadanos más olvidados que merecen una atención oportuna y de calidad que mejore sus condiciones de vida, enorgulleciendo el fin supremo de la medicina velando siempre por la salud y preservando la vida.

AGRADECIMIENTO

A los doctores del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, por su desinteresado apoyo en la realización de este trabajo y a todos los que colaboraron de una u otra forma haciendo posible este logro que busca sumar al conocimiento en nuestra especialidad médica; a todos ellos mis sinceros reconocimientos y gratitud.

ÍNDICE

	Pág
CARÁTULA	i
JURADOS	ii
ASESOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi

CAPÍTULO I

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Objetivos	13
1.1.1 Objetivo general	13
1.1.2 Objetivos específicos	13

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Metodología	43
3.1.1 Método de Investigación	43
3.1.2 Tipo de Investigación	43
3.1.3 Nivel de investigación	43
3.1.4 Diseño de Investigación	43
3.1.5 Población y Muestra	44
3.1.6 Características de la población	45
3.1.7 Tamaño de la muestra. Tipo de muestreo	45
3.1.8 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
3.1.9 Validez y confiabilidad de los instrumentos	47
3.1.10 Procedimientos de recolección de datos	47
3.1.11 Elaboración, tabulación y presentación de datos	48
3.1.12 Análisis estadísticos: descriptiva e inferencial	49
3.1.13 Aspectos éticos, consentimiento informado.	49

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Resultados	50
----------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión	85
---------------	----

CONCLUSIONES	87
--------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
----------------------------	----

ANEXOS	96
--------	----

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de factores determinantes asociados a la terminación de parto por cesárea en las pacientes en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” - Huancayo en el periodo julio del 2014 a julio del 2017.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional, en el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen –de la provincia de Huancayo, durante el periodo julio del 2014 a julio del 2017. Los datos fueron recabados de 370 historias clínicas de pacientes que culminaron el Parto por cesárea en el servicio de Obstetricia, y analizados con el programa SPSS versión 23.

Se obtuvo como resultados que los factores maternos más frecuentes fueron pre eclampsia con 11,9%, seguido de cesárea anterior con 7,8%, los factores fetales más frecuentes fueron sufrimiento fetal agudo con 7,3%, presentación podálica con 5,9%, los factores mixtos más prevalentes fueron falta de descenso de la presentación con 4,6%, desproporción céfalo pélvica/ICP con 2,7%, y otros con menores proporciones en los tres factores con 0.3%.

Se concluyó que los factores maternos, fetales y mixtos más frecuentes según edad cronológica fueron pre eclampsia, sufrimiento fetal agudo y desproporción céfalo pélvica/ICP.

Palabras clave: Factores determinantes, cesárea, parturientas.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the prevalence of determining factors associated with the termination of cesarean delivery in patients at the Regional Maternal and Child Teaching Hospital "El Carmen" - Huancayo in the period July 2014 to July 2017.

A descriptive, retrospective, cross-sectional and observational study was carried out at the Regional Maternal and Child Teaching Hospital - El Carmen, in the province of Huancayo, from July 2014 to July 2017. Data were collected from 370 medical records of patients who completed delivery by caesarean section in the obstetrics service, and analyzed with the SPSS program version 23..

It was obtained as results that the most frequent maternal factors were preeclampsia with 11.9%, followed by previous cesarean section with 7.8%, the most frequent fetal factors were acute fetal suffering with 7.3%, breech presentation with 5.9% , the most prevalent mixed factors were lack of presentation decrease with 4.6%, pelvic cephalopathy disproportion / PCI with 2.7%, and others with lower proportions in the three factors with 0.3%.

It was concluded that the most frequent maternal, fetal and mixed factors according to chronological age were pre-eclampsia, acute fetal distress and cephalic pelvic disproportion / PCI.

Key words: Determining factors, cesarean section, parturients

INTRODUCCIÓN

El término de parto por cesárea es una intervención quirúrgica con la implicancia de ejecución de la incisión a nivel de la pared abdominal, en el sector anterior a nivel del útero y el retiro del interior del producto. El propósito es poder asegurar la subsistencia del nuevo ser frente a una situación complicada producida en el parto por diversos factores, donde pueden estar involucrados los factores maternos, fetales y mixtos. Existen indicaciones precisas para la realización de la cesárea como la detención del parto, el sufrimiento fetal agudo, la estrechez pélvica entre otros y se consideran complicaciones propias en cada caso que pueden poner en peligro la vida de la madre y el feto.

Con el avance de la tecnología en el área médica se han ido creando nuevas técnicas y avances en el área ginecológica, a pesar que cesárea se presenta como una técnica, puede en ocasiones ser adversa por las complicaciones posteriores que se pueden suscitar.

Se llegó a determinar los factores determinantes para la realización de la cesárea a término que tienen relación y acrecientan la probabilidad que ocurra. Esta investigación aporta conocimientos para entender la frecuencia que existe de dichos factores en la ocurrencia de cesárea en el Hospital Regional Materno Infantil “El Carmen”, logrando ampliar de esta manera la información para los profesionales para la atención de las gestantes en las cuales exista mayor cantidad de factores presentes que puedan desencadenar la realización de la cesárea como embarazo a término. Por otro lado, se podrá llevar mejor una secuencia de estadísticas que puedan mejorar la calidad de atención con la elaboración de protocolos que puedan

servir a los médicos tratantes en el área ginecológica y a su vez poder prevenir episodios con mayor anticipación antes de su ocurrencia considerando también la edad cronológica y gestacional para el presente estudio a realizar.

Este trabajo de investigación fue realizado en el Hospital Regional Docente materno Infantil “El Carmen” de Huancayo en los periodos julio del 2014 a julio del 2017, de tal forma se procedió a la recolección de información mediante la selección de las historias clínicas correspondientes a las parturientas en terminación de parto por cesárea, así como el libro de los partos y libro de los registros de operaciones en el servicio Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente materno Infantil “El Carmen.

CAPÍTULO I

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo general

Determinar la frecuencia de factores maternos, fetales y mixtos en la terminación de parto por cesárea en parturientas del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2014-2017

1.1.2 Objetivos específicos

- Indicar la frecuencia de Factores maternos en parturientas del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2014-2017.

- Indicar la frecuencia de Factores fetales en parturientas del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2014-2017.
- Indicar la frecuencia de Factores mixtos en parturientas del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2014-2017.
- Determinar la frecuencia de factores maternos, fetales y mixtos según edad cronológica en la terminación de parto por cesárea en parturientas del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2014-2017
- Indicar la frecuencia de edad cronológica y edad gestacional en parturientas del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2014-2017
- Indicar la frecuencia del estado civil y grado de instrucción en parturientas del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2014-2017

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Nacionales

Castillo (2017), Lima realizó una investigación con el propósito de determinar los factores que se asocian a favorecer el parto vaginal en las gestantes a término con cesárea previa, fue un trabajo de tipo analítico, observacional, longitudinal y retrospectivo, fue realizado en 835 mujeres gestantes con realización de una cesárea previa atendidas en el Hospital Marino Molina Scippa de Essalud, el instrumento recogió los datos demográficos y clínicos los que luego tuvieron análisis bivariado y multivariado. Obtuvo como resultado que el antecedente de un parto por vía vaginal logro incrementar en 5,35(IC95%, 1.15-24.80), con dos partos por vía vaginal fue 5.99 (IC95%, 1.12-32-04), con tres partos por vía vaginal a más un 10,96(95%, 1,69-70,88), llegando a la conclusión

que tres o más partos por vía vaginal como antecedente, es el elemento con más relevancia en el parto por vía vaginal en la cesárea previa (3).

Varas (2017) Trujillo, ejecutó un trabajo con el objetivo de poder determinar los factores asociados con mayor influencia en la cesárea por emergencia, siendo un estudio de tipo analítico, observacional y retrospectivo, realizado en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray en una muestra de 199 gestantes. Obtuvo como resultado del total de la muestra estudiada que 116 gestantes concluyeron en un parto por vía vaginal correspondiente a un 58,3%, 49 gestantes por cesárea electiva correspondiente a un 24,6%, y 34 gestantes concluyeron en cesárea por emergencia representadas por un 17,1%, la indicación con mayor frecuencia fue la cesárea previa como antecedente en el parto con un OR. Concluyó que existe un 17% de posibilidades que el embarazo en el Hospital Víctor Lazarte termine en cesárea (4).

Galvez (2014) Callao, realizó un trabajo de investigación con el propósito de poder determinar la tasa de incidencia de la cesárea realizado en el Hospital San José en el Callao, durante los periodos enero hasta diciembre del 2013, el trabajo fue un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. La población se encontró formada por 762 mujeres con cesárea y con una muestra de 160 mujeres. El instrumento fue una ficha que obtuvo la información de las historias clínicas y el libro de registros y operaciones del área de Gineco –obstetricia. Pudo obtener como resultado mujeres en edades de 20 a 24 años que representaron un 32%, eran nulíparas un total de 52% y nunca habían sido sometidas a una

cirugía pro cesárea un 69%. Se concluyó que existió un 42% de incidencia de realización de cesáreas durante el año 2013, siendo cesáreas por emergencia un 18% y de tipo electivas un 24% y con principales indicaciones de cesárea a la desproporción céfalo pélvica y también la Macrosomía fetal (5).

Patiño (2011) Tumbes, ejecutó un trabajo de investigación con el propósito de determinar la tasa de Incidencia y Factores determinantes de la cesárea en los Hospitales de Tumbes 2011; logro encontrar encontró que la cesárea tuvo una frecuencia de 58,76 % en el Hospital de Essalud, un 49,52 % en el hospital del MINSa, también pudo determinar que a nivel de los hospitales del MINSa hubo una edad promedio de 26,4 años, y otra de 29,4 años en hospitales de Essalud (6).

Manzano (2009) Lima, realizó un trabajo sobre incidencia y factores que se asocian a la cesárea iterativa en grupo de adolescentes en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, siendo un estudio descriptivo, prospectivo, este estudio demostró que en adolescentes multigestas la cesárea iterativa fue de un 45%. Encontrando que había más relación a desproporción cefalopélvica y una menor indicación en la mayor cantidad de hijos con vida y previos abortos (7).

Oshiro (2007) Huaral, ejecutó un trabajo para determinar las indicaciones y factores de morbimortalidad materno perinatal asociada en el Hospital San Juan Bautista, realizado en Huaral, en el período 2003-2004. Encontrando que existe un nivel de tasa en cesárea arriba del 10%.

que propone la OPS. Una de las indicaciones principales era la cesárea previa y concluye que una de las principales complicaciones fue la infección uterina posterior a la realización de la cesárea indicación para cesárea fue la cesárea previa. La principal complicación de la cesárea fue la infección urinaria (8).

2.1.2 Internacionales

Centeno (2016) Managua, ejecutó una investigación con el propósito de caracterizar pacientes con indicación de cesárea que se atendieron en el área de Gineco - obstetricia en el Centro Médico Asunción Minsa, Nicaragua, fue un estudio de tipo descriptivo, transversal y prospectivo, conformado por 161 mujeres que fueron sometidas a cesárea, usando los expedientes médicos del área de archivo que cumplían con criterios de selección del estudio correspondiente. Obtuvo como resultado que un 86,96% de mujeres estaban comprendidas entre 20-35 año de edad, con educación superior en 72,05%, no poseían antecedentes patológicos un 96.89% y poseían embarazo a término un 83,23%, la cesárea anterior fue la más relevante en un 36,65%. Se concluyó que con respecto a características sociodemográficas no indicaban la cesárea en forma absoluta, no existieron elementos obstétricos de importancia que favorecieran que se indicara la cesárea en forma absoluta (9).

Mozo (2014) Madrid, realizó un trabajo de investigación con el propósito de comparar la morbilidad materna y neonatal que se asocia

con el parto por cesárea comparada con el parto por vía vaginal en gestantes que tengan la cesárea previa como antecedente, fue un trabajo de tipo longitudinal, con una muestra de 110 mujeres, el grupo tuvo una división en 2 grupos menores con unas que eligieron el PVDC y otro grupo la cesárea iterativa, para lo que se utilizó como instrumento una ficha con datos de la historia clínica y tres entrevistas respectivas. El estudio se realizó en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Se obtuvo como resultado que hubo mayor cantidad de éxito en las mujeres que tuvieron parto por vía vaginal que en las que se practicaron la cesárea iterativa. Se concluyó que existió éxito en mujeres con PVDC en el 80,88% ($p < 0,005$) y una morbilidad materna de 27,3% ($p > 0,015$) y una morbilidad neonatal de un 24,5% ($p > 0,059$) (10).

Martínez (2013) Guayaquil, realizó una investigación con el objetivo de indicar los factores de riesgo que desencadenan el trabajo de parto pretérmino en adolescentes primigestas, fue un trabajo de tipo no experimental, transversal, retrospectivo, fue realizado en el Hospital Enrique C. Sotomayor en el área de embarazo con algo riesgo, con una población de 390 pacientes embarazadas y adolescentes comprendidas en edades de 14 y 19 años donde 120 pacientes fueron la muestra representativa. Se obtuvo como resultado que existían pacientes comprendidas en edades de 18 a 19 años que representaron un 73%, tenían instrucción secundaria un 93%. Tenían más de seis controles prenatales un 65%, tuvieron unas tres a cuatro compañeros sexuales un 54%, lograron terminar su embarazo dentro las 33 a 34 semanas de

gestación un 62%, y pudieron terminar su embarazo por cesárea un 73%(11).

Ceriani J, et al (2010), realizó una investigación con la finalidad conocer los nacimientos por cesárea a término en embarazos de bajo riesgo y los posibles efectos causados sobre la morbilidad neonatal, lograron determinar que existieron 3642 recién nacidos vivos durante el periodo que se realizó la investigación, fueron incluidos 2258 y fueron retirados 237 por datos no registrados y defectos cometidos en los criterios de inclusión de la muestra. Se analizaron 2021 historias de niños recién nacidos, registrando 1120 nacimientos por la vía vaginal, y unos 901 casos por cesárea. El porcentaje de las cesáreas que fueron incluidos en el estudio fue un 46,3% y analizados en la población un 44,6%. Siendo la diferencia debida a que al realizar la evaluación, los datos que se fueron una mayor cantidad de inconsistencias y datos no registrados en el correspondiente grupo de cesárea (12).

Villaverde Royo (2009) España, realizó una investigación con el objetivo de determinar las variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud; siendo un trabajo descriptivo, prospectivo y transversal, se obtuvo los datos de la población de estudio con un instrumento validado por juicio de expertos en el cual pudo hallar que hubo un 22,6% con respecto al uso de la cesárea, donde el 18,91% en los casos de mujeres de bajo riesgo, un 15,27% para el caso de mujeres de bajo riesgo con cesáreas primarias y un 3,04% para cesáreas primarias en mujeres de riesgo obstétrico y sanas (13).

Campero et al. (2007), México realizaron una investigación, con la finalidad de determinar la prevalencia de nacimientos por cesárea, con una muestra de 992 nacimientos de 847 mujeres que tuvieron participación durante el estudio en las clases prenatales, las que a su vez tenían un registro completo en las variables de interés en este estudio. Se puede evidenciar en los resultados descriptivos que en 992 nacimientos la tasa promedio de (OC) indicada fue de 32.80% por cada 100 nacimientos. La media de edad de las mujeres fue 30.2, con una desviación estándar de 4.2. Por otro lado, se cita al nivel de educación en las mujeres como considerablemente alto en relación con el promedio de escolaridad de la población femenina en México, contando con preparación de nivel universitario en este trabajo con un 83.27% (14).

Casagrandi C et al. (2007) Habana, realizaron una investigación con el objetivo de determinar las tendencias de algunos indicadores manejados que se relacionan con la Cesárea. Encontraron en este trabajo el incremento producido en el índice de cesáreas de 18,3% a 29,2%, durante los años 1996 y 2005. Donde la frecuencia de indicaciones fueron un 13,1% en desproporción cefalopélvica (13,1 %) y un 11,1% de presentación pelviana, por otro lado, en el año 2005 estas refirieron un 15.1% con respecto al sufrimiento fetal agudo (15,1 %) y un 12,1% con referencia a afecciones médicas asociadas (15).

Gonzales y Gonzales (2007) España, ejecutaron una investigación con la finalidad de determinar la prevalencia de cesáreas segmentaria en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti, en un grupo

de adolescentes donde las que tenían edades entre 18 y 19 años presentaron el mayor número de cesáreas con un 42% respectivamente, por otro lado, la mayor frecuencia de indicación en cesárea segmentaria fue la desproporción feto pélvica representada por un 32,4%. La anemia fue la más frecuente complicación que se asoció a la cesárea segmentaria con estadios clínicos diferentes representada por un 43.18% del total de casos que se estudiaron. Un 13,42% de adolescentes manifestó antecedentes de cesárea del grupo de adolescentes que tenían indicación de cesárea segmentaría (16).

Bernal (2006) México, ejecutó un estudio para conocer los factores de riesgo de cesárea en la adolescencia, donde se revisó los expedientes de adolescentes gestantes con síntomas vinculados a alguna anomalía así como complicaciones más frecuentes siendo un estudio, descriptivo , transversal y retrospectivo en un centro de atención prenatal de un centro del primer nivel de atención, en una población donde encontró que para la decisión de cesárea la adolescencia no debería ser considerado como único parámetro para la decisión de realizar una cesárea, por el contrario existen factores individuales de riesgo para y otras indicaciones individualmente en cada pacientes independientemente que sean o no adolescentes (17).

2.2. Bases teóricas o Científicas

Dentro de las intervenciones de urgencia se puede mencionar a la cesárea, considerada dentro de la historia médica como uno de los

procedimientos más antiguos que existen, haciendo referencia a San Agustín en la expresión “Inter faeses et urinas nacimur” (entre excrementos y orinas nacemos), reconocido como el parto divino del cual provenían dioses y que otorgaba futuro promisorio a los mortales alumbrados así. Dentro de la cultura hindú se tiene reportes en el libro sagrado el Rig-Veda, el más milenario de esta cultura donde el Dios Indra tiene la negativa del nacimiento por esa forma, optando por “el escape oblicuo” asumiendo la consecuencia negativa para la madre a través de ese acto. Se puede citar también a las Islas Palau ubicadas en Micronesia donde es parte de su tradición y cultura, de los pobladores del archipiélago de Santa Cruz en Polinesia, en África de los tschambas y nubas, así como también en Brasil de los pobladores bororos en el oriente. En base a esto existe la posibilidad de su práctica en la prehistoria como señala el historiador médico, y ginecólogo alemán Reinhard Hofchlager (1871-1951), que indica que su práctica se dio en la edad de piedra en cadáveres bajo la concepción mágica que tuvo arraigo durante la época del paleolítico, donde la arqueología ha tenido algunos registros aparte de numerosas investigaciones realizadas en África Occidental y Oriental. La referencia de Plinio el Viejo en su Historia Natural, menciona que el nombre de los primeros Césares se debió debido al útero escondido de su madre derivando el nombre de la palabra caesus en referencia a la operación que significa mondado, cortado la manteniéndose durante siglos dicha opinión (18).

Debido a la práctica en cadáveres de la técnica para la cesárea, esta abarcaba un contenido ético extenso, influenciando sobre su ejecución a diferencia de otras técnicas descritas donde tuvo mucha intervención

observaciones de tipo religiosas y legales a través del tiempo, en la cultura China se prohíba la ejecución de este procedimiento en pacientes, se describe la prohibición de nacimientos por esta forma si era una gestación gemelar debido a su afectación a la parte religiosa del parto. Desde que se tiene referencias de la práctica siempre estuvo ligada situaciones jurídicas y de tipo religiosas. La colección de las leyes romanas es la primera referencia que se tiene sobre ella en Europa, en el Digesto se indicaba la prohibición de entierro de una dama fallecida durante el parto donde no se le haya extraído al niño a través del abdomen mediante escisión, se destruye la esperanza de vida del ser que aún no nace quien actúa en contra de esa indicación. El bautismo constituyó rol con injerencia con su práctica en la mujer fallecida de tal forma que se publica en el libro Embryología Sacra, publicado en Milán en 1751, donde se reclama que debieran conocer y dominar la técnica de la operación cesárea, para poder brindar el bautismo al niño en un caso de urgencia debida (19).

La variación de la incidencia se reporta una cifra mayor a un ochenta por ciento en países en vías de desarrollo referido a total de casos en adolescentes. (9) Existe a nivel mundial cifras de un quince por ciento con respecto a la cesárea, presentando un 3.5% de variación en el continente Africano, a nivel de Latinoamérica y el Caribe cerca de un 29.2% respectivamente. Se indican reportes comprendidos entre un veinte y veinticinco por ciento en China, EEUU y el Reino Unido. Para el caso de Latinoamérica variaciones en diversos lugares como Chile con un 40%. En Haití a nivel de un hospital un 1,6% y en la mayor parte de los Hospitales no públicos un 50%. A nivel del continente africano en el oeste y el este hubo una

variación de un 0,3% y un 10,5% en Nigeria, en el año 1970 en la región de Kenia se reportaron índices de cesárea en la mayor parte de las naciones con recursos medianos y altos variando en un 3% a 5% (18,19).

Dentro de la obstetricia la práctica de la cesárea es la intervención quirúrgica que posee mayor frecuencia debido a elementos tales como: existencia de la baja de riesgos, mejores resultados a nivel perinatal que sustentan indicaciones nuevas y pocas posibilidades del profesional en adquisición de habilidades para maniobrar la vía vaginal. (11). A pesar de muchos avances en infraestructura y material necesario como quirúrgico y anestésico, mejor implementación de técnicas anestésicas, mortalidad y morbilidad que se asocia a cesárea, llega a tres más de frecuencia en su utilización comparada con la vía vaginal (12). Se ha incrementado en frecuencia llegando en la actualidad a representar lo que en comienzo como solución es ahora una problemática debido a su uso desmedido que ha sido conducido (13).

El bebé es extraído mediante la realización de una incisión en el abdomen de la madre lo que se conoce como cesárea, si el neonato aún no fuera viable se conoce con el nombre de histerectomía. Si el feto aun no es viable, el mismo procedimiento es denominado histerotomía. Puede haber varias clasificaciones la conocida como segmentaria inferior (al nivel del segmento uterino inferior), la clásica (incisión a nivel cuerpo del útero), la extra peritoneal (donde la entrada al útero no compromete el peritoneo) y por último la cesárea histerectomía (cesárea que se encuentra seguida de la histerectomía). Aparte de estos se pueden utilizar demás términos electivos, de urgencia, otros

verticales y transversales. Siempre que ocurran situaciones no esperadas durante el parto se recurrirá a la cesárea, entre estos se pueden citar:

- Posibles complicaciones con la salud de la madre
- La posición en la que se encuentra el bebé
- Insuficiente espacio para el desplazamiento del bebé por el canal vaginal
- Existencia de signos de sufrimiento en el bebé (20).

A pesar que puede ser segura la intervención tanto para el niño como la madre, involucra riesgos existentes por tratarse de una cirugía mayor. Tendrá que existir una prolongación en el tiempo de recuperación para el paciente comparado con el parto vaginal, se podrá visualizar una región debilitada al término de la cicatrización a nivel de la pared del útero. Podría conllevar posibles complicaciones a futuro si se desea probar partos vaginales en un tiempo próximo. Pero a pesar de esa consideración se reporta que más de un 50 % de mujeres que han experimentado una cesárea pueden tener luego un parto vaginal normal (21).

Con referencia a las tasas de nivel de cesárea a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pronuncia manifestando que debiera ser un 10% a 15% y considerando que existe en los países desarrollados una frecuencia cada vez más marcada, así como en otros que no pertenecen a esa clasificación (3). En los años 2004 y 2005 se ejecutó a cargo de la OMS, una cuentas Global en Salud Materna y Perinatal (WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health), la cual contó con la participación de 24 regiones pertenecientes a 8 países de América Latina, se involucró ciento veinte establecimientos de salud en forma aleatoria donde se registraron a todas las mujeres embarazadas para

ser atendidas donde se obtuvo una tasa de 33% de partos por cesárea , también hubieron hospitales privados donde se obtuvo una tasa mayor correspondiente a 51% (22).

a. Clasificación de cesárea

En función al historial obstétrico que existe en las pacientes puede mencionarse los siguientes:

Cesárea Primaria: cuando se da como inicio por vez primera en la paciente.

Cesárea Iterativa: En aquellos casos donde existe referencia de uno más casos de cesáreas sucedidos en las pacientes. Donde la programación debiera producirse en las 39 semanas de embarazo para la realización del procedimiento. Siendo un periodo que brinda evitar algunos riesgos sobre la inmadurez de los pulmones en el feto, disminuyendo en el trabajo de parto las complicaciones de la inmadurez de los pulmones del feto de las embarazadas. El profesional médico tiene la responsabilidad y obligación de brindar la información necesaria a la paciente sobre los beneficios, complicaciones, riesgos, y opciones con respecto a el parto vaginal luego de la cesárea previa. Es el médico el que informa y la decisión final de la paciente, pero considerando que si el médico no estuviera conforme con la decisión puede hacer la derivación correspondiente a otro profesional (22,23)

En función a las indicaciones:

Cesárea Urgente: cuya praxis se indica para la resolución o prevención de alguna complicación en la madre o el feto durante la etapa de crisis.

Cesárea electiva: la que posee la programación para que se ejecución se realice por indicación médica en una fecha acordada y se realice previa al inicio de trabajo de parto.

En función al tipo de incisión:

Corporal o clásica: A nivel del cuerpo uterino con una incisión de tipo vertical. Teniendo como indicaciones más recurrentes: el embarazo pre término, el cáncer cérvico-uterino, histerorrafia corporal previa, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando luego de una cesárea se ejecutará una histerectomía. Tiene como alguna desventaja el cierre y apertura más dificultosos, se produce más hemorragia, más casos de adherencia, menor resistencia de hipertrofia que puede volverse menos dehiscente en un embarazo nuevo (24).

El Segmento corporal: (Beck), donde la incisión se realiza a nivel del sector y parte del cuerpo uterino, siendo una incisión de tipo vertical. Se indica principalmente en: el embarazo gemelar, pretérmino, la presentación pélvica, situación transversa con dorso inferior, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafia corporales previas. No habiendo diferencias en desventajas comparada con la técnica descrita anterior.

Segmento arciforme o transversal: (Kerr), debido a sus diversas ventajas es una de las más empleadas, va utilizar una incisión de tipo transversal a nivel del segmento inferior con lo cual puede lograr obtener menor cantidad de hemorragia, permitiendo así una apertura más fácil con el consecuente cierre de la pared uterina, también la formación de una cicatriz uterina que tiene poca dehiscencia y muy resistente, evitando la ruptura de esta en los posteriores embarazos y logrando mínimas adherencias postoperatorias (25).

Principales indicaciones

Pueden existir indicaciones agrupadas de manera variada como fetales, maternas, y las mixtas, dependiendo en la intervención de quien sea beneficiario; electivas cuando no se intenta el intraparto, urgentes programables, absolutas, urgentes. Hay aceptación que no existan planteamientos de problemas en indicaciones absolutas de las cesáreas debido a la existencia de evidencia frente a la necesidad; en otras cuando es más discutible la justificación, nos llegan a brindar la mayor parte de incidencia alta a nivel de las cesáreas, según la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) con su comisión de Bioética (26).

Indicaciones Maternas

- **Enfermedad hipertensiva del embarazo:** Cuando se presenta la pre eclampsia de tipo leve con el embarazo a término se formula la indicación de cesárea, al no haber una respuesta a la inducción de parto y/o hay signos de deterioro materno o fetal. En la pre eclampsia severa, se debe

terminar la gestación debido a riesgo materno y fetal, cuando no están las condiciones presentes por la vía vaginal se optará por la vía abdominal, sobre todo si existen los signos de eclampsia con evolución del Síndrome Hellp o también si existe niños de muy bajo peso o la restricción de crecimiento fetal.

- **Complicaciones médicas asociadas:** en la mayor parte de patologías relacionadas a la gestación se opta por el camino del parto en relación al tipo de complicación o dificultad obstétrica. En el herpes genital activo o reciente, a excepción del caso de SIDA y las membranas rotas, hay una intervención mandataria, como en el caso de diabetes mellitus complicada, lupus eritematoso, o activo, la madre con sensibilización Rh entre otros.
- **Cáncer de cuello uterino:** Luego de demostrada la madurez fetal se debe realizar la cesárea una vez se halla diagnosticado cáncer invasivo a nivel del cuello uterino pasada las 22 a 26 semanas

Puede emplearse como vía de parto, la vía vaginal cuando exista cáncer in situ o micro invasor a nivel de cérvix diagnosticado histopatológicamente, limitando de esta forma la cesárea a una indicación obstétrica (26).

- **Incisión uterina previa:** En los casos de cesárea previa, la cicatriz formada por incisión a nivel de la pared uterina predispone a una anterior o posterior rotura en el trabajo de parto debido a ellos se constituye como indicación casi absoluta el parto abdominal. Pero incluso durante el

embarazo y también durante el parto la cicatriz formada en la cesárea segmentaria transversa puede tolerar ambas situaciones sin llegar a romperse. Pero se considera en el neonato el riesgo de morbilidad o mortalidad, en casos que sea menor de 2 años el intervalo internatal lo que va estar en función con el nivel de calidad de la cicatriz formada (26).

Indicaciones Fetales:

- **Sufrimiento fetal:** La muerte fetal del neonato puede estar producida por acidosis o hipoxemia producida durante el trabajo de parto, como también alguna lesión neurológica a nivel posterior y morbilidad neonatal respiratoria. Una indicación del término inmediato de la gestación es el sufrimiento agudo del feto, lo que va suponer la opción de la cesárea para el parto donde no exista las condiciones necesarias para la que se realice el parto por la vía vaginal, donde se completó la dilatación o se pretende que ocurra un expulsivo prolongado. Se necesita que el Gineco-obstetra emita su opinión, que hará una previa evaluación usando el partograma acompañado de curvas de alerta y poder emitir una decisión final sobre todo en casos como oligohidramnios, pre eclampsia o el de parto prolongado y diabetes (27).
- **Mala presentación fetal:** Constituyen indicación de cesárea situaciones transversa de parto o donde se presenta la cara mentoposterior o de frente. Otras como la cefálica deflexionada, dificultoso progreso del parto donde hay comportamiento de desproporción feto pélvica relativa. Constituye también la indicación de cesárea en parto pretérmino cuando existe

presentación podálica, sobre todo si hay presencia de bajo peso fetal donde hay riesgo de atrapar la cabeza cuando no hay suficiente dilatación del cuello uterino, en otros por riesgo de prolapso de cordón como en la presentación podálica incompleta.

- **Prematuridad:** Se indica la posibilidad del riesgo de sufrir traumatismo obstétrico si el nacimiento es por la vía vaginal considerando sobre todo la posición podálica en el feto prematuro en base a las consideraciones obstétricas. Por tanto, cuando exista peso inferior o igual a mil quinientos gramos de la indicación de cesárea (27).

Anormalidades del Parto:

- **Desproporción cefalopélvica:** es muy común como indicación de cesárea, se puede salvar la desproporción relativa en el trabajo de parto a no ser que sea mucha la deformidad pélvica. También podría ser insuficiente en un niño macrosómico que tenga la cabeza deflexionada en una pelvis relativamente normal. Se presenta en forma probable un estrecho superior contraído en el caso de presentación flotante cuando se inicia en las primigestas el referido trabajo de parto, y en situaciones de un estrecho inferior frecuentemente existe la confirmación en el segundo periodo del parto.
- **Distocia:** También conocido como un parto anormal donde luego de la evaluación de la gestante en base a sus características no se puede presuponer que sea seguro el parto por vía vaginal, siendo una causa la

desproporción cefalopélvica. Otra causa asociada se puede mencionar a la inercia o disfunción uterina la cual puede mejorarse con la utilización de oxitócicos, para poder evidenciar las diferencias el criterio del especialista es indispensable. Constituye la distocia la primera causa para indicación de realizar cesárea repetida, para ello el uso del partograma se constituye en un instrumento de valioso aporte para el diagnóstico de disfunción uterina o inercia (27).

- **Inducción fallida del trabajo de parto:** puede existir una falta de respuesta cuando el parto inducido ya se inició, no hay progreso lo que requerirá una terminación por cesárea de la gestación.
- **Forceps o vacuum extractor fallidos:** Cuando se indica la utilización del fórceps o vacuum se tiene que cumplir con algunas indicaciones para el uso instrumentado del parto. Se entiende en base a la experiencia en instituciones que con mediante una evaluación rigurosa no ocurren, luego que se equivoca en la aplicación no debe repetirse el procedimiento. Debido a demasiada confianza o falta de pericia por parte del instrumentador los casos de morbilidad y mortalidad son altas.

Indicaciones Placentarias:

- **Hemorragia del tercer trimestre:** Cuando existe embarazo a término con obstrucción completa o parcial a nivel de canal de la cérvix o presencia de hemorragia en algún tiempo del embarazo, o en el tercer trimestre por placenta previa la indicación de cesárea está presente.

En los desprendimientos de la placenta moderada prematuramente o severa la cesárea debe realizarse de manera inmediata; si fue un desprendimiento leve se ejecutará la cesárea siempre que el niño tenga vida y posea señales de sufrimiento fetal, cuando la hemorragia va aumentando o se estima mayor duración del parto a las 2 horas (27).

- **Rotura prematura de membranas:** Existe asociación de la corioamnionitis con las roturas de las membranas corioamnióticas antes que se produzca la iniciación del trabajo de parto, así como con la mortalidad perinatal y materna. Se opta por el término de la gestación usando la vía alta con uso de antibioprofilaxis como profilaxis frente a situaciones de prematura rotura de las membranas cuando no existen condiciones para efectuar el parto por vía vaginal pasadas las 24 horas luego de producida la RPM, también cuando fracasa la inducción o frente a la presencia de una corioamnionitis, antibioprofilaxis de amplio espectro, o sufrimiento fetal donde no hay trabajo de parto.

Indicaciones Relativas:

- Distocia en el trabajo de parto sin respuesta a tratamiento.
- Presencias anómalas.
- Anomalías del futuro neonato.
- Embarazo múltiple (tres o más fetos).
- Asimetría a nivel pélvico
- Presencia de retardo mental, trastorno de conciencia y psicosis
- Pre eclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp

- Insuficiencia cardio-respiratoria.
- Enfermedad a nivel oftálmico (miopía mayor a 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina).
- Presencia de Papiloma humano (28).

Consideraciones no clínicas:

Se presentan diversidad de etiologías no clínicas que pertenecen también al grupo de indicaciones para realización de cesárea que deberían de ser revisadas con minuciosidad:

- Edad materna: la literatura es permanente en señalar que existe un incremento en el número de cesáreas proporcionalmente al incremento de la edad de la madre.
- Volumen asistencial: La cantidad de partos atendidos en un establecimiento de salud puede ser justificado en diferencia de tasas posiblemente por la infraestructura con la que cuentan.
- Características de los profesionales: La actualización y capacitación constante de los médicos responsables puede influir de manera muy evidente la opción quirúrgica a realizar.
- Cesárea a Demanda: se vuelve cada vez más común que se la misma paciente quien solicita la realización de una cesárea la cual se debe a la creencia bastante aceptada que representa una práctica quirúrgica que puede brindar seguridad tanto a la propia madre como al niño al igual que el parto por la vía vaginal. Al ejecutar a demanda la praxis

de una cesárea, los riesgos son asumidos por la propia paciente teóricamente, pero al no ejecutarse la responsabilidad esta se atribuye al médico tratante.

Complicaciones

A pesar de la seguridad referida por los antecedentes con respecto a la práctica de la cesárea, no se encuentra libre de algunas posibles complicaciones, que podrías ser impuestas incluso por la misma indicación para poder ser ejecutado el procedimiento, que son las ocasiones de urgencia extrema, u otros que van derivarse de la técnica propiamente en sí. Con respecto a la madre y al feto no puede dejarse de lado la morbilidad que puede desprenderse de la práctica, sin dejar de hacer referencia el incremento del riesgo de la mortalidad materna de 2,8 a 6 veces más. Comparado con el parto vaginal existe mayor frecuencia de infecciones que pueden forzar el uso de agresivas terapias como la histerectomía. En el caso de las transfusiones existe un uno a seis por ciento de requerimiento con las complicaciones propias que pueden devenir. El daño de algunos órganos aledaños es posible, algunas situaciones como un cuadro de íleo paralítico también que en el parto por vía vaginal son muy escasos. El uso de anestesia es otro factor que debe tomarse en consideración con sus complicaciones probables surgidas de su utilización. Hay mayores molestias en el postoperatorio con tiempo más prolongados y elevado riesgo de tener que dejar de lado la lactancia materna. El presupuesto económico es mayor a comparación del parto

por vía vaginal con un aproximado dos veces su costo y sin complicaciones posteriores (4).

Complicaciones intraoperatorias

Las complicaciones son relevantes en el 1 a 2% del total de casos de los que llegan a suceder.

- **Complicaciones infecciosas:** en la cesárea las infecciones representan la principal etiología de morbilidad asociada a esta, siendo la cesárea uno de los más relevantes elementos que constituyen riesgo en la infección de la madre posparto. Comparada con el parto vaginal la cesárea se constituye en un riesgo de cinco a veinte veces mayor de infección. Luego de la cesárea estas complicaciones de tipo infecciosa influyen: endometriosis, fiebre, infección de la herida y a nivel del tracto urinario, infecciones severas (el shock séptico, absceso pélvico).

Factores relacionados en los que se puede mencionar tiempo de parto, nivel socioeconómico, la monitorización a nivel interno, la anemia, diabetes, número de exploraciones a nivel vaginal, pérdida hemática, obesidad, experiencia y praxis del cirujano van a tener repercusión en la frecuencia de estas complicaciones.

- **Endometritis:** Con respecto a su nivel de incidencia se reporta un 20 a 40%, siendo en la cesárea la complicación más frecuente. La disminución se ha dado en 5% con la utilización de antibióticos como profilácticos. A nivel del tracto genital inferior existen presencia de bacterias lo que condiciona una infección de tipo poli microbiana,

donde a las 24 a 48 horas después de la intervención se presentan manifestaciones clínicas.

- Tromboflebitis pélvica séptica: Luego de transcurrida la cesárea puede elevar su incidencia hasta unas diez veces de lo normal. Puede haber mayor frecuencia a nivel de pacientes que poseen cuadros de anemia, quiebre prematuro de membranas, prolapso de cordón, y suele ser menos prevalente en las cesáreas de tipo electivas. Es aconsejable la preparación quirúrgica de forma programada y correcta a nivel de piel con la elección y desarrollo de la técnica quirúrgica con cuidado y precaución.
- Infecciones del tracto urinario: su incidencia puede tener variación entre el 2 y el 16% en relación directa con el sondaje vertical y su duración (29).
- **Enfermedad tromboembólica:** no es muy frecuente durante el periodo del embarazo, siendo una causa principal de mortalidad materna en los países desarrollados, su riesgo de ocurrencia supera en tres a cinco veces luego de la cesárea que en el caso del parto por la vía vaginal.

Se cataloga como emergente cuando se realiza la cesárea, con el incremento probable de ocurrencia de una embolia pulmonar letal en más de diez veces comparado con el parto vaginal. Pero a su vez puede existir la atenuación de trombosis con la utilización de la heparina de forma profiláctica, más aún cuando la historia familiar, personal y la

predisposición genética constituye un riesgo. No se encuentra con justificación la administración de heparina de manera sistemática y profiláctica debido a incremento de la morbilidad condicionada, pero tiene un uso razonable en los casos anteriores (29).

Medidas generales y post-operatorio:

La reducción de riesgo para desarrollo de infección grave en el post-operatorio se da con la antibióticoterapia administrada profilácticamente a la madre.

Posteriormente se emplean los analgésicos, debe alimentarse a los pacientes de forma precoz principalmente con líquidos en primera instancia y posteriormente con sólidos, con ello habrá disminución de tener que administrar líquidos de manera parenteral. Durante las primeras 24 a 48 horas de la intervención se realiza la deambulación por indicación, debiendo retirarse el material no reabsorbible de las suturas cutáneas en el día siete dependiendo del tipo.

Expectativas después de la cirugía

Existe una expectativa de recuperación promedio buena en la mayoría de casos tanto para la madre como para los niños y sin mayores problemas.

Pueden las mujeres que han experimentado una atención por cesárea luego de ella en partos posteriores tener un parto normal por la

vía vaginal considerando siempre que tipo de cesárea y el motivo por el cual se ejecutó.

Existe un considerable número de mujeres que pueden someterse con éxito a un parto normal por la vía vaginal posterior a la cesárea según varios reportes médicos, pero aun así surgen riesgo como el caso de la ruptura uterina que se relaciona con esos intentos, pudiendo poner en riesgo la vida de la madre y el niño, frente a esta situación el procedimiento debe ser discutido entre el profesional y la paciente para un acuerdo mutuo sobre los riesgo y beneficios para poder tomar una decisión final (30).

Medicina basada en evidencias

En la actualidad el procedimiento de la cesárea posee ciertas controversias cuando se efectúan comparaciones, en el cierre de la herida a nivel del útero en una o dos capas, tanto las ventajas como las desventajas no se ponen de manifiesto a excepción por el registro del tiempo quirúrgico que es menor cuando se realiza la sutura de un determinado plano, siendo una información aun no evidenciable para poder hacer la propuesta de una técnica nueva. Cuando se inserta en el procedimiento de la cesárea un dispositivo intrauterino, este resulta ser efectivo y seguro, pero con una ligera mayor posibilidad de expulsión, siendo manual o de forma instrumentada no hay mayor diferencia, es ahí cuando se desarrolla por la base de los datos Cochrane un determinado protocolo, el cual hace la comparación comparando

diversas técnicas de cesárea con la que se podrían mejorar algunas dudas sobre él (31).

b. Marco Conceptual

- **CESÁREA:** Intervención quirúrgica realizada para producir el alumbramiento transabdominal del niño caracterizada por la realización de la incisión a nivel abdominal.
- **CESÁREA ELECTIVA:** aquella que durante la atención prenatal tiene su programación.
- **CESÁREA DE EMERGENCIA:** realizada ante la ocurrencia de alguna complicación de forma imprevista durante la gestación, de manera rápida, pero considerando los requerimientos de sala de operaciones para su ingreso
- **CESÁREA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO:** ejecutada cuando se da inicio a el trabajo de parto, donde la dilatación que se alcanza es con bolsa rota, considerando no menos de 2 horas adecuadas de contracción uterina.
- **INDICACIÓN DE CESÁREA:** cuando no hay posibilidad de realizar el parto por la vía vaginal o en el caso que exista algo riesgo de complicación de salud de la madre o del futuro niño. La placenta previa total, es parte de indicaciones absolutas, pero pueden ser relativas las indicaciones por ellos se recurre a una juiciosa evaluación con anterioridad.

- **HISTERORRAFIA:** es la sutura quirúrgica realizada en el caso de incisiones o laceraciones a nivel uterino.
- **MIOMATOSIS UTERINA:** son tumoraciones de tipo benigna originadas a nivel muscular que poseen contenido de tejido fibroso sensibles a los estrógenos involucrados en su crecimiento.
- **HIPOXEMIA:** deficiencia de oxígeno a nivel de la sangre.
- **HIPOXIA:** cuando no se realiza el cubrimiento de la necesidad metabólica a nivel celular por el oxígeno (32,33).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 METODOLOGÍA

3.1.1 Método de Investigación

Se utilizó el método Analítico – comparativo

3.1.2 Tipo de Investigación

Descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional

3.1.3 Nivel de investigación

Pertenece al nivel Descriptivo

3.1.4 Diseño de Investigación

No experimental, transversal

3.1.5 Población y Muestra

a. Población

Conformado por el total de mujeres en estado de gestación que acudieron por atención de parto a el Hospital Regional Docente Materno Infantil - El Carmen –de la provincia de Huancayo donde se les realizo una cesárea para poder dar finalización a su periodo de embarazo, correspondiente a 21615 parturientas comprendidas en el periodo julio del 2014 a julio del 2017.

b. Muestra

Corresponde a un Muestreo probabilístico por conglomerado

c. Tamaño de Muestra, tipo de muestreo

En función al tamaño de la población se optará por realizar un muestreo con la fórmula correspondiente:

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

Donde:

n: Tamaño de la muestra

Z: Nivel de fiabilidad al 95% (1.96)

p: Margen de error (5%) Valor estándar 0.05

q: 1-p en este caso (1-0.05=0.95)

d: precisión (deseamos un 3%=0.03)

3.1.6 Características de la población

Criterios de inclusión

Parturientas a terminación de parto mayor a 25 semanas

Parturientas a pre término de 28 a 37 semanas

Parturientas atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil

El Carmen

Criterios de exclusión

Parturientas que cuenten con historias clínicas o registro con información no completa

Parturientas con patologías crónicas o indicación de cesárea de otra especialidad

3.1.7 Tamaño de la muestra. Tipo de muestreo

El tamaño de la muestra corresponde a 370 parturientas tomando como población 21615 parturientas correspondientes al periodo julio del 2014 a julio del 2017. Para ello se utilizó el tamaño del cálculo muestral en Excel del grupo Fistera sobre estimación de proporciones.

Se usó como técnica el muestreo Aleatorio simple sin reemplazo empleando tablas de números aleatorios que serán brindados por el software estadístico SPSS.

ESTIMAR UNA PROPORCIÓN

Total de la población (N) (Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)	21615
Nivel de confianza o seguridad (1-α)	95%
Precisión (d)	3%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir) (Si no tenemos dicha información $p=0.5$ que maximiza el tamaño muestral)	5%

TAMAÑO MUESTRAL (n)	201
----------------------------	-----

EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS

Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	236

3.1.8 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las Historias Clínicas fueron sometidas a un análisis respectivo junto con libros de registros de Partos y el de Cesáreas correspondiente a la sala de Operaciones.

La técnica empleada fue la técnica observacional

Instrumentos de recolección de datos:

El instrumento utilizado para la recolección de datos se elaboró en base a el Libro de Cesáreas de Sala de Operaciones, posteriormente validado por juicio de expertos, donde se consideró: factores maternos con 35 ítems, factores fetales-ovulares con 22 ítems y factores mixtos

con 8 ítems, asimismo se consideró tres estados civiles, 9 grados de instrucción, junto a la edad gestacional y edad cronológica.

3.1.9 Validez y confiabilidad de los instrumentos

La ficha utilizada para el recojo de los datos paso por un proceso de validación y de confiabilidad, para ello se realizó previamente una validación por juicio de expertos que contó con la revisión de tres especialistas Gineco-obstetras tomando en cuenta considerandos como: claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia intencionalidad, consistencia coherencia, metodología y pertinencia, aprobados con el puntaje adecuado entre: 0.7 – 1,00, posteriormente se realizó un piloto con el 10% del total de la muestra, con lo que se pudo afinar y mejorar el instrumento en los ítems correspondientes, posteriormente lo que permitió lograr conclusiones válidas y confiables.

3.1.10 Procedimientos de recolección de datos

En la investigación no existió riesgo en mención a la información recabada, pero se trabajó con solicitudes formales de permiso para poder ejecutar el trabajo en las áreas comprometidas para este trabajo.

Luego de recolectar los datos de la población de estudio con el instrumento elegido se procedió a hacer la tabulación de los datos con el uso de la matriz del programa informático Microsoft Office Excel 2016, para Windows; en ella se ejecutó el análisis para poder hacer posteriormente la tabulación y elaboración de las respectivas tablas que

permitirá medir la tasa de incidencia e indicaciones principales de cesárea, las características clínicas y los antecedentes Gineco-obstétricos que existen en las pacientes cesareadas en la población elegida para la presente investigación.

Tanto el valor como la relevancia que debieran poseer el instrumento seleccionado para poder ejecutar la investigación y la confiabilidad sobre los datos que se tomen, debe contarse con un instrumento debidamente validado que en este caso obedece a validación por juicio de expertos, se tomarán datos de las historias clínicas con documentos legales, libros de partos y un formato de los datos que se filtró utilizando el análisis de fiabilidad del programa SPSS.

3.1.11 Elaboración, tabulación y presentación de datos

Luego de recoger los datos en la población de estudio con el instrumento elegido se procedió a realizar la tabulación de los datos con el uso de la matriz del programa informático Microsoft Office Excel 2016, para Windows; se procedió a la asignación de los datos en una hoja matriz sobre la cual se seleccionó los datos que habían sido recogidos con el instrumento señalado, para posteriormente ser tabulados en el programa Excel correspondiente a 370 fichas de las parturientas, asignándoles códigos(0, 1, 2, 3, 4, 5) para cada una de las variables asignadas, en ella se ejecutará el análisis para poder hacer la posteriormente la tabulación y elaboración de las respectivas tablas que permitirá medir la tasa de incidencia e indicaciones principales de

cesárea, las características clínicas y los antecedentes Gineco-obstétricos que existen en las pacientes cesareadas en la población para posteriormente, ser trabajadas en el programa SPSS con el cruce de variables, ejecutando a través de gráficos simples e interpretando y/o resumiendo la información en uno, o más de un número donde el conjunto pueda ser caracterizado con fidelidad. Se utilizó tablas y barras para la presentación de los resultados.

3.1.12 Análisis estadísticos: descriptiva e inferencial

Con el uso de la metodología de Análisis exploratorio y estadística descriptiva se pudo entender de mejor manera la estructura y composición de los datos recabados, para encontrar un patrón a nivel de la manera como se comportan en forma general, así como apartamientos determinados del mismo. Para ello se usó el programa estadístico SPSS y se empleó la distribución de frecuencias y porcentajes.

3.1.13 Aspectos éticos, consentimiento informado.

Se tomaron en consideración ciertos aspectos éticos:

Confidencialidad: Los nombres de las personas participantes en esta investigación como población no fueron divulgados por consideración ética y legal.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Resultados

TABLA N° 1

Distribución de frecuencias de factores maternos

Factores maternos					
	FRECUE CIA	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	161	43,51	43,51	43,51	
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	1	,3	,3	56,8	
ADOLESCENTE	1	,3	,3	57,0	
ADOLESCENTE/CONDI LOMATOSIS	1	,3	,3	57,3	
ADOLESCENTE/PREEC LAMPسيا	1	,3	,3	57,6	
ALTO RIESGO REPRODUCTIVO(ARR) /EDAD MATERNA AVANZADA	1	,3	,3	57,8	
ANTEC DE CIRUGÍA CARDIACA	1	,3	,3	58,1	

ANTEC DE CIRUGÍA OFTÁLMICA	1	,3	,3	58,4
CARDIOPATÍAS	3	,8	,8	59,2
CESÁREA	2	,5	,5	59,7
CESÁREA ANTERIOR	32	8,6	8,6	67,6
CESÁREA ANTERIOR/ALTO RIESGO REPRODUCTIVO(ARR)	1	,3	,3	67,8
CESÁREA ANTERIOR/CARDIOPA TIAS	1	,3	,3	68,1
CESÁREA ANTERIOR/HIPERTONI A UTERINA	1	,3	,3	68,4
CESÁREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENESICO CORTO	7	1,9	1,9	70,3
CESÁREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENESICO CORTO/ALTO RIESGO REPRODUCTIVO (ARR)	1	,3	,3	70,5
CESÁREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENESICO CORTO/TALLA BAJA	1	,3	,3	70,8
CESÁREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENESICO LARGO	3	,8	,8	71,6
CESÁREA ANTERIOR/PREECLA MPSIA	3	,8	,8	72,4
CESÁREA ANTERIOR/SINDROME HELLP	1	,3	,3	72,7
CESÁREA ANTERIOR/TRASTORN O HIPERTENSIVO DEL EMB.	2	,5	,5	73,2
CESÁREA/PRECLAMP SIA	2	,6	,6	73,8
CONDILOMATOSIS	5	1,4	1,4	76,2

DESproporción CEfalopelVica	1	,3	,3	76,5
DISTOCIA Funicular	1	,3	,3	76,8
ECLAMPSIA	1	,3	,3	77,0
EDAD MATERNA AVANZADA	1	,3	,3	77,3
ESTRECHEZ PELVICA	6	1,6	1,6	79,5
ESTRECHEZ PELVICA/CESARIA ANTERIOR	14	3,9	3,9	82,7
INMINENCIA DE ROTURA UTERINA	1	,3	,3	83,0
MACROSOMIA FETAL	1	,3	,3	83,2
MALFORMACIONES CEREBRALES	1	,3	,3	83,5
PELVIS ASIMÉTRICA DEFORMADA/CESARE A ANTERIOR	3	,8	,8	84,3
PERIODO INTERGENESICO LARGO/HERPES GENITAL	1	,3	,3	84,6
PRECLAMPSIA	1	,3	,3	84,9
PRECLAMPSIA/HIPER TENSION ARTERIAL	1	,3	,3	85,1
PREECLAMPSIA	43	11,6	11,6	96,8
PREECLAMPSIA/DESP ROPORCION CEFALOPELVICA/ICP	1	,3	,3	97,0
PREECLAMPSIA/SIND ROME HELLP	1	,3	,3	97,3
PVVS	3	,8	,8	98,1
SINDROME HELLP	2	,5	,5	98,6
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/DISTOCIA Funicular	1	,3	,3	98,9
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/OLIGOHIDRA MNIO SEVERO/DISTOCIA Funicular	1	,3	,3	99,2
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RPM PROLONGADO	1	,3	,3	99,5
TALLA BAJA	2	,5	,5	100,0
Total	161	43,51	43,51	

En el gráfico N° 01 de la muestra de 370 parturientas con terminación de parto por cesárea en el Hospital Regional docente materno infantil “El Carmen”- Huancayo en el periodo julio del 2014 a julio del 2017, se evidencia que entre los factores maternos presentes la pre eclampsia fue el factor materno más frecuente, seguido de cesárea anterior, y estrechez pélvica/cesárea anterior con, cesárea anterior/periodo intergenesico corto, estrechez pélvica. Le siguen condilomatosis, cardiopatías, cesárea anterior/periodo intergenesico largo, cesárea anterior/preeclamsia, cesárea anterior, pelvis asimétrica deformada/cesárea anterior entre otras respectivamente.

TABLA N° 2

Distribución de frecuencias de factores fetales

Factores fetales

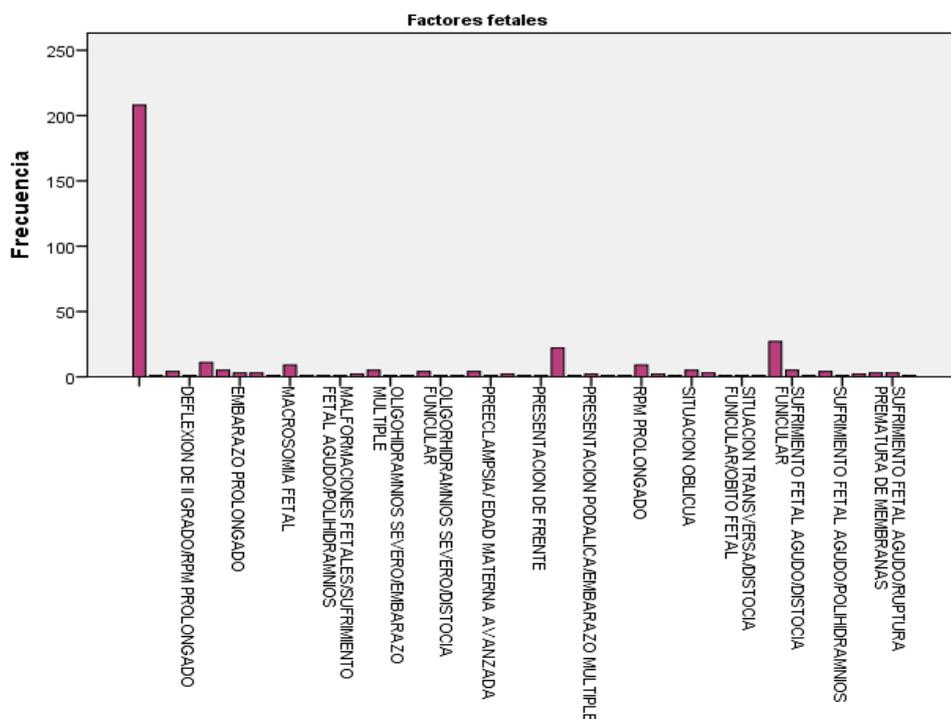
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	162	43,78	43,78	43,78
DEFLECCION DEL TERCER GRADO	1	,3	,3	56,5
DEFLEXION DE II GRADO	4	1,1	1,1	57,6
DEFLEXION DE II GRADO/RPM PROLONGADO	1	,3	,3	57,8
DISTOCIA FUNICULAR	11	3,0	3,0	60,8
EMBARAZO MULTIPLE	5	1,4	1,4	62,2
EMBARAZO PROLONGADO	3	,8	,8	63,0
FETO GRANDE	3	,8	,8	63,8
FETO GRANDE/DISTOCIA FUNICULAR	1	,3	,3	64,1
MACROSOMIA FETAL	9	2,4	2,4	66,5
MACROSOMIA FETAL/PLACENTA PREVIA	1	,3	,3	66,8
MACROSOMIA FETAL/SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	1	,3	,3	67,0

MALFORMACIONES FETALES/SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/POLIHIDRAMNIOS	1	,3	,3	67,3
OLIGOHDRAMNIOS SEVERO	7	1,7	1,9	69,2
OLIGOHDRAMNIOS SEVERO/EMBARAZO MULTIPLE	1	,3	,3	69,5
OLIGOHDRAMNIOS SEVERO/PRESENTACION PODALICA/DISTOCIA FUNICULAR	1	,3	,3	69,7
OLIGOHDRAMNIOS SEVERO/RPM PROLONGADO	4	1,1	1,1	70,8
OLIGORHIDRAMNIOS SEVERO/DISTOCIA FUNICULAR	1	,3	,3	71,1
OLIGORHIDRAMNIOS SEVERO/SITUACION OBLICUA	1	,3	,3	71,4
PLACENTA PREVIA	4	1,1	1,1	72,4
PREECLAMPSIA/ EDAD MATERNA AVANZADA	1	,3	,3	72,7
PREMATURIDAD	2	,5	,5	73,2
PRESENCIA PODALICA	1	,3	,3	73,5
PRESENTACION DE FRENTE	1	,3	,3	73,8
PRESENTACION PODALICA	22	5,9	5,9	79,7
PRESENTACION PODALICA/DISTOCIA FUNICULAR	1	,3	,3	80,0
PRESENTACION PODALICA/EMBARAZO MULTIPLE	2	,5	,5	80,5
PRESENTACION PODALICA/RPM PROLONGADO	1	,3	,3	80,8
PRESENTACION PODALICA/RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	1	,3	,3	81,1
RPM PROLONGADO	9	2,4	2,4	83,5
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	2	,5	,5	84,1

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS/EMBARAZO MULTIPLE	1	,3	,3	84,3
SITUACION OBLICUA	5	1,4	1,4	85,7
SITUACION TRANSVERSA	3	,8	,8	86,5
SITUACION TRANSVERSA/DISTOCIA FUNICULAR	1	,3	,3	86,8
SITUACION TRANSVERSA/DISTOCIA FUNICULAR/OBITO FETAL	1	,3	,3	87,0
SITUACION TRANSVERSA/PLACENTA PREVIA	1	,3	,3	87,3
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	27	7,3	7,3	94,6
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/DISTOCIA FUNICULAR	5	1,4	1,4	95,9
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/EMBARAZO MULTIPLE	1	,3	,3	96,2
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO	4	1,1	1,1	97,3
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/POLIHIDRAMNIOS	1	,3	,3	97,6
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RCIU	2	,5	,5	98,1
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RPM PROLONGADO	3	,8	,8	98,9
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	3	,8	,8	99,7
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS/PREMATURA MULTIPLE	1	,3	,3	100,0
Total	162	43,78	43,78	

En la tabla N° 02 se puede evidenciar que los factores fetales corresponden a un 43,78% de las 370 parturientas de las cuales corresponden a sufrimiento fetal agudo un 7,29 %, presentación podálica un 5,94%, distocia funicular 2.97 %, RPM prolongado y Macrosomía fetal con un 2,4%, oligohidramnios severo un 1,7%, embarazo múltiple, situación oblicua, sufrimiento fetal agudo/distocia funicular, con un 1,4% deflexión de II grado, oligohidramnios severo/RPM prolongado, placenta previa, sufrimiento fetal agudo/oligohidramnios severo con un 1,1%, embarazo prolongado, feto grande, situación transversa, sufrimiento fetal agudo/PRM prolongado, sufrimiento fetal agudo/ruptura de membranas con un 0,8%, otros con 0,5%(4 diagnósticos) y 0,3% (23 diagnósticos) respectivamente.

GRÁFICO N° 2



En el gráfico N° 02 de la muestra de 370 parturientas con terminación de parto por cesárea en el Hospital Regional docente materno infantil “El Carmen”- Huancayo en el periodo julio del 2014 a julio del 2017, se evidencia que entre los factores fetales presentes el sufrimiento fetal agudo fue el factor fetal más frecuente, seguido de presentación podálica. Le siguen distocia funicular, Macrosomía fetal, RPM prolongado y Macrosomía fetal, oligohidramnios severo, embarazo múltiple, situación oblicua, sufrimiento fetal agudo/distocia funicular, deflexión de II grado, oligohidramnios severo/RPM prolongado, placenta previa, sufrimiento fetal agudo/oligohidramnios severo, embarazo prolongado, feto grande, situación transversa, sufrimiento fetal agudo/PRM prolongado, sufrimiento fetal agudo/ruptura de membranas entre otros respectivamente.

TABLA N° 3

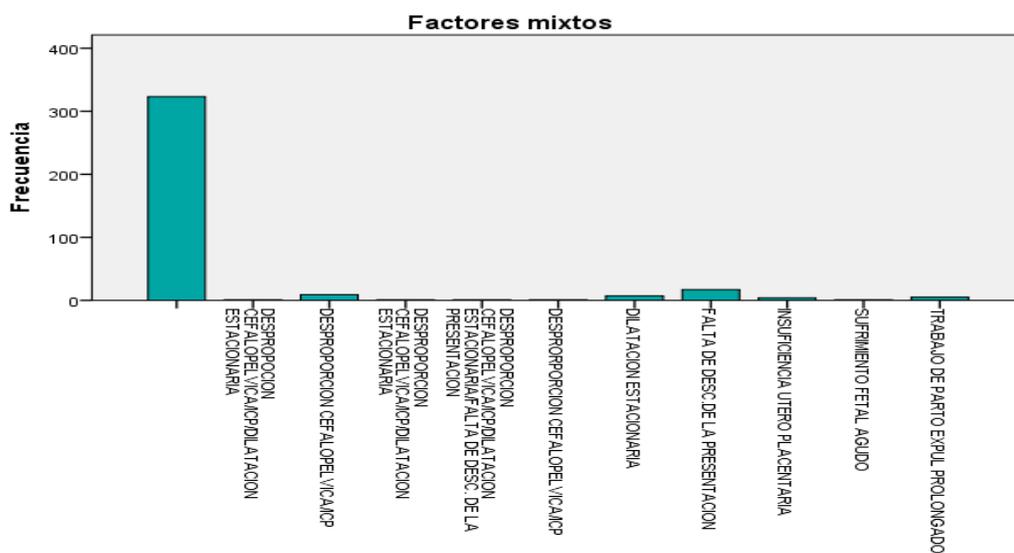
Distribución de frecuencias de factores mixtos

Factores mixtos				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	47	12,7	12,7	12,7
DESproporción CEfALOpELVICA/ICP/ DILATACIÓN ESTACIONARIA	2	,6	,6	89,4
DESproporción CEfALOpELVICA/ICP	10	2,7	2,7	92,1
DESproporción CEfALOpELVICA/ICP/ DILATACIÓN ESTACIONARIA/FALT A DE DESC. DE LA PRESENTACIÓN	1	,3	,3	92,4
DILATACIÓN ESTACIONARIA	7	1,9	1,9	92,7

FALTA DE DESC.DE LA PRESENTACION	17	4,6	4,6	97,3
INSUFICIENCIA UTERO PLACENTARIA	4	1,1	1,1	98,4
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	1	,3	,3	98,6
TRABAJO DE PARTO EXPUL PROLONGADO	5	1,4	1,4	100,0
Total	47	12,7	100,0	

En la tabla N° 03 se puede evidenciar que los factores mixtos corresponden a un 12,7% de las 370 parturientas de la cuales la falta de descenso de la presentación un 4,59%, desproporción céfalo pélvica/ICP un 2,7%, dilatación estacionaria un 1,89%, trabajo de parto expulsivo prolongado un 1,35 %, desproporción céfalo pélvica/ICP/dilatación estacionaria un 0,54%, desproporción céfalo pélvica/ICP/dilatación estacionaria/falta de descenso de la presentación y sufrimiento fetal agudo con un 0,27% cada una respectivamente.

GRÁFICO N° 3



En el gráfico N° 03 de la muestra de 370 parturientas con terminación de parto por cesárea en el Hospital Regional docente materno infantil “El Carmen”- Huancayo en el periodo julio del 2014 a julio del 2017, se evidencia que entre los factores mixtos presentes la falta de descenso de la presentación fue el factor mixto más frecuente, seguido de desproporción céfalo pélvica/ICP, dilatación estacionaria, trabajo de parto expulsión prolongado, desproporción céfalo pélvica/ICP/dilatación estacionaria, desproporción céfalo pélvica/ICP/dilatación estacionaria/falta de descenso de la presentación y sufrimiento fetal agudo entre otros respectivamente.

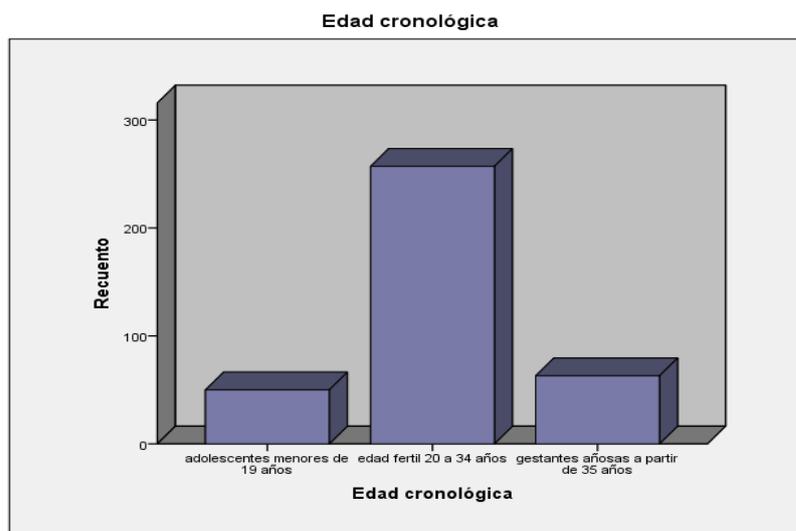
TABLA N° 4

Distribución de frecuencias de la edad cronológica

	Frecuencia	Porcentaje
Válido adolescentes menores de 19 años	50	13,5
edad fértil 20 a 34 años	257	69,5
gestantes añosas a partir de 35 años	63	17,0
Total	370	100,0

En la tabla N° 04 se puede evidenciar que en la investigación ejecutada en 370 parturientas en la terminación de parto por cesárea la edad cronológica de mayor prevalencia es el grupo de edad fértil con un 69,45%, seguido del grupo de gestantes añosas con un 17% y el grupo de adolescentes con un 13,51%.

GRÁFICO N° 4



En el gráfico N° 04 se puede observar que la muestra de 370 parturientas con terminación de parto en el Hospital Regional Docente Materno infantil “El Carmen”- Huancayo en el periodo julio del 2014 a julio del 2017 con relación a la edad cronológica se obtiene que la mayor proporción de parturientas se encuentran en edad fértil entre 20 y 34 años, seguidos de gestantes añosas y adolescentes.

TABLA N° 5

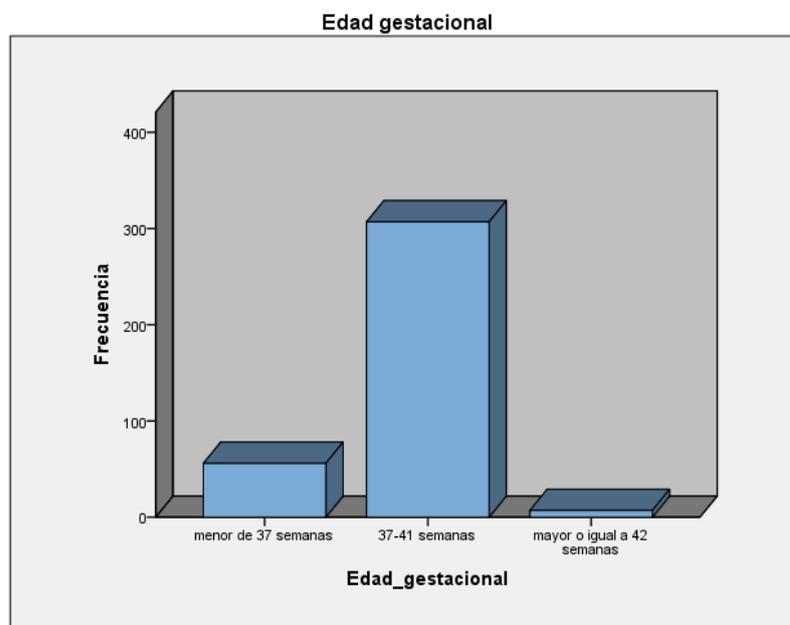
Distribución de frecuencias de la edad gestacional

Edad gestacional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido menor de 37 semanas	56	15,1	15,1	15,1
37-41 semanas	307	83,0	83,0	98,1
mayor o igual a 42 semanas	7	1,9	1,9	100,0
Total	370	100,0	100,0	

En la tabla N° 05 se puede evidenciar que en la investigación ejecutada en 370 parturientas en terminación de parto por cesárea la edad gestacional de mayor prevalencia es el grupo entre 37 – 41 semanas con un 83% , seguido del grupo de menores a 37 semanas 15,1 % y el grupo mayor o igual a 42 semanas con un 1,9%.

GRÁFICO N° 5



En el gráfico N° 05 se puede observar que la muestra de 370 parturientas con terminación de parto por cesárea en el Hospital Regional docente materno infantil “El Carmen”- Huancayo en el periodo julio del 2014 a julio del 2017 con relación a la edad gestacional, se obtiene que la mayor proporción de parturientas se encuentran en el grupo de 37- 41 semanas, seguido del grupo menor a 37 semanas, y el grupo mayor o igual a 42 semanas.

TABLA N°6

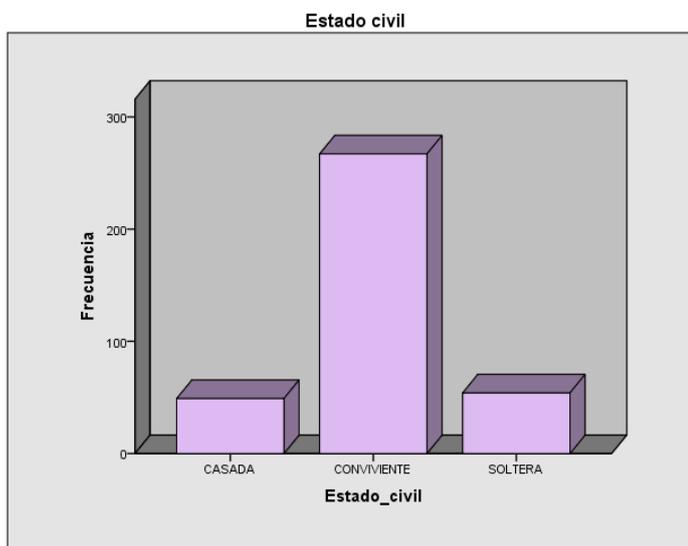
Distribución de frecuencias del estado civil

Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASADA	49	13,2	13,2	13,2
	CONVIVIENTE	267	72,2	72,2	85,4
	SOLTERA	54	14,6	14,6	100,0
	Total	370	100,0	100,0	

En la tabla N° 06 Se puede evidenciar que en la investigación ejecutada en 370 parturientas en terminación de parto por cesárea el estado civil con mayor prevalencia es conviviente con 72.2%, seguido de soltera con 14.6% y casada con 13.2%.

GRÁFICO N° 6



En el gráfico N° 06 se puede observar que la muestra de 370 parturientas con terminación de parto por cesárea en el Hospital Regional docente materno infantil “El Carmen”- Huancayo en el periodo julio del 2014 a julio del 2017 con relación al estado civil, prevalece el conviviente con 257 parturientas.

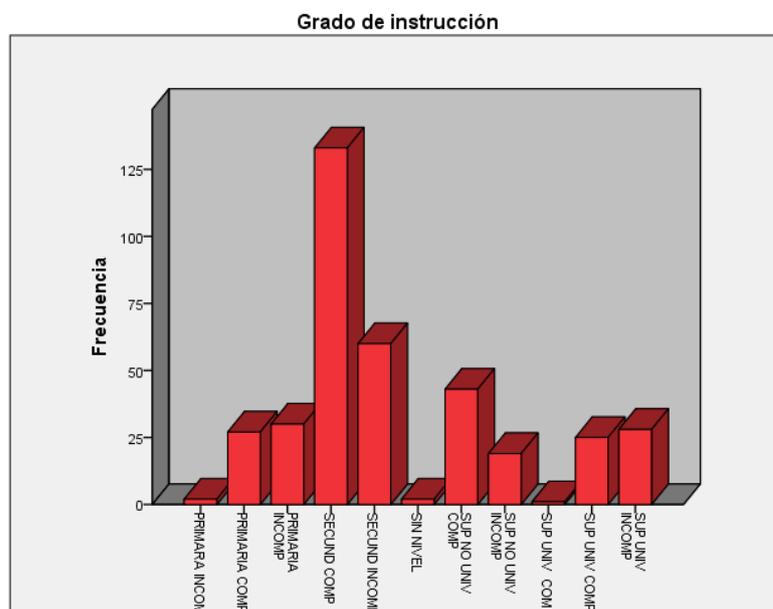
TABLA N° 7

Distribución de frecuencias del grado de instrucción

Grado de instrucción					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido					
PRIMARIA COMP	27	7,3	7,3	7,8	
PRIMARIA INCOMP	32	8,6	8,6	15,9	
SECUND COMP	133	35,9	35,9	51,9	
SECUND INCOMP	60	16,2	16,2	68,1	
SIN NIVEL	2	,5	,5	68,6	
SUP NO UNIV COMP	43	11,6	11,6	80,3	
SUP NO UNIV INCOMP	19	5,1	5,1	85,4	
SUP UNIV COM	1	,3	,3	85,7	
SUP UNIV COMP	25	6,8	6,8	92,4	
SUP UNIV INCOMP	28	7,6	7,6	100,0	
Total	370	100,0	100,0		

En la tabla No 07 se puede evidenciar que la frecuencia del grado de instrucción en la investigación ejecutada en 370 parturientas en terminación de parto por cesárea el grado de instrucción es mayor en secundaria completa 35,9%, secundaria incompleta 16,2%, Sup. No Univ. Comp. 11,6%, primaria incompleta 8,6%, Sup Univ.incomp. 7,6%, primaria completa 7%, Sup.. Univ Comp. 6.8%, Sup No Univ. Incompleta 5.1% y sin nivel 0,5%.

GRÁFICO N° 7



En el gráfico N° 07 se puede observar que la muestra de 370 parturientas con terminación de parto en el Hospital regional docente materno infantil “El Carmen”- Huancayo en el periodo julio del 2014 a julio del 2017 con relación al grado de instrucción prevalece la secundaria completa y secundaria incompleta y en menor prevalencia sin nivel y superior no universitaria incompleta

TABLA N° 8 FACTORES MATERNOS

Distribución de frecuencias de factores maternos según edad cronológica

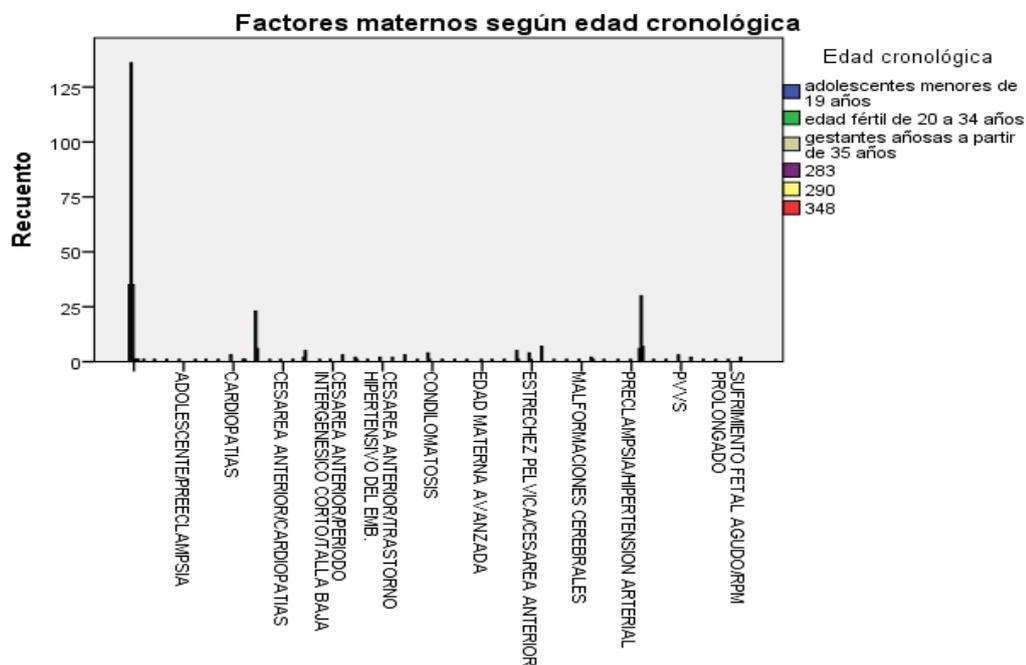
Factores maternos	Edad cronológica			Total
	adolescentes menores de 19 años	edad fértil de 20 a 34 años	gestantes añosas a partir de 35 años	
	15	122	24	161
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	0	1	0	1

ADOLESCENTE	1	0	0	1
ADOLESCENTE/CONDILOMATOSIS	1	0	0	1
ADOLESCENTE/PREECLAMPSIA	1	0	0	1
ALTO RIESGO REPRODUCTIVO(ARR)/EDAD MATERNA AVANZADA	0	0	1	1
ANTEC DE CIRUGÍA CARDIACA	0	1	0	1
ANTEC DE CIRUGÍA OFTÁLMICA	0	1	0	1
CARDIOPATÍAS	0	3	0	3
CESÁREA	0	1	1	2
CESÁREA ANTERIOR	0	23	6	29
CESÁREA ANTERIOR/ALTO RIESGO REPRODUCTIVO(ARR)	0	0	1	1
CESÁREA ANTERIOR/CARDIOPATÍAS	0	1	0	1
CESÁREA ANTERIOR/HIPERTONÍA UTERINA	0	1	0	1
CESÁREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENESICO CORTO	2	5	0	7
CESÁREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENESICO CORTO/ALTO RIESGO REPRODUCTIVO (ARR)	0	0	1	1
CESÁREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENESICO CORTO/TALLA BAJA	0	2	0	2
CESÁREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENESICO LARGO	0	3	0	3
CESÁREA ANTERIOR/PREECLAMPSIA	0	2	1	3
CESAREA ANTERIOR/SINDROME HELLP	0	1	0	1
CESÁREA ANTERIOR/TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMB.	0	2	0	2
CESÁREA ANTERIOR	0	3	0	3
CESÁREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENESICO CORTO	0	1	0	1
CONDILOMATOSIS	4	1	0	5
DESPROPORCION CEFALOPELVICA	0	1	0	1
DISTOCIA FUNICULAR	0	1	0	1
ECLAMPSIA	0	1	0	1
EDAD MATERNA AVANZADA	0	0	1	1
ESTRECHEZ PELVICA	0	5	1	6
ESTRECHEZ PELVICA/CESAREA ANTERIOR	0	13	1	14
INMINENCIA DE ROTURA UTERINA	0	1	0	1
MACROSOMIA FETAL	0	1	0	1

MALFORMACIONES CEREBRALES	0	1	0	1
PELVIS ASIMETRICA DEFORMADA/CESAREA ANTERIOR	0	2	0	2
PERIODO INTERGENESICO LARGO/HERPES GENITAL	0	1	0	1
PRECLAMPSIA/HIPERTENSION ARTERIAL	0	0	1	1
PREECLAMPSIA	6	30	8	44
PREECLAMPSIA/DESPROPORCION CEFALOPELVICA/ICP	0	1	0	1
PREECLAMPSIA/SINDROME HELLP	0	1	0	1
PVVS	0	3	0	3
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/DISTOCIA FUNICULAR	0	2	0	2
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO/DISTOCIA FUNICULAR	0	1	0	1
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RPM PROLONGADO	0	2	0	2
TALLA BAJA	0	2	0	2
Total	15	122	24	161

En la tabla N° 08 se puede evidenciar que los factores maternos según edad cronológica son 161, de los cuales los más prevalentes en el grupo de adolescentes menores de 19 años fueron pre eclampsia con un 1,62%, condilomatosis con un 1,08 %, y cesárea anterior/periodo intergenésico corto con un 0,54%, en el grupo de edad fértil fueron pre eclampsia con 8,1%, cesárea anterior con 6,21%, estrechez pélvica/cesárea anterior con 3,51%, cesárea anterior/periodo intergenésico corto con 1,35%, estrechez pélvica con 1,35%, cardiopatías con un 0,8%, en el grupo de gestantes añosas pre eclampsia con 2,16%, proporciones mínimas de 0,81% como alto riesgo reproductivo(ARR)/edad materna avanzada, cesárea anterior con 1,62%, y en mínimas proporciones otras con 0,27% respectivamente.

GRÁFICO N° 8



En el gráfico N° 08 de la muestra de 370 parturientas con terminación de parto por cesárea en el Hospital Regional docente materno infantil “El Carmen”- Huancayo en el periodo julio del 2014 a julio del 2017, se evidencia que la preeclampsia es el factor materno con mayor prevalencia en los tres grupos de edad cronológica, y los de menor prevalencia alto riesgo reproductivo(arr)/edad materna avanzada, cesárea anterior/alto riesgo reproductivo(arr), cesárea, preeclampsia/hipertension arterial entre otros respectivamente.

TABLA N° 9 FACTORES FETALES

Distribución de frecuencias de factores fetales según edad cronológica

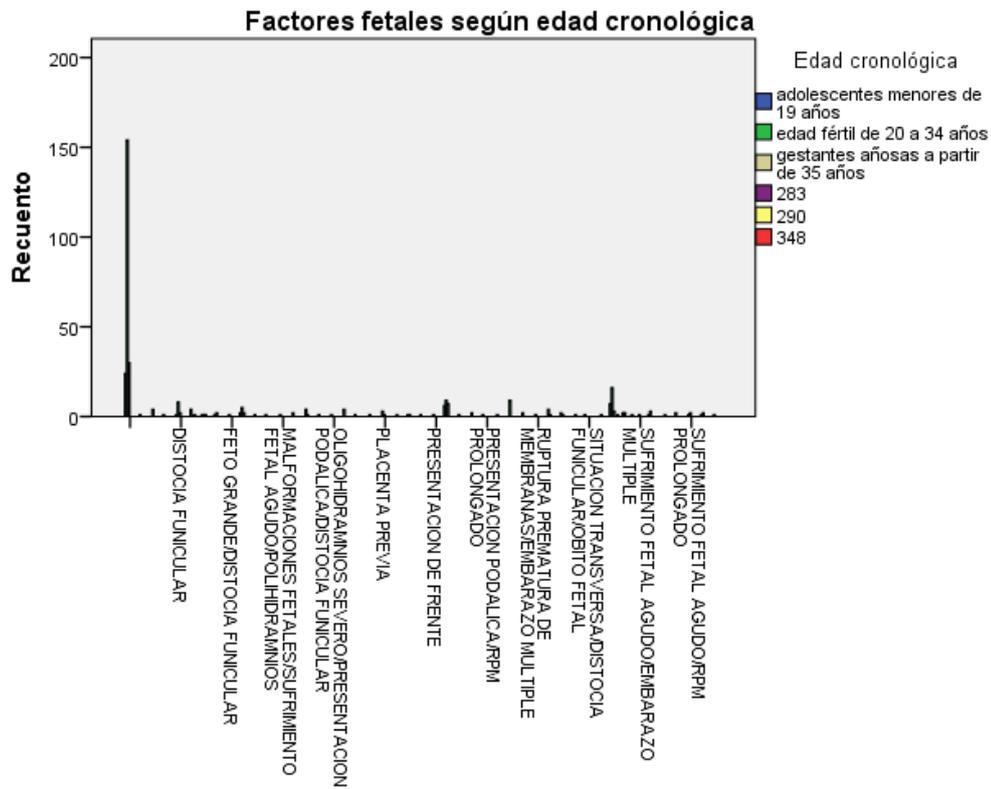
Factores fetales	Edad cronológica	Total
------------------	------------------	-------

	adolescentes menores de 19 años	edad fértil de 20 a 34 años	gestantes añosas a partir de 35 años	
	26	107	29	162
DEFLECCION DEL TERCER GRADO	0	1	0	1
DEFLEXION DE II GRADO	0	4	0	4
DEFLEXION DE II GRADO/RPM PROLONGADO	1	0	0	1
DISTOCIA FUNICULAR	2	9	2	13
EMBARAZO MULTIPLE	0	4	0	5
EMBARAZO PROLONGADO	1	2	1	4
FETO GRANDE	1	2	0	3
FETO GRANDE/DISTOCIA FUNICULAR	0	1	0	1
MACROSOMIA FETAL	2	5	2	9
MACROSOMIA FETAL/PLACENTA PREVIA	0	1	0	1
MACROSOMIA FETAL/SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	1	2	0	3
MALFORMACIONES FETALES/SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/POLIHIDRAMNIOS	0	1	0	1
OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO	0	6	1	7
OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO/EMBARAZO MULTIPLE	0	1	0	1
OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO/PRESENTACION PODALICA/DISTOCIA FUNICULAR	0	1	0	1
OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO/RPM PROLONGADO	0	4	0	4
OLIGORHIDRAMNIOS SEVERO/DISTOCIA FUNICULAR	1	0	0	1
OLIGORHIDRAMNIOS SEVERO/SITUACION OBLICUA	0	1	0	1
PLACENTA PREVIA	0	3	1	4
PREECLAMPSIA/ EDAD MATERNA AVANZADA	0	0	1	1
PREMATURIDAD	0	1	1	2
PRESENTACION DE FRENTE	0	1	0	1
PRESENTACION PODALICA	6	10	7	23
PRESENTACION PODALICA/DISTOCIA FUNICULAR	0	1	0	1

PRESENTACION PODALICA/EMBARAZO MULTIPLE	0	2	0	2
PRESENTACION PODALICA/RPM PROLONGADO	1	0	0	1
PRESENTACION PODALICA/RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	0	1	0	1
RPM PROLONGADO	0	9	0	9
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	0	2	0	2
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS/EMBARAZO MULTIPLE	0	1	0	1
SITUACION OBLICUA	0	4	1	5
SITUACION TRANSVERSA	0	2	1	3
SITUACION TRANSVERSA/DISTOCIA FUNICULAR	0	0	1	1
SITUACION TRANSVERSA/DISTOCIA FUNICULAR/OBITO FETAL	1	1	0	2
SITUACION TRANSVERSA/PLACENTA PREVIA	0	0	1	1
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	7	16	3	27
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/DISTOCIA FUNICULAR	2	2	0	5
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/EMBARAZO MULTIPLE	0	0	1	1
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO	1	3	0	4
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/POLIHIDRAMNIOS	0	0	1	1
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RCIU	0	2	0	2
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RPM PROLONGADO	0	1	2	3
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	0	1	2	3
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS/PREMATURA MULTIPLE	0	1	0	1
Total	26	107	29	162

En la tabla N° 09 se puede evidenciar que los factores fetales según edad cronológica más prevalentes en el grupo de adolescentes (7%), fueron sufrimiento fetal agudo con 1,89%, presentación podálica con un 1,62%, , Macrosomía fetal con un 0,54%, sufrimiento fetal agudo/distocia funicular con 0,54%, otros en menor proporción con 0,27% cada uno; en el grupo de edad fértil (28.9 %), fueron sufrimiento fetal agudo con 4,32%, presentación podálica con 2,7%, RPM prolongado con 2,43%, embarazo múltiple con 1.08 %, distocia funicular con 2,43%, Macrosomía fetal con 1,35%, oligohidramnios severo, oligohidramnios severo/RPM prolongado con 1,08%, y otros en menor proporción con 0,81% y 0,27% cada uno; en el grupo de gestantes añosas (7.8%) fueron presentación podálica con 1,89%, sufrimiento fetal agudo con 0,81% , otros como distocia funicular , Macrosomía fetal, sufrimiento fetal agudo/rpm prolongado, sufrimiento fetal agudo/ruptura prematura de membranas con 0,54% cada uno y otros en menor proporción con 0,27% respectivamente.

GRÁFICO N° 9



En el gráfico N° 09 de la muestra de 370 parturientas con terminación de parto por cesárea en el Hospital Regional docente materno infantil “El Carmen”- Huancayo en el julio del 2014 a julio del 2017, se evidencia que el sufrimiento fetal agudo es el factor fetal con mayor prevalencia en los grupos adolescentes y edad fértil, en el de gestantes añosas fue la presentación podálica respectivamente.

TABLA N° 10

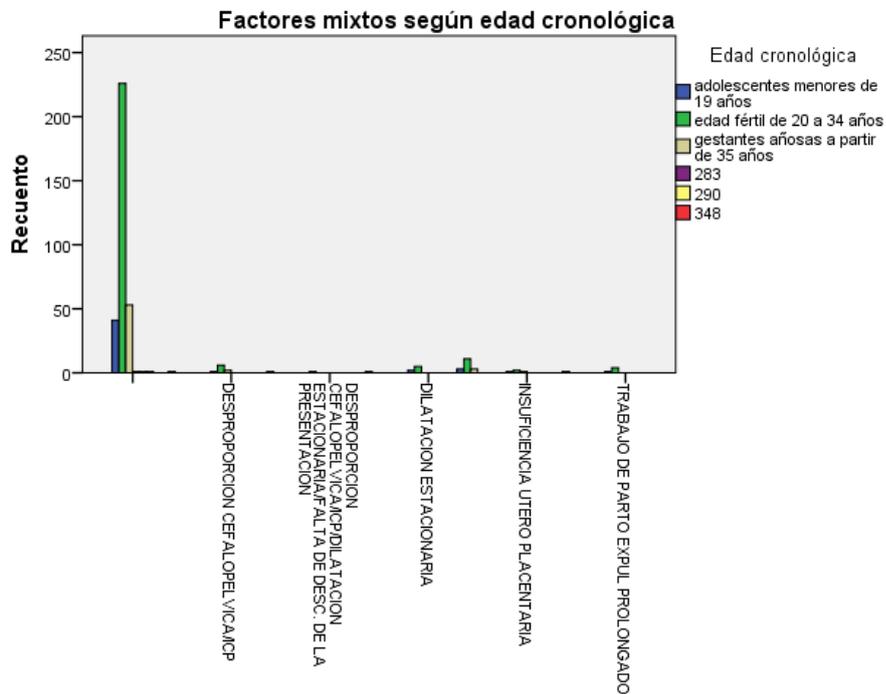
Distribución de frecuencias de factores mixtos según edad cronológica

	Edad cronológica		Total
	adolescentes menores de 19 años	edad fértil de 20 a 34 años	

	9	32	6	47
DESproporción				
CEfalopélvica/ICP/dilatación	0	2	0	2
Estacionaria				
DESproporción				
CEFalopélvica/ICP	1	7	2	10
DESproporción				
CEFalopélvica/ICP/dilatación	1	1	0	2
Estacionaria/falta de desc.				
de la presentación				
Dilatación Estacionaria	2	4	0	6
Falta de desc. de la				
presentación	3	11	3	17
Insuficiencia útero				
placentaria	1	2	1	4
Sufrimiento fetal agudo	0	1	0	1
Trabajo de parto expulsión				
prolongado	1	4	0	5
Total	9	32	6	47

En la tabla N° 10 se puede evidenciar que los fetales mixtos según edad cronológica más prevalentes en el grupo de adolescentes (2.43%) fueron: falta de descenso de la presentación con 0,81%, dilatación estacionaria con 0,54%, insuficiencia útero placentaria, trabajo de parto expulsión prolongado, y desproporción cefalopélvica/ICP, desproporción cefalopélvica/ICP/dilatación estacionaria/falta de descenso de la presentación con 0,27%. En el grupo de edad fértil (8.6%) fueron: falta de descenso de la presentación con 2,97%, desproporción cefalopélvica/ICP con 1,89%, dilatación estacionaria con 1,08%, trabajo de parto expulsión prolongado con 1,08%. En el grupo de gestantes añosas (1.62%) fueron falta de descenso de la presentación un 0,81%, desproporción céfalo pélvica/ICP con 0,54% e insuficiencia útero placentaria con 0,27% respectivamente.

GRÁFICO N° 10



En el gráfico N° 10 de la muestra de 370 parturientas con terminación de parto por cesárea en el Hospital Regional docente materno infantil “El Carmen”- Huancayo en el periodo julio del 2014 a julio del 2017, se evidencia que la falta de descenso de la presentación es el factor mixto con mayor prevalencia en los tres grupos de edad cronológica, y los de menor prevalencia fueron desproporción cefalopelvica/ICP/dilatación estacionaria/falta de descenso de la presentación para adolescentes, trabajo de parto expulsión prolongado para edad fértil, e insuficiencia útero placentaria para gestantes añosas entre otros respectivamente.

TABLA N° 11

Distribución de frecuencias de factores maternos según edad gestacional

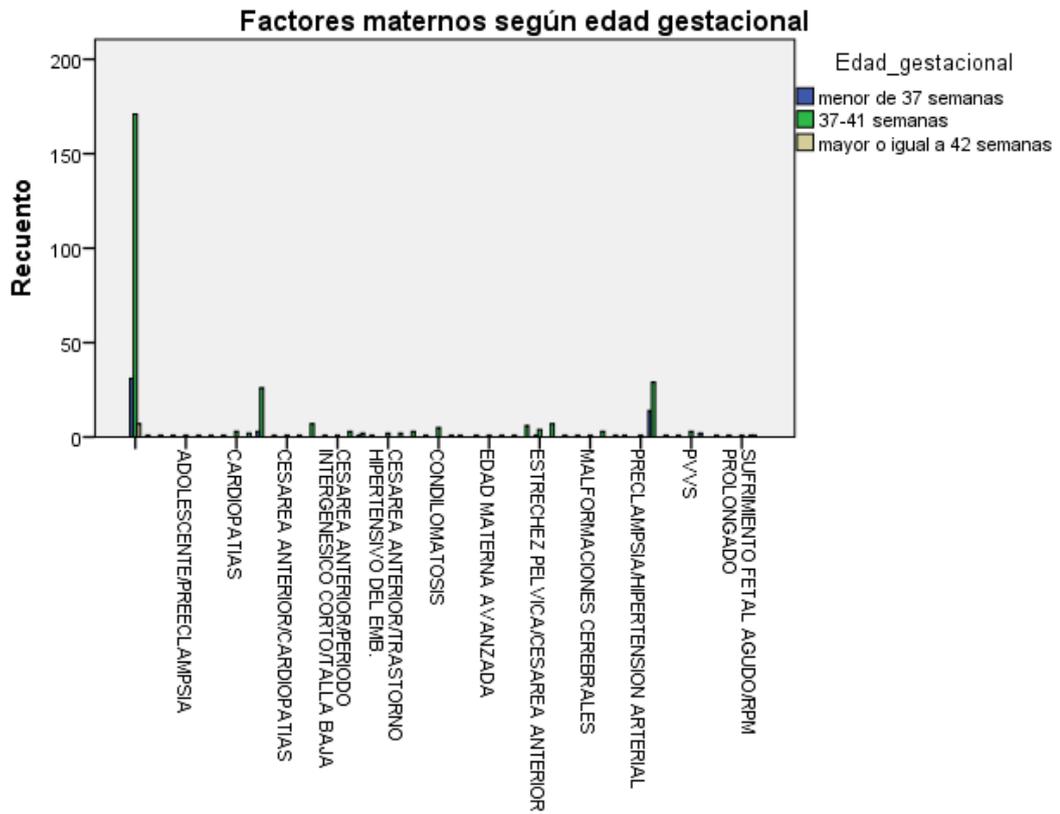
Factores maternos	Edad gestacional			Total
	menor de 37 semanas	37-41 semanas	mayor o igual a 42 semanas	
	25	136	0	161
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	0	1	0	1
ADOLESCENTE	0	1	0	1
ADOLESCENTE/CONDILOMATOSIS	0	1	0	1
ADOLESCENTE/PREECLAMPSIA	0	1	0	1
ALTO RIESGO REPRODUCTIVO(ARR)/EDAD MATERNA AVANZADA	0	1	0	1
ANTEC DE CIRUGIA CARDIACA	0	1	0	1
ANTEC DE CIRUGIA OFTALMICA	0	1	0	1
CARDIOPATIAS	0	3	0	3
CESAREA	0	2	0	2
CESAREA ANTERIOR	3	26	0	29
CESAREA ANTERIOR/ALTO RIESGO REPRODUCTIVO(ARR)	0	1	0	1
CESAREA ANTERIOR/CARDIOPATIAS	0	1	0	1
CESAREA ANTERIOR/HIPERTONIA UTERINA	0	1	0	1
CESAREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENESICO CORTO	0	8	0	8
CESAREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENESICO CORTO/ALTO RIESGO REPRODUCTIVO (ARR)	0	1	0	1
CESAREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENESICO CORTO/TALLA BAJA	0	1	0	1
CESAREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENESICO LARGO	0	3	0	3
CESAREA ANTERIOR/PREECLAMPSIA	1	2	0	3
CESAREA ANTERIOR/SINDROME HELLP	1	0	0	1
CESAREA ANTERIOR/TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMB.	0	2	0	2
CESAREA/PRECLAMPSIA	0	2	0	2
CESARIA ANTERIOR	0	3	0	3
CONDILOMATOSIS	0	5	0	5
DESPROPORCION CEFALOPELVICA	0	1	0	1
DISTOCIA FUNICULAR	1	0	0	1

ECLAMPSIA	0	1	0	1
EDAD MATERNA AVANZADA	0	1	0	1
ESTRECHEZ PELVICA	0	6	0	6
ESTRECHEZ PELVICA/CESARIA ANTERIOR	0	15	0	15
INMINENCIA DE ROTURA UTERINA	0	2	0	2
MACROSOMIA FETAL	0	1	0	1
MALFORMACIONES CEREBRALES	0	1	0	1
PELVIS ASIMETRICA DEFORMADA/CESAREA ANTERIOR	0	3	0	3
PERIODO INTERGENESICO LARGO/HERPES GENITAL	0	1	0	1
PRECLAMPSIA/HIPERTENSION ARTERIAL	0	1	0	1
PREECLAMPSIA	15	30	0	45
PREECLAMPSIA/DESpropORCION CEFALOPELVICA/ICP	0	1	0	1
PREECLAMPSIA/SINDROME HELLP	0	1	0	1
PVVS	0	3	0	3
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/DISTOCIA FUNICULAR	0	1	0	1
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO/DISTOCIA FUNICULAR	0	2	0	2
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RPM PROLONGADO	0	1	0	1
TALLA BAJA	1	1	0	2
Total	25	136	0	161

En la tabla N° 11 se puede evidenciar que los factores maternos según edad gestacional más prevalentes en el grupo menores a 37 semanas (6.7%) fueron: pre eclampsia con 4,05%, cesárea anterior con 0,81%, cesárea anterior/pre eclampsia con 0,27%. En el grupo de 37-41 semanas (36,7%) fueron pre eclampsia con un 8,1%, cesárea anterior con 7,02%, estrechez pélvica/cesárea anterior con 4,05%, cesárea anterior/periodo intergenésico corto y condilomatosis con 1,35%, cesárea anterior con 0,81%,

respectivamente y otros en menor proporción con 0, 54 y 0,27% respectivamente.

GRÁFICO N° 11



En el gráfico N° 11 de la muestra de 370 parturientas con terminación de parto por cesárea en el Hospital Regional docente materno infantil “El Carmen”- Huancayo en el periodo julio del 2014 a julio del 2017, se evidencia que la pre eclampsia es el factor materno con mayor prevalencia en los grupos de adolescentes y edad fértil y el de menor prevalencia, cesárea anterior/pre eclampsia para adolescentes y cesárea anterior para edad fértil, entre otros respectivamente.

TABLA N° 12

Distribución de frecuencias de factores fetales según edad gestacional

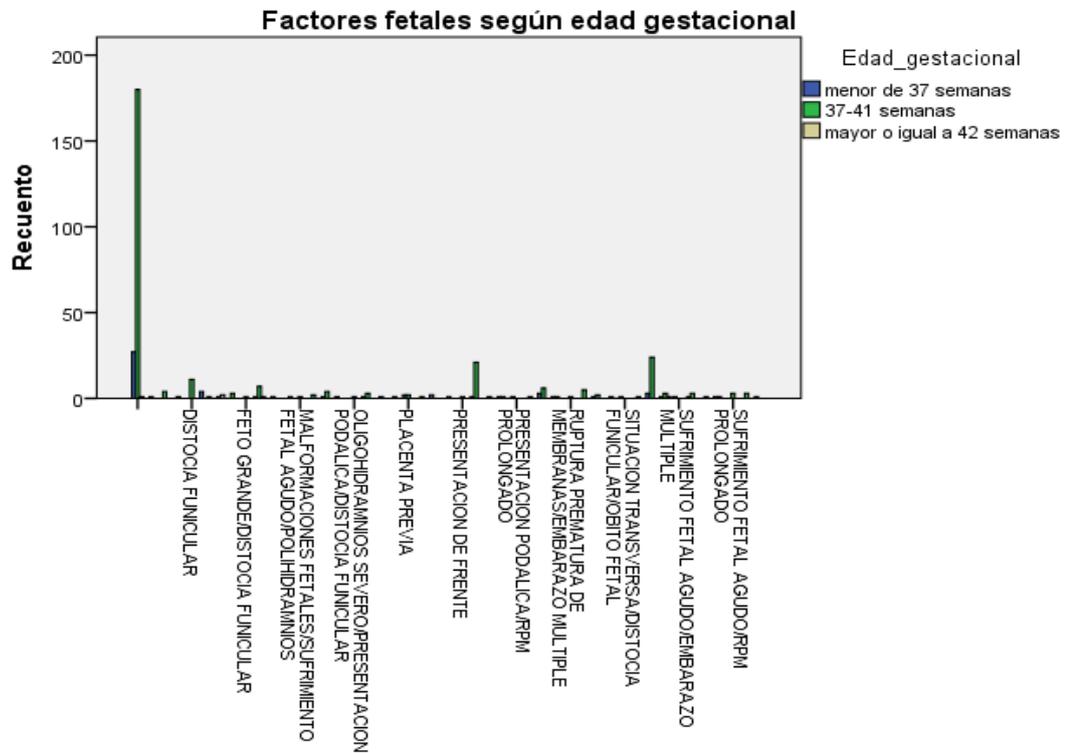
Factores fetales	Edad gestacional			Total
	menor de 37 semanas	37-41 semanas	mayor o igual a 42 semanas	
	29	127	6	162
DEFLECCION DEL TERCER GRADO	0	1	0	1
DEFLEXION DE II GRADO	0	4	0	4
DEFLEXION DE II GRADO/RPM PROLONGADO	0	1	0	1
DISTOCIA FUNICULAR	0	11	0	11
EMBARAZO MULTIPLE	4	0	1	5
EMBARAZO PROLONGADO	0	1	2	3
FETO GRANDE	0	3	0	3
FETO GRANDE/DISTOCIA FUNICULAR	0	1	0	1
MACROSOMIA FETAL	1	7	1	9
MACROSOMIA FETAL/PLACENTA PREVIA	0	1	0	1
MACROSOMIA FETAL/SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	0	0	1	1
MALFORMACIONES FETALES/SUFRIMIENTO	0	1	0	1

FETAL				
AGUDO/POLIHIDRAMNIOS				
OLIGOVIDRAMNIOS SEVERO	1	6	0	7
OLIGOVIDRAMNIOS SEVERO/EMBARAZO MULTIPLE	1	0	0	1
OLIGOVIDRAMNIOS SEVERO/PRESENTACION PODALICA/DISTOCIA FUNICULAR	0	1	0	1
OLIGOVIDRAMNIOS SEVERO/RPM PROLONGADO	1	3	0	4
OLIGORVIDRAMNIOS SEVERO/DISTOCIA FUNICULAR	0	1	0	1
OLIGORVIDRAMNIOS SEVERO/SITUACION OBLICUA	0	1	0	1
PLACENTA PREVIA	2	2	0	4
PREECLAMPSIA/ EDAD MATERNA AVANZADA	0	1	0	1
PREMATURIDAD	2	0	0	2
PRESENTACION DE FRENTE	0	1	0	1
PRESENTACION PODALICA	1	22	0	23
PRESENTACION PODALICA/DISTOCIA FUNICULAR	0	1	0	1
PRESENTACION PODALICA/EMBARAZO MULTIPLE	1	1	0	2
PRESENTACION PODALICA/RPM PROLONGADO	1	0	0	1
PRESENTACION PODALICA/RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	0	1	0	1
RPM PROLONGADO	3	6	0	9
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	1	1	0	2
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS/EMBARAZO MULTIPLE	0	1	0	1
SITUACION OBLICUA	0	5	0	5
SITUACION TRANSVERSA	1	2	0	3
SITUACION TRANSVERSA/DISTOCIA FUNICULAR	0	1	0	1

SITUACION TRANSVERSA/DISTOCIA FUNICULAR/OBITO FETAL	1	0	0	1
SITUACION TRANSVERSA/PLACENTA PREVIA	0	1	0	1
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	3	24	0	27
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/DISTOCIA FUNICULAR	1	3	1	5
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/EMBARAZO MULTIPLE	1	0	0	1
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/OLIGOHDAMNIOS SEVERO	1	3	0	4
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/POLIHIDRAMNIOS	0	1	0	1
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RCIU	1	1	0	2
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RPM PROLONGADO	0	3	0	3
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	0	3	0	3
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS/PREMATURA MULTIPLE	1	0	0	1
Total	29	127	6	162

En la tabla N° 12 se puede evidenciar que los factores fetales según edad gestacional más prevalentes en el grupo menores a 37 semanas (7.8%) fueron: embarazo múltiple con 1,08%, RPM prolongado 0,81%, placenta previa y prematuridad con 0,54%. En el grupo de 37-41 semanas (34.3%) fueron: sufrimiento fetal agudo con 6,48%, presentación podálica con 5,94%, distocia funicular con 2,97; y en el grupo mayores o iguales a 42 semanas (1.6%) fue embarazo prolongado con 0,54%, y otros en menor proporción con 0,27% cada uno respectivamente.

GRÁFICO N° 12



En el gráfico N° 12 de la muestra de 370 parturientas con terminación de parto por cesárea en el Hospital Regional docente materno infantil “El Carmen”- Huancayo en el periodo julio del 2014 a julio del 2017, se evidencia que el embarazo múltiple fue el de mayor prevalencia en adolescentes, así como el sufrimiento fetal agudo en edad fértil respectivamente.

TABLA N° 13

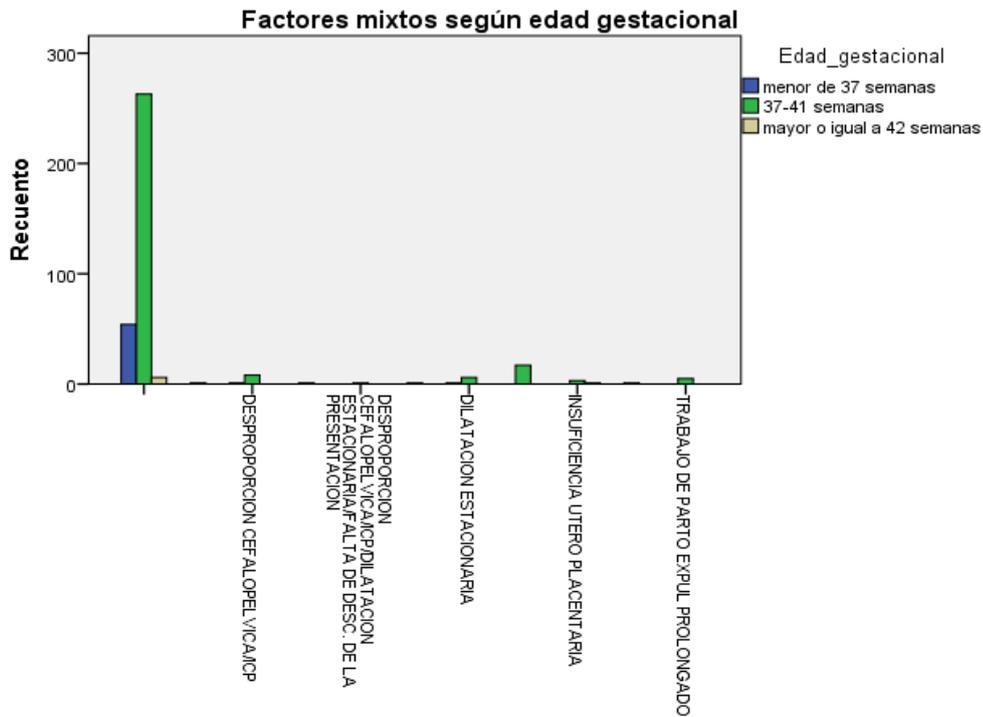
Distribución de frecuencias de factores mixtos según edad gestacional

Factores mixtos	Edad gestacional			Total
	menor de 37 semanas	37-41 semanas	mayor o igual a 42 semanas	
DESproporción	2	44	1	47
CEfalopELVICA/ICP	1	9	0	10
DESproporción	0	2	0	2
CEfalopELVICA/ICP/DILATACIÓN ESTACIONARIA	0	1	0	1
DESproporción	0	1	0	1
CEfalopELVICA/ICP/DILATACIÓN ESTACIONARIA/FALTA DE DESC. DE LA PRESENTACIÓN	1	6	0	7
DILATACIÓN ESTACIONARIA	0	17	0	17
FALTA DE DESC.DE LA PRESENTACIÓN	0	3	1	4
INSUFICIENCIA ÚTERO PLACENTARIA	0	1	0	1
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	0	5	0	5
TRABAJO DE PARTO EXPUL PROLONGADO	2	44	1	47
Total	2	44	1	47

En la tabla N° 13 se puede evidenciar que los factores mixtos según edad gestacional más prevalentes en el grupo menores a 37 semanas (0.54%) fueron: desproporción cefalopélvica/ICP y dilatación estacionaria con 0,27% cada uno; en el grupo de 37-41 semanas(11.8%) fueron: falta de descenso de la presentación con 4,59%, desproporción cefalopélvica/ICP con 2,43%, dilatación estacionaria con 1,62%, trabajo de parto expulsión prolongado con 1,35%, insuficiencia útero placentaria con 1,6%, desproporción cefalopélvica/ICP/dilatación estacionaria con 0,54% respectivamente; y en el

grupo de mayores o igual a 42 semanas fueron insuficiencia útero placentaria con 0,27%.

GRÁFICO N° 13



En el gráfico N° 13 de la muestra de 370 parturientas con terminación de parto por cesárea en el Hospital Regional docente materno infantil “El Carmen”- Huancayo en el periodo julio del 2014 a julio del 2017, se evidencia que la desproporción cefalopélvica/ICP y dilatación estacionaria fue el factor más prevalente en adolescentes, así como falta de descenso de la presentación en edad fértil, e insuficiencia útero placentaria en gestantes añosas respectivamente.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión

La mayor prevalencia de factores maternos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, fue la pre eclampsia con 11.6%, con un intervalo de confianza de 95%. La prevalencia de factores maternos para Varas (2017) fue 18%, ello se debería a que el autor desarrollo su estudio en parturientas en ingreso por emergencia.

La mayor prevalencia de factores fetales en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, fue el sufrimiento fetal agudo con 30%, con un intervalo de confianza de 95%. La prevalencia de factores maternos para Castillo (2017) fue la presentación podálica con un 24%, ello se debería a que el autor realizó su estudio en parturientas también en ingreso por emergencia.

La prevalencia de edad en el grupo de parturientas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” fue de 20 a 34 años con un 69,5% con un intervalo de confianza de 95%. La prevalencia de edad cronológica en parturientas con indicación de cesárea para Centeno (2016), fue de 20 a 34 años, existiendo similitud con lo que se da consistencia a esta conclusión.

La mayor prevalencia del grado de instrucción en el grupo de parturientas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” fue el grupo de secundaria completa con 35,9% con un intervalo de confianza del 95%. La prevalencia del grado de instrucción para Martínez (2013) fue de 18 a 19 años con un 73%, ello se debería a que el autor trabajo en grupo de edades de 14 a 19 años solamente.

La mayor prevalencia de indicación de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, fue la pre eclampsia con 14,3% del total con un intervalo de confianza del 95%. La prevalencia de indicación de cesárea para Gálvez (2014) fue la desproporción pélvica y la Macrosomía fetal, ello se debería a que el autor realizó su estudio en otra población sólo en rangos de edades de 20 a 24 años, pero coincidiendo con Manzano (2009) que obtuvo también la desproporción cefalopélvica.

CONCLUSIONES

1. Los factores maternos (43.51%) más frecuentes fueron pre eclampsia con 11,6%, cesárea anterior con 7,8% y en última ubicación cardiopatías, pelvis asimétrica deformada/cesárea anterior; los factores fetales (43,78%) más frecuentes fueron sufrimiento fetal agudo con 7,3%, presentación podálica con 5.9%, y distocia funicular con 3% entre otros; los factores mixtos (12,7%) fueron falta de descenso de la presentación con 4,6%, desproporción céfalo pélvica/ICP con 2,7%, dilatación estacionaria con 1,9% y sufrimiento fetal agudo con un 0,3% entre otros.
2. Los factores maternos más frecuentes según edad cronológica fueron pre eclampsia con 1,62%, 8,1% y 2,16% en los grupos de adolescente, edad fértil y gestantes añosas respectivamente. Los factores fetales según edad cronológica más prevalentes en el grupo de adolescentes y edad fértil fue sufrimiento fetal agudo con 1,89% y 4.32% respectivamente, en el grupo de gestantes añosas fueron presentación podálica con 1,89% y sufrimiento fetal agudo con 0,81%. Los factores mixtos según edad cronológica más prevalentes en el grupo de adolescentes fueron falta de descenso de la presentación con 2,97%, dilatación estacionaria con 0,54%, en el grupo de edad fértil fueron la falta de descenso de la presentación con 2,97%, en el grupo de gestantes añosas fueron falta de descenso de la presentación con 0,81% y desproporción céfalo pélvica/ICP con 0,54%.
3. Los factores maternos según edad gestacional más prevalentes en el grupo menores a 37 semanas (6.7%) fueron pre eclampsia con 4,05%, cesárea anterior

con 0,81%; en el grupo de 37-41 semanas (36.7%) fueron pre eclampsia con un 8.1%, cesárea anterior con 7.02%, estrechez pélvica/cesárea anterior con 4.05%, en el grupo de gestantes mayores o iguales a 42 semanas no se registran factores.

4. Los factores fetales según edad gestacional más prevalentes en el grupo menores a 37 semanas (7.8%) fueron: embarazo múltiple con 1,08%, RPM prolongado 0,81%, placenta previa y prematuridad con 0,54%. En el grupo de 37-41 semanas (34.3%) fueron: sufrimiento fetal agudo con 6,48%, presentación podálica con 5,94%, distocia funicular con 2,97%; y en el grupo mayores o iguales a 42 semanas (1.6%) fue embarazo prolongado con 0,54%, y otros en menor proporción con 0,27% cada uno respectivamente.
5. Los factores mixtos según edad gestacional más prevalentes en el grupo menores a 37 semanas (0.54%) fueron: desproporción cefalopélvica/ICP y dilatación estacionaria con 0,27% cada uno; en el grupo de 37-41 semanas(11.8%) fueron: falta de descenso de la presentación con 4,59%, desproporción cefalopélvica/ICP con 2,43%, dilatación estacionaria con 1,62%, trabajo de parto expulsión prolongado con 1,35%, insuficiencia útero placentaria con 1,6%, desproporción cefalopélvica/ICP/dilatación estacionaria con 0,54% respectivamente; y en el grupo de mayores o igual a 42 semanas fueron insuficiencia útero placentaria con 0,27%.
6. La frecuencia de edad cronológica en las parturientas con terminación de parto por cesárea es mayor en el grupo de edad fértil (20 a 34 años) con 69,45%, seguido de madres añosas (mayor de 35 años) con 17% y adolescentes

(menores de 19 años) con 13,5%. La frecuencia de la edad gestacional en las parturientas con terminación de parto por cesárea es mayor en el grupo de 37 – 41 semanas con 83%, el grupo menores de 37 semanas con 15.1%, el grupo de mayores o iguales a 42 semanas con 1.9%.

7. El grado de instrucción con mayor frecuencia en las parturientas con terminación de parto fue es mayor en secundaria completa 35,9%, secundaria incompleta 16,2%, Sup. No Univ. Comp. 11,6%, primaria incompleta 8,6%, Sup Univ.incomp. 7,6%, primaria completa 7%, Sup.. Univ Comp. 6.8%, Sup No Univ. Incompleta 5.1% y sin nivel 0,5%.
8. El estado civil con mayor prevalencia en las parturientas en terminación de parto por cesárea es conviviente con 72.2%, seguido de soltera con 14.6% y casada con 13.2%

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Hernando, Irene (2013): “La figuración de la ciencia. Espacio y objetos de parto en el arte medieval Español”, Goya, n° 342, pp. 3-17
2. Daira A. Andrea P. Diana P.: prevalencia de cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga y correlacionar el diagnóstico clínico- quirúrgico durante el año 2010. [cited 8 February 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5063/1/MED205.pdf>
3. Castillo Oliva Luis, Factores predisponentes de parto vagina en cesárea previa. [Tesis (Maestro en Med.)]. [Hospital Marino Molina Scippa-ESSALUD]: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Medicina Humana 2017.
4. Varas Saenz César, Factores maternos asociados a cesárea de emergencia. Hospital Lazarte de Trujillo. [Tesis (Maestro en Med.)] [Hospital Lazarte de Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego Facultad de Medicina Humana. Escuela Profesional de Medicina Humana; 2015.
5. Galvez Liñan Edgar, Tasa de incidencia de cesárea en el Hospital "San José" del Callao, período enero-diciembre 2013. [Tesis (Med.Cirujano)]. [Hospital "San José" del Callao]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013
6. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. Ciencia y desarrollo. 2012 Dec; 15(2).

7. Manzano E. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005-2009. Horizonte Medico. 2011; 11(2).
8. Oshiro E. Cesárea, tasa, indicaciones y factores de morbimortalidad materno perinatal asociados en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el período 2003-2005. Tesis para optar el Título Profesional de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.
9. Centeno Hernández Iván, Características de los pacientes con indicación de cesárea en el servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Médica Previsional Asunción, Juigalpa-Chontales, Nicaragua. Enero-Diciembre 2016. [Tesis (Mag.Administración Salud)]. [Clínica Médica previsional Asunción Minsa Juigalpa]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016
10. Mozo Valdiviezo Eva, Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores:Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa. [Tesis (Grado Doctor)]. [Hospital Universitario Fundación Alcorcón]: Universidad Complutense de Madrid; 2014
11. Martínez Mackliff Sara, Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas enel Hospital Gineco-obstétrico"Enrique C. Sotomayor " en el período de septiembre del 2012 a febrero del 2013. [Tesis (Título Obstetra)]. Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia; 2013

12. Ceriani J, Gonzalo M, Amorina P, Adolfo A, Cecilia P, Pablo B, et al. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. Archivos Argentinos de Pediatría. 2010 Feb; 108(1).
13. Villaverde Royo Victoria, Variaciones en la utilización de cesárea en los Hospitales públicos el sistema Nacional de Salud. [Tesis (Grado Doctor)]. Universidad de Zaragoza. Escuela de Medicina; 2009
14. Campero L, Hernandez B, Leyva A, Estrada F, Osborne J, Morales S. Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la ciudad de México. Salud Publica de Mexico. 2007 Apr; 49(2).
15. Casagrandi Casanova D, Pérez Piñero J, Areces Delgado G, Et al. Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2007 Oct; 33(3).
16. González C J, Gonzalez G R. Indicaciones de cesarea segmentaria en adolescentes; hospital universitario “dr. luis razetti”, barcelona. estado anzoátegui en el año 2007. Barcelona: Universidad de oriente, departamento de Salud Pública; 2009.
17. Bernal Delgado E, Aibar Remón C, Villaverde Royo M. Variaciones en la utilizacion de cesarea en los hospitales publicos del sistema nacional de salud Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2009. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto [Internet]. Ginebra: OMS; 2014. [cited

- 19 Abr 2016] Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500_spa.pdf.
18. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. *Ciencia y desarrollo*. 2012 Dec; 15(2).
 19. Manzano E. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005-2009. *Horizonte Medico*. 2011; 11(2).
 20. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. *Plos One*. 2011; 6(1): e14566.
 21. Haumonté J-B, Raylet M, Sabiani L, Franké O, Bretelle F, Boubli L, et al. (Predictive factors for vaginal birth after cesarean section) *J. Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. diciembre de 2012; 41(8): 735-52.
 22. Simoes R, Bernardo WM, Salamao AJ, Baracat EC, Simoes R, Bernardo WM, et al. Birth route in case of cesarean section in a previous pregnancy. *Rev Assoc Médica Bras*. junio de 2015; 61(3):196-202.
 23. Sepúlveda-Mendoza DL, Galván-Caudillo M, Soto-Fuenzalida GA, Méndex-Lozano DH.(Factors associated with successful vaginal birth in women with a cesarean section history). *Ginecol Obstet México*. diciembre de 2015; 83(12):743-9.

24. Jawaria Farzand Raja, Kausar Tasneen Bangash, Ghazala Mahmud. VBAC Scoring: Successful vaginal delivery in previous one caesarean section in induced labour. *J Pak Med Assc.* 2013; 63(9):1147-51.
25. Clarke M, Savage G, Smith V, Daly D, Devane D, Gross Mm, et al , Improving the organisation of maternal health service delivery and optimising childbirth by inceasin vaginal birth after caesarean section through enhanced women-centred care (OptiBIRTH trial): study protocol for a randomised controled trial. *Trials:* 2015;16:542.
26. US. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. <https://medlineplus.gov/spanish>. [Online].; 2016 [cited 2017 11 18. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cesareansection.html>.
27. Scmitz T. (Partcular maternal or fetal clinical conditions influencing the choice of the mode of delivery in case of prevous cesarean). *J Gynecologie Obstétrique Biol Reprod.* diciembre de 2012; 41(8):772-81.
28. Parto vaignal posterior a una cesárea previa. En: *Guías de Procedimientos Asistenciales del Servicio de Obstetricia.* Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hoaptial Nacional Arzobispo Loayza; 2014. p. 92-106.
29. Scott JR, Intrapartum management of trial of labour after caesarean delivery: evidence anda experience. *BJOG Int J. Obstet Gynaecol.* enero de 2014; 121(2): 157-62.
30. Siddiqui SA. Obstetric factors for unsuccessful trial of labor in second-order birth following previous cesarean. *Ann Saudi Med.* Agosto de 2013;33(4):356-62.

31. Mosby. Diccionario Mosby Pocket. Madrid: S.A. ELSEVIER ESPAÑA; 2012.
32. Métodos de inducción del parto. En: Guías de Procedimientos Asistenciales del Servicio de Obstetricia. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2014.p.26-33.

ANEXOS

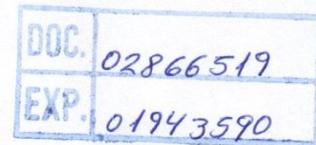
ANEXO 1.- SOLICITUD O CARTA DE CONFORMIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN DE HABER RECOLECTADO DATOS DE HISTORIAS CLÍNICAS



“AÑO DEL DIÁLOGO Y RECONCILIACIÓN NACIONAL”

Huancayo, 6 de setiembre del 2018

Oficio N° 511-2018-GRJ-HRDMIEC-DG



Señor(a)
Director de la Escuela de Postgrado de Medicina Humana.
Universidad Peruana LOS ANDES
Huancayo.

ASUNTO: Conformidad de haber recolectado
datos de Historias Clínicas.

De mi especial consideración.

Es grato dirigirme a usted a fin de saludarle cordialmente y hacer de su conocimiento que el Hospital da la conformidad que el Dr. Orbezo Inga Cristhian Guillermo, ha recolectado datos de 370 historias clínicas del servicio de estadística oficina de admisión, para la ejecución del TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA TITULADO: “FACTORES DETERMINANTES EN LA TERMINACIÓN DE PARTO POR CESÁREA EN PARTURIENTAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN”- HUANCAYO 2014 – 2017”.

Sin otro particular agradezco anticipadamente la atención que le brinde al presente y hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente.



MMAA/CMO/Oficio
Cc Archivo

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
MATERNO INFANTIL EL CARMEN
Dr. Manuel Wojes Adrian Acosta
DIRECTOR GENERAL
CMP 21482 - RNF 14083

Nro.Dcto:
Nro.Exp:

6	Inmencia de rotura uterina	41	Oligohidramnios severo	63	Insuficiencia utero placentaria
7	Cardiopatías	42	Anhidramnios	64	Dilatación estacionaria.
8	Antecedente de cirugía cardiaca	43	Presentación de frente	65	Falta de desc. de la presentación
9	Antecedente de Laparotomía exploratoria	44	Deflexion de II grado		
10	Antec de cirugía oftálmica	45	Deflección de tercer grado.		
11	Nefropatías	46	46 Situacion oblicua		
12	Hipertensión arterial	47	47 Situacion transversa		
13	Diabetes mellitus	48	Presentacion podalica		
14	Lupus	49	49 Distocia funicular		
15	Periodo intergenesico largo	50	50 RCIU		
16	Periodo intergenesico corto	51	Ruptura prematura de membranas		
17	Alto riesgo reproductivo (ARR)	52	52 RPM prolongado		
18	Trabajo de parto disfuncional	53	53 Obito fetal		
19	Hipotonía Uterina	54	Embarazo prolongado		
20	Hipertonía uterina	55	55 Placenta previa		
21	Irritabilidad uterina	56	56 Prematuridad		
22	Obesidad	57	Embarazo múltiple		

23	Edad materna avanzada		
24	Adolescente		
25	Herpes genital		
26	Condilomatosis		
27	PVVS.		
28	Malformaciones cerebrales		
29	Accidente cerebro vascular		
30	Talla baja		
31	Sordo Muda		
32	Trastorno hipertensivo del emb.		
33	Preeclampsia		
34	Eclampsia		
35	Síndrome Hellp		

DIAGNOSTICO POST OPERATORIO:

FECHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE RECOLECTA LOS DATOS:

“FACTORES DETERMINANTES EN LA TERMINACIÓN DE PARTO POR CESÁREA EN PARTURIENTAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN”- HUANCAYO 2014 – 2017”.

Historia Clínica : 328094	Fecha de Cesarea: 26/01/16	DNI: 70804389	Edad: 22				
Distrito: Chilca	Estado Civil: Soltera. 1	Casada. 2	Conviviente. 3	Divorciada. 4			
Grado de Instruc:	Sin nivel. 1	Primaria Incomp 2	Primaria comp 3	Secund Incomp 4	Secund Comp 5	Sup No Univ Incomp 6	
Sup No Univ comp 7	Sup Univ Incomp 8	Sup Univ comp 9	Cesareas Anteriores:	Si 1	No 2	No.: Causa:	
Edad Gestacional:	< 37 Semanas 1	37 – 41 Semanas 2	≥ 42 semanas 3	Controles prenatales:	Si 1	No 2	Numero: 9

183

INDICACION DE CESAREA		
FACTORES MATERNOS	FACTORES FETALES-OVULARES	FACTORES MIXTOS
1 Estrechez pélvica	36 Macrosomía fetal	58 Desproporción cefalopélvica /ICP
2 Pelvis asimétrica o deformada	37 Feto grande	59 Corioamnionitis
3 Malformaciones congénitas	38 Malformaciones fetales	60 Isoinmunización materno-fetal
4 Tumores de utero, cérvix vagina vulva.	39 Sufrimiento fetal agudo.	61 Inducción fallida
5 Cesárea Anterior	40 Polihidramnios	62 Trabajo de parto expul prolongado
6 Inmunencia de rotura uterina	41 Oligohidramnios severo	63 Insuficiencia utero placentaria
7 Cardiopatías	42 Anhidramnios	64 Dilatación estacionaria.
8 Antecedente de cirugía cardiaca	43 Presentación de frente	65 Falta de desc. de la presentación
9 Antecedente de Laparotomía exploratoria	44 Deflexión de II grado	
10 Antec de cirugía oftálmica	45 Deflección de tercer grado.	
11 Nefropatías	46 Situación oblicua	
12 Hipertensión arterial	47 Situación transversa	
13 Diabetes mellitus	48 Presentación podalica	
14 Lupus	49 Distocia funicular	
15 Periodo intergenésico largo	50 RCIU	
16 Periodo intergenésico corto	51 Ruptura prematura de membranas	
17 Alto riesgo reproductivo (ARR)	52 RPM prolongado	
18 Trabajo de parto disfuncional	53 Obito fetal	
19 Hipotonía Uterina	54 Embarazo prolongado	
20 Hipertonía uterina	55 Placenta previa	
21 Irritabilidad uterina	56 Prematuridad	
22 Obesidad	57 Embarazo múltiple	
23 Edad materna avanzada		
24 Adolescente		
25 Herpes genital		
26 Condilomatosis		
27 PVVS.		
28 Malformaciones cerebrales		
29 Accidente cerebro vascular		
30 Talla baja		
31 Sordo Muda		
32 Trastorno hipertensivo del emb.		
33 Preeclampsia		
34 Eclampsia		
35 Síndrome Hellp		

DIAGNOSTICO POST OPERATORIO:

Confirmado + circular de cordón

FECHA DE RECOLECCION DE DATOS

17 / 07 / 2018

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE RECOLECTA LOS DATOS:


Christian Guillermo Orbezo Inga
CMP 52514
HUALCAYO - TETRA

“FACTORES DETERMINANTES EN LA TERMINACIÓN DE PARTO POR CESÁREA EN PARTURIENTAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN”- HUANCAYO 2014 – 2017”.

Historia Clínica :	21568 /	Fecha de Cesarea:	08/07/14	DNI:	20122821	Edad:	35
Distrito:	Timbo	Estado Civil:	Soltera. 1	Casada. 2	Conviviente. 3	Divorciada. 4	
Grado de Instruc:	Sin nivel.1	Primaria Incomp 2	Primaria comp 3	Secund Incomp 4	Secund Comp 5	Sup No Univ Incomp 6	
Sup No Univ comp 7	Sup Univ Incomp 8	Sup Univ comp 9	Cesareas Anteriores:	Si 1 No 2	No.: 1	Causa:	No habeo datos
Edad Gestacional:	< 37 Semanas 1	37 – 41 Semanas 2	≥ 42 semanas 3	Controles prenatales:	Si 1 No 2	Numero:	7

INDICACION DE CESAREA		
FACTORES MATERNOS	FACTORES FETALES-OVULARES	FACTORES MIXTOS
1 Estrechez pélvica	36 Macrosomía fetal	58 Desproporción cefalopélvica /ICP
2 Pelvis asimétrica o deformada	37 Feto grande	59 Corioamnionitis
3 Malformaciones congénitas	38 Malformaciones fetales	60 Isoinmunización materno-fetal
4 Tumores de útero, cérvix vagina vulva.	39 Sufrimiento fetal agudo.	61 Inducción fallida
5 Cesárea Anterior	40 Polihidramnios	62 Trabajo de parto expul prolongado
6 Inmencia de rotura uterina	41 Oligohidramnios severo	63 Insuficiencia utero placentaria
7 Cardiopatías	42 Anhidramnios	64 Dilatación estacionaria.
8 Antecedente de cirugía cardíaca	43 Presentación de frente	65 Falta de desc. de la presentación
9 Antecedente de Laparotomía exploratoria	44 Deflexión de II grado	
10 Antec de cirugía oftálmica	45 Deflección de tercer grado.	
11 Nefropatías	46 Situación oblicua	
12 Hipertensión arterial	47 Situación transversa	
13 Diabetes mellitus	48 Presentación podálica	
14 Lupus	49 Distocia funicular	
15 Periodo intergenesico largo	50 RCIU	
16 Periodo intergenesico corto	51 Ruptura prematura de membranas	
17 Alto riesgo reproductivo (ARR)	52 RPM prolongado	
18 Trabajo de parto disfuncional	53 Obito fetal	
19 Hipotonía Uterina	54 Embarazo prolongado	
20 Hipertonía uterina	55 Placenta previa	
21 Irritabilidad uterina	56 Prematuridad	
22 Obesidad	57 Embarazo múltiple	
23 Edad materna avanzada		
24 Adolescente		
25 Herpes genital		
26 Condilomatosis		
27 PVVS.		
28 Malformaciones cerebrales		
29 Accidente cerebro vascular		
30 Talla baja		
31 Sordo Muda		
32 Trastorno hipertensivo del emb.		
33 Preeclampsia		
34 Eclampsia		
35 Síndrome Hellp		

DIAGNOSTICO POST OPERATORIO:

Confirmado

FECHA DE RECOLECCION DE DATOS

12 / 07 / 2018

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE RECOLECTA LOS DATOS:


Dr. Orbezo Inga Cristhian
 Ginecólogo - Obstetra
 CMP: 52514

ANEXO 5.- LISTADO DE FACTORES ENCONTRADOS

FACTORES MATERNOS:

- 1=PREECLAMPSIA
- 2=CESÁREA ANTERIOR
- 3=ECLAMPSIA
- 4=ADOLESCENTE
- 5=ADOLESCENTE/CONDILOMATOSIS
- 6=CESÁREA ANTERIOR
- 7=SÍNDROME HELLP
- 8=PRECLAMPSIA/HIPERTENSIÓN ARTERIAL
- 9=CONDILOMATOSIS
- 10=ESTRECHEZ PÉLVICA/CESÁREA ANTERIOR
- 11=HERPES GENITAL
- 12=CESÁREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENÉSICO CORTO
- 13=OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO
- 14=CESÁREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENÉSICO LARGO
- 15=ANTECEDENTE DE CIRUGÍA OFTÁLMICA
- 16=PVVS
- 17=INMINENCIA DE ROTURA UTERINA
- 18=PELVIS ASIMÉTRICA DEFORMADO/CESÁREA ANTERIOR
- 19=CESÁREA ANTERIOR/PREECLAMPSIA
- 20=ADOLESCENTE/PREECLAMPSIA
- 21=CESÁREA ANTERIOR/TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL
EMBARAZO
- 22=CARDIOPATÍAS
- 23=ESTRECHEZ PÉLVICA/CESÁREA ANTERIOR/PERIODO
INTERGENESICO CORTO
- 24=CESAREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENESICO CORTO/TALLA
BAJA
- 25=PREECLAMPSIA/SÍNDROME HELLP
- 26=EDAD MATERNA AVANZADA

- 27=OBESIDAD
- 28=PELVIS ASIMÉTRICA DEFORMADA/CESÁREA ANTERIOR
- 29=ANTECEDENTES DE CIRUGÍA CARDIACA
- 30=CESÁREA ANTERIOR/CARDIOPATÍAS
- 31=TALLA BAJA
- 32=SORDO MUDA
- 33=ACV
- 34=EDAD MATERNA AVANZADA
- 35=ALTO RIESGO REPRODUCTIVO/EDAD MATERNA AVANZADA
- 36=TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO
- 37=CESÁREA ANTERIOR/PERIODO INTERGENESICO CORTO/ALTO RIESGO REPRODUCTIVO
- 38=PELVIS ASIMÉTRICA DEFORMADA/CESÁREA ANTERIOR
- 39=ANTECEDENTES DE PAROTOMIA EXPLORATORIA/EDAD MATERNA AVANZADA
- 40=MALFORMACIONES CEREBRALES
- 41=PERIODO INTERGENESICO LARGO/HERPES GENITAL
- 42=CESÁREA ANTERIOR/HIPERTONÍA UTERINA
- 43=CESÁREA ANTERIOR/ALTO RIESGO REPRODUCTIVO
- 44=NINGUNO
- 45=ESTRECHEZ PÉLVICA
- 46=PERIODO INTERGENESICO LARGO

FACTORES FETALES:

- 1=FETO GRANDE/DISTOCIA FUNICULAR
- 2=DISTOCIA FUNICULAR
- 3=PRESENTACIÓN PODÁLICA
- 4=SUFRIMIENTO FETAL AGUDO
- 5=SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RCIU
- 6=SITUACIÓN TRANSVERSA
- 7=OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO/DISTOCIA FUNICULAR

- 8=OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO/SITUACIÓN OBLICUA
- 9=SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS
- 10=MACROSOMIA FETAL
- 11=SITUACIÓN OBLICUA
- 12=PRESENTACIÓN PODÁLICA/DISTOCIA FUNICULAR
- 13=EMBARAZO PROLONGADO
- 14=OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO/RPM PROLONGADO
- 15=PRESENTACIÓN DE FRENTE/FETO GRANDE
- 16=SITUACIÓN TRANSVERSA/DISTOCIA FUNICULAR
- 17=SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RPM PROLONGADO
- 18=RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS/EMBARAZO MÚLTIPLE
- 19=RCIU
- 20=SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO
- 21=MALFORMACIONES FETALES/POLIHIDRAMNIOS/PRESENTACIÓN
PODÁLICA
- 22=RPM PROLONGADO/PREMATURIDAD
- 23=SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/DISTOCIA FUNICULAR
- 24=FETO GRANDE
- 25=RPM PROLONGADO
- 26=OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO
- 27=SITUACIÓN TRANSVERSA/PLACENTA PREVIA
- 28=MACROSOMIA FETAL/SUFRIMIENTO FETAL AGUDO
- 29=EMBARAZO MÚLTIPLE
- 30=PREMATURIDAD
- 31=DEFLEXIÓN DE II GRADO
- 32=PLACENTA PREVIA
- 33=RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
- 34=PRESENTACIÓN PODÁLICA/RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS
- 35=OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO/PRESENTACIÓN PODÁLICA/
DISTOCIA FUNICULAR

- 36=DEFLEXIÓN DE II GRADO/RPM PROLONGADO
- 37=OBITO FETAL
- 38=PRESENTACION PODALICA/RPM PROLONGADO
- 39=OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO/PRESENTACIÓN PODÁLICA
- 40=SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS/EMBARAZO MÚLTIPLE
- 41=ANHIDRAMNIOS
- 42=MALFORMACIONES FETALES/SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/POLIHIDRAMNIOS
- 43=SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/EMBARAZO MÚLTIPLE
- 44=PRESENTACIÓN PODÁLICA/EMBARAZO MÚLTIPLE
- 45=DEFLEXIÓN DEL TERCER GRADO
- 46=MACROSOMIA FETAL/PLACENTA PREVIA
- 47=OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO/EMBARAZO MÚLTIPLE
- 48=SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/POLIHIDRAMNIOS
- 49=NINGUNO
- 50=DISTOCIA FUNICULAR/EMBARAZO
- 51=SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO/RCIU
- 52=SITUACIÓN TRANSVERSA/DISTOCIA FUNICULAR/OBITO FETAL
- 53=SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/EMBARAZO PROLONGADO
- 54=SUFRIMIENTO FETAL AGUDO/OLIGOHIDRAMBIOS SEVERO/ RPM PROLONGADO
- 55=PRESENTACIÓN DE FRENTE

FACTORES MIXTOS:

- 1=FALTA DE DESC. DE LA PRESENTACIÓN
- 2=INSUFICIENCIA ÚTERO PLACENTARIA
- 3=TRABAJO DE PARTO EXPUL PROLONGADO
- 4=DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA/ICP
- 5=DILATACIÓN ESTACIONARIA
- 6=DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA/ICP/DILATACIÓN ESTACIONARIA

7=INDUCCIÓN FALLIDA

8=NINGUNO

9=ISOINMUNIZACION MATERNO-FETAL

10=DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA/ICP/INDUCCIÓN FALLIDA

ANEXO 6.- FOTOS
SACANDO HISTORIAS CLÍNICAS



RECOLECTANDO DATOS DE HISTORIAS CLÍNICAS

