



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al **BORRADOR DE TESIS** cuyo título es:

"JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA INTERVENCIÓN POR CESÁREA EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ESSALUD, ICA"

Presentado por:

BULEJE NUÑEZ CELIA SERAFINA

De la **MAESTRÍA EN MEDICINA HUMANA**.

Que, se ha recibido del operador del programa informático evaluador de originalidad de la Escuela de Posgrado de la UNICA, el informe automatizado de originalidad, el mismo que concluye de la siguiente manera:

El documento de investigación APRUEBA los criterios de originalidad con un porcentaje de similitud de 5%.

Para dar fe, se adjunta al presente el reporte de similitud de las bases de datos de iThenticate. En Ica 26 de enero de 2023

Atentamente

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. ROBERTO H. CASTANEDA TERRONES
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Escuela de Posgrado
Maestría en Medicina Humana



TESIS

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA INTERVENCIÓN POR CESÁREA
EN EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA,
ESSALUD, ICA

Línea de Investigación
Salud Pública y Conservación del Medio Ambiente

PRESENTADO POR:

Bachiller: Celia Serafina Buleje Nuñez

Asesora:

Dra. Julia Rosa Fernández Benavides

Ica – Perú

2022

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía en cada momento y ser parte de mi éxito siempre.

A mi familia por su apoyo constante e incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora Dra. Julia Rosa Fernández Benavides, por su valiosa ayuda como asesora en el desarrollo de la tesis.

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|------|
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTOS | iii |
| ÍNDICE..... | iv |
| ÍNDICE DE TABLAS | vi |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | viii |
| RESUMEN | x |
| I. INTRODUCCIÓN | xii |
| II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA | 13 |
| 2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA | 13 |
| 2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 13 |
| 2.3. IMPORTANCIA..... | 14 |
| 2.4. Bases Teóricas | 14 |
| 2.4.1. Antecedentes | 14 |
| 2.4.2. Marco Teórico..... | 21 |
| 2.4.3. Marco conceptual | 30 |
| 2.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN | 33 |
| 2.5.1. Hipótesis de la Investigación..... | 33 |
| 2.5.2. Variables de la Investigación..... | 34 |
| 2.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 40 |
| 2.7. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 41 |
| 2.8. POBLACIÓN Y MUESTRA | 41 |
| 2.9. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN | 42 |
| 2.10. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN | 43 |
| 2.11. TÉCNICAS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS | 43 |
| III. RESULTADOS | 44 |

| | |
|---|----|
| 3.1. Datos Obtenidos..... | 44 |
| 3.2. Prueba de Hipótesis | 75 |
| IV. DISCUSIÓN..... | 79 |
| V. CONCLUSIONES | 80 |
| VI. RECOMENDACIONES | 81 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 82 |
| VIII. ANEXOS | 85 |
| Anexo 1. Formato de ficha de datos..... | 85 |
| Anexo 2. Matriz de consistencia | 91 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla N°1 Edad | 44 |
| Tabla N°2 Nivel de educación..... | 45 |
| Tabla N°3 Estado Civil..... | 46 |
| Tabla N°4 Número de Hijos | 47 |
| Tabla N°5 Lugar de Procedencia | 48 |
| Tabla N°6 Momento de la Cesárea | 49 |
| Tabla N°7 Causa de la cesárea de Emergencia | 50 |
| Tabla N°8 Pérdida de bienestar fetal | 51 |
| Tabla N°9 Hipertensión Inducida del embarazo | 52 |
| Tabla N°10 Indicación de cesárea (cesareada anterior) | 53 |
| Tabla N°11 Indicaciones absolutas en cesareadas anteriores | 54 |
| Tabla N°12 Indicaciones relativas en cesareadas anteriores | 55 |
| Tabla N°13 Causas de cesáreas en el intraparto..... | 56 |
| Tabla N°14 Trabajo de parto Disfuncional | 57 |
| Tabla N°15 Sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal | 58 |
| Tabla N°16 Distocia de cordón..... | 59 |
| Tabla N°17 Causa de la cesárea Programada..... | 60 |
| Tabla N°18 Hemorragia de la II mitad del embarazo | 61 |
| Tabla N°19 Cesárea Iterativa..... | 62 |
| Tabla N°20 Según el antecedente Obstétrico..... | 63 |
| Tabla N°21 Según indicación | 64 |
| Tabla N°22 Absoluta | 65 |
| Tabla N°23 Relativas..... | 67 |
| Tabla N°24 Causas de Cesárea | 69 |
| Tabla N°25 Maternas..... | 70 |
| Tabla N°26 Ovulares | 71 |

| | |
|--|----|
| Tabla N°27 Fetales | 72 |
| Tabla N°28 Categoría de la Cesárea | 73 |
| Tabla N°29 Justificación de la Cesárea | 74 |
| Tabla N°30 Pruebas de chi-cuadrado de la Hipótesis general..... | 75 |
| Tabla N°31 Pruebas de chi-cuadrado de la Hipótesis específica 1..... | 76 |
| Tabla N°32 Pruebas de chi-cuadrado de la Hipótesis específica 2..... | 77 |
| Tabla N°33 Pruebas de chi-cuadrado de la Hipótesis específica 3..... | 78 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico N°1 Edad | 44 |
| Gráfico N°2 Nivel de educación..... | 45 |
| Gráfico N°3 Estado Civil..... | 46 |
| Gráfico N°4 Número de hijos | 47 |
| Gráfico N°5 Lugar de Procedencia..... | 48 |
| Gráfico N°6 Momento de la Cesárea | 49 |
| Gráfico N°7 Causa de la cesárea de Emergencia | 50 |
| Gráfico N°8 Pérdida de bienestar fetal | 51 |
| Gráfico N°9 Hipertensión inducida del embarazo | 52 |
| Gráfico N°10 Indicación de cesárea (Cesareada anterior) | 53 |
| Gráfico N°11 Indicaciones absolutas en cesareadas anteriores | 54 |
| Gráfico N°12 Indicaciones relativas en cesareadas anteriores | 55 |
| Gráfico N°13 Causas de cesáreas en el intraparto..... | 56 |
| Gráfico N°14 Trabajo de parto Disfuncional | 57 |
| Gráfico N°15 Sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal..... | 58 |
| Gráfico N°16 Distocia de cordón..... | 59 |
| Gráfico N°17 Causa de la cesárea Programada..... | 60 |
| Gráfico N°18 Hemorragia de la II mitad del embarazo | 61 |
| Gráfico N°19 Cesárea Iterativa..... | 62 |
| Gráfico N°20 Según el antecedente Obstétrico..... | 63 |
| Gráfico N°21 Según indicación | 64 |
| Gráfico N°22 Absolutas | 66 |
| Gráfico N°23 Relativas..... | 66 |
| Gráfico N°24 Causas de Cesárea | 69 |
| Gráfico N°25 Maternas..... | 70 |
| Gráfico N°26 Ovulares | 71 |

| | |
|--|----|
| Gráfico N°27 Fetales | 72 |
| Gráfico N°28 Categoría de la Cesárea | 73 |
| Gráfico N°29 Justificación de la Cesárea | 74 |

RESUMEN

Objetivo: analizar en qué medida la justificación médica de los partos por cesárea se incrementa en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

Metodología: el estudio fue de tipo aplicada con enfoque cuantitativo, nivel descriptivo - explicativo y diseño no experimental; con una muestra de 184 pacientes.

Resultados: De acuerdo a los resultados obtenidos a través del Chi-cuadrado de Pearson la hipótesis general es de 157.292, el cual es superior al hallado en la tabla que fue de 5.9914, con 2 gl y un nivel de significancia < 0.05 . De acuerdo a los datos obtenidos se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa; la justificación médica de los partos por cesárea fue de un 94%.

Conclusión: De acuerdo al análisis de los resultados se concluye que la justificación médica si influye significativamente en los partos por cesárea anteparto o programada, intraparto y emergencia en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica

Palabras claves: justificación médica, partos por cesárea, anteparto, intraparto, emergencia.

ABSTRACT

Objective: to analyze to what extent the medical justification for cesarean deliveries increases in Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

Methodology: the study was applied with a quantitative approach, descriptive-explanatory level and non-experimental design; with a sample of 184 patients.

Results: According to the results obtained through Pearson's Chi-square, the general hypothesis is 157.292, which is higher than that found in the table, which was 5.9914, with 2 gl and a significance level <0.05 . According to the data obtained, the null hypothesis is rejected and the alternative hypothesis is accepted; the medical justification of deliveries by cesarean section was 90.2%.

Conclusion: According to the analysis of the results, it is concluded that the medical justification does significantly influence antepartum or scheduled cesarean deliveries, intrapartum and emergency at the Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica

Keywords: medical justification, cesarean deliveries, antepartum, intrapartum, emergency

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la atención del parto es responsabilidad de un profesional de salud, cuyas competencias hacen posible poder brindarle a la paciente una atención segura y de calidad.

En cuanto a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1985 se aprobó en Fortaleza, Brasil, determinar que la tasa ideal de cesáreas debería llegar a 10-15%, cifra que ha sufrido un significativo aumento progresivo, el mismo que incluye una serie de factores condicionantes de dicha tasa respecto a la cesárea⁽¹⁾. Uno de los motivos principales corresponde al perfeccionamiento alcanzado en las condiciones quirúrgicas y anestésicas; el otro hace hincapié al aumento de problemas médico-legales y decisión propia de la gestante de programar su parto. La preocupación de los médicos y autoridades de salud en los últimos años se inclina hacia el aumento de partos por cesárea cuyo impacto negativo podría repercutir en la salud materno-infantil⁽²⁾.

Actualmente, un sistema que permita la clasificación de cesáreas es inexistente, a nivel internacional no se cuenta con mediciones o escalas que determinen las tasas de cesáreas por establecimientos de salud considerando su capacidad resolutive entre ciudades y regiones.

Es por lo expuesto, que me motiva realizar el presente trabajo de investigación cuyo propósito es analizar en qué medida la justificación médica de los partos por cesárea se incrementa en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica, durante los años 2018 a 2019.

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La cesárea es uno de los tipos de cirugía de mayor frecuencia, especialmente entre las mujeres que dan a luz por primera vez. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que solo del 10% al 15% de los nacimientos en todo el mundo requieren una cesárea por razones médicas, sin embargo, la frecuencia de cesáreas en algunos centros es del 30%, 45% y 50%.

El no conocer la justificación de una cesárea conlleva proporcionalmente a el aumento de la tasa de partos por cesárea, las complicaciones maternas y perinatales a corto y largo plazo, es por todo ello que me planteo saber de qué manera influye la Justificación Médica en los partos por Cesárea en el Hospital Augusto Hernández Mendoza durante los años 2018 y 2019.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1. Problema General:

¿En qué manera influye la justificación médica en el incremento de los partos por cesárea en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica?

2.2.2. Problemas Específicos:

P.E.1. ¿De qué manera influye la justificación médica de origen anteparto, intraparto o programada en el incremento de cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica?

P.E.2. ¿De qué manera la falta de medidas y acciones pertinentes influyen en el incremento de cesáreas realizados en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica?

P.E.3. ¿Cuál es la incidencia de Cesáreas por falta de prevención en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica?

2.3. IMPORTANCIA

En cuanto a la importancia de la investigación radica básicamente en beneficio de las gestantes y recién nacidos porque son ellos los que aportan la información compilada en el historial clínico respecto a la condición antes de la cesárea, el resultado de la aparición de complicaciones, que sirve para determinar la justificación medica de las operaciones por cesárea en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica durante los años 2018- 2019.

2.4. Bases Teóricas

2.4.1. Antecedentes

2.4.1.1. A Nivel Internacional

Orozco N⁽⁵⁾ (2021), realizó Informe final de investigación su objetivo identificar los factores de riesgo asociados con parto por cesáreas en mujeres nulíparas en el Hospital General IESS Riobamba en el año 2020. Se trabajó con una muestra de 44 gestantes, dentro de la información que se tomó para el análisis esta: edad, instrucción, controles prenatales, edad gestacional, índice de masa corporal (IMC) sexo y factores materno perinatales relacionados a parto por cesárea. Para el análisis de datos se empleó media, mediana, máximo y mínimo variables cuantitativas, proporciones y frecuencias variables cualitativas. Como prueba de asociación se empleó el Test de Chi cuadrado con un nivel de significancia del 95%. Resultados: Los principales factores de riesgo que se asocian con parto por cesárea son: índice de masa corporal elevado (sobrepeso) 90.9%, presencia de comorbilidades 50%, fetos macrosómicos 63.6%, sufrimiento fetal 29.5% y trastornos hipertensivos 15.9%. se concluye: Existen varios parámetros que incrementan el riesgo de parto por cesárea presentes en nuestra población, el sobrepeso es un factor importante que debería ser evaluado.

Hernández M.⁽⁴⁾ (2020), realizó una investigación titulada “Prevalencia de cesárea y factores asociados en primigestas en el Hospital General de Zona No. 20 “La

Margarita”, para optar diploma de especialidad de Ginecología y Obstetricia. El objetivo fue determinar la prevalencia de cesárea y factores asociados en primigestas en el Hospital General de Zona No. 20 “La Margarita”. Metodología estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal, homodémico y unicéntrico, se revisaron 295 expedientes de pacientes primigestas de 13 a 46 años. Los resultados fueron: 55.9 cesáreas por cada 100 primigestas. Los factores asociados fueron: edad de 20 a 24 años (37.9%), sobrepeso (37.6%), bachillerato (40.7%), ocupación trabajadora (55.9%), turno hospitalario nocturno (34.2%). Se encontraron 28 indicaciones de cesárea; 11 maternas, 15 fetales y 2 de otras causas; la indicación principal fue oligohidramnios (16.9%). Se presentó asociación con significancia estadística entre indicación de origen materno y el grupo de edad mayor a 35 años ($p=0.005$); así como indicación de origen fetal con edad de 25 a 29 años ($p=0.043$) y obesidad grado 2 ($p=0.044$). El peso promedio fetal al nacimiento fue de 2,951 +/- 573 gramos. Se concluye la tasa de prevalencia de cesárea en primigestas fue de: 55.9 cesáreas por cada 100 primigestas. El predominio de indicaciones fue de origen fetal, siendo el principal oligohidramnios (16.9%). Los factores asociados al tipo de indicación de cesárea con significancia estadística fueron edad materna e índice de masa corporal.

Rivero M, Morales E, Benitez J, Graziosetti F, Valusi M, Schaerer N⁽⁶⁾ (2020). Realizó estudio titulada “Frecuencia e indicaciones de cesárea en una Maternidad Pública de la Región I de la provincia de Corrientes durante el periodo 2015-2019”, sus objetivos fueron determinar la frecuencia, identificar las indicaciones y discriminar los factores fetales y maternos que indican una cesárea por embarazo de alto riesgo. Los resultados fueron 10.350 nacimientos, de las cuales, 2.587(24,9%) fueron cesáreas. La evolución anual de la frecuencia fue en 2015:19,7%; 2016:23,6%; 2017:25,8%; 2018:27,6% y 2019:27,6%. La edad media fue de 26,4±6,5 años, rango 11-47. Fueron nulíparas 31% y tenían cesáreas previas 50%. Las indicaciones más frecuentes fueron, cesárea

previa:43,3%; monitoreo fetal alterado:11,5%; podálica:9,7%; falta de descenso:9,1%; desproporción fetopélvica:3,3%; desprendimiento placentario:3,2% y negativa al parto:3,2%. Las causas maternas de riesgo fueron 203(7,8%); incluyendo desprendimiento placentario:3,2%; preeclampsia-eclampsia:2,7%; placenta previa:0,3%; ruptura uterina:0,2%; colestasis:0,2%; cardiopatías:0,2%; VIH:0,7%; retinopatía:0,2% y las de riesgo con alteración de la salud fetal fueron 378(14,5%), incluyendo monitoreo fetal alterado:11,5%; restricción del crecimiento intrauterino:2,8% y prociencia de cordón:0,2%. Se concluyó que uno de cada 4 nacimientos culminó en cesárea, con un incremento progresivo durante el periodo evaluado. Las causas más frecuentes fueron cesárea previa, monitoreo fetal alterado, presentación podálica y falta de descenso, mientras que las relacionadas al riesgo materno y fetal representaron el 22% de las indicaciones.

Espinoza J.⁽⁷⁾ (2014), realizó una investigación titulada “La incidencia de cesárea en el Instituto Ecuatoriano de seguridad Social a partir de enero de 2014 a junio de 2014”, para optar el grado de Magister. El objetivo de este análisis es desarrollar un plan educativo para minimizar la tasa de cesáreas en el hospital del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social, hablamos de un análisis detallado retrospectivo de la literatura que comprobó 317 hospitalizaciones a lo largo del mes desde el 6 de enero del 2014. Se obtuvieron los siguientes resultados: durante el período de estudio, el número de cesáreas en el Hospital del Instituto Ambato del Seguro Social en Ecuador fue cuatro veces mayor al 61,91% y 15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Se llegaron a las siguientes conclusiones: la tasa de cesáreas es del 61,31% comparativamente con la tasa de partos vaginales vista en el hospital IIESS de Ambato, que es de 1,62 cesáreas: 1 parto vaginal. Entre los componentes epidemiológicos se han reconocido los próximos: el conjunto de edad con más número de cesáreas es el de adolescentes, con 252 casos (79,5%), y el estado civil reúne el

más grande número de pacientes casados, con 71,6 % de la organización. Según las visualizaciones, la mayor parte de los individuos tiene instrucción superior (56,2%).

González J.⁽⁸⁾ (2013), realizó una investigación titulada: "Orientaciones de la cesárea segmentaria en jóvenes; en el Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti" de Barcelona, Estado Anzoátegui", para optar por el grado de Magister. El objetivo de este análisis es establecer las instrucciones de cesárea segmentaria para jóvenes en hospitales en mención, este se hizo bajo la metodología de indagación epidemiológica, retrospectiva, transversal, longitudinal y descriptiva, donde los datos se recolectaron por medio de la historia clínica de las jóvenes que dieron a luz en el Hospital Universitario "Dr. Luís Razetti" de Barcelona, Estado Anzoátegui a lo largo del año 2013, donde se consideró una muestra de 521 mujeres que recibieron, cesárea segmentaria que cumplieron los criterios de integración. Se obtuvieron los siguientes resultados: la indicación más común de cesárea segmentaria es la desproporción pélvica fetal, que representa el 32,43%, y la complicación más común de la cesárea segmentaria es la anemia en diferentes estadios clínicos. Ocurrió en el 43,18% de los casos integrados, además, el 13,42% de las jóvenes manifestaron antecedente a cesárea. Conclusiones: del total de 521 gestantes adolescentes con indicación de cesárea incluidos en la investigación, se comprobó que dicha indicación fue mayor en las gestantes de 18 y 19 años de edad siendo menor en las gestantes entre 12 y 13 años de edad. La desproporción feto-pélvica fue motivo de la indicación de la cesárea. Las complicaciones post-operatorias fueron estudiadas a la mitad poblacional. Cabe señalar que la complicación más común es la anemia en diferentes estadios clínicos.

Patiño D. & Cols.⁽⁹⁾ (2010), realizó una investigación titulada: "Estudio Descriptivo de Prevalencia y Correlación Clínico - Quirúrgico de cesáreas en el Hospital "José Carrasco Arteaga" año 2010", investigación con fines de titulación de Médico Cirujano. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de cesáreas,

para tal efecto, se desarrolló un alcance descriptivo retrospectivo, de la prevalencia y Correlación Clínico- Quirúrgico de las Cesáreas, a lo largo del año 2010 considerándose datos demográficos y vinculados al embarazo. Dentro de los resultados, la cesárea alcanzó un 32,83% de eventos realizados del 100% de nacimientos, cuyas madres tenían edades entre 24 y 33 años, las mismas que alcanzaron una instrucción secundaria y superior, quienes realizaron control respectivo de su embarazo. Por otro lado, el 65,9% realizadas fueron de emergencia teniendo como antecedente haber tenido una cesárea previa (36.54%), en tanto que, las distocias fetales continuaban a esta causa, así como el compromiso del bienestar fetal y la hipertensión arterial gestacional. Además, el 51.84% presentó correlación clínico- quirúrgica, y el 48,16% no presentó relación, destacándose un 10% de promedio diferencial entre el pre y post cesárea. Se llegó a la siguiente conclusión: en el Hospital “José Carrasco Arteaga” se determinó que la intervención cesárea representa el 32,87% del total de nacimientos en el año 2010, por encima de la recomendación del OMS. La prevalencia de cesáreas es de 0.32, es decir que, de cada 10 partos 3 son cesáreas.

2.4.1.2. A Nivel Nacional

Sinchitullo-Castillo A, Roldán-Arbieto L, Arango-Ochante P.⁽¹⁰⁾ (2020), realizó una investigación su objetivo determinar los factores asociados al parto por cesárea en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Militar Central, en el periodo 2014-2018. Metodología fue analítico, retrospectivo, de casos y controles; la población fueron los partos vaginales o cesáreas atendidos durante los años 2014 al 2018. El muestreo fue sistemático, y el tamaño de muestra fue de 988 partos de los cuales 329 fueron cesáreas. Los resultados En gestantes, la cesárea previa resultó un factor asociado a cesárea (OR=1,55 IC95%=1,12-2,15); ni la edad, edad gestacional, ni los controles prenatales resultaron un factor asociado a cesárea ($p>0,05$). El nivel educativo tampoco fue un factor asociado a cesárea, pero sí el

número de hijos ($OR=0,83$, $IC95\%=0,72-0,95$) y se concluye tener cesáreas previas y pocos hijos fueron factores asociados significativos a parto por cesárea.

Echajaya R⁽¹¹⁾ (2019), realizó una investigación su propósito determinar la prevalencia de cesáreas en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero - diciembre del 2018. Metodología fue enfoque cuantitativo, diseño no experimental de tipo retrospectivo corte descriptivo en una población conformada por 382 pacientes sometidas a cesárea en quienes se indagó a través de sus historias clínicas la presencia de aspectos sociodemográficos y clínicos relacionados a la cesárea. Los resultados Al analizar las 382 historias clínicas, se encontró que la prevalencia de cesárea fue de 66,6%. Entre las principales indicaciones de cesárea tenemos: cesárea anterior con un 36,1%, seguido por macrosomía fetal con un 11%, además distocia de presentación con un 6,3% y ruptura prematura de membranas con un 5,8%. El grupo etéreo más frecuente fue el de edad materna intermedia (de 19 a 35 años) con un 77,5%. Además, la edad gestacional más frecuente fue la de 37 semanas con un 46,1%, asimismo un 96,9% de las gestantes cursaban por una gestación a término. Por último, hubo un mayor número de cesáreas por emergencia el cual representó el 74,3%. Se concluye la prevalencia de cesáreas en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero a diciembre del 2018 fue de 66,6% el cual sobrepasa el porcentaje recomendado por la OMS (10-15%).

Paiba M.⁽¹²⁾ (2014), realizó una investigación titulada: “Causas de cesáreas en el Hospital provincial docente Belén de Lambayeque, 2014”, para optar el título de Médico Cirujano. Esta investigación fue retrospectiva, planteó el objetivo de establecer las causas que conducen al parto por cesárea, cuya metodología consistió en revisar 140 historiales clínicos de parto tanto por cesárea como vaginal. Datos epidemiológicos y obstétricos clínicos recopilados sistemáticamente. Se obtuvieron los siguientes resultados: la edad está comprendida entre 19 y 34 años alcanzando

70.7%; asimismo, el 60,7% recibió control respectivo; el 57% recibió atención adecuada; existiendo riesgo obstétrico en el 98.6% motivo de la indicación por cesárea. Se llegó a las siguientes conclusiones: las propiedades epidemiológicas de las pacientes por cesárea son que la mayor parte de las pacientes poseen entre 19 y 34 años, la cesárea representa el 70,7% y el parto vaginal el 56,4%; de igual manera, las pacientes del "Poblado Lambayeque" dominaron el 65,7% de ellas fueron cesáreas y el 72,1% fueron parto vaginal. Las propiedades del perfil clínico son las de ambos tipos de parto, la monitorización correcta tiene una virtud moderada, siendo la cesárea el 60,7% y el parto vaginal el 62,1%. El número de profesionales que participan en el parto vaginal es del 100% y la cesárea representa solo el 57%.

Patiño G.⁽¹³⁾ (2011), realizó la investigación titulada: "Causas determinantes de la cesárea en el hospital de Tumbes, 2011", para optar el grado de Magister. Este análisis tiene como fin entender los componentes maternos y fetales. La recolección de datos se realizó a través de técnicas observacionales donde se incluyó revisión de historiales y entrevistas estructuradas. Se obtuvieron los siguientes resultados: la media de la edad de gestantes atendidas en hospitales de MINSA correspondió a 26.4 años; siendo superior en EsSalud 29,4 años. Cada una con por lo menos seis controles, cuyo peso de sus recién nacidos fue de 3194 g y Apgar superior a 9; siendo superior en instancias de EsSalud donde el peso obtenido fue 3200 g y media del Apgar 9. Llegando a las siguientes conclusiones: se encontraron situaciones que constituyeron factores maternos condicionantes de la cesárea se identificaron la cesárea previa, la edad promedio fue de 25 años y tenían por lo menos seis controles. El porcentaje de eventos de cesárea realizados en ambos hospitales: público y de EsSalud fueron altos, alcanzando 58,7% en este último.

2.4.1.3. A Nivel Regional o Local

Bendezú A.⁽¹⁴⁾ (2005), realizó un trabajo de investigación titulado: “Cesárea programada y morbilidad neonatal”, esta investigación tuvo como objetivo determinar la morbilidad del recién nacido por cesárea programada. Se obtuvieron los siguientes resultados: se realizaron 3780 partos, de los cuales 102 fueron por cesárea programada. El 36.3% tenía edades entre 35 a 40 años; el 70.6% casadas; 51.9% trabajaban y 46.1% eran primigestas. El 96.7% de los neonatos tuvieron Apgar mayor e igual a 7, la asfixia severa no tuvo ningún evento; el 58.8% de sexo masculino; el 70.6% nació con peso óptimo. En los neonatos se encontró ictericia fisiológica en el 27.5%; el 17,7% tenía síndrome de dificultad respiratoria II y el 7,8% tenía trastornos metabólicos, mientras que el grupo control obtuvo valores mucho menores en las patologías mencionadas. Llegando a la siguiente conclusión: A pesar de existir relación entre la morbilidad y vía del parto, es mayor el riesgo de enfermedad en los recién nacidos producto de cesáreas que fueron programadas.

2.4.2. Marco Teórico

2.4.2.1. Cesárea

Es una intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que no hacen posible el parto vaginal, este proceso consiste en la apertura del útero y posterior extracción de su contenido. Para realizar una cesárea deben considerarse las indicaciones priorizando las situaciones primarias, las mismas que corresponden al origen materno, fetal u ovular, las cuales se pueden considerar criterios absolutos o relativos, los cuales se especifican a continuación:

- **Indicaciones absolutas:** se consideran morbilidades y/o comorbilidades ligadas al embarazo y al parto, las cuales podrían ocasionar una situación potencialmente mortal.

- **Indicaciones relativas:** donde se incluyen situaciones donde la gestante presenta alguna patología que debe ser atendida bajo un entorno con medios diagnósticos y de control necesarios para asegurar tanto la salud de la madre como el recién nacido durante el parto normal.
- A su vez, tanto las indicaciones absolutas como relativas se deben de conocer en 2 aspectos, el materno y el fetal, estos son descritos a continuación:

A. Maternas

- **Indicaciones absolutas:**

Se incluyen en esta indicación la desproporción céfalo pélvica en la madre, así como la estrechez pélvica, la presencia de obstrucción de la vagina denominada tabique, existencia de fibrosis cervical, alguna plastia vaginal o en el base de la pelvis, desarrollo de tumor en estadio avanzado, cerclaje cervical, establecido de forma permanente haber tenido 2 o mayor número de cesáreas que pudieron culminar con alguna complicación, coexistencia de la causa e incluso algún tipo de cirugía, padecimiento de herpes genital activo, así como condilomatosis florida obstructiva, padecimiento de cardiopatías descompensadas, aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral e incluso algún tipo de fistula urinaria o intestinal que haya recibido cirugía previa.

- **Indicaciones relativas:**

- ❖ Preeclampsia o desarrollo de eclampsia.
- ❖ Haber tenido una cesárea segmentaria previa.
- ❖ Presencia de distocia dinámica refractaria al manejo clínico.
- ❖ Existencia de un cuello uterino inmaduro.
- ❖ Embarazo prolongado.

B. Fetales

▪ Indicaciones absolutas:

- ❖ Referidas a las situaciones, presentaciones, posiciones difíciles del feto, dentro de las cuales se menciona: Transversa, podálica, feto en variedad de frente.
- ❖ Embarazos mayores de dos.
- ❖ Producto gemelar monoamniótico monocorial.
- ❖ Producto gemelar bivitelino donde los fetos no comparten la posición cefálica.
- ❖ Peso oscilante entre 1000 y 1500 g.
- ❖ Diagnóstico de sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto.
- ❖ Distocias persistentes que incluyen problemas de tamaño o peso del feto.
- ❖ Macrosomía fetal (≥ 4.500 g).

▪ Indicaciones relativas:

- ❖ Presencia de anomalías congénitas.
- ❖ Consideración de restricción en el crecimiento intrauterino.
- ❖ Búsqueda del bienestar fetal por parto comprometido frente a contracciones uterinas.
- ❖ Peso del feto < 1000 g.
- ❖ Macrosomía fetal que incluye un peso oscilante de 4000 y 4500 g.

C. Ovulares

▪ Indicaciones absolutas:

- ❖ Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta,
- ❖ Desarrollo de placenta previa oclusiva total.
- ❖ Presentación de prolapso de cordón con feto vivo.
- ❖ Desarrollo de oligohidramnios severo.

▪ **Indicaciones relativas.**

- ❖ Placenta previa oclusiva parcial.
- ❖ RPM acompañado de infección ovular.
- ❖ Polihidramnios severo.

Contraindicaciones:

La determinación de riesgos es como cualquier cirugía o procedimiento invasivo, sin embargo, si no existe indicación contraria para el parto normal la cesárea no debe realizarse.

Complicaciones⁽¹⁵⁾ :

Una de las cirugías más comunes corresponde a la cesárea, procedimiento quirúrgico cuya demanda supera el porcentaje establecido por la OMS, sus complicaciones son visibles en países que se encuentran en desarrollo donde las atenciones inmediatas vinculadas a esta como las hemorragias, infecciones quirúrgicas no son manejadas adecuadamente. Una investigación publicada en el año 2019 revela que, en Colombia, las cesáreas alcanzaron hasta el año 2016 estadísticas que superan el 35%, de las cuales, se evidenciaron complicaciones comunes como: procesos infecciosos, hemorragias denominadas obstétricas, hubo necesidad de realizar histerectomía dentro del proceso de parto, acretismo placentario, ocurrencias que evidenciaron la necesidad de la hospitalización de la unidad de cuidados intensivos.

La mortalidad materna aún no ha sido erradicada, sin embargo, existe mayor evidencia de muertes maternas en cesáreas que en partos naturales. No se puede negar que, el avance tecnológico ha traído consigo mejores pronósticos en el monitoreo permanente de una paciente cesareada, la existencia de una gama de antibióticos, creación de bancos de sangre e implementación de salas de cuidado para pacientes críticos juegan a favor de la evolución de la paciente, aun así, las complicaciones posibles son mayores a las ocurridas en el nacimiento por parto vaginal.

Considerando el acto operatorio se pueden destacar las siguientes complicaciones:

▪ **Propias a todo acto operatorio.**

- ❖ Ocurrencias de accidentes relacionados con el uso de anestésicos
- ❖ Dolor de la herida quirúrgica
- ❖ Hemorragia a causa del corte de tejidos abdominales y exclusión de placenta
- ❖ Íleo desarrollado por la cercanía a zona intestinal y ocurrencia de la perforación cecal
- ❖ Recuperación anestésica dependiendo del tipo usado
- ❖ Restricción de la deambulaci3n
- ❖ Estrés prequirúrgico generado por la cirugía.
- ❖ Infecciones en heridas quirúrgicas.
- ❖ Lesiones de otras vísceras cercanas por anatomía.

▪ **Propias del Puerperio.**

- ❖ Hemorragias después del parto.
- ❖ Riesgo de tromboembolismos.
- ❖ Eventos de hipotensi3n a causa del sangrado.
- ❖ Infecci3n ocurrida en el puerperio.
- ❖ Desencadenamiento de fatiga y debilidad.
- ❖ Se producen alteraciones hormonales.
- ❖ Redistribuci3n del líquido extracelular.
- ❖ Constipaci3n.

▪ **Propias de la Maternidad.**

Se incluyen las relacionadas al rol materno por las limitaciones físicas y deambulaci3n que presenta la puérpera.

Las Complicaciones Intra operatorias:

Hoy en día, las complicaciones dentro del periodo intraoperatorio son mínimas, de menos frecuencia, la mayoría de ocurrencias est3n relacionadas con otros eventos quirúrgicos que se pudieron realizar sin programaci3n; los casos no superan el 2%.

Su ocurrencia podría generar lesiones viscerales siendo la más común vesicales entre las menos comunes están las uretrales e intestinales. Por otro lado, las hemorragias podrían ocurrir por atonías uterinas, lesiones vasculares y algún tipo de anomalía. El embolismo de líquido amniótico puede ocurrir asociado al desarrollo de polihidramnios, así como relacionado a descompresiones bruscas, DPPNI, con membranas intactas.

Las Complicaciones Postoperatorias mediatas: son de mayor frecuencia presentación, en su orden:

- ❖ **Endometritis:** ocurre con una frecuencia que alcanza 40%, sobre todo en situaciones que reflejan riesgo aumentado en bolsas rotas, cuando el trabajo de parto se prolonga, considerar una mala técnica quirúrgica e incluso las manipulaciones intrauterinas. Sin embargo, es necesario destacar que, frente a estas complicaciones, existe posibilidades de iniciar la terapia de tratamiento y control a través del uso de antibióticos que combaten los abscesos, casos de tromboflebitis e incluso la actuación frente a shock pélvico.
- ❖ **Infecciones urinarias:** cuya ocurrencia corresponde a valores porcentuales del 2 al 15%; esta ocurrencia está relacionada al sondaje vesical.
- ❖ **Infecciones ocurridas en la pared abdominal:** generadas a causa de situaciones como obesidad, por tanto, las medidas de bioseguridad deben ser estrictas acompañadas de la terapia respectiva.
- ❖ **Tromboflebitis:** el desarrollo de trombos se ve favorecido con la postración, por tanto, la deambulación es necesaria para su prevención, las mujeres con venas varicosas requieren el vendaje compresivo durante las primeras horas.
- ❖ La obstrucción intestinal por bridas y adherencias.
- ❖ **La dehiscencia de la cicatriz,** limitando su desarrollo a través de hemostasia oportuna y de forma correcta sin dejar espacios muertos.

- ❖ **Íleo paralítico:** condicionado por la manipulación excesiva o dañina de los intestinos, por tanto, se debe limitar dicha manipulación a fin de propiciar en forma óptima el funcionamiento de vísceras intestinales.

Las Complicaciones tardías:

Incluyen las adherencias abdominales, obstrucciones intestinales secundarias, asimismo, la endometriosis por la incisión uterina se puede desencadenar de forma tardía, placenta previa o acreta en gestaciones posteriores, las mismas que obligan a someter a las mujeres a cesárea posteriores y ruptura uterina en partos posteriores.

Fetales:

En el feto se pueden desencadenar complicaciones como síndrome de distrés respiratorio que suele ser transitorio. También se incluye la depresión generada por acción post-anestésica así como el efecto de presión mecánica, uso de instrumental en el parto.

Requisitos

1. Una buena gestión de la Historia Clínica, total y completamente diligenciada, donde se contemple el seguimiento del personal de salud que atiende a la gestante que delibere un diagnóstico acertado que sustente el proceso quirúrgico.
2. El cupo quirúrgico debe estar debidamente firmado por los especialistas, así como el consentimiento quirúrgico de parte de la paciente.
3. Paraclínicos:
 - ❖ Cuadro hemático completo.
 - ❖ Hemoclasificación.
 - ❖ VDRL y VIH
 - ❖ El estado de la madre y del feto debe tener la precisión respectiva de acuerdo a los protocolos establecidos.
4. Sangre y Hemoderivados cuando se presente estas patologías:
 - ❖ Multiparidad.

- ❖ Gestante añosa.
- ❖ Antecedente de HPP en partos previos.
- ❖ Anemia actual.
- ❖ Antecedentes de trastornos en la coagulación.
- ❖ Placentación anómala.
- ❖ Otros establecidos de acuerdo al estado de la madre y del feto en cumplimiento de protocolos.

Preparación General

1. Programadas

Las intervenciones programadas para cesárea se requieren que la paciente guarde ayuno de 8 horas antes de la intervención, haber realizado el baño corporal, establecer la evaluación pre-anestésica contando con el carnet prenatal requerido.

2. Intra parto o de urgencias.

- ❖ Estabilización hemodinámica establecida o en curso.
- ❖ Evaluaciones interdisciplinarias preoperatorias cumpliendo los protocolos institucionales.

3. En todos los casos.

- ❖ Requiere una canalización periférica utilizando vena ante cubital utilizando Abocat N° 18.
- ❖ Considerar la preparación de líquidos endovenosos a 100 cc/h con soluciones isotónicas o lactato.
- ❖ Monitorización constante.
- ❖ Se recomienda el rasurado del área supra púbica preparado para la intervención.
- ❖ Portar el brazalete de identificación en la gestante.
- ❖ Cumplimiento de procedimientos previos a la cirugía.

Técnica quirúrgica ⁽¹⁶⁾

Los distintos métodos que se realizan en una cesárea dependen fundamentalmente de:

- ❖ Diagnóstico de patología básica y técnicas quirúrgicas relacionadas.
- ❖ La urgencia de la intervención.
- ❖ El estado clínico del paciente.
- ❖ Cirugía previa y cicatrices en la pared abdominal.
- ❖ El juicio y las habilidades del cirujano.

a) **Incisiones abdominales**

Dentro de las electivas se incluye la vertical o transversal, las mismas que se determinará de acuerdo a:

1. Laparotomía de la línea media por debajo del ombligo.
2. Incisión transversal supra púbica.
 - ❖ Maylard
 - ❖ Incisión de Pfannenstiel
 - ❖ Incisión de Cherny
 - ❖ Joel Cohen

1. **Laparotomía mediana infraumbilical.**

La incisión infraumbilical ha demostrado el acceso rápido a la cavidad uterina, la hemorragia es menor, otorga mayor capacidad de extensión de la incisión alrededor del ombligo, permitiendo examinar el abdomen superior fácilmente. Con el embarazo y crecimiento abdominal, esta incisión es favorecido por la relajación del recto abdominal. Es mejor especificar en las siguientes situaciones:

- ❖ Emergencia materna y fetal
- ❖ Incisión previa en la línea media
- ❖ Prolapso del cordón umbilical
- ❖ Síndrome de Hellp (trombocitopenia)
- ❖ Hipovolemia y shock
- ❖ Trauma y obesidad

b) Incisiones uterinas:

Una incisión hecha a nivel del útero generalmente se llama histerotomía.

Considerando el segmento anatómico donde se ubica la incisión, esta puede ser:

- ❖ Corporal
- ❖ Segmentaria

Cada tipo de incisión se realiza según la indicación, riesgo intraoperatorio, tiene complicaciones propias, así como un determinado pronóstico.

❖ Incisión corporal:

También llamado clásica. Actualmente limitado a indicaciones muy concretas.

En 24 y 28 semanas, el feto transversal con dorso inferior, además la placenta previa está completamente ocluida y los fibromas segmentarios

❖ Incisión segmentaria.:

Está indicada generalmente debido a sus ventajas sobre los corporales, es común en todas las maternidades del mundo. La incisión más común es la transversal.

2.4.3. Marco conceptual

- 1. Amniotomía⁽¹⁷⁾:** es la denominación otorgada a la ruptura artificial o deliberada de las membranas corioamnióticas, que se realiza de forma digital o a través de un instrumento denominado amniótomo.
- 2. Bloqueo peridural⁽¹⁷⁾:** es la anestesia regional administrada e inyectada por vía perineural o extraneural próxima al nervio cuyo objetivo es la supresión de su conductividad.
- 3. Causas maternas⁽¹⁷⁾:** son aquellos factores por parte de la madre que conducen a realizar una cesárea.
- 4. Cesárea⁽¹⁷⁾:** es una intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que no hacen posible el parto vaginal.

- 5. Cesárea de urgencia⁽¹⁸⁾:** intervención indicada ante la presencia de alguna patología aguda grave de la gestante o del producto, lo cual determina un riesgo de vida para la salud materno-fetal donde se incluye daño neurológico en el feto que requiere poner fin al embarazo de forma inmediata. Suele tomarse la decisión en etapa de anteparto o intraparto que, de acuerdo a estándares internacionales no debe superar media hora de espera.
- 6. Cesárea en curso de parto o de recurso:** es aquella que se realiza a lo largo del trabajo de parto.
- 7. Cesárea programada⁽¹⁷⁾:** este proceso se presenta cuando hay patologías que indiquen la cesárea, como el sufrimiento fetal, partiendo de esto se programa para evitar desenlaces potencialmente mortales.
- 8. Distocia⁽¹⁸⁾:** denominado de esa forma por su representación como parto difícil y prolongado que se caracteriza por ser doloroso, condicionado por algunos cambios en los factores maternos y fetales y la dinámica uterina.
- 9. Edad gestacional⁽¹⁸⁾:** Tiempo de desarrollo del feto que inicia desde que se concibe considerándose el inicio el primer día del último ciclo menstrual.
- 10. Embarazo a término⁽¹⁸⁾:** Corresponde a la edad gestacional que concluye el desarrollo entre la semana 39 y 40 adicionándole 6 días.
- 11. Embarazo a término precoz⁽¹⁸⁾:** corresponde a la edad gestacional oscilante entre la semana 37 a 38 adicionándole 6 días.
- 12. Embarazo a término tardío⁽¹⁸⁾:** Es la edad gestacional entre 40 y 41 semanas y 6 días.
- 13. Embarazo post-término⁽¹⁸⁾:** Corresponde a la edad gestacional que supera las 40 semanas en 2 semanas o más.
- 14. Histerotomía⁽¹⁹⁾:** incisión que se realiza en la pared del útero.

- 15.Inducción del trabajo de parto** ⁽¹⁹⁾: es el inicio de la labor de parto que ha sido inducido en forma artificial, y que requiere las mismas técnicas e incluso uso de medicamentos que cuando el parto se ha iniciado de forma espontánea.
- 16.Justificación médica** ⁽¹⁹⁾: Justificación médica es un concepto que puede referirse al proceso y los resultados de usar evidencia para probar el comportamiento médico; explicar acciones o comportamientos basados en ciertas razones.
- 17.Macrosomía fetal** ⁽¹⁹⁾: La cesárea es cuando el peso fetal estimado de las mujeres no diabéticas excede los 4000 gramos, mientras que el peso estimado de las pacientes diabéticas excede los 4500 gramos.
- 18.Nacimiento por fórceps** ⁽²⁰⁾: Proceso de asistencia al alumbramiento utilizando instrumental quirúrgico fórceps para que facilite la salida de la cabeza del neonato por el canal de parto, cuando ocurre una emergencia obstétrica, por sufrimiento fetal agudo o tener un período expulsivo muy prolongado, y solamente con la cabecita del bebé prácticamente en el periné.
- 19.Nacimiento pretérmino** ⁽²⁰⁾: este proceso se produce cuando el nacimiento es antes de las 37 semanas de embarazo.
- 20.Parto por cesárea** ⁽²⁰⁾: Es el denominado parto quirúrgico, que consiste en realizar un método quirúrgico que permita el nacimiento del nuevo ser, extraído por el abdomen de la madre.
- 21.Perinatal** ⁽²⁰⁾: término que se refiere a todos los acontecimientos que se producen antes, durante o después del nacimiento.
- 22.Placenta acreta** ⁽²¹⁾: afección grave que ocurre durante el embarazo cuando la placenta se adhiere profundamente a las paredes uterinas.
- 23.Placenta de inserción baja** ⁽²¹⁾: placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre toda la abertura hacia el cuello uterino o una parte de esta.

24. Presentación pélvica ⁽²²⁾: es aquella en la que el polo pélvico o caudal del feto está en relación directa con el estrecho superior de la pelvis materna, lo ocupa en su totalidad.

25. Rotura uterina ⁽²³⁾: se muestra como la pérdida de continuidad de la musculatura uterina a nivel supravaginal del cuello, del segmento inferior o del cuerpo del útero, la cual podría ser parcial o completa, lo cual significa un riesgo para la gestante.

26. Trabajo de parto ⁽²⁴⁾: proceso que culmina en el parto. La frecuencia, magnitud y duración de los espasmos uterinos son suficientes, lo cual ocasionará la desaparición y dilatación del cuello uterino.

27. Versión cefálica externa ⁽²⁵⁾: es una maniobra que se utiliza para transformar una presentación podálica que ocurre en 3 a 4% de todos los embarazos en una presentación cefálica.

2.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

2.5.1. Hipótesis de la Investigación

2.5.1.1. Hipótesis General:

La justificación médica influye significativamente en los partos por cesárea anteparto o programada, intraparto y Emergencia en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

2.5.1.2. Hipótesis específica:

H.E.1. La adecuada manera de justificación médica influye significativamente en los partos por Cesárea programada, intraparto, emergencia en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

H.E.2. La falta de medidas y acciones contribuyen al incremento de cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

H.E.3. La falta de prevención influye en la incidencia de cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

2.5.2. Variables de la Investigación

2.5.2.1. Variable Independiente:

- ❖ Justificación médica.
- ❖ Justificación de origen ante parto o programada.
- ❖ Justificación médica de origen intraparto.
- ❖ Justificación médica de emergencia.

2.5.2.2. Variable Dependiente:

- ❖ Parto por cesárea

2.5.2.3. Variable interviniente

- ❖ Edad
- ❖ Nivel de estudio
- ❖ Lugar de procedencia

2.5.3. Operacionalización de las variables

| Variables | Definición conceptual | Dimensiones | Definición operacional | Indicadores | Ítem |
|-------------------------------|--|----------------------------|---|------------------------------|------|
| Justificación médica (VI) | Es el momento de la indicación donde están presentes signos y/o síntomas que de manera inequívoca expresan la validez clínica del diagnóstico. | Diagnostico Justificado | Indicación donde están presentes signos y/o síntomas que de manera inequívoca expresan la validez clínica. | 1. Justificado | 9 |
| | | Diagnostico no Justificado | Indicación donde no están presentes signos y/o síntomas que de manera inequívoca expresan la validez clínica. | 2. No justificado | |
| Emergencia | Es una intervención cuya indicación surge 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. Puede ser anteparto o intraparto y se recomienda la finalización del embarazo de forma rápida. El tiempo seguro entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no debe superar los 30 minutos (estándar internacional) | Sufrimiento Fetal | Asfixia fetal progresiva, que, si no es corregida o evitada, provocará una descompensación de la respuesta fisiológica, desencadenando un daño permanente del Sistema Nervioso Central (SNC), falla múltiple de órganos y muerte. | 1. Cardiotocografía alterada | 2.1 |
| | | | | 2. Perfil biofísico alterado | |
| 3 Doppler obstétrico alterado | | | | | |
| 4. Líquido amniótico verde | | | | | |
| | | Hipertensión del embarazo | La preeclampsia se define como la presencia de hipertensión inducida por el embarazo con tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual a 90 mmHg y/o tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mm Hg, en otros casos se definirá por un aumento de 30 mmHg o más en la TAS o de 15 mmHg o más en la TAD habitual, todo esto asociado con proteinuria y en ocasiones edema o lesión de órgano blanco. | 1. Preeclampsia: severo | 2.2 |
| | | | | 2. Eclampsia | |
| | | | | 3. Hellp | |

| | | | | | |
|------------|--|--|---|--|-----|
| | | Cesárea anterior | Es aquella que ha de repetirse ya sea por persistencia de la indicación anterior o por aparición de una nueva. | <p>A: Indicación absoluta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persistencia de la indicación anterior 2. Antecedente de cesárea clásica 3. Antecedente de cesárea segmentaria complicada 4. Segundigesta añosa 5. Presentaciones paraeutocicas 6. Dos o más cesárea previas 7. Sobredistención uterina: feto grande, hidramnios, múltiple 8. Distocia de contracción 9. Patología materna de partes blandas. 10. Periodo Intergenésico corto <p>B: Indicación relativa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antecedente de Infección uterina 2. Infección amniótica con feto vivo o muerto 3. RPM 4. Placenta previa lateral | 2.3 |
| Intraparto | Se realiza durante el curso del parto, por indicación materna, fetal o mixta. Se incluyen: desproporción pélvico-fetal, fracaso de inducción, distocia de dilatación o de descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni el feto. | Trabajo de parto disfuncional | Cuando el progreso en la dilatación, en el descenso de la presentación o en la expulsión del feto se aparta del ritmo normal. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Anomalías de las fuerzas expulsivas. 2. Alteración de la presentación, posición o desarrollo fetal. 3. Anomalías de la pelvis materna 4. Alteraciones de los tejidos blandos | 3.1 |
| | | Sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal | Es una peligrosa complicación del parto en la que el feto no recibe el oxígeno necesario, y que podría ocasionar daños irreparables en el tejido cerebral, por lo cual es importante que los médicos actúen con rapidez, tomando las medidas. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Taquicardia 2. Bradicardia 3. Líquido verde | 3.2 |

| | | | | | |
|--------------|---|--|--|---|-----|
| | | Sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta | Es la separación aguda parcial o completa de la placenta respecto a la pared uterina, que sucede después de la semana 20 y antes del parto, provocando un 20% de mortalidad fetal y hasta un 1% de mortalidad materna. | 1. Parcial | 3.3 |
| | | | | 2. Total | |
| | | Distocia de cordón | Toda situación anatómica y/o posicional que conlleva riesgo de trastorno del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales, lo cual incluye alteraciones del tamaño (corto o largo), circulares (simple, doble o triple en el cuello o cualquier parte fetal), prolapso, procúbito, laterocidencia. | 1.Circular de cordón 2.Prolapso de cordón 3.Procúbito | 3.4 |
| | | Sospecha de ruptura uterina | Se define como la completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales en la cavidad uterina peritoneal y requiere de una cesárea de emergencia o de una laparotomía. | 1. Eminencia de ruptura uterina | 3.5 |
| | | | | 2. Ruptura uterina | |
| Programada | Es una intervención programada que se realiza antes del inicio del parto en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. | Hemorragia II segunda mitad del embarazo | Se define como hemorragia de la segunda mitad del embarazo al sangrado que tiene lugar después de las 22 semanas de gestación. | 1.Placenta Previa total 2.Acretismo placentario | 4 |
| | | Cesárea Iterativa | Es aquella que ha de repetirse ya sea por la indicación anterior o por una nueva patología. | 1.Una vez | |
| 2.Dos veces | | | | | |
| 3.Tres veces | | | | | |
| | | 4.Cuatro veces | | | |
| Cesárea (VD) | Es la intervención quirúrgica que permite extraer un feto mediante laparotomía e incisión de la pared uterina. Constituye un procedimiento obstétrico fundamental para | . Según antecedentes Obstétricos de la paciente: | . Si es la que se realiza por primera vez . La que se practica más de una vez con paciente con antecedente de cesárea | 1.Primaria 2. Iterativa | 5 |
| | | . Según Indicación: | | Absolutas: | 6 |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|
| | reducir daños al recién nacido y a la madre, siempre y cuando se realice bajo justificación médica ⁽¹⁾ . | <p>- Absoluta</p> <p>- Relativa</p> <p>. Causas de Cesárea: Materna:</p> | <p>Son las indicaciones en las cuales la operación cesárea es el único medio a utilizar para terminar el parto y procurar el bienestar al binomio involucrado</p> <p>Son las indicaciones en las cuales se puede dar el nacimiento vía abdominal de forma electiva, dado a que esta para cada caso presenta menor riesgo y mayor beneficio para el binomio que otras alternativas.</p> <p>Problema de pelvis</p> <p>Presencia de tumores</p> | <p>1. Cesárea anterior con período intergenésico corto.</p> <p>2. Sufrimiento fetal agudo</p> <p>3. Presentación podálica</p> <p>4. Situación Transversa</p> <p>5. Desprendimiento prematuro de placenta</p> <p>6. Placenta previa sangrante</p> <p>7. Incompatibilidad céfalo pélvica</p> <p>8. Feto macrosómico</p> <p>9. Pelvis estrecha</p> <p>10. Prolapso de cordón umbilical</p> <p>11. Herpes activa, VIH</p> <p>12. Problemas obstructivos benignos y malignos Útero, Ovario, vagina</p> <p>13. Cirugía uterina previa</p> <p>14. Antecedente de plastia vaginal</p> <p>15. Infección por VIH.</p> <p>Relativas</p> <p>1. Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento</p> <p>2. Anomalías fetales</p> <p>3. Embarazo múltiple</p> <p>4. Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia</p> <p>5. Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP</p> <p>6. Insuficiencia cardio-respiratoria</p> <p>7. Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrias, antecedentes de desprendimiento de retina)</p> <p>8. Pápiloma virus humano.</p> <p>1. Luxación congénita de cadera</p> <p>2. Accidentes de cadera</p> <p>1. Fibromas</p> <p>2. Quiste de ovario</p> | 7 |
|--|---|--|--|--|---|

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
| | | | | 3. Displasia/Ca de cuello uterino | |
| | | Ovulares | Enfermedades maternas | 1. Epilepsia 2. Lupus 3. Hipotiroidea 4. Diabetes | |
| | | | Enfermedades Virales | 1. Herpes 2. Condilomas | |
| | | | Problemas de placenta o anexos | 1. Placenta previa 2. DPP 3. Calcificación placentaria 4. Acretismo placentario 5. Circular de cordón | |
| | | Fetales | Inherentes al feto | 1. Feto transversal/oblicuo 2. Podalico 3. Deflexion 4. Macrosomia fetal 5. Prematuridad 6. RCIU 7. Obito fetal | |
| | | Categorías de la emergencia de la cesárea: | | | |
| | | Categoría 1 | . Amenaza Inmediata para la vida de la mujer o el feto | 1. Realizar en menos de 30 minutos. | 8 |
| | | Categoría 2 | . Compromiso de la salud materno y fetal que no es inmediatamente peligroso para la vida | 2. Realizar entre 30 - 75 minutos. | |
| | | Categoría 3 | . No existe compromiso materno o fetal, pero es necesaria la interrupción prematura de la gestación | 3. Tener en cuenta la condición de la madre y el feto antes de la extracción, considerando que un parto precipitado puede ser perjudicial | |
| | | Categoría 4 | | 4. Programada | |

2.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.6.1. Objetivo General

Analizar en qué medida la justificación médica de los partos por cesárea se incrementan en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

2.6.2. Objetivos Específicos

O.E.1. Explicar de qué manera la justificación médica de cesáreas de emergencia, intraparto y programadas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica permite reducir el aumento de cesáreas.

O.E.2. Determinar si la falta de medidas y acciones pertinentes influyen en el incremento de Cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica

O.E.3. Establecer cuál es la incidencia de Cesáreas derivadas por falta de prevención en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

2.7. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

2.7.1. Tipo de Investigación

Es aplicada: ya que los resultados logrados permanecen con el objetivo de ser aplicados o usados de manera instantánea para resolver el caso problemático de una cesárea. Busca saber hacer, actuar, edificar, modificar. Lo cual le importa es la aplicación directa de la verdad ambiental, no el desarrollo de la teoría.

2.7.2. Nivel de la Investigación

Es una investigación explicativa: es aquella que tiene relación causal; no sólo persigue describir o acercarse a un problema, sino que intenta encontrar las causas del mismo⁽²¹⁾.

2.7.3. Diseño de la Investigación

Es no experimental, pues no busca modificar la verdad. Es decir, no funcionará con la evaluación inicial para desarrollar un proceso y al final obtener el resultado⁽²¹⁾.

2.8. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.8.1. Población:

La población estará Integrada por 1992 pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital IV –Augusto Hernández Mendoza de EsSalud de Ica durante el año 2018-2019.

2.8.2. Muestra:

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística de poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

❖ N = Total de la población

- ❖ $Z\alpha^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- ❖ $p =$ proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- ❖ $q = 1 - p$ (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- ❖ $d =$ precisión (en este caso deseamos un 3%).

Remplazando:

- ❖ $N = 1992$
- ❖ $Z\alpha^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- ❖ $p =$ proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- ❖ $q = 1 - p$ (en este caso 1- 0.05 = 0.95)
- ❖ $d =$ precisión (en este caso deseamos un 3%).

$$n = \frac{1992 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.03^2(1992 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95} = 184$$

Donde tenemos que el número de la muestra es de 184 pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de EsSalud de Ica durante el año 2018-2019.

2.9. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

De acuerdo al tema de investigación, los datos fueron tomados por la autora de las Historias Clínicas, en un cuaderno-planillón de todas las pacientes post cesareadas que fueron dadas de alta de donde se tomaron los datos para el instrumento a utilizar, es decir, se revisará retrospectivamente y se incluirá en la muestra todos los datos recolectados consignados en las Historias Clínicas pertenecientes a pacientes atendidos con indicación de cesárea atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de EsSalud de Ica durante el año 2018-2019.

2.10. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Los instrumentos de colección de información se fundamentan en la tecnología de recolección de información, de la siguiente forma:

- ❖ **Planillón con datos:** este instrumento es un documento en forma de sumario que contiene la descripción de cada una de las Historias Clínicas de las pacientes intervenidas en forma secuencial. Las Historias Clínicas que fueron vaciadas al momento del alta de los pacientes por la autora en el que consta los datos de filiación, motivo de ingreso, evolución, programación de la cesárea con sus diagnósticos prequirúrgicos post quirúrgicos, incluyendo los datos del recién nacido.

2.11. TÉCNICAS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Las técnicas de análisis e interpretación de datos que se utilizarán en este estudio son las siguientes:

- ❖ **Codificación y clasificación de datos:** Nos permitirá ordenar y agrupar numéricamente los datos obtenidos
- ❖ **Tabulación de datos:** Con esta técnica se ingresará la información obtenida al programa Excel y al programa estadístico SPSS V.26 en una PC para su procesamiento y que se obtenga los resultados de la encuesta.
- ❖ **Cuadros y representaciones estadísticas:** Esta técnica nos permitirá hacer la presentación final de los resultados obtenidos.
- ❖ **Inferencia estadística:** Se utilizará la prueba estadística no paramétrica chi cuadrado para verificar asociación o influencia entre variables categóricas.

III. RESULTADOS

3.1. Datos Obtenidos

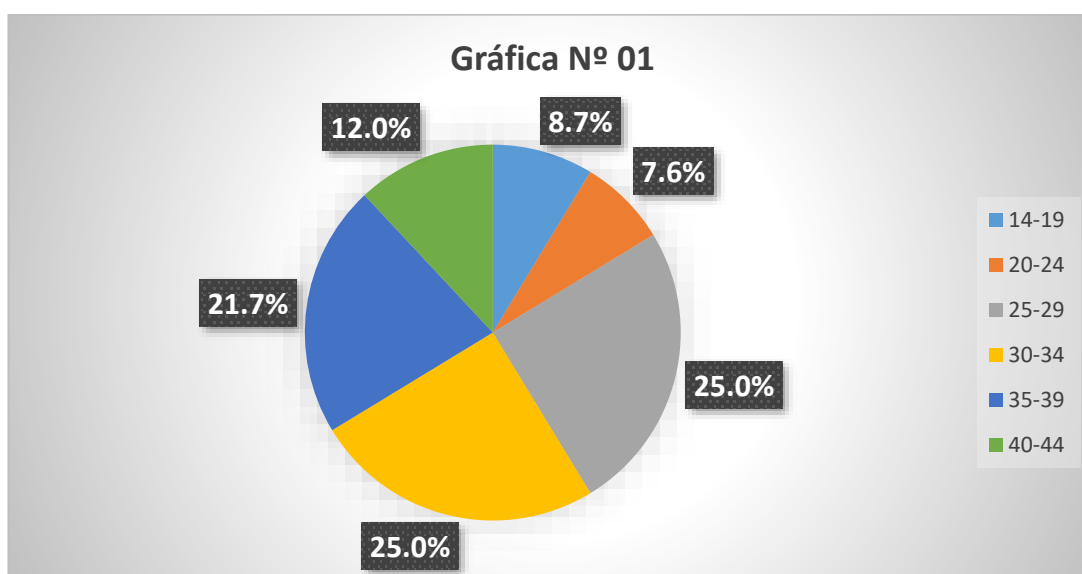
3.1.1. Características sociodemográficas

Tabla 1

Edad

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|--------------|----------------|----------------|-------------|--------|
| 14-19 | 16 | 16 | 8.7% | 8.7% |
| 20-24 | 14 | 30 | 7.6% | 16.3% |
| 25-29 | 46 | 76 | 25.0% | 41.3% |
| 30-34 | 46 | 122 | 25.0% | 66.3% |
| 35-39 | 40 | 162 | 21.7% | 88.0% |
| 40-44 | 22 | 184 | 12.0% | 100.0% |
| TOTAL | 184 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



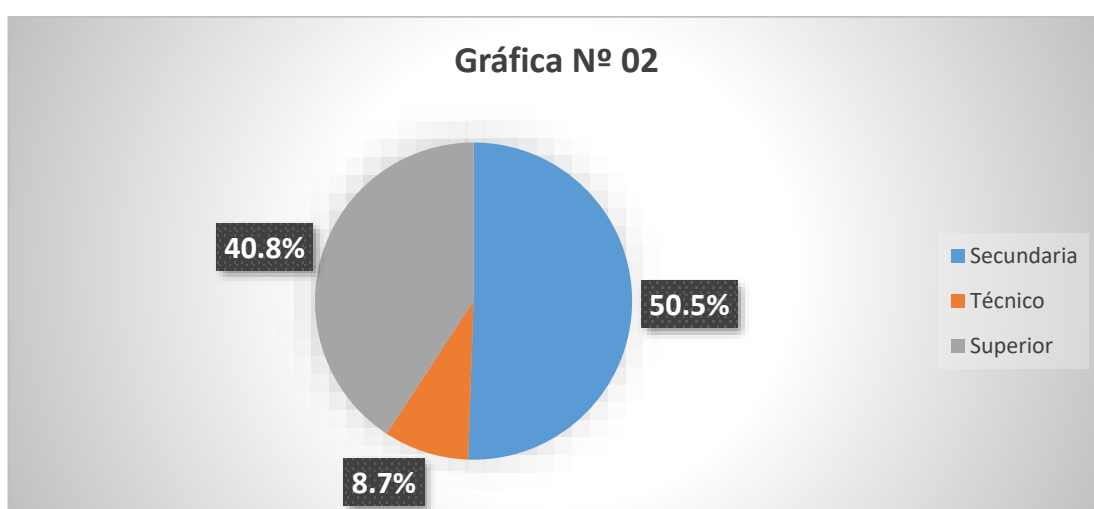
Interpretación: En la tabla 1, sobre las características sociodemográficas de la muestra de los partos por cesárea, establece el 25% su edad estuvo entre los 25 – 29 años, de igual consideración representa el 25% entre 30 - 34 años, otro considerable 21.7% entre 35 – 39; asimismo 12% entre 40 – 44 años; y los demás de 8.7% y 7.6% entre 14 – 19 y 20 – 24 respectivamente.

Tabla 2

Nivel de Educación

| RESPUESTAS | f_o | F_a | h% | H% |
|-------------------|----------------------|----------------------|-------------|-----------|
| Secundaria | 93 | 93 | 50.5% | 50.5% |
| Técnico | 16 | 109 | 8.7% | 59.2% |
| Superior | 75 | 184 | 40.8% | 100.0% |
| TOTAL | 184 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



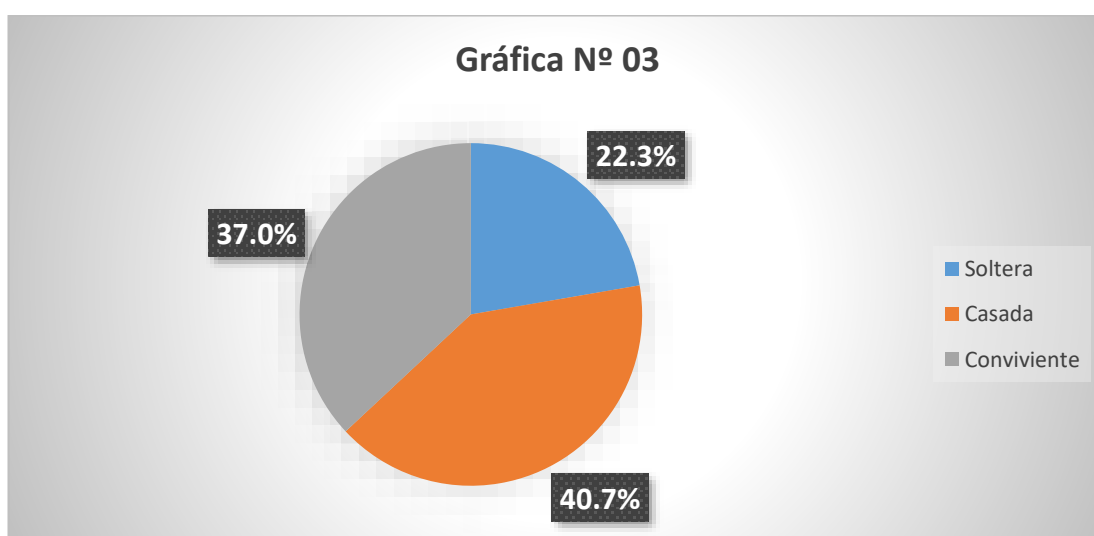
Interpretación: Al respecto, en la tabla 2, de acuerdo a los resultados se muestra el 50.5% son de nivel de educación secundaria, donde muchos de ellos son menores de edad y otros que no siguieron sus estudios superiores; por otro lado, el 40.8% de los encuestados tienen un nivel de educación superior, donde sus embarazos se complicaron por diversos factores y por último 8.7% indican que tienen un nivel de educación técnico.

Tabla 3

Estado Civil

| RESPUESTAS | f_o | F_a | h% | H% |
|-------------------|----------------------|----------------------|-------------|-----------|
| Soltera | 41 | 41 | 22.3% | 22.3% |
| Casada | 75 | 116 | 40.7% | 63.0% |
| Conviviente | 68 | 184 | 37.0% | 100.0% |
| TOTAL | 184 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



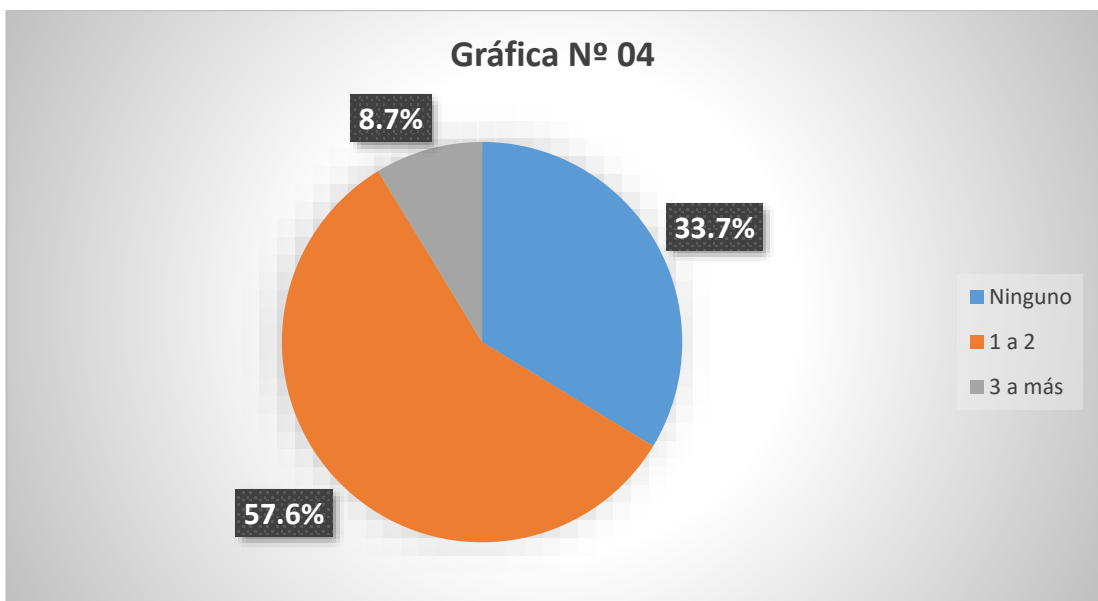
Interpretación: En la tabla 3, los resultados que se obtuvieron referente al estado civil, establecen que el 40.7% son casados, que viven estables y apartados en su hogar con su familia, otro considerable 37% son convivientes, que viven algunos junto a sus padres y otros en su hogar y por último 22.3% son solteras (madres solteras) que muchos de ellas conviven con sus padres.

Tabla 4

Número de Hijos

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|--------------|----------------|----------------|-------------|--------|
| Ninguno | 62 | 62 | 33.7% | 33.7% |
| 1 a 2 | 106 | 168 | 57.6% | 91.3% |
| 3 a más | 16 | 184 | 8.7% | 100.0% |
| TOTAL | 184 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



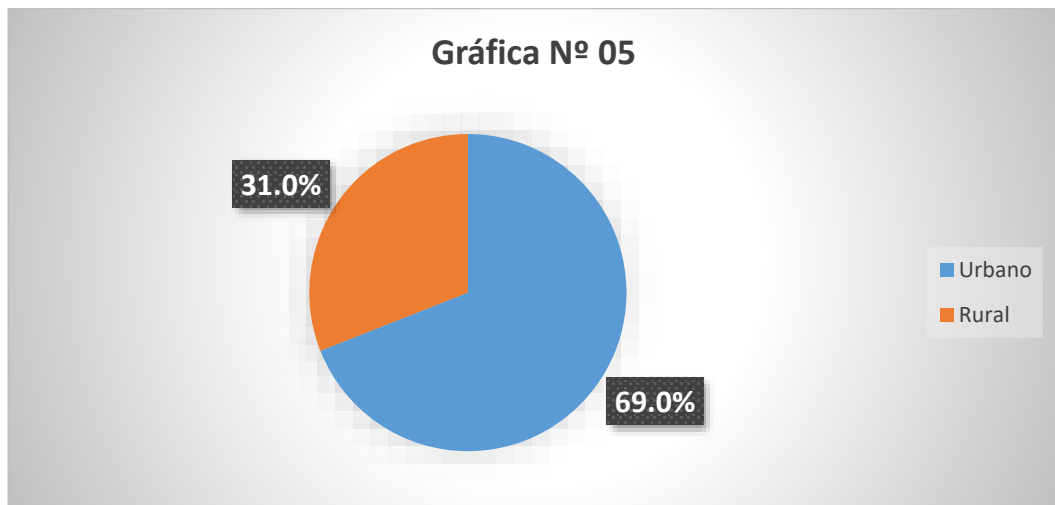
Interpretación: De acuerdo a los resultados en la tabla 3, se muestra que el 57.6% cuentan entre 1 a 2 hijos, son madres que tuvieron hijos, algunas con parto normal y otras por cesáreas; por otro lado, el 33.7% tuvieron más de 3 hijos, en algunas todo por cesáreas, las cuales presentaron mayores riesgos de parto y por último 8.7% son primerizas que por primera vez son madres.

Tabla 5

Lugar de Procedencia

| RESPUESTAS | f_o | F_a | h% | H% |
|-------------------|----------------------|----------------------|-------------|-----------|
| Urbano | 57 | 57 | 31.0% | 31.0% |
| Rural | 127 | 184 | 69.0% | 100.0% |
| TOTAL | 184 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



Interpretación: Con los resultados obtenidos se puede apreciar que el 69% son procedentes de zonas urbanas, ya que viven en la ciudad o cercanía a la ciudad y el 31% son de lugares rurales que viven en los pueblos alejados de la ciudad por el trabajo que realizan.

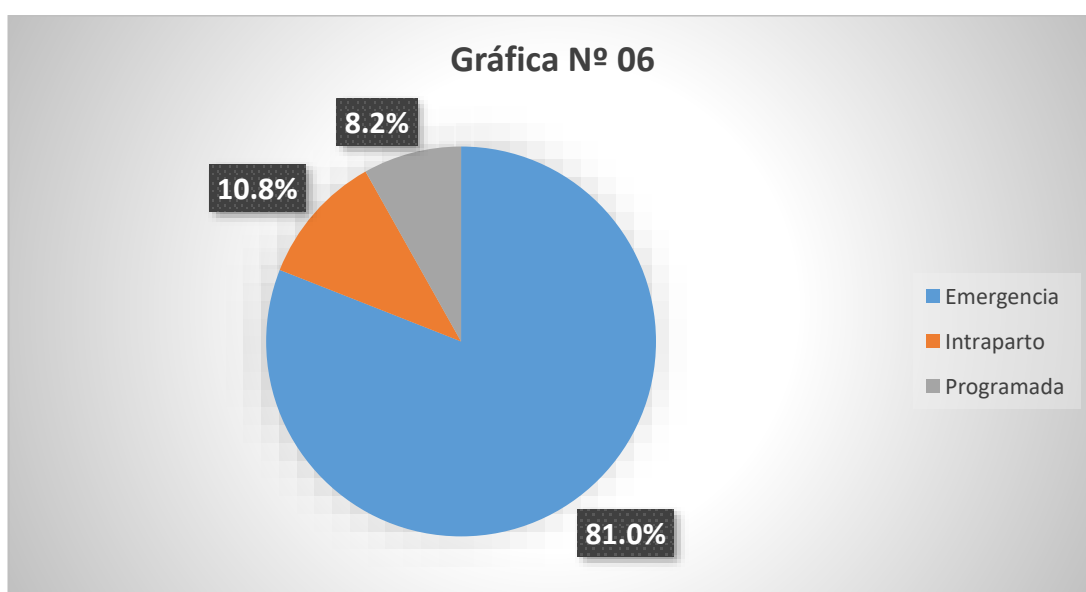
3.1.2. Justificación médica de la intervención por cesárea (V.I.)

Tabla 6

Momento de la Cesárea

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|---------------|----------------|----------------|-------------|--------|
| a) Emergencia | 149 | 149 | 81.0% | 81.0% |
| b) Intraparto | 20 | 169 | 10.8% | 91.8% |
| c) Programada | 15 | 184 | 8.2% | 100.0% |
| TOTAL | 184 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

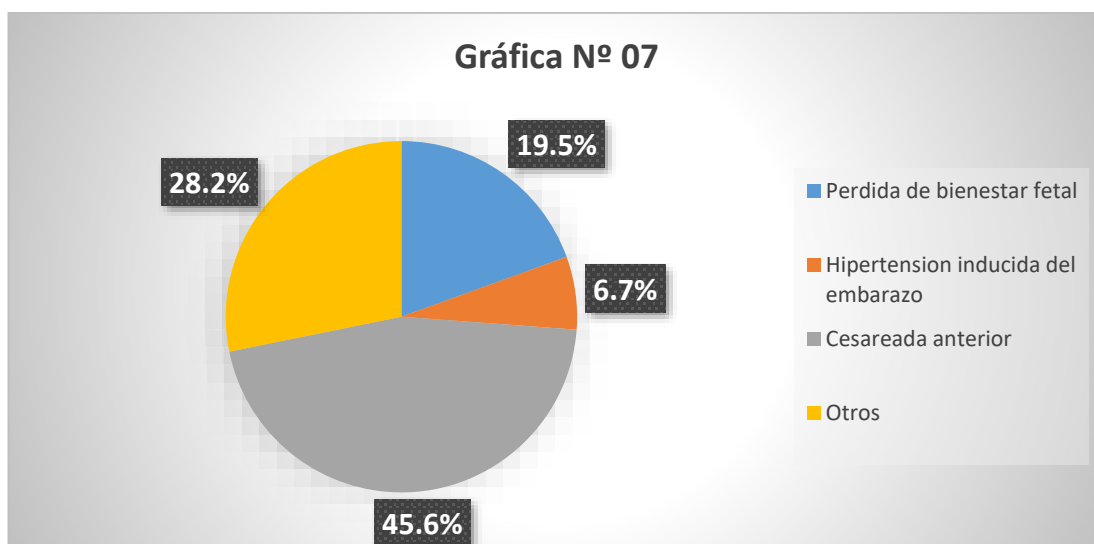


Interpretación: En la tabla 6 se observa de acuerdo a los resultados obtenidos el 81% de cesáreas son de emergencia, las complicaciones que presentan hacen que se tome las decisiones para salvar la vida; por otro lado, el 10.8% son intraparto, desde el parto hasta la expulsión de la placenta y por último el 8.2% son programadas para la cesárea correspondiente.

Tabla 7*Causa de la cesárea de Emergencia*

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|------------------------------------|----------------|----------------|-------------|--------|
| Pérdida de bienestar fetal | 29 | 29 | 19.5% | 19.5% |
| Hipertensión inducida del embarazo | 10 | 39 | 6.7% | 26.2% |
| Cesareada anterior | 68 | 107 | 45.6% | 71.8% |
| Otros | 42 | 149 | 28.2% | 100.0% |
| TOTAL | 149 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



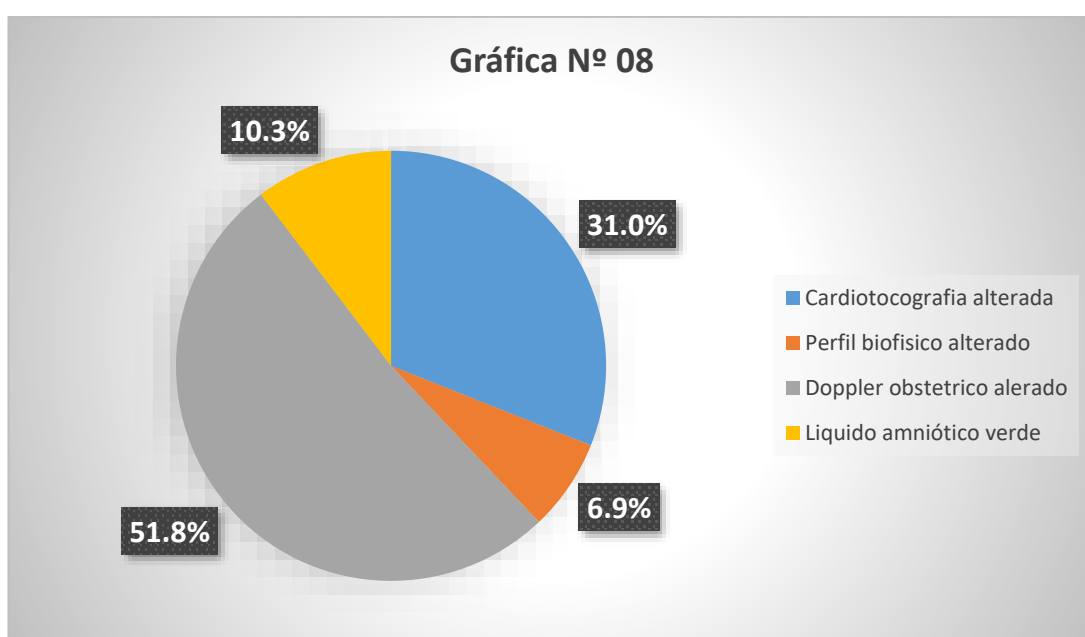
Interpretación: de acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla 7 se aprecia que el 45.6% es por la cesárea anterior que han causado las cesáreas de emergencia, es decir, que tuvieron cesárea en anterior parto, otro considerable 28.2% por otras causas lo realizaron cesáreas por emergencia, asimismo el 19.5% por pérdida de bienestar fetal y por último el 6.7% por hipertensión inducida del embarazo.

Tabla 8

Pérdida de bienestar fetal

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|-----------------------------|----------------|----------------|-------------|--------|
| Cardiotocografía alterada | 9 | 9 | 31.0% | 31.0% |
| Perfil biofísico alterado | 2 | 11 | 6.9% | 37.9% |
| Doppler obstétrico alterado | 15 | 26 | 51.8% | 89.7% |
| Líquido amniótico verde | 3 | 29 | 10.3% | 100.0% |
| TOTAL | 29 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



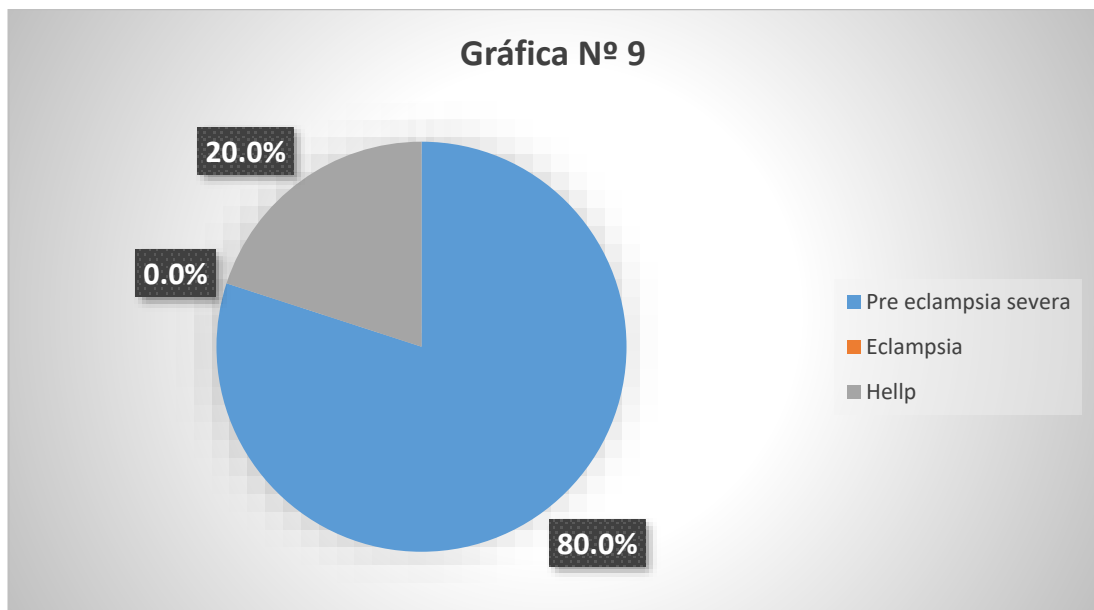
Interpretación: Con los resultados obtenidos de acuerdo a la tabla 8 se aprecia que el 51.8% la causa de la cesárea por emergencia es por pérdida de bienestar fetal - Doppler obstétrico alterado, por otro lado, el 31% de los encuestados indican por Cardiotocografía alterada, otro considerable 10.3% se muestra por Líquido amniótico verde y por último el 6.9% por Perfil biofísico alterado.

Tabla 9

Hipertensión Inducida del embarazo

| RESPUESTAS | f_o | F_a | h% | H% |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------|-----------|
| Pre eclampsia severa | 8 | 8 | 80.0% | 80.0% |
| Eclampsia | 0 | 8 | 0.0% | 80.0% |
| Hellp | 2 | 10 | 20.0% | 100.0% |
| TOTAL | 10 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



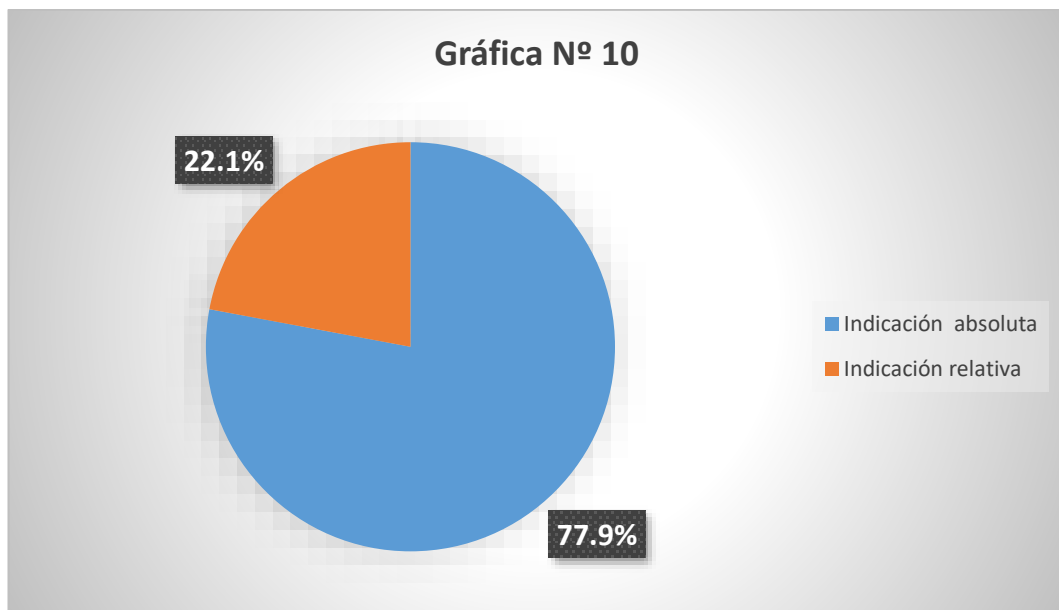
Interpretación: al respecto de la tabla 9, los resultados muestran que el 80% la causa de la cesárea por emergencia es por Hipertensión Inducida del embarazo – Pre eclampsia severa y por otro lado 20% de los encuestados indican por Hellp.

Tabla 10

Indicación de cesárea (cesareada anterior)

| RESPUESTAS | f_o | F_a | h% | H% |
|---------------------|----------------------|----------------------|-------------|-----------|
| Indicación absoluta | 53 | 53 | 77.9% | 77.9% |
| Indicación relativa | 15 | 68 | 22.1% | 100.0% |
| TOTAL | 68 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



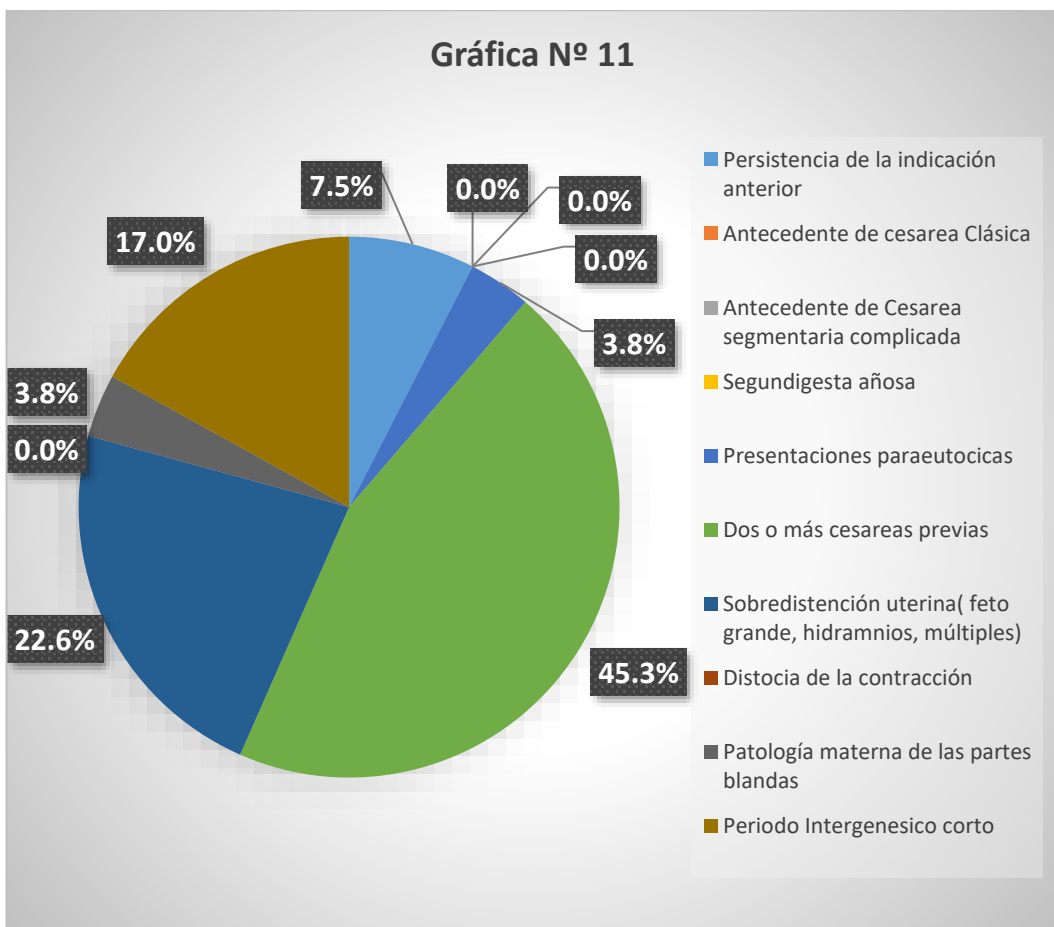
Interpretación: Con los datos obtenidos en la tabla 10, los resultados muestran que el 77.9% son indicaciones absolutas causadas por cesareada anterior que ha generado cesárea por emergencia y por otro lado el 22.1% de los resultados indican por indicaciones relativas.

Tabla 11

Indicaciones absolutas en cesareadas anteriores

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|---|----------------|----------------|-------------|--------|
| Persistencia de la indicación anterior | 4 | 4 | 7.5% | 7.5% |
| Antecedente de cesárea Clásica | 0 | 4 | 0.0% | 7.5% |
| Antecedente de Cesárea segmentaria complicada | 0 | 4 | 0.0% | 7.5% |
| Segundigesta añosa | 0 | 4 | 0.0% | 7.5% |
| Presentaciones paraeutocicas | 2 | 6 | 3.8% | 11.3% |
| Dos o más cesáreas previas | 24 | 30 | 45.3% | 56.6% |
| Sobre distensión uterina (feto grande, hidramnios, múltiples) | 12 | 42 | 22.6% | 79.2% |
| Distocia de la contracción | 0 | 42 | 0.0% | 79.2% |
| Patología materna de las partes blandas | 2 | 44 | 3.8% | 83.0% |
| Periodo Intergenésico corto | 9 | 53 | 17.0% | 100.0% |
| TOTAL | | 53 | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



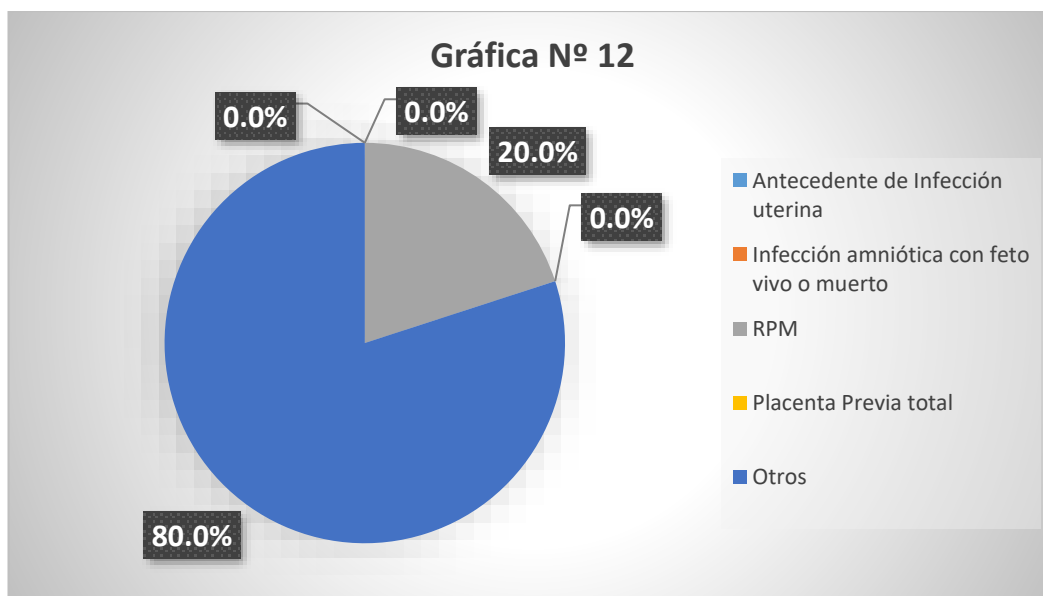
Interpretación: Al respecto de acuerdo a los resultados obtenidos se deduce que 45.3% son aquellos que han tenido dos o más cesáreas previas correspondientes a cesáreas anteriores y que han generado cesárea por emergencia, otro considerable 22.6% por sobredistensión uterina (feto grande, hidramnios múltiples), 17% por Periodo Intergenésico corto, 7.5% por Persistencia de la indicación anterior, 3.8% por Presentaciones paraeutocicas y por último de similar cantidad 3.8% por Patología materna de las partes blandas que corresponden a cesáreas anteriores y que han generado cesárea por emergencia.

Tabla 12

Indicaciones relativas en cesareadas anteriores

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|--|----------------|----------------|-------------|--------|
| Antecedente de Infección uterina | 0 | 0 | 0.0% | 0.0% |
| Infección amniótica con feto vivo o muerto | 0 | 0 | 0.0% | 0.0% |
| RPM | 3 | 3 | 20.0% | 20.0% |
| Placenta Previa total | 0 | 3 | 0.0% | 20.0% |
| Otros | 12 | 15 | 80.0% | 100.0% |
| TOTAL | 15 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

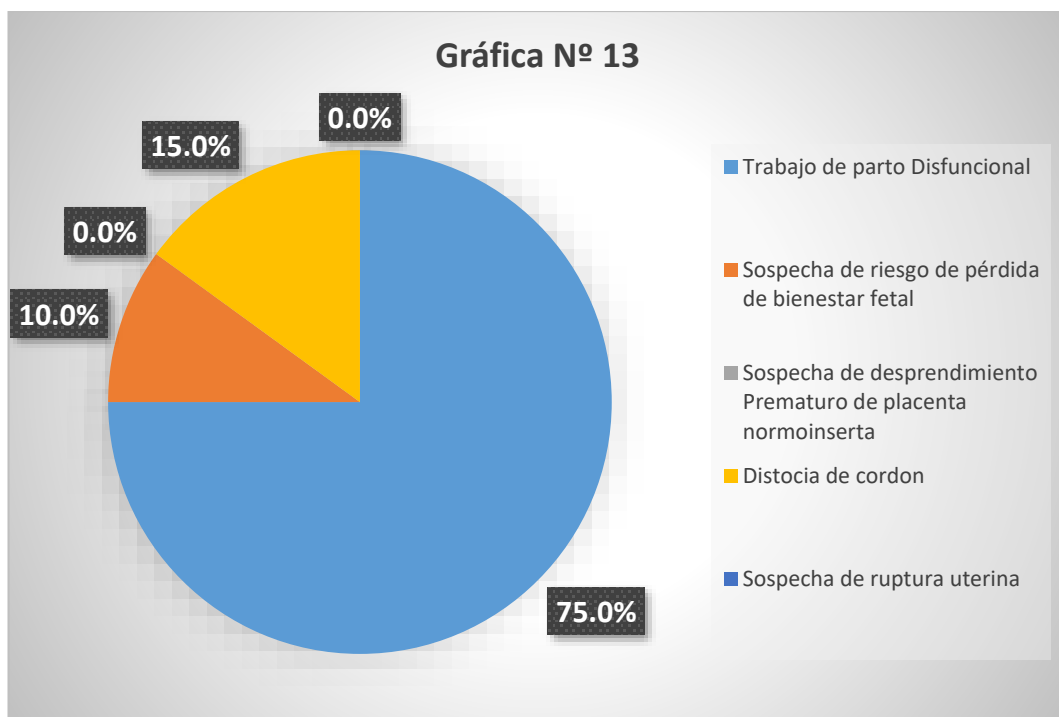


Interpretación: Con los resultados obtenidos de la tabla 12 se aprecia que el 80% son causadas por otros respecto a indicaciones relativas en cesareadas anteriores y 20% corresponden a RPM.

Tabla 13*Causas de cesáreas en el intraparto*

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|--|----------------|----------------|-------------|--------|
| Trabajo de parto Disfuncional | 15 | 15 | 75.0% | 75.0% |
| Sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal | 2 | 17 | 10.0% | 85.0% |
| Sospecha de desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta | 0 | 17 | 0.0% | 85.0% |
| Distocia de cordón | 3 | 20 | 15.0% | 100.0% |
| Sospecha de ruptura uterina | 0 | 20 | 0.0% | 100.0% |
| TOTAL | 20 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

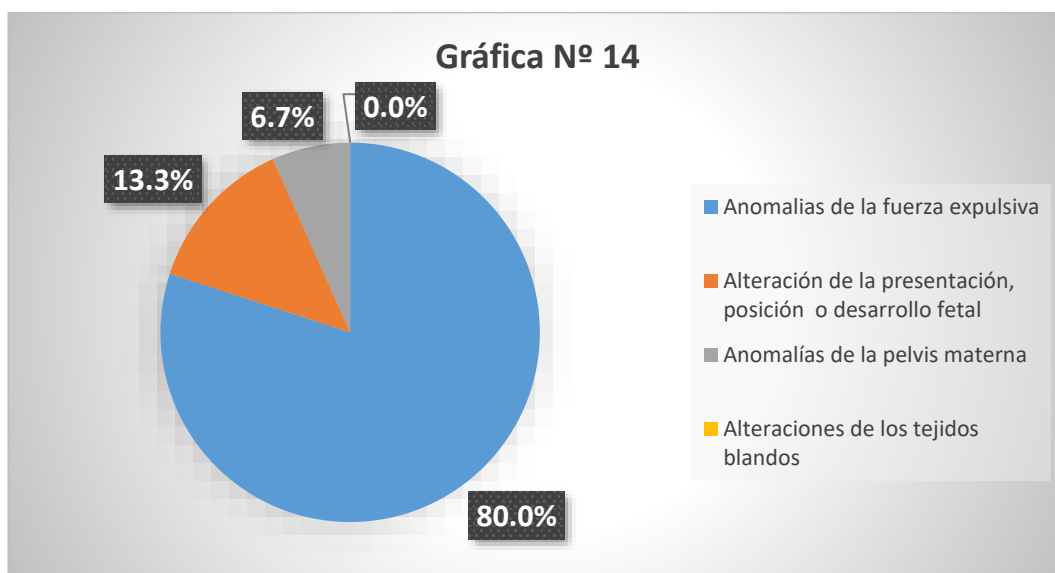


Interpretación: Los resultados obtenidos indican que el 75% son causados por trabajo de parto disfuncional correspondiente a cesáreas en el intraparto, otro considerable 15% son por distocia de cordón y por último el 10% por sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Tabla 14*Trabajo de parto Disfuncional*

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|---|----------------|----------------|-------------|--------|
| Anomalías de la fuerza expulsiva | 12 | 12 | 80.0% | 80.0% |
| Alteración de la presentación, posición o desarrollo fetal | 2 | 14 | 13.3% | 93.3% |
| Anomalías de la pelvis materna | 1 | 15 | 6.7% | 100.0% |
| Alteraciones de los tejidos blandos | 0 | 15 | 0.0% | 100.0% |
| TOTAL | 15 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



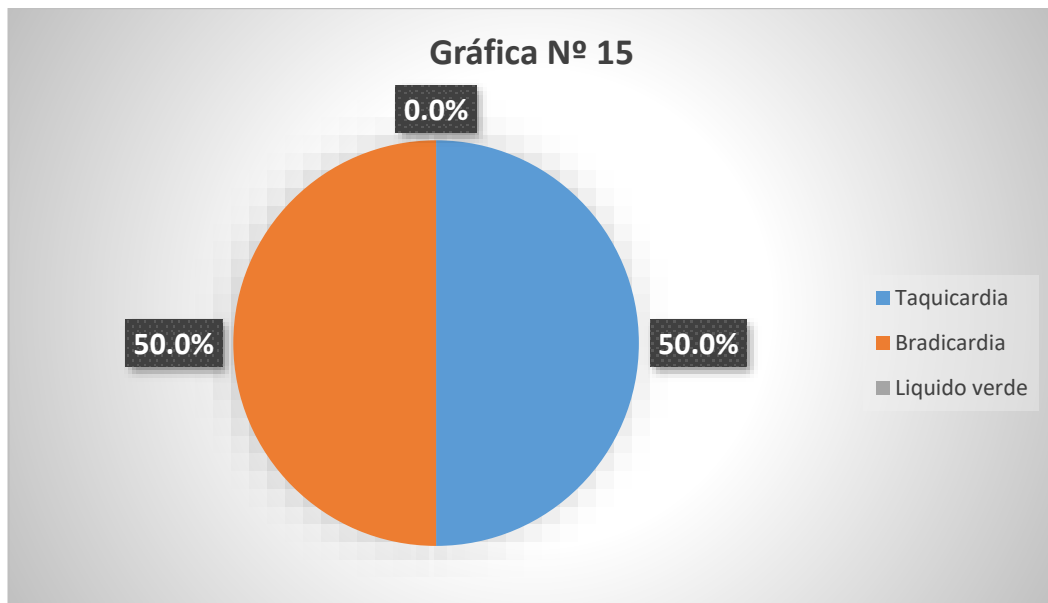
Interpretación: con los resultados obtenidos se aprecia que el 80% son causados por anomalías de la fuerza expulsiva correspondiente a trabajo de parto disfuncional que causó cesáreas en el intraparto, otro considerable 13.3% son por alteración de la presentación, posición o desarrollo fetal y por último el 6.7% por anomalías de la pelvis materna.

Tabla 15

Sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|---------------|----------------|----------------|-------------|--------|
| Taquicardia | 1 | 1 | 50.0% | 50.0% |
| Bradicardia | 1 | 2 | 50.0% | 100.0% |
| Líquido verde | 0 | 2 | 0.0% | 100.0% |
| TOTAL | 2 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



Interpretación: Según la tabla 15, los resultados obtenidos muestran que el 50% son causados por taquicardia correspondiente que causó cesáreas en el intraparto y por otro lado el 50% por bradicardia que generó cesáreas en el intraparto.

Tabla 16

Distocia de cordón

| RESPUESTAS | f_o | F_a | h% | H% |
|---------------------|----------------------|----------------------|-------------|-----------|
| Circular de cordón | 3 | 3 | 100.0% | 100.0% |
| Prolapso de cordón | 0 | 3 | 0.0% | 100.0% |
| Procúbito de cordón | 0 | 3 | 0.0% | 100.0% |
| TOTAL | 3 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



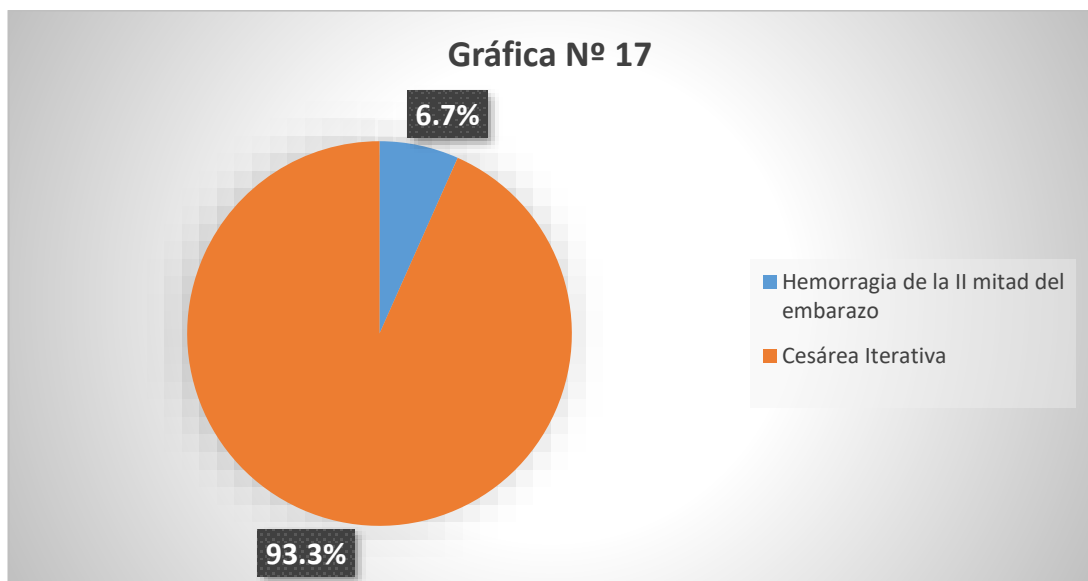
Interpretación: Al respecto en la tabla 16, los resultados obtenidos indican que el 100% son causados por circular de cordón correspondiente a distocia de cordón que causó cesáreas en el intraparto.

Tabla 17

Causa de la cesárea Programada

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|--|----------------|----------------|-------------|-------|
| Hemorragia de la II mitad del embarazo | 1 | 29 | 19.5% | 19.5% |
| Cesárea Iterativa | 14 | 39 | 6.7% | 26.2% |
| TOTAL | 15 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



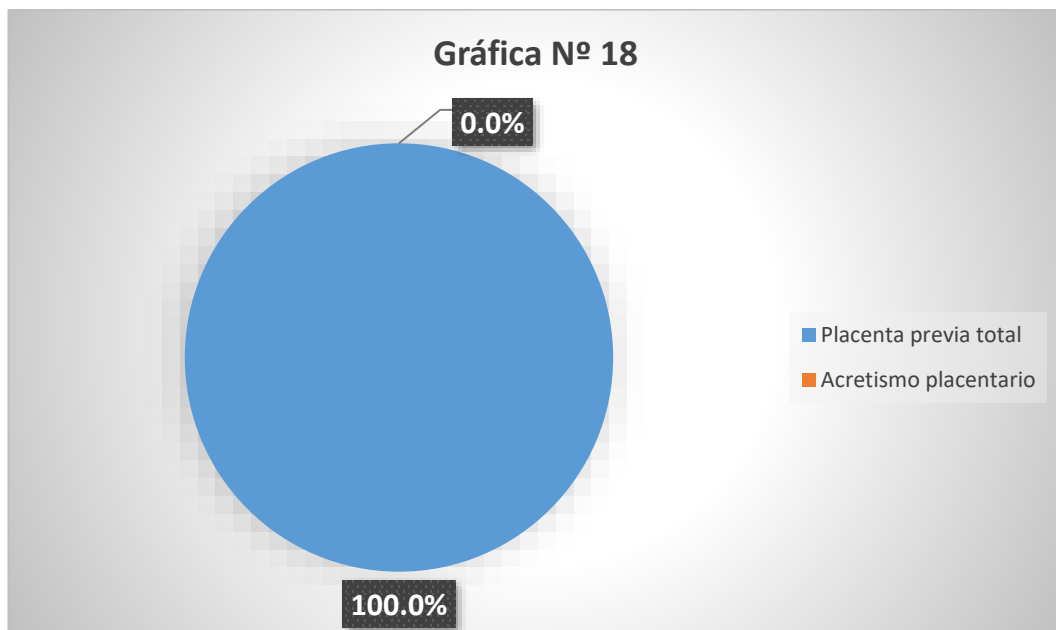
Interpretación: de acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla 17 se aprecia que el 93.3% son cesárea iterativa correspondiente a cesáreas programadas, es decir, que vinieron observándose durante el embarazo y el 6.7% por hemorragia de la II mitad del embarazo – cesárea programada.

Tabla 18

Hemorragia de la II mitad del embarazo

| RESPUESTAS | f_o | F_a | h% | H% |
|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------|-----------|
| Placenta previa total | 1 | 1 | 100.0% | 100.0% |
| Acretismo placentario | 0 | 1 | 0.0% | 100.0% |
| TOTAL | 1 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

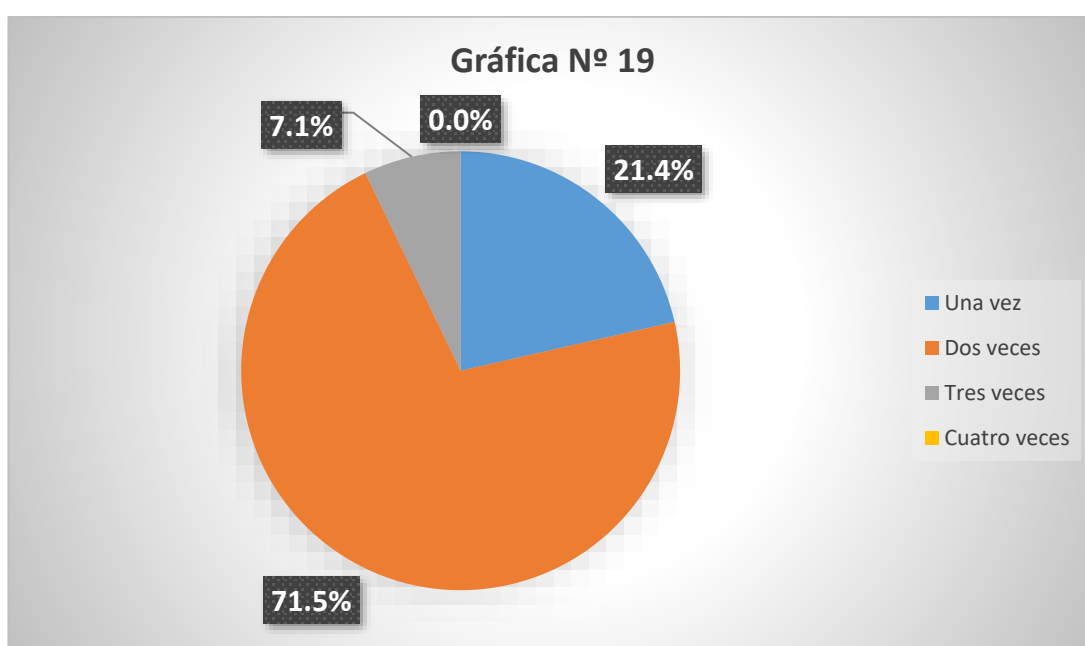


Interpretación: La tabla 18 muestra los resultados obtenidos que el 100% son causados por placenta previa total correspondiente a hemorragia de la II mitad del embarazo que fue por cesárea programada.

Tabla 19
Cesárea Iterativa

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|--------------|----------------|----------------|-------------|--------|
| Una vez | 3 | 3 | 21.4% | 21.4% |
| Dos veces | 10 | 13 | 71.5% | 92.9% |
| Tres veces | 1 | 14 | 7.1% | 100.0% |
| Cuatro veces | 0 | 14 | 0.0% | 100.0% |
| TOTAL | 14 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



Interpretación: Según la tabla 19 muestra los resultados obtenidos que el 71.5% son de partos dos veces correspondientes a cesárea iterativa que fue por cesárea programada, por otro lado el 21.4% son de un parto (una vez) y por último el 7.1% son de tres partos (tres veces) correspondientes a cesárea iterativa que fue por cesárea programada

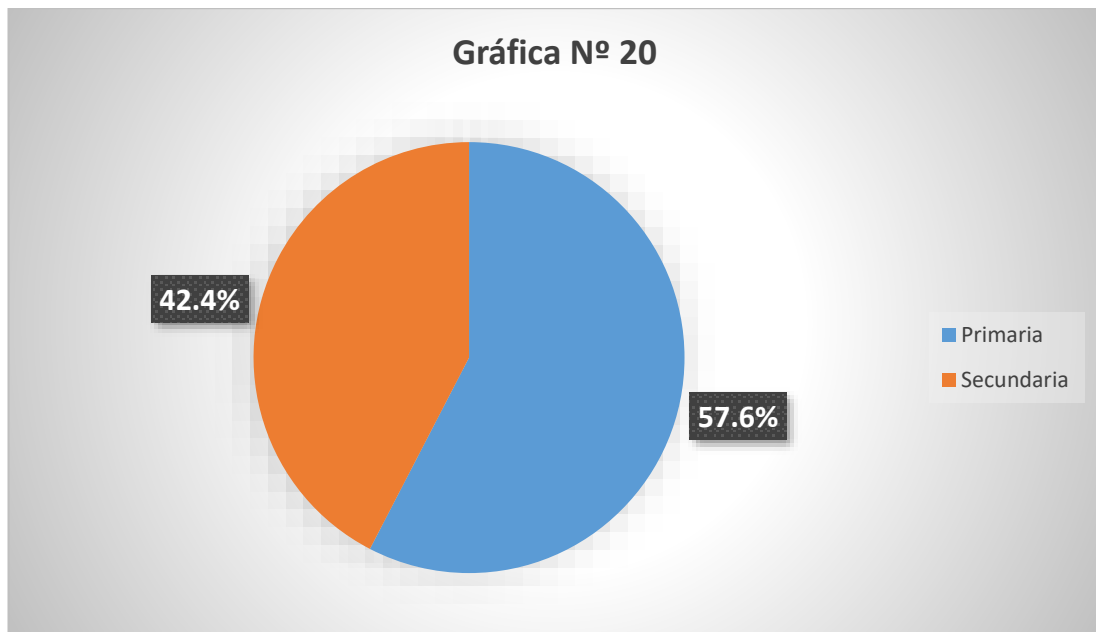
3.1.3. Cesárea (V.D.)

Tabla 20

Según el antecedente Obstétrico

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|--------------|----------------|----------------|-------------|--------|
| Primaria | 106 | 106 | 57,6% | 57,6% |
| Secundaria | 78 | 184 | 42,4% | 100,0% |
| TOTAL | 184 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



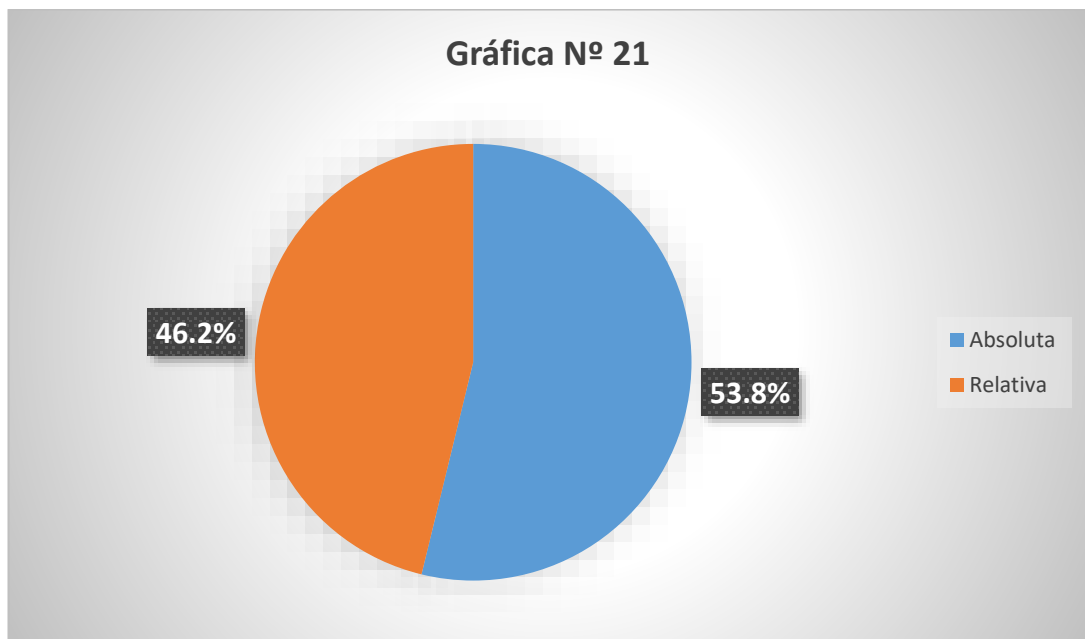
Interpretación: La tabla 20 muestra los resultados obtenidos que el 57.6% son primaria correspondiente según el antecedente obstétrico y por otro lado el 42.4% son secundaria según el antecedente obstétrico.

Tabla 21

Según indicación

| RESPUESTAS | f_o | F_a | h% | H% |
|-------------------|----------------------|----------------------|-------------|-----------|
| Absoluta | 99 | 99 | 53,8% | 53,8% |
| Relativa | 85 | 184 | 46,2% | 100,0% |
| TOTAL | 184 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



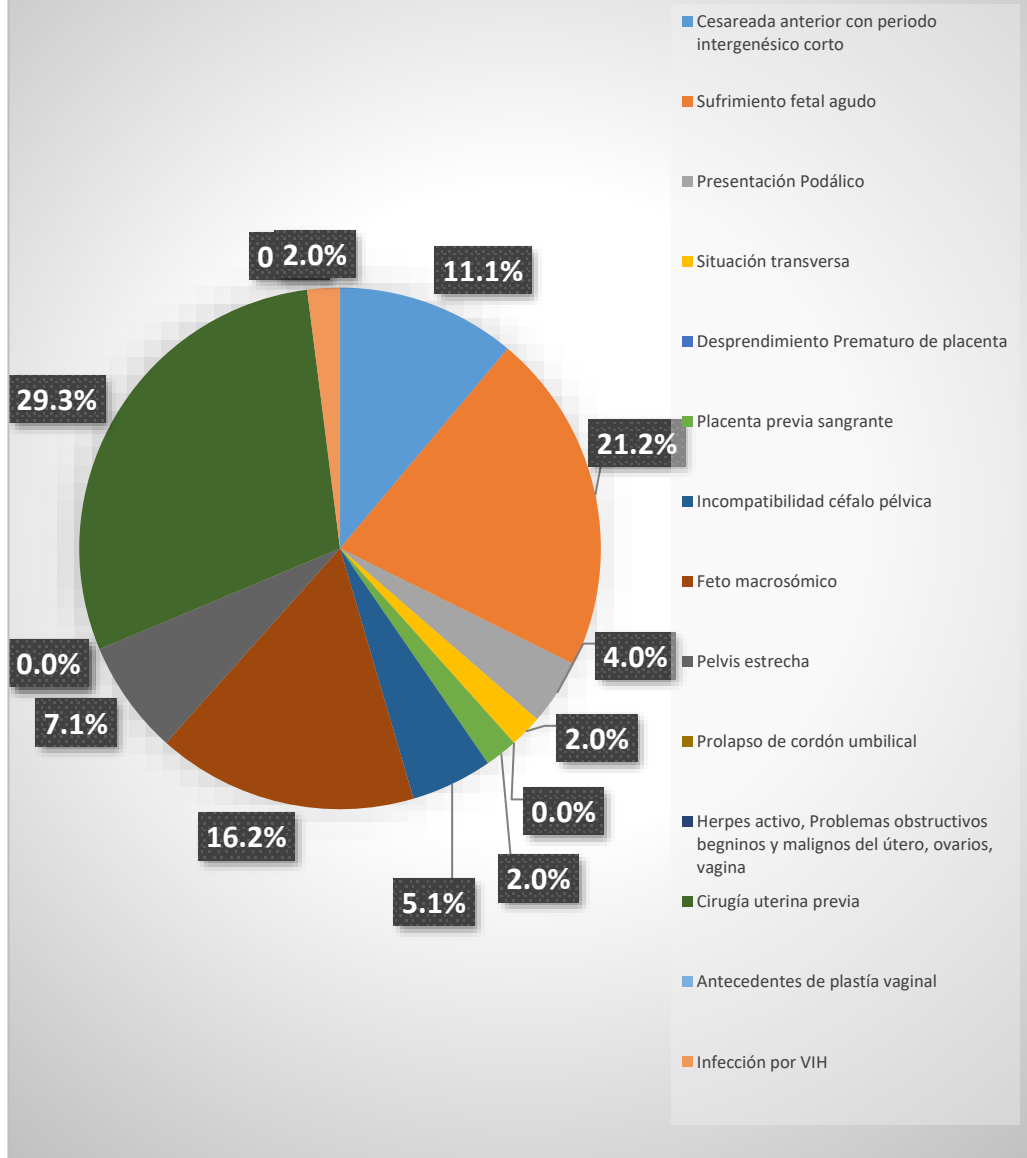
Interpretación: La tabla 21 muestra los resultados obtenidos que el 53.8% son absoluta según indicación y por otro lado el 46.2% son absoluta según indicación.

Tabla 22*Absoluta*

| RESPUESTAS | f_o | F_a | h% | H% |
|--|----------------------|----------------------|-------------|-----------|
| Cesareada anterior con periodo intergenésico corto | 11 | 11 | 11,1% | 11,1% |
| Sufrimiento fetal agudo | 21 | 32 | 21,2% | 32,3% |
| Presentación Podálico | 4 | 36 | 4,0% | 36,4% |
| Situación transversa | 2 | 38 | 2,0% | 38,4% |
| Desprendimiento Prematuro de placenta | 0 | 38 | 0,0% | 38,4% |
| Placenta previa sangrante | 2 | 40 | 2,0% | 40,4% |
| Incompatibilidad céfalo pélvica | 5 | 45 | 5,1% | 45,5% |
| Feto macrosómico | 16 | 61 | 16,2% | 61,6% |
| Pelvis estrecha | 7 | 68 | 7,1% | 68,7% |
| Prolapso de cordón umbilical | 0 | 68 | 0,0% | 68,7% |
| Herpes activo, Problemas obstructivos benignos y malignos del útero, ovarios, vagina | 0 | 68 | 0,0% | 68,7% |
| Cirugía uterina previa | 29 | 97 | 29,3% | 98,0% |
| Antecedentes de plastía vaginal | 0 | 97 | 0,0% | 98,0% |
| Infección por VIH | 2 | 99 | 2,0% | 100,0% |
| TOTAL | 99 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Gráfica N° 22



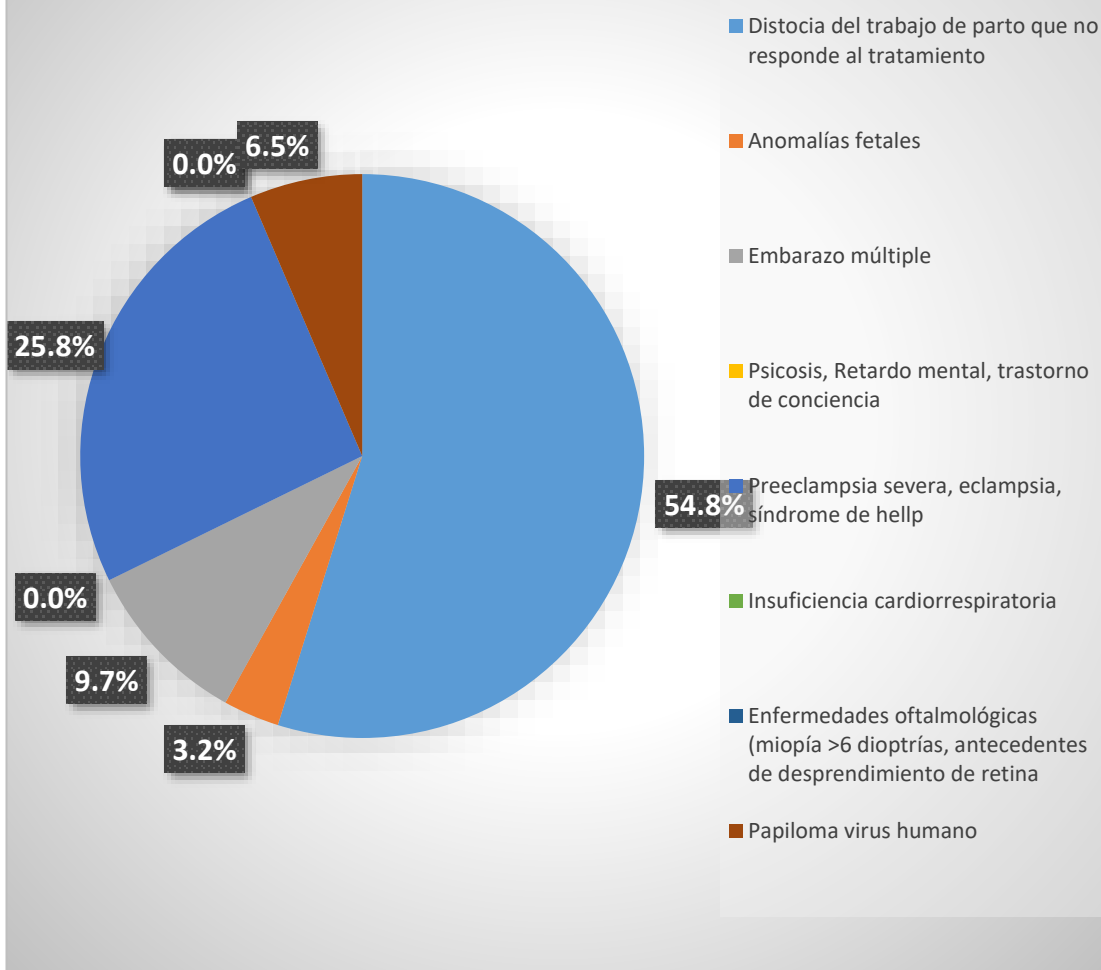
Interpretación: La tabla 22 muestra los resultados obtenidos correspondiente a absolutas, el 29.3% son de Cirugía uterina previa – absoluta, el 21.2 son de sufrimiento fetal agudo, 16.2% son de feto macrosómico - absoluta, el 11.1% son de cesareada anterior con periodo intergenésico corto - absoluta y los otros en porcentaje menor 7.1% (Pelvis estrecha), 5.1% (Incompatibilidad céfalo pélvica), 4% (Presentación Podálico), 2% (Situación transversa), 2% (Placenta previa sangrante) y 2% (Infección por VIH).

Tabla 23*Relativas*

| RESPUESTAS | f_o | F_a | h% | H% |
|---|----------------------|----------------------|-------------|-----------|
| Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento | 17 | 17 | 54.8% | 54.8% |
| Anomalías fetales | 1 | 18 | 3.2% | 58.1% |
| Embarazo múltiple | 3 | 21 | 9.7% | 67.7% |
| Psicosis, Retardo mental, trastorno de conciencia | 0 | 21 | 0.0% | 67.7% |
| Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de hellp | 8 | 29 | 25.8% | 93.5% |
| Insuficiencia cardiorrespiratoria | 0 | 29 | 0.0% | 93.5% |
| Enfermedades oftalmológicas (miopía >6 dioptrías, antecedentes de desprendimiento de retina | 0 | 29 | 0.0% | 93.5% |
| Papiloma virus humano | 2 | 31 | 6.5% | 100.0% |
| TOTAL | 31 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Gráfica N° 23

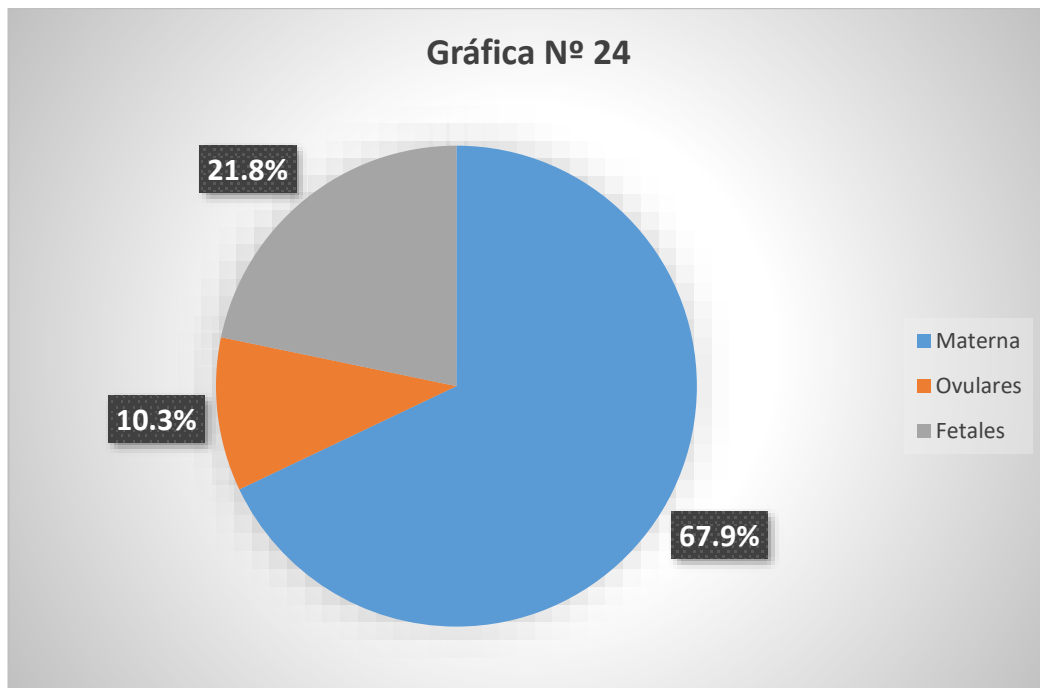


Interpretación: Según la tabla 23 muestra los resultados obtenidos correspondiente a relativas, el 54.8% son de distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento – relativa, el 25.8% son de Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de hellp - relativa, el 9.7% son de embarazo múltiple – relativa, 6.5% papiloma virus humano – relativa y 3.2% son anomalías fetales - relativa.

Tabla 24
Causas de Cesárea

| RESPUESTAS | f_o | F_a | h% | H% |
|-------------------|----------------------|----------------------|-------------|-----------|
| Materna | 125 | 125 | 67.9% | 67.9% |
| Ovulares | 19 | 144 | 10.3% | 78.3% |
| Fetales | 40 | 184 | 21.8% | 100.0% |
| TOTAL | 184 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



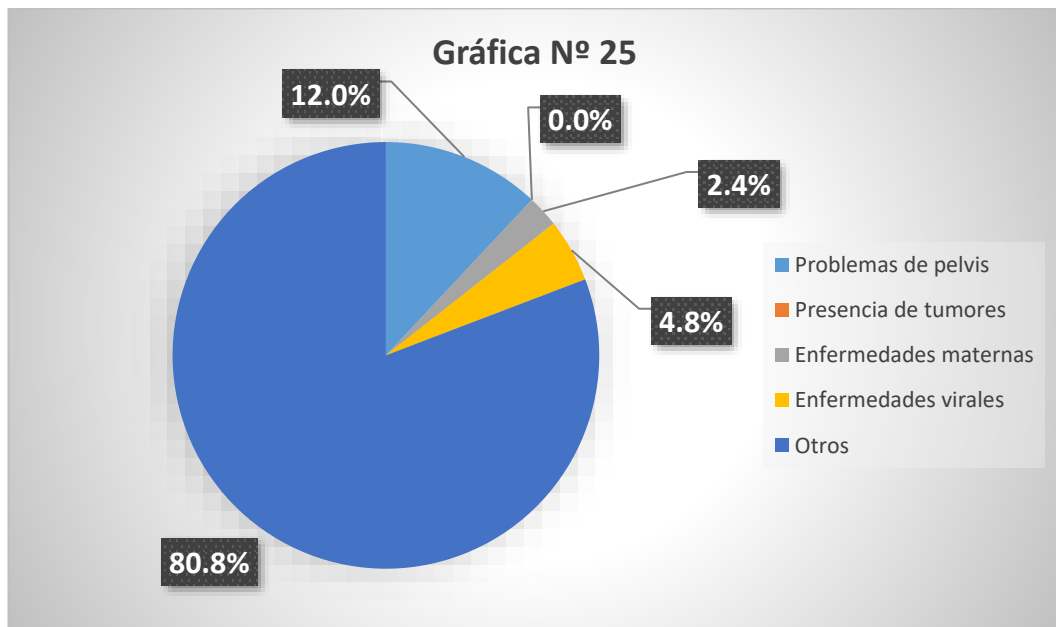
Interpretación: Al respecto, la tabla 24 muestra los resultados obtenidos correspondiente a causas de cesárea, el 67.9% son de materna, el 21.8% son fetales y 10.3% son ovulares, según la muestra que causaron las cesáreas.

Tabla 25

Maternas

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|-----------------------|----------------|----------------|-------------|--------|
| Problemas de pelvis | 15 | 15 | 12.0% | 12.0% |
| Presencia de tumores | 0 | 15 | 0.0% | 12.0% |
| Enfermedades maternas | 3 | 18 | 2.4% | 14.4% |
| Enfermedades virales | 6 | 24 | 4.8% | 19.2% |
| Otros | 101 | 125 | 80.8% | 100.0% |
| TOTAL | 125 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



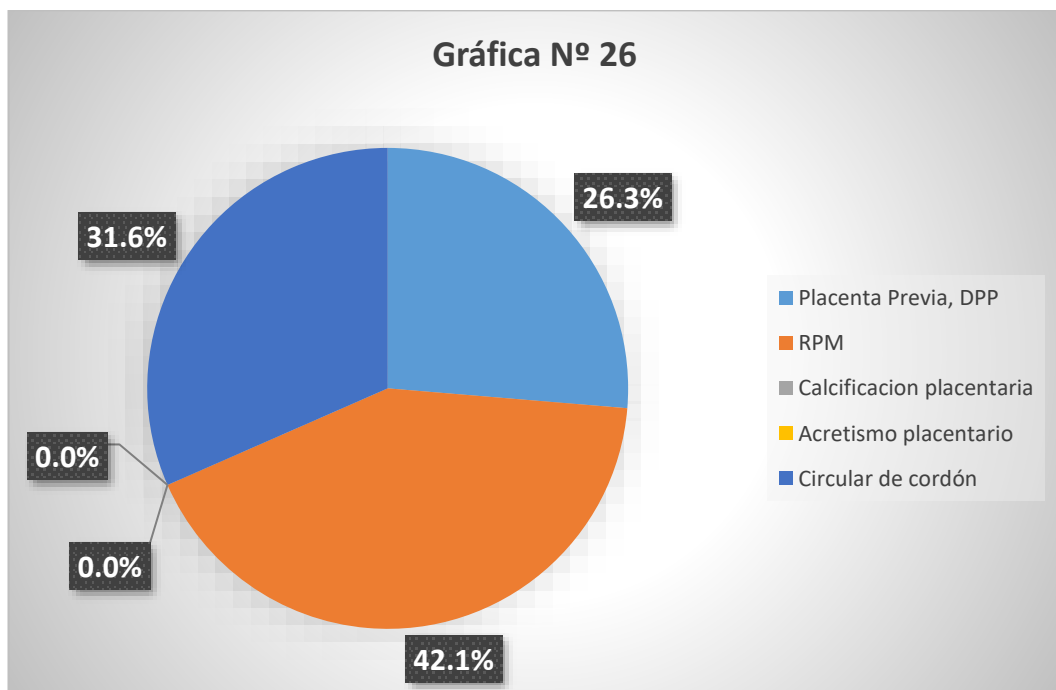
Interpretación: La tabla 25 muestra los resultados obtenidos correspondiente a maternas, el 80.8% indican que son de otras causas que no están considerados en la relación, el 12% son por problemas de pelvis, el 4.8% por enfermedades virales y 2.4% son de enfermedades maternas.

Tabla 26

Ovulares

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|---------------------------|----------------|----------------|-------------|--------|
| Placenta Previa, DPP | 5 | 5 | 26.3% | 26.3% |
| RPM | 8 | 13 | 42.1% | 68.4% |
| Calcificación placentaria | 0 | 13 | 0.0% | 68.4% |
| Acretismo placentario | 0 | 13 | 0.0% | 68.4% |
| Circular de cordón | 6 | 19 | 31.6% | 100.0% |
| TOTAL | 19 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



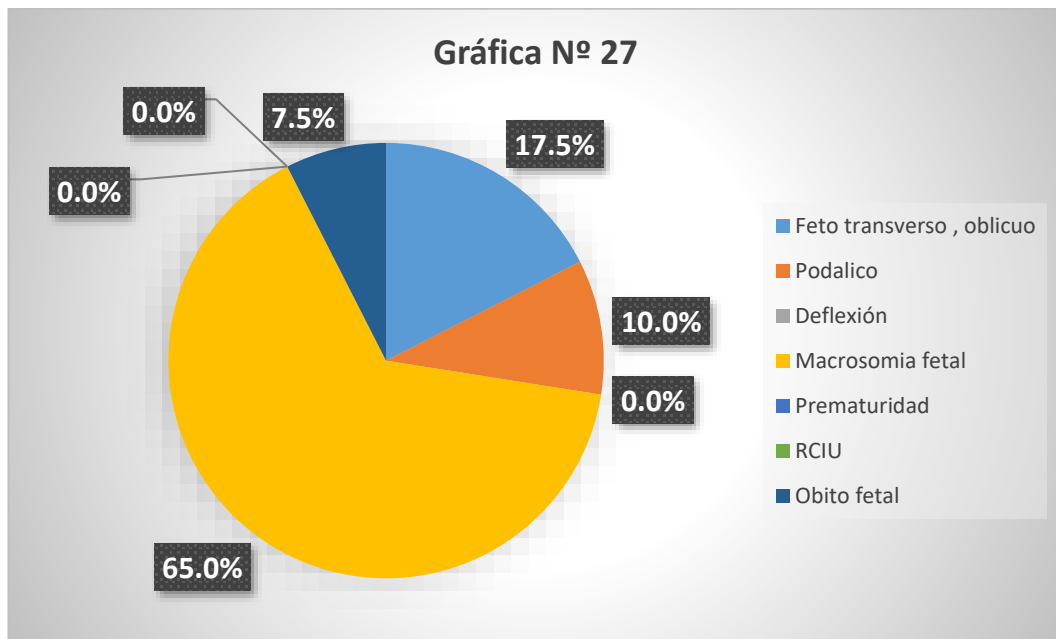
Interpretación: La tabla 26 muestra los resultados obtenidos correspondiente a ovulares, el 42.1% indican que son de RPM, el 31.6% son por circular de cordón y por último 26.3% son de placenta previa, DPP.

Tabla 27

Fetales

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|--------------------------|----------------|----------------|-------------|--------|
| Feto transverso, oblicuo | 7 | 7 | 17.5% | 17.5% |
| Podálico | 4 | 11 | 10.0% | 27.5% |
| Deflexión | 0 | 11 | 0.0% | 27.5% |
| Macrosomía fetal | 26 | 37 | 65.0% | 92.5% |
| Prematuridad | 0 | 37 | 0.0% | 92.5% |
| RCIU | 0 | 37 | 0.0% | 92.5% |
| Óbito fetal | 3 | 40 | 7.5% | 100.0% |
| TOTAL | 40 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

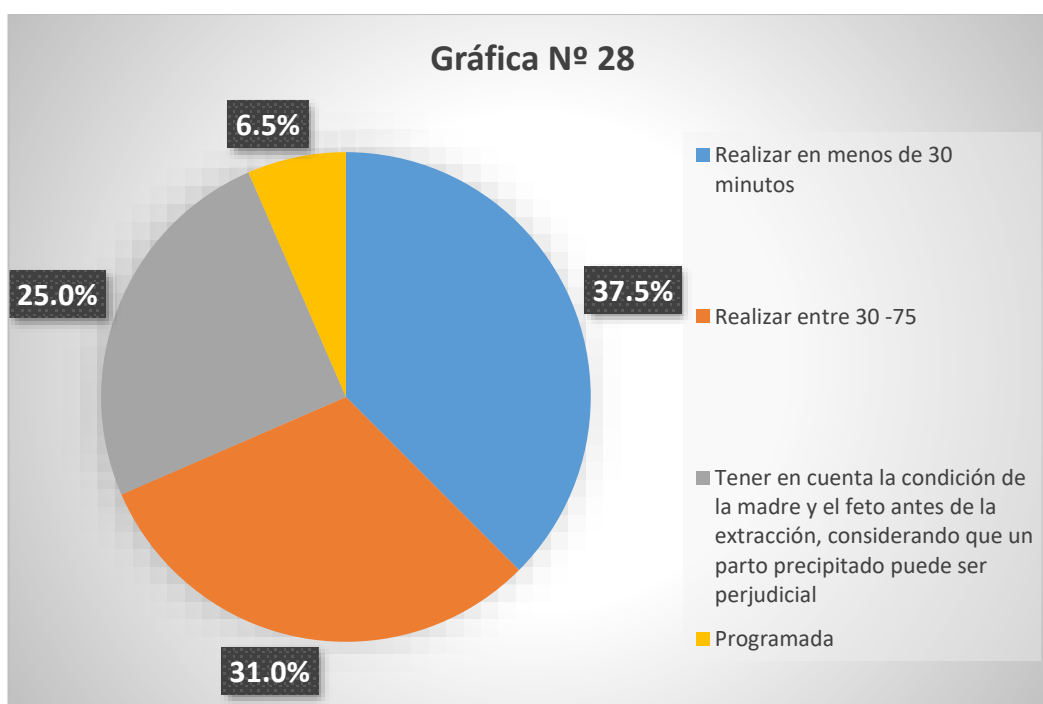


Interpretación: La tabla 27 muestra los resultados obtenidos correspondiente a fetales, la mayoría el 65% indican que son por macrosomía fetal, 17.5% se muestra por feto transverso, oblicuo, el 10% son por podálico y por último 7.5% son de óbito fetal.

Tabla 28*Categoría de las Cesárea*

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|--|----------------|----------------|-------------|--------|
| Realizar en menos de 30 minutos | 69 | 69 | 37.5% | 37.5% |
| Realizar entre 30 -75 | 57 | 126 | 31.0% | 68.5% |
| Tener en cuenta la condición de la madre y el feto antes de la extracción, considerando que un parto precipitado puede ser perjudicial | 46 | 172 | 25.0% | 93.5% |
| Programada | 12 | 184 | 6.5% | 100.0% |
| TOTAL | 184 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



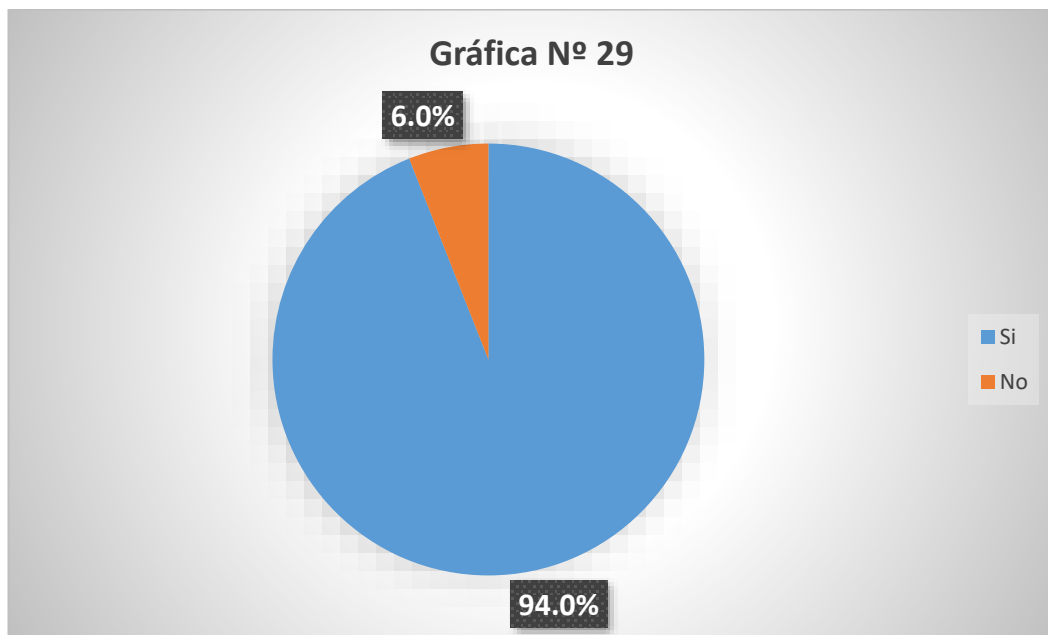
Interpretación: La tabla 28 muestra los resultados obtenidos correspondiente a categoría de las cesáreas, el 37.5% indican realizar en menos de 30 minutos, el 31% muestran realizar entre 30 – 75 minutos, 25% indican tener en cuenta la condición de la madre y el feto antes de la extracción, considerando que un parto precipitado puede ser perjudicial y por último 6.5% indican programada.

Tabla 29

Justificación de la cesárea

| RESPUESTAS | f _o | F _a | h% | H% |
|--------------|----------------|----------------|-------------|--------|
| Si | 173 | 173 | 94.0% | 94.0% |
| No | 11 | 184 | 6.0% | 100.0% |
| TOTAL | 184 | | 100% | |

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista



Interpretación: En la tabla 29, sobre la justificación de la cesárea en el 94.0% si se justificó la cesárea y un 6% no se justifica. Con un 30 gl, el chi cuadrado según tabla de 43.773 y un nivel de significancia < 0.05 . Siendo los resultados estadísticamente significativos.

3.2. Prueba de Hipótesis

Comprobación de las hipótesis

3.2.1. Comprobación de la Hipótesis General

Hipótesis General

H1: La justificación médica si influye significativamente en los partos por cesárea anteparto o programada, intraparto y Emergencia en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

H0: La justificación médica no influye significativamente en los partos por cesárea anteparto o programada, intraparto y Emergencia en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

La hipótesis se comprueba mediante la prueba del chi cuadrado

TABLA 30
Pruebas de chi-cuadrado de la Hipótesis general

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 157.292 | 2 | 0.000 |
| Razón de verosimilitud | 103.315 | 2 | 0.000 |
| N° de casos válidos | 184 | | |

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,37.

En la tabla 30, muestra que el Chi-cuadrado de Pearson es de 157.292, superior al hallado en tabla que fue de 5.9914, con 2gl y un nivel de significancia < 0.05 . De acuerdo a los datos obtenidos se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa y podemos afirmar que la justificación médica si influye significativamente en los partos por cesárea anteparto o programada, intraparto y Emergencia en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica

3.2.2. Comprobación de la Hipótesis Específica

Hipótesis específica 1:

H1: La adecuada manera de justificación médica si influye significativamente en los partos por Cesárea programada, intraparto, emergencia en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

H0: La adecuada manera de justificación médica no influye significativamente en los partos por Cesárea programada, intraparto, emergencia en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

La hipótesis se comprueba mediante la prueba del chi cuadrado

TABLA 31
Pruebas de chi-cuadrado de la Hipótesis específica 1

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 146,556 | 6 | 0.000 |
| Razón de verosimilitud | 128.261 | 6 | 0.000 |
| N de casos válidos | 184 | | |

En la tabla 31, se parecía que el Chi-cuadrado de Pearson es de 146.556, superior al hallado en tabla que fue de 12.5916, con 6gl y un nivel de significancia < 0.05 . De acuerdo a los datos obtenidos se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa y podemos afirmar que la adecuada manera de justificación médica si influye significativamente en los partos por Cesárea programada, intraparto, emergencia en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

Hipótesis específica 2:

H1: La falta de medidas y acciones si contribuyen al incremento de cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

H0: La falta de medidas y acciones no contribuyen al incremento de cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

La hipótesis se comprueba mediante la prueba del chi cuadrado

TABLA 32
Pruebas de chi-cuadrado de la Hipótesis específica 2

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|--------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 97,540 | 8 | 0.000 |
| Razón de verosimilitud | 95.888 | 8 | 0.000 |
| N de casos válidos | 184 | | |

En la tabla 32, se parecía que el Chi-cuadrado de Pearson es de 97.540, superior al hallado en tabla que fue de 15.7053, con 8gl y un nivel de significancia < 0.05 . De acuerdo a los datos obtenidos se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa y podemos afirmar que la falta de medidas y acciones si contribuyen al incremento de cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

Hipótesis específica 3:

H1: La falta de prevención si influye en la incidencia de Cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

H0: La falta de prevención no influye en la incidencia de Cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

La hipótesis se comprueba mediante la prueba del chi cuadrado

TABLA 33
Pruebas de chi-cuadrado de la Hipótesis específica 3

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 146,556 | 6 | 0.000 |
| Razón de verosimilitud | 128.261 | 6 | 0.000 |
| N de casos válidos | 184 | | |

En la tabla 33, se parecía que el Chi-cuadrado de Pearson es de 146.556, superior al hallado en tabla que fue de 12.5916, con 6gl y un nivel de significancia < 0.05 . De acuerdo a los datos obtenidos se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa y podemos afirmar que La falta de prevención si influye en la incidencia de Cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

IV. DISCUSIÓN

De los datos obtenidos en la investigación donde la muestra fue de 184 gestantes atendidas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de EsSalud de Ica, el objetivo general fue analizar en qué medida la justificación médica de los partos por cesárea se incrementan en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica, se encontró que la edad de las gestantes cesareadas fue de 25 a 34 años (50.0%), con el nivel de estudio secundaria (50.5%); el (40.7%) su estado civil fue casada, el número de hijos fue de 1 a 2 que representa (57.6%) con un nivel de significancia <0.05 , el momento de la cesárea fue en el área de emergencia con el (81%), asimismo según el antecedente Obstétrico (57.6%) fue por primaria; por otro lado según indicación (53.8%) fue por absoluta; la justificación de causas de cesárea (67.9%) fue por complicaciones maternas; la justificación médica por categoría de la cesárea (37.5%) fue realizar en menos de 30 minutos; la justificación de la cesárea se justificó en 94%. Sobre la comprobación de la hipótesis estadística se halló la justificación mediante el Chi-cuadrado de Pearson fue de 157.292, superior al hallado en tabla que fue de 5.99146, con 2gl y un nivel de significancia < 0.05 ; donde se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa y se concluye que la justificación médica si influye significativamente en los partos por cesárea anteparto o programada, intraparto y Emergencia en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.

La información obtenida guarda relación con los hallados por Espinoza J. (2014), en su investigación sobre incidencias de cesáreas concluye que en el (61.31) fue por cesáreas en el hospital IIESS de Ambato.

Asimismo, Paiba M. (2014), en su estudio sobre causas de las cesáreas concluye que las propiedades epidemiológicas de las pacientes por cesárea fueron a la edad 19 a 34 años representando el (70.7%) en las pacientes del "Poblado Lambayeque", resultados que guardan relación significativa con los hallados en el estudio.

V. CONCLUSIONES

1. Del análisis de los resultados se concluyó que la Justificación Médica de los partos por cesárea fue de un 94% en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.
2. A la luz de los resultados se concluyó que la justificación médica de cesáreas de emergencia, intraparto y programadas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica permite reducir el aumento de cesáreas de forma innecesaria, y a realizarla de manera eficaz para evitar la morbilidad materna y perinatal.
3. Del estudio de los resultados se concluyó que la falta de medidas y acciones pertinentes influyen en el incremento de Cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica.
4. Se concluye de acuerdo a los resultados que la incidencia de Cesáreas derivadas por falta de prevención en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, puede disminuir detectando a tiempo los factores de riesgo de las gestantes.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la Dirección del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica, establecer una comisión de vigilancia de tasa de cesáreas, la que examinará cada una de las cesáreas ejecutadas en el Hospital, de tal forma se examinen su justificación y oportunidad y esto dentro de sus horas sanitarias o darles turnos para que se lleve a cabo y se informe mensualmente.
2. Se sugiere al equipo ginecológico del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica, normar criterios de indicaciones de cesáreas y ser parte de la comisión de vigilancia de tasa de cesáreas que se sugiere implementar en el Hospital y hacer de conocimiento los resultados a toda la Red asistencial que están comprometidos en la atención materna.
3. Se recomienda al personal del área de Ginecología y Obstetricia de toda la Red Asistencial mejorar la calidad de atención de las gestantes, de tal forma que puedan determinar a tiempo los riesgos en las gestantes que se atienden en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica, y se eviten cesáreas innecesarias y esto destinando horas de consultas a Ginecólogos Obstetras en los Centros de I nivel para la captación de gestantes de riesgo y sean derivadas oportunamente.
4. Se sugiere al personal del área de Ginecología y Obstetricia tener capacitaciones permanentes y rotación del personal de I y II nivel al Hospital Augusto Hernández Mendoza para brindar una correcta monitorización Gineco obstétrica desde el lugar de origen de las pacientes, de acuerdo a normas nacionales o internacionales y conocer la realidad de las gestantes de riesgo y así evitar complicaciones en la madre y del recién nacido.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La Universidad Católica de Chile. Escuela de Salud de Cesaria, 2013; 2: 9.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS), Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre la tasa de cesáreas, 2015; 02:10.
3. Análisis de salud de 2013 (ASIS). Departamento de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital San José. Callao. Lima 2013
4. Hernández G. M, Hernández-Ballinas A., Martínez-Marín D. Prevalencia de cesárea y factores asociados en primigestas en el Hospital General de Zona No.20 "La Margarita". Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Facultad de Medicina H. Puebla de Zaragoza. 2020. <https://acortar.link/wtp6yn>
5. Orozco G. Nilo Israel, Factores de riesgo asociados con parto por cesáreas en mujeres nulíparas en el Hospital General IESS Riobamba en el año 2020. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador, 2021. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8277>
6. Rivero M., Morales E., Benitez J., Graziosetti F., Valusi M. y Schaerer N. Frecuencia e indicaciones de cesárea en una Maternidad Pública de la Región I de la provincia de Corrientes durante el periodo 2015-2019. <https://acortar.link/XulSyz>
7. Espinoza Moya Julio Iván, "La incidencia de cesárea en el Instituto de Seguridad Social de Ambato, Ecuador, enero a junio de 2014.
8. González C. José A, "Indicaciones para la cesárea segmentaria adolescente; Hospital Universitario "Dr. Luis Lazetti", Barcelona. Estado Anzoátegui en 2013
9. Patiño Mora Daira Alejandra & Cols. "Prevalencia y estudio clínico descriptivo-relevancia quirúrgica de la cesárea hospitalaria" José Carrasco Arteaga "2010

10. Sinchitullo-Castillo A, Roldán-Arbieto L, Arango-Ochante P. Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano, 2020. <https://acortar.link/yvMpXP>
11. Echajaya Sicha R. Prevalencia de cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero a diciembre del 2018. Lima Perú. 2019. <https://acortar.link/o4dTPr>
12. Patiño Gladys, Determinantes de la cesárea en el Hospital de Tumbes, 2011
13. Bendezú Martínez Andrés, "Cesárea programada y morbilidad neonatal (2005)
14. Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah A, técnica de cesárea Novikova N. En: The Cochrane Library Plus, número 4, 2008. Oxford: Actualización de software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducido de Cochrane Library, número 3, 2008. Chichester, Reino Unido: John Wiley & Sons, Ltd.).
15. Ortiz R, Moreno E, Mambuscay J, Muñoz J. Tasa de complicaciones del Hospital Universitario San José de Popayán para pacientes de cesárea. Colombia. Sacerdote. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [internet]. 2019 [Accesado: 20 de mayo 2021]; 84(6): 435-448. Disponible en: <https://acortar.link/Vct9Dt>
16. Los convenios de medicina fetal y perinatal atienden Medicina Maternal Fetus-ICGON-Hospital Clínica Barcelona 2014, 2: 9.
17. R. Cárdenas. Complicaciones asociadas con la cesárea. Grac. MedMex, 2002; 138: 357
18. Ventura W, Lam-Figueroa N. ¿Es útil realizar amniotomías de rutina durante el trabajo de parto natural? Revisión de la literatura, An. Fac. Med. Junio de 2012: 69 (2)
19. Oficina de Estadísticas e Información de Salud, Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades. Presidente del Ministerio de Salud. Un vocabulario para la clasificación de procedimientos de saneamiento fáciles de usar. Argentina:

- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, 2011. Informe No. 0325-0008.
20. Ross, C, Billart, J; Hernández, S. Protocolo de cesárea Hospital Clínica Barcelona. Disponible: <http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinical/images/protocol/obstetricia/cesarse.pdf>
21. Romero J, Biruete B, Borrego M, et al. Guías de práctica clínica. Reducir la frecuencia de las cesáreas. México: Instituto Mexicano del Seguro Social CENETEC; 2014. Informe N ° 978-607-7790-92-1
22. Dirección General de Salud Reproductiva. Cesárea segura. Guía técnica. Chapultepec, Ministro de Salud de México. 2012 páginas; 48
23. Cano R, Covarrubias M, Ríos A. Guías de práctica clínica. Parto tras cesárea México: CENETEC; 2013.
24. ACOG. Definición de embarazo a término. Comité Organizador Sociedad de Medicina Materna y Fetal. Noviembre de 2013; (579).
25. Medida de variables. La selección y definición de variables se encuentran en: Argimón JM y Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Cuarta edición. Barcelona, Ed. Harcourt, 2013: 137-154.
26. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-Perú, 2015.

VIII. ANEXOS

Anexo 1. Formato de ficha de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
 ESCUELA DE POSGRADO
 MAESTRIA EN MEDICINA HUMANA**

| | n | (n=184) % | gl | X² |
|-----------------------------|----------|------------------|-----------|----------------------|
| Edad | | | | |
| 18-28 | | | | |
| 29-35 | | | | |
| 36 -42 | | | | |
| Nivel de estudio | | | | |
| Primaria | | | | |
| Secundaria | | | | |
| Superior | | | | |
| Estado civil | | | | |
| Soltera | | | | |
| Casada | | | | |
| Conviviendo | | | | |
| Números de hijos | | | | |
| Ninguno | | | | |
| 1 a 2 | | | | |
| 3 a mas | | | | |
| Lugar de procedencia | | | | |
| Urbano | | | | |
| Rural | | | | |

| | n | (n=184) % | Ch ² | gl |
|---|---|-----------|-----------------|----|
| Momento de la Cesárea | | | | |
| Emergencia | | | | |
| Intraparto | | | | |
| Programada | | | | |
| Causa de la cesárea de Emergencia: | | | | |
| Perdida del bienestar fetal | | | | |
| Hipertensión Inducida del embarazo | | | | |
| Cesareadas anterior | | | | |
| Perdida del bienestar fetal (Sufrimiento fetal) | | | | |
| Cardiotocografía alterada | | | | |
| Perfil biofísico alterado | | | | |
| Doppler obstétrico alterado | | | | |
| Líquido amniótico verde | | | | |
| Hipertensión Inducida del embarazo | | | | |
| Preeclampsia: severo | | | | |
| Eclampsia | | | | |
| Hellp | | | | |
| Indicación de cesárea en Cesareadas anterior | | | | |
| Indicación absoluta | | | | |
| Indicación relativa | | | | |
| Indicación absoluta | | | | |
| Persistencia de la indicación anterior | | | | |
| Antecedente de cesárea clásica | | | | |
| Antecedente de cesárea segmentaria complicada | | | | |
| Segundigestas añosa | | | | |
| Presentaciones paraeutocicas | | | | |
| Dos o más cesárea previas | | | | |
| Sobre distensión uterina: feto grande, hidramnios, múltiple | | | | |
| Distocia de contracción | | | | |
| Patología materna de partes blandas. | | | | |
| Periodo Intergenésico corto | | | | |

| | n | (n=184) % | Ch2 | gl |
|---|---|-----------|-----|----|
| Indicación relativa | | | | |
| Antecedente de Infección uterina | | | | |
| Infección amniótica con feto vivo o muerto | | | | |
| RPM | | | | |
| Placenta previa lateral | | | | |
| Causas de cesárea en el intraparto | | | | |
| Trabajo de parto disfuncional | | | | |
| Sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal | | | | |
| Sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta | | | | |
| Distocia de cordón. | | | | |
| Sospecha de ruptura uterina. | | | | |
| Trabajo de parto disfuncional | | | | |
| Anomalías de las fuerzas expulsivas | | | | |
| Alteración de la presentación, posición o desarrollo fetal | | | | |
| Anomalías de la pelvis materna | | | | |
| Alteraciones de los tejidos blandos | | | | |
| Sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal. | | | | |
| Taquicardia | | | | |
| Bradycardia | | | | |
| Líquido verde | | | | |
| Sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta | | | | |
| Parcial | | | | |
| Total | | | | |
| Distocia de cordón | | | | |
| Circular de cordón | | | | |
| Prolapso de cordón | | | | |
| Procúbiteo de cordón | | | | |
| Sospecha de ruptura uterina | | | | |
| Eminencia de ruptura uterina | | | | |
| Ruptura uterina | | | | |
| Causas de cesáreas programadas | | | | |
| Hemorragia de la segunda mitad del embarazo | | | | |
| Placenta Previa total | | | | |
| Acretismo placentario | | | | |
| Cesárea Iterativa | | | | |

| | | | | |
|--------------|--|--|--|--|
| Una vez | | | | |
| Dos veces | | | | |
| Tres veces | | | | |
| Cuatro veces | | | | |

| | n | (n=184) % | Ch2 | gl |
|--|---|-----------|-----|----|
| Según el antecedente Obstétrico: | | | | |
| Primaria | | | | |
| Secundaria | | | | |
| Según Indicación | | | | |
| Absoluta | | | | |
| Relativa | | | | |
| Absoluta | | | | |
| Cesárea anterior con período intergenésico cortó. | | | | |
| Sufrimiento fetal agudo | | | | |
| Presentación podálica | | | | |
| Situación Transversa | | | | |
| Desprendimiento prematuro de placenta | | | | |
| Placenta previa sangrante | | | | |
| Incompatibilidad céfalo pélvica | | | | |
| Feto macrosómicos | | | | |
| Pelvis estrecha | | | | |
| Prolapso de cordón umbilical | | | | |
| Herpes activa, VIH | | | | |
| Problemas obstructivos benignos y malignos Útero, Ovario, vagina | | | | |
| Cirugía uterina previa | | | | |
| Antecedente de plastia vaginal | | | | |
| Infección por VIH. | | | | |
| Relativas | | | | |
| Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento | | | | |
| Anomalías fetales | | | | |
| Embarazo múltiple | | | | |
| Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia | | | | |
| Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP | | | | |
| Insuficiencia cardio-respiratoria | | | | |
| Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedentes de desprendimiento de retina) | | | | |
| Papiloma virus humano. | | | | |

| CAUSA DE CESÁREAS | | | | |
|--|---|-----------|-----|----|
| | n | (n=184) % | Ch2 | gl |
| Materna | | | | |
| Problema de pelvis | | | | |
| Presencia de tumores | | | | |
| Enfermedades maternas | | | | |
| Enfermedades Virales | | | | |
| Ovulares | | | | |
| Placenta previa | | | | |
| DPP | | | | |
| Calcificación placentaria | | | | |
| Acretismo placentario | | | | |
| Circular de cordón | | | | |
| Fetales | | | | |
| Feto transverso/oblicuo | | | | |
| Podálico | | | | |
| Deflexión | | | | |
| Macrostomia fetal | | | | |
| Prematuridad | | | | |
| RCIU | | | | |
| Óbito fetal | | | | |
| Categorías de la emergencia de la cesárea | | | | |
| Realizar en menos de 30 minutos. | | | | |
| Realizar entre 30 - 75 minutos. | | | | |
| Tener en cuenta la condición de la madre y el feto antes de la extracción, considerando que un parto precipitado puede ser perjudicial | | | | |
| Programada | | | | |
| Justificación de cesárea | | | | |
| Si | | | | |
| No | | | | |

Anexo 2. Matriz de consistencia

| PROBLEMA | OBJETIVO | HIPÓTESIS | VARIABLES E INDICADORES | | METODOLOGÍA |
|---|--|---|---|---|---|
| | | | Dimensiones | Indicadores | |
| PROBLEMA GENERAL: | OBJETIVO GENERAL: | HIPOTESIS PRINCIPAL: | Variable Independiente (VI) Justificación médica | | Método de Investigación Lógico Deductivo. |
| ¿En qué medida influye la justificación médica en los partos por cesárea en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica? | Analizar en qué medida la justificación médica de los partos por cesárea se incrementan en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica. | La justificación médica influye significativamente en los partos por cesárea en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica. | Justificación médica | 1. Justificado | Tipo de investigación: Es cuantitativo, no experimental, retrospectivo. El diseño es transversal y descriptivo |
| | | | | 2. No justificado | |
| | | | · | | |
| | | | Emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Perdida del bienestar fetal (Sufrimiento fetal) • Hipertensión Inducida del embarazo • Cesareada anterior | 1. Cardiotocografía alterada 2. Perfil biofísico alterado 3. Doppler obstétrico alterado 4. Líquido amniótico verde 1. Pre eclampsia: severo 2. Eclampsia 3. Hellp 1. Persistencia de la indicación anterior 2. Antecedente de cesárea clásica 3. Antecedente de cesárea segmentaria complicada 4. Segundigesta añosa 5. Presentaciones paraeutocicas 6. Dos o más cesárea previas 7. Sobredistención uterina: feto grande, hidramnios, múltiple | |
| Intraparto <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto disfuncional | 1. Anomalías de las fuerzas expulsivas 2. Alteración de la presentación, posición o desarrollo fetal 3. Anomalías de la pelvis materna 4. Alteraciones de los tejidos blandos | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal. | 1. Taquicardia 2. Bradicardia 3. Líquido verde | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta Distocia de cordón Sospecha de ruptura uterina. <p>Programada</p> <ul style="list-style-type: none"> Hemorragia II segunda mitad del embarazo Cesárea Iterativa | <ol style="list-style-type: none"> Parcial Total <ol style="list-style-type: none"> Circular de cordón Prolapso de cordón Procúbito <ol style="list-style-type: none"> Eminencia de ruptura uterina Ruptura uterina <ol style="list-style-type: none"> Placenta Previa total Acretismo placentario <ol style="list-style-type: none"> Una vez Dos veces Tres veces Cuatro veces | |
| PROBLEMAS ESPECIFICOS: | OBJETIVOS ESPECIFICOS: | HIPOTESIS ESPECIFICAS: | | | |
| P.E.1. ¿De qué manera influye la justificación médica de origen ante parto o programada en el incremento de cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica? | O.E.1. Explicar de qué manera la justificación médica de cesáreas de emergencia, intraparto y programadas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica permite reducir el aumento de cesáreas. | H.E.1.La adecuada manera de justificación médica influye significativamente en los partos por cesárea anteparto o programada y de urgencia y/o emergencia en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica. | Variable dependiente (VD) Incremento de cesáreas | | Población de estudio: Gestantes que ingresaron al Servicio de Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza EsSalud para la atención de su parto durante los años 2018 y 2019 |
| | | | Dimensiones | Indicadores | |
| | | | Según antecedentes obstétricos de la paciente: | <ol style="list-style-type: none"> primaria iterativa | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Según indicación: <ul style="list-style-type: none"> absoluta | <ol style="list-style-type: none"> cesárea anterior con período intergenésico corto. sufrimiento fetal agudo presentación podálica situación transversa desprendimiento prematuro de placenta placenta previa sangrante incompatibilidad céfalo pélvica | |

| | | | | | |
|---|---|---|-------------------|--|--|
| | | | | 8. feto macrosómico 9. pelvis estrecha 10. prolapso de cordón umbilical 11. herpes activa, VIH 12. problemas obstructivos benignos y malignos útero, ovario, vagina 13. cirugía uterina previa 14. antecedente de plastia vaginal infección por VIH. | |
| | | | - Relativa | Relativas 1. Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento 2. Anomalías fetales 3. Embarazo múltiple 4. Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia 5. Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP 6. Insuficiencia cardio-respiratoria 7. Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrias, antecedentes de desprendimiento de retina) 8. Papiloma virus humano. | |
| P.E.2. ¿La falta de medidas y acciones pertinentes influyen en el incremento de Cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica? | O.E.2. Determinar si la falta de medidas y acciones pertinentes influyen en el incremento de Cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica | H.E.2. La falta de medidas y acciones contribuyen al incremento de Cesáreas en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica | . Causas: Materna | 1. Luxación congénita de cadera 2. Accidentes de cadera 1. Fibromas 2. Quiste de ovario 3. Displasia/Ca de cuello uterino 1. Epilepsia 2. Lupus 3. Hipotiroides 4. Diabetes 1. Embarazo prolongado | Tamaño de la muestra de estudio: Se tomará el total de las pacientes |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| | | | <p>Ovulares</p> <p>Fetales</p> | <p>2.Induccion fallida</p> <p>1.Herpes 2.Condilomas</p> <p>1.Placenta previa 2.DPP 3. Calcificación placentaria 4.Acretismo placentario 5. Circular de cordón</p> <p>1.Feto transverso/oblicuo 2.Podalico 3.Deflexion 4.Macrosomia fetal 5.Prematuridad 6.RCIU 7.Obito fetal</p> | |
| P.E.3. ¿Cuál es la incidencia de Cesáreas por falta de prevención en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza? | O.E.3. Establecer cuál es la incidencia de Cesáreas derivadas por falta de prevención en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica. | H.E.3. En medida que no se desarrollen acciones pertinentes para la prevención de Cesáreas En el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica la incidencia se irá incrementando. | <p>Categorías de la emergencia de la cesárea:</p> <p>Categoría 1</p> <p>Categoría 2</p> <p>Categoría 3</p> <p>Categoría 4</p> | <p>1. Realizar en menos de 30 Minutos.</p> <p>2. Realizar entre 30 - 75 minutos.</p> <p>3. Tener en cuenta la condición de la madre y el feto antes de la extracción, considerando que un parto precipitado puede ser perjudicial</p> <p>4. Programada</p> | <p>Instrumento: La recolección de datos ya fue tomada por la autora, se plasmó a un cuaderno tipo planillón al momento del alta Hospitalaria de las pacientes post cesareadas</p> |