



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN LAS MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CHEPÉN PROVINCIA
DE CHEPÉN REGIÓN LA LIBERTAD. ENERO A JUNIO 2016**

TESIS PRESENTADO POR:

BONNIE ALLEN JOCELYN CUEVA RAMIREZ

PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

LIMA-PERÚ

2017

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, hermanos y demás familiares por su amor y apoyo constante a lo largo de mi vida y mi carrera profesional

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas y a mis docentes por brindarme la oportunidad de desarrollarme como profesional y ser humano a través de sus enseñanzas.

Resumen

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** de determinar los factores asociados a la cesárea en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Chepén provincia de Chepén región La Libertad en el año 2015

Material y métodos. Se realizó un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo transversal, donde se determinó una muestra de 224 pacientes cesareadas, se utilizó una ficha de recolección de datos y se procesaron en el programa informático SPSS versión 21, los **resultados** fueron los siguientes, se encontró que el 32.1% tenían entre los 20 y 30 años de edad, el 27.2% tuvieron estudios secundarios completos, el 43.3% fueron casadas, el 55.4% amas de casa, el 36.6% habían tenido solo un hijo, el 49.6% habían tenido más de 38 semanas de gestación, los factores del parto fueron la principal causa de cesárea con el 51,3%, siendo la asimetría pélvica el factor del parto con mayor incidencia dentro de los factores del parto con el 40.1%; en el caso de los factores del embarazo, la pre eclampsia se presentó en el 46.9%, mientras que en los factores fetales, la prematuridad fue la que se presentó con mayor incidencia con el 75% y en los factores placentarios, la hemorragia del tercer trimestre fue la que se presentó con mayor incidencia con el 68%

Las **conclusiones** a las que se llegó son que la mayoría de las pacientes cesareadas tenían entre 20 y 30 años de edad, con estudios secundarios concluido y casadas, que se dedican como actividad principal a ser amas de casa y que solo habían tenido un solo parto. La edad gestacional menor a las 38 semanas se presentó en la mayoría de casos y que la programación de cesárea en la mayoría se debió a los factores del parto, siendo la asimetría pélvica la principal causa dentro de los factores

Palabras clave: cesárea, factores de parto, embarazo, fetales, placentarios

Abstract

The present study was designed with the objective of determining the factors associated with cesarean section in the women attended at the Chepén Support Hospital province of Chepén region La Libertad in the year 2015

Material and methods. A quantitative, descriptive cross-sectional study was carried out, where a sample of 224 cesarean patients was determined, a data collection sheet was used and processed in the SPSS software version 21, the results were as follows: 32.1% were between 20 and 30 years of age, 27.2% had completed secondary education, 43.3% were married, 55.4% were housewives, 36.6% had only one child, 49.6% had had more than 38 Weeks of gestation, labor factors were the main cause of cesarean delivery with 51.3%, with pelvic asymmetry being the labor factor with the highest incidence among labor factors with 40.1%; In the case of factors of pregnancy, pre-eclampsia was present in 46.9%, while in the fetal factors, prematurity was the one that presented with greater incidence with 75% and in the placental factors, the hemorrhage of the third Quarter was the one with the highest incidence with 68%

The conclusions reached are that the majority of the cesarean patients were between 20 and 30 years of age, with secondary studies completed and married, who are engaged as main activity to be housewives and who had only had a single childbirth. The gestational age less than 38 weeks was present in most cases and that the cesarean programming in the majority was due to the factors of childbirth, with pelvic asymmetry being the main cause within the factors

Keywords: Caesarean section, labor factors, pregnancy, fetal, placenta

Índice

Carátula	1
Dedicatoria	2
Agradecimientos	3
Resumen / Abstract	4
Índice	7
Introducción	8
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 Descripción de la realidad problemática	10
1.2 Delimitación de la investigación	12
1.2.1. Delimitación temporal	12
1.2.2. Delimitación geográfica	12
1.2.3. Delimitación social	12
1.3 Formulación del problema	13
1.3.1. Problema principal	13
1.3.2. Problema secundario	13
1.4 Objetivos de la investigación	13
1.4.1 Objetivo general	13
1.4.2 Objetivos específicos	13
1.5 Hipótesis y variables de la investigación	14
1.5.1 Hipótesis general	14
1.5.2 Variables	14
1.6 Justificación de la investigación	14
1.6.1 Importancia	15
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1 Antecedentes de la investigación	16
2.2 Bases Teóricas	23
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	31
3.1. Tipo de la investigación	31
3.2. Diseño de la investigación	31
3.2.1 Nivel de investigación	31
3.2.2 Método	32
3.3. Población y muestra de la investigación	32

3.3.1 Población	32
3.3.2 Unidad de muestreo	32
3.3.3 Muestra	32
3.4 Técnicas e instrumento de la recolección de datos	33
3.4.1 Técnicas	33
3.4.2 Instrumentos	33
3.5 Procedimientos	34
CAPITULO IV: RESULTADOS	35
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	56

Introducción

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo y la OMS consideran que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. ⁽¹⁾

La cesárea es una intervención quirúrgica cuyo propósito es extraer al feto a través de la vía abdominal, incidiendo en el útero. ⁽²⁾

Se ha escrito que esta operación se remonta a muchos siglos atrás. En Roma antigua era una obligación efectuarla en la mujer embarazada una vez muerta. Se ha dicho que Julio César nació a través de esa intervención, pero es un hecho difícil de aceptar, puesto que su madre vivió muchos años después de que él naciera. ⁽²⁾

De acuerdo a un comunicado de la OMS en el año 2015, en Latinoamérica casi cuatro de cada diez partos se realizan por cesárea (38,9%), muy por encima de lo recomendado desde hace 40 años por esta organización: entre 10% y 15%. ⁽¹⁾

Las cifras crecen incluso en países con una mayor composición indígena e histórico predominio de los partos naturales, como Bolivia, donde las cesáreas pasaron de 14,6% en 2008 a 19% en 2012, o Perú, donde saltaron de 15,8% a 25%. ⁽¹⁾

Brasil, con 200 millones de habitantes, tiene un promedio de 54% de partos por cesáreas. En los servicios privados, la cifra se dispara por sobre el 80%, convirtiéndolo en lugar del mundo donde más se realiza esta intervención. ⁽¹⁾

Altas tasas de cesáreas se registraban también en República Dominicana (44%), Colombia (43%), México (39%) y Chile (37%). ⁽¹⁾

La primera cesárea en el Perú fue realizada en la Maternidad de Lima por el Dr. Camilo Segura el año 1861, en una paciente fallecida durante el parto. ⁽²⁾

Según un reporte del MINSA del año 2015 estableció una tasa de 35.4% de cesáreas realizadas en los hospitales del Ministerio siendo Lima la ciudad con mayor incidencia seguido de Arequipa. ⁽¹²⁾

La operación cesárea incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño, se ha ido incrementando en las últimas décadas particularmente a expensas de la cesárea iterativa. Su frecuencia se ha incrementado a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. ⁽²⁾

En la actualidad, no existe un sistema de clasificación de las cesáreas aceptado internacionalmente que permita hacer comparaciones significativas y pertinentes de las tasas de cesárea entre los distintos establecimientos sanitarios y entre ciudades y regiones. ⁽¹⁾

En ese contexto el presente trabajo busca como objetivo determinar los factores asociados a la cesárea en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Chepén, provincia de Chepén región, La Libertad desde enero hasta junio del 2016.

CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

A partir de la revisión sistemática de la OMS, a nivel de población, a medida que las tasas de cesárea aumentan hasta un 10%-15% se reduce la mortalidad materna y neonatal ⁽³⁾.

Por encima de este nivel, el aumento de la tasas de cesárea deja de estar asociado a una reducción de la mortalidad. No obstante, esta asociación entre la mayor tasa de cesárea y una menor mortalidad se redujo o incluso desapareció en los estudios que controlaron factores socioeconómicos ^(4, 5).

En la actualidad existe en el mundo una fuerte tendencia al alza en las tasas de cesárea, observándose en Estados Unidos la tasa de cesáreas creció rápidamente en los años 70 a 80 y se estabilizó en alrededor del 21 % para 1998. ⁽⁶⁾ Francia, país que recientemente recibió un encumbrado lugar en la lista de la OMS sobre calidad de servicios, reporta el 15,9 % en 2006. España en los hospitales públicos expone el 18 %, mientras que en las clínicas privadas el 28 %. China reporta una tasa tan alta de cesáreas con el 40 %. ⁽⁷⁾

En Cuba, México, Uruguay y Argentina, el promedio fue de más del 23 % en el año 2007. ⁽⁸⁾ Chile presenta una tasa promedio de 40% de cesáreas ^(9, 10)

El nacimiento por cesárea (que se estima debe situarse entre 5,0% y 15,0% de todos los nacimientos como solución final a complicaciones del embarazo y parto) continúa aumentando en el Perú. Así, se incrementó de 21,4% a 28,6% entre los años 2009 y 2014. Al desagregar la cifra por características de la madre, se revelan importantes contrastes observándose que los mayores porcentajes de cesáreas se realizaron entre mujeres del quintil superior (clase alta) (56,0%) o con educación superior (48,4%). En cambio, las mujeres sin educación y ubicadas en el quintil inferior de riqueza (7,5% y 8,8%, respectivamente) muestran los menores niveles de programación de cesárea. ⁽¹¹⁾

En el Perú según un estudio realizado en la DISA V Lima y publicado en la revista peruana de medicina experimental en salud publica en el año 2010, se encontró que durante el periodo de estudio la tasa de cesárea mensual promedio fue de 36,9 % \pm 9,1% ⁽¹²⁾. Esta misma tendencia se ha venido incrementando en los últimos años en nuestro país; las cuales en algunos casos se deben a la asociación de diferentes factores predisponentes, algunos de ellos de tipo materno, fetales u ovulares; y en otros casos siendo estrictamente causas de tipo personales y/o económicas. Esta problemática evidencia una falta de homogeneidad en los criterios que llevan a dicha intervención quirúrgica. ⁽¹³⁾

Sin bien es cierto que hoy en día, las cesáreas son por lo general procedimientos con un alto grado de seguridad; no debe olvidarse que cualquier tipo de cirugía conlleva riesgos como: aumento del sangrado (que podría requerir una transfusión de sangre), infecciones de herida operatoria, daño accidental al intestino y/o vejiga, reacción adversa a medicamentos, muerte materno-fetal (muy poco frecuente) y posibles daños al neonato. Además de tener presente las implicaciones médico-

legales que obligan a justificar plenamente los riesgos de la ejecución de este procedimiento. ⁽¹⁴⁾

Es por eso que debemos tener presente, que las reales indicaciones de parto por cesárea se realizan bajo circunstancias clínicas en las cuales el pronóstico materno-fetal se optimiza al utilizar este procedimiento quirúrgico. ⁽¹⁵⁾

El presente estudio se realizara en el hospital de Apoyo Chepén, provincia de Chepén en la región de La Libertad, el cual se realizara en las pacientes que hayan acudido al servicio entre los meses de enero a junio del 2016.

El hospital de apoyo Chepén, es un hospital nivel II-1, que pertenece al Ministerio de Salud, donde se atienden todas las gestante de la provincia de Chepén que requieran atención especializada por su condición o por problemas en el proceso de gestación que compliquen el parto.

1.2 Delimitación de la investigación

1.2.1 Delimitación temporal

El desarrollo del trabajo se realizó entre los meses de enero a junio del 2016

1.2.2 Delimitación geográfica

El trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital de Apoyo Chepén de la provincia de Chepén en la región La Libertad.

1.2.3 Delimitación social

Las gestantes que se han atendido en el servicio de Gineco-obstetricia del hospital de apoyo Chepén perteneciente al Ministerio de Salud

1.3 Formulación del problema.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son los factores asociados a la cesárea en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Chepén, provincia de Chepén, región La Libertad de enero a junio 2016?

1.3.2 Problemas Secundarios

¿Qué factores maternos están asociados a la cesárea en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Chepén de enero a junio 2016?

¿Qué factores fetales están asociados a la cesárea en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Chepén de enero a junio 2016?

¿Qué factores placentarios están asociados a la cesárea en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Chepén de enero a junio 2016?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo General

Determinar los factores asociados a la cesárea en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Chepén provincia de Chepén región La Libertad de enero a junio 2016.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores maternos asociados a la cesárea en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Chepén de enero a junio 2016
- Identificar los factores fetales asociados a la cesárea en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Chepén de enero a junio 2016
- Identificar los factores placentarios asociados a la cesárea en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Chepén de enero a junio 2016

1.5 Hipótesis y variables de la investigación

1.5.1 Hipótesis general

Por ser un estudio descriptivo no amerita hipótesis

1.5.2 Variable

V. 1 Factores asociados a cesárea

Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores Asociados	Maternos	Edad materna
		HTA
		Cáncer cuello uterino
		Complicaciones médicas asociadas
		Incisión uterina previa
		Embarazo múltiple (tres o más fetos).
		Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia.
		Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp.
		Insuficiencia cardio-respiratoria.
		Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina)
		Papiloma virus humano
		Desproporción cefalopélvica
		Distocia
		Inducción fallida del trabajo de parto
	Fetales	Presentaciones anómalas
		Asimetría pélvica.
		Sufrimiento fetal
		Mala presentación fetal
	Placentarios	Prematuridad
Anomalías fetales		
Hemorragia del tercer trimestre		
Rotura prematura de membranas		

1.6 Justificación de la investigación

El presente estudio de investigación se justifica porque se ha observado en los últimos meses un incremento en el número de cesáreas en el Hospital de Apoyo Chepén, la Organización Mundial de Salud ha manifestado su preocupación debido al crecimiento del número de este procedimiento quirúrgico a nivel mundial debido a que con el parto por cesárea se aumenta el riesgo para madre y bebé y se anulan los beneficios que tiene para ambos el parto vaginal, por esta razón resulta importante identificar los factores que influyen en la programación de las cesáreas para en la medida de lo posible tratar de controlarlos con el propósito de reducir la programación lo menos posible para evitar las complicaciones en la madre y el bebé.

1.6.1 Importancia

El presente estudio pretende identificar los factores asociados a la cesárea en el Hospital de Apoyo Chepén, para que de esa manera se logre reducir el número de cesáreas adoptando medidas acciones en aquellos factores en los que se puede modificar o intervenir de modo que logre reducir el número de cesáreas con el apoyo de todos los profesionales del Hospital de Apoyo Chepén ya que permitirá valorar los criterios que se adoptan para indicar esta intervención quirúrgica en las gestantes y de esa forma adoptar medidas que permitan disminuir la incidencia de cesáreas, pues sabemos que esta cirugía incluye una serie de complicaciones tanto maternas como neonatales, y así recomendar su práctica solamente en los casos necesarios y que sean beneficios para la salud de la madre y su hijo, de ese modo se podrá llevar un mejor control de la programación de cesáreas debido a la identificación de los factores, así mismo las intervenciones quirúrgicas son más caras, desde esa perspectiva reducir el número de cesáreas permitirá un ahorro económico a las familias de las pacientes debido a que el parto natural es más económico y presenta un grado de recuperación más rápido, reduciendo la posibilidad de complicaciones y de estancia hospitalaria.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Dávila A. y col realizaron una investigación sobre la Prevalencia y causas de cesárea en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín en el primer semestre de 2013. Ecuador. 2014, con el **objetivo** de determinar la prevalencia y causas de cesárea en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín (H.C.A.M.) en el primer semestre de 2013. **Materiales y Método:** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de diseño transversal que involucra a todas las pacientes gestantes que culminaron su embarazo dentro del servicio de Ginecología y Obstetricia del H.C.A.M. en el primer semestre del 2013, se analizaron 793 historias clínicas de pacientes cuyo embarazo culminó mediante cesárea durante ese período de tiempo en el H.C.A.M, para recolectar la muestra se utilizó una ficha de recolección de datos. Obteniendo como **resultados** que independientemente de la edad materna o edad gestacional, la prevalencia de cesáreas fue de 50,32% (IC 95%: 48,1% - 52,5%). Por otro lado, la cesárea previa es la principal causa de parto por cesárea con un 40,2% (IC 95%: 36,6% - 43,5%), seguida de la desproporción céfalo-

pélvica con 13,5% (IC 95%: 11,2% - 15,9%) y en tercer lugar la mala presentación fetal con 11% (IC 95%: 9,0% - 13,4%). **Conclusiones:** todas las madres participantes en este estudio presentaron al menos una indicación de cesárea y que las principales indicaciones de cesárea que fue la cesárea previa encontrada en el presente estudio es comparables con las encontradas en Latinoamérica, sin embargo, se necesitan estudios adicionales que confirmen estos hallazgos en la población de estudio. ⁽¹⁶⁾

Medina S., Ortiz A y Miño C, en su estudio sobre la Incidencia e indicaciones de cesáreas realizado en el servicio de Tocoginecología del Hospital Dr. José R. Vidal. Argentina. 2011, con el **objetivo** de determinar la incidencia de operación cesárea, determinar sus principales indicaciones obstétricas y las patologías maternas asociadas. **Materiales y Método:** estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, se revisaron los libros de Pases de Guardia desde 1° de enero de 2009 al 30 de abril de 2010. La población y muestra estuvo integrada por todas las gestantes atendidas en dicho servicio. Se analizaron el número total de nacimientos, número total de cesáreas, clasificadas según sus indicaciones obstétricas, obteniéndose una base de datos. Adicionalmente, se obtuvo información sobre las patologías maternas asociadas. Se utilizó una ficha de recolección de datos para recopilar la información. Obteniendo como **resultados** que se registraron 4016 nacimientos, con incidencia de cesáreas de 32% (n=1299). Indicaciones obstétricas de cesáreas: 30,94% por cesárea anterior, 16 % sufrimiento fetal agudo, 9,76% falta de progresión del trabajo de parto, 9,04% distocia de presentación, 9,04% negativa al parto, 5,45% ginecorragia de la segunda mitad del embarazo, 3,80% desproporción feto pélvica, 3,30% embarazo gemelar, 13,13% otras en un total de 1393 pacientes. Indicaciones por patologías maternas asociadas: 46% hipertensión arterial, 21,60% diabetes, 8,40% coreoanmionitis, 7,60% cáncer de cérvix, 5,20% ruptura prematura de membrana, 4% cardiopatías, 2,40% Lúes, 2,40% colestasis, 1,20% condilomatosis, 0,80% código 76 y otras 0,40% en un total de 250 pacientes. **Conclusiones:** las cesáreas han aumentado

significativamente, respecto de años anteriores, principalmente a expensas de la cesárea anterior e iterativa. Y las patologías maternas asociadas hipertensión arterial y diabetes fueron las de mayor incidencia.

(17)

Millán M y Mendoza A. realizaron una investigación sobre los Factores relacionados con la cesárea primitiva, realizada en el hospital general universitario Carlo Manuel de Céspedes. Cuba. 2010, con el **objetivo** de identificar el comportamiento de algunos factores perinatales asociados a esta intervención. **Material y Método:** Se realizó un estudio analítico, caso-control, univariado, la población fue de 2,122 nacimientos donde la muestra fue de 694 cesáreas primitivas con un índice de 32,7 %. Se utilizó una ficha de recolección de la información como instrumento. **Resultado:** del análisis univariado de las variables paridad previa y su relación con la edad materna menor de 20 años se obtuvo asociación estadística ($p=7,134E - 06$). En la relación de las patologías asociadas o propias del embarazo con las condiciones cervicales desfavorables encontramos el 35,88 % del grupo estudiado. La relación entre la edad gestacional mayor de 40 sem y el diagnóstico de macrosomía obtuvo un nivel de asociación estadística de $p=0,0016$. En cuanto a la presencia de meconio con las condiciones cervicales desfavorables, la asociación estadística fue significativa ($p=5,712E - 06$). **Conclusión:** que la cesárea previa, la edad materna menor a 20 años, la edad gestacional mayor a 40 semanas y macrosomía fetal están asociados estadísticamente con la cesárea primitiva y son capaces de incrementar su índice. ⁽¹⁸⁾

Laguado N y col. Realizaron una investigación sobre los Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea, realizado en la clínica San José de la ciudad de Cúcuta. Colombia, 2010, con el **objetivo** de identificar los factores maternos y fetales que desencadenan el procedimiento quirúrgico de cesárea en las pacientes que ingresan en trabajo de parto. **Material y Métodos:** el estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal, la muestra estuvo integrada por 93 mujeres que se someten a una cesárea y que se encuentren entre las edades de 15 y 35

años, la muestra se seleccionó mediante muestreo probabilístico aleatorio, para la recolección de los datos se utilizó una ficha de recolección diseñada para el presente estudio. **Resultados:** los factores maternos más frecuentes que llevan a realizar una cesárea en la clínica San José es la cesárea injustificada con el 51.4%, seguido del trabajo de parto prolongado con el 11.8%, mientras los factores fetales con mayor predisposición para la elección de una cesárea en el presente estudio es la evidencia de infección intrauterina (toxoplasmosis) con un 3.9%. **Conclusión:** Las razones maternas más frecuentes para la realización de cesárea son: trabajo de parto prolongado y estacionario y deseo de la paciente; lo que indica que muchas mujeres solicitan que se les haga cesárea, sin tener ninguna complicación en el embarazo o poca dilatación en el trabajo de parto. ⁽¹⁹⁾

2.1.2 Antecedentes nacionales

Gálvez E. en su investigación sobre la Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José”, Callao. 2014, con el **objetivo** de determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, en el período enero - diciembre 2013. **Material y Método:** para la presente tesis se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo; en el Hospital San José del Callao en el periodo de enero – diciembre 2013. La población está constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y el espacio muestral corresponde a 160 pacientes, el instrumentos de recolección de datos fue la ficha de recolección de datos

La información fue recolectada principalmente del libro de cesáreas de sala de operaciones, de las Historias Clínicas respectivas, así como del Libro de Registros que se encuentra en el Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital

San José del Callao. Obteniendo como **resultado** que al analizar las 160 historias clínicas, se encontró que el 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 81%, se encuentra

entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2 500 g. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9% , sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha , periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%.

Conclusiones: la tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao en el periodo enero - diciembre 2013 fue de 42 % respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40 % registrado en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18 % son cesáreas emergencia y el 24 % son de tipo electivas.

Adicionalmente (a pesar que no fue el objetivo de esta investigación) se encontró que las 5 principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron: Desproporción céfalo- pélvica y macrosomía fetal (12 %), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%).⁽²⁰⁾

Patiño G. realizó una investigación sobre los Factores determinantes de la cesárea realizada en los hospitales de Apoyo José Alfredo Mendoza Olavarría y el Hospital de Nivel I Carlos Cortés Jiménez. Tumbes. 2011, con el **objetivo** de conocer los factores maternos y fetales asociados a la cesárea y la frecuencia de la operación, se realizó el estudio en las cesareadas de los hospitales del Ministerio de Salud y Essalud de Tumbes durante seis meses. **Material y Método:** El diseño de la investigación fue descriptivo, prospectivo y longitudinal, las técnicas e instrumentos de recolección de datos fueron observacionales, utilizándose una ficha de recolección de datos que contenía los antecedentes personales y gineco obstétricos de la gestante, La muestra estuvo conformada en ambos casos por 30 pacientes cesareadas de los

hospitales MINSA y EsSalud. Se realizaron entrevistas a las pacientes cesareadas, utilizando un cuestionario con preguntas estructuradas y no estructuradas, para reseñar los datos relacionados con la indicación de la cesárea. Obteniendo como **resultados** que se encontraron que en el Hospital del Ministerio de Salud, la edad promedio fue de 26,4 años, mientras que en el de Essalud fue de 29,4. En cuanto al diagnóstico en el hospital del ministerio fue que el 20% fue por cesárea anterior, mientras el 13,3% presentó enfermedad hipertensiva del embarazo y macrosomía fetal, mientras en Essalud fue con el 20% la presentación alta y la cesárea anterior. Los recién nacidos en el hospital del Ministerio de Salud tuvieron en promedio un peso de 3194 g y un apgar de 9,1, mientras que en la seguridad social el peso fue de 3200 g y un apgar promedio de 9,2. **Conclusión:** la frecuencia de cesárea en el hospital de Essalud fue de 58,76 %, y de 49,52 % en el MINSA. ⁽²¹⁾

Jaurigue K. en su investigación sobre los Factores asociados a la gestante y al recién nacido macrosómico realizado en el Hospital Regional. Ica, 2014, con el **objetivo** de identificar los factores asociados a la gestante y al recién nacido macrosómico en el Hospital Regional de Ica durante el período de Junio-Septiembre del 2013. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ica. La muestra estuvo constituida por 621 gestantes, de ellas 67 fueron consideradas dentro del grupo casos y 554 dentro del grupo control. Se realizó un análisis univariado y bivariado, se consideró aceptable una $p < 0,05$. Como instrumento de recolección de información se utilizó una encuesta obtenida de una investigación previa. **Resultados:** La incidencia de macrosomía neonatal fue de 8,22%. Se encontró como características maternas relacionadas a macrosomía: peso pregestacional de 63.52 ± 12.01 kg, ganancia de peso durante el embarazo de 13.90 ± 4.93 kg, altura uterina de 35.19 ± 1.95 cm y un ingreso económico familiar mayor a 750 soles mensuales ($p < 0,05$). Las características del feto asociadas a macrosomía fueron: ponderado ecográfico de $3805,68 \pm 472,22$ gr. y ponderado fetal clínico promedio de $3620,08 \pm 321,40$ gr. Las medidas antropométricas del producto macrosómico, fueron

superiores al del grupo control ($p < 0.05$). El sexo masculino se asoció en mayor proporción con la presencia de macrosomía 13,9% ($p < 0.05$). Las complicaciones maternas halladas fueron: desgarro del canal de parto (23,7%) y retención de restos placentarios (8%). Entre las complicaciones neonatales se observaron: caput succedaneum (4,8%), cefalohematoma (1,9%), deshidratación moderada (1,1%) e hipoglicemia (0,8%)

Conclusiones: Existen factores maternos modificables asociados a macrosomía, sobre los cuales se puede intervenir en la atención primaria, para evitar complicaciones maternas y neonatales.⁽²²⁾

Álvarez C. en su estudio sobre los principales indicaciones de cesárea realizado en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión. Callao 2016, con el **objetivo** de determinar las principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo Julio 2014 - Julio del 2015. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, el universo consto de 1226 pacientes a las que se les realizo cesárea durante el periodo Julio del 2014 a Julio del 2015, la muestra fue de 151 casos y se calculó con una fórmula para poblaciones finitas, Se diseñó una ficha de recolección de datos para transcribir las indicaciones de cesárea. Los datos extraídos se analizaron con el programa estadístico SPSS IBM versión 23. Obteniendo como **resultados** que al analizar los 151 casos, se agruparon en 3 grupos principales los diagnósticos encontrados: Indicación materna con un 37,7%, indicación fetal con un 47,7% y parto disfuncional con un 17,9%. La principal indicación de cesárea fue por causa fetal, encontrándose 72 casos (47,7%), de los cuales 23 (31,9%) fueron por macrosomía fetal, 14 casos (20,8%) fueron por distocia de presentación. Dentro de las indicaciones maternas, preeclampsia con 21 casos (29,2%) fue la más prevalente, y le siguió la cesárea previa con 19 casos (26,4%). De la misma forma, en las indicaciones por parto disfuncional, se encontró 10 casos (13,9%) por inducción fallida y 5 casos (6,9%) por dilatación estacionaria. **Conclusiones:** La principal indicación de cesárea fue la indicación fetal con un 47,7%, siendo la macrosomía fetal la de mayor

prevalencia con 31,9%. ⁽²³⁾

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Definición

La operación cesárea es un procedimiento quirúrgico definido como el nacimiento del feto mayor de 22 semanas a través de incisiones en la pared abdominal (laparotomía) y la uterina (histerotomía). ⁽²⁴⁾

2.2.2 Tipos de cesárea

* Cesárea Electiva: Es elegir la cesárea con el fin de evitar riesgos o sufrimientos para la madre y para el hijo.

* Cesárea de Emergencia: aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una patología de aparición súbita que obliga la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetándolos requisitos para su ingreso a sala de operaciones. ⁽²⁵⁾

2.2.3 Principales Indicaciones:

Las indicaciones pueden agruparse de diversas maneras: maternas, fetales y mixtas, según quien sea el supuesto beneficiario de la intervención; electivas, esto es, sin intentar el trabajo de parto o intraparto o de recursos emergentes o programables, absolutas o relativas. Se acepta que existen indicaciones absolutas de cesáreas que no plantean problemas en la toma de decisiones por la evidencia de su necesidad; otras de justificación más discutible, son las que hoy proporcionan buena parte de la alta incidencia de cesáreas. ⁽²⁶⁾

En nuestro país el Instituto Nacional Materno Perinatal utiliza la clasificación de acuerdo a si las indicaciones son relativas o absolutas

A. Indicaciones Absolutas

Cesárea iterativa

Cesárea anterior con periodo intergenésico corto.

Sufrimiento fetal

Distocia de presentación (situación podálica, transversa, etc.)

Desprendimiento prematuro de placenta

Placenta previa centro total
Incompatibilidad cefálo pélvica
Estrechez pélvica
Prolapso de cordón umbilical
Situación transversa
Macrosomía fetal
Sufrimiento fetal agudo
Infección por Herpes activa
Tumores obstructivos benignos y malignos
Cirugía uterina previa, antecedentes de plastia vaginal
Infección por VIH

B. Indicaciones Relativas

Distocia del trabajo de parto que no corresponde al tratamiento
Presentaciones anómalas
Anomalías fetales
Embarazo múltiple (tres o más fetos)
Asimetría pélvica
Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia
Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp.
Insuficiencia cardio-respiratoria
Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina).
Papiloma virus humano ⁽²⁴⁾

Otra de las clasificaciones usadas de acuerdo a problema de la madre, del producto, al proceso del parto o al placentario son:

A. Indicaciones Maternas:

- **Enfermedad Hipertensiva del Embarazo:** En los casos de preeclampsia leve con embarazo a término se plantea la indicación de cesárea cuando no existe respuesta a la inducción de parto y/o hay signos de deterioro materno o fetal .En la preeclampsia severa, es necesario terminar la gestación por riesgo materno y fetal, si no hay condiciones para parto vaginal ,se optará por la vía abdominal ,en especial si hay signos

inminentes de eclampsia o de desarrollo del Síndrome Hellp o si se trata de restricción de crecimiento fetal o bebés de peso muy bajo. ⁽²⁷⁾

- Complicaciones Médicas Asociadas: En la mayoría de las enfermedades asociadas a la gestación se elige la vía del parto de acuerdo a la complicación obstétrica. En algunos casos, como el herpes genital reciente o activo, salvo membranas rotas más de 4 horas y en el SIDA, la intervención es mandatoria y en otros, como la diabetes mellitus complicada, cardiopatía severa, cuadro de lupus eritematoso sistémico activo, entre otras. ⁽²⁷⁾

- Cáncer de Cuello Uterino: Toda gestante con diagnóstico de cáncer invasivo del cuello uterino después de las 22 a 26 semanas debe ser sometida a cesárea inmediatamente se demuestre la madurez fetal. En los casos con diagnóstico histopatológico de cáncer in situ o microinvasor de cérvix, la vía de parto puede ser vaginal, limitándose la cesárea a una indicación obstétrica. ⁽²⁷⁾

- Incisión Uterina Previa: En los casos de cesárea previa, la cicatriz de la incisión en la pared uterina puede predisponer a su rotura antes o durante el trabajo de parto, por lo que, en estos casos el parto abdominal ha sido considerado como indicación casi absoluta. Sin embargo la cicatriz de una cesárea segmentaria transversa es capaz de tolerar el embarazo y el parto sin romperse. Sin embargo se debe considerar el riesgo de morbilidad o mortalidad del feto y neonato, cuando el intervalo internatal es menor de dos años. ⁽²⁷⁾

B. Indicaciones Fetales:

- Sufrimiento Fetal: La hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado

la dilatación o se espera un expulsivo prolongado. En nuestro medio, es necesario el criterio clínico del médico ginecólogo-obstetra quien principalmente en los casos de preeclampsia, oligohidramnios, diabetes o parto prolongado, hará una evaluación con la ayuda del partograma con curvas de alerta, para tomar la decisión más apropiada. ⁽²⁷⁾

- Mala Presentación Fetal: Los casos con feto en situación transversa en el parto o con presentación de cara mentoposterior izquierda o de frente son indicaciones de cesárea. También lo son las presentaciones cefálicas deflexionadas, cuando el progreso del parto es dificultoso, comportándose como desproporciones fetopelvicas relativas. La presentación podálica es indicación de cesárea en el parto pretérmino, principalmente si se estima un peso fetal muy bajo, por la fragilidad fetal y por el riesgo de atrapamiento de la cabeza en un cuello insuficientemente dilatado, también en los casos de presentación podálica incompleta, por el riesgo de prolapso de cordón. ⁽²⁷⁾

- Prematuridad: La experiencia obstétrica y neonatológica indica que el feto prematuro tiene más riesgo de traumatismo obstétrico si nace por vía vaginal, más aún, si viene en podálica.

Por tal motivo se recomienda que los fetos con peso menor o igual a 1 500 g deban nacer por cesárea si su presentación es podálica o existe sufrimiento fetal. ⁽²⁷⁾

C. Anormalidades del parto:

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

contracción del estrecho inferior usualmente tienen confirmación durante el segundo periodo del parto. ⁽²⁷⁾

- Distocia: También se define como parto anormal en el que al analizar las características de la gestante, no se presupone un parto vaginal seguro. La desproporción cefalopélvica es una de sus causas. La inercia o disfunción uterina es la otra explicación de la distocia y suele corregirse mediante el uso de oxitócicos. Sin embargo, la diferencia entre ambas requiere el juicio adecuado del gineco-obstetra. La distocia ha sido la primera razón de indicación de cesárea repetida. El partograma es el instrumento que ayuda a diagnosticar la inercia o la disfunción uterina. ⁽²⁷⁾

- Inducción fallida del trabajo de parto: En casos indicados de inducción por riesgo materno fetal puede haber falta de respuesta o, una vez iniciado el parto inducido, este no progresa, lo que requerirá la culminación del embarazo por cesárea. ⁽²⁷⁾

D. Indicaciones placentarias:

- Hemorragia del tercer trimestre

Los casos de hemorragia del tercer trimestre debidos a placenta previa tienen indicación de cesárea cuando el embarazo está a término y persiste la obstrucción parcial o completa del canal cervical o cuando se presenta un sangrado importante en cualquier momento del embarazo.

Las pacientes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta moderada o severa deben ser sometidas a cesárea inmediatamente; cuando el desprendimiento es leve; se realizará la cesárea cuando el bebé está vivo y presenta signos de sufrimiento fetal; o cuando se considera que el parto va a demorar más de dos horas o el sangrado aumenta. ⁽²⁷⁾

- Rotura prematura de membranas

La rotura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto está asociada con corioamnionitis y prematuridad, así como con muerte materna y perinatal. Es por esto que, en un cuadro de rotura

prematura de membranas (RPM), si no hay condiciones de parto vaginal después de las 24 horas de ocurrida la RPM, si falló la inducción, o ante la presencia de corioamnionitis o de sufrimiento fetal sin trabajo de parto, se prefiere terminar la gestación por vía alta, usándose profilaxis antibiótica o en el caso de corioamnionitis, antibioticoterapia de espectro amplio. ⁽²⁷⁾

2.2.4 Consideraciones no clínicas:

Existen múltiples causas no clínicas o paramédicas que forman parte de las indicaciones de cesárea y que deben revisarse con cierta cautela:

- Edad materna: Es casi constante en la bibliografía la observación de que la tasa de cesáreas aumenta a medida que avanza la edad materna.
- Volumen asistencial: El volumen de partos asistidos en un centro puede justificar diferencias en las tasas probablemente por la infraestructura de que disponen.
- Características de los profesionales: La capacitación de los profesionales puede marcar de forma muy ostensible su decisión quirúrgica.
- Cesárea a Demanda: Cada vez es más frecuente que la propia paciente pida la realización de una cesárea, probablemente debido a la creencia muy difundida de que esta intervención es una práctica igual de segura para ella y el feto que el parto vaginal. Si se practica una cesárea a demanda teóricamente la mujer y el feto asumen los riesgos mientras que si no se hace la responsabilidad recae sobre el médico. ⁽²⁸⁾

2.2.5 La estrechez pélvica

a) Estrechez del plano de entrada o superior.

Los diámetros importantes en el estrecho superior son el anteroposterior y el transversal. Se denomina diámetro conjugado verdadero la distancia que hay entre el promontorio sacro y el borde superior de la sínfisis púbica. El diámetro conjugado obstétrico es la distancia entre el promontorio sacro y el sitio más cercano de la cara posterior de la sínfisis púbica. Diámetro conjugado diagonal es la distancia entre el promontorio sacro y el borde inferior de la sínfisis (el único que se puede medir clínicamente). El diámetro obstétrico se calcula restando 1,5 a 2 cm al

diámetro conjugado diagonal y es el menor del estrecho superior. Se considera estrechez pélvica en el plano superior un conjugado diagonal menor de 11,5 cm o un obstétrico menor de 10 cm. Grados leves de estrechez pueden permitir encajamiento mediante el mecanismo del asinclitismo. El asinclitismo anterior, en el cual la sutura sagital se encuentra más cerca del sacro, es más favorable que el posterior, donde la sutura sagital está más cerca del pubis. ⁽²⁹⁾

b) Estrechez del plano medio.

El plano medio está limitado por el borde inferior de la sínfisis del pubis, las espinas ciáticas y el sacro, en la unión de la 4ª y la 5ª vértebra. Son causas de distocia a este nivel las espinas ciáticas prominentes (diámetro interespinoso menor de 10 cm), la convergencia de las paredes laterales y la escotadura sacrociática estrecha. Por lo general producen detención persistente del descenso y de la rotación en una variedad posterior o transversa profunda. Las estenosis del estrecho medio originan las distocias pélvicas más importantes. ⁽²⁹⁾

c) Estrechez del plano de salida o inferior. Casi siempre se asocia a estenosis del estrecho medio y debe sospecharse cuando hay espinas ciáticas prominentes (disminución del diámetro transversal), sacro inclinado hacia adelante, diámetro anteroposterior del estrecho inferior corto (este diámetro va desde el borde inferior de la sínfisis hasta la punta del sacro), o disminución de la distancia entre las tuberosidades isquiáticas (diámetro intertuberoso menor de 8 cm). Este tipo de pelvis se conoce como infundibuliforme. ⁽²⁹⁾

2.2.6 Otras alteraciones de la pelvis dependiente de la columna vertebral

Las pelvis descritas anteriormente se caracterizan por ser simétricas con respecto a un plano sagital medio, guardando proporcionalmente medidas iguales del lado izquierdo y derecho de la pelvis. Recordemos que la arquitectura formada por la columna, los miembros inferiores y la pelvis funciona como una sola unidad funcional y cualquier alteración de éstos

repercute en la forma, los diámetros y la inclinación de la pelvis. Estas pelvis deformadas por diferentes causas como fracturas, debilidad muscular por polio, parálisis infantil, desviaciones de la columna, acortamiento de un miembro inferior o amputaciones, se traducen en alteraciones de los diámetros oblicuos del estrecho superior, favoreciendo una desigualdad que, si es mayor de 1 cm, dificulta el descenso, encajamiento y rotación de la presentación⁽³⁰⁾

2.2.7 Definición de términos básicos

- Cesárea

La Cesárea es una intervención quirúrgica que se emplea para lograr el nacimiento del feto cuando este no puede o no debe ser llevado a cabo por vía vaginal. ⁽³¹⁾

- Factor materno

Son todos los agentes o elementos que contribuye directamente a dar un resultado determinado, por tanto va influir en la respuesta de las madres, es decir, son todos los indicadores individuales que determinan la finalización temprana de la lactancia materna en cada madre ⁽³²⁾

- Factor fetal

Situación que presenta el feto antes del nacimiento que faculta al clínico a la programación de la cesárea ⁽³³⁾

- Anormalidades del Parto

Situaciones que se presentan al momento del parto y que obliga a suspender el parto eutócico para su programación a cesárea ⁽³⁴⁾

- Factor Placentario

Alteraciones placentarias que aceleran al proceso del parto por la vía cesárea ⁽³⁵⁾

- Indicación Relativas

Acción que implica una evaluación subjetiva del evaluador para la toma de una decisión. ⁽³⁶⁾

CAPÍTULO III: METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación

El estudio es de diseño tipo no experimental debido a que la investigación que se realiza no manipula deliberadamente variables.

3.2. Diseño de Investigación

Es un estudio descriptivo de corte transversal.

Estudio descriptivo, porque se realizó una revisión sobre hechos concretos y específicos, donde el investigador no interviene y los datos obtenidos son de carácter netamente utilitarios.

Estudio retrospectivo, porque la información captada se realizó antes de la planificación del ejecución del proyecto.

Estudio transversal, porque se capta la información en un solo momento, no se realizó un seguimiento ni control de las pacientes evaluadas luego de captada la información.

3.2.1. Nivel de Investigación

Aplicativo, porque ayudó a descubrir los factores asociados a cesárea con el propósito de ayudar a disminuir el incremento de cesáreas investigando.

3.2.2. Método

Cuantitativo porque se vale de datos numéricos para poder obtener resultados estadísticos que permitan examinar y analizar los datos obtenidos.

3.3. Población y muestra de la investigación

3.3.1. Población

La población sujeto de estudio comprendió a todas las gestantes que fueron cesareadas en el 2016 y son 536 mujeres cesareadas

3.3.2. Unidad de análisis

Gestantes cesareadas en el 2016

3.3.3. Muestra

La muestra fue aplicada sobre la población de 536 gestantes que fueron cesareadas

$$n = \frac{N * z_o^2 * P * Q}{(N - 1) * d^2 + z^2 * P * Q}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra.

Z = Nivel de confianza para un error de tipo I al 95% de confianza.

P = Probabilidad de éxito.

Q = 1 - P

N = Tamaño de la población.

d = Error.

Reemplazando:

Z = 1.96.

P = 0.5.

$$Q = 1 - 0.5$$

$$N = 536$$

$$d = 0.05.$$

Donde la muestra fue de 224 mujeres cesareadas

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnica

Revisión documental

- Método retro lectivo mediante la lectura de la información consignada en las historias clínicas de las mujeres cesareadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo Chepén durante el periodo de enero a junio del año 2016.
- Se utilizó una ficha de recolección de datos donde se recopiló toda la información necesaria de las historias clínicas de las mujeres cesareadas, así mismo se realizó la confrontación de la información obtenida con los datos de los reportes de sala de operaciones a fin de confirmar la información obtenida en las historias clínicas, las fichas de recolección obtenidas fueron tabuladas para su análisis.

3.4.2. Instrumentos

La Ficha de recolección de datos, elaborada para el presente estudio que cuenta con 10 ítem en relación a:

- Datos generales, con 6 ítem en relación a la edad, nivel educativo, paridad, estado civil, edad gestacional y ocupación.
- Factores maternos, con 2 ítem a nivel conceptual general y específico, identificando los factores de la madre que tengan relevancia en el proceso de programación de una cesárea, antes y durante la gestación.
- Factores fetales, con 1 ítem a nivel conceptual general y específico, identificando los factores del feto que conllevan a la programación de una cesárea.

- Factores placentarios, con 1 ítem a nivel conceptual general y específico, considerando aquellos factores de la placenta que son causales de programación de cesáreas.

3.5. Procedimiento

3.5.1 Selección de Datos

Se procedió a seleccionar las historias clínicas utilizando el muestreo de tipo aleatorio simple, para lo cual se eligió al azar una historia clínica por día, hasta conseguir el número de cesareadas según el cálculo muestral, descartan aquellas historias que no consignaban la información completa.

3.5.2 Procesamiento de Datos

Se digitaron los datos recogidos en las historias clínicas, y se procesaron en el programa SPSS versión 21.0 para ambiente Windows XP, para lo cual se etiquetó y se definió el rango de cada variable. Así mismo una vez obtenidos los resultados con la valoración estadística correspondiente, se elaboraron gráficos de los resultados relevantes en EXCEL 2007.

3.5.3 Análisis estadístico

- Se planteó un análisis descriptivo, de acuerdo a los valores del número y porcentaje de las interrogantes planteadas para comparar los resultados obtenidos en el servicio Ginecología y Obstetricia

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANALISIS DE LOS DATOS

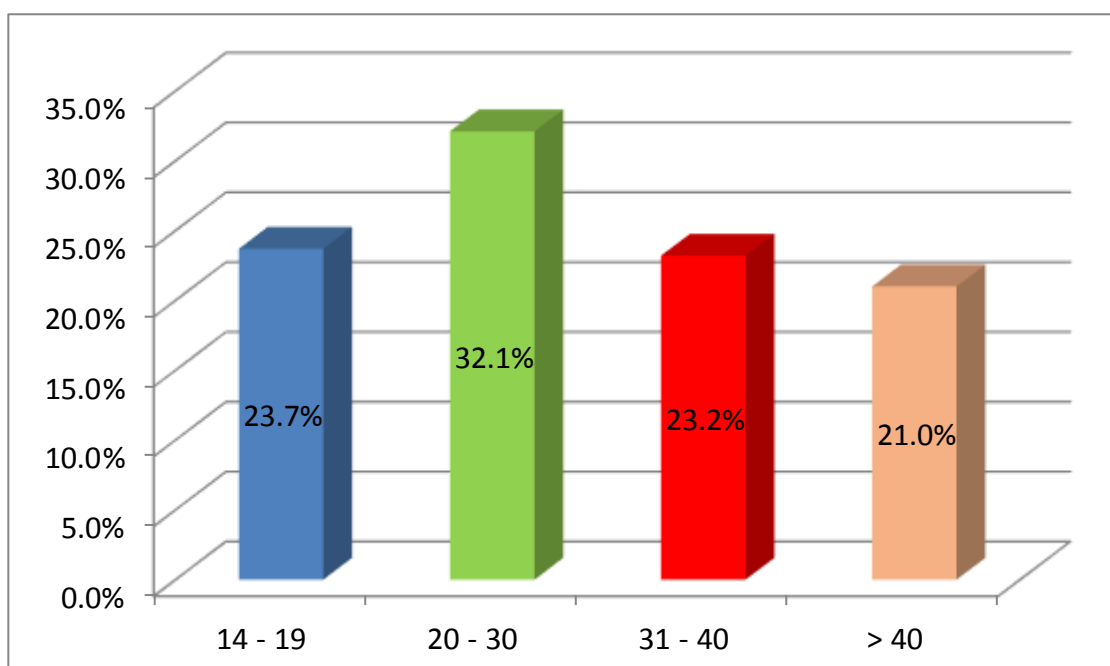
I. DATOS GENERALES

EDAD DE LAS MUJERES CESAREADAS

TABLA N°1

Grupo etareo	Cantidad	Porcentaje
14 – 19	53	23.7
20 – 30	72	32.1
31 – 40	52	23.2
> 40	47	21.0
Total	224	100.0

GRÁFICO N°1



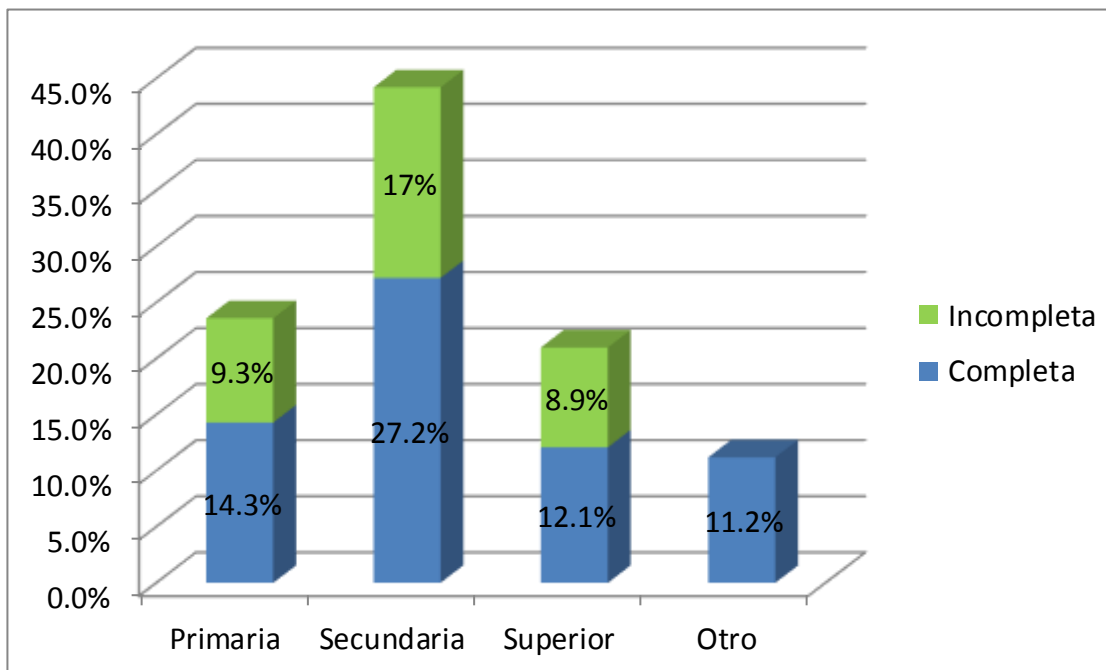
Las pacientes que presentaron una mayor incidencia según el grupo etareo fueron las de 20 y 30 años con el 32.1% del total, mientras las pacientes mayores de 40 años presentaron un menor porcentaje con el 21% de la muestra.

NIVEL EDUCATIVO

TABLA N°2

Nivel educativo	Completa		Incompleta	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Primaria	32	14.3	21	9.3
Secundaria	61	27.2	38	17,0
Superior	27	12.1	20	8.9
Otro	25	11.2	0	0
Total	145	64.8	79	35.2

GRÁFICO N°2



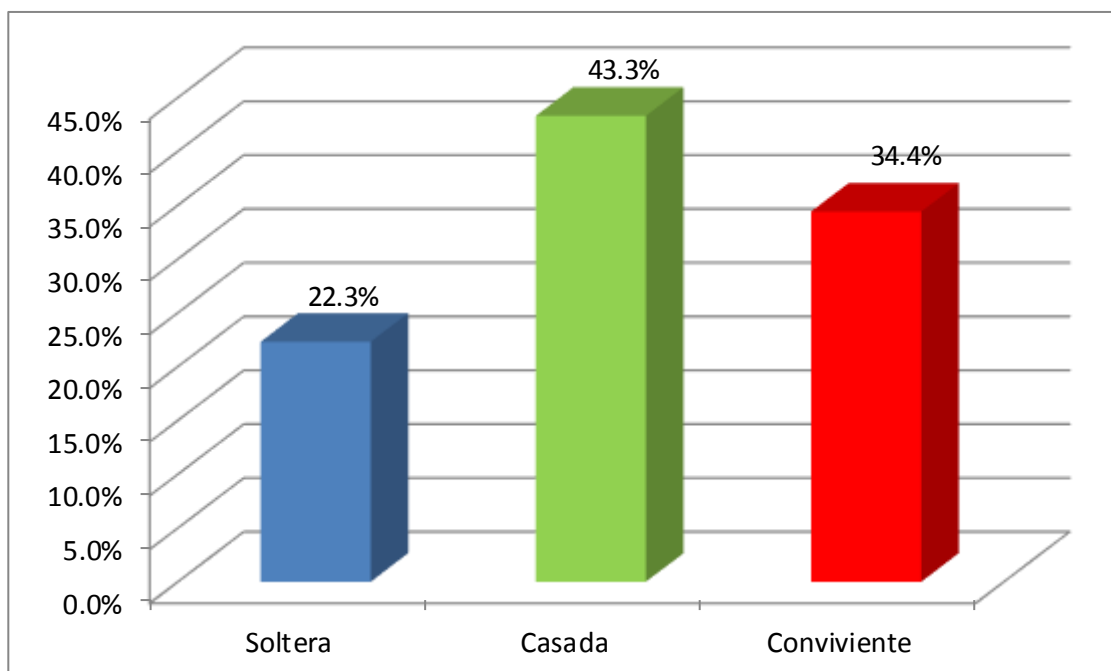
El 27,2 de las cesareadas tuvieron secundaria completa, el 14,3% primaria completa mientras que el 12,1% superior completo.

ESTADO CIVIL

TABLA N°3

Estado civil	Cantidad	Porcentaje
Soltera	50	22.3
Casada	97	43.3
Conviviente	77	34.4
Total	224	100,0

GRÁFICO N°3



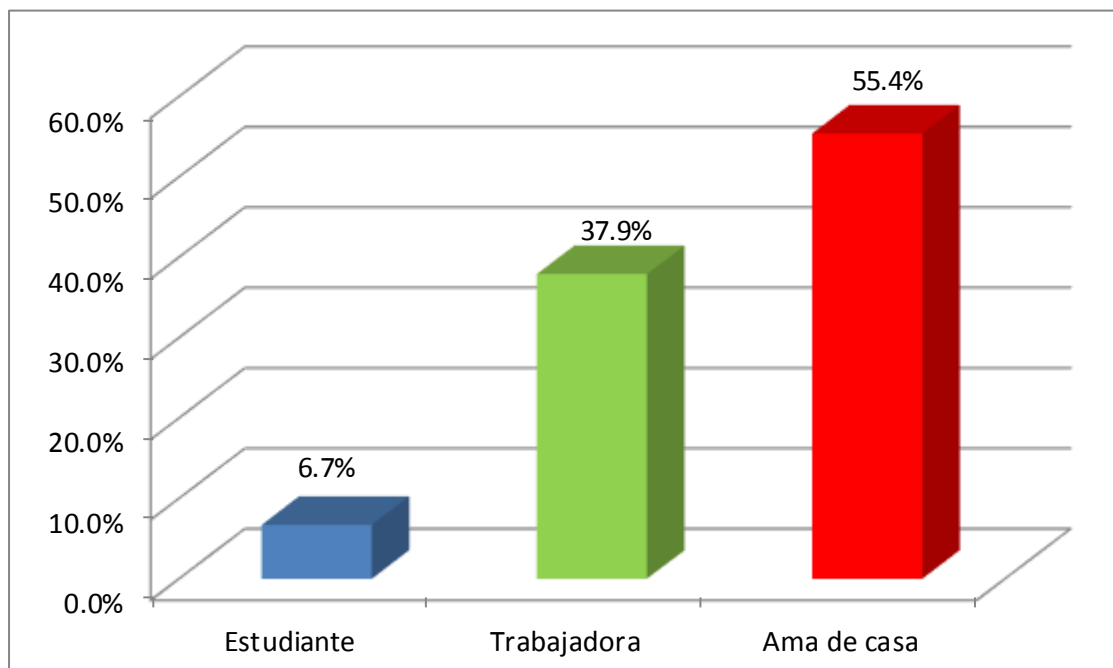
El 43.3% de las mujeres son casadas, el 34.4% son convivientes y el 22.3% de las mujeres eran solteras.

ACTIVIDAD PRINCIPAL

TABLA N°4

Actividad principal	Cantidad	Porcentaje
Estudiante	15	6.7
Trabajadora	85	37.9
Ama de casa	124	55.4
Total	224	100

GRÁFICO N°4



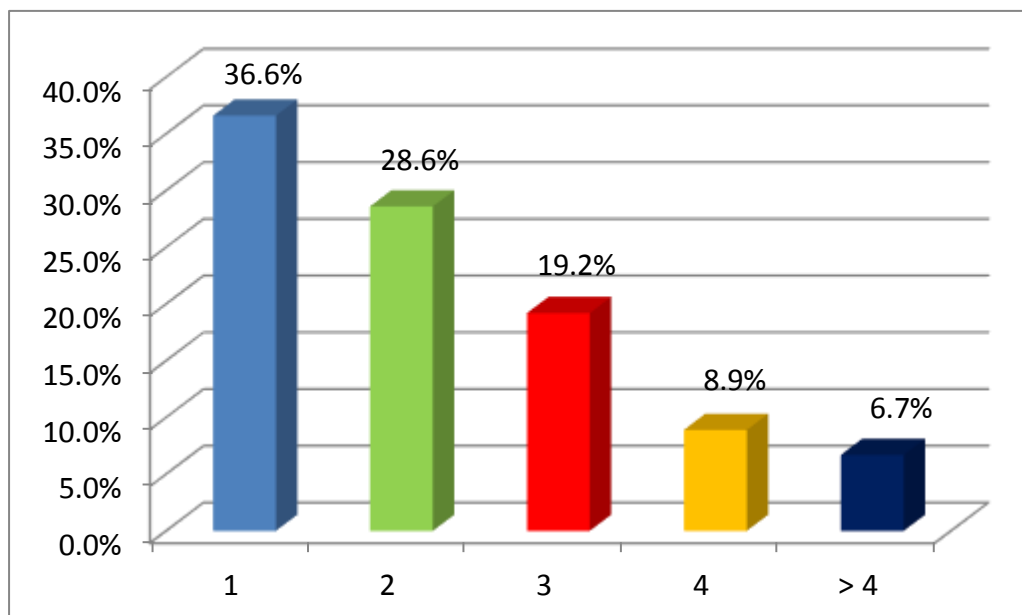
El 55.4% son amas de casa, el 37.9% trabajan y el 6.7% son estudiantes.

NÚMERO DE PARTOS

TABLA N°5

Número de partos	Cantidad	Porcentaje
1	82	36.6
2	64	28.6
3	43	19.2
4	20	8.9
> 4	15	6.7
Total	224	100

GRÁFICO N°5



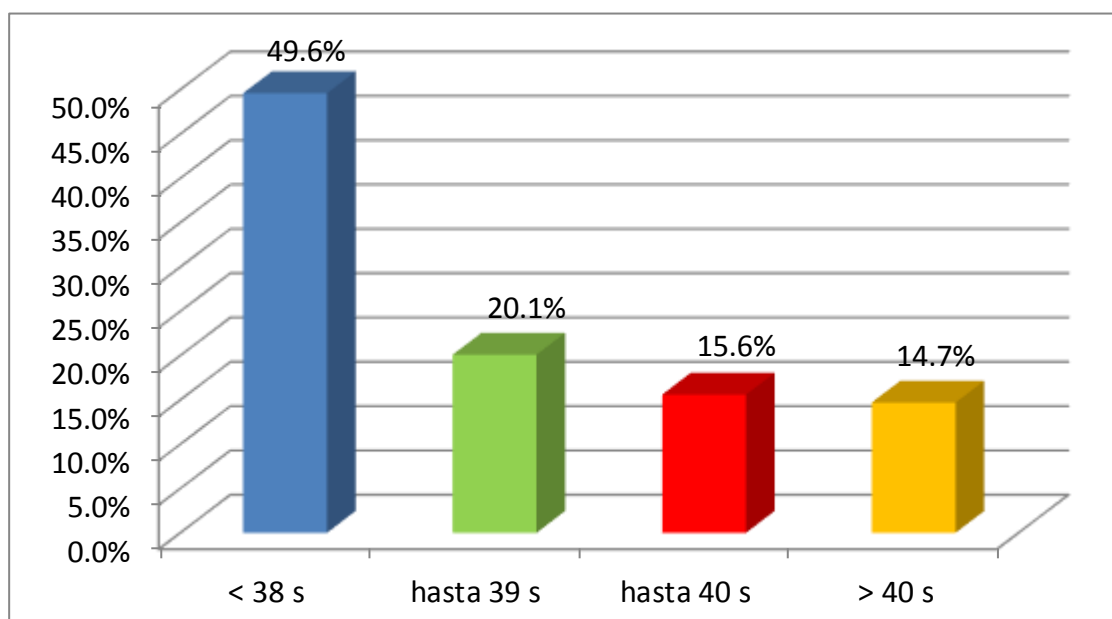
El 36.6% tuvieron un parto, el 28.6% dos partos, el 19.2% tres partos, el 8.9% cuatro partos y el 6.7% más de cuatro partos.

EDAD GESTACIONAL

TABLA N°6

Edad gestacional	Cantidad	Porcentaje
< 38	111	49.6
Hasta 39	45	20.1
Hasta 40	35	15.6
> 40	33	14.7
Total	224	100

GRÁFICO N°6



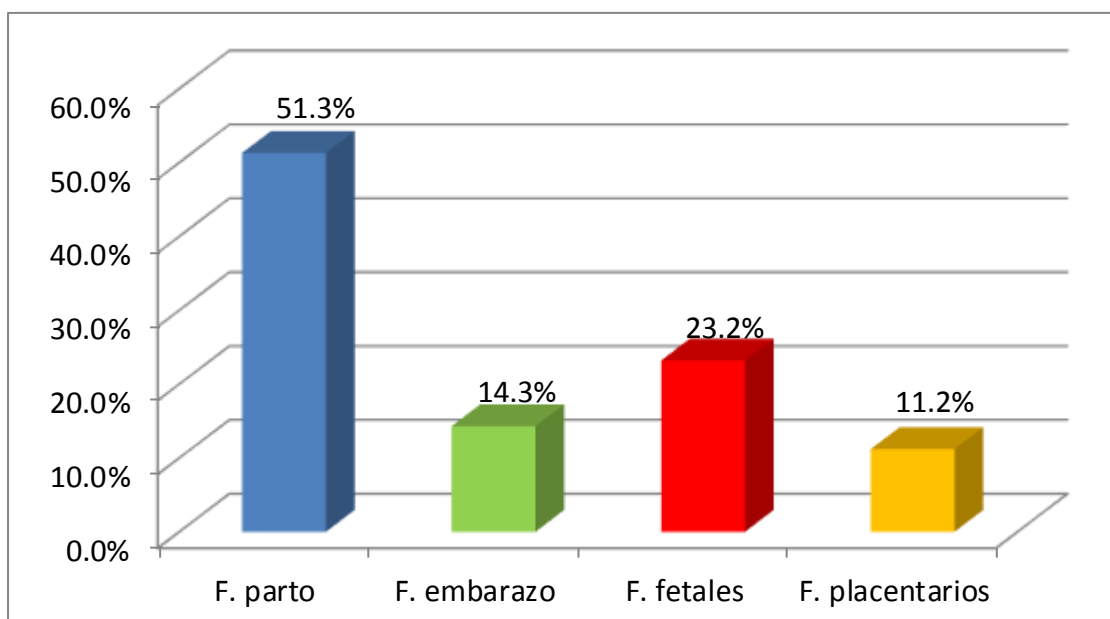
El 49.6% tuvieron menos de 38 semanas de gestación, el 20.1% hasta 39 semanas, el 15.6% hasta 40 semanas de gestación y el 14.7% más de 40 semanas.

FACTORES DE PROGRAMACIÓN DE CESÁREA

TABLA N°7

Factor de cesárea	Cantidad	Porcentaje
F. parto	115	51.3
F. embarazo	32	14.3
F. fetales	52	23.2
F. placentarios	25	11.2
Total	224	100

GRÁFICO N°7



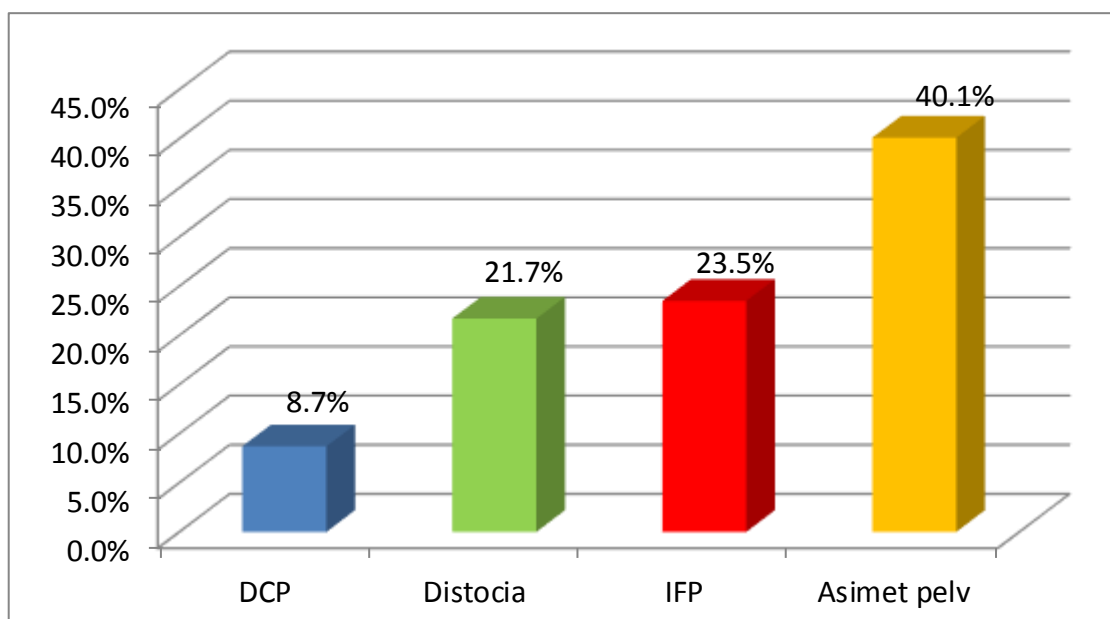
El 51.3% presentaron factores del parto (la mayoría fue por fase activa estacionaria), el 23.2% presentaron factores fetales, el 14.3% presentaron factores del embarazo y el 11.2% factores placentarios.

FACTORES DEL PARTO

TABLA N°8

Factores del parto	Cantidad	Porcentaje
DCP	10	8.7
Distocia del canal óseo	25	21.7
IFP	27	23.5
Asimetría pélvica	53	40.1
Total	115	100

GRÁFICO N°8



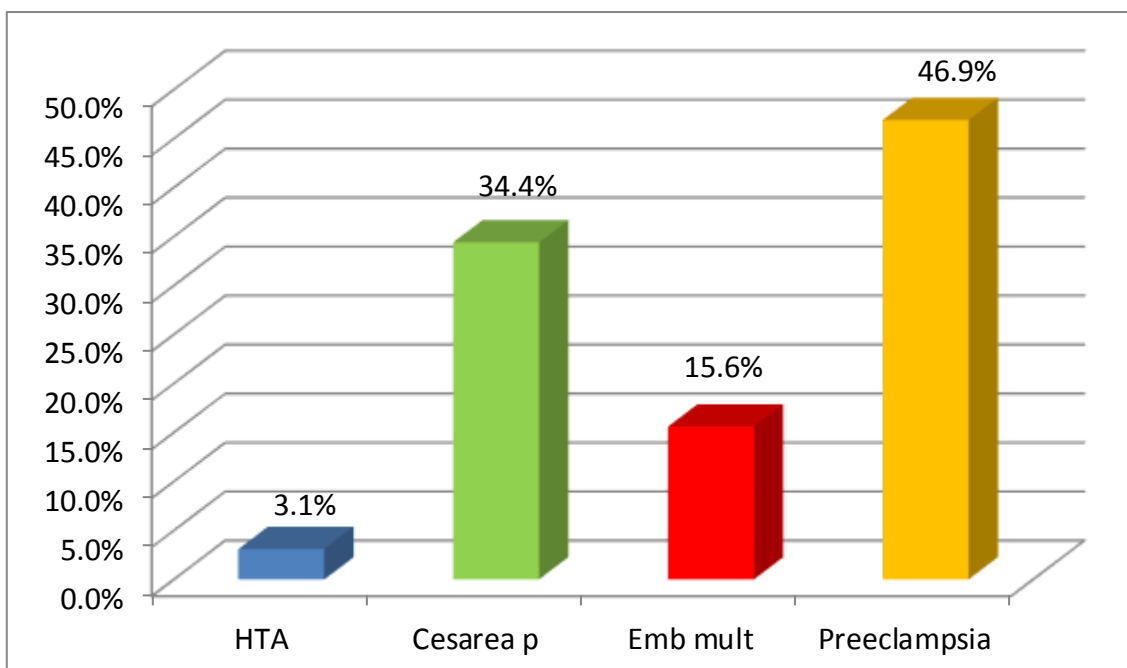
El 40.1% presentaron asimetría pélvica, el 23.5% inducción fallida del parto (siendo la principal causa el embarazo prolongado), el 21.7% presentaron distocia y el 8.7% desproporción cefalopélvica.

FACTORES DEL EMBARAZO

TABLA N°9

Factores del embarazo	Cantidad	Porcentaje
HTA	1	3.1
Cesárea previa	11	34.4
Embarazo múltiple	5	15.6
Pre eclampsia	15	46.9
Total	32	100

GRÁFICO N°9



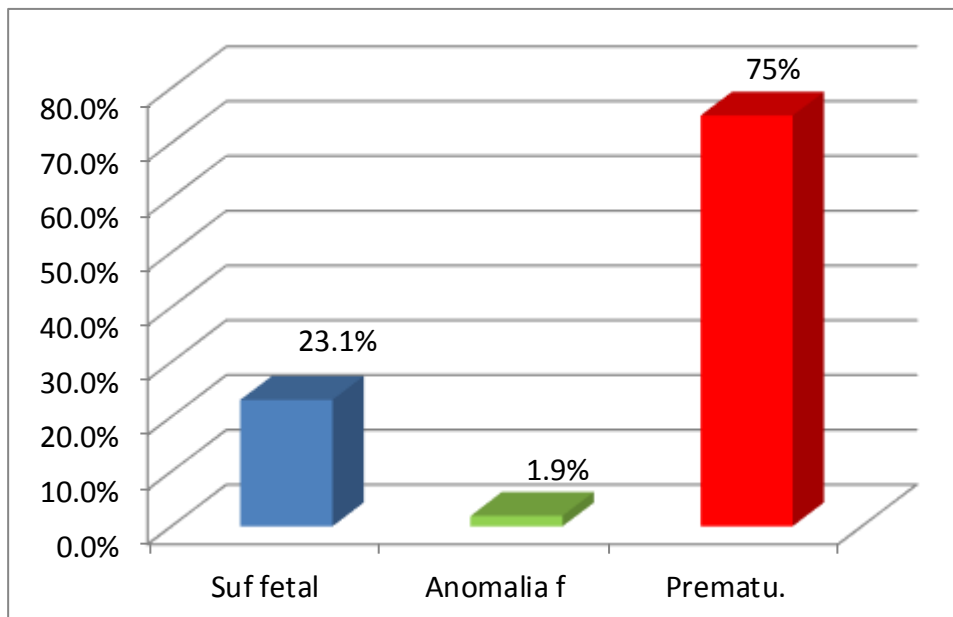
El 46.9% presentaron pre eclampsia, el 34.4% tuvieron cesárea previa, el 15.6% embarazo múltiple y el 3.1% Hipertensión arterial.

FACTORES FETALES

TABLA N°10

Factores fetales	Cantidad	Porcentaje
Sufrimiento fetal	12	23.1
Anomalía fetal (malformaciones)	1	1.9
Prematuridad	39	75
Total	52	100

GRÁFICO N°10



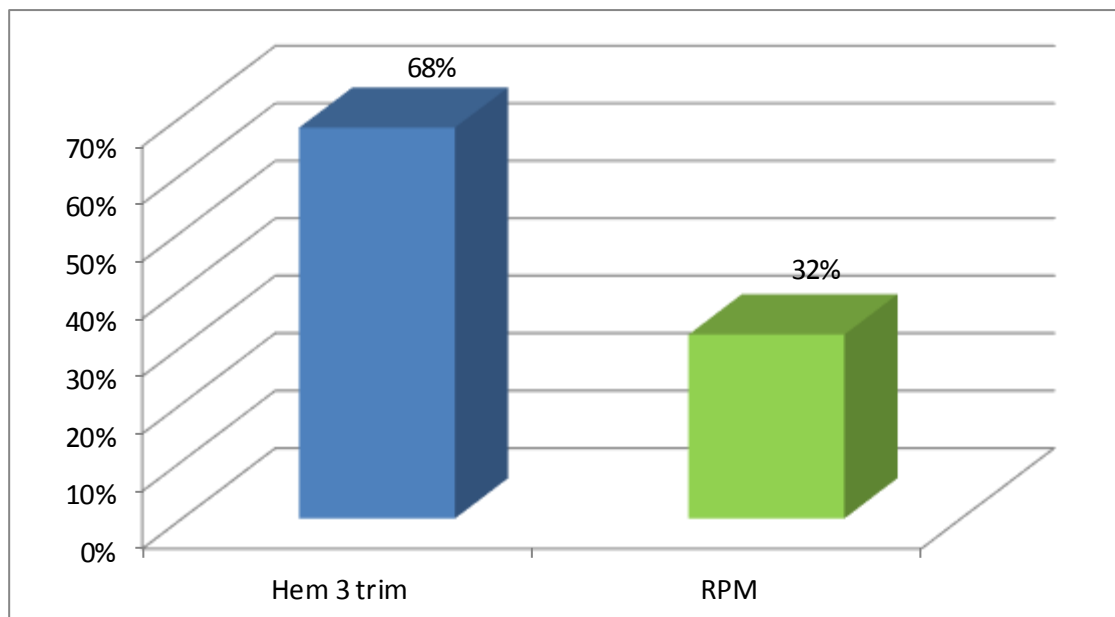
El 75% presentó prematuridad, el 23.1% sufrimiento fetal y el 1.9% anomalías fetales.

FACTORES PLACENTARIOS

TABLA N°11

Factores placentarios	Cantidad	Porcentaje
Hemorragia 3 trim.	17	68
RPM	8	32
Total	25	100

GRÁFICO N°11



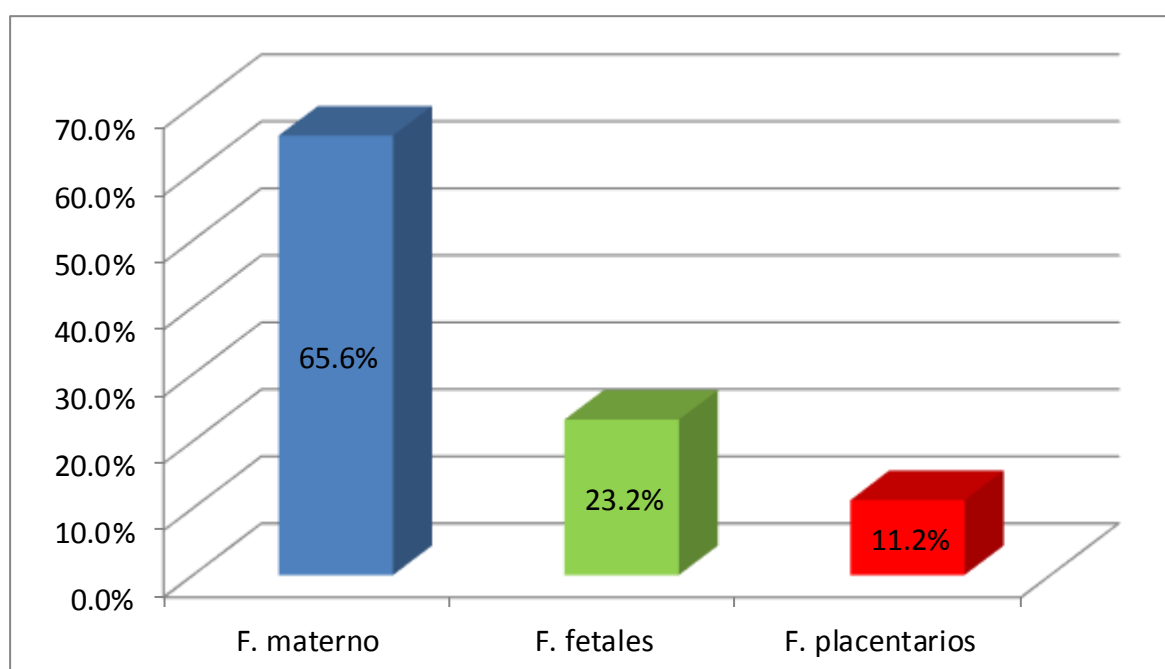
El 68% presentó hemorragia del tercer trimestre mientras que el 32% ruptura prematura de membranas.

FACTORES DE CESAREA

TABLA N°12

Factor de cesárea	Cantidad	Porcentaje
F. maternos	147	65.6
F. fetales	52	23.2
F. placentarios	25	11.2
Total	224	100

GRÁFICO N°12



El 65.6% presentaron factores maternos, el 23.2% factores fetales y el 11.2% factores placentarios

DISCUSIÓN

En el presente estudio encontramos que uno de los factores maternos fue la edad de las pacientes cesareadas como una de las causas para la programación de cesárea debido a que existen estudios que considera a la edad como un factor determinante, así encontramos que Gálvez ⁽¹⁹⁾ en su investigación realizada en el hospital San José encontró un 32% de mujeres entre 20 y 24 años, así mismo Patiño ⁽²⁰⁾ en su estudio comparativo entre MINSA y Essalud, encontró que las mujeres cesareadas en MINSA tuvieron una media de 26.4 años, mientras en Essalud la media fue de 29.4 años, mientras que en el estudio se encontró una mayor incidencia en las pacientes entre 18 y 25 años con el 33%.

La paridad mostró una tendencia a disminuir, debido a que el 36.6% tuvieron un solo hijo, en el estudio realizado por Gálvez ⁽¹⁹⁾ se llegó a la conclusión que el 52% de las cesareadas eran nulíparas, lo que demuestra en su investigación una clara relación inversa, entre el número de hijos y las cesáreas, es decir que a mayor cantidad de hijos la posibilidad de realizarle una cesárea es menor.

Según la investigación de Millán ⁽¹⁷⁾ encontró que las pacientes de más de 40 semanas presentaban una mayor incidencia, así mismo Gálvez ⁽¹⁹⁾ encontró que el 81% estaban comprendidas entre la 37 y 40 semanas de gestación, en el presente estudio se encontró que el 49,6% fueron menores de 38 semanas.

Según el estudio de Álvarez ⁽²²⁾ realizado en el hospital Carrión del Callao el 47.7% de cesáreas fueron por factores fetales, así mismo Laguado ⁽¹⁸⁾ encontró que el 62,2% de las cesáreas fueron por factores maternos, en el presente estudio se encontró que el 51.3% fueron por factores del parto, lo que demuestra que los factores de cesarea difieren entre de manera significativa por eso resulta definir que factor prevalece en cada centro de salud.

Tres estudio encontraron a los factores maternos como el principal factor de cesárea, siendo la primera causa la cesárea previa, donde Dávila ⁽¹⁵⁾ encontró el 40.2%; Medina ⁽¹⁶⁾ el 30.9% y Patiño ⁽²⁰⁾ el 20%, , en el presente estudio se

encontró también a los factores maternos como el principal factor, aunque a causas diferentes, ya que el 46.9% se debió a preeclampsia, lo que demuestra una diferencia significativa entre las causas de cesárea encontradas aunque con el mismo factor materno.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

El 51.3% de las cesáreas fueron por factores del parto.

Los factores maternos que fueron causa de programación fueron por preeclampsia con un 49.9% del total de pacientes

Dentro de los factores fetales que fueron causa de programación están la prematuridad con un 46.9 de las cesáreas.

En los factores placentarios, la hemorragia del tercer trimestre ocupó el primer lugar con el 68% de pacientes programadas para cesáreas.

El 65.6% de las cesáreas fueron por factores maternos.

RECOMENDACIONES

En relación a los resultados obtenidos en la investigación se recomienda que:

Dentro de los factores asociados a la cesárea, los factores de parto fueron los que se presentaron con mayor incidencia, en ese sentido el Hospital de Apoyo Chepén debe seguir impulsando la labor de concientización de las gestantes sobre la importancia de llevar sus controles pre natales durante el proceso de gestación, a fin de poder evitar alguna complicación durante el parto debido a la falta de información sobre las condiciones de la gestación así como los antecedentes maternos o el estado evolutivo del producto que pongan en peligro la salud de la madre y del nuevo ser, fomentando y motivando a las gestantes la psicoprofilaxis a cargo de las profesionales obstetras

La prematuridad fue la causa de mayor incidencia de programación de cesárea dentro de los factores fetales debido a la alta tasa de infecciones, por lo que se recomienda que se establezca una estrategia de prevención y cuidados en la gestante a fin de disminuir las infecciones y de ese modo los partos prematuros.

Reconsiderar el parto vaginal para gestantes con diagnóstico de DCP Y Asimetría pélvica.

En relación a los factores placentarios, la hemorragia del tercer trimestre ocupó el primer lugar como causa de programación de cesáreas en el Hospital de Apoyo Chepén, esta es una causa de mucho cuidado que pone en peligro la vida de la madre y del producto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS, Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf.
2. Távara L. Cesárea en el Perú: presente y futuro. Ginecología y Obstetricia. 1993. Vol. 39 N°15
3. Ye J, Betran A, Vela M, Souza J, Zhang J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. Birth. [Internet] 2014; [citado 25 may 2016]. 41 (3):237-43. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261601761_Searching_for_the_Optimal_Rate_of_Medically_Necessary_Cesarean_Delivery
4. Betran A, Torloni M, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. Reprod Health. [Internet] 2015; [citado 25 may 2016]. 12(1):57. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26093498>
5. Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. Birth. [Internet] 2006; [citado 25 may 2016] 33(4):270-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16876312>
6. Kilsztajn S, Carmo MS, Machado LC Jr. Caesarean section and maternal mortality in Sao Paulo. EU J Obstet Gynecol Reprod Biol. [Internet] 2007; [citado 25 may 2016]. 132(1):64-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16876312>
7. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza 2000. Tecnología apropiada para el parto publicada. Lancet.[Internet] 2005 [citado 12 may 2016];2:436-7. Disponible en:

- <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/Recomendaciones-OMS-sobre-el-parto.pdf>
8. Casagrandi D, Pérez J, Areces G, Sanabria AM, Urra R, Benavides S, et al. Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea [en línea]. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2007; [citado 25 may 2016]. 33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300003&lng=es
 9. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. BMJ [Internet] 1999; 319: 1397-1402. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28283/>
 10. Puentes E, Garrido-Latorre F, Gómez-Dantes O. Las Cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. Salud Pública Mex [Internet] 2004; [citado 25 may 2016]. 46(1) disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000095>
 11. Yanque R. Apuntes históricos de la cesárea en el Perú. Ginecología y obstétrica, Lima-Perú 2012. 38(12): 83-85.
 12. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet] Encuesta demográfica y de salud familiar- ENDES. 2014. [citado el 17 de jun 2016]. Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
 13. Quispe A, Santivañez A. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. Rev Peru Med Exp Salud Pública. [Internet] 2010; [citado 24 may 2016]. 27(1) disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a08v27n1.pdf>
 14. Hirsch L. Cesáreas. [Sitio en internet]. Consultado en: 06 de Mayo de 2012. Disponible en: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/c_sections_esp.html#.
 15. Departamento de Epidemiología del Hospital “San José” del Callao. Registro N 139 – 2012 – GRS – UEPISA – HSJ.
 16. Dávila G., Prevalencia y causas de cesárea en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del H.C.A.M. en el primer semestre de 2013. Ecuador. Universidad San Francisco de Quito. Colegio de Ciencias de la

- Salud. 2014 [citado 24 may 2016]. pp. 54, disponible en <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/2958>
17. Medina S., Ortiz A., Miño L., Incidencia e indicaciones de cesáreas. Argentina. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. N° 207 – Junio 2011 [citado 25 may 2016]. disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista207/3_207.pdf
 18. Millán M. y Mendoza A. Factores relacionados con la cesárea primitiva. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2010 [citado 16 jun 2016]; 36 (3) disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300007
 19. Laguado N., et al. Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea, Rev. Ciencia y cuidado; Colombia. [Internet].2011; 8 (1) disponible en: [http://C:/Users/lhidalgo/Downloads/Dialnet-FactoresMaternosYFetalesQueInducenAUnPartoPorCesar-3853516%20\(1\).pdf](http://C:/Users/lhidalgo/Downloads/Dialnet-FactoresMaternosYFetalesQueInducenAUnPartoPorCesar-3853516%20(1).pdf)
 20. Gálvez E., Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013. [tesis]. Lima Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad de Medicina Humana. 2014 [citado 25 may 2016]. pp 62. disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3512>
 21. Patiño G., Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. Revista Especializada de la Universidad Alas peruanas [Internet]. 2011; [citado 25 may 2016]. 15 (02) disponible en: http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_15-02_Esp_03.pdf
 22. Jaurigue K., Factores asociados a la gestante y al recién nacido macrosómico en el Hospital Regional de Ica. Rev. Med. Panacea [Internet] 2014. [citado 24 may 2016]. 4 (1) disponible en: <http://revpanacea.pe/index.php/RMP/article/viewFile/80/78>
 23. Álvarez C., Principales indicaciones de cesárea realizado en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión 2013. [tesis]. Lima Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana. 2016
 24. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la cesárea segura. [sitio en internet]. Consultado: 11 mayo de 2011.

- Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>
25. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2014
 26. Minkoff H., Fear of Litigation and Cesarean Section Rates. *Semin Perinatol* [Internet] 2012, [citado 24 may 2016] 36:390-394, disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23009974>
 27. Pacheco J, Saona P. Cesárea. En: Pacheco J. *Ginecología Obstetricia y Reproduccion*. 2°ed. Lima, Peru: Rep; 2007. 1322-24
 28. Korst L., Gregory K., Fridman M., Phelan J. Non clinical Factors Affecting Women's Access to Trial of Labor After Cesarean Delivery. *Clin Perinatol*. [Internet] 2011; [citado 25 may 2016] 193-216 13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21645789>
 29. Ñañez H, Ruiz AI, Ángel E, Bautista A, Sabogal JC. Distocias. En: Ñañez H, Ruiz AI. *Texto de obstetricia y perinatología*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia – Marathon; 1999. p. 103-122
 30. Vanden Hoek T., Morrison L., Shuster M., Donnino M., Sinz E., Lavonas E., Jeejeebhoy F., Gabrielli A. Part 12: Cardiac Arrest in Special Situations: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010; [citado 24 may 2016] 122:S829-S861 disponible en: https://circ.ahajournals.org/content/132/18_suppl_2.toc
 31. Rubio J, Müller E. Operación Cesárea. *Obstetricia integral Siglo XXI*, Mario Orlando Parra Pineda, Edith Angel Müller, 2012. Capítulo 16. ISBN: 978-958-44-6067-7
 32. Vía Definición ABC <http://www.definicionabc.com/salud/cesarea.php>
 33. Papalia, D. *Desarrollo Humano*. Sexta Edición. McGRAW - HILL. Editora: Martha Edna Suárez. México. (1998).
 34. Naeye R. y Tafari N. Risk Factors in Pregnancy and Diseases of Fetus and Newborns. *Williams and Wilkins*, Baltimore, USA 1983. [citado 24 may 2016] pp. 5457 disponible en: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pregcomplications.htm>

35. Cunningham G. Norman F. Gant. Kenneth J. Leveno. Larry C. Gilstrap III. John C. Hauth. Katharine D. Wenstrom, En Williams Obstetricia, 21 Edicion, Editorial Medica Panamericana S.A. Sección V. Capítulo 18. Distocia. Trabajo de parto anormal y Desproporción fetopelviana. 2002 Pág. 367 – 389.
36. Criterios de indicación de intervención cesárea. Servicio de salud Arica y Parinacota hospital en red “Dr. Juan Noé” Centro de responsabilidad gestión clínica de la mujer, versión 2. 2014 [http://www.hjnc.cl/calidad/DOCS/1.ACREDITACION/3.%20AMBITO%20GESTION%20CLINICA%20\(GCL\)/06.%20GCL%201.6%20CRITERIOS%20DE%20INDICACION%20DE%20CESAREA/Instructivo%20Criterios%20de%20Indicacion%20de%20Intervencion%20Cesarea%20\(v2\).pdf](http://www.hjnc.cl/calidad/DOCS/1.ACREDITACION/3.%20AMBITO%20GESTION%20CLINICA%20(GCL)/06.%20GCL%201.6%20CRITERIOS%20DE%20INDICACION%20DE%20CESAREA/Instructivo%20Criterios%20de%20Indicacion%20de%20Intervencion%20Cesarea%20(v2).pdf)

ANEXOS

Anexo 1



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. DATOS GENERALES:

1.- EDAD

- a) 18 - 25
- b) 26 - 30
- c) 31 - 40
- d) > 40

2.- GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- a) primaria: completa
Incompleta
- b) secundaria: completa
Incompleta
- c) superior: completa
Incompleta
- d) otro; especifique-----

3.- ESTADO CIVIL:

- a) soltera.
- b) casada.
- c) conviviente
- d) viuda.
- e) divorciada.

4.- OCUPACIÓN

- a) estudiante.
- b) trabajadora.
- c) ama de casa.
- d) otros

5.- PARIDAD

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) > 4

6.- EDAD GESTACIONAL

- a) < 38 semanas
- b) hasta 39 sem.
- c) hasta 40 sem.
- d) > 40 semanas

I. ESPECIFICOS:

FACTORES MATERNOS

7.- FACTORES DEL PARTO

- a) Desproporción cefalopélvica
- b) Distocia
- c) Inducción fallida del trabajo de parto
- d) Asimetría pélvica

8.- FACTORES DEL EMBARAZO

- a) Edad materna
- b) HTA
- c) Cáncer cuello uterino
- d) Complicaciones médicas asociadas
- e) Incisión uterina previa
- f) Embarazo múltiple (tres o más fetos).
- g) Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia.
- h) Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp.
- i) Insuficiencia cardio-respiratoria.
- j) Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina).
- k) Papiloma virus humano

9.- FACTORES FETALES

- a) Sufrimiento fetal
- b) Mala presentación fetal
- c) Prematuridad
- d) Anomalías fetales
- e) Presentaciones anómalas

10.- FACTORES PLACENTARIOS

- a) Hemorragia del tercer trimestre
- b) Rotura prematura de membranas

Anexo 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: **FACTORES ASOCIADOS A LA CESAREA EN EL HOSPITAL DE APOYO CHEPEN. PROVINCIA DE CHEPEN. REGION LA LIBERTAD. JUNIO 2016.**

Problema Principal	Objetivo General	Operacionalización		Método
		Variable	Dimensiones	
<p>¿Cuáles son los factores asociados a la cesárea en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Chepén, provincia de Chepén, región La Libertad de enero a junio 2016?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué factores maternos están asociados a la cesárea en mujeres atendidas en el hospital de apoyo Chepén de enero a junio del 2016? • ¿Qué factores fetales están asociados a la cesárea en mujeres atendidas en el hospital de apoyo Chepén de enero a junio del 2016? • ¿Qué factores placentarios están asociados a la cesárea en mujeres atendidas en el hospital de apoyo Chepén de enero a junio del 2016? 	<p>Determinar los factores asociados a la cesárea en las mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Chepén provincia de Chepén región La Libertad de enero a junio 2016</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores maternos asociados a la cesárea en mujeres atendidas en el hospital de apoyo Chepén de enero a junio del 2016. • Identificar los factores fetales asociados a la cesárea en mujeres atendidas en el hospital de apoyo Chepén de enero a junio del 2016 • Identificar los factores placentarios asociados a la cesárea en mujeres atendidas en el hospital de apoyo Chepén de enero a junio del 2016 	Factores asociados	<ul style="list-style-type: none"> - Maternos - Fetales - Placentarias 	<p>1.-TIPO Descriptivo, retrospectivo de corte transversal.</p> <p>2.- NIVEL Aplicativo</p> <p>3.-MÉTODO Cuantitativo</p> <p>4.-POBLACIÓN La población es de 536 pacientes</p> <p>5.- MUESTRA La muestra probabilística está conformada por 224 mujeres cesareadas</p> <p>6.- TÉCNICA - Método retro lectivo - Método de observación directa</p> <p>7.- INSTRUMENTO Se utilizó una ficha de recolección</p> <p>8.- INSTITUCIÓN Hospital de Apoyo Chepén</p>

Anexo 3



JUSTICIA SOCIAL
CON INVERSIÓN

"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Chepén, 30 de Noviembre del 2016

OFICIO N° 03-2016-GRL-L-GGR-GRS-RSCH-UD

Señora Directora:

Mg. Flor de María Escalante Celis

Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia

REFERENCIA : OFICIO N° 2667-2016-EPO-FMHyCS-UAP

ASUNTO: Autoriza la Aplicación de Instrumento de tesis

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente; y a la vez otorgar la autorización para que la señorita CUEVA RAMÍREZ, BONNIE ALLEN JOCELYN; aplique el instrumento (encuesta) del Proyecto de Tesis "FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO CHEPÉN PROVINCIA DE CHEPÉN REGIÓN LA LIBERTAD ENERO-JUNIO-2016".

Asimismo, se solicita una copia del informe final de tesis.

Atentamente,

JRNV/jrmv

Cc. Archivo

GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO CHEPÉN

Dr. LUIS CABRERA MIRANDA
C.M.P. 41422
DIRECTOR

Anexo 4

ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Dr. Berly Alfaro Cardenas

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....


 Dr. Berly Alfaro Cardenas
 GINECO OBSTETRIA
 C.R. 30720 R.R.E. 2005
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

Anexo 5

ESCALA DE CALIFICACIÓN

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): OBSTETRA KARINA ROJAS OLIVOS

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

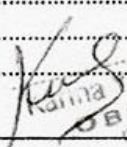
.....

.....

.....

.....

.....


 Karina Rojas Olivos
 OBSTETRA
 COP. 9384

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

Anexo 6

ESCALA DE CALIFICACIÓN

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): obst. Víctor Raul Chavez Saldaña

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....

GERENCIA GENERAL REGIONAL
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 RED DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS

 (obst. Víctor Raul Chavez Saldaña
 COP. 40874
 COORD. ESNPLITS VIH SIDA
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO