



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

TESIS

**DISTOCIAS FETALES ASOCIADAS A PARTOS POR CESÁREA EN
GESTANTES SEGÚN LAS EGRESADAS DE LA ESCUELA DE
OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, 2019.**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

BACHILLER: BETTY DEL PILAR JIMENEZ QUISPE

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD, BIENESTAR, BIOTECNOLOGÍA Y BIOÉTICA**

ASESOR: Mg. MORAN RELAIZA RUTH

ICA, PERÚ

2020

Agradecimiento

A Dios por brindarme la oportunidad de realizarme como profesional, a mis docentes profesionales de la salud

Dedicatoria:

A mis padres y mi familia que me apoyaron de manera incondicional para concluir mis estudios.

Reconocimiento

A la Universidad Alas Peruanas, mi recinto de académico que nos brinda la oportunidad de formarnos como profesionales de las ciencias de la salud, de manera especial a la Escuela Profesional de Obstetricia por su dedicación a sus estudiantes

ÍNDICE

Carátula.....	i
Agradecimiento.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Reconocimiento.....	iv
Índice.....	v
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	x

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática	12
1.2. Formulación del Problema	14
1.2.1. Problema Principal	14
1.2.2. Problemas Específicos	14
1.3. Delimitación del estudio	14
1.4. Objetivos	
1.4.1. Objetivo General	15
1.4.2. Objetivos Específicos	15
1.5. Justificación e Importancia de la Investigación	
1.5.1. Justificación (Teórica, práctica, metodológica y social)	15
1.5.2. Importancia de la investigación	16
1.5.3. Viabilidad de la investigación	16
1.6. Limitaciones del estudio	17

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación	18
2.1.1 Nacionales	18
2.1.2 Internacionales	20
2.2. Bases Teóricas	23

2.3. Definición de términos Básicos	35
-------------------------------------	----

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Formulación de hipótesis Principal y Específicas	38
3.1.1. Hipótesis general	38
3.1.2. Hipótesis específicas	38
3.2. Variables	39
3.2.1. Variable dependiente	39
3.2.2. Variable independiente	39
3.2.3. Operacionalización de variables	40

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico	41
4.2. Diseño muestral	42
4.2.1.-Población	42
4.2.2.-Muestra	43
4.3.- Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	44
4.3.1.- Técnicas	44
4.3.1.1.- Técnicas de recolección de datos	44
4.3.1.2.- Técnicas de procesamiento y análisis de datos	45
4.3.2.-Instrumentos	45
4.4. Técnicas estadísticas del procesamiento de la información	46
4.5. Aspectos éticos contemplados	47

CAPITULO V: RESULTADOS

5.1. Análisis Descriptivo	48
5.2. Análisis Inferencial	67
5.3. Discusión de Resultados	71
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75

ANEXOS

1. Ficha de Recolección de datos
2. Matriz de consistencia
3. Validación de expertos

Resumen

El estudio de investigación tuvo como propósito Determinar la relación de las distocias fetales y los partos por cesárea en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2019.

Materiales y Métodos: El estudio que se realizó es de tipo Básico, nivel Descriptivo Correlacional, método Hipotético Deductivo, diseño No Experimental de corte Transversal, la población estuvo constituida por las egresadas de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas y la muestra unidades de análisis fueron 60 egresadas, se aplicó un cuestionario para la recolección de datos.

Resultados: según el análisis descriptivo observamos que el 100% (60) encuestadas, hallamos que el 85% contestaron siempre, el 15% a veces, entonces la mayoría considera que la Macrosomía fetal es cuando el peso es superior a 4,000 gramos.

Conclusión: Se determina, que existe una relación positiva y significativa según el valor de Pearson 0,634 y un P valor = 0,000; en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, existe asociación significativa entre las distocias fetales y el parto por cesárea en gestantes atendidas según las egresadas de la escuela de obstetricia de la universidad Alas Peruanas.

Palabras Clave: distocias fetales, partos por cesárea, gestante, sufrimiento fetal.

Abstract

The research study aimed to determine the relationship of fetal dystocias and cesarean deliveries in pregnant women according to the graduates of the school of Obstetrics of the Universidad Alas Peruanas, 2019.

Materials and Methods: The study that was carried out is of basic type, Correlational Descriptive level, Deductive Hypothetical method, non-experienced transversal cutting design, the population consisted of the graduates of the School of Obstetrics of the Universidad Alas Peruanas and the sample analysis units were 60 graduates, a questionnaire was applied for the collection of data.

Results: According to the descriptive analysis we observe that 100% (60) surveyed, we found that 85% always answered, 15% at times, so most consider fetal Macrosomia to be when the weight is greater than 4,000 grams.

Conclusion: It is determined, that there is a positive and significant relationship according to the pearson value 0.634 and a P value of 0.000; consequently, the null hypothesis is rejected and the alternative hypothesis is accepted, there is significant association between fetal dystocias and cesarean delivery in pregnant pregnant women attended according to the graduates of the school of Obstetrics of the Universidad Alas Peruanas.

Key words: fetal dystocias, cesarean deliveries, pregnant, fetal suffering.

Introducción

La macrosomía fetal y el sufrimiento fetal, son factores de riesgo asociados a las complicaciones neonatales, es por ello que se hace necesario dicho estudio para conocer si cumplen con el protocolo de atención, y si las cesáreas a las gestantes son justificadas de acuerdo a la salud del neonato o la madre.

La cesárea es la operación abdominal más común realizada por mujeres en el mundo. El porcentaje de esta operación varía según el país donde se realiza la operación. La Organización Mundial de la Salud recomienda que la tasa de cesáreas no supere el 15% del total de nacimientos, y concluye que no hay beneficios a la salud por arriba de esta tasa.

El estudio de investigación propone otros objetivos: Identificar si la macrosomía fetal está asociado al parto por cesárea en gestantes atendidas según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2019; Identificar si el sufrimiento fetal está asociado al parto por cesárea en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2019; Identificar si las presentaciones anormales están asociadas a la al parto por cesárea en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2019.

La investigación es importante porque cabe resaltar que el presente trabajo de investigación presenta a detalle la relación entre la distocia fetal y la realización de una cesárea ya sea de urgencia o en forma electiva, también conocer los diagnósticos si tienen relación con la sintomatología de la paciente. Si los recursos humanos médicos realizan una indicación real de cesárea por la verdadera causa de morbilidad materna y perinatal o lo realizan por otras causas como es acortar el tiempo de sufrimiento materno, por comodidad del médico en su trabajo diario.

El estudio se justifica principalmente por que se realiza con el propósito de aportar al conocimiento existente sobre las distocias fetales asociadas a las cesáreas en gestantes, cuyos resultados podrán sistematizarse en una propuesta para ser incorporado como nuevo conocimiento a las ciencias de la salud. se realiza por que existe la necesidad de bajar los índices de cesáreas y disminuir las complicaciones post quirúrgicas.

La investigación consta de cinco capítulos:

el Capítulo I: “Planteamiento Metodológico trata de la descripción de la realidad problemática, se formulan los problemas tanto el principal como los secundarios, se delimita el estudio, se colocan los objetivos ya sea el general como los específicos, la justificación, importancia, viabilidad y la limitación del estudio”.

En el Capítulo II: “Marco Teórico trata de antecedentes tanto nacionales como internacionales, se redacta las bases teóricas y se anotan las definiciones de términos básicos”.

En el Capítulo III: “Hipótesis y Variables trata de la formulación de hipótesis principal y las específicas, se redactan y definen las variables, también va la operacionalización de las variables”.

En el Capítulo IV : “Metodología trata del diseño metodológico, el diseño muestral, las técnicas de recolección de datos, técnicas estadísticas para el procesamiento de la información y los aspectos éticos”.

En el Capítulo V: “Resultados trata del análisis descriptivo, análisis inferencial y sobre la discusión de resultados. Así mismo en el presente trabajo de investigación se dan a conocer las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, anexos como: instrumento de recolección de datos y matriz de consistencia”.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

La cesárea es la operación abdominal más común realizada por mujeres en el mundo. El porcentaje de esta operación varía según el país donde se realiza la operación. La Organización Mundial de la Salud recomienda que la tasa de cesáreas no supere el 15% del total de nacimientos, y concluye que no hay beneficios a la salud por arriba de esta tasa. ^{1, 2}

A nivel mundial, se estima que la cesárea excede el nivel ideal. Según los últimos datos de 25 países / regiones, en las Américas, el promedio es elevado. Sin embargo, este número puede ser mayor porque en muchos casos, las cesáreas realizadas en el sector privado no se consideran.

“Resulta preocupante que casi cuatro de cada diez partos sean por cesárea en la región, sostuvo Suzanne Serruya, directora del centro Latinoamericano de perinatología (CLAP) de la organización panamericana de la salud”.

Pese a que la cesárea, como procedimiento, tiene un alto grado de seguridad, esta sigue siendo una cirugía con los riesgos propios como:

aumento del sangrado, infecciones de herida operatoria, daño accidental al intestino y/o vejiga, reacción adversa a medicamentos, muerte materno-fetal (muy poco frecuente) y posibles daños al neonato tanto a corto como a largo plazo.

Además de tener presente las implicaciones médico-legales que obligan a justificar totalmente los peligros de la ejecución de este trámite. Puesto a que la cesárea fue incorporada a la costumbre obstétrica con el objetivo de arreglar esos inconvenientes que tengan la posibilidad de significar muerte para la madre y/o el pequeño, se fue incrementando en el último período al nivel que en la actualidad lo que nació como una satisfacción, en este momento se considera un inconveniente de salud pública por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida debido a la propia exigencia de la parturienta.

Hemos observado entre las indicaciones más frecuente para un parto por cesárea, son la macrosomía fetal y sufrimiento fetal, son factores de riesgo asociados a las complicaciones neonatales, es por ello que se hace necesario dicho estudio para ver si cumplen con el protocolo de atención, y si las cesáreas son justificadas o no.

La finalidad de esta exploración es llevar a cabo la utilización correcta de la cesárea, hacer mejor el manejo de las pacientes gestantes aplicando los protocolos de atención recomendados por la OMS, como la adopción de la clasificación de Robson, donde se clasifica a las gestantes para partos en uno de diez grupos guiándose de las características del embarazo y que distocia se detectan, para de esta forma bajar la alta tasa de morbilidad materna – perinatal.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la relación de las distocias fetales y los partos por cesárea en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2019?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS

¿La Macrosomia fetal está asociada al parto por cesárea en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2019?

¿El sufrimiento fetal está asociado al parto por cesárea en gestantes atendidas según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2019?

¿Las presentaciones anormales están asociadas al parto por cesárea en gestantes atendidas según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2019?

1.3 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

1.3.1 DELIMITACION ESPACIAL

Esta investigación se desarrolló en la ciudad de lima y provincias.

1.3.2 DELIMITACION SOCIAL

La investigación se realizó con las egresadas de la escuela de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

1.3.3 DELIMITACION TEMPORAL

El desarrollo de esta propuesta se llevó a cabo en los meses de enero hasta agosto del año 2020.

1.3.4 DELIMITACION CONCEPTUAL

Para el diseño de la investigación se tuvo en cuenta los siguientes términos: Distocias fetales, macrosomía fetal, sufrimiento fetal, presentaciones anormales fetal, cesárea y gestante.

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la relación de las distocias fetales y los partos por cesárea en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2019.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar si la macrosomía fetal está asociado al parto por cesárea en gestantes atendidas según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2019.
- Identificar si el sufrimiento fetal está asociado al parto por cesárea en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2019.
- Identificar si las presentaciones anormales están asociadas a la al parto por cesárea en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2019.

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Justificación Teórica, practica, metodológica y social

1.5.1.2 Justificación Teórica

Esta investigación se realiza con el propósito de aportar al conocimiento existente sobre las distocias fetales asociadas a las cesáreas en gestantes, cuyos resultados podrán sistematizarse en una propuesta para ser incorporado como nuevo conocimiento a las ciencias de la salud.

1.5.1.3 Justificación practica

Esta investigación se realiza por que existe la necesidad de bajar los índices de cesáreas y disminuir las complicaciones post quirúrgicas.

1.5.1.4 Justificación metodológica

La elaboración y aplicación de la ficha de recolección de datos, para cada una de las dimensiones de la investigación se indaga mediante métodos científicos, situaciones que pueden ser investigadas por la ciencia, una vez que sean demostradas su validez y confiabilidad podrán ser utilizados en otros trabajos de investigación.

1.5.1.5. Justificación social

La finalidad de esta investigación es recomendar que utilicen la clasificación de Robson. Para una disminución de la morbimortalidad materna- perinatal.

1.5.2. Importancia de la investigación

En la actualidad tenemos varias investigaciones y bibliografías que se refieren a este tipo de plataformas. Cabe resaltar que el presente trabajo de investigación presenta a detalle la relación entre la distocia fetal y la realización de una cesárea ya sea de urgencia o en forma

electiva, también conocer los diagnósticos si tienen relación con la sintomatología de la paciente. Si los recursos humanos médicos realizan una indicación real de cesárea por la verdadera causa de morbimortalidad materna y perinatal o lo realizan por otras causas como es acortar el tiempo de sufrimiento materno, por comodidad del médico en su trabajo diario.

La técnica que se sugiere utilizar es la clasificación de Robson para evaluar y comparar la prevalencia de cesáreas y con ello optimizar el uso de las cesáreas necesarias, teniendo como beneficiadas las gestantes, ya que serán clasificadas correctamente así brindándole una atención de calidad.

1.5.3 Viabilidad de la investigación

El estudio es viable pues se cuenta con el apoyo metodológico y científico brindado por la Universidad, con la tecnología para poder adquirir información confiable tanto en libros, revistas e informes de tesis, así mismo este proyecto es financiado con recursos monetarios propios, de manera que el proyecto no requiere de un financiamiento mayor o ser auspiciado por alguna entidad.

1.6 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones es la falta de disponibilidad de la muestra estudiada, ya que se debe a la coyuntura que se vive a nivel nacional sobre la pandemia del COVID-19, de orden administrativo por la demora en la aprobación del proyecto, así como los permisos para la obtención de la muestra.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Nacionales

Palomino Crespo, D. En su trabajo realizado “Factores asociados a parto por cesárea en adolescentes y adultas. Hospital regional de Ayacucho. Setiembre - noviembre 2016”. Con el objetivo de Conocer los factores asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes y adultas. Hospital Regional de Ayacucho, durante los meses de setiembre a noviembre 2016. Material y método: “Transversal, prospectivo y comparativo. La población constituida por 90 gestantes adolescentes y adultas. Se utilizó la técnica de la entrevista y como instrumento un cuestionario”. Resultados: “La incidencia de cesárea fue de 376 cesáreas (100%) de las cuales 85% (319) fueron en adultas y 15% (57) en adolescentes. Las principales indicaciones de cesárea en gestantes adolescentes es el sufrimiento fetal (34,2%) desproporción céfalo pélvica (18,4%) y la pre eclampsia (13,2%). Asimismo, en las gestantes adultas es el sufrimiento fetal y la pre eclampsia (21%) en ambos casos, y el embarazo prolongado (13,2%). Los factores asociados a la cesárea en las adolescentes ($p < 0,05$) son: La paridad, el nivel de instrucción, el estado

civil, la condición económica y la desproporción céfalo pélvica. Existe el riesgo ($OR > 1,0$) de culminar el parto por cesárea en las adolescentes primíparas, de baja condición económica, sin atención prenatal, con sufrimiento fetal y desproporción céfalo pélvica”. (3)

Alva-Marcelo, R. En su trabajo realizado “Causas y prevalencia de partos por cesárea de pacientes gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Ica, periodo enero-noviembre 2015”. Con el objetivo de Determinar las Causas y Prevalencia de Parto por en las pacientes gestantes atendidas en el Hospital regional de Ica, en el período Enero - Noviembre 2015. Material y Método: “se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo; en el Hospital Regional de Ica en el periodo Enero – Noviembre 2015. La población está constituida por 762 pacientes cesareadas y el espacio muestral corresponde a 160 pacientes. La información fue recolectada principalmente del libro de cesáreas de sala de operaciones, de las Historias Clínicas respectivas, así como del Libro de Registros del Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Regional de Ica”. Resultados: “De 160 historias clínicas, la prevalencia de cesárea fue de 42 %. Las cesáreas electivas son indicadas en un 56.8% en relación a las cesáreas de emergencia. Las indicaciones son: Desproporción céfalo pélvica, Macrosomía fetal y Preeclampsia que representan el 33% del total. Los principales diagnósticos por causas maternas de emergencia fueron: Cesareada Anterior, Preeclampsia, Ruptura Prematura de membranas que representaron más de 50% del total. Las principales causas fetales de emergencia fueron: Macrosomia, Sufrimiento Fetal Agudo, Oligohidramnios y Distocia Funicular representando más de 80% del total. Los principales diagnósticos por causa materna electiva fueron: Desproporción céfalo pélvica, Cesareada anterior, Distocia funicular que representaron más de 60% del total. Las principales causas fetales de

cesárea electiva fueron: Macrosomía, Sufrimiento fetal agudo, Oligohidramnios y Feto podálico representando el 80% del total. 63% de gestantes sometidas a cesáreas en el Hospital Regional son mujeres adultas jóvenes entre los 20 a 29 años. El 81.3% de las pacientes cesareadas se encontraban entre las 37-40 semanas de gestación”. (4)

Medina Huiza J. En su Trabajo realizado “Factores asociados a la indicación de cesárea en el hospital nacional dos de mayo de enero a diciembre del 2015”. Con el objetivo de Determinar los factores asociados a indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de Enero a Diciembre del 2015. Material y método: “Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal, en el cual se revisó el Libro de Reporte Operatorio del Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Nacional Dos de Mayo”. Resultados: “En el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2015, el porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos en ese año de 57,5%. Las gestantes entre 20 y 35 años son las que con mayor frecuencia se someten a dicha intervención. Del total de cesáreas, el 68,7% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal indicación la cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande, sufrimiento fetal agudo”. Conclusiones: “La tasa de incidencia de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015 fue de 57,5% respecto del total de nacimientos registrados en es ese periodo de tiempo, evidenciándose un valor muy por encima de lo estipulado por la OMS. La principal indicación materna es placenta previa, la principal indicación fetal es feto grande, y la principal indicación ovular es la ruptura prematura de membranas”. (5)

2.1.2 Internacionales

Chavarría Cano L. En su Trabajo realizado “Factores asociados a la indicación de cesárea en embarazadas atendidas por el servicio de obstetricia. Hospital Amistad Japón – Nicaragua. Granada. Enero a diciembre 2017”, con el **objetivo** de Determinar los factores asociados a la indicación de cesáreas en embarazadas atendidas por el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón – Nicaragua de Granada entre el periodo de enero a diciembre 2017. Material y método: “Se logró realizar un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, El universo fue conformado por todas las embarazadas atendidas entre enero a diciembre del 2013 que se les realizo cesáreas por diversas razones el total de parto en ese año fue de 2,610 de estos el 37.2% (977) el parto fue por cesárea”. Resultados: “El tipo de cesárea el 51.4% (123) fue de urgencia mientras que 48.6% (116) fueron cesáreas electivas. De las cesáreas de urgencia encontramos que el tiempo entre la indicación y la realización 18.4% tenían más de 1hr pero menor de 2hrs sin embargos el mismo porcentaje tenían 2hrs. En el caso de las cesáreas por urgencia 39.7% evidenciaban la no realización del partograma sin embargo en los pacientes que se les realizo de urgencia la cesárea, el 11.3% se encontró que fue por parto detenido y el 12.1% por taquicardia fetal. De los efectos inmediato a la salud de la madre según la razón de las cesáreas encontramos que el promedio de estancia hospitalaria en la mayoría de los casos fue 3 a 4 días; para los que se realizó cesárea por cesárea anterior 10.5%, para la distocia de presentación 5.9% para el parto detenido 7.5% respectivamente. Los recién nacidos con asfixia (APGAR 0 a 3) al minuto fue el 0.4% de las indicaciones de cesárea por cesárea anterior más trabajo de parto, sufrimiento fetal agudo y la pre – eclampsia moderada”. Conclusiones: “se demuestra que hay 20.0% de cesárea sin razones justificadas y consideradas innecesarias. Que las complicaciones más evidentes por cesárea son las anemias, IVU, elevación de la presión arterial. Y los efectos del recién nacidos a la

indicación de cesárea por cesárea anterior, DCP y distocia de presentación es el nacimiento pre – termino y el bajo peso al nacer”. (6)

Ordoñez Cabrera J. En su Trabajo realizado “Incidencia y principales indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital Luis F. Martínez. Enero – Junio 2017”, con el objetivo de “Determinar la incidencia y las principales Indicaciones de las cesáreas realizadas en el hospital básico Luis Fernando Martínez de la ciudad de Cañar en el periodo Enero a Junio del 2017”. Material y método: “Es un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y transversal. La población a ser estudiada fueron todas las mujeres embarazadas en las cuales está indicada la necesidad de realizar una cesárea. La información fue debidamente recolectada en un formulario que contiene: la indicación de la cesárea, edad de a paciente, residencia, si se realizó algún otro tipo de procedimiento quirúrgico, días de estancia hospitalaria y posibles complicaciones maternas producidas. La información recolectada se agrupo en cuadros estadísticos, el análisis fue cuantitativo”. Resultado: “En el Hospital Luis Fernando Martínez durante el año 2017, la intervención cesárea representa el 27,67% de total de nacimientos en ese año, las mujeres entre los 20- 24 años, residentes del cantón Cañar son las que con mayor frecuencia se someten a este tipo de intervención, del total de cesáreas la principal causa fue por cesárea anterior con un 49,40% (41 casos) del total de la población, seguida de compromiso del bienestar fetal, distocia de presentación y desproporción cefalopélvica”. Conclusión: “Las causas fetales estuvieron en segundo lugar y las causas maternas no presentaron mayor prevaecía en esta población”. (7)

Andrade Pazmiño M. Andrade Pazmiño M. En su trabajo realizado “Incidencia y principales indicaciones de cesáreas y parto por vía vaginal en el Hospital de los Valles del 1 de Enero del 2013 al 31 de Diciembre

del 2015”, con el **objetivo** de Determinar la incidencia y los principales factores indicadores de partos vaginales y cesáreas en el HDLV ocurridos entre Enero del 2013 y Diciembre del 2015. Material y método: “Este es un estudio descriptivo observacional de cohorte retrospectivo. En el estudio se analizó la totalidad de las pacientes (n=306), que fueron admitidas y tratadas en el HDLV por partos por vía vaginal o cesárea en el periodo de Enero del 2013 a Diciembre del 2015”. Resultados: “Se encontró que al 83,98% de las pacientes se les realizó cesárea y al 16,02% se les les atendió el parto por vía vaginal. Las principales causas de cesárea fueron cicatriz uterina previa (35,66%), causas fetales (27,62%) y desproporción céfalo-pélvica (23,78%). En el 8,75% de cesáreas no se encontró en la historia clínica ninguna justificación clínica que respalde la decisión médica”. Conclusión: “El presente estudio encontró que el porcentaje de cesáreas (83,96%) en el Hospital de los Valles en 7 veces lo recomendado por la OMS (10%-15%) y con 40 puntos porcentuales a nivel nacional. Es importante el tener en cuenta que al ser un hospital de especialidades, sirve como referencia para varios centros de salud que se encuentran a su alrededor”. (8)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 DISTOCIAS FETALES: MACROSOMÍA FETAL.

Un feto se considera de peso para su edad gestacional cuando sobrepasa el percentil 90. Al término de la gestación se considera que el feto tiene un alto peso al nacer (macrósomico) cuando pesa los 4000 gramos.

El feto de volumen excesivo en la pelvis normal puede ocasionar una distocia similar a ala del feto normal en una pelvis estrecha. En los fetos con alto peso no siempre es la cabeza la que ocasiona dificultades sino que el mayor escollo está en el parto de los hombros. (17)

Etiología: “La diabetes se asocia, a menudo, con productos de tamaño excesivo para la edad gestacional, al igual que la obesidad de la gestante. Normalmente hacia el término de la gestión el feto comienza a restringir su crecimiento, pero aun en los embarazos cronológicamente prolongados hay un mayor número de neonatos de alto peso que las gestaciones de término”.¹⁷

“Se considera que alrededor del 5% de los recién nacidos pesan más de 4.000 gramos y un 0,05% más de 4.500 gramos, y se denominan macrosómicos. El feto macrosómico, por su mayor volumen, puede causar distocia del estrecho superior al no permitir el descenso y el encajamiento, o en el estrecho inferior, dando origen a la distocia de hombros. Clínicamente se encuentra crecimiento uterino por encima de los parámetros normales y debe sospecharse en casos de Diabetes Mellitus u Obesidad materna o antecedente de fetos macrosómicos; en lo posible, se debe confirmar por ecografía cuando el diámetro toracoabdominal es 1 ,5 cm mayor que el diámetro biparietal o cuando la circunferencia del tórax está 1 ,6 cm o más por encima de la circunferencia cefálica. Al iniciarse el trabajo de parto no se presenta el descenso de la presentación, la cabeza se encuentra por encima del borde superior del pubis y puede desplazarse con facilidad. De prolongarse el trabajo de parto se puede llegar a la inercia uterina, distensión del segmento, laceraciones cervicales o vaginales, ruptura uterina e hipoxia o muerte fetal. El tratamiento, en el caso de comprobarse la desproporción fetopélvica por macrosomía, es la operación cesárea”.

2.2.2. SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

Estado de compromiso fetal instalado durante el trabajo de parto caracterizado por hipoxia, hipercapnia y acidosis. Los términos SFA y FETAL DISTRESS, debido a su imprecisión e inespecificidad, están siendo remplazados por riesgo de pérdida del bienestar fetal y estado fetal no tranquilizador. (18)

Estado fetal insatisfactorio: “De instauración aguda, las alteraciones persistentes o recurrentes en la frecuencia cardíaca fetal y la presencia de meconio espeso son herramientas claves para el diagnóstico clínico de esta patología. En estas condiciones la reserva metabólica del feto podría verse reducida en forma significativa por lo que el parto por vía vaginal no estaría indicado: la presencia de desaceleraciones variables o tardías, profundas con recuperación lenta, taquicardia fetal o bradicardia persistentes obligarían a la terminación de la gestación por vía abdominal. La presencia de meconio diluido y desaceleraciones tempranas no condicionan la necesidad de cesárea, pero sí el seguimiento estricto y riguroso del trabajo de parto”.¹⁸

2.2.3. PRESENTACIONES ANORMALES

Se considera que el feto, como elemento del huevo, perturba al parto de la siguiente manera:

a). Presentaciones cefálicas deflexionadas: “en el inicio del parto, el mentón se acerca al tórax en casi la totalidad de los casos. En apenas el 5% de los partos dicho movimiento flexivo no se produce quedando la cabeza indiferente durante el parto adoptando una actitud de deflexión, alejando o acercando el mentón más o menos al tórax”.¹⁹

- Presentación de bregma y sincipucio
- Presentación de cara
- Presentación de frente

b). Presentación pelviana: “Una vez que el polo caudal del feto se relaciona directamente con el estrecho superior. El polo pelviano, en dependencia de su actitud, se presenta con dos modalidades: las pelvianas completas y las incompletas y la modalidad de nalgas. Esto ocurre en entre un 3 y el 4% de los partos, considerándose la más frecuente después de la cefálica”.¹⁹

c). Situación transversa: en este caso el feto cruza el eje mayor de la madre aproximadamente en ángulo recto. Cuando forma ángulo agudo se

le da el nombre de situación oblicua, pero esta suele ser pasajera y de ordinario se convierte en situación longitudinal o transversa al comenzar el parto.(19)

e). Desproporción cefalopélvica: “Incongruencia entre el tamaño de la cabeza fetal y el canal de parto. La detención en la dilatación o en el descenso de la presentación están relacionados con esta distocia y solo puede sospecharse cuando se ha intentado la prueba de trabajo de parto con todas las condiciones que esta implica, en cuyo caso la realización de cesárea se hace necesaria”. 19

Etiología

- Malformaciones congénitas fetales.
- Desnutrición materna.
- Macrosomía fetal.
- Traumatismos o secuelas ortopédicas maternas.
- Diabetes

2.2.4. PARTO POR CESÁREA

“La cesárea se define como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía). Sin embargo, esta definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura uterina o de un embarazo en esa localización”. (9)

“Una de las explicaciones del término cesárea, se basó en la leyenda que Julio Cesar nació de esa manera, por lo cual el procedimiento de llamo cesárea. Otra explicación es que el nombre proviene de una ley romana creada en el siglo VIII a.c por Numa Pompilio, que ordenaba que se hicieran el procedimiento en mujeres que morían en las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño”. (10)

Y “por último se cree que la palabra cesárea se originó en algún momento de la edad media a partir del verbo latino caedere, que

significa cortar. El avance del conocimiento médico a través del tiempo ha permitido disminuir el riesgo materno de esta intervención, y con ello la mortalidad perinatal. La operación cesárea en efecto, ha contribuido notablemente en mejorar la sobrevivencia de muchos recién nacidos, como también las condiciones de su nacimiento. Sin embargo, parece ser que en los últimos tiempos, a pesar del aumento de las cesáreas estas no ha guardado proporción con la disminución de la morbilidad perinatal”.(10)

“La falta de un sistema estandarizado de clasificación internacionalmente aceptado para vigilar y comparar las tasas de cesárea de una manera uniforme y orientada a la acción es uno de los factores que ha obstaculizado una mejor comprensión de esta tendencia”.

“La OMS propone la adopción de la clasificación de Robson como un sistema de clasificación de cesáreas internacionalmente aplicable”.

“El sistema de Robson clasifica a todas las mujeres admitidas para parto en uno de diez grupos basados en características que son fácilmente identificables, como número de embarazos anteriores, si el bebé viene de cabeza primero, la edad gestacional, las cicatrices uterinas anteriores, el número de bebés y la cantidad de horas del trabajo de parto. El uso de este sistema facilitaría la comparación y el análisis de las tasas de cesáreas entre y dentro de diferentes establecimientos y en todos los países y las regiones”. 11

2.2.5. Tipos de cesáreas según urgencia de realizar el procedimiento

En cuanto a los tipos de cesárea tenemos:

- “Cesárea electiva que es aquella que se realizara en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto

por vía vaginal, siendo considerada también como una intervención programada”. “La cesárea electiva de acuerdo con la evidencia médica disponible son indicaciones la presentación de nalgas o transversa, la macrosomía fetal considerándose la necesidad de practicar una cesárea electiva cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 5000g y en pacientes diabéticas tipo I cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 4500g, la placenta previa, las infecciones maternas como las portadoras de condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando y pacientes VIH+, antecedente de ≥ 2 cesáreas anteriores (riesgo de ruptura uterina del 1,4%), las Gestantes sometidas a cirugía uterina previa con apertura de cavidad endometrial (miomectomía), una cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en T (riesgo de ruptura uterina del 1.6% y 6% respectivamente), compromiso fetal que contraindique la inducción-monitorización de la FCF del parto (malformaciones fetales, alteraciones Doppler, alteraciones del RCTG arritmias fetales...), patología médica materna que desaconseje parto vaginal (cardiopatía, riesgo AVC...), y en algunos casos de prematuridad, CIR y gestaciones múltiples donde se dependerá de las circunstancias individuales de cada caso, y se actuará según los protocolos específicos”.¹²

- “Cesárea en curso de parto o de recurso que se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvica fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. En este caso no hay riesgo inminente para la madre ni para el feto”.
- “Este procedimiento se debe programar en lo posible a las 39 semanas de gestación, siendo este periodo el adecuado

porque se evita el riesgo de inmadurez pulmonar fetal y se minimiza el riesgo que implica un inicio espontáneo de trabajo de parto en estas pacientes. La indicación de cesárea en curso de parto o de recurso se debe constar claramente en la historia clínica”.¹¹

“El motivo para indicar una cesárea de recurso suele ser la distocia: dentro del cual tenemos al fracaso de inducción, considerado fracaso cuando tras 12 horas de oxitocina EV, no se hayan alcanzado condiciones establecidas de parto (cérvis borrado un 50%, dilatado 2-3 cm, con dinámica uterina activa); el parto estacionado considerado estacionado cuando, habiéndose establecido condiciones de trabajo activo de parto, hayan transcurrido más de 3 horas sin progresión de las condiciones obstétricas (dilatación o borramiento); la desproporción pelvi fetal diagnosticado cuando en dilatación completa, dinámica activa y pujos activos, el punto guía de la presentación no llegue al tercer plano tras un periodo de tiempo que dependerá de la paridad y la analgesia (Sin analgesia epidural: 1 hora en multíparas y 2 horas en primíparas”.

-“Con analgesia epidural: 2 horas en multíparas y 3 horas en primíparas); las cesáreas electivas que inician trabajo de parto espontáneo; y por último son también cesáreas de recurso las mal posiciones detectadas durante el trabajo de parto: frente/bregma”.

Las indicaciones de cesárea urgente/emergente más frecuentes son: la Sospecha/pérdida de bienestar fetal, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), el Prolapso de cordón, la Ruptura uterina, la Embolia de líquido amniótico, etc.

- Cesárea urgente: “es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital

materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente”.^{11 13}

“Otra forma de agrupar las indicaciones para cesárea es quien sea el supuesto beneficiario de la intervención: maternas, fetales y ovulares. De acuerdo con la comisión de Bioética de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) 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”.¹⁴

2.2.6. Tipo de cesáreas según veces que se practica

Dentro de los tipos de cesárea podemos tener que esta puede ser:

Cesárea primaria, cuando la intervención se realiza por primera vez; cesárea electiva, es elegir la cesárea con el fin de evitar riesgos o sufrimientos para la madre y para el hijo.

Cesárea iterativa, cuando hay antecedente de 2 o más cesáreas; y la cesárea de Urgencia, cuando surge la necesidad de una operación cesárea debida a complicaciones surgidas después de iniciado la labor de parto. (14)

2.2.7. Indicación para realizar cesáreas

a) Maternas, considerando como Absolutas a: Desproporción Céfalo-pélvica, Estrechez pélvica, Obstrucciones mecánicas de la vagina, Fibrosis cervical, Plastia vaginal o del piso pélvico previas, Tumor avanzado del tracto genitourinario, Cerclaje abdominal permanente, dos o más cesáreas previas, Cesárea corporal, Cirugía previa sobre el cuerpo uterino, Persistencia de la causa de la cesárea previa, Cesárea previa complicada (dehiscencia, Infección), “Herpes genital activo, Condilomatosis florida obstructiva, Cardiopatía descompensada, Aneurismas o

malformación arteriovenosa cerebral, Fistulas urinarias o intestinales operadas; y Relativas: Pre eclampsia-eclampsia, Una cesárea segmentaria previa, Distocias dinámicas refractarias a manejo médico, Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración, Embarazo Prolongado”.

El “incremento en las tasas de obesidad representa uno de los mayores cambios a los que se enfrenta la salud pública en el presente siglo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en algunos países europeos su prevalencia se ha triplicado desde 1980 y continúa aumentando de manera alarmante. Hoy en día, la obesidad es la segunda causa de muerte susceptible de prevención en América y Europa, con una cifra anual cercana a 400.000 muertes atribuibles al binomio obesidad-sedentarismo”.

“El número de mujeres en edad fértil con sobrepeso u obesidad también va en aumento. En este sentido, se estima que una de cada cinco mujeres es obesa antes de quedarse embarazada, alcanzándose en EE. UU. Unas tasas de prevalencia de obesidad en gestantes entre el 18,5% y 38,3%, en función de la definición utilizada”.¹⁵

“La presencia de obesidad aumenta el riesgo de complicaciones tanto para la mujer como para el feto durante la gestación. En un metaanálisis de 49 estudios en el que encuentran una relación estadísticamente significativa entre la obesidad y un aumento en el número de cesáreas, partos instrumentales, hemorragias, infección, mayor estancia hospitalaria y necesidad de cuidados intensivos del recién nacido, concluyendo que la obesidad materna contribuye de manera significativa a un peor pronóstico tanto para la madre como para el recién nacido durante el parto y en el período inmediatamente posterior al parto. Otros estudios internacionales también han comunicado que la obesidad materna se asocia a un aumento de la

mortalidad materna, cardiopatías, aborto espontáneo del primer trimestre y abortos de repetición, preeclampsia, diabetes gestacional y posterior desarrollo de diabetes tipo 2, tromboembolismo, cesárea y parto instrumental, inducción de parto y fallo de progresión, infecciones y hemorragia post-parto. Además, el riesgo de padecer sobrepeso u obesidad está aumentado en los hijos de embarazadas obesas”¹⁵.

b) Fetales, siendo Absolutas: “Feto en Situación Transversa, Feto en presentación Podálica, Feto en variedad de Frente, Embarazo múltiple (dos o más), Gemelar monoamniótico monocorial, Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica, Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto, Distocias de posición persistentes, Macrosomía Fetal mayor de 4.500 gr. y Relativas: Anomalías congénitas, Restricción del crecimiento intrauterino, Bienestar fetal ante parto comprometido ante las contracciones uterinas, Peso fetal menor a 1000 gr. (atendiendo la sobrevida en UCI), Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 gr.)”.¹²

c) Ovulares (Materno-Fetales): “considerando como Absolutas a: Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, Placenta previa oclusiva total. Prolapso de cordón con feto vivo, Oligohidramnios severo, y Relativas: Placentas Previas oclusivas parciales, RPM con infección ovular, Poli hidramnios Severo”.¹²

La Organización Mundial de la Salud en GINEBRA dice, que la cesárea es una intervención quirúrgica más frecuente en el mundo, en países con ingresos altos o ingresos medianos. Se debe este aumento ya que se pone en práctica sin que existan indicaciones clínicas para que se las pueda realizar.

La cesárea es practicada cuando el parto por vía vaginal suponga un riesgo tanto para la madre como para el feto, por ejemplo; sufrimiento

fetal, parto prolongado, posición incorrecta o anómala del feto. Las causas del aumento en la tasa de cesáreas son multifactoriales, pero existe una clara tendencia al incremento de primeras cesáreas junto a una disminución de partos vaginales post cesáreas y un notorio decrecimiento en la tasa de partos instrumentales.

El aumento en la tasa de inducciones o ingreso a la maternidad en etapas precoces del trabajo de parto, también han sido asociadas a mayor tasa de cesáreas. La monitorización fetal intra parto con el registro electrónico de la frecuencia cardíaca fetal, también ha sido asociada con un incremento en la tasa de cesárea sin un claro beneficio en los resultados perinatales.

2.3.8. Técnica de operación cesárea

“Paciente en posición supina con ligera lateralización uterina hacia izquierda que permite mejor retorno venoso. Esto se logra por desplazamiento uterino por compresión manual lateral o uso de cuña en región lumbar derecha que habitualmente se retira al inicio de la cirugía”.

Laparotomía de Pfannenstiel: “Se realiza incisión transversa de 10–12cm de longitud por sobre el pubis. Sección del celular subcutáneo y aponeurosis también en forma transversa. Disección del plano muscular sub-aponeurótico partiendo por la línea media, teniendo especial cuidado con la hemostasia de vasos perforantes. Se separan en sentido vertical los rectos abdominales hasta identificar el peritoneo parietal y se penetra a la cavidad peritoneal identificándose la zona del segmento uterino”.¹⁶

Histerotomía: “La incisión uterina más frecuentemente utilizada es la transversa baja, que tiene dentro de sus ventajas una menor pérdida de sangre así como un menor riesgo de ruptura en embarazos posteriores. Se identifica el segmento uterino (de menor grosor y con

adherencia laxa al peritoneo visceral), se abre transversalmente el peritoneo visceral y se desciende la vejiga”.¹⁶

“La incisión uterina se realiza de manera transversa y arciforme para evitar la lesión de los vasos del ligamento ancho. Una vez expuesto, el amnios se secciona y se procede con la extracción fetal, siendo las maniobras de extracción dependientes del tipo de presentación. Existe una recomendación de postergar la ligadura del cordón por al menos 30 segundos con el fin de optimizar niveles hematológicos en el neonato. Ello no procede frente a emergencias en la condición de la madre y/o el recién nacido”.¹⁶

“El alumbramiento manual no ha mostrado beneficio en comparación con el alumbramiento espontáneo. Extraída la placenta, se realiza una revisión instrumental y manual, con el fin de reducir el riesgo de retención de restos ovulares. Completado el alumbramiento y revisión, habitualmente se administra oxitocina o similar, según protocolo local a fin de favorecer la retracción uterina”.¹⁶

Histerorrafia: “Múltiples técnicas han sido propuestas para el cierre de la pared uterina. La técnica más frecuentemente utilizada es la sutura continúa en uno o dos planos corridos o con vuelta atrás. También se puede realizar una sutura con puntos separados invaginantés. El material de sutura puede ser catgut crómico o vicril N° 0”. (16)

“El cierre del peritoneo visceral es un tiempo que puede o no realizarse. Si se realiza se utiliza una sutura corrida o con puntos separados con material reabsorbible. Al concluir la histerorrafia debe ejecutarse una revisión cuidadosa de la hemostasia, así como de los anexos, recuento de agujas y compresas y lavado prolijo de la cavidad pelviana”.

“Cierre peritoneo parietal, afrontamiento de músculos rectos abdominales y cierre de aponeurosis: El cierre del peritoneo parietal

se realiza con una sutura corrida adelante con material reabsorbible o con puntos separados en conjunto con afrontamiento muscular.

La fascia aponeurótica se cierra habitualmente con material reabsorbible (vicril) N° 0 con sutura corrida. Se debe ser cuidadoso en la hemostasis por la posibilidad de sangrado de perforantes y la formación de un hematoma subaponeurótico”.

Cierre plano celular y piel: Se realiza hemostasia y cierre del tejido celular subcutáneo con sutura corrida o puntos separados con material reabsorbible N° 00. La piel puede afrontarse con sutura subdérmica o con puntos separados. Si se utiliza material no reabsorbible debe retirarse a los 7–10 días posterior a la operación.(16)

Cesárea programada para parto en presentación podálica. Una de las indicaciones frecuentes de la cesárea es la presentación podálica; debido a este hecho este estudio evalúa los efectos de la cesárea programada por presentación podálica de feto único a término sobre las medidas de resultado del embarazo. Este estudio incluyó una búsqueda en el registro de estudios clínicos de grupo Cochrane de embarazo y parto y en el registro central Cochrane de estudios de estudios clínicos controlados para comparar la cesárea programada por presentación podálica de feto único a término versus el parto vaginal programado. Se concluyó entonces que la cesárea programada en comparación con el parto vaginal programado disminuyó la muerte perinatal o neonatal con respecto a la presentación podálica de feto único a término, a expensas de un cierto aumento de la morbilidad materna. Existió información limitada sobre las consecuencias a largo plazo de la cesárea, como las funciones reproductivas y el ajuste emocional en el estudio.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

Aceleración de la FCF: “Se define como un aumento brusco en la FCF que pueden coincidir o no con las contracciones uterinas y que generalmente es producida por los movimientos fetales”. 19

Cesárea: “Intervención quirúrgica en la que se realiza una incisión del abdomen y el útero produciéndose el nacimiento trans-abdominal del feto”. 9

Factor de riesgo: “Característica o cualidad que tiene una enfermedad, la cual guarda relación causal o le otorga un grado mayor de posibilidad para su desarrollo”. 20

Cesárea electiva: Cesárea programada durante la atención prenatal. 9

Cesárea de emergencia: “Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones”. 20

Cesárea durante el trabajo de parto: “La cesárea se realiza una vez iniciado el trabajo de parto, alcanzada una dilatación concreta con bolsa rota y al menos dos horas de contracciones uterinas adecuadas”. 20

Factores maternos: Exposición que aumente la probabilidad de parto por cesárea atribuido a causas maternas, tales como preeclampsia. 22

Indicación de cesárea: Está indicada cuando un parto vaginal no es posible o cuando la ocurrencia del parto vaginal implica grave daño a la salud de la madre o del bebé. 9

Inducción: “se emplean medios artificiales para iniciar la labor de parto. Estos pueden incluir medicamentos para ablandar el cérvix, ruptura del

saco amniótico, o medicamentos para causar que el útero se contraiga, como oxitocina”. 21

Macrosomia fetal: Al término de la gestación se considera que el feto tiene un alto peso al nacer (macrósomico) cuando pesa los 4000 gramos. 17

Presentación de cara: “la presentación de cara se origina cuando la deflexión máxima de la cabeza ocasiona que la cara del feto sea la parte que primero se presenta en el estrecho superior”. 19

Presentación de pelvis: “se distinguen dos tipos de presentación de pelvis: completa e incompleta o parcial” (de pies o rodillas). 19

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPOTESIS PRINCIPAL Y ESPECÍFICAS

3.1.1. Hipótesis Principal

- Existe asociación entre las distocias fetales y el parto por cesárea en gestantes atendidas según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.
- No existe asociación entre las distocias fetales y el parto por cesárea en gestantes atendidas según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

3.1.2. Hipótesis específicas

- Existe asociación entre la macrosomía fetal y el parto por cesárea en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.
- Existe asociación entre el sufrimiento fetal agudo y el parto por cesárea en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.
- Existe asociación entre las presentaciones anormales y el parto por cesárea en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

3.2. VARIABLES

3.2.1. Variable X: Distocias Fetales.

Un feto se considera de peso para su edad gestacional cuando sobrepasa el percentil 90. Al término de la gestación se considera que el feto tiene un alto peso al nacer (macrósomico) cuando pesa los 4000 gramos.

“El feto de volumen excesivo en la pelvis normal puede ocasionar una distocia similar a ala del feto normal en una pelvis estrecha. En los fetos con alto peso no siempre es la cabeza la que ocasiona dificultades, sino que el mayor escollo está en el parto de los hombros”.¹⁷

3.2.2. Variable Y: Parto por cesárea

Una de las explicaciones del término cesárea, “se basó en la leyenda que Julio Cesar nació de esa manera, por lo cual el procedimiento de llamo cesárea. Otra explicación es que el nombre proviene de una ley romana creada en el siglo VIII a.c por Numa Pompilio, que ordenaba que se hicieran el procedimiento en mujeres que morían en las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño”.¹⁰

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE INVESTIGACIÓN		
Variable X: Distocias fetales	X ₁ : Macrosomía fetal	D ₁ : 4000 - 4500 gr	1	Ordinal		
		D ₂ : > 4500 gr	2 3			
	X ₂ : Sufrimiento fetal agudo	D ₃ : Taquicardia	4 5			
		D ₄ : Bradicardia	6 7			
	x ₃ : presentaciones anormales	D ₅ : presentación de cara	8			
		D ₆ : presentación podálica	9			
	Variable Y: Parto por Cesárea	Y ₁ : Electiva	D ₁₀ : Primaria		10 11 12 13 14 15 16 17 18	Ordinal
			D ₁₁ : Iterativa			
		Y ₂ : En curso de Parto o de Recurso	D ₁₃ : Primaria			
D ₁₄ : Iterativa						
Y ₃ : Urgente		D ₁₆ : Primaria				
		D ₁₇ : Iterativa				

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

El enfoque de investigación fue cuantitativo porque se “basó en la inferencia de la medición penetrante y el control de los datos sólidos de manera general a lo particular, se analizó estadísticamente y de manera objetiva los resultados obtenidos en la investigación”.

El diseño de la investigación es de tipo no experimental, de corte transeccional o transversal, ya que no se manipulará, ni se someterá a prueba las variables de estudio.

Es no experimental dado que “se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en la que solo se observa los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlas” ²³

Estudio “no experimental u observacional. Pues son datos obtenidos de pacientes que presentaron en un ámbito natural”.

Transversal, porque las medidas tomadas serán en un solo tiempo

Retrospectiva, debido a que los datos fueron tomados en tiempo pasado.

Analítica “por razones de que el estudio es de dos variables; son observacionales, los sujetos son seleccionados a partir del evento y son comparados con uno o más grupos de sujetos sin el evento”.

Tipo de Investigación

El tipo de investigación fue básica “porque se enfocó en ampliar los conocimientos actuales y modernos campos de investigación sin fines prácticos, las cuales la analiza para poder perfeccionar su contenido”.

Nivel de la Investigación

La presente investigación es descriptiva correlacional porque “buscan especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. “Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas”.²³

Método:

Hipotético Deductivo, este tipo de método “el enfoque inicial son las hipótesis basadas en datos que fueron empíricos, donde se aplicaron las normas de deducción, en las cuales se busca comprobar si hay o no veracidad y si estas concuerdan con los hechos”.

4.2 DISEÑO MUESTRAL

4.2.1 POBLACIÓN

“La población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (...) Las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, de lugar y de tiempo”.²³

Estará conformada por 230 egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

4.2.2.- Muestra:

“La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población (...) Básicamente se categorizan las muestras en dos grandes ramas, las muestras no probabilísticas y las muestras probabilísticas...”²³

Muestreo Probabilístico

“Este tipo de muestreo probabilístico es para calcular un tamaño de muestra mediante el uso de una fórmula, consiste en seleccionar elementos muestrales de tal modo que al inicio todos tengan la misma posibilidad de ser elegidos”.

Formula

N= 230 (población)

Z= 95% = 1.96 = (nivel de confianza).

p= 95% = 95/100 = 0.95

q= 1 – 0.95 = 0.05

E= 5% = 0.05 (error muestra).

N = (Tamaño de la población)

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

$$\begin{aligned} n &= \frac{1.96^2 \times 230 \times 0.95 \times 0.05}{0.05^2 (230-1) + 1.96^2 \times 0.95 \times 0.05} \\ n &= 59.6 = 60 \end{aligned}$$

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1 TÉCNICAS

La observación, “método fundamental de obtención de datos de la realidad, toda vez que consiste en obtener información mediante la percepción intencionada y selectiva, ilustrada e interpretativa de un objeto o de un fenómeno determinado”.

La Encuesta, técnica para obtener información, generalmente de una muestra de sujetos. La información es recogida usando procedimientos estandarizados de manera que a cada individuo se les hace la misma pregunta en más o menos la misma manera.

4.3.2 INSTRUMENTOS

Se utilizará una Ficha de recolección de datos, elaborada para tal fin, que contenga la edad, numero de historia clínica, estado civil, formula obstétrica, complicaciones en el trabajo de parto y las variables con sus dimensiones que se llenará con la información brindada.

El Cuestionario: “el cuestionario contiene los aspectos del fenómeno que se consideran esenciales; permite, además, aislar ciertos problemas que nos interesan principalmente; reduce la realidad a cierto número de datos esenciales y precisa el objeto de estudio” ²⁴ (Tamayo 2015:190)

El instrumento consta de 18 ítems distribuidos en las dimensiones de la variable 1 y variable 2, respectivamente.

Las escalas y sus valores fueron los siguientes:

- Nunca (1)
- A veces (2)
- Siempre (3)

Validez y confiabilidad del instrumento.

a). Validación a través de Juicio de expertos

Validez Interna

“Se verifico que el instrumento fue construido de la concepción técnica, descomponiendo la variable, en dimensiones, indicadores e ítems. Así como, el establecimiento de su sistema de evaluación en base al objetivo de investigación logrando medir lo que realmente se indicaba en la investigación”.²³

Validez de constructo

“Este procedimiento se precisa que los instrumentos fueron elaborados en base a una teoría, respondiendo al objetivo de la investigación, esta se operacionalización en áreas, dimensiones, indicadores e ítems”.²³

Opinión de Expertos

“Asimismo, los instrumentos fueron expuestos a un grupo de expertos, especialistas en el curso de Diseño y Desarrollo de la Investigación: (...) óptimo para ser aplicado al grupo muestral, para obtener datos”.²³

b). Prueba de confiabilidad de instrumentos

“El criterio de confiabilidad del instrumento se determina en la presente investigación, por el coeficiente de Alfa Cronbach, desarrollado por J.L. Cronbach, que requiere de una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre uno y cero”.

“Es aplicable a escalas de varios valores posibles por, lo que puede ser utilizado para determinar la confiabilidad en escalas cuyos ítems tiene como respuesta, más de dos alternativas. Su fórmula determina el grado de consistencia y precisión; la escala de valores que determina confiabilidad está dada por los siguientes valores”:

Criterio de Confiabilidad, Valores

No confiable -1 a 0

Baja confiabilidad 1.01 a 0.49

Moderada confiabilidad 0.5 a 0.75

Fuerte confiabilidad 0.76 a 0.89

Alta confiabilidad 0.9 a 1

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach ^a	N de elementos
,892	18

4.4 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Estadística Descriptiva: los resultados son presentados en tablas de doble entrada donde se consignan las variables

Estadística Analítica: mediante el coeficiente de correlación Pearson si el coeficiente es positivo la correlación es directa y si es negativo es inversa, los

valores cercanos a 1 indican mayor correlación a diferencia de la media entre grupos se medirá según el test de la "t" o el ANOVA ONEWAY, si $p < 0.05$ existe significativa estadística.

Tabulación de la información recopilada.

Presentación de gráficos y matriz para identificar informaciones

Interpretación de resultados.

Los datos se analizarán con tablas de distribución de frecuencias identificando las variables de estudio según los indicadores. Además, para la validación de la prueba diagnóstica se utilizará el programa SSPS 25, se realizará la contratación de hipótesis a través de la estadística Inferencial.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Los datos recopilados formaran parte de una investigación en la que sus autores no prevén daños a la persona pues se trata de encuestas anónimas.

Así mismo, en este estudio no utilizo el principio de beneficencia y no maleficencia no se produjo daño a personas, animales o plantas, la información obtenida solo se realizó con fines académicos y no se presenta conflicto de intereses.

CAPÍTULO V

5.1. Análisis Descriptivo

Variable X: DISTOCIAS FETALES.

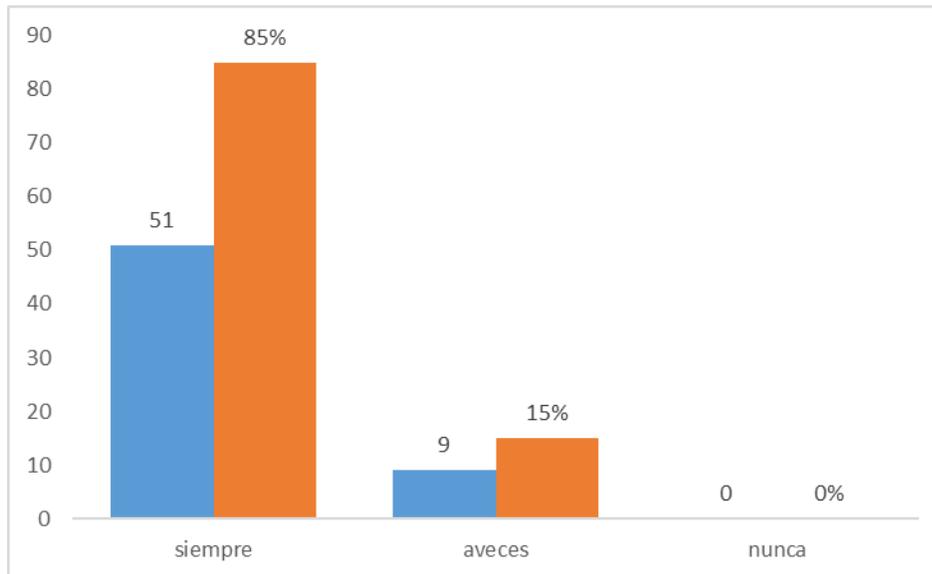
1.- ¿Se considera Macrosomía fetal cuando el peso del feto es superior a 4,000 gramos?

Tabla 05

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	51	85%	51	85
a veces	9	15%	60	100
nunca	0	0%	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 01



Fuente: Tabla 05

INTERPRETACIÓN

En la tabla 06 y el gráfico 01: según el análisis descriptivo observamos que el 100% (60) encuestadas, hallamos que el 85% contestaron siempre, el 15% a veces, entonces la mayoría considera que la Macrosomía fetal es cuando el peso es superior a 4,000 gramos.

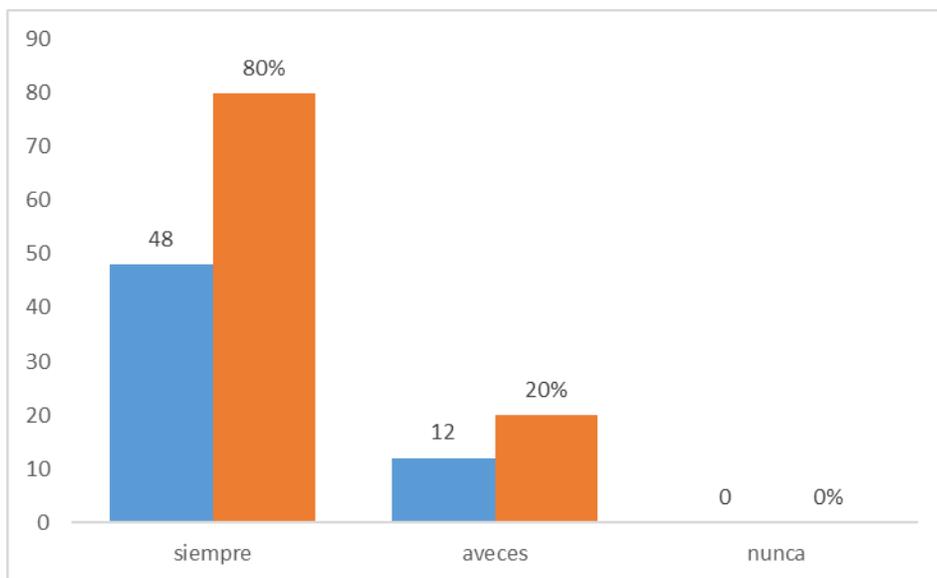
2.- ¿Conoce usted si algunos fetos llegaron a pesar más entre 4,500 y 4,900 gramos?

Tabla 06

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	48	80%	48	80
a veces	12	20%	60	100
nunca	0	0	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 02



Fuente: Tabla 06

INTERPRETACIÓN

En la tabla 06 y el gráfico 02 en el análisis descriptivo observamos que el 100% (60) encuestadas, hallamos que 80% contestaron siempre y el 20 % veces, entonces la mayoría de encuestados tiene conocimiento de fetos que llegaron a pesar más 4,500 y 4,900 gramos.

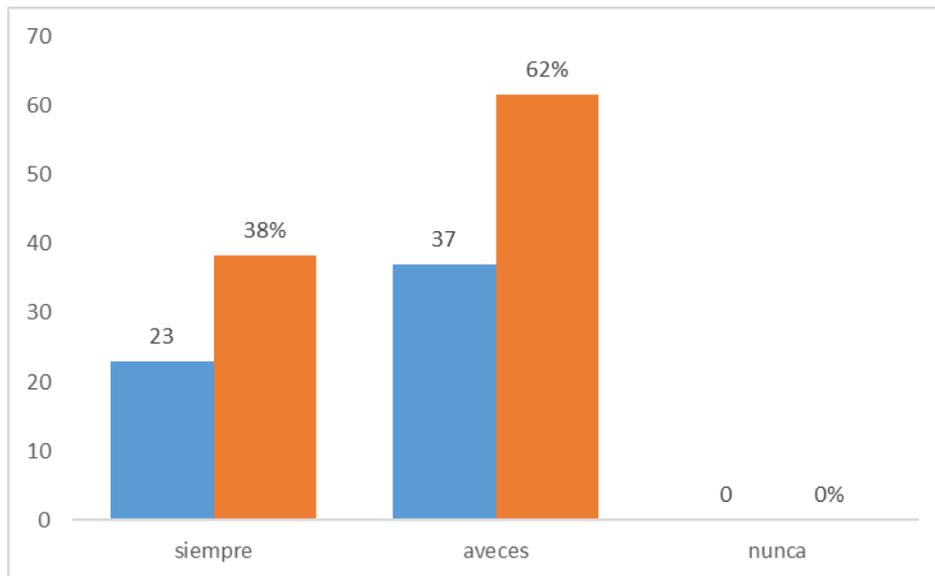
3.- ¿cree usted que el peso superior a 4,000 gramos del feto ocasiona dificultades en el parto?

Tabla 07

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	23	38%	23	38
a veces	37	62%	60	100
nunca	0	0	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 03



Fuente: Tabla 07

INTERPRETACIÓN

En la tabla 07 y el gráfico 03 en el análisis descriptivo observamos que del 100% (60) encuestadas 62% contestaron a veces, 38% siempre, entonces la mayoría afirma que a veces el peso superior a 4,000 gramos del feto ocasiona complicaciones en el parto

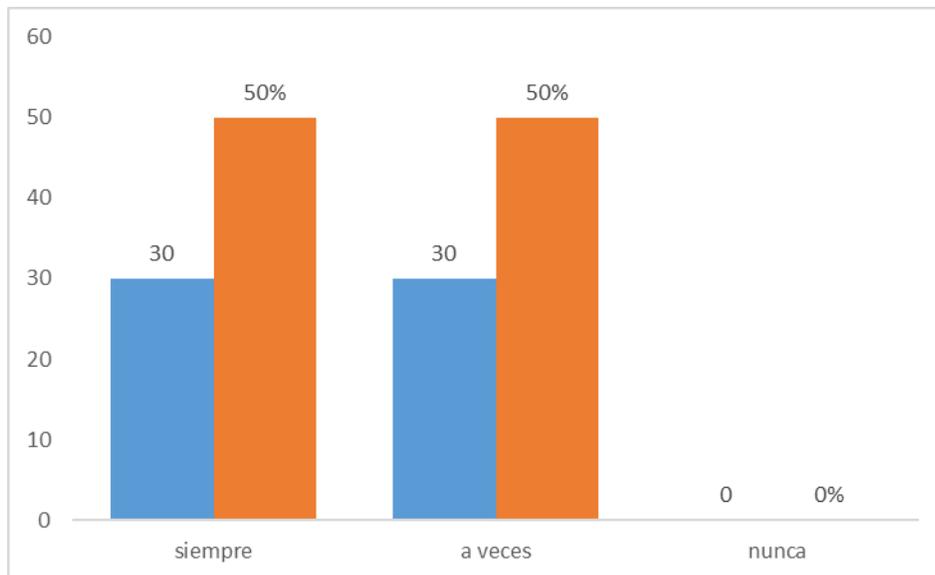
4. ¿Considera usted, que de 170 a 180 latidos por minutos del feto se podría considerar una Taquicardia fetal?

Tabla 8

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	30	50%	30	50
a veces	30	50%	60	100
nunca	0	0	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 04



Fuente: Tabla 08

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 08 y el Gráfico N°4: en su análisis descriptivo muestran que el 100% (60) encuestados, Encontramos que el 50% contestaron siempre, mientras el 50% manifiesta que a veces, es decir, la mayoría de los encuestados siempre Considera que de 170 a 180 latidos por minutos del feto se podría considerar una Taquicardia fetal.

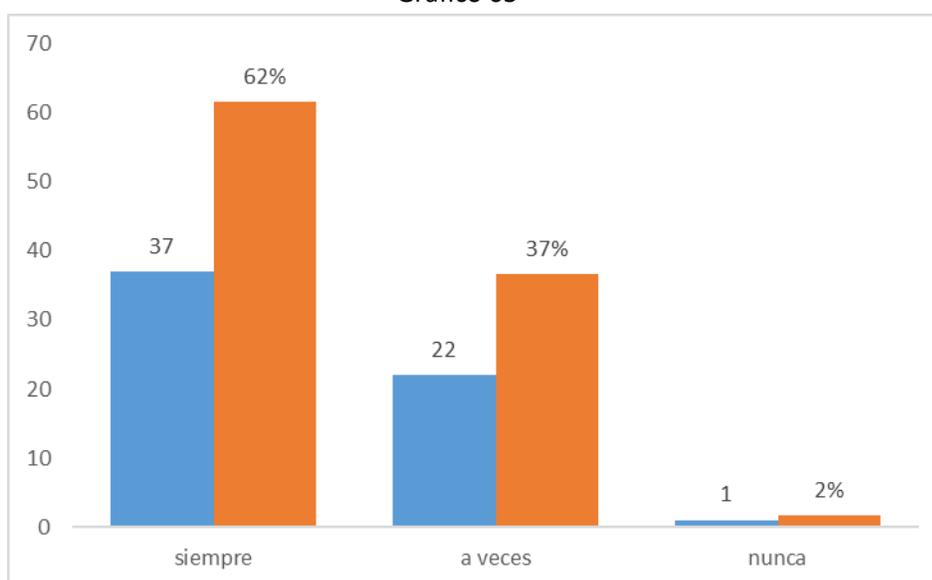
5. ¿Cuándo la frecuencia fetal es por debajo de los 140 latidos por minuto se puede considerar una Bradicardia fetal?

Tabla 9

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	37	62%	37	62
a veces	22	37%	59	98
nunca	1	2%	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 05



Fuente: Tabla 09

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 09 y el Gráfico N°5: en su análisis descriptivo muestran que el 100% (60) encuestados, Encontramos que el 62% contestaron siempre, mientras el 37% manifiesta que a veces y el 2% nunca, es decir, la mayoría de los encuestados siempre cree que cuándo la frecuencia fetal es por debajo de los 140 latidos por minuto se puede considerar una Bradicardia fetal.

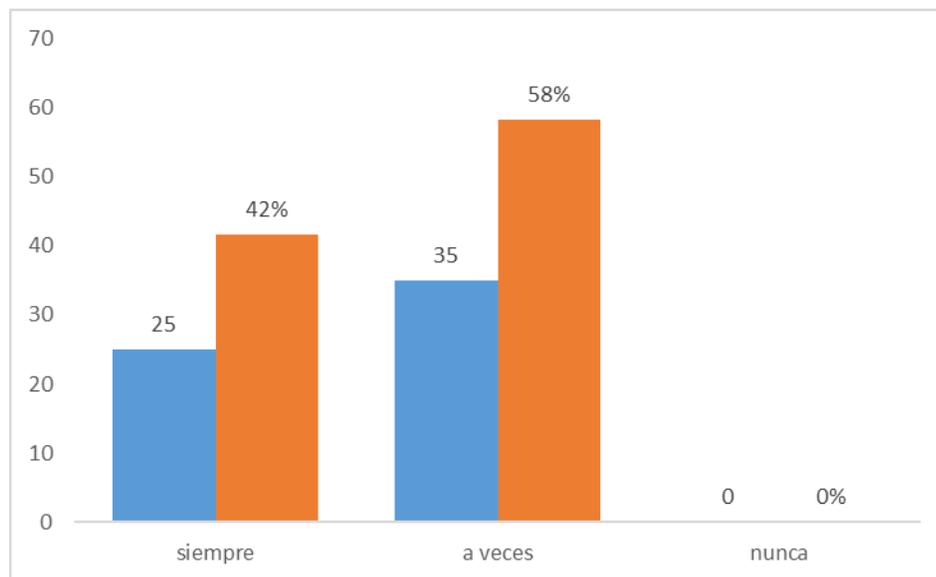
6. ¿Si existe presencia de líquido meconial en el parto es considerado como un signo de sufrimiento fetal?

Tabla 10

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	25	42%	25	42
a veces	35	58%	60	100
nunca	0	0%	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 06



Fuente: Tabla 10

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 10 y el Gráfico N°6: en su análisis descriptivo muestran que el 100% (60) encuestados, Encontramos que el 58% contestaron a veces, mientras el 42% manifiesta que siempre, es decir, la mayoría de los encuestados a veces cree que si existe presencia de líquido meconial en el parto es considerado como un signo de sufrimiento fetal.

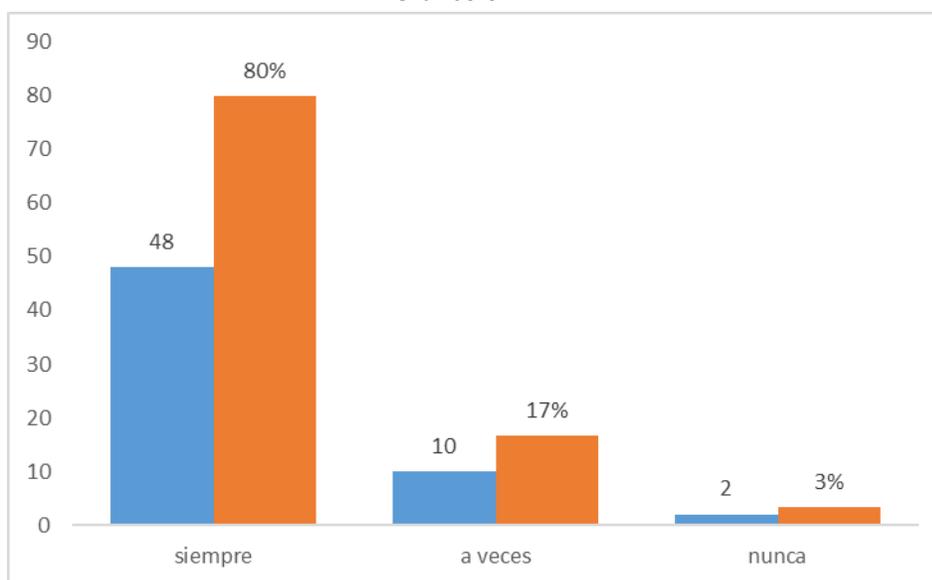
7. ¿Cuándo la presentación del feto es de cara es considerado una distocia de presentación?

Tabla 11

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	48	80%	48	80
a veces	10	17%	58	97
nunca	2	3%	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 07



Fuente: Tabla 11

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 11 y el Gráfico N°7: en su análisis descriptivo muestran que el 100% (60) encuestados, Encontramos que el 80% contestaron siempre, mientras el 17% manifiesta que a veces y el 3% nunca, es decir, la mayoría de los encuestados siempre cree que cuándo la presentación del feto es de cara es considerado una distocia de presentación.

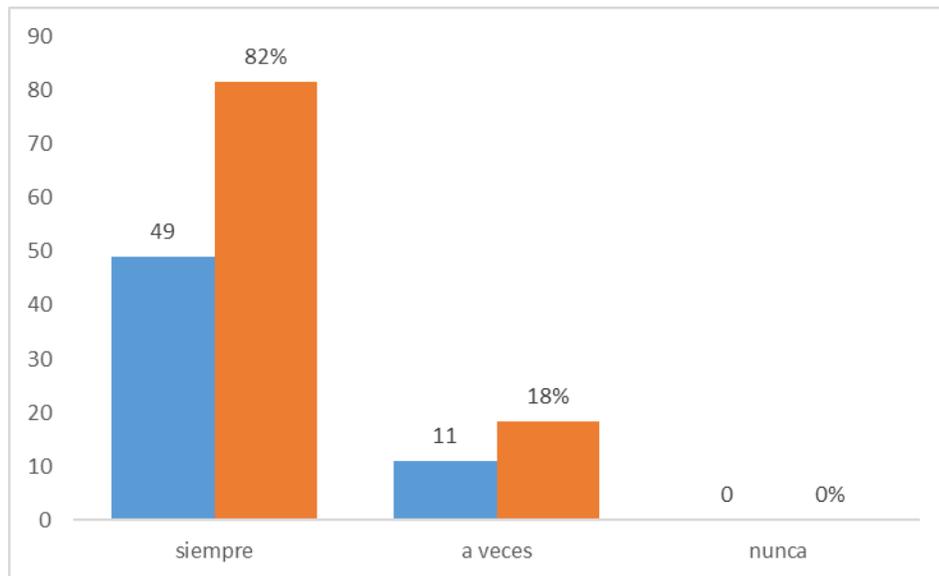
8. ¿Cuándo la presentación del feto es podálica se considera una distocia de presentación?

Tabla 12

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	49	82%	49	82
a veces	11	18%	60	100
nunca	0	0%	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 08



Fuente: Tabla 12

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 12 y el Gráfico N°8: en su análisis descriptivo muestran que el 100% (60) encuestados, Encontramos que el 82% contestaron siempre, mientras el 18% manifiesta que a veces, es decir, la mayoría de los encuestados siempre cree que cuándo la presentación del feto es podálica se considera una distocia de presentación.

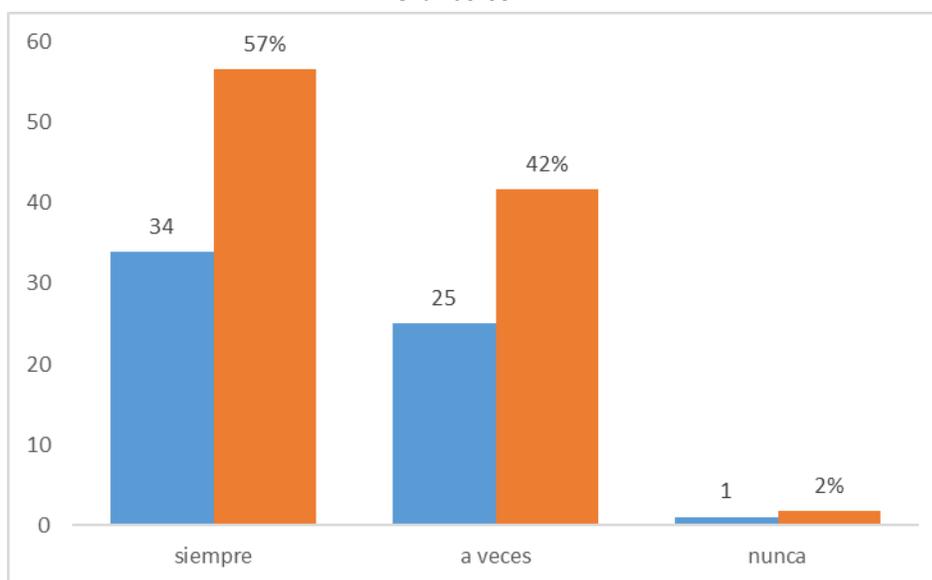
9. ¿Cuándo la presentación del feto es el hombro estamos frente a situación transversa?

Tabla 13

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	34	57%	34	57
a veces	25	42%	59	98
nunca	1	2%	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 09



Fuente: Tabla 13

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 13 y el Gráfico N°9: en su análisis descriptivo muestran que el 100% (60) encuestados, Encontramos que el 57% contestaron siempre, mientras el 42% manifiesta que a veces y el 2% nunca, es decir, la mayoría de los encuestados siempre cree que cuándo la presentación del feto es el hombro estamos frente a situación transversa.

Variable Y: PARTO POR CESÁREA.

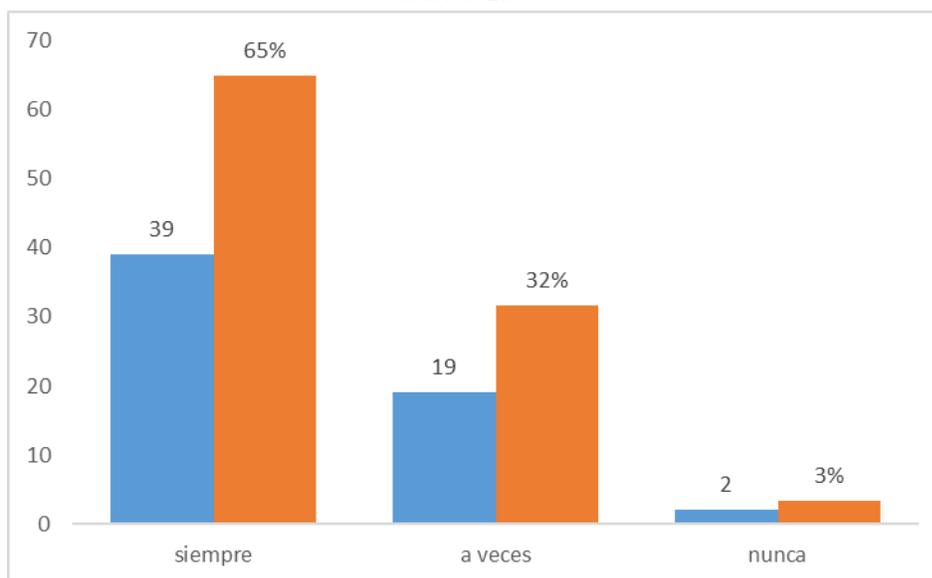
10. ¿Conoce usted que los partos por cesárea electiva se realizan a gestantes diagnosticadas con alguna patología materna?

Tabla 14

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	39	65%	39	65
a veces	19	32%	58	97
nunca	2	3%	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 10



Fuente: Tabla 14

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 14 y el Gráfico N°10: en su análisis descriptivo muestran que el 100% (60) encuestados, Encontramos que el 65% contestaron siempre, mientras el 32% manifiesta que a veces y el 3% nunca, es decir, la mayoría de los encuestados siempre conoce que los partos por cesárea electiva se realizan a gestantes diagnosticadas con alguna patología materna.

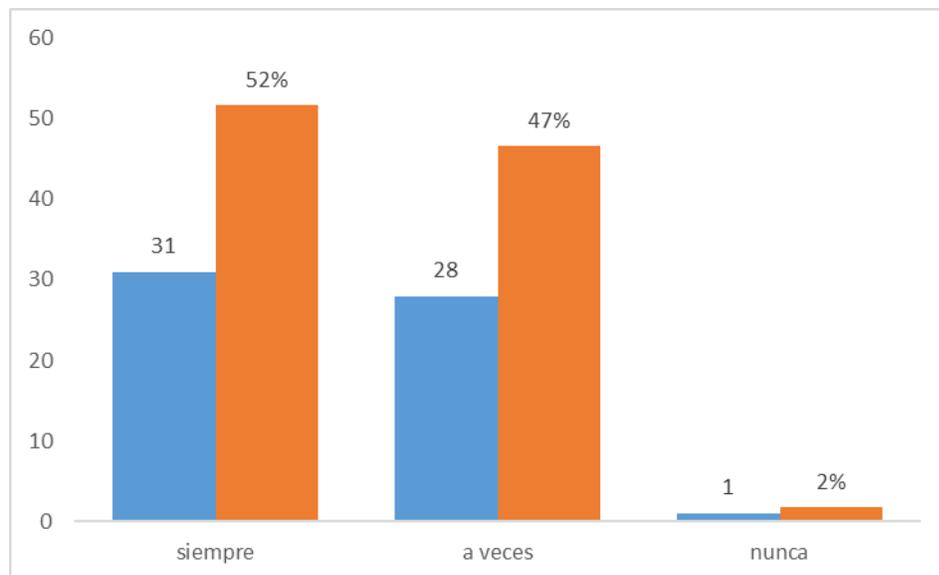
11. ¿Conoce usted que los partos por cesárea lectiva se realizan a gestantes diagnosticadas con alguna fetal?

Tabla 15

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	31	52%	31	52
a veces	28	47%	59	98
nunca	1	2%	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 11



Fuente: Tabla 15

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 15 y el Gráfico N°11: en su análisis descriptivo muestran que el 100% (60) encuestados, Encontramos que el 52% contestaron siempre, mientras el 47% manifiesta que a veces y el 2% nunca, es decir, la mayoría de los encuestados siempre conoce que los partos por cesárea lectiva se realizan a gestantes diagnosticadas con alguna fetal.

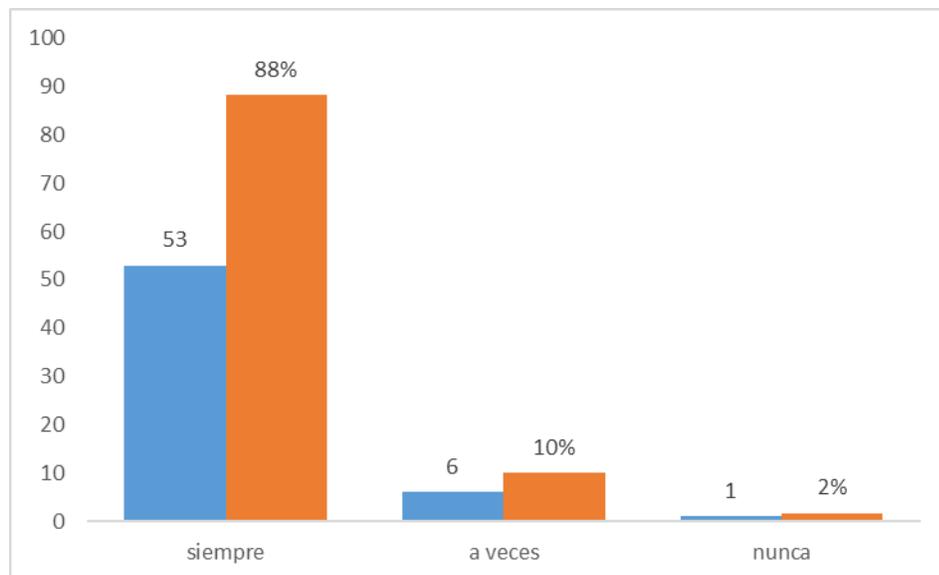
12. ¿Considera si la cesárea electiva es por una contraindicación de un parto vaginal?

Tabla 16

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	53	88%	53	88
a veces	6	10%	59	98
nunca	1	2%	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 12



Fuente: Tabla 16

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 16 y el Gráfico N°12: en su análisis descriptivo muestran que el 100% (60) encuestados, Encontramos que el 88% contestaron siempre, mientras el 10% manifiesta que a veces y el 2% nunca, es decir, la mayoría de los encuestados siempre considera si la cesárea electiva es por una contraindicación de un parto vaginal.

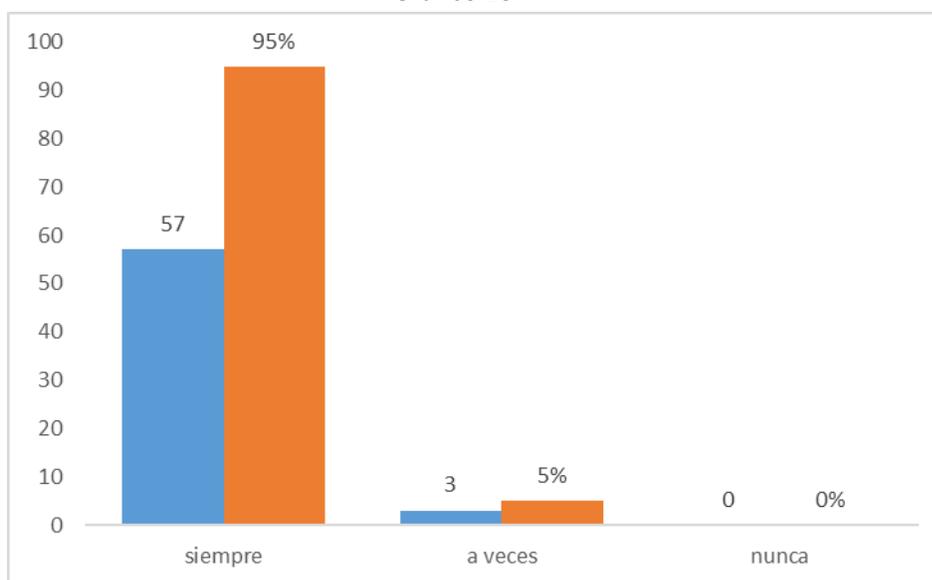
13. ¿La cesárea de recurso es cuando se encuentra una distocia durante el parto?

Tabla 17

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	57	95%	57	95
a veces	3	5%	60	100
nunca	0	0%	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 13



Fuente: Tabla 17

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 17 y el Gráfico N°13: en su análisis descriptivo muestran que el 100% (60) encuestados, Encontramos que el 95% contestaron siempre, mientras el 5% manifiesta que a veces, es decir, la mayoría de los encuestados siempre cree que la cesárea de recurso es cuando se encuentra una distocia durante el parto.

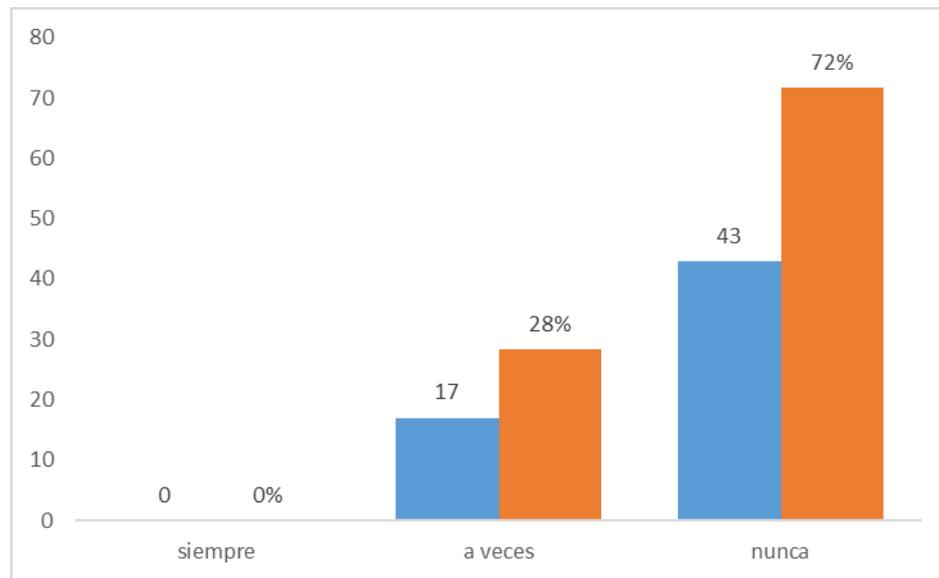
14. ¿Si ha participado de un parto por cesárea de recurso?

Tabla 18

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	0	0%	0	0
a veces	17	28%	17	28
nunca	43	72%	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 14



Fuente: Tabla 18

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 18 y el Gráfico N°14: en su análisis descriptivo muestran que el 100% (60) encuestados, Encontramos que el 72% contestaron nunca, mientras el 28% manifiesta que a veces, es decir, la mayoría de los encuestados nunca ha participado de un parto por cesárea de recurso.

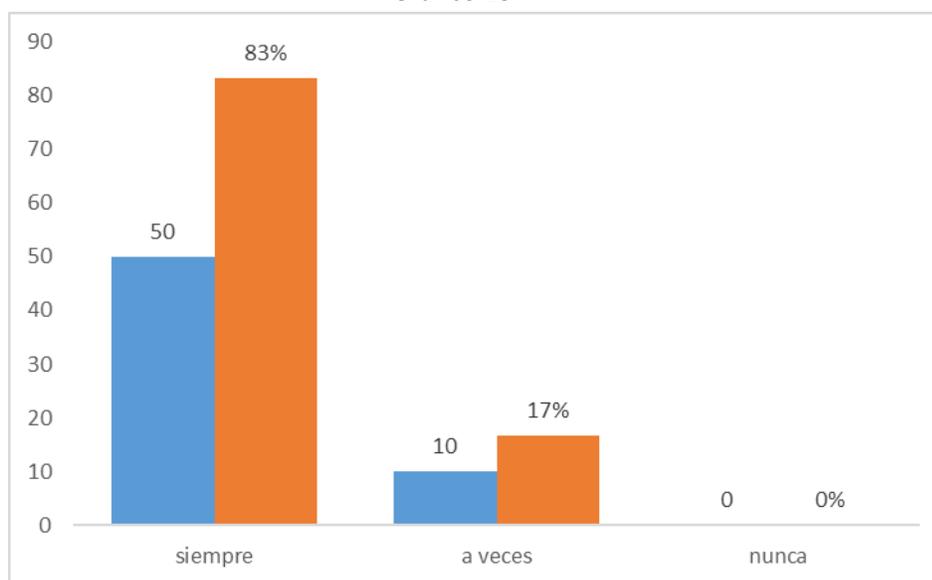
15. ¿Considera usted que el parto por cesárea de recurso no existe riesgo para la madre y el feto?

Tabla 19

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	50	83%	50	83
a veces	10	17%	60	100
nunca	0	0%	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 15



Fuente: Tabla 19

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 19 y el Gráfico N°15: en su análisis descriptivo muestran que el 100% (60) encuestados, Encontramos que el 83% contestaron siempre, mientras el 17% manifiesta que a veces, es decir, la mayoría de los encuestados siempre considera que el parto por cesárea de recurso no existe riesgo para la madre y el feto.

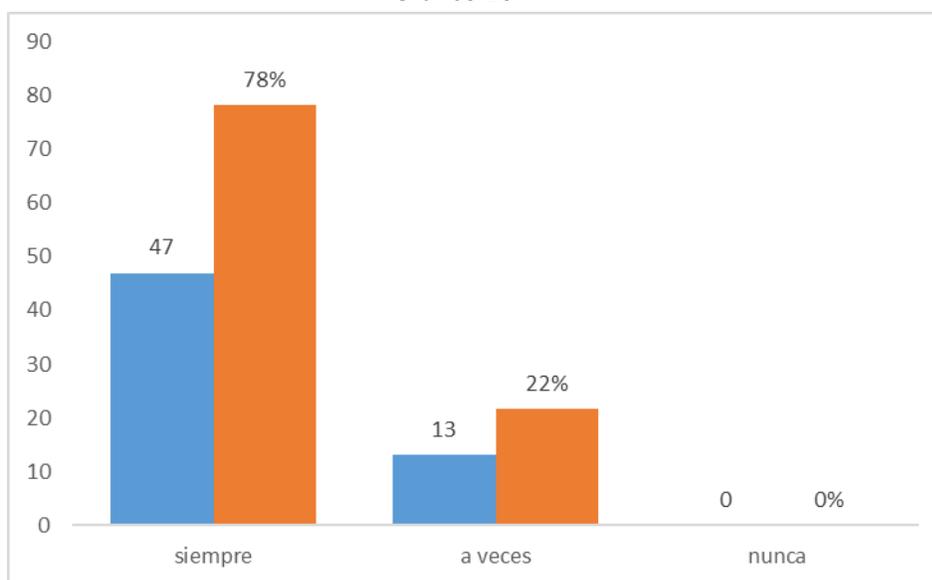
16. ¿El parto por cesárea urgente se realiza cuando existe riesgo vital para la madre?

Tabla 20

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	47	78%	47	78
a veces	13	22%	60	100
nunca	0	0%	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 16



Fuente: Tabla 20

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 20 y el Gráfico N°16: en su análisis descriptivo muestran que el 100% (60) encuestados, Encontramos que el 78% contestaron siempre, mientras el 22% manifiesta que a veces, es decir, la mayoría de los encuestados siempre considera el parto por cesárea urgente se realiza cuando existe riesgo vital para la madre.

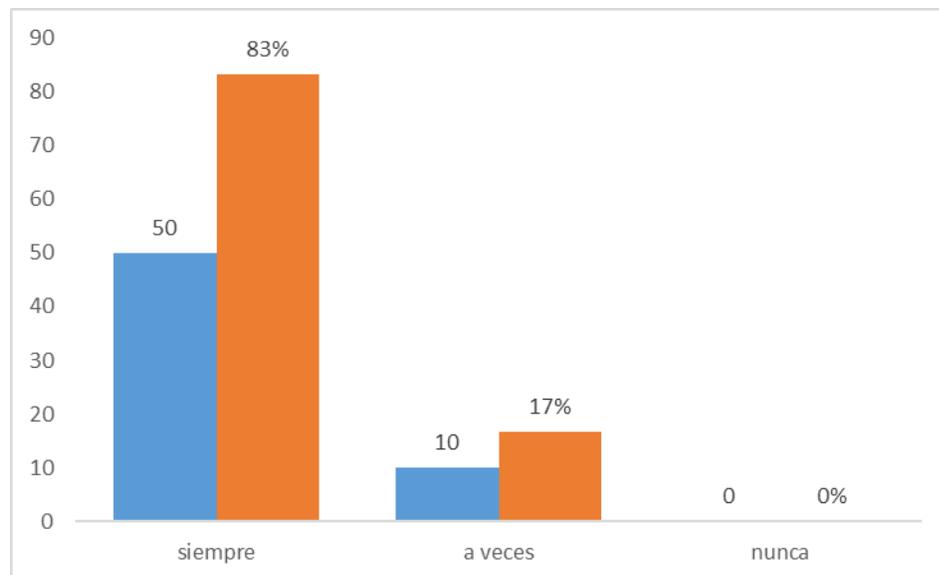
17. ¿El parto por cesárea urgente se realiza cuando existe riesgo vital para el feto?

Tabla 21

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	50	83%	50	83
a veces	10	17%	60	100
nunca	0	0%	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 17



Fuente: Tabla 21

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 21 y el Gráfico N°17: en su análisis descriptivo muestran que el 100% (60) encuestados, Encontramos que el 83% contestaron siempre, mientras el 17% manifiesta que a veces, es decir, la mayoría de los encuestados siempre cree que el parto por cesárea urgente se realiza cuando existe riesgo vital para el feto.

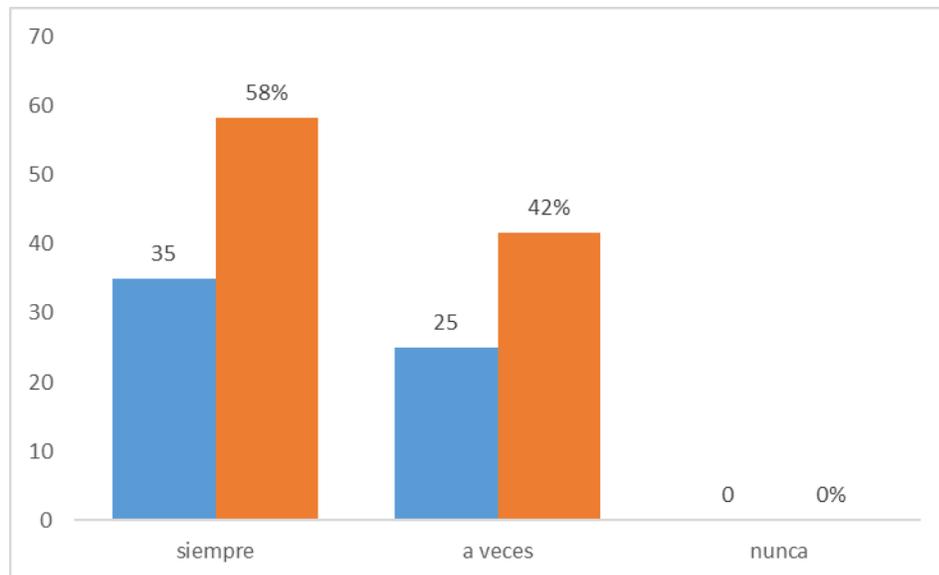
18. ¿Considera usted que el parto por cesárea urgente se realiza cuando la madre ha sufrido un evento traumático?

Tabla 22

Validos	Frecuencia	Porcentaje	F acumulada	% acumulado
siempre	35	58%	35	58
a veces	25	42%	60	100
nunca	0	0%	60	100
TOTAL	60	100		

Fuente: cuestionario

Gráfico 17



Fuente: Tabla 22

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 22 y el Gráfico N°18: en su análisis descriptivo muestran que el 100% (60) encuestados, Encontramos que el 58% contestaron siempre, mientras el 42% manifiesta que a veces, es decir, la mayoría de los encuestados siempre considera que el parto por cesárea urgente se realiza cuando la madre ha sufrido un evento traumático.

5.2. Análisis Inferencial

Contrastación de Hipótesis

Hipótesis General

Hi: Si existe asociación significativa entre las distocias fetales y el parto por cesárea en gestantes atendidas según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Ho: No existe asociación significativa entre las distocias fetales y el parto por cesárea en gestantes atendidas según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Tabla 23: Correlación entre las distocias fetales y el parto por cesárea.

		Correlaciones	
		Distocias fetales	Parto por Cesárea
Distocias fetales	Correlación de Pearson	1	,634**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	60	60
Parto por Cesárea	Correlación de Pearson	,634**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	60	60

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 23 Interpretación: Podemos ver que el nivel de correlación de Pearson es menor que 1 pero mayor que "0"(0,634) entonces la correlación es positiva por lo que rechazamos la Hipótesis nula, y aceptamos la Hipótesis alterna, luego podemos concluir que, a un nivel de correlación de 0,634, Si existe relación significativa entre las distocias fetales y el parto por cesárea en gestantes atendidas según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Hipótesis Específica 1

H1. Si existe asociación significativa entre la macrosomía fetal y el parto por cesárea electiva en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Ho. No existe asociación significativa entre la macrosomía fetal y el parto por cesárea electiva en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Tabla 24: Correlación entre la macrosomía fetal y el parto por cesárea electiva.

		Correlaciones	
		Macrosomía fetal	Electiva
Macrosomía fetal	Correlación de Pearson	1	,499**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	60	60
Electiva	Correlación de Pearson	,499**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	60	60

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 24 Interpretación: Podemos ver que el nivel de correlación de Pearson es menor que 1 pero mayor que "0" (0,499) entonces la correlación es positiva por lo que rechazamos la Hipótesis nula, y aceptamos la Hipótesis alterna, luego podemos concluir que, a un nivel de correlación de 0,499, Si existe relación significativa entre la macrosomía fetal y el parto por cesárea electiva en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Hipótesis Específica 2

H2. Si existe asociación significativa entre el sufrimiento fetal agudo y el parto por cesárea en curso o de recurso en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Ho. No existe asociación significativa entre el sufrimiento fetal agudo y el parto por cesárea en curso o de recurso en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Tabla 25: Correlación entre el sufrimiento fetal agudo y el parto por cesárea en curso o de recurso.

		Correlaciones	
		Sufrimiento fetal agudo	En curso de Parto o de Recurso
Sufrimiento fetal agudo	Correlación de Pearson	1	,405**
	Sig. (bilateral)		,001
	N	60	60
En curso de Parto o de Recurso	Correlación de Pearson	,405**	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	60	60

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 25 Interpretación: Podemos ver que el nivel de correlación de Pearson es menor que 1 pero mayor que “0” (0,405) entonces la correlación es positiva por lo que rechazamos la Hipótesis nula, y aceptamos la Hipótesis alterna, luego podemos concluir que, a un nivel de correlación de 0,405, Si existe relación significativa entre el sufrimiento fetal agudo y el parto por cesárea en curso o de recurso en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Hipótesis Específica 3

H3. Si existe asociación significativa entre las presentaciones anormales y el parto por cesárea urgente en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Ho. No existe asociación significativa entre las presentaciones anormales y el parto por cesárea urgente en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Tabla 26: Correlación entre las presentaciones anormales y el parto por cesárea urgente.

Correlaciones

		Presentaciones anormales	Urgente
Presentaciones anormales	Correlación de Pearson	1	,309*
	Sig. (bilateral)		,016
	N	60	60
Urgente	Correlación de Pearson	,309*	1
	Sig. (bilateral)	,016	
	N	60	60

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 26 Interpretación: Podemos ver que el nivel de correlación de Pearson es menor que 1 pero mayor que "0"(0,309) entonces la correlación es positiva por lo que rechazamos la Hipótesis nula, y aceptamos la Hipótesis alterna, luego podemos concluir que, a un nivel de correlación de 0,309, Si existe asociación significativa entre las presentaciones anormales y el parto por cesárea urgente en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

5.3. Discusión de Resultados

Primera

En el presente estudio respecto a la Hipotesis General se hallaron los siguientes resultados: Si existe asociación significativa entre las distocias fetales y el parto por cesárea en gestantes atendidas según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, en contrastación a ello citamos a Medina Huiza J. En su Trabajo realizado “Factores asociados a la indicación de cesárea en el hospital nacional dos de mayo de enero a diciembre del 2015”. Resultados: “En el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2015, el porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos en ese año de 57,5%. Las gestantes entre 20 y 35 años son las que con mayor frecuencia se someten a dicha intervención. Del total de cesáreas, el 68,7% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal indicación la cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande, sufrimiento fetal agudo”. Conclusiones: “La tasa de incidencia de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2015 fue de 57,5% respecto del total de nacimientos registrados en es ese periodo de tiempo, evidenciándose un valor muy por encima de lo estipulado por la OMS. La principal indicación materna es placenta previa, la principal indicación fetal es feto grande, y la principal indicación ovular es la ruptura prematura de membranas”. (5)

Segunda

Respecto a la primera hipótesis específica hallamos los siguientes resultados: Si existe asociación significativa entre la macrosomía fetal y el parto por cesárea electiva en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas en comparación a ello citamos a Alva-Marcelo, R. En su trabajo realizado “Causas y prevalencia de partos por cesárea de pacientes gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Ica, periodo enero-noviembre 2015”. Resultados: “De 160 historias clínicas, la prevalencia de cesárea fue de 42 %. Las cesáreas electivas son indicadas en un 56.8% en relación a las cesáreas de emergencia. Las indicaciones son:

Desproporción céfalo pélvica, Macrosomía fetal y Preeclampsia que representan el 33% del total. Los principales diagnósticos por causas maternas de emergencia fueron: Cesareada Anterior, Preeclampsia, Ruptura Prematura de membranas que representaron más de 50% del total. Las principales causas fetales de emergencia fueron: Macrosomia, Sufrimiento Fetal Agudo, Oligohidramnios y Distocia Funicular representando más de 80% del total. Los principales diagnósticos por causa materna electiva fueron: Desproporción céfalo pélvica, Cesareada anterior, Distocia funicular que representaron más de 60% del total. Las principales causas fetales de cesárea electiva fueron: Macrosomía, Sufrimiento fetal agudo, Oligohidramnios y Feto podálico representando el 80% del total. 63% de gestantes sometidas a cesáreas en el Hospital Regional son mujeres adultas jóvenes entre los 20 a 29 años. El 81.3% de las pacientes cesareadas se encontraban entre las 37-40 semanas de gestación". (4)

Tercera

En relación a la segunda hipótesis específica hallamos los siguientes resultados: Si existe asociación significativa entre el sufrimiento fetal agudo y el parto por cesárea en curso o de recurso en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, en contrastación a ello citamos a Andrade Pazmiño M. Andrade Pazmiño M. En su trabajo realizado "Incidencia y principales indicaciones de cesáreas y parto por vía vaginal en el Hospital de los Valles del 1 de Enero del 2013 al 31 de Diciembre del 2015", Resultados: "Se encontró que al 83,98% de las pacientes se les realizó cesárea y al 16,02% se les atendió el parto por vía vaginal. Las principales causas de cesárea fueron cicatriz uterina previa (35,66%), causas fetales (27,62%) y desproporción céfalo-pélvica (23,78%). En el 8,75% de cesáreas no se encontró en la historia clínica ninguna justificación clínica que respalde la decisión médica. Conclusión: El presente estudio encontró que el porcentaje de cesáreas (83,96%) en el Hospital de los Valles es 7 veces lo recomendado por la OMS (10%-15%) y con 40 puntos porcentuales a nivel nacional. Es importante el tener en cuenta que al ser un hospital de especialidades,

sirve como referencia para varios centros de salud que se encuentran a su alrededor”. (8)

Cuarta

Respecto a la hipótesis específica tres hallamos los siguientes resultados: Si existe asociación significativa entre las presentaciones anormales y el parto por cesárea urgente en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, en comparación ello citamos a Ordoñez Cabrera J. En su Trabajo realizado “Incidencia y principales indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital Luis F. Martínez. Enero – Junio 2017”, Resultado: “En el Hospital Luis Fernando Martínez durante el año 2017, la intervención cesárea representa el 27,67% de total de nacimientos en ese año, las mujeres entre los 20- 24 años, residentes del cantón Cañar son las que con mayor frecuencia se someten a este tipo de intervención, del total de cesáreas la principal causa fue por cesárea anterior con un 49,40% (41 casos) del total de la población, seguida de compromiso del bienestar fetal, distocia de presentación y desproporción cefalopelvica. Conclusión: Las causas fetales estuvieron en segundo lugar y las causas maternas no presentaron mayor prevalencia en esta población”. (7)

Conclusiones

Primera:

Se determina, que existe una relación positiva y significativa según el valor de Pearson 0,634 y un P valor = 0,000; en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, existe asociación significativa entre las distocias fetales y el parto por cesárea en gestantes atendidas según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Segunda:

Se identifico, que existe una relación positiva y significativa según el valor de Pearson 0,499 y un P valor = 0,000; en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, existe asociación significativa entre la macrosomía fetal y el parto por cesárea electiva en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Tercera:

Se identifico, que existe una relación positiva y significativa según el valor de Pearson 0,405 y un P valor = 0,000; en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, existe asociación significativa entre el sufrimiento fetal agudo y el parto por cesárea en curso o de recurso en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

Cuarta:

Se identifico, que existe una relación positiva y significativa según el valor de Pearson 0,309 y un P valor = 0,000; en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, existe asociación significativa entre las presentaciones anormales y el parto por cesárea urgente en gestantes según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de Salud – 2012
<http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/> - visto en Mayo del 2020.
2. Lactancia materna en república dominicana. Panorama estadístico. Oficina Nacional de Estadístico. Boletín mensual, año 3 N° 26. Junio 2010.
<http://www.one.gob.do/index.php?module...func...>- visto en Mayo del 2020.
3. Palomino D. Factores asociados a parto por cesárea en adolescentes y adultas. Hospital regional de Ayacucho. Setiembre - noviembre 2016. [Tesis]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de huamanga, facultad de ciencias de la salud, escuela profesional de obstetricia; 2017.
4. Alva-Marcelo, R. Causas y prevalencia de partos por cesárea de pacientes gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Ica, periodo enero-noviembre 2015. [Tesis]. Ica: Universidad Privada San Juan Bautista; 2016.
5. Medina Huiza J. Factores asociados a la indicación de cesárea en el hospital nacional dos de mayo de enero a diciembre del 2015. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2016.
6. Chavarría Cano L. Factores asociados a la indicación de cesárea en embarazadas atendidas por el servicio de obstetricia. Hospital Amistad Japón – Nicaragua. Granada. Enero a diciembre 2017. [Tesis]. Nicaragua, Granada: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Medicina Humana; 2018.
7. Ordoñez Cabrera J. Incidencia y principales indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital Luis F. Martínez. Enero – Junio 2017. [Tesis]. Ecuador, Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Medicina; 2017.
8. Andrade Pazmiño M. Andrade Pazmiño M. Incidencia y principales indicaciones de cesáreas y parto por vía vaginal en el Hospital de los Valles del 1 de Enero del 2013 al 31 de Diciembre del 2015. [Tesis]. Ecuador, Quito:

- Universidad San Francisco de Quito USFQ, Colegios de ciencias de la salud; 2017.
9. Anaya A. Caracterización de las pacientes llevadas a cesárea según modelo de Robson y exploración de factores asociados en gestantes atendidas en el hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán-Colombia. 1 de enero de 2016 a 30 de junio de 2016. Santiago, noviembre 2017.(N° 5) vol. 82.
 10. Sarduy M. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. Ciudad de la Habana abr.-jun. 2018. (N°.2). Vol 44.
 11. Castañeda-Guillén, C. Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - diciembre 2015. [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, facultad de medicina - E.A.P. medicina humana; 2017.
 12. Flores A. Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina; 2017.
 13. Tachedo L, Tachedo C, Pachas P. Incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un hospital público de Piura, Perú. FELSOCEM. 2016;21(2):35-7.
 14. BBC Mundo. El mapa de los países donde se practican más y menos cesáreas en el mundo. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/.../el-mapa-de-los-paises-donde-se-practican-ma>.
 15. Manny A. Incidencia de la operación cesárea según la clasificación de Robson en el Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Gral. dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del Estado. Cirugía y Cirujanos.2018; 86.
 16. Kayem, G. Técnicas quirúrgicas de la cesárea. EMC - Ginecología-Obstetricia. Volume 55, Issue 1, February 2019, Pages 1-12.
 17. Fescina Horacio; Schwarcz Ricardo. Examen de la Mujer grávida. Obstetricia. Editorial El Ateneo 7ª Edición. 2016. Argentina. ISBN 978-950-02-9883-4.

18. Yarmas Salinas A. Aspectos epidemiológicos del sufrimiento fetal agudo en el hospital regional de Ica junio 2013 - mayo 2014. [Tesis]. Ica, Perú: Universidad Alas Peruanas, Facultad de Medicina y ciencias de la salud; 2015.
19. Rodrigo Cifuentes B, MD,PHD,FACOG. Estado fetal no satisfactorio. Obstetricia de alto riesgo. Editorial Distribuna 7ª Edición. 2014. Colombia. Pag.701, 703.
20. Carbajal, J. Manual de Obstetricia y Ginecología. 2018. Novena Edición. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp.../2018/.../Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2018>.
21. Kayem, G. Técnicas quirúrgicas de la cesárea. EMC - Ginecología-Obstetricia. Volume 55, Issue 1, February 2019, Pages 1-12.
22. Bryce A. Hipertensión en el embarazo. Rev. peru. ginecol. obstet. vol.64 no.2 Lima abr./jun. 2018. www.scielo.org.pe › scielo.
23. Hernández, Roberto. Fernández, Carlos. Baptista, Pilar. Metodología de la investigación. (6a.ed.). México: McGraw-Hill Interamericana. (2014)
24. Tamayo, Mario. El Proceso de la Investigación Científica. México: Limusa. (2012)

ANEXOS

ANEXO N° 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



TITULO

DISTOCIAS FETALES ASOCIADAS A PARTO POR CESAREA SEGÚN LAS EGRESADAS DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, 2019.

I. DATOS GENERALES:

1. N° HC: _____
2. Edad: _____
3. Estado Civil: _____
4. Diagnostico Operatorio: _____

Buenos días el presente cuestionario debe ser llenado completamente.

Se solicita responda con total sinceridad. Marque con una X en la opción que considere correcta.

N: NUNCA (1)

AV: A VECES (2)

S: SIEMPRE (3)

DIMENSIONES	V1: DISTOCIAS FETALES	VALORIZACIÓN		
		N	AV	S
Macrosomía fetal	1.- ¿Se considera Macrosomía fetal cuando el peso del feto es superior a 4,000 gramos?			
	2.- ¿Conoce usted si algunos fetos llegaron a pesar más entre 4,500 y 4,900 gramos?			
	3.- ¿cree usted que el peso superior a 4,000 gramos del feto ocasiona dificultades en el parto?			
Sufrimiento fetal agudo	4.- ¿Considera usted, que de 170 a 180 latidos por minutos del feto de podría considerar una Taquicardia fetal?			
	5.- ¿Cuándo la frecuencia fetal es por debajo de los 140 latidos por minuto se puede considerar una Bradicardia fetal?			
	6.- ¿Si existe presencia de líquido meconial en el parto es considerado como un signo de sufrimiento fetal?			

Presentaciones anormales	7.- ¿Cuándo la presentación del feto es de cara es considerado una distocia de presentación?			
	8.- ¿Cuándo la presentación del feto es podálica se considera una distocia de presentación?			
	9.- ¿Cuándo la presentación del feto es el hombro estamos frente a situación transversa?			

DIMENSIONES	V2: PARTO POR CESAREA	VALORIZACIÓN		
		N	AV	S
Electiva	1.- ¿Conoce usted que los partos por cesárea electiva se realizan a gestantes diagnosticadas con alguna patología materna?			
	2.- ¿Conoce usted que los partos por cesárea electiva se realizan a gestantes diagnosticadas con alguna fetal?			
	3.- ¿Considera si la cesárea electiva es por una contraindicación de un parto vaginal?			
En curso de Parto o de Recurso	4.- ¿La cesárea de recurso es cuando se encuentra una distocia durante el parto?			
	5.- ¿Si ha participado de un parto por cesárea de recurso?			
	6.- ¿Considera usted que el parto por cesárea de recurso no existe riesgo para la madre y el feto?			
Urgente	7.- ¿El parto por cesárea urgente se realiza cuando existe riesgo vital para la madre?			
	8.- ¿El parto por cesárea urgente se realiza cuando existe riesgo vital para el feto?			
	9.- ¿Considera usted que el parto por cesárea urgente se realiza cuando la madre ha sufrido un evento traumático?			

**ANEXO N° 2:
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

TITULO DEL PROYECTO: DISTOCIAS FETALES ASOCIADAS A PARTO POR CESAREA SEGÚN LAS EGRESADAS DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, 2019.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización			Método
			Variable	Dimensiones	Indicadores	
<p>Problema Principal ¿Cuáles son las distocias fetales asociadas al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro Ica de Enero a Agosto del 2019?</p> <p>Problemas Específicos ¿La Macrosomía fetal está asociada al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro Ica de Enero a agosto del 2019? ¿El sufrimiento fetal está asociado al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro Ica de Enero a agosto del 2019? ¿Las presentaciones anormales están asociadas al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro Ica de Enero a agosto del 2019?</p>	<p>Objetivo general • Determinar si las distocias fetales están asociadas al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro Ica de Enero a Agosto del 2019.</p> <p>Objetivos específicos •Identificar si la macrosomía fetal está asociado al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro Ica de Enero a Agosto del 2019. •Identificar si el sufrimiento fetal está asociado al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro Ica de Enero a Agosto del 2019. •Identificar si las presentaciones anormales están asociadas al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro Ica de Enero a Agosto del 2019.</p>	<p>Ha: Existen asociación entre las distocias fetales y el parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro Ica de Enero a Agosto del 2019.</p>	<p>Variable X: Distocias fetales</p> <p>Variable Y: Parto por Cesárea</p>	<p>Macrosomía fetal</p> <p>Sufrimiento fetal agudo</p> <p>presentaciones anormales</p> <p>Electiva</p> <p>En curso de Parto o de Recurso</p> <p>Urgente</p>	<p>4000 - 4500 gr</p> <p>> 4500 gr</p> <p>Taquicardia Bradicardia</p> <p>Presentación de cara. Presentación podálica.</p> <p>Primaria Iterativa</p> <p>Primaria Iterativa</p> <p>Primaria Iterativa</p>	<p>Tipo Estudio no experimental u observacional, transversal</p> <p>Nivel de Investigación: Aplicado</p> <p>Método: Inductivo.</p> <p>Población Gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro Ica que son 1440 gestantes.</p> <p>Muestra 304</p>

Anexo 3:



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACION PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto Mg. VICTOR DANIEL HIJAR HERNANDEZ, Teniendo como base de criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que sea adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulada: **Distocias fetales asociadas a parto por cesárea según las egresadas de la escuela de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2019.**

Marque con una (X) en SI o NO según su opinión:

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
La estructura del instrumento es adecuada	X		
Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
Los ítems son claros y entendibles	X		
El número de ítems es adecuado para su aplicación	x		

Sugerencias: Aplicable


Mg Víctor Daniel Hajar Hernandez
D.N.I. Nº 09461497 COD:053086
ASESOR / REVISOR

