

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



INFORME FINAL DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA GENERAL

**INDICACIONES DE CESÁREAS EN EL NUEVO
HOSPITAL MONTE ESPAÑA DEL 1 DE ENERO
AL 31 DE DICIEMBRE, 2017**

Autores:

**Br. Edwing René Díaz González
Br. Juan Carlos Sánchez Hernández**

Tutor Científico:

**Dr. José Santos Ramos Gaitán
Médico especialista en ginecología
Sub especialista en lesiones pre cancerígenas**

MANAGUA NICARAGUA SEPTIEMBRE, 2019

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA.....	iii
OPINIÓN DEL TUTOR	iv
RESUMEN.....	v
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
III. JUSTIFICACIÓN	6
IV. OBJETIVOS	8
V. MARCO TEÓRICO	9
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	20
VII. RESULTADOS	25
VIII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	29
IX. CONCLUSIONES.....	32
X. RECOMENDACIONES	33
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	34
ANEXOS	37

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a Dios sobre todas las cosas, por darme las fuerzas y el entendimiento para poder culminar mi carrera, en segunda instancia a mis padres **Renato Díaz Rosales**, **Lucia del Carmen González Pérez** por su apoyo incondicional, su comprensión y por creer en mí, gracias a todas las personas que estuvieron al pendiente de mi carrera.

Y, por último, pero no menos importante a mis maestros que me ayudaron a superarme y a mis compañeros que gracias a su competencia sana me ayudaron a desarrollar todo mi potencial.

A mi tutor clínico y metodológico por su apoyo incondicional, les estaré eternamente agradecido por todo el conocimiento que compartieron.

Br. Edwing René Díaz González

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a mis padres y hermana **Carlos Humberto Sánchez Hernández, Yamileth del Socorro Hernández Vallejos y Scarleth Julisa Sánchez Hernández**, por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mis segundos padres **Garrett Taylor y Caron Taylor** por ser parte importante de mi vida y quienes han sido una pieza clave en mi desarrollo profesional. por sus incondicionales apoyos mantenidos en todo momento.

A mi esposa **Paige Emely Sánchez** por siempre creer en mí y servir de motivación para lograr mis metas. Gracias por tu apoyo moral en todo este tiempo.

Al igual agradezco a quienes rieron conmigo en mis triunfos y lloraron también en mis fracasos. A quienes me guiaron por un camino de rectitud y me enseñaron lo importante que es la educación y a Dios por darme la salud para continuar con mis proyectos, que siempre pondré al servicio del bien, la verdad y la justicia.

Br. Juan Carlos Sánchez Hernández

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos.

Los autores

OPINIÓN DEL TUTOR

El incremento de la práctica de operación de cesárea, ha venido interesando tanto al sector salud (público y privado) por sus altos costos y la posibilidad de exponer a riesgos innecesarios al binomio cuando ésta no tiene una causa clara; así también, ha tomado los medios de comunicación escritos y hablados, exponiendo a la sociedad lo que representa para los servicios públicos, la salud y la seguridad social.

Cabe señalar que la población de embarazadas ha incrementado considerablemente en el sector público y privado. En el Nuevo Hospital Monte España la tecnología que existe para el control prenatal en embarazo de riesgo, médico perinatologo en funciones, ciertas situaciones médicas de la paciente que no se les puede dar parto vaginal y compromiso de malformaciones fetales (Cardio vasculares, neurológicas, renales y otras más) a través de una comisión médica se decide la vía mejor de nacimiento para el producto.

El Ministerio de Salud de Nicaragua, ha puesto a disposición de los profesionales de la salud, normativas que indican claramente las causas maternas y fetales que son consideradas indicaciones para practicar una operación cesárea.

Los resultados de este estudio, eficientemente sistematizado en este documento por los Dr. Edwing René Díaz Gonzáles y Dr. Juan Carlos Sánchez Hernández, trata de dar respuesta a esta problemática, analizando las indicaciones de cesárea Invito a la comunidad médica a tener este aporte como referencia actualizada para la docencia, práctica médica o evaluación de impacto de futuras intervenciones.

Dr. José Santos Ramos Gaitán
Médico especialista en ginecobstetricia
Sub especialista en lesiones pre cancerígena

RESUMEN

Título: Indicaciones de cesáreas en el Nuevo Hospital Monte España del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, longitudinal y de corte transversal, se trató todos los expedientes de las gestantes que llegaron a culminar su embarazo por vía abdominal en el periodo del estudio, para un total de 1042 expedientes. Se obtuvo la muestra mediante la fórmula para las poblaciones finitas. La unidad de análisis fueron los expedientes clínicos. El estudio consta de 35 variables divididas en sus respectivos objetivos específicos.

La operacionalización de las variables se realizó según lo propuesto por el Dr. Julio piúra López y su libro metodología de la investigación científica (2012). La obtención de la información fue de tipo secundaria, por lo que se realizó un cuestionario prediseñado. Se formuló base de datos en el paquete estadístico del centro de control de las enfermedades de los Estados Unidos (CDC) 7.2.1 en español para la obtención de tablas donde se obtuvo frecuencia absoluta y acumulada.

Resultados: Las principal indicación de cesárea fue cesárea por cesárea anterior con 38.4%, cesárea electiva con 37.0% e inducción fallida con 19.6%

Conclusiones: Grupos implicados son los correspondientes a 25-29 años, pacientes asegurados, con un nivel de educación de secundaria, casadas, de credo religioso católico, la principal indicación fue por cesárea anterior

Palabra Clave: Cesárea electiva, cesárea anterior, inducción fallida, edad.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció desde 1985, que los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10-15%.

También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal.
(1)

El interés del binomio va en ascenso debido a que este representa uno de los mayores problemas a nivel mundial. La mortalidad del binomio conlleva a pérdidas irreparables en especial en países en desarrollo.

La operación cesárea en los últimos años ha sido de gran relevancia por no establecer indicaciones que rijan al personal que la práctica, ya que influye la opinión y la experiencia del médico tratante para dar la indicación cesárea, ya que muchas veces el galeno no concuerda con lo estipulado por el sector salud.

Según la Comisión Latinoamericana de Perinatología (CLAP) ⁽²⁾ en las Américas 15% de los nacimientos entre 2006-2010 fueron a través de la vía cesárea. En América Latina y el Caribe, este porcentaje se duplica a un 38%. El país con mayor alto porcentaje es Brasil con 50%, seguido de México con 43%.

Los datos parciales de 2013 del CLAP muestran que esta cifra sigue aumentando. Las tasas de cesáreas en los países de las Américas oscilan entre 8% en Guatemala. En este período en Centroamérica, Nicaragua, ocupa la tasa más alta con 34,2%.

Debido a la problemática el aumento de la operación cesárea en un 16% según estadísticas del Ministerio de Salud (MINSA) del año 2016, el futuro estudio tendrá por propósito identificar el aumento del acto quirúrgico, y establecer las principales indicaciones de la misma.

II. ANTECEDENTES

A nivel internacional:

En un estudio observacional, descriptivo de corte transversal el Hospital Nacional 2 de Mayo, en Lima, Perú, con un universo de 2.896, el parto cesárea tuvo prevalencia de 58% muy alto por lo estipulado por la OMS, siendo la principal indicación cesárea por cesárea anterior en 37,5%, siendo las edades más frecuentes de las investigadas oscilaban entre 20 y 35 años en un 73, 1 %.⁽⁷⁾

En un estudio para determinar los principales factores de indicación de parto vía cesárea, en el Hospital de Quito, Ecuador, tipo descriptivo, observacional retrospectivo con muestra de 306, el 83,98% culminaron parto vía cesárea, siendo la mayor indicación cesárea por parto detenido e un 44, 2 %⁽⁸⁾

Ordoñez⁽⁹⁾ determina las principales indicaciones de cesárea realizadas en el Hospital Luis Fernando Martínez, Ecuador, en un estudio descriptivo, de corte transversal, con un universo de 602 pacientes, siendo la principal indicación la cesárea iterativa en un 49,4%, seguida de riesgo de pérdida de bienestar fetal en 21.6%, oscilando edades de 15-19 años.

En el Hospital III Daniel Alcides Carrión, Tacna, Perú, se realizó un estudio descriptivo, longitudinal de corte transversal el cual tiene como objetivo determinar las principales indicaciones de cesárea, con un universo de 1,354 siendo la incidencia de cesárea en un 41,6 % con prevalencia en los grupos etarios en las edades comprendidas de 36-49 años, siendo la principal indicación sufrimiento fetal agudo en un 15,6%.⁽¹⁰⁾

Apaza ⁽¹¹⁾ en el Hospital ESSALUD III Puno, Perú, en un estudio descriptivo, correlacionar y de corte trasversal, determino las indicaciones de cesáreas las cuales solo fueron justificadas en un 68,1%, siendo las principales indicaciones cesárea anterior en 13,7%, sufrimiento fetal agudo en 10,4% y en un menor porcentaje la desproporción céfalo pélvica, las cesáreas injustificadas la principal indicación fue cesárea electiva.

A nivel nacional:

Condega y Muñoz ⁽⁴⁾ en el Hospital amistad Japón-Nicaragua, en un estudio, observacional descriptivo y de corte trasversal, con un universo de 4.120, el 37,8% fue parto por cesárea, el 48,8% fueron indicadas en adolescentes y el 71,4% fueron cesáreas de urgencias, siendo este porcentaje mayor al estipulado por la Organización Mundial de Salud, la principal indicación de cesárea fue sufrimiento fetal en un 24,2%.

Hernández y Cruz ⁽⁵⁾ en el Hospital Regional Escuela Asunción Chontales. En un estudio observacional, descriptivo de corte trasversal, con un universo de 1.257 pacientes sometidas a cesárea, el grupo etario de mayor prevalencia de cesárea fueron de 24-34 años, siendo su mayor indicación por causas maternas, residiendo preeclampsia la de mayor incidencia en un 17,8%, el hospital no cumple con lo estipulado por la Organización Mundial de Salud.

Herrera ⁽⁶⁾ en el Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa, en un estudio descriptivo de corte trasversal, con un universo de 1.513, se asoció la operación cesárea a edades de riesgo menores de 20 años y mayores a 37 años, siendo la principal indicación riesgo de pérdida de bienestar fetal en un 27,2% y cesárea por cesárea anterior en un 10,9%.

A nivel regional:

En el **Hospital Bertha Calderón Roque** ⁽³⁾ identificaron las indicaciones de cesáreas y sus características en relación al parto vaginal, informe de corte transversal, descriptivo, comparativo, el diagnóstico fue establecido por las que concluyeron el embarazo por operación cesárea, con 11.329 pacientes, se observó que el 45,4 % (5.193) fueron cesárea, la tasa de cesárea se triplicó en relación a lo estipulado por la Organización Mundial de Salud, nos ayudara a establecer los motivos del aumento de cesáreas.

A nivel local:

No se logró encontrar investigaciones que revelen algún antecedente en el Nuevo Hospital Monte España, sobre las indicaciones de cesárea, por lo cual este es pionero, lo que hace mucho más interesante e importante la realización de este tipo de estudio como línea de base para futuras investigaciones y publicaciones.

III. JUSTIFICACIÓN

Este estudio parte de la observación de los autores en la no correspondencia del cumplimiento del indicador recomendado por la Organización Mundial de Salud el cual Nicaragua es uno de los miembros, sobre los nacimientos que se presentan en la unidad de salud investigada, los cuales culminan, una gran cantidad por vía abdominal

El Nuevo Hospital Monte España se ha elevado como una opción en su oferta de servicios salud diferenciados, tanto a nivel nacional como, así como a nivel regional y son las autoridades administrativas de dicha institución, las principales interesadas para la evaluación integral y no cumplimiento de este indicador y crear planes de intervención de acuerdo a las recomendaciones vertidas de este informe.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que el porcentaje del número de cesárea excede el parámetro indicado por la Organización Mundial de Salud, y sabiendo que todo procedimiento quirúrgico expone al binomio madre-hijo de una manera más significativa en vista del procedimiento mismo que implica, se considera que se debe de hacer un alto en el tiempo y evaluar los procesos en la unidad de salud investigada.

Para lo cual, los investigadores elevan la siguiente pregunta:

¿Cuál es la indicación de cesáreas en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir las indicaciones de cesáreas en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 30 de junio de 2017.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de las estudiadas.
2. Analizar los antecedentes personales patológicos.
3. Enumerar los antecedentes no patológicos
4. Conocer antecedentes ginecobstétricos de las implicadas
5. Determinar las principales indicaciones de cesárea de las investigadas

VI. MARCO TEÓRICO

Definición de operación cesárea-CIE 10 (082)

“Intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen (laparotomía) y en el útero (histerotomía), que tiene por objetivo extraer al feto vivo o muerto y la placenta por vía transabdominal, ésta se realiza cuando ocurren circunstancias fetales o maternas anómalas que hacen considerar arriesgado el parto vaginal”⁽¹²⁾.

La palabra cesárea proviene del latín **secare**, que significa cortar, en la Roma Imperial a los nacidos por esta vía se les nombraba **caesares**, La más popular fue por Julio Cesar, quien según Plinio el viejo, este vino al mundo y fue nombrado así debido al útero escindido de su progenitora, **caesus** que quiere decir cortado.

Pero la mayoría de los autores acreditan al médico francés **Francois Rousset** como el creador del nombre de la operación cesárea, quien menciona en una sección de su monografía publicada en 1581 que lleva por nombre **Traite Nouveau de L' hysterotomotokie ou enfantement cesarien** (Nuevo tratado de histerectomía o parto por cesárea)^(13,14).

Tipos de cesáreas

Según antecedentes obstétricos de la paciente. Primaria, es la que se realiza por primera vez; iterativa, la cual es la que se practica cuando la paciente tiene antecedentes de dos o más cesáreas y previa que es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior⁽¹⁵⁾.

Según indicaciones. Urgente, es la que se realiza para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica y electiva, la cual se programa para realizarse en una fecha determinada por indicación médica y se realiza previo al trabajo de parto⁽¹⁵⁾.

Según técnica quirúrgica. Cesárea corporal o clásica, se caracteriza por una incisión vertical en el cuerpo uterino. Está indicada cuando la paciente tiene un cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina, entre otros. Segmento corporal o Beck, la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino.

Entre sus indicaciones encontramos: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, placenta previa en la cara anterior del útero, entre otros. Cesárea tipo Kerr, Es la técnica quirúrgica más usada ⁽¹⁵⁾.

I. Características Sociodemográficas

Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. ⁽¹⁶⁾ se ha demostrado que pacientes las cuales presentas edades mayores a 35 años tienen mayor riesgo de presentar complicaciones en el embarazo.

Estado civil: Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos.

Escolaridad: El diccionario de la Real Academia Española lo define; Del lat. mediev. scholaritas, -atis. f. Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Ocupación: su origen etimológico en el vocablo latino “occupatio” y se emplea en varios sentidos, según el contexto.

Religión: Del lat. religio, -ōnis. f. Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.

Índice de masa corporal (IMC): es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).⁽¹⁷⁾

II. Antecedentes personales patológicos

Diabetes: Desorden metabólico crónico, producido por niveles séricos de hiperglucemia, la cual se diagnóstica con glucosa plasmática en ayuna > o igual 126 mg/dL (7.0 mmol/L), prueba de tolerancia oral a la glucosa > o igual a 200 mg/dL a las 2 horas y hemoglobina glucosilada A1c < o igual a 6, 5% (48 mmol/mol)⁽¹⁸⁾

Hipertensión arterial: Se define como la presencia y elevación crónica de la presión arterial sistémica⁽¹⁹⁾.

III. Antecedentes personales no patológicos

Fumar: Término derivado del francés tabagisme que se refiere al estado del fumador que tiene una profunda dependencia de la nicotina y, por consiguiente, manifiesta síntomas de abstinencia intensos. Equivalente a síndrome de dependencia del tabaco.⁽²⁰⁾

Alcoholismo: trastorno que tiene una causa biológica primaria y una evolución natural previsible, lo que se ajusta a las definiciones aceptadas de cualquier enfermedad.⁽²⁰⁾

IV. Antecedentes Ginecobstétricos

Gestas: Número de embarazos de ya haya tenido

Parto: Es el proceso fisiológico que pone fin al embarazo por la cual se produce la salida desde el útero al exterior, a través del canal del parto, de un feto, vivo o muerto, seguidos de sus anexos ovulares.

Cesárea: Intervención obstétrica en la que se realiza la extracción del feto por vía abdominal, dejando a un lado la vía natural del parto. ⁽²¹⁾

Aborto: Terminación de la gestación durante el periodo posterior la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial y antes de las 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo-caudal < 25 cm ⁽²²⁾

Legrado: es un procedimiento quirúrgico que también se le conoce como curetaje, el mismo se realiza con una legra o cureta. Es una cirugía menor, de tipo ambulatoria, en la que se aplica varias técnicas, este se aplica en varias circunstancias principalmente en el aborto.

IV. Indicaciones de cesárea

La normativa 109 clasifica a la operación cesárea en ⁽¹²⁾:

Cesárea electiva: Es aquella que se realiza en gestantes con enfermedad materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.

Indicaciones de cesárea electiva:

- Presentación de nalgas, transversa u oblicua
- Macrosomia fetal: mayor o igual a 4000g
- Placenta previa (parcial, marginal y total)
- Infecciones maternas: condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando. La cesárea no previene el virus del papiloma humano neonatal y debe de ser reservada por indicación obstétrica.
- Las mujeres con herpes genital primario simplex virus (HSV) que ocurre en el tercer trimestre del embarazo se les debe ofrecer cesárea planeada, ya que disminuye el riesgo de infección neonatal.
- Cesárea iterativa: mayor o igual a 2 cesáreas anteriores tiene riesgo de ruptura uterina del 1.4%, gestantes sometidas a cirugía previa con apertura de cavidad endometrial.
- Cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerectomía transversa ampliada en T.
- Compromiso fetal que contraindique la inducción del parto (malformaciones fetales, alteraciones Doppler, alteraciones del monitoreo fetal, arritmias fetales)
- Enfermedad médica materna que desaconseje parto vaginal (cardiopatías, riesgo de accidente cerebro vascular)
- En caso de prematuridad, RCIU y gestaciones múltiples: se actuara según los protocolos específicos.
- Desproporción céfalo-pélvica.
- Mujer con VIH que estén o no recibiendo una terapia antiretro-viral
- Plastias vaginales previas.

Cesárea en curso del parto: Es la que se realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvico-fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto.

Indicaciones de cesárea en curso:

- Fracaso de inducción: cuando a la paciente se le ha administrado 20 um de oxitocina por minuto y no hay avances en las modificaciones cervicales.
- Fracaso de inducción de la maduración cervical: cuando a la mujer se le ha administrado 6 dosis de Misoprostol en 48 hrs. no hay avances en las modificaciones cervicales.
- Parto estacionado: se considerará que el parto está estacionado cuando, habiéndose establecido condiciones de trabajo activo de parto, hayan transcurrido más de 2 horas sin progresión de las condiciones obstétricas dilatación o borramiento.
- Distocia de presentación: frente/bregma, occipito/sacra, cara.

Cesárea urgente: Es aquella que se realiza como consecuencia de una enfermedad aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal.⁹ y el intervalo entre la decisión y la realización de la cesárea no debe ser mayor de 30 minutos.

Indicaciones de cesárea:

- Sospecha/pérdida de bienestar fetal.
- DPPNI.
- Prolapso de cordón.
- Ruptura uterina.
- Embolia de líquido amniótico.
- Placenta previa sangrante.

Álvarez Santana ⁽²³⁾ en su estudio observacional, con un universo de 1226 gestantes encontró que la principal indicación de operación cesárea fueron por causas fetales en un 47,7%, siendo la macrosomía fetal en un 31,9% siendo la más frecuente.

Nicaragua adopta los lineamientos del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) el cual ha desarrollado la Historia Clínica Perinatal (HCP) la cual consigna como principales indicaciones de parto quirúrgico que se presentan a continuación, que evidencia 27 causas de la operación cesárea ⁽²⁴⁾.

Carpo Baron ⁽²⁵⁾ en su estudio cualitativo de enfoque descriptivo, con una muestra de 154 casos, demostró que la cesárea previa fue la principal indicación con un 23,4%, seguido de la presentación podálica con un 22,7%, desproporción céfalo pélvica con un 21,4%.

Batalla y Chuco ⁽²⁶⁾ en su investigación encontró que la principal indicación fue el sufrimiento fetal agudo con un 7,32%, seguidos de la presentación podálica y cesárea anterior ambas con 5,69%.

Indicaciones de cesárea o parto quirúrgico

1. Cesárea previa
2. Sufrimiento fetal agudo
3. Desproporción céfalo pélvica
4. Alteración de la contractilidad
5. Parto prolongado
6. Fracaso de inducción
7. Descenso detenido de la presentación
8. Embarazo múltiple
9. Retraso del crecimiento intrauterino
10. Parto pre término
11. Parto pos término
12. Presentación podálica
13. Posición posterior
14. Posición trasversa
15. Ruptura prematura de membranas
16. Infección ovular (criterios de GIBS)
17. Placenta previa
18. Abrupto placentae
19. Preeclampsia y eclampsia
20. Ruptura uterina
21. Herpes ano genital
22. Condilomas genitales
23. Otras enfermedades maternas
24. Muerte fetal
25. Madre exhausta
26. Otras
27. Virus de inmunodeficiencia humana

Jiménez y Guevara ⁽²⁷⁾ en su estudio se incluyeron 1190 nacimientos, con una tasa global de partos por cesárea de 36,97%, el grupo que más aporta a la operación cesárea fueron las nulíparas con un 38,5%, seguida con el grupo de cesáreas previa con un 36,4% En Nicaragua la **Normativa 109** ⁽¹²⁾ establecen las múltiples indicaciones de la operación cesárea, las indicaciones generales:

- Cesárea electiva en mujeres asintomáticas con placenta previa total o parcial antes de las 38 semanas de gestación o antes de las 36-37 semanas para las que tienen sospecha de placenta previa con acretismo.
- Placenta previa asintomática
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) en embarazo de igual o mayor de 34 semanas que no ha alcanzado el tercer o cuarto plano de Hodge.
- DPPNI en embarazo de igual o mayor de 34 semanas con líquido amniótico de color vinoso

Indicaciones de cesárea en pacientes con preeclampsia

1. Edad gestacional igual o mayor a 34 semanas
2. Dolor precordial y disnea
3. Saturación de oxígeno menor a 90%
4. Conteo plaquetario $< 100.000/\text{mm}^3$
5. Aumento progresivo de creatinina
6. Aumento progresivo de transaminasas
7. Persistencia de cefalea intensa o cambios visuales
8. Persistencia de dolor epigástrico severo
9. Paciente iniciando periodo de labor
10. Puntuación de Bishop mayor o igual a 7

Indicación de cesárea en pacientes con desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

- Trabajo de parto detenido
- Cérvix desfavorable para el trabajo de parto
- Conducción fallida
- Frecuencia cardíaca fetal mayor de 180 o menor de 100
- Aumento de dolor, sangrado, shock o peligro de muerte fetal
- Feto vivo sin parto inminente
- Inminencia o ruptura uterina consumada
- Finalización del embarazo en preeclampsia en pacientes con complicaciones de la patología
- Finalización del embarazo por la vía más rápida en mujeres con preeclampsia grave dentro de las 24 horas al inicio de los síntomas y a las 12 horas en el caso de eclampsia
- Paciente con hipertensión arterial con 38 semanas de gestación
- DPPNI en embarazo de igual o mayor de 34 semanas con líquido amniótico de color vinoso.

Indicaciones de cesárea en pacientes con preeclampsia

1. Peso fetal menor o igual al percentil 10
2. Restricción del crecimiento intrauterino
3. Oligoamnios moderado a severo
4. Prueba sin estrés fetal con datos ominosos
5. Perfil biofísico < 4 ó < 6 con oligoamnios
6. Doppler umbilical con flujo diastólico revertido
7. Paciente en fase latente con 8 horas de conducción que no ha tenido progreso en el trabajo de parto y no ha llegado a la fase activa
8. Conducción de trabajo de parto no efectiva
9. Desproporción céfalo pélvica
10. Cabeza alta con el cuello uterino parcialmente dilatado con prueba de trabajo de parto

En la investigación retrospectiva, en muestreo no probabilístico, selectivo de 127 pacientes, 70,9%, 44% fueron pacientes primigestas, las principales indicaciones fueron pacientes interactivas con un 27,8%, DCP con un 25,6% y sufrimiento fetal con un 14,4%.
(28)

Luque ⁽²⁹⁾ en su investigación descriptiva, retrospectiva de corte trasversal, demostró que la cesárea presentaba una prevalencia de 43,4%. Cuyas principales indicaciones fueron la cesárea previa con un 25,5% y el sufrimiento fetal agudo con un 18% estando por arriba de lo recomendado por la OMS.

Suacedo ⁽³⁰⁾ en su estudio determino si ser adolescente representa ser un factor de riesgo para la operación cesárea, en su investigación de corte trasversal, analítica, retrospectiva, incluyo 1.1136 pacientes que asistieron al Hospital General de Manizillo: En el total de la muestra fueron 266 gestantes adolescentes de las el 33,8% culminaron el embarazo por operación cesárea.

Mozo ⁽³¹⁾ en su estudio plantea la morbilidad de las cesárea asociada a cesárea interactiva vs el parto vaginal. Aquí se discuten conocimientos éticos y reproductivos de la mujer, ya que la decisión de un parto vaginal estará dada por el periodo intergnésico de la gestante entre otros por ejemplo la mortalidad materna grave que oscila entre 0,05% y el 1,09%, y a que este no se trata de un procedimiento inocuo y presenta diversas complicaciones

A nivel mundial se ha observado un incremento en el número de partos por cesárea y aunque no están claros los motivos por los que se ha dado dicho incremento, existen algunas explicaciones que ponemos en consideración a continuación

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

➤ Tipo de estudio

Se trató de un estudio observacional descriptivo, retrospectivo, longitudinal de corte transversal.

➤ Área de estudio

Se realizó en el servicio de ginecobstetricia del Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA, ubicado en el Distrito III del municipio de Managua, capital de la república de Nicaragua.

➤ Universo o población de estudio

Se trató de todos los expedientes de gestantes que llegaron a culminar su embarazo en el período del estudio, para un total de 1042 expedientes.

➤ Muestra y tipo de muestra

Fue de tipo Aleatoria simple y se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

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

n= tamaño de la muestra

z alfa= corresponde al nivel de confianza del 95%, y se estima en 1.96

p= 0.5 que corresponde a la máxima variabilidad esperada del parámetro en la población

q= 0.5 que corresponde a 1-p

e= 0.05 que corresponde al nivel de precisión del 5%

N= tamaño del universo

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5) * 1042}{(0.05)^2(281 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{3.84 * 0.25 * 1042}{0.0025 * 280 + 0.96}$$

$$n = \frac{1042}{0.58 + 0.96} = \frac{1042}{1.54}$$

$$n = 281$$

➤ **Técnica de obtención de la muestra**

Se obtuvo mediante la fórmula para poblaciones finitas descrita anteriormente.

➤ **Unidad de análisis**

Expediente de paciente que se les realizó interrupción del embarazo por vía abdominal durante el proceso de investigación.

➤ **Criterios de selección**

Estos se dividieron en 2, como criterios de inclusión y criterios de exclusión.

○ **Criterios de inclusión**

1. Todo expediente de paciente que recibieron atención de su parto por vía abdominal en el Nuevo Hospital Monte España

○ **Criterios de exclusión**

1. Expediente de pacientes que se encuentran fuera del periodo de estudio
2. Expedientes que no cumplan con los datos necesarios para completar instrumento
3. Expedientes de pacientes que culminaron parto vía vaginal

➤ **Variables del estudio**

Fueron un total de 35 variables divididas en cada objetivo específico del presente estudio.

Objetivo 1: Identificar las características sociodemográficas de las estudiadas.

- Tipo de paciente
- Grupo etario
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Religión
- IMC

Objetivo 2: Analizar los antecedentes personales patológicos.

- Tiene consignado APP
- Diabetes
- Hipertensión
- Otras

Objetivo 3: Enumerar los antecedentes no patológicos

- Tiene consignado APnP
- Fuma
- Alcoholismo
- Sustancia prohibida

Objetivo 4: Conocer antecedentes Ginecoobstétricos de las implicadas

- Gesta
- Para
- Cesárea
- Aborto
- LUA
- LUI
- FUM
- FPP
- Fecha de última cesárea

Objetivo 5: Determinar las principales indicaciones de cesárea de las investigadas

- DCP
- SFA
- CIUR
- OTROS

➤ **Operacionalización de las variables**

Este procedimiento se hizo de acuerdo al propuesto en el libro del Dr. Julio Piura López “Metodología de la Investigación Científica (2012), en el cual propone una matriz en donde se procesa cada variable con su definición operacional, su valor, su indicador y su escala si el caso lo amerita. (Ver ANEXO 1)

➤ **Fuente de obtención de la información**

De tipo secundaria la cual correspondió a los 281 expedientes de las mujeres participantes de acuerdo a los criterios de inclusión.

➤ **Trabajo de campo**

Desde el año 2017 los investigadores presentaron este documento como una propuesta de protocolo y durante todo el año 2018 hicieron todos los ajustes necesarios para culminar la redacción del mismo al finalizar el año del internado rotatorio

➤ **Plan de recolección de los datos**

Los investigadores al recibir la autoridad de la institución en los meses de mayo, junio y julio se hizo la recolección y depuración del universo del expediente para quedar con los 281 expediente recuerdo al universo establecido

➤ **Análisis de los datos y herramientas estadísticas utilizadas**

Se formuló una base de datos en el paquete estadístico del centro de control de las enfermedades de los Estados Unidos(CDC) 7.2.1 en español, para posteriormente al ingresar las 281 fichas se obtuvieran tablas en donde se demostrarían la frecuencia absoluta así como los porcentajes generales y acumulados

➤ **Instrumento de recolección de datos**

Los investigadores diseñaron junto con sus tutores un cuestionario prediseñado en el cual estaba contemplada las 35 variables distribuidas en los correspondientes objetivos específicos

➤ **Proceso de validación del instrumento**

Lamentablemente no se pudo realizar este procedimiento por falta de coordinación entre las instituciones involucradas en su momento se había hecho una gestión para hacer este procedimiento, sin embargo por los eventos sociales ocurrido en el país no se llevó a cabo

➤ **Consideraciones éticas**

Los resultados de la presente investigación son con fines meramente académicos, lo que hace un control de la ética profesional y daños a terceros, la publicación dependerá de las autoridades del comité de investigación del Hospital Nuevo Monte España, Facultad de Ciencias Médicas UNIDES y los investigadores.

VIII. RESULTADOS

De acuerdo a las características sociodemográficas de las personas investigadas, se encontró lo siguiente:

El Nuevo Hospital Monte España atiende la modalidad de atención en salud de manera mixta, en el presente estudio, las personas se agruparon de la siguiente manera; **Asegurada 175 (62.3%)**; Beneficiaria 93 (35%); Privada 13 (4.6%) y Convenio un total de 0 (0.0%). (Ver ANEXO 1. Tabla 1, Gráfico 1)

En relación a los grupos etarios del presente estudio, los investigadores los agruparon en 7 grupos quinquenales, quedando de la siguiente manera; 15-19 13 (4,6%); 20-24 56 (19,9%); **25-29 120 (42.7%)**; 30-34 61 (21.7%); 35-39 26 (9.3%); 40-44 5 (1.8%); ≥45 0 (0,0%) (Ver ANEXO 2. Tabla 2, Gráfico 2)

El estado civil de las estudiadas se categorizo en tres grandes grupos que dando de la siguiente forma; **Casada 145 (51.6%)**; Estable 95 (33.8%); Soltera 41 (14.6%) (Ver ANEXO 3. Tabla .3. Gráfico 3)

Otro dato importante fue investigar el grado de escolaridad; dicha variable se agrupo en 3 categoría quedando del siguiente modo; Analfabeta 0 (0.0%); Primaria 25(8.9%); **Secundaria 158 (56.2%)**; Superior 74 (26.3%); Técnica 24 (8.5%) (Ver ANEXO 4. Tabla 4. Gráfico 4)

De acuerdo al credo religioso consignado en el expediente de las implicada se evidencio lo siguientes resultados; **católica 141 (50.2%)**; Evangélica 102 (36.3%); Otras 38 (13.5%) (Ver ANEXO 5. Tabla 5. Gráfico 5)

Otro dato importante que los investigadores buscaron fue Índice de Masa Corporal de las participantes que dando de la siguiente forma Desnutrida 1 (0.4%); **Normal 160 (56.9%)**; Sobrepeso 94 (33.5%); Obesidad I 21 (7.5%); Obesidad II 4 (1.4%); Obesidad III 1 (0.4%); Obesidad IV 0 (0.0); Obesidad Mórbida 0 (0.0%) (Ver ANEXO 6. Tabla 6. Gráfico 6)

Este estudio se interesó en indagar sobre las comorbilidades que se encuentran consignadas en los expedientes de las implicadas.

Conforme a los antecedentes personales patológicos consignados en el expediente de las involucradas se encontró que 117 (41.6%) si presentan y **164 (58.4%) no tienen consignado antecedentes personales patológicos** (Ver ANEXO 7. Tabla 7. Gr)

Según el tipo de comorbilidades consignado en el expediente de las estudiadas se centralizaron de la siguiente forma Diabetes SI 53 (45.3%), NO 64 (54.7%); **Hipertensión Arterial SI 67 (57.3%), NO 50 (42.7%)**; Otra Patología SI 18 (15.4%), NO 99 (84.6%) (Ver ANEXO 7. Tabla 7.1)

Conforme otras patologías que presentaron las gestantes se agruparon de esta manera; Anemia 4 (22.2%); **Asma Bronquial 7 (38.9%)**; Artritis Reumatoide 3 (16.7%); Epilepsia 2 (11.1%); Hipotiroidismo 2 (11.1%) (Ver ANEXO 7. Tabla 7.2)

De acuerdo a los Antecedentes Personales no Patológicos de las implicadas se encontró lo siguiente:

En relación a los hábitos tóxicos de las implicadas consignado en los expedientes, se encontró que quienes tenían este antecedente, **252 (89.7%)**, no aparecían consignado en el expediente, y 29(10.3 %) presentaron hábitos tóxicos

(Ver anexo 9. Tabla 1)

Se encontró que de las estudiadas 26 (89.7%) presentaban hábitos tóxicos (alcoholismo), **67 (57.3%)** presentaban tabaquismo y 18 (15.4%) presentaban otros hábitos. (Ver anexo 10.

Tabla 9.1)

Conforme a los antecedentes Ginecobstétricos de las estudiadas se encontró lo siguiente:

En relación a las gestas 92 (32.7%) no presentaban gestas anteriores (primigestas), **113 (40.2%)** eran bigestas, 51(18.1%) eran trigestas, 17(6.0%) eran cuadrigestas, 8(2.8%) eran gran multigestas. (Ver anexo 11. Tabla 10)

Las examinadas las cuales se les realizaron el procedimiento quirúrgico **191 (68%)** no presentaban partos anteriores, 58 (20.6%) presentaban un parto anterior, 26 (9.3%) presentaban 2 partos anteriores y 6 (2.1%) presentaron 3 partos anteriores antes de dicho procedimiento. (Ver anexo 12. Tabla 11)

Según lo consignado en los expedientes de las aglomeradas **258 (91.8%)** no se les realizó LUA, 19 (6.8) se les realizó uno y 4 (1.4%) se les realizó 2 LUA. (Ver anexo 13. Tabla 12)

De acuerdo a los LUI se encontró que **273 (97.2%)** no presentaban antecedentes de dicho procedimiento y 8 (2.8%) se les realizó el procedimiento en una ocasión. (Ver anexo 14. Tabla 13)

Se encontró que las implicadas **256 (91.1%)** no presentaron aborto, 21 (7.5%) un aborto anterior, 3 (1.1%) presentaban 2 abortos anteriores y 1 (0.4%) presentaba 3 abortos antes de realizarles procedimiento quirúrgico, (Ver anexo 15. Tabla 14)

Las implicadas **161 (57.3%)** no presentaban cesáreas anteriores, mientras que 98 (34.7%) presentaban 1 cesárea anterior, 15 (5.3%) presentaban 2 cesáreas anteriores, 5 (1.8%) presentaron 3 cesáreas anteriores. (Ver anexo 16. Tabla 15)

De las gestantes que se le realizaron cesárea, se encontró que 12 (10%) fue por desproporción céfalo pélvica, **25 (20.8%)** por Sufrimiento fetal Agudo, 19 (15.8%) por Síndrome Hipertensivo Gestacional, 11 (9.2%) por Crecimiento Intrauterino Retrasado y 53 (44.2%) otras causas., (Ver anexo 17. Tabla 16)

Entre las otras causas de cesárea se encontró que 8 (15.1%) fueron por cesárea electiva, **21 (39.6%)** por inducción fallida, 10 (19.9%) por posicionamiento anormal, 9 (17.0%) por polisistolia y 5 (9.4%) por Ruptura Prematura de Membrana. (Ver anexo 18. Tabla 16.1)

De acuerdo a las indicaciones de cesárea de las investigadas, se determinó lo siguiente:

Según lo encontrado en los expedientes de las implicadas **108 (38.4%)** la indicación de cesárea fue por cesárea anterior, 29 (10.3%) por DCP, 46 (16.4%) por SFA, 38 (13.5%) por SHG, 46 (16.4%) por otras causas siendo la principal inducción fallida con 17 (37%).

(Ver anexo 18. Tabla 17)

Y como último dato encontrado fue, que entre las otras causas de cesárea actual se encontró que 7 (15.2%) fueron cesárea electiva, **17 (37.0%)** por inducción fallida, 9 (19.6%) por posición anormal del feto, 9 (19.6%) por polisistolia, 4 (8.7%) por Ruptura Prematura de Membrana. (Ver anexo 19. Tabla 17.1)

IX. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En el año 2017 se registraron 1559 partos lo cuales, 517(33%) finalizaron por vía vagina y 1042(67%) por vía abdominal. Se seleccionaron 281 expedientes correspondientes a partos los cuales finalizaron por vía abdominal.

Al realizar el análisis en las características sociodemográficas se observó que 62.3% son pacientes aseguradas y que la edad promedio de los casos es de 30-34 años representando un porcentaje de 42.7%, el cual según la literatura refiere ser la edad adecuada para propiciar un parto ya que la mujer se encuentra anatómicamente preparada.

Correspondiente al estado civil de las participantes se encontró que el estado civil que predominó fue el de casada con un 51.6%, los cuales corresponden a estudios realizados por Hernández y Cruz los cuales coinciden

Conforme al grado de educación se determinó que 56,2% de las participantes su nivel de educación era secundaria, así mismo coinciden con estudios realizados en el Hospital Bertha Calderón en julio 2015.

En relación a la ocupación de las implicadas se encontró que 67.3% presentaban trabajo estable, en relación a otros estudios, Condega y Muñoz encontraron que la mayor parte eran ama de casa, esto se debe a que la institución presta servicio al INSS por lo que la mayor parte de sus pacientes es asegurada.

El índice de masa corporal 56.9% correspondieron a pacientes con normo peso, las cuales según diversos estudios estas presentan menos riesgos al realizar el procedimiento quirúrgico.

De las implicadas el 58.4% no presentaron antecedentes personales patológicos eso coinciden con estudios a nivel internacional en Perú 2016 en los cuales no presentaron ningún antecedente patológico.

Conforme a las pacientes que presentaban comorbilidades se 57,3% presentó Hipertensión arterial, los cuales se recomienda según nuestro protocolo 109 de complicaciones obstétricas 2018 la finalización del parto por vía abdominal a las 38 semanas.

Entre otras patologías que presentaron las implicadas con 38.9% el asma bronquial, está según la literatura presenta mayor incremento de exacerbarse al realizar trabajo de parto por lo que se recomienda finalización por vía abdominal

Los antecedentes personales no patológicos se encontraron que el 89.7% no presentaron, según la literatura refiere que las madres las cuales no presenten antecedentes personales patológicos no presentarán complicaciones durante el embarazo y su finalización y tendrán hijos sanos.

En relación a los hábitos tóxicos de las embarazadas 89.7% presentaron hábitos tóxicos (alcoholismo), el cual según la literatura esta presentar mayor riesgo de desarrollar retardo del crecimiento intrauterino.

Se evidencio que de las implicadas 40.2% presentaron una gesta previa antes de la realización de la operación cesárea, las cuales se determinaron que fueron por causas fetales, según estudios internacionales esta cesárea estaría justificada.

Conforme a la paridad de las estudiadas 68% eran nulíparas, las cuales según estudios internacionales en junio 2017 en Lima Perú son por desproporción céfalo pélvica.

Correspondiente a Legrados uterinos por aspirado 91.8% no se les realizó, estos pacientes presentan menos riesgos de presentar riesgos durante el parto

Según lo encontrado en los expedientes 97.2% no se les realizó legrado uterino instrumentado, estas pacientes según la literatura presentan mayor riesgo de sufrir ruptura uterina.

En relación al número de abortos 91.1% no presentaban antecedentes del mismo. Conforme a las cesáreas 57.3% de las implicadas no presentabas antecedentes de cesárea antes de la indicación actual.

Entre las causas de cesárea anterior 25% fueron por sufrimiento fetal agudo, esto coinciden con estudios internacionales Batalla y Cucho en 2016.

Otras causas de cesárea con 39.6% fue por inducción fallida, eso coinciden con esto coinciden con estudios en la ciudad de puno 2016

Las indicaciones de cesárea actual fue sufrimiento fetal agudo con 16.4%, esto es una indicación de urgencias según nuestro de protocolo de complicaciones obstétricas.

Entre las otras causas de la cesárea actual el 37% fue por inducción fallida, siendo esta una de las indicaciones para realizar cesárea.

X. CONCLUSIONES

1. El 62.3% de las participantes eran aseguradas; el 42.7% oscilaban entre los 25–29 años de edad; el 51.6% de las participantes eran casadas; el 56.2% de las participantes tenía un nivel académico de secundaria; el 50.2% procesaban la religión católica según datos consignados en el expediente y finalmente el 56.9% tenían peso normal de acuerdo a los estándares internacionales.
2. El 58.4% de las participantes no presentaron antecedentes personales patológicos; no obstante, las patologías reportadas fueron 57.3% Hipertensión arterial, 45.3% Diabetes Mellitus.
3. El 89.7% no aparecían consignados en el expediente en antecedentes de hábitos de los participantes, sin embargo, el 57,3% presentaban tabaquismo y el 15.4% presentabas otros hábitos.
4. El 40.2% de las aglomeradas eran bigestas, el 68%%, no presentaban partos anteriores, el 91.8% no se les realizó LUA, el 97,2% no se les realizó LUI, el 91.1% no presentaron abortos, el 57.3% de las implicadas no presentaron cesáreas anteriores, el 20.8% de las intervenidas sobresalió SFA, entre otras causas el 39.6% fue por inducción fallida.
5. La causa principal de la cesárea actual fue el antecedente de cesárea anterior con el 38.4% y el 37.0% por cesárea electiva.

XI. RECOMENDACIONES

A las autoridades del Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA:

- ❖ Obedecer el cumplimiento de la Normativa 109 del Ministerio de Salud
- ❖ Crear campaña de concientización para el cumplimiento del indicador
- ❖ Realizar auditorías el servicio de Ginecobstetricia
- ❖ Presentar a las autoridades académicas al inicio de cada año escolar la línea de investigación por servicio

A los profesionales de la salud que laboran en el servicio de ginecobstetricia del Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA:

- ❖ Escribir con letra clara y legible en los expedientes clínicos
- ❖ Realizar control estricto al llenado de la historia clínica por sé un documento jurídico y legal, garantizando información clara, confiable y verídica, para investigaciones jurídicas
- ❖ Adecuado llenado de historia clínica perinatal
- ❖ Detallar paso a paso en el expediente el procedimiento realizado

A las autoridades de la Universidad Internacional del Desarrollo Sostenible:

- ❖ Dar mejor acompañamiento a los trabajos de investigaciones
- ❖ Fortalecer el componente de investigación desde los primeros años de la carrera
- ❖ Hacer las coordinaciones pertinentes con las unidades de salud receptoras para la divulgación de las líneas de investigación de los distintos servicios

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de Salud. [Online].; 2015 [cited 2017 noviembre 27. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1.
2. (CLAP) Cldp. Las cesáreas situación en las américas. [Online].; 2013 [cited 2017 Noviembre 27. Available from: <http://docplayer.es/32034364-Las-cesareas-situacion-en-las-americas.html>.
3. Rojas Narváez AR. Indicaciones de cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque. Monografía. Managua: Hospital Berta Calderón Roque; 2014.
4. Condega Sotelo Melissa Carolina MEHdlÁ. Comportamiento de Cesáreas Primitivas en Embarazadas Atendidas en el Servicio de Obstetricia. Hospital Amistad Japón – Nicaragua Granada. Enero a Diciembre 2014. Tesis Doctoral. Granada: UNAM - Managua; 2014.
5. Hernández González Noelia Margarita CBRJ. Indicación de Cesáreas en el Hospital Regional Escuela Asunción, Chontales; Julio - Diciembre 2013. Tesis Doctoral. Chontales: UNAN - Managua; 2013.
6. Jenkins JMH. Criterios de indicación de cesáreas y su correlación con la morbilidad materno - neonatal en pacientes atendidas en Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa. Tesis Doctoral. Matagalpa: UNAN - Managua; 2015.
7. Luís MHJ. “FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DE ENERO A DICIEMBRE 2015. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2015.
8. Martín PA. Incidencia y principales indicaciones de cesáreas y parto por vía vaginal en el Hospital de los Valles del 1 de Enero del 2013 al 31 de Diciembre del 2015. Tesis. Quito: Universidad de San Francisco, Departamento de Medicina; 2016.
9. Javier OCJ. Incidencia y principales indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospita Luis F. Martínez. Enero – Junio 2017. Tesis. Cuenca - Ecuador: Universidad Católica de cuenca, FACULTAD MEDICINA; 2017.
10. Dansi SCM. INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD - TACNA, 2015. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann , Faculta de ciencias de salud; 2016.

11. Mabel ALI. INDICACIONES DE CESÁREAS INJUSTIFICADAS Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN EL HOSPITAL ESSALUD III PUNO, AÑO 2018. Tesis. Puno - Perú: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO, Facultad de Medicina Humana; 2018.
12. Salud Md. Normativa 109: Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas. Abril, 2013..
13. Martínez Salazar G, Grimaldi Valenzuela PM, Vásquez Peña GG, Reyes Segovia C, Torres Luna G, Escudero Lourdes GV. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Instituto mexicano de seguro social, Monterey, Nuevo León, Mexico. 2015 Mayo; IV(5).
14. Botell DML. La Cesárea en la historia. Revista Cubana de GinecoObstetricia. 2001 Julio.
15. Schwarcz DD&F. Obstetricia de Schwarcz. 5th ed. Buenos Aires; 205.
16. IV F. Diccionario de la Real Academia Española. [Online].; 2018 [cited 2019 Agosto 20. Available from: <https://dle.rae.es/?id=EN8xffh>.
17. (OMS) OMdS. Sitio web mundial. [Online].; 2019 [cited 2019 8 20. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
18. Standards of Standards of Diabetes. American Diabetes Association. 2019 Enero; 42(1).
19. Thomas D. Giles M, Barry J. Materson M, Jay N. Cohn M, John B. Kostis M. Definition and Classification of Hypertension. THE JOURNAL OF CLINICAL HYPERTENSION. 2009 Noviembre; 11(11).
20. Organización Mundial de Salud. portalla.qxd. [Online]. [cited 2019 Agosto 25. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.
21. Bajo Arenas JM. Melchor Marcos MS ML. Fundamentos de obtetricia (SEGO) España: Grupo ENE Publicidad, S.A.
22. Salud Md. PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS. ; 2018.
23. Álvares Santana CR. principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el periodo de julio de 2014 - julio de 2015. Tesis Doctoral. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2014 - 2015.
24. Fescina RH DMMGDR. SISTEMA INFORMATICO PERINATAL. Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR. 2011.

- 25.** Carpo Baron WV. Operación cesárea: Incidencia e indicaciones en el hospital Naylamp de Essalud Chiclayo Durante el periodo enero diciembre 2012. Tesis doctoral. Lima: San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2015.
- 26.** Batalla Huanca I, Chuco Condor Y. Causas y consecuencias de la cesárea en los Hospitales a nivel Nacional, latinoamericano e internacional. Tesis doctoral. Lima: Universidad Peruana del Centro, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
- 27.** Jiménez Hernández L, Guevara Rodríguez AdP. Clasificación de cesárea por grupos de Robson en los últimos 3 años en el Hospital de Engativa. Tesis doctoral. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, departamento de Obstetricia y Ginecología; 2015.
- 28.** Carmen Gabriela Estrada Aguilar RHCMdIN. Incidencia de cesáreas en un Hospital general de zona. Revista médica del instituto Mexicano del seguro social. 2012 Octubre; 50(5).
- 29.** Luque Coyla AS. Indicaciones y tasa de cesárea en el Hospital ESSALUD III. Tesis doctoral. Puno: Universidad nacional de Antiplano, Facultad de Medicina Humana; 2016.
- 30.** Delgado MS. ¿La adolescencia es un factor de riesgo para cesárea? Tesis doctoral. Colima, Colombia: Universidad de Colima, Facultad de Medicina; 2006.
- 31.** Mozo Valdivieso EG. Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: elegir entre un parto vaginal y una cesárea iteractiva. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Departamento de enfermería; 2014.
- 32.** CONASIDA Organización Mundial de la Salud. Manual de Encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (CACP) sobre la sexualidad SIDA / ETS.. México, DF : CONASIDA Organización Mundial de la Salud.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo 1: Identificar las características sociodemográficas de las estudiadas.

Tabla 1:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Número de expediente	Digitación numérica establecida para la búsqueda de los expedientes clínicos de los pacientes	Anotado en el expediente	Nominal	
Tipo de paciente	Categoría que se utiliza para la atención diferenciada de los usuarios	Anotado en el expediente	Asegurado Privado Beneficiario Convenio	
Grupo etario	Grupo quinquinales de acuerdo a las normas nacionales para los datos estadístico de la edad	Anotado en el expediente	Años	15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 >45
Estado civil	Condición conyugal actual de la entrevistada anotada en el expediente	Anotado en el expediente	Soltera Casada Estable	
Escolaridad	Nivel de educación referido y consignado en el expediente	Anotado en el expediente	Analfabeta Primaria Secundaria Técnica Superior	
Ocupación	Actividad laboral por la cual la persona recibe un estipendio	Anotado en el expediente	Ama de casa Obrera Informal	
Religión	Credo religioso anotado en el expediente referido por la paciente	Anotado en el expediente	Católica Evangélica	
Índice de Masa Corporal (IMC)	Indicador que se utiliza para clasificar el estado ponderal de la persona, y se calcula a partir de la formula peso (kg)/talla (m ²)	Anotado en el expediente	Desnutrida Normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad III Obesidad morbida	

Objetivo 2: Analizar los antecedentes personales patológicos.

Tabla 3:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Tiene APP	Comorbilidades consignadas en el expediente	Anotado en el expediente	Si No	
Diabetes	Aumento de los valores séricos de glucemia	Anotado en el expediente	Si No	
Hipertensión	Aumento cifras tensionales	Anotado en el expediente	Si No	
Asma	Inflamación de las vías aéreas inferiores, caracterizada por inflamación, hiperreactividad bronquial y obstrucción reversible	Anotado en el expediente	Si No	

Objetivo 3: Enumerar los antecedentes no patológicos

Tabla 4:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Tiene APNOP	Antecedente de hábitos tóxico consignadas en el expediente	Anotado en el expediente	Si No	
Fuma	Adicción al tabaco provocada principalmente por la nicotina	Anotado en el expediente	Si No	
Alcoholismo	Ansiedad y dependencia a la ingesta de alcohol.	Anotado en el expediente	Si No	
Uso de Sustancias Prohibidas	Sustancias psicoactivas que la paciente refiere consumir	Anotado en el expediente	Si No	

Objetivo 4: Conocer antecedentes Ginecoobstétricos de las implicadas

Tabla 5:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Gesta	Antecedentes de embarazo consignado en el expediente	Anotado en el expediente	Nulipara Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta Gran multigesta	
Para	Número de partos anteriores que presenta la fémina	Anotado en el expediente	Nominal	0 1 2 3 4 ≥5
Aborto	Antecedente de interrupción del embarazo consignado en el expediente durante la investigación	Anotado en el expediente	Nominal	0 1 2 3 4 ≥5
Cesárea	Antecedente de parto abdominal	Anotado en el expediente	Nominal	0 1 2 3 4 ≥5
Legrado Uterino instrumentado	Curetaje con legra en las paredes del útero	Anotado en el expediente	Nominal	0 1 2 3 4 ≥5
Legrado Uterino Aspirado	Limpieza uterina por aspiración	Anotado en el expediente	Nominal	0 1 2 3 4 ≥5
Fecha de última Menstruación	Se considera al primer día de metrorragia del ciclo menstrual	Anotado en el expediente	Nominal	
Fecha de Último Parto	Fecha de la finalización del último embarazo por vía vaginal consignado en el expediente	Anotado en el expediente	Nominal	
Fecha de Última cesárea	Fecha de finalización del último embarazo por vía abdominal consignado en el expediente	Anotado en el expediente	Nominal	
Causas de cesárea anterior	Indicación por la cual no se pudo finalizar parto por vía vaginal	Anotado en el expediente	DCP SFA OTROS	

Objetivo 5: Determinar las principales indicaciones de cesárea de las investigadas

Tabla 5:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Cesárea anterior	Antecedentes de interrupción del embarazo por vía abdominal	Anotado en el expediente	Si No	
Desproporción Céfalo Pélvica	Los diámetros fetales no son correspondientes a los materno	Anotado en el expediente	Si No	
Sufrimiento Fetal Agudo	Asfixia fetal progresiva	Anotado en el expediente	Si No	
Retardo del Crecimiento Intra uterino	Crecimiento fetal menor al potencial	Anotado en el expediente	Si No	

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE
FACULTAD DE MEDICINA



PREVALENCIA DE CESÁREAS EN EL NUEVO HOSPITAL MONTE ESPAÑA DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE, 2017

1. Identificar las características sociodemográficas de las estudiadas.

Numero de ficha: _____

Fecha del llenado: ____/____/____

Expediente: _____

Tipo de paciente:

Asegurada ____

Privada ____

Beneficiaria ____

Convenio ____

Grupo etario:

15-19 ____

30-34 ____

>45 ____

20-24 ____

35-39 ____

25-29 ____

40-44 ____

Estado civil:

Casada ____

Estable ____

Soltera ____

Escolaridad:

Analfabeta ____

Secundaria ____

Superior ____

Primaria ____

Técnica ____

Ocupación:

Ama de casa ____

Obrera ____

Informal ____

Religión:

Católica ____

Evangélica ____

Otra ____

IMC:

Desnutrida ____

Obesidad II ____

Súper súper obeso ____

Normal ____

Obesidad III ____

Obesidad triple

Sobrepeso ____

Obesidad IV ____

No consignado ____

Obesidad I ____

Súper obeso

2. Analizar los antecedentes personales patológicos.

Tiene consignado APP en el expediente:

Si ____

No ____

Diabetes:

Si ____

No ____

Hipertensión:

Si ____

No ____

Otras:

Si ____

No ____

Especificar: _____

3. Enumerar los antecedentes no patológicos

Tiene consignado APNOP en el expediente:

Si ____

No ____

Fuma:

Si ____

No ____

Alcoholismo:

Si ___

No ___

Sustancias prohibidas:

Si ___

No ___

4. Conocer antecedentes Ginecoobstétricos de las implicadas

G ___

C ___

LUA ___

P ___

A ___

LUI ___

FUMN ___/___/___

FUCesárea ___/___/___

FUParto ___/___/___

5. CAUSA DE CESÁREA ANTERIOR:

DCP:

Si ___

No ___

SFA:

Si ___

No ___

CIUR:

Si ___

No ___

Otro:

Si ___

No ___

Especificar: _____

6. Determinar las principales indicaciones de cesárea de las investigadas

Cesárea anterior:

Si ____

No ____

PIC:

Si ____

No ____

DCP:

Si ____

No ____

SFA:

Si ____

No ____

CIUR:

Si ____

No ____

Otro:

Si ____

No ____

Especificar: _____

Llenado por _____

ANEXO 3: TABLAS DE SALIDA DE LOS DATOS

Tabla 1: Tipo de paciente. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

TIPO DE PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Asegurada	175	62.3	62.3
Convenio	93	33.1	95.4
Beneficiaria	0	0.0	95.4
Privada	13	4.6	100.0
TOTALES	281	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 2: Grupos etarios. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

GRUPOS ETARIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
15-19	13	4.6	4.6
20-24	56	19.9	24.6
25-29	120	42.7	67.3
30-34	61	21.7	89.0
35-39	26	9.3	98.2
40-44	5	1.8	100.0
>45	0	0.0	100.0
TOTALES	281	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 3: Estado civil. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Casada	145	51.6	51.6
Estable	95	33.8	85.4
Soltera	41	14.6	100.0
TOTALES	281	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 4: Escolaridad. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Analfabeta	0	0.0	0.0
Primaria	25	8.9	8.9
Secundaria	158	56.2	65.1
Superior	74	26.3	91.5
Técnica	24	8.5	100.0
TOTALES	281	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 5: Religión. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Católica	141	50.2	50.2
Evangélica	102	36.3	86.5
Otra	38	13.5	100.0
TOTALES	281	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 6: Índice de Masa Corporal. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

GRUPOS ETARIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Desnutrida	1	0.4	0.4
Normal	160	56.9	57.3
Sobrepeso	94	33.5	90.7
Obesidad I	21	7.5	98.7
Obesidad II	4	1.4	99.6
Obesidad III	1	0.4	100.0
Obesidad IV	0	0.0	100.0
Obesidad Mórbida	0	0.0	100.0
TOTALES	281	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 8: Tiene consignado el antecedente de comorbilidades. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Si	117	41.6	41.6
No	164	58.4	100.0
TOTALES	281	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 8.1: Tipo de comorbilidades. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

TIPO DE COMORBILIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
DIÁBETES			
Si	53	45.3	45.3
No	64	54.7	100.0
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
Si	67	57.3	57.3
No	50	42.7	100.0
OTRA PATOLOGÍA			
Si	18	15.4	15.4
No	99	84.6	100.0
TOTALES	117	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 8.1A: Otra patología. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

OTRA PATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Anemia	4	22.2	22.2
Asma bronquial	7	38.9	61.1
Artritis reumatoide	3	16.7	77.8
Epilepsia	2	11.1	88.9
Hipotiroidismo	2	11.1	100.0
TOTALES	117	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 9: Tiene consignado el antecedente de Antecedentes Personales no Patológicos. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Si	29	10.3	10.3
No	252	89.7	100.0
TOTALES	281	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 9.1: Antecedente Personales no Patológicos. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
ALCOHOLISMO			
Si	26	89.7	89.7
No	3	10.3	100.0
TABAQUISMO			
Si	67	57.3	57.3
No	50	42.7	100.0
USO DE SUSTANCIAS PROHIBIDAS			
Si	18	15.4	15.4
No	99	84.6	100.0
TOTALES	117	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 10: Número de embarazos anteriores. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

EMBARAZOS ANTERIORES	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Nulipara	92	32.7	32.7
Primigesta	113	40.2	73.0
Bigesta	51	18.1	91.1
Trigesta	17	6.0	97.2
Cuadrigesta	6	2.1	99.3
Gran multigesta	2	0.7	100.0
TOTALES	281	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 11: Número de partos. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

NÚMERO DE PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
0	191	68.0	68.0
1	58	20.6	88.6
2	26	9.3	97.9
3	6	2.1	100.0
TOTALES	281	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 12: Número de Legrados Uterino por Aspiración. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

NÚMERO DE LEGRADOS UTERINO POR ASPIRACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
0	258	91.8	91.8
1	19	6.8	98.6
2	4	1.4	100.0
3	0	0.0	100.0
TOTALES	281	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 13: Número de Legrados Uterino Instrumental. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

NÚMERO DE LEGRADOS UTERINO INSTRUMENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
0	273	97.2	97.2
1	8	2.8	100.0
2	0	0.0	100.0
3	0	0.0	100.0
TOTALES	281	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 14: Número de Aborto. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

NÚMERO DE ABORTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
0	256	91.1	91.1
1	21	7.5	98.6
2	3	1.1	99.6
3	1	0.4	100.0
TOTALES	281	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 15: Número de Cesáreas Anteriores. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

NÚMERO DE CESÁREAS ANTERIORES	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
0	161	57.3	57.3
1	98	34.9	92.2
2	15	5.3	97.5
3	5	1.8	99.3
4	2	0.7	100.0
TOTALES	281	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 16: Causa de cesárea anterior. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

CAUSA DE CESÁREA ANTERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA			
Si	12	10.0	10.0
No	108	90.0	100.0
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO			
Si	25	20.8	20.8
No	95	79.2	100.0
SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL			
Si	19	15.8	15.8
No	101	84.2	100.
CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETRASADO			
Si	11	9.2	9.2
No	109	90.8	100.0
OTRA CAUSA			
Si	53	44.2	44.2
No	67	55.8	100.0
TOTALES	120	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 16.1: Otra causa por cesárea anterior. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

OTRA CAUSA DE CESÁREA ANTERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Cesárea electiva	8	15.1	15.1
Inducción fallida	21	39.6	54.7
Posición anormal del feto	10	18.9	73.6
Polisistolia	9	17.0	90.6
Ruptura Prematura de Membrana	5	9.4	100.0
TOTALES	53	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 17: Causa de cesárea actual. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

CAUSA DE CESÁREA ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
CESÁREA ANTERIOR			
Si	108	38.4	38.4
No	173	61.6	100.0
DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA			
Si	29	10.3	10.3
No	252	89.7	100.0
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO			
Si	46	16.4	16.4
No	235	83.6	100.0
SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL			
Si	38	13.5	13.5
No	243	86.5	100.0
CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETRASADO			
Si	14	5.0	5.0
No	267	95.0	100.0
OTRA CAUSA			
Si	46	16.4	16.4
No	235	83.6	100.0
TOTALES	120	100.0	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 17.1: Otra causa por cesárea actual. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017

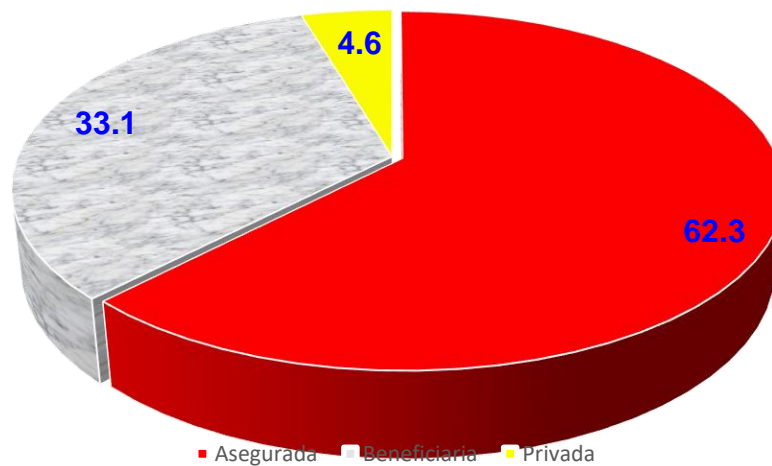
OTRA CAUSA DE CESÁREA ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJES	
		GENERAL	ACUMULADO
Cesárea electiva	7	15.2	15.2
Inducción fallida	17	37.0	52.2
Posición anormal del feto	9	19.6	71.7
Polisistolia	9	19.6	91.3
Ruptura Prematura de Membrana	4	8.7	100.0
TOTALES	53	100.0	100.0

Fuente: Base de datos

ANEXO 4: GRÁFICOS DE LOS RESULTADOS

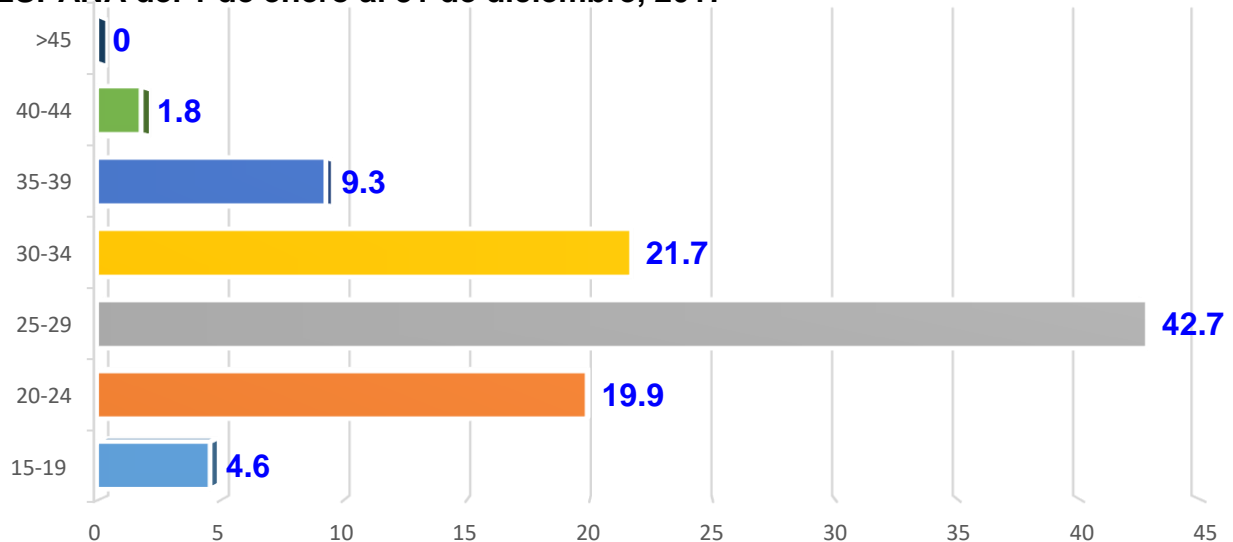
RESPALDO DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tipo de paciente. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



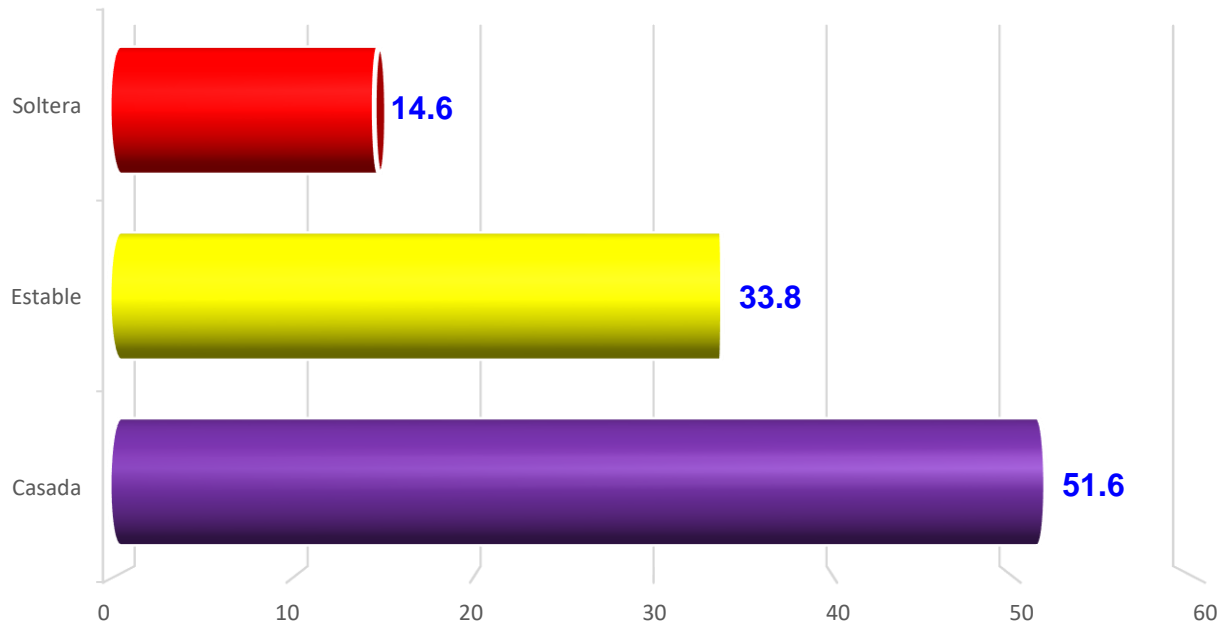
Fuente: Tabla 1

Gráfico 2: Grupos etarios. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



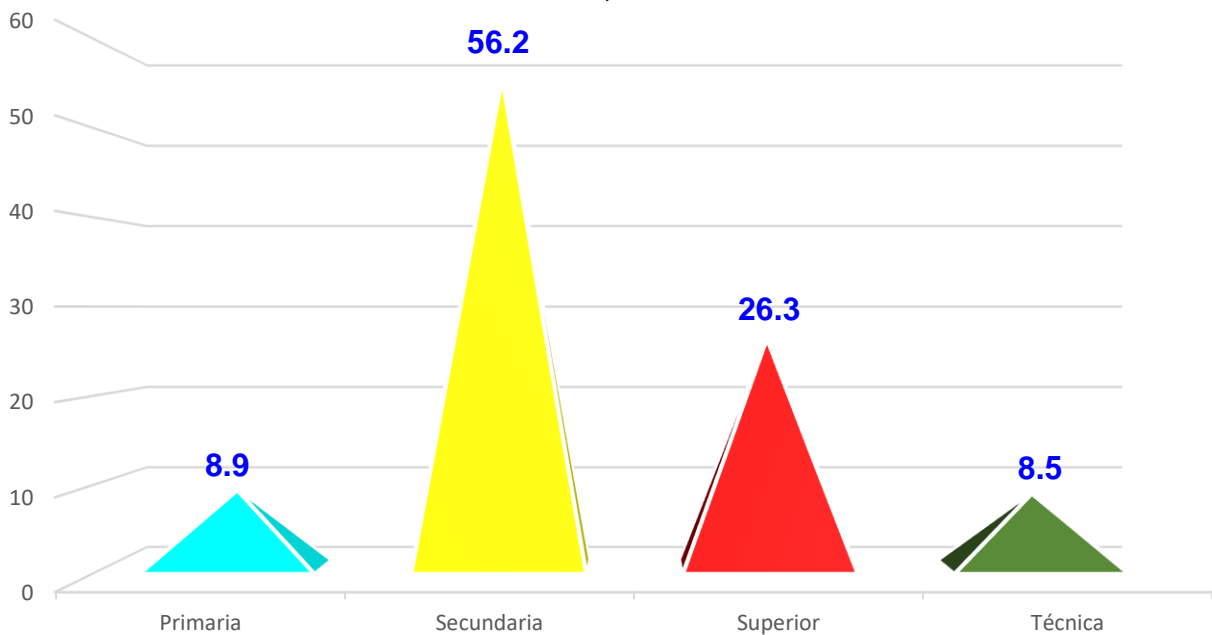
Fuente: Tabla 2

Gráfico 3: Estado civil. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



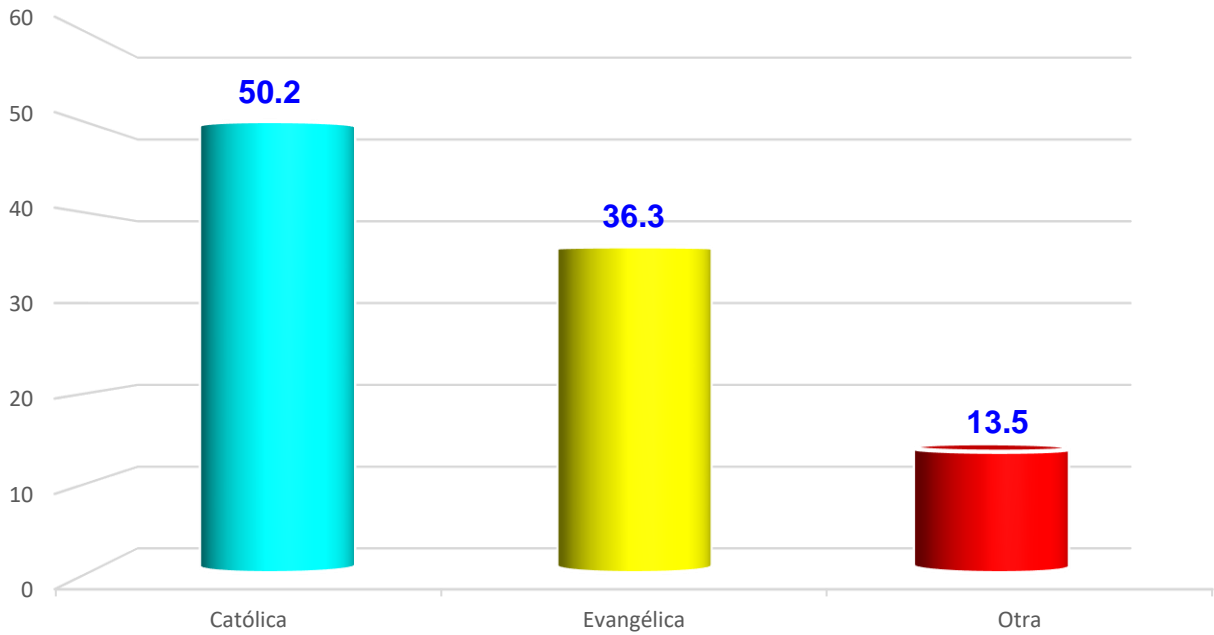
Fuente: Tabla 3

Gráfico 4: Escolaridad. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



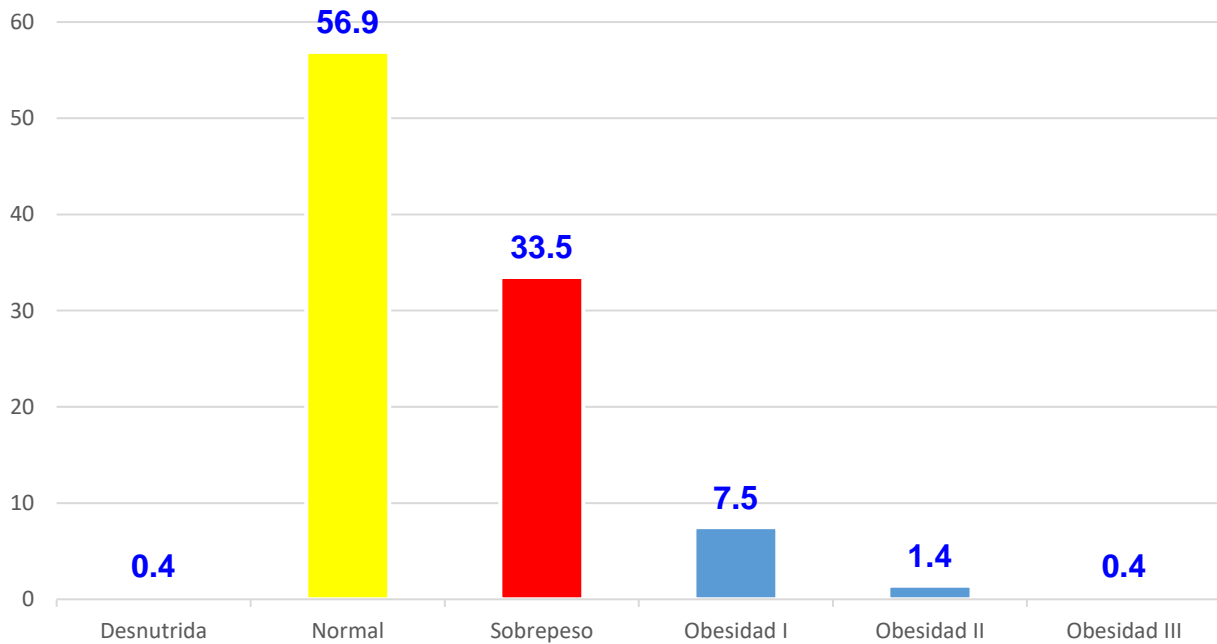
Fuente: Tabla 4

Gráfico 5: Religión. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



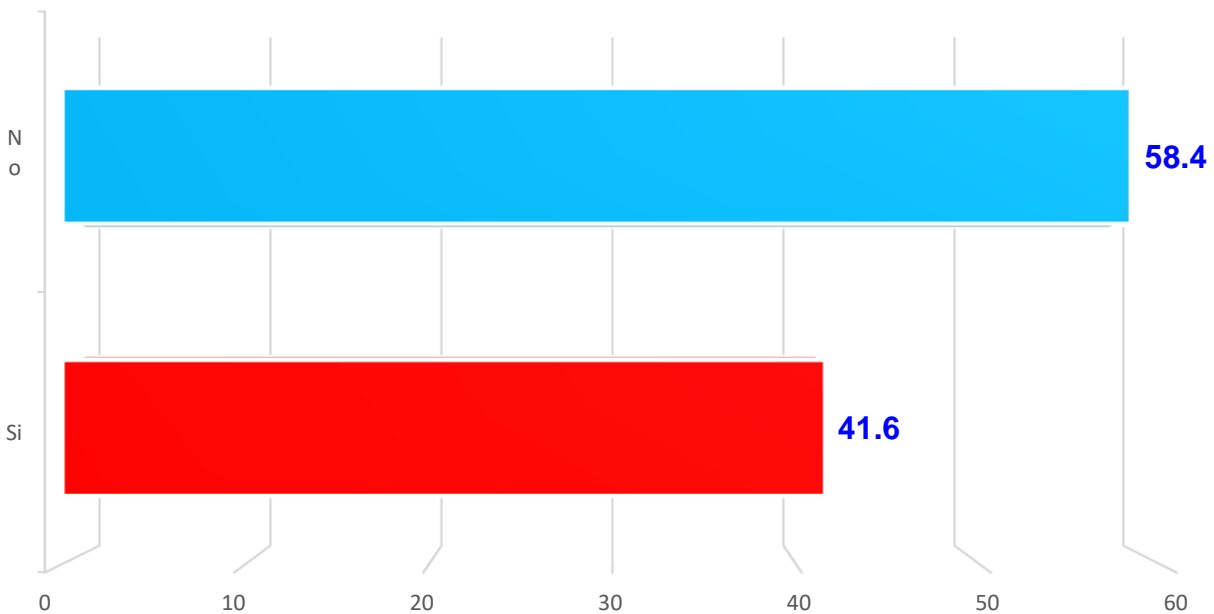
Fuente: Tabla 5

Gráfico 6: Índice de Masa Corporal. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



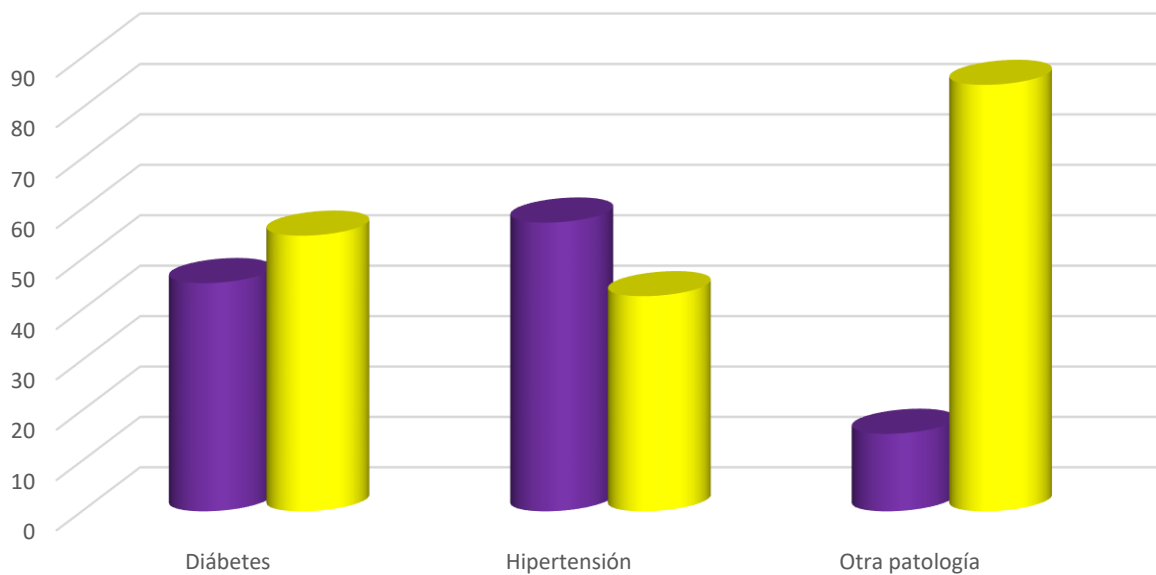
Fuente: Tabla 6

Gráfico 7: Tiene consignado el antecedente de comorbilidades. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



Fuente: Tabla 7

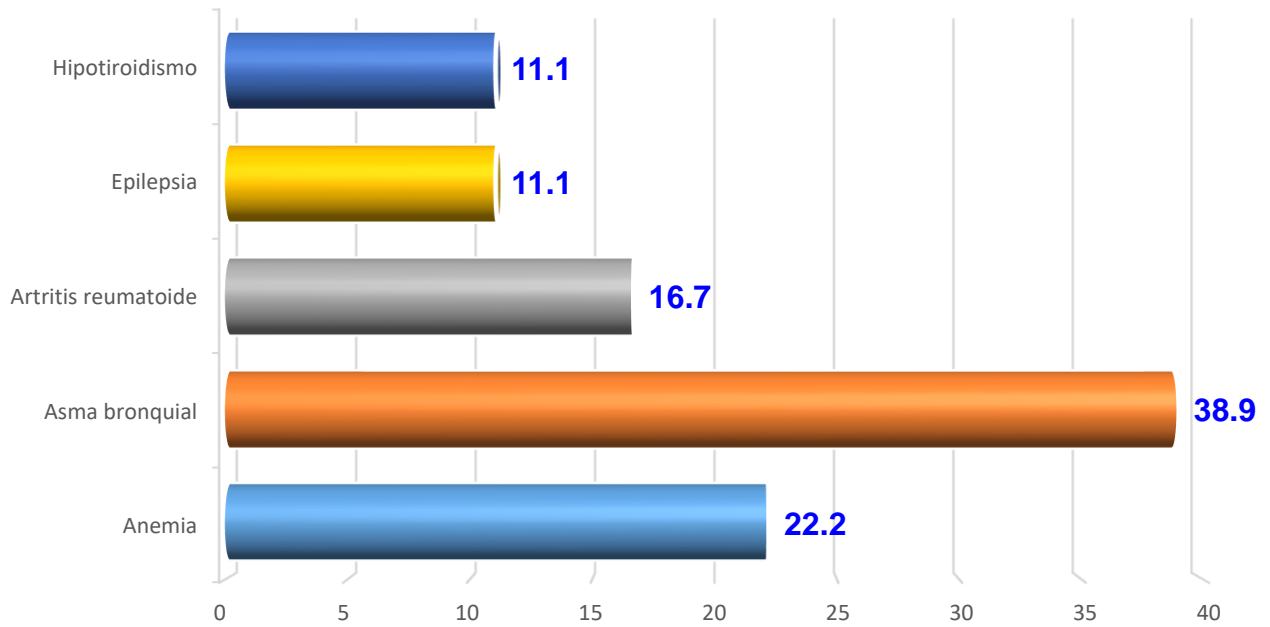
Gráfico 8: Tipo de comorbilidad consignada. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



Fuente: Tabla 8

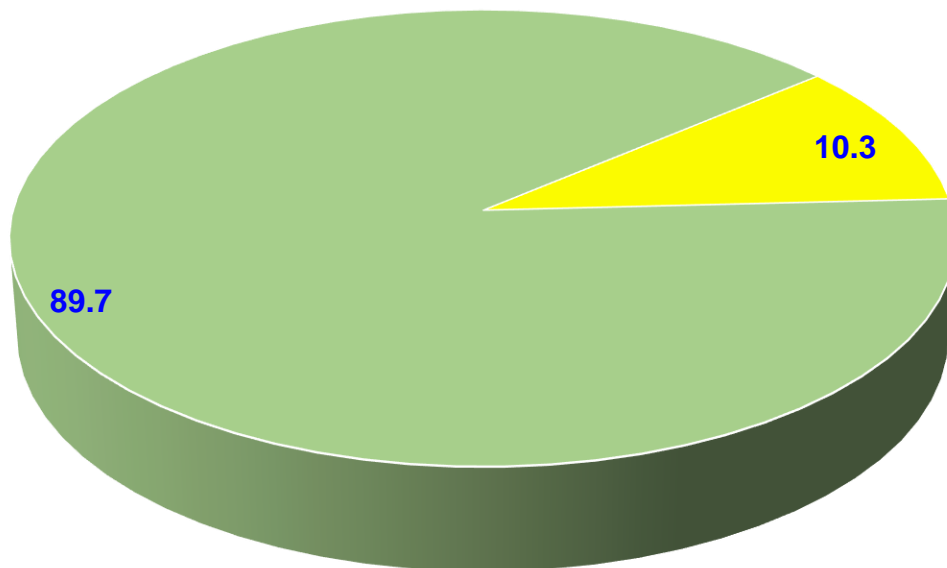
■ Si ■ No

Gráfico 9: Otra patología consignada. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



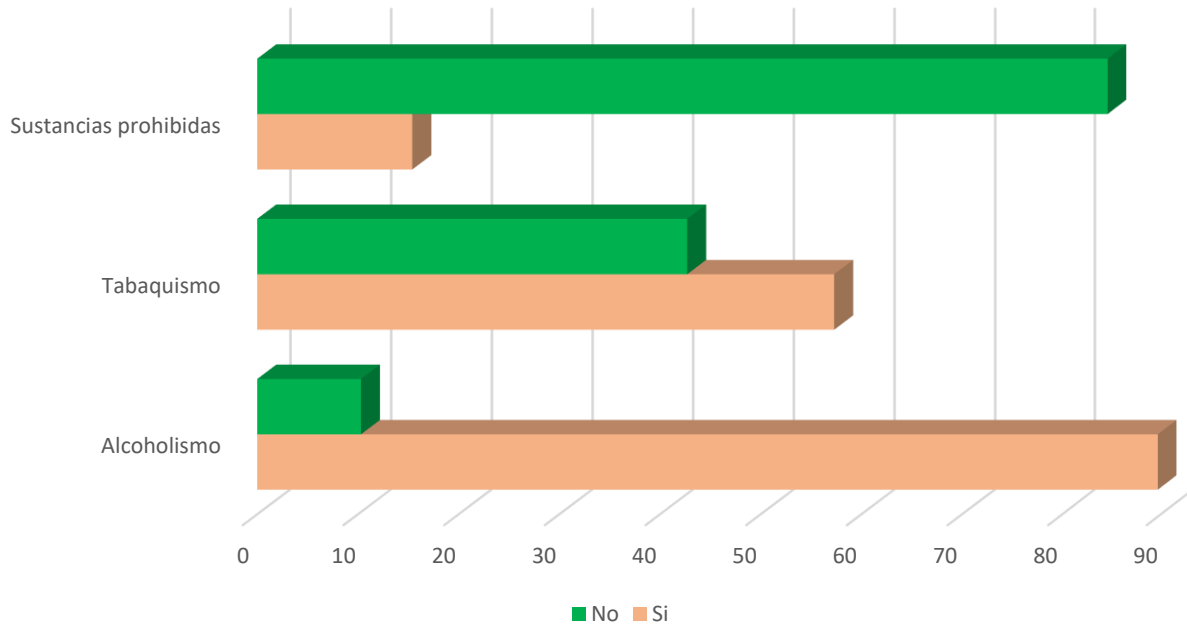
Fuente: Tabla 8.1

Gráfico 9: Tiene consignado el antecedente de Antecedentes Personales no Patológicos. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



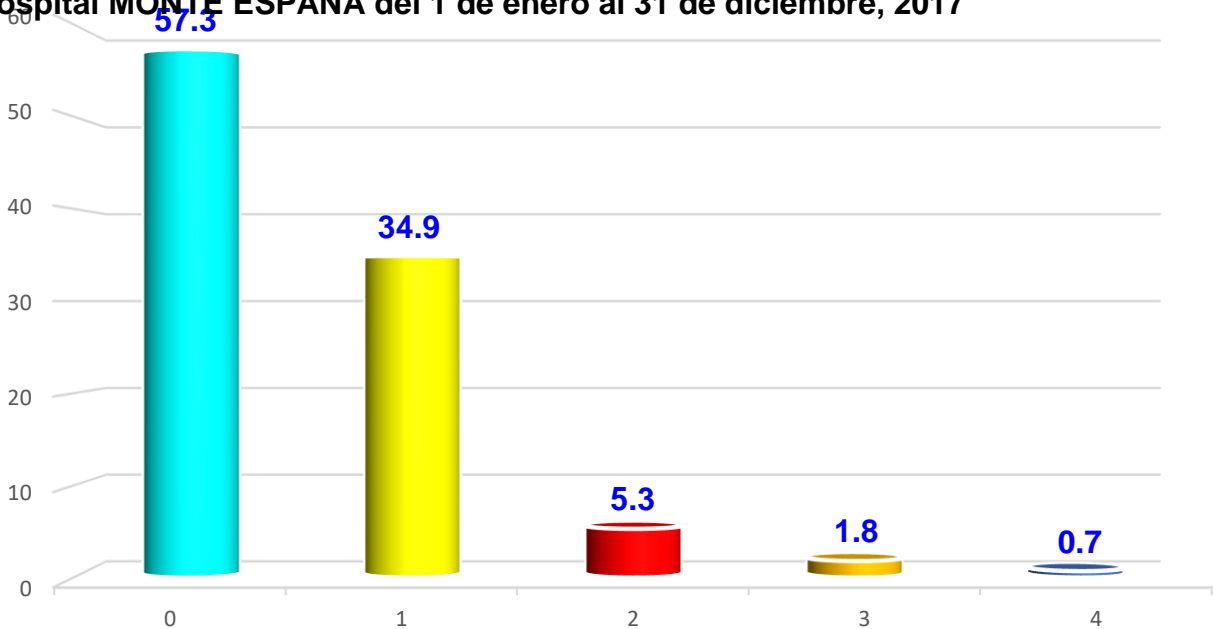
Fuente: Tabla 9

Gráfico 9.1: Antecedente Personales no Patológicos. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



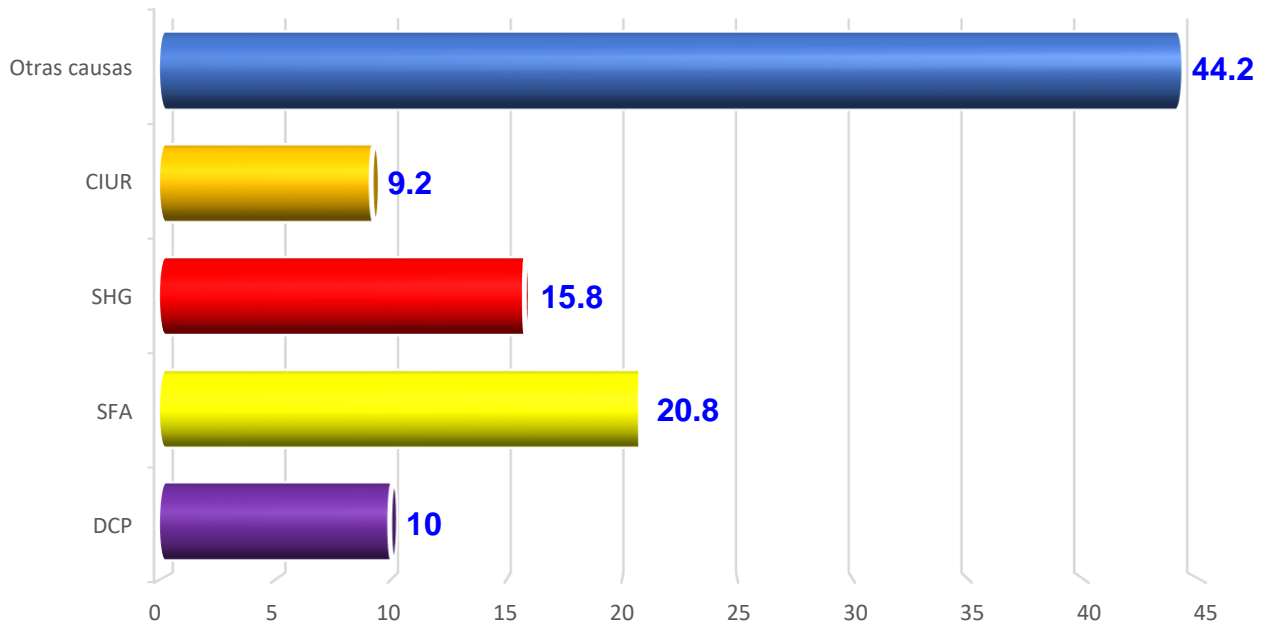
Fuente: Tabla 9.1

Gráfico 10: Número de Cesáreas Anteriores. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



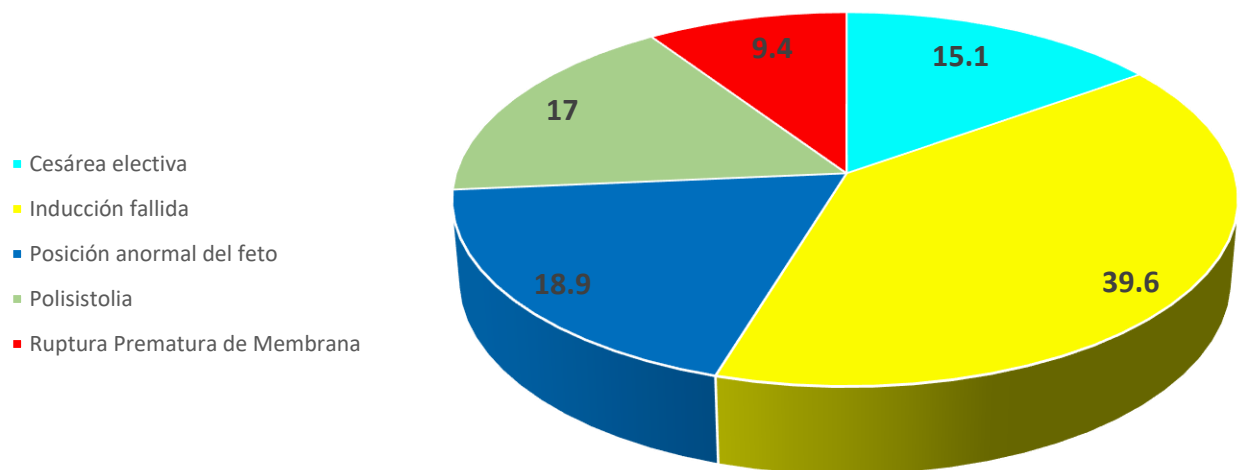
Fuente: Tabla 10

Gráfico 11 Causa de cesárea anterior. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



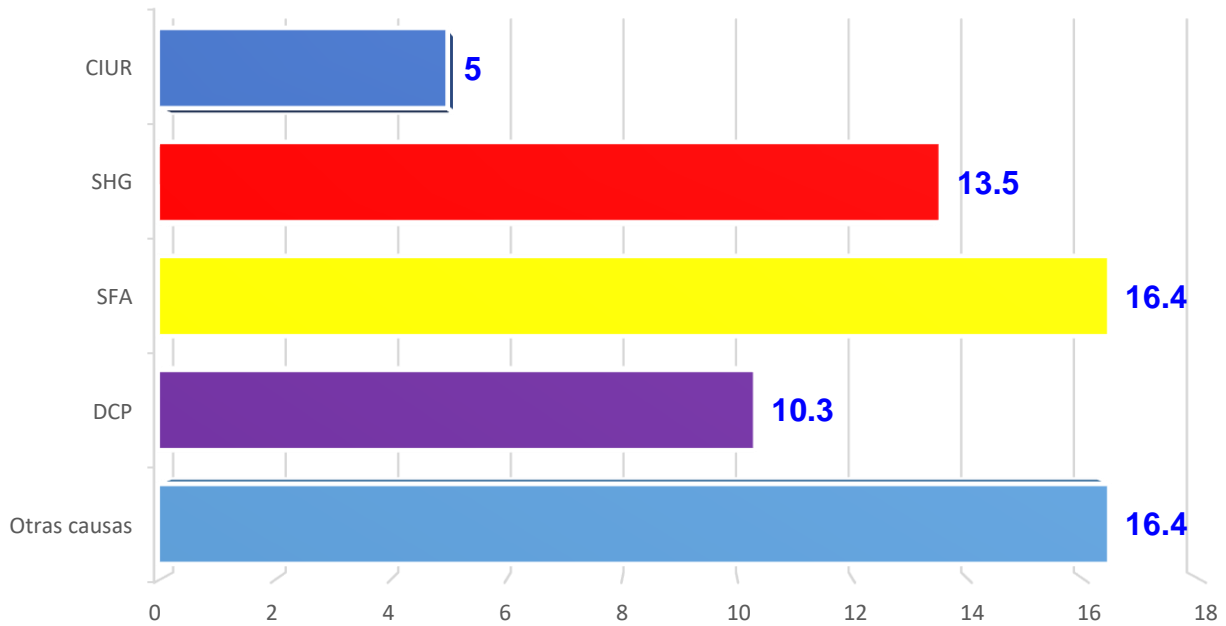
Fuente: Tabla 11

Gráfico 12: Otra causa de cesárea anterior. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



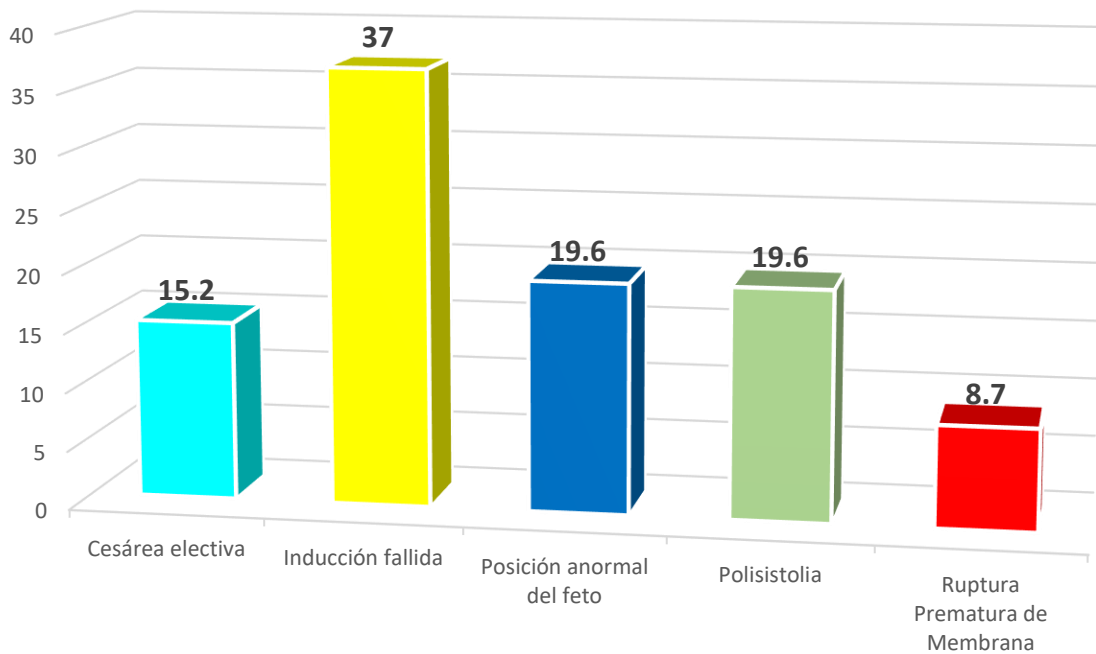
Fuente: Tabla 15

Gráfico 13 Causa de cesárea actual. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



Fuente: Tabla 16

Gráfico 14 Causa de cesárea actual. Prevalencia de Cesárea en el Nuevo Hospital MONTE ESPAÑA del 1 de enero al 31 de diciembre, 2017



Fuente: Tabla 16.1