

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR FETAL PATOLÓGICO, LA
MADURACIÓN CERVICAL INCOMPLETA Y EL PONDERADO FETAL
INADECUADO CON LA INDICACIÓN DE LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL
II ESSALUD HUÁNUCO, DE ENERO A DICIEMBRE, AÑO 2016.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**TESISTAS
HILARIO SANTIAGO, FELIX
HUACHO SUSANIVAR, RUSSELL HERNÁN**

**ASESOR
Mg. TUCTO BERRIOS, JOEL**

**HUANUCO - PERU
2019**

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR FETAL PATOLÓGICO, LA
MADURACIÓN CERVICAL INCOMPLETA Y EL PONDERADO FETAL
INADECUADO CON LA INDICACIÓN DE LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL
II ESSALUD HUÁNUCO, DE ENERO A DICIEMBRE, AÑO 2016.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**TESISTAS
HILARIO SANTIAGO, FELIX
HUACHO SUSANIVAR, RUSSELL HERNÁN**

**ASESOR
Mg. TUCTO BERRIOS, JOEL**

**HUANUCO - PERU
2019**

DEDICATORIA

A mis padres, a mis hermanos, tíos y sobrinos y demás familiares por ayudarme y brindarme su apoyo incondicional en cada etapa de mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, por darme la oportunidad de estudiar en esta escuela profesional, asimismo agradezco a cada uno de los docentes, por su enseñanza, apoyo y experiencia.

Al Hospital EsSalud II Huánuco, por darnos la oportunidad de realizar las prácticas médicas y ejecutar este trabajo.

A mis compañeros(as) por esos instantes inolvidables sucedidos tanto en las aulas como en los ambientes hospitalarios.

RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR FETAL PATOLÓGICO, LA MADURACIÓN CERVICAL INCOMPLETA Y EL PONDERADO FETAL INADECUADO CON LA INDICACIÓN DE LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO, DE ENERO A DICIEMBRE, AÑO 2016.

Resúmen:

Objetivos: Determinar la relación entre el bienestar fetal patológico, la maduración cervical incompleta y el ponderado fetal inadecuado con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016. **Material y Métodos:** El tipo de investigación es básico, observacional, correlacional, transversal, retrospectivo de casos y controles, este diseño nos permitirá identificar relaciones entre las variables independientes y la variable dependiente, para tal fin la muestra obtenida fue:200,de los cuales 100 casos(cesáreas) y 100 controles(parto vaginal). **Resultados:** Presentaron bienestar fetal patológico 15; 14 casos (93.3%) y 1 control (6.7%), maduración cervical incompleta 99; 96 casos (97%) y 3 control (3%), ponderado fetal inadecuado 10; 9 casos (90%) y 1 control (10%), Se encontraron diferencia significativa entre el tipo de parto y el bienestar fetal patológico [$p = 0,000$,OR = 16,11(IC 95% 2,07-125,09)], la maduración cervical incompleta [$p = 0,000$,OR = 776(IC 95% 169,15-3559,8)], el ponderado fetal inadecuado[$p = 0,009$,OR = 9,79(IC 95% 1,21-78,80)] **Conclusiones:** Existe asociación entre el bienestar fetal patológico, la maduración cervical incompleta y el ponderado fetal inadecuado con la indicación de las cesáreas, dentro de los factores asociados estudiados

hubo similitudes y diferencias. **Palabras clave:** Cesárea, bienestar fetal, maduración cervical, ponderado fetal, edad gestacional.

Abstract:

Objectives: To determine the relationship between pathological fetal well-being, incomplete cervical maturity and inadequate fetal weight with the indication of caesarean sections, at Hospital II EsSalud Huánuco, from January to December, 2016. **Material and Methods:** The type of research is basic, observational, correlational, cross-sectional, retrospective of cases and controls, this design will allow us to identify relationships between the independent variables and the dependent variable, for this purpose the sample obtained was: 200, of which 100 cases (cesarean sections) and 100 controls (vaginal delivery). **Results:** They presented pathological fetal wellbeing 15; 14 cases (93.3%) and 1 control (6.7%), incomplete cervical ripening 99; 96 cases (97%) and 3 control (3%), inadequate fetal weights 10; 9 cases (90%) and 1 control (10%), Significant difference was found between type of delivery and pathological fetal well-being [$p = 0.000$, OR = 16.11 (95% CI 2.07-125.09)], incomplete cervical maturation [$p = 0.000$, OR = 776 (95% CI 169.15-3559.8)], the inadequate fetal weighted [$p = 0.009$, OR = 9.79 (95% CI 1.21-78.80)]. **Conclusions:** There is an association between pathological fetal wellbeing, incomplete cervical maturation and inadequate fetal weight with the indication of cesarean sections, within the associated factors studied there were similarities and differences.

Keywords: Caesarean section, fetal well-being, cervical ripening, fetal weighted, gestational age.

INDICE

	Pág.
Resumen y palabras clave	I
Abstract and keywords	II
Índice	III
Introducción	1
Situación problemática	2
Formulación del problema	3
Capítulo I Marco Teórico	3
1.1. Antecedentes	3
1.2. Conceptos fundamentales	5
1.2.1 cesárea	5
1.2.2. Bienestar fetal	6
1.2.3 Maduración cervical	12
1.2.4. Ponderado fetal	16
1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	18
Capítulo II Marco metodológico	21
2.1. Nivel y Tipo de investigación	21
2.2. Diseño de investigación	21
2.3. Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos	22
2.3. Población	23
2.4. Muestra	24
2.5. Análisis estadístico	26
2.6. Validación de instrumento	27
2.7. Consideraciones éticas	28
2.8. Hipótesis	28
2.9. Objetivos	29
2.10. Variables	30
Capítulo III Resultados	32
Capítulo IV Discusión	38
Conclusiones	47
Recomendaciones	48
Limitaciones	48
Referencias bibliográficas	49
Anexos	55

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la cesárea, se ha convertido en la operación obstétrica más frecuentemente realizada, según algunas estadísticas, la OMS, en una revisión sistemática a nivel de población, refieren que a medida que las tasas de cesárea aumentan hasta un 10%-15% se reduce la mortalidad materna y neonatal. (1). Por encima de este nivel, el aumento de las tasas de cesárea deja de estar asociado a una reducción de la mortalidad. No obstante, esta asociación entre la mayor tasa de cesárea y una menor mortalidad, se redujo, incluso desapareció en los estudios que controlaron factores socioeconómicos. Por ello, la región Huánuco no escapa de estos índices y podrían elevarse aún más. En este trabajo se busca plasmar si; el bienestar fetal patológico, la maduración cervical incompleta y el ponderado fetal inadecuado tienen relación con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.

Puesto que todas las intervenciones quirúrgicas, como la cesárea, tienen riesgos para la madre, tales como aumento de sangrado, infección de herida operatoria, daño accidental de intestino y vejiga, reacción adversa a medicamentos, muerte materna fetal y posibles daños al neonato. (2) Es un hecho que la incidencia de la cesárea ha ido en aumento lo que ha traído consigo nuevos problemas de salud materno-fetal. En la ciudad de Huánuco la magnitud de parto institucional es alto con tendencia al incremento con una brecha de inequidad existente, no hay datos sobre la incidencia y factores de riesgo al procediendo cesárea.

SITUACION PROBLEMÁTICA

La cesárea tiene un origen incierto y anecdótico que se remonta al año 1.500 d.C. Inicialmente la mortalidad asociada al procedimiento fue de casi el 100%. El advenimiento de la era antibiótica y la evolución de las técnicas y materiales quirúrgicos han hecho de este procedimiento obstétrico una de las cirugías más realizadas alrededor del mundo. Su implementación ha permitido mejorar el pronóstico de patologías que antes representaban una causa importante de morbimortalidad materna (3).

En nuestro país la tasa de nacimientos por cesárea en los establecimientos de salud pública representa el 20% de los partos, mientras que en los establecimientos privados de salud se observa tasas de cesáreas cercanas al 50%. (4) Según la Primera Encuesta Global de la OMS en Salud Materna y Perinatal 2005: Resultados del Perú, determinaron que durante el año 2004 el 34% de nacimientos en los principales Hospitales de Lima, Trujillo y Piura fue por cesárea; (4) En la ciudad de Huánuco no se registra estudios actualizados de prevalencia e indicaciones de las cesáreas, de ahí la importancia de realizar el presente estudio, el Hospital II Essalud Huánuco por ser de referencia en la ciudad de Huánuco, es de elección la ejecución de estudios sobre cesárea, así mismo dado las características antropométricas e idiosincráticas de la población que se atiende en dicha institución conlleva a que incremento de cesáreas sea alta.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿ Existe relación entre EL BIENESTAR FETAL PATOLÓGICO, LA MADURACIÓN CERVICAL INCOMPLETA Y EL PONDERADO FETAL INADECUADO CON LA INDICACIÓN DE LAS CESÁREAS en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016?

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

1.1.1. Nivel internacional

En 2009, Zaragoza-España, Villaverde Royo, en un estudio llamado: Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. Encontró que la incidencia de la cesárea fue 22,66%.⁽⁵⁾

En 2011, Ecuador-Hospital Jaramillo, María Paz Jáuregui, en un estudio llamado: Principales causas de cesárea en la fundación humanitaria Pablo Jaramillo. Encontró que la primera causa de cesárea fue la cesárea anterior con un 32.4%, luego el sufrimiento fetal agudo con un 8%, desproporción céfalo - pélvica con un 7.8%.⁽⁶⁾

1.1.2. Nivel Nacional

En 2014, Lambayeque, Bustamante, en un estudio llamado: Frecuencia e indicación de cesáreas, en el HPDBL, 2010-2011. Encontró que la frecuencia de cesáreas practicadas en

el HPDBL fue 33.6%; la indicación más frecuente fue cesárea segmentaria previa (25,6%); seguidas por sufrimiento fetal agudo (13,9%), pre eclampsia, eclampsia (12,1%), presentación podálico (10,6%), macrosomía, ponderado fetal mayor de 4.500 gr. (10,3%); oligohidramnios severo (9,2%); dos o más cesáreas previas (8%); desproporción céfalo-pélvica (7,4%); expulsivo (6,2%); y otras indicaciones (31,8%).(7)

En 2015, Chiclayo, Carpio W, en un estudio llamado: Incidencia e Indicaciones de Cesárea en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo durante el periodo enero a diciembre 2012. Encontró una incidencia de la operación cesárea de 27.70%, cesárea segmentaria previa con 23.4%; presentación Podálica con 22.7%, desproporción céfalo-pélvica 21.4%; desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8.4%, macrosomía, ponderado fetal mayor de 4.500 gr 6.5% y cesareada a término 90.0%.(8)

1.1.3. Nivel local

En 2004, Cerro de Pasco, Echáis JF, en un estudio llamado: Cesárea: Experiencia en el Hospital General De Oxapampa. Encontró que la tasa de cesáreas para el periodo de estudio fue de 25,7%, las principales indicaciones para cesárea fueron: desproporción céfalo-pélvica (21,1%), sufrimiento fetal (20,2%), cesárea previa (11,9%) y presentación podálica (9,2%). La tasa de mortalidad perinatal fue 8,7 por 1000 nacidos vivos. (9)

En 2016, Huánuco, Puri J. en un estudio llamado: Casuística de complicaciones de parto que terminaron en cesáreas. Se encontró que el 53% de partos fueron vaginales, 47% partos por cesárea. (10)

1.2. CONCEPTOS FUNDAMENTALES

1.2.1. Cesárea

Concepto

La operación cesárea es el procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de obtener el nacimiento de un feto, usualmente vivo, a través de una incisión en el hipogastrio que permita acceder al útero, de 28 semanas a más de gestación. (11)

Indicaciones

Buena parte del éxito de la cesárea depende de una indicación adecuada. Por otro lado, las implicaciones médico-legales obligan a justificar plenamente los riesgos que la ejecución de tal procedimiento representa para la madre y el feto. Las indicaciones de la operación cesárea hacen referencia a las circunstancias clínicas en las cuales el pronóstico materno-fetal se optimiza utilizando este procedimiento quirúrgico. (12)

Técnicas

Cesárea segmentaria transversa transperitoneal (CSTT)

Es la técnica utilizada en la mayoría de las situaciones obstétricas antes descritas y también la más usada alrededor del mundo. De relativa simplicidad, permite un rápido acceso a la cavidad uterina y por ello es el método de elección. (13).

Cesárea clásica (corporal)

En este tipo de cesárea el acceso en pared abdominal es el mismo. Sin embargo, la incisión a nivel uterino se realiza longitudinalmente a nivel de la cara anterior del cuerpo uterino. (14).

1.2.2. Bienestar fetal

Los métodos de control, biofísicos y bioquímicos, del estado de bienestar fetal más utilizados durante el embarazo son los siguientes: (15)

- Test basal o monitorización fetal no estresante.
- Prueba de la oxitocina.
- Estimulación vibro acústica fetal.
- Perfil biofísico fetal.
- Doppler.
- Gasometría fetal.

Vamos a describir brevemente las características más importantes de cada uno de ellos.

Test basal o monitorización fetal no estresante

Concepto

El test basal es un método de evaluación del estado de salud fetal durante el embarazo, basado en el estudio de las características de la frecuencia cardíaca fetal, en condiciones basales, sin estrés materno ni fetal. (16)

Objetivo

Su objetivo fundamental es la evaluación del estado de salud fetal durante el embarazo, identificando el feto que presumiblemente está sano y el feto que posiblemente pueda estar en situación comprometida, con el fin de establecer las medidas oportunas, según los protocolos establecidos, en uno y otro caso, para poder corregir la situación antes de que se produzcan daños irreversibles en el feto. (17)

Indicación

El test basal está indicado, fundamentalmente, en los embarazos de alto riesgo obstétrico. La Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomienda en el embarazo normal, de bajo riesgo obstétrico, que, de forma *opcional*, pueda realizarse un test basal para evaluar el estado de bienestar fetal a partir de las 40 semanas del embarazo. (18)

Características

El test basal es un método de evaluación fetal sencilla, fácil de realizar, rápido, cómodo para la paciente, no invasivo, de bajo costo, de fácil interpretación, reproducible y sin efectos secundarios ni contraindicaciones. (18)

Técnica

Para que la técnica sea correcta, y evitar con ello los falsos positivos y negativos, es necesario que se cumplan una serie de requisitos: a) Posición de la paciente: semisentada o en decúbito lateral, evitando siempre la posición de decúbito supino, a fin de que no se produzca el síndrome hipotensivo supino y las alteraciones consiguientes de la FCF. Además, es conocida la influencia de la posición materna en los movimientos fetales y en la FCF. b) La paciente no debe acudir en ayunas a la realización del test basal, ya que se ha demostrado que los movimientos fetales son más frecuentes tras la ingesta, sobre todo de glucosa. c) Si la paciente es fumadora, debe transcurrir un intervalo entre el último cigarrillo y el test basal de al menos una hora, ya que se ha demostrado que el tabaco produce efectos negativos en la FCF y en los movimientos fetales. d) Si la paciente está sometida a un tratamiento farmacológico sedante, debe indicarlo, y, si fuese posible, debe realizarse la prueba antes de la toma de dicho fármaco. e) La duración debe tener un mínimo de 20 minutos. Si tras este período se cumplen las condiciones exigidas para valorar el test basal, puede darse por finalizado el mismo, pero si no ha habido suficientes movimientos fetales, debe procederse a estimular el feto por palpación del abdomen

materno con el objetivo de “despertarlo” (el período de sueño fisiológico fetal dura alrededor de 20 minutos, y el período de actividad, alrededor de 40 minutos), o bien administrando a la embarazada una solución de glucosa. Tras estas maniobras es necesario esperar otros 20 minutos antes de valorar el test basal. Se ha demostrado que la reactividad inducida por la movilización fetal tiene el mismo valor pronóstico que la espontánea. (19)

Criterios de valoración

Existen múltiples criterios y clasificaciones para valorar el test basal, basados todos ellos en la reactividad fetal y diferenciada entre sí en los parámetros que definen el feto reactivo, en función del número, amplitud y duración de las aceleraciones transitorias de la FCF. No obstante, el más utilizado en la práctica clínica, por su sencillez y eficacia, es el criterio de Schiffrin, el cual clasifica a los test basales en dos grupos: test basal reactivo (19)

Tipos de trazos intraparto

- Categoría I: normal

Frecuencia cardíaca basal: 110 -160 lat. /min

Variabilidad moderada

Descensos tardíos o variables: ausentes

Desaceleraciones tempranas: presentes o ausentes

Aceleraciones: presentes o ausentes

- Categoría II

Frecuencia cardíaca

Puede haber bradicardia sin disminuir la variabilidad

Taquicardia

Variabilidad

Mínima

Ausentes, sin desaceleraciones recurrentes

Moderada

Aceleraciones ausentes luego de estimulación fetal

Desaceleraciones

VARIABLES acompañadas de variabilidad mínima o variable

Prolongadas, por más de 2 minutos, pero menos de 10 minutos

Tardías con variabilidad moderada

- Categoría III

Ausencia de variabilidad y la presencia de cualquiera de las siguientes:

Desaceleraciones tardías

Desaceleraciones variables

Bradycardia o Patrón sinusoidal

Se han asociado con un alto riesgo de encefalopatía neonatal, parálisis cerebral y acidosis neonatal. (20)

Prueba de la oxitocina

Concepto

La prueba de la tolerancia a las contracciones uterinas es un método de evaluación del estado de salud fetal durante el embarazo, basado en el estudio de las características de la frecuencia cardíaca fetal, y concretamente en la presencia de Dips o deceleraciones tipo II o tardías, en relación con las contracciones uterinas.(21)

- *Prueba positiva o patológica.* Aquella en la que, tras conseguir diez contracciones de las características mencionadas, aparecen en el registro de la FCF tres o más Dips II.
- *Prueba negativa o normal.* Aquella en la que, tras conseguir diez contracciones de las características mencionadas, no aparecen en el registro de la FCF Dips II o están Presentes en menos de dos.
 - Escuela americana
- *Prueba sospechosa.* Aquella en la que aparecen algunas deceleraciones tardías de la FCF, pero no con todas las contracciones uterinas.
- *Prueba con hiperestimulación uterina.* Aquella en la que las contracciones uterinas se inducen con una frecuencia menor de dos minutos o una duración mayor de 90 segundos, o hay hipertono uterino. (21)

Perfil biofísico fetal

El perfil biofísico fetal fue introducido en la práctica obstétrica por el grupo de Manning en 1980, que comunicaron el uso del sistema de variables biofísicas fetales para predecir la evolución prenatal, y se agrega, además, a estas variables una puntuación. (22)

Variables biofísicas

Los movimientos fetales se definen como episodios de movimiento del tronco y las extremidades, juntos o por separado. El tono fetal se describe por extensión y flexión de los miembros, de preferencia por observación de apertura o cierre del puño fetal. (23)

Doppler

El Doppler representa un método no invasivo para el estudio del flujo sanguíneo en los vasos fetales y, por lo tanto, facilita el conocimiento de la fisiopatología del embarazo.

(24)

Control bioquímico

El estudio del equilibrio ácido-base fetal durante el embarazo se realiza mediante la cordocentesis. La principal indicación hoy, aunque en desuso, por la mejor utilización de las otras técnicas biofísicas, es el caso del feto con restricción del crecimiento intrauterino.

(21)

1.2.3. Maduración cervical

Definición

La maduración cervical es el proceso que comprende los cambios de forma, posición, consistencia y, finalmente, ampliación del conducto endocervical, imprescindibles para que el parto se desarrolle por vía vaginal. (22)

Anatomía

El cuello uterino, es la porción inferior del útero, delimitado por arriba por el istmo y protruye en la vagina. Mide entre 2,5 y 3 cm de longitud en la nulípara y se ubica hacia

atrás en forma oblicua. Se divide en la porción vaginal o exocérvix y el canal o endocérvix. El exocérvix presenta dos labios –el anterior y el posterior– delimitados por el orificio cervical externo. El estrato medio o estrato espinoso. (25)

Histología

El exocérvix está tapizado por un epitelio escamoso no queratinizado similar al epitelio vaginal (25)

La zona de transformación

Cuello uterino y embarazo

Esta parte del útero cambia poco durante el embarazo y su modificación más relevante es su dilatación para permitir la salida del feto. (26)

Cambios estructurales con ablandamiento

El ablandamiento del cuello uterino se debe al aumento de la vascularidad, hipertrofia estromal, hipertrofia glandular y cambios en la composición o estructura de la matriz extracelular. (27)

El proceso fisiológico de la maduración cervical

Existen dos grupos de procesos de maduración cervical que se entremezclan:

- Los de maduración mecánica (dependen de la contracción).
- Los de maduración bioquímica (que tienen lugar en el cérvix).

Maduración mecánica

Las contracciones se inician en el fondo uterino y se propagan según el principio del triple gradiente descendiente. (28)

Maduración bioquímica

Se basa en un equilibrio entre la formación y la destrucción de la matriz extracelular regulada por diferentes mediadores. El conocimiento de estos mediadores será de gran importancia para comprender múltiples enfermedades obstétricas. Algunos de los mediadores conocidos son los siguientes: (29)

Métodos clínicos de evaluación cervical anteparto

Puntuación Bishop

Valoración sistemática de las condiciones cervicales. Este sistema valora, mediante el tacto vaginal, las características cervicales como: dilatación, acortamiento, consistencia, posición en la cúpula vaginal y altura de la presentación en la pelvis materna. En 1964, E. Bishop ideó una forma de valoración sistemática de las condiciones cervicales. Este sistema valora, mediante el tacto vaginal, las características cervicales como: dilatación, acortamiento, consistencia, posición en la cúpula vaginal y altura de la presentación en la pelvis, asignando a cada característica una puntuación que va de 0 a 2 ó 3. La suma de la puntuación da un máximo de 13 puntos y según ello permite predecir el éxito de la inducción del parto, sobre todo en multíparas, con un pronóstico bastante aproximado, según la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO), la cifra de éxito se sitúa: (29)

Bishop >7, éxito del 95-99%.

Bishop 4-6, éxito del 80-85%.

Bishop <3, éxito del 50-55%.

Cuando la puntuación del test de Bishop es 4 o menos, se debe realizar una maduración cervical previa a la inducción. Cuanto mayor sea la maduración lograda, mayor será el porcentaje de éxito, tomándose como valor de referencia un Bishop igual o mayor a 7. Las mediciones se traducen en valores que sumados, proporcionan una puntuación que determinará la viabilidad de la inducción al parto. A mayor puntuación, mayores son las posibilidades de que la inducción pueda realizarse correctamente y el parto se desarrolle de forma natural. El sistema de puntuación de Bishop es aplicable tanto a nulíparas, como a gestantes con parto previo, pero a partir de las 37 semanas de gestación. Por otra parte, en el sistema de puntuación original de Bishop se planteó la posibilidad de pronosticar la falta de respuesta al procedimiento inductivo, cuando el cuello era inmaduro. Según la puntuación Bishop: Parto vaginal: Si las pruebas indican buen estado fetal, valorar el puntaje de BISHOP para decidir inducción del trabajo de parto o maduración cervical e inducción. Después de una primera inducción fallida, realizar una segunda inducción a las 24 horas. (29)

Evaluación por especuloscopia

Este procedimiento se ha empleado en la práctica basada en la posibilidad que tiene el obstetra de realizar una evaluación del cérvix sin la realización de un tacto vaginal. (28)

Test de evaluación de la maduración cervical

Variables

- Posición: posterior semicentral central
- Consistencia: firme semiblando blando
- Longitud > 2 cm 1-2 cm < 1 cm
- Apertura del cuello cerrado permeable dilatado
- Altura presentación 4/5 3/5 2/5 y 1/5

La consistencia se evaluará con la valva anterior del espéculo, mediante la basculación del cuello. (Laminización del cérvix) (28)

Métodos de maduración cervical

Métodos no farmacológicos: Sonda Foley: El mecanismo de acción de los métodos no farmacológicos para la maduración cervical consiste en la dilatación del cuello uterino a través de la presión mecánica y el aumento de la producción endógena de prostaglandinas. (23)

1.2.4. Ponderado fetal

Altura uterina

Se coloca la cinta métrica ahulada sobre el abdomen de la paciente sin demostración de contracción uterina sosteniendo el extremo inferior sobre el borde superior del pubis con la mano derecha, siguiendo la curvatura del abdomen hasta el fondo uterino, colocando entre los dedos índice y medio de la mano izquierda el extremo superior.(30)

Ultrasonografía

La ecografía es una técnica diagnóstica que emplea el ultrasonido para definir los órganos del cuerpo humano. Cada uno de los diferentes tejidos del cuerpo humano proporciona unas determinadas propiedades acústicas

Las indicaciones más frecuentes y que justifican completamente el examen son: Determinación de la edad gestacional en mujeres con fecha de última menstruación incierta o en aquellas que se sospecha deficiencias del crecimiento fetal. (31)

Ponderado fetal ecográfico

Factores del examen ecográfico: Son varios los factores del examen ecográfico que influye en las mediciones que se realicen para estimar el peso fetal. Obviamente la calidad de la imagen dependerá del equipo ecográfico y la tecnología que éste incorpore; también factores maternos como obesidad y presencia de cicatrices abdominales. *Otras valoraciones del ponderado fetal* Movimientos fetales: Se averigua en qué mes calendario la embarazada empezó a percibir los movimientos, la mayoría los percibe hacia las semanas 16 a 20 (4 a 5 meses de gestación). Tamaño uterino: En este parámetro se requiere de cierta experiencia, la cual se adquiere mediante exploración del útero de las embarazadas cuya edad gestacional sea confiable y de preferencia en mujeres delgadas. Se toca el abdomen con las palmas de las manos y parte interna de los dedos; hay que palpar el abdomen como un todo, concentrándose “como si las manos tuvieran ojos” y repitiendo una y otra vez “así es un embarazo de 36 SDG” o de 25, 40, etc. Este método

no es sencillo ya que hay diversas circunstancias en contra, por ejemplo, el exceso de pánículo adiposo de la pared abdominal de la paciente, la cantidad aumentada o disminuida de líquido amniótico, el tamaño del feto, etc. Altura del fondo uterino: En términos generales, se puede decir que la AFU medida con cinta métrica y partiendo desde el borde superior la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino en un ET, es alrededor de 32 a 34 cm. Esta medición parece fácil, y de hecho lo es, pero con frecuencia se hace mal. Desafortunadamente, es habitual observar en la tarjeta de control prenatal institucional que hace tres meses la AFU era de 28 cm, el mes pasado de 32 y la de este mes de 26. En las figuras 2- 1 y 2-2 se ilustra cómo medir la AFU. Consistencia y tamaño de la cabeza del feto: La calota de un feto a término generalmente es de buen tamaño y dura (cabe aclarar que los fetos a término, con bajo peso para la edad gestacional, pueden tener la cabeza pequeña pero dura). Entre menos edad gestacional tenga el producto, será más blanda y pequeña. Este método de valoración requiere de cierta experiencia y de ahí la importancia de la práctica. Exploración bimanual. Se realiza tacto vaginal y se toca con los dedos índice y medio la calota fetal y, con la otra mano, el fondo uterino; esto da una idea del tamaño fetal. Es un método subjetivo pero con frecuencia orientador cuando se tiene cierta experiencia. (32)

1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

CESÁREA: Intervención quirúrgica en la que se realiza una incisión del abdomen y el útero produciéndose el nacimiento transabdominal del feto, pasado las 28 semanas. (33)

CESÁREA ELECTIVA: Cesárea programada durante la atención prenatal. (32)

CESÁREA DE EMERGENCIA: Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones. (32)

CESÁREA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: La cesárea se realiza una vez iniciado el trabajo de parto, alcanzada una dilatación concreta con bolsa rota y al menos dos horas de contracciones uterinas adecuadas.(33)

INDICACIÓN DE CESÁREA: Está indicada cuando un parto vaginal no es posible o cuando la ocurrencia del parto vaginal implica grave daño a la salud de la madre o del bebé. Existen indicaciones claras y absolutas, como la placenta previa total. (34)

HISTERORRAFIA: Sutura quirúrgica de las laceraciones e incisiones uterinas. (34).

HIPOXEMIA: Déficit del nivel de oxígeno en sangre. (33)

HIPOXIA: El término es utilizado cuando se produce una situación en donde el aporte de oxígeno a las células no puede cubrir las necesidades metabólicas. (33)

BIENESTAR FETAL: Disciplina clínica que reúne a todos los procedimientos y técnicas para evaluar la salud fetal durante el embarazo y el parto. (33)

MADURACIÓN CERVICAL: La maduración cervical es el proceso que comprende los cambios de forma, posición, consistencia y, finalmente, ampliación del conducto endocervical, imprescindibles para que el parto se desarrolle por vía vaginal. (24)

PONDERADO FETAL: Estimación del peso fetal a través de diferentes técnicas. (24)

CAPITULO II

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1 Nivel y tipo de investigación

La investigación es Básico, porque busca enriquecer el conocimiento humano por medio de la recolección de datos, de forma que añade nueva información que profundizan cada vez más los conocimientos ya existentes en la realidad.

El nivel es observacional y correlacional, por que se describe los hechos y se trata de establecer una relación entre las variables.

2.2. Diseño de investigación

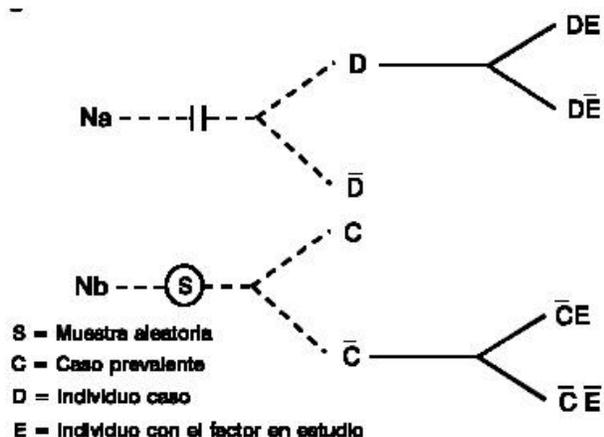
Observacional, transversal, retrospectivo de casos y controles, este diseño nos permitió identificar relaciones entre las variables independientes y la variable dependiente.

Observacional: Porque no hubo manipulación de variables, nos limitamos sólo a medir las variables que definen el estudio.

Retrospectivo: Porque el estudio se realizó en base a información ya registrada en una fuente secundaria, las historias clínicas.

Transversal: Porque se realizó una sola medición durante el desarrollo de la investigación.

Casos y controles: Porque los sujetos fueron seleccionados en función de que tengan o no un determinado efecto, en este caso, la cesárea.



2.3 Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.3.1. Fuentes

Los datos fueron extraídos en la Unidad de Archivos del hospital, de una fuente secundaria, las historias clínicas, de las gestantes que terminaron en cesárea en el Hospital II EsSalud Huánuco, en el periodo Enero a Diciembre, año 2016.

2.3.2. Técnica de recolección

Se empleó una ficha de recolección de datos, que cuenta con validez y confiabilidad, que sirvió para obtener los datos de las historias clínicas. Los investigadores resolvieron cualquier duda o problema en el momento de la recolección de datos.

2.3.3. Instrumentos de recolección de datos

Se elaboró 1 ficha de recolección de información, que nos permitirá recolectar los datos necesarios para nuestra investigación, dicha ficha fue evaluada por la opinión de 5 expertos, obteniéndose el puntaje óptimo para su validación. (ANEXO 1)

En la elaboración de la ficha de recolección de datos se dividió en 6 partes:

- La primera parte, corresponde a las características socio epidemiológico de la paciente, y está compuesto por 8 datos.
- La segunda parte, la conforma 1 dato y hace mención a la característica de la operación cesárea.
- La tercera parte, está conformada por 5 datos, los cuales hacen referencia a la información cardiotocográfico realizados previo al parto.
- La cuarta parte, está conformada por 5 datos, los cuales hacen referencia a la información de la maduración cervical previo al parto
- La quinta parte, está conformada por 1 solo dato, el cual hace referencia a la última valoración del ponderado fetal previo al parto.

2.3 Población

La población estuvo constituida por 1362 gestantes que terminaron en cesárea(casos) y 925 gestantes que terminaron parto vaginal (controles), atendidas en el Hospital II EsSalud Huánuco, en el periodo Enero a Diciembre, año 2016 y que cumplen con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión para los casos

Toda gestante que terminó en cesárea en el Hospital II EsSalud Huánuco, en el periodo Enero a Diciembre, año 2016 y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión para los casos

Toda gestante que terminó en cesárea, en el Hospital II EsSalud Huánuco, en el periodo Enero a Diciembre, año 2016 a quienes no se les practicó monitoreo cardiotocográfico, examen ecográfico para determinar el ponderado fetal y monitoreo de la maduración cervical con la escala de Bishop.

Criterios de inclusión para los controles

Toda gestante que terminó en parto vaginal, en el Hospital II EsSalud Huánuco, en el periodo Enero a Diciembre, año 2016 y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión para los controles

Toda gestante que terminó en parto vaginal, en el Hospital II EsSalud Huánuco, en el periodo Enero a Diciembre, año 2016 a quienes no se les practicó monitoreo cardiotocográfico, examen ecográfico para determinar el ponderado fetal y monitoreo de la maduración cervical con la escala de Bishop.

La unidad de análisis de estudio estuvo conformada por una gestante que terminó en cesárea o parto vaginal, atendida en el Hospital II EsSalud Huánuco, en el periodo Enero a Diciembre, año 2016 y que cumple con los criterios de inclusión.

2.4 Muestra

La muestra estuvo constituida por 200 gestantes, de los cuales 100 son cesareada (casos) y 100 terminaron en parto vaginal (controles), que fueron atendidas en el Hospital II

EsSalud Huánuco, en el periodo Enero a Diciembre, año 2016, y fueron seleccionadas por muestreo probabilístico aleatorio simple.

En la determinación del tamaño de la muestra se usó la siguiente formula:

Hallando la muestra con fórmula de Casos y Controles:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

- n = Tamaño muestra
- $P = 1/2 p_1 + p_2$
- W= es una idea del valor aproximado del OR que se desea estimar
- P1= es la frecuencia de la exposición entre los casos
- P2= es la frecuencia de la exposición entre los controles
- $Z_{1-\alpha/2}$ y $Z_{1-\beta}$: son valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función de la seguridad y la potencia seleccionadas para el estudio. En particular, para un nivel de seguridad de un 95% y una potencia estadística del 80% de tiene que $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ y $Z_{1-\beta} = 0.84$

Con estos datos y para un planteamiento bilateral, para el cálculo del tamaño muestral se utilizó como referencia estudios relacionados con las variables independientes del

estudio, finalmente se consideró el de mayor tamaño de muestra con una potencia de 80%, es el siguiente:

Estudio relacionado con la variable independiente Bienestar fetal:

Operación Cesarea.Hospital general de Oxapampa, José Fernando Echáis, año 2004

Datos y resultado:

- $P1 = (20\%)$ $P2 = (6\%)$ $IC = 95\%$ $OR = (12)$ $N = 100$ casos ;100 controles

2,5. Análisis estadístico

Para realizar los cálculos, se utilizó programas de cómputo, tales como: SPSS (Statistics Process Social Sciences) y MICROSOFT OFFICE EXCEL.

Se escogió la prueba de significación estadística según las variables, se ajusten o no a una distribución normal. Considerando que en todo análisis estadístico, tanto bivariante como multivariante, las diferencias entre las variables serán consideradas significativas con un valor de “p” inferior a 0,05. Para realizar el análisis estadístico, se tuvo en consideración los test estadísticos presentados en la tabla siguiente.

Cuadro N° 2
ESTADISTICA INFERENCIAL

OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	PLAN DE TABULACIÓN
Determinar la relación del bienestar fetal patológico, la maduración cervical incompleta, el ponderado fetal inadecuado con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.	El bienestar fetal patológico, la maduración cervical incompleta, el ponderado fetal inadecuado tienen relación con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016	Bienestar fetal/ Cesárea	Cualitativa dicotómica/Cualitativa dicotómica Test: Chi 2
		Maduración cervical/ Cesárea	Cualitativa /Cualitativa dicotómica Test: Chi 2
		Ponderado fetal/ Cesárea	Cualitativa dicotómica/Cualitativa dicotómica Test: Chi 2

2.5. Validación de instrumento

Para determinar la validez del instrumento se ha sometido a validación por juicio de expertos para lo cual se ha consultado a 5 profesionales en salud quienes son Ginecólogos. Para el procedimiento se entregó ejemplares de la ficha de recolección de datos, ficha de escala de calificación y matriz del proyecto. Por último Se realizó los reajustes necesarios antes de la recolección de datos. Se utilizó una plantilla de validación, adaptada de Escobar y Cuervo. (ANEXO 4)

Para la determinación de la consistencia interna se usará la prueba Alfa de Cronbacht.

2,5. Consideraciones éticas

Los procedimientos que se siguió en la presente investigación tuvo el permiso de autoridades del Hospital II EsSalud de Huánuco, a través de un documento de autorización para el desarrollo de la investigación; además se contó con la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

Para la ejecución de la investigación se contó con el consentimiento y asentimiento informado. (ANEXOS 6 Y 7)

En el presente trabajo de investigación, se respetó plenamente la confidencialidad de la información de los participantes del estudio, cumpliendo los principios del **Acuerdo de Helsinki**, toda la información recolectada estará bajo responsabilidad de los investigadores, ellos garantizarán el resguardo de la información. (ANEXO 8)

El presente estudio no implicó ningún riesgo a los participantes ya que se valorara la información obtenida únicamente de historias clínicas.

2,6. Hipótesis

2.5.1. General

- El bienestar fetal patológico, la maduración cervical incompleta y el ponderado fetal inadecuado tienen relación con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.

2.5.2. Específicas

- El bienestar fetal patológico, tiene relación con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.
- La maduración cervical incompleta, tiene relación con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.
- El ponderado fetal inadecuado, tiene relación con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.

2.6. Objetivos

2.6.1. General

- Determinar la relación entre el bienestar fetal patológico, la maduración cervical incompleta y el ponderado fetal inadecuado con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.

2.6.2. Específicos

- Determinar la relación entre el bienestar fetal patológico con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.
- Determinar la relación entre la maduración cervical incompleta con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.
- Determinar la relación entre el ponderado fetal inadecuado con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.
- Estimar la frecuencia de cesáreas, en el hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.

2.7. Variables

2.7.1 Variable Dependiente

CESAREA

Se define como procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y el útero.

2.7.1 Variable Independiente

BIENESTAR FETAL

Estado fisiológico del feto, sin evidencia de alteraciones morfológicas y hemodinámicas

MADURACION CERVICAL

La maduración cervical es el proceso que comprende los cambios de forma, posición, consistencia y, finalmente, ampliación del conducto endocervical imprescindibles para que el parto se desarrolle por vía vaginal.

PONDERADO FETAL

Es la medida de estado fetal, a través de la relación de unidades como el peso, talla y longitudes de órganos fetales.

2.7.1 Variable Interviniente

EDAD

Tiempo en años transcurridos desde el nacimiento de un ser vivo hasta la actualidad.

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso.

INICIO DE CONTROLES PRENATALES

Primera atención obstétrica para evaluación de las características de la gestación.

ANTECEDENTE DE ABORTO

Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadas, antes de las 22 semanas de gestación o peso menor de 500 gr.

CAPITULO III

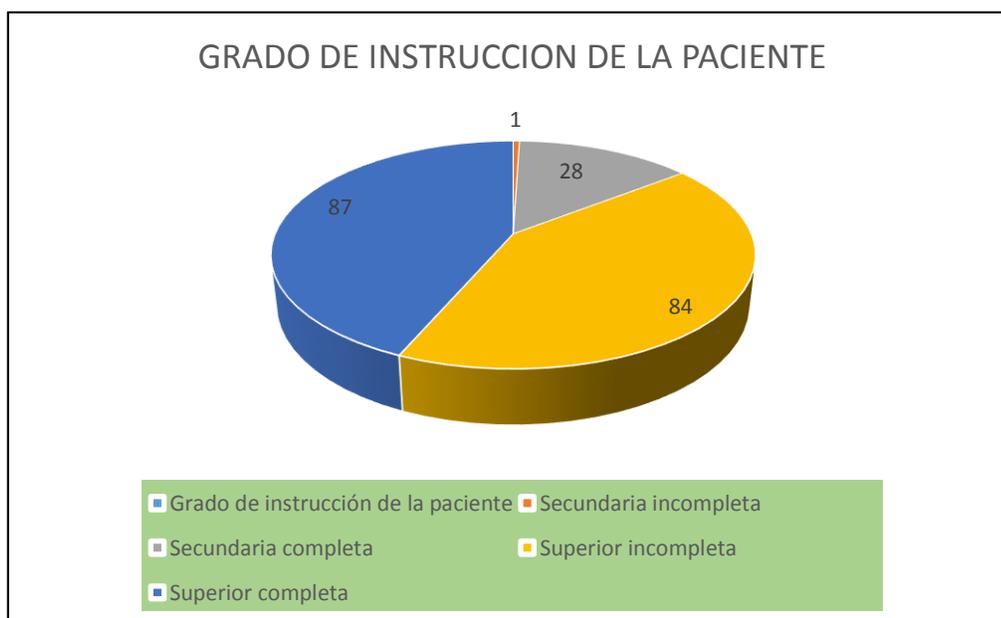
RESULTADOS

**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIO EPIDEMIOLÓGICA, HOSPITAL II
ESSALUD. HUÁNUCO 2017**

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Grado de instrucción de la paciente		
Secundaria incompleta	1	0.50%
Secundaria completa	28	14%
Superior incompleta	84	42%
Superior completa	87	43.50%
Edad de la gestante (años) X+_DS	28,70+_4,416	

Fuente: Elaboración propia.

**CARACTERÍSTICAS SOCIO EPIDEMIOLÓGICA, HOSPITAL II ESSALUD.
HUÁNUCO 2017**



Análisis: El 43.5% (87) de gestantes tienen grado de instrucción superior completo, el 42 % (84) corresponden a superior incompleta, de acuerdo a los resultados se determina que el 100 % de pacientes tienen algún tipo de estudio. La edad promedio de las gestantes fue de 28.7 años, con una variación de 4.4 años hacía, resultado que concuerda con el promedio de edad fértil.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HOSPITAL II ESSALUD. HUÁNUCO 2017

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de parto		
Cesárea	100	50%
Parto vaginal	100	50%
Bienestar fetal		
Desaceleraciones de LCF		
DIPS Tipo I	159	79,5%
DIPS Tipo II	4	2%
DIPS Tipo III	37	18,5%
Prueba de Bienestar fetal		
X+_DS		7,80 +_1,051
Aceleraciones de LCF por minuto		
X+_DS		6,17 +_1,696
Frecuencia cardiaca fetal basal		
X+_DS		140,40 +_10,752
Variabilidad de LCF		
X+_DS		16,62 +_4,793
Movimientos fetales		
X+_DS		4,60 +_1,978
Maduración cervical		
Posición cervical		
Anterior	72	36%
Posterior	107	53,5%
Media	21	10,5%
Consistencia cervical		
Firme	64	32%
Reblandecido	86	43%

Blando	50	25%
Maduración escala de Bishop		
X+_DS		6,04 +_3,768
Altura de presentación		
X+_DS		-0,83 +_1,895
Borramiento cervical		
X+_DS		41,5 +_33,756
Dilatación cervical		
X+_DS		4,17 +_3,389
Ponderado fetal en gramos		
X+_DS		3340,340+_397,754
Inicio de controles prenatales		
I Trimestre	152	76%
II Trimestre	47	23,5%
III Trimestre	1	0,5%
Antecedente de cesárea previa		
Si	167	83,5%
No	63	16,5%
Partos vaginales previos		
Si	86	43%
No	114	57%
Indicaciones de cesárea		
Cesárea previa	29	14.50%
Macrosomía fetal	12	6%
Distocia cervical	8	4%
Distocia funicular	12	6%
Desproporción céfalo pélvica	5	2.50%
Distocia de presentación	8	4%
Sufrimiento fetal agudo	6	3%
RPM	17	8.50%
Preclamsia	3	1.50%
Edad gestacional de la paciente		
X+_DS		38,66 +_1,255
Contracciones uterinas por minuto		
X+_DS		3,92 +_1,113
Antecedentes de aborto		
X+_DS		1 +_0,951

Fuente: Elaboración propia

Análisis: El 79.5% (159) de gestantes presentaron DIPS tipo I, el 2% (4) de gestantes presentaron DIPS tipo II, el 18.5% (37) de gestantes presentaron DIPS tipo III. El promedio de la prueba de bienestar fetal fue de 7.8 puntos. El promedio de aceleraciones fue de 6.17 minuto. La frecuencia cardiaca fetal basal fue de 140.4. La variabilidad de fue de 16.6 LCF. El promedió de movimientos fetales es de 4.6. La posición cervical más prevalente fue la posterior 53.5% (107). La consistencia cervical más prevalente fue el reblandecido 43% (86). El puntaje Bishop más promedio fue de 6.4. El borramiento cervical promedio fue 41.5 %. La dilatación cervical promedio fue de 4.17. El promedio del ponderado fetal fue de 3340 gr. El inicio de controles prenatales más prevalente fue el I trimestre. El 83.5 % de las gestantes (167) presentaron cesárea previa. La indicación de cesárea previa fue la indicación más prevalente 14.5 %(29). La edad gestacional promedio fue de 38.6 semanas. El promedio de contracciones uterinas fu de 3.9. El promedio de abortos fue de 1.

TABLA 3. ANÁLISIS BIVARIADO DE TIPO DE PARTO, BIENESTAR FETAL, MADURACIÓN CERVICAL Y PONDERADO FETAL. HOSPITAL II ESSALUD. HUÁNUCO 2017

Características	Tipo de parto				p	OR	IC 95%	
	Cesárea	%	Parto vaginal	%			Inferior	Superior
Bienestar fetal								
Patológico	14	93,3%	1	6,7%	0,00&	16,11	2,07	125,09
Normal	86	46,5%	99	53,5%				
Maduración cervical								
Incompleta	96	97%	3	3%	0,00&	776,00	169,15	3559,80
Completa	4	4%	97	96%				
Ponderado Fetal								

Inadecuado	9	90%	1	10%	0,009 ^{&}	9,79	1,21	78,80
Adecuado	91	47,9%	99	52,1%				
Edad materna								
No añosa	96	53,3%	84	46,7%	0,005 ^{&}	4,57	1,47	14,20
Añosa	4	20%	16	80%				
Antecedente de aborto								
Si	87	71,3%	35	28,7%	0,000 ^{&}	12,42	6,09	25,35
No	13	16,7%	65	83,3%				
Inicio de controles prenatales								
II y III Trimestre	9	18,8%	39	81,3%	0,000 ^{&}	6,46	2,92	14,30
I Trimestre	91	59,9%	61	40,1%				

&: Chi cuadrado

Análisis: Del total, 15, que presentaron bienestar fetal patológico el 93.3% (14) fueron cesareada, el 6.7 % (1) terminaron en parto vaginal. Del total, 185, que presentaron bienestar fetal adecuado, el 46.5% (86) fueron cesareada, el 53.5 % (99) terminaron en parto vaginal. Se encontró que el bienestar fetal patológico tiene asociación estadística (p: 0.00) con el tipo de parto, actuando el bienestar fetal patológico como un factor de riesgo de 16.11 veces más para la indicación de cesáreas en comparación aquellas que presentaron bienestar fetal adecuado. Así mismo el intervalo de confianza refuerza está a asociación por estar dentro de valores que actúan como factor de riesgo. (IC 95 %:2,0-125,09).

Del total, 99, que presentaron maduración cervical incompleta el 97% (96) fueron cesareada, el 3 % (3) terminaron en parto vaginal. Del total, 101, que presentaron maduración cervical completa, el 4% (4) fueron cesareada, el 96 % (97) terminaron en parto vaginal. Se encontró que la maduración cervical incompleta tiene asociación

estadística con el tipo de parto, actuando la maduración cervical incompleta como un factor de riesgo de 776 veces más para la indicación de cesáreas en comparación aquellas que presentaron maduración cervical completa. Así mismo el intervalo de confianza refuerza está a asociación por estar dentro de valores que actúan como factor de riesgo. (IC 95 %:169-3559).

Del total, 10, que presentaron ponderado fetal inadecuado el 90% (9) fueron cesareada, el 10 % (1) terminaron en parto vaginal. Del total, 190, que presentaron maduración cervical completa, el 47.9% (91) fueron cesareada, el 52.1 % (99) terminaron en parto vaginal. Se encontró que el ponderado fetal inadecuado tiene asociación estadística con el tipo de parto, actuando el ponderado fetal inadecuado como un factor de riesgo de 9.79 veces más para la indicación de cesáreas en comparación aquellas que presentaron ponderado fetal adecuado. Así mismo el intervalo de confianza refuerza está a asociación por estar dentro de valores que actúan como factor de riesgo. (IC 95 %:1.21-78.8).

CAPITULO IV

DISCUSION

La ciudad de Huánuco tiene una población con características demográficas variadas, en donde se evidencia un crecimiento poblacional alto en la última década, por esta razón las demandas en salud se hacen cada vez más exigentes, teniendo como punto de referencia para la atención de la población, al Hospital Essalud Huánuco, que en la última década dicha institución admitió la más alta tasa de afiliaciones, y es donde se realiza la presente investigación para que tenga el carácter representativo por las características ya mencionadas.

Según nuestros resultados y estudio; La asociación de bienestar fetal patológico con el tipo de parto tiene asociación estadísticamente significativa.

CANO BARTOLO MARISOL V. Huanuco-2017. Un estudio de monitorización cardiotocográfico fetal como predictor de sufrimiento la cual sostiene una asociación para determinar sufrimiento fetal la cual es indicación de cesárea, al comparar nuestros resultados a nivel local pudimos evidenciar que nuestros resultados también fueron semejantes, con un estudio retrospectivo en la cual si hay asociación similar a nuestro estudio para indicación de cesárea y un bienestar patológico. (35)

COTRINA SOTO R. Huanuco-2017. Este estudio transversal y prospectivo se realiza en un hospital local donde existe relación estadística entre el monitoreo fetal electrónico y las características del líquido amniótico, lo que nos lleva a afirmar que esta prueba es

eficiente para estimar las características del líquido amniótico asociando la presencia de meconio a situaciones de sufrimiento, estrés fetal la cual se hace sugestivo de cesárea electiva asemejando a los resultados prestados en este trabajo. (36)

COAQUIRA TICAHUANCA V. Junín 2016 otro trabajo con objetivos similares realizados en gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo, donde explica que hay una asociación de bienestar fetal patológico y la cesárea, incluso halla una disminución de la morbimortalidad materno – perinatal, por ello se pretende resaltar la importancia de la cardiotocografía para contribuir a la disminución de complicaciones en el recién nacido. Siendo significativo el estudio por tener similitud con el nuestro. (37)

SAGUA TICONA A. Lima en Instituto Nacional Materno Perinatal, julio – octubre 2016 nos muestra un resultado que coincide con nuestro estudio, donde el motivo principal de la indicación cesárea fue insuficiencia útero placentaria, sufrimiento fetal (58.3%) ($p=0.00$) (RR 2.91; IC 95% 2.20-3.86). (38)

MORÁN RODRÍGUEZ V. En un estudio en Lima-Perú 2016 en gestantes atendidas en el hospital san juan de Lurigancho en el año 2014 muestra un resultado no significativo aduciendo estadísticamente que de 104 pacientes que presentaron distocia funicular, evidenciado en un monitoreo cardiotocográfico patológico, solo 2 entraron a cesárea. Por la que contradice a los resultados de nuestro estudio. (39)

TELLO PEREA F. Loreto 2016 afirma que ningún tipo de desaceleración (DIP) es indicador diagnóstico de presencia de circular de cordón al nacimiento por lo tanto no hacerle atributivo de cesárea electiva, por la que a pesar de tener poblaciones similares con nuestro estudio, contradice al hallado en nuestro estudio. (40)

Según nuestros resultados y estudio; La asociación de maduración cervical incompleta con el tipo de parto tiene asociación estadísticamente significativa.

HASBON CARREÑO S. En un estudio sobre Longitud cervical como predictor de éxito en inducción de parto en nulíparas, realizado en el Hospital Clínica San Rafael de Nueva Granada ,concluye que las pacientes con puntaje de Bishop 0 a 3 tienen 2.33 veces la probabilidad de tener parto por cesárea (RR 2.33 IC95% 1.28-4.23 $p < 0.05$) resultado que es concordante con nuestro estudio. (41)

VALERA D, ESCUDERO F: al manejar una escala de Bishop mayor de 7 .La dosis única de 50 m g de Misoprostol por vía vaginal es una buena y segura alternativa para la maduración cervical e inducción del trabajo de parto vaginal haciendo coincidente a los resultados mostrados a este trabajo. (42)

PEREZ M, GUERRERO M. La valoración cervical se destacó por: dilatación 47,5% fue 0; 26,7% tuvieron 100% de borramiento; estación 49,2% tuvo C-3; consistencia blanda 61,7%; posición central 75,8%; BISHOP todas en inicio. Según condiciones previas a la

administración del medicamento teniendo una totalidad de efectividad para predecir el tipo de parto a efectuarse. (43)

ESPINOZA J. Se sugiere la estrategia de valoración cervical factible de ser aplicada en forma rutinaria siendo la escala de Bishop no valorativa para la predicción del tipo de parto no siendo coincidente con nuestro modelo de estudio de predicción de parto (44)

CHÁVEZ TACAS L. En el estudio, Predicción del parto vaginal a través de la puntuación Bishop en nulíparas inducidas con oxitocina de 41 y 42 semanas de gestación, atendidas en el Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé” – 2014. Donde se encontró que el grupo de gestantes con puntuación Bishop < 7 , el 32.8% de las gestantes finalizaron por parto vaginal a diferencia del 40% de gestantes que culminaron por cesárea, que coincide con los resultados de nuestro estudio. (45)

HERNANDEZ MARTINEZ A. En este estudio no coincidente sugieren elaborar un modelo predictivo de riesgo de cesárea en gestantes con inducción del trabajo de parto al ingreso hospitalario y al ingreso de sala de dilatación puesto que también al usar la escala de Bishop modificada hace falta sustituir el parámetro de la estación fetal por la paridad.(46)

Según nuestros resultados y estudio; La asociación de ponderado fetal inadecuado con el tipo de parto tiene asociación estadísticamente significativa.

ALEXANDER SALVIO LUQUE COYLA. En el estudio, Indicaciones y tasa de cesáreas en el hospital EsSalud III puno en el año 2016, coincide con el resultado de

nuestro estudio, concluye que el último ponderado fetal ecográfico, tiene asociación significativa con la indicación de cesáreas muy probable que esto se debe a la similitud en ambas poblaciones de las características antropométricas las mujeres. (47)

ARGUELLO CHÁVEZ JESSICA Y SÁNCHEZ MORENO LIZBETH. Granada Ecuador 2015 coincide con el resultado de nuestro estudio, concluyendo que el ponderado fetal inadecuado tiene asociación significativa con la indicación de las cesáreas, el tamaño de muestra utilizado en este estudio fue similar a nuestro estudio, esto podría ser la explicación de la similitud de los resultados de ambos estudios (48)

MANUEL ISAAC PÉREZ Tarapoto 2017 coincide con el resultado de nuestro estudio, concluyendo que el ponderado fetal inadecuado es una indicación estadísticamente significativo de la indicación de cesáreas, esto podrá tener explicación en el nivel de complejidad de las instituciones en las cuales se realizó el estudio. (49)

JOSÉ LUIS MEDINA HUIZA Lima 2015 concuerda con los resultados de nuestra investigación, al concluir que el ponderado fetal inadecuado (feto grande) fue la principal indicación fetal de cesárea, el diseño utilizado para este estudio varia con el nuestro, siendo este con mayor probabilidad la razón de la disimilitud de los resultados. (50)

BRICEÑO GRANDA LOJA Ecuador 2017 no coincide con los resultados de vuestra investigación, concluyendo que el pondera fetal inadecuado es la segunda causa fetal para indicación de cesáreas, las características antropométricas dela población serian la explicación de este resultado discrepante. (51)

ORTEGA RIVA ENGELS León Nicaragua 2017 no coincide con los resultados de nuestro estudio, concluyendo que el ponderado fetal no tiene asociación significativa con la indicación de las cesáreas, el resultado diferente podría explicarse en el diseño metodológico que uso el estudio en mención. (52)

Según nuestros resultados y estudio; La asociación de edad materna con el tipo de parto tiene asociación estadísticamente significativa.

BRAVO A. En un total de 264 pacientes mujeres a las que se realizó cesárea se aprecia que un numero de 107 pacientes que es igual 41% fueron mujeres de 15 a 20 años de edad, siendo este un índice elevado en comparación al menor índice que lo obtiene las mujeres mayores de 35 años con un valor obtenido de 12 pacientes que indica un 5% del total. (53)

NOVOA S. En un estudio de 45 pacientes que fueron sometidas a cesárea según la técnica de Pelosi, 39 cesáreas por primera vez, 5 segundas cesáreas y 1 tercera cesárea Las edades variaron entre los 16 y 39 años, con una media de 26 años haciendo coincidente el rango edad en cuanto a cesareada.(54)

SALVADOR Haciendo genérico y concluyente en este estudio de 24 hospitales, el número de partos en el periodo estudiado, la edad media de la madre, (rango entre hospitales: 29,4 a 31,5años) haciendo coincidente y similar a nuestro valor encontrado. (55)

JÁUREGUI M. La mayoría de la población se ubica en el período central de la etapa reproductiva. La edad mínima fue 14 años y la máxima 45 años. La mediana se ubicó en 26 años de edad. Según indicación de cesárea, las causas maternas son las que priman a diferencia como causa fetal de $25,40 \pm 6.71$ años, y para causa materno-fetal la media de 23.26 ± 5.24 años no siendo coincidente y resumiendo las causas de grupos etarios. (56)

GARCÍA E. En un estudio nacional en MEXICO se encuentra que el número de partos desciende a mayor edad, excepto en el grupo de mayores de 45 años, donde habría que observar el motivo por el cual cambia la tendencia, aunque seguramente se pueda aventurar el hecho de que la condición de multíparas, siendo no coincidente con el trabajo a pesar de que se habla de la evolución de la cesárea. (57)

GUZMÁN V. Y si habláramos asociado a tallas el promedio de edad de la madre en púerperas primíparas menores de 146 cm e igual o mayor a 146 cm fue $23 \pm 4,9$ años y $23,5 \pm 4,1$ años, respectivamente haciendo mucha diferencia con nuestro trabajo pueda que sea influyente la talla, factor omitido en nuestro estudio.(58)

Según nuestros resultados y estudio; La asociación del antecedente de aborto con el tipo de parto tiene asociación estadísticamente significativa.

PACHECO Y. En un estudio coincidente con el diseño de casos y controles se tiene que de 117 pacientes que (48,7%) contaban con 0 abortos de los cuales 3 pacientes con aborto previo (1.25%) y en cambio en el grupo controles 104 pacientes (43.3%) de la población

no contaba con ningún aborto y pacientes (4.1%) contaba con 1 aborto y solo 6 pacientes (2,5%) con 2 abortos, haciendo un mínimo de abortos como en nuestro caso. (59)

SALGADO A. También se debe asumir que no hay abortos en una población dado que no hubo diferencias significativas, en, amenazas de aborto, abortos, haciendo coincidente a la forma de asumir los valores finales encontrados. (60)

PAREDES J. En cuanto a las cesáreas los antecedentes de aborto han resultado ser de valores mínimos como en este estudio que muestra abortos (OR: 0.08; IC95%: 0.04 – 0.16; $p < 0.001$). (61)

ARANDA D. Si se quiere saber en puérperas de pacientes cesareada, se hace no coincidente, del total de puérperas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica, el 80% tuvieron paridad extrema, antecedente de aborto 14%, antecedente de cesárea 100%.(62)

TEJEDO A. Cuando hablamos de cesáreas en adolescentes veremos no coincidencias como se ve en 84 gestantes adolescentes cesareada, el 69.0% el 22.6% tienen antecedente de aborto. Hubo diferencias debido en que este estudio se tomó solo adolescentes. (63)

TEJEDO R. Asumiendo que las pacientes sean adolescentes y que solo se vea la condición sociodemográfica de la selva peruana se observará valores no coincidentes como: El 26.4% de las gestantes adolescentes con parto en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas refirieron antecedente de aborto. (64)

Según nuestros resultados y estudio; La asociación de inicio de controles prenatales con el tipo de parto tiene asociación estadísticamente significativa.

SÁENZ C. en este estudio añaden que No tuvieron control prenatal adecuado 61,9% y 59,4% gestantes que fueron a parto vaginal y a cesárea, respectivamente estos resultados coincidentes significativito debido al modelo de estudio y a la finalidad de establecer el tipo de parto.(65)

NOEL VARGAS G. hay un alto índice de mujeres embarazadas que no planificaron su embarazo representando así el 58% es por ello que influye en la no asistencia continua al control prenatal ya que al ser un embarazo no deseado no le tomaran gran importancia en acudir al mismo y es por ello que esto puede desencadenar con la presencia de problemas obstétricos y así elevando el número de cesáreas para evitar dichas complicaciones mostrando concordancia con nuestro diseño d estudio se muestras significancias similares.(66)

GARCÍA G. En el grupo donde hubo frecuencias de seguimiento de control se coincide el estudio mostrando estos resultados de un total de 15 823 gestantes El 25.5% ha asistido de uno a tres controles prenatales y 74.17% a cuatro o más controles ($p=0.0004$). Asimismo, el 67.22% asistió a CPN en el primer trimestre de gestación, 25.17% en el segundo trimestre y 7.28% en el tercer trimestre ($p=0.005$). (67)

MENDOZA L. Esta investigación mostró que la edad materna de mayor riesgo para una mala adherencia al CPN es la adolescencia. Lo que no es coincidente puesto que en nuestro estudio se mostró significancia para acudir al control prenatal. (68)

CASTILLO L. En cuanto a la adherencia se mostró significativo en nuestro trabajo y este estudio no coincidente se halló una media para control prenatal de 6.37 en los de parto vaginal y de 6.58 en los de cesárea ($p = 0.1950$).asumimos por otros factores intervinientes y diferencia de poblaciones al nuestro. (69)

ECHAIS F. De 517 gestantes se obtuvo un resultado no coincidente de las que se resalta que El 71,5% de los casos tuvo control prenatal adecuado, 19,3% inadecuado y 9,2% no tuvo control prenatal teniendo en cuenta que se trata de la geografía y las labores domésticas maternas.(70)

CONCLUSIONES

El bienestar fetal tiene asociación estadística significativa con la indicación de las cesáreas en el Hospital II Essalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.

La maduración cervical tiene asociación estadística significativa con la indicación de las cesáreas en el Hospital II Essalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.

El ponderado fetal tiene asociación estadística significativa con la indicación de las cesáreas en el Hospital II Essalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.

El promedio de edad en las gestantes es de 28 años, y la edad más frecuente es 27 años.

El grado de instrucción más prevalente es el superior completa.

La indicación de cesárea con más prevalencia es la cesárea previa.

Hay asociación estadística entre el inicio de controles prenatales, antecedente de aborto, edad de la madre gestante con la indicación de las cesáreas.

No hay asociación estadística entre el grado de instrucción y la indicación de cesáreas.

La posición cervical más prevalente es la posterior. El puntaje más prevalente en la prueba de bienestar fetal no estresante es de 8 puntos. El puntaje más frecuente del test de Bishop es de 10 puntos.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Para disminuir el número de cesárea en el centro hospitalario es recomendable la prevención como factor fundamental, poniendo énfasis al control pre-natal y a los factores de riesgo obstétrico (edad, paridad, antecedentes patológicos personales y familiares, antecedentes Gineco-Obstetricos, control prenatal apropiado, factor socioeconómico). Así mismo la aplicación del protocolo establecido para cada complicación.

Las indicaciones relativas de cesáreas deben ser bien precisadas, evaluadas y de ser posible discutidas en una junta médica para una decisión final.

La conducción del parto deber ser cumpliendo lo establecido en el partograma.

El manejo de la gestante y el parto debe ser en conjunto que incluye al obstetra, Gineco-obstetra y neonatólogo.

LIMITACIONES

En el desarrollo de la investigación no se encontró limitaciones algunas.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. OCDE, OMS (2003) *Pobreza y salud*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y Organización Mundial de la Salud.
2. Abalos E. Técnicas y materiales alternativos para cesárea, Abril 2009. Disponible en : <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/caesarean-section-4>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-Perú, 2013. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/Libro.pdf
4. Manuel Bernardo Paiba Samamé, Glenda Dayani Salazar Guadalupe. causas de cesáreas en el hospital provincial docente belén de Lambayeque, 2014 [tesis]. Lambayeque: universidad nacional Pedro Ruiz gallo. Facultad de medicina humana; 2015
5. Villaverde R. Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud.[Tesis para optar el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Zaragoza - España. Universidad de Zaragoza; 2009.
6. Paz M, Tapia I, Duque S. Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero – Diciembre de 2011. Revista Médica HJCA 2014; 6(1): 46-50.
7. Julio Miguel Bustamante-Núñez, Oscar Eduardo Vera-Romero, Jorge Limo-Peredo, Julio Patazca-Ulfe. Frecuencia e Indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque 2010-2011.
8. Carpio Baron, Walter Vidauro. Operación Cesárea: Incidencia e Indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012.
9. Echáis José Fernando, Cesárea: Experiencia en el Hospital General De Oxapampa. Perú 2004. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol150_n2/a05.htm
10. Puri Casuística de complicaciones de parto que terminaron en cesárea (Tesis para optar el título de obstetra).Huánuco: Universidad de Huánuco; 2016.
11. Rubio JA, Sabogal JC. Operación cesárea. En: Ñanez H, Ruiz AI. Texto de Obstetricia Y perinatología. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Maratón; 1999.
12. Creasy RK, Resnik R. Medicina Fetal Materna. 6a ed. Filadelfia: WB Saunders; 2009.
13. Robson SJ, Tan WS, Adeyemi A, Estimado KBG. Estimación de la tasa de cesárea Sección de la Solicitud Materna Anónimo Encuesta de Obstetras en Australia. Nacimiento 2009; 36: 208 - 212.

14. Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW et al. Sincronización De la cesárea de repetición electiva a término ya los resultados neonatales. *N Engl J Med* 2009; 360 (2): 111 - 120°C.
15. Magann EF, Chauhan SP, Bufkin L, Campo K, Roberts WE, Martin JN Jr. Intraoperatoria Hemorragia por expansión contundente versus aguda de la incisión uterina En la cesárea: un ensayo clínico aleatorizado. *BJOG* 2002; 109 (4): 448 - 52.
16. Walsh CA. La cesárea basada en la evidencia. *Opinión Actual Obstet Gynecol* 2010; 22: 110 - 115.
17. Currea-Guerrero S. La adaptación neonatal inmediata. Bogotá: Unibiblos; 2004: 19-32.
18. Hutton EK, Hassan ES. Pinzamiento tardío o temprano del cordón umbilical a término Neonatos: revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados. *JAMA* 2007; 297 (11): 1241 - 1252.
19. Baksu A, Kalan A, Ozkan A, Baksu B, Tekelioğlu M, Goker N. El efecto de Método de extracción placentaria y sitio de reparación uterina en endometritis postcesariana Y la pérdida de sangre operativa. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84 (3): 266 - 269.
20. Centro Nacional Colaborador para la Salud de la Mujer y el Niño encargado Por el Instituto Nacional de Excelencia Clínica. Cesárea Sección Clínica Guía; 2004. [consultado el 1 de junio de 2010]. Disponible en: [http:// Guidance.nice.org.uk/CG13/Guidance/pdf/English](http://Guidance.nice.org.uk/CG13/Guidance/pdf/English)
21. Dodd JM, Anderson ER, Gates S. Técnicas quirúrgicas para la incisión uterina y Cierre uterino en el momento de la cesárea. *La Base de Datos Cochrane de Reseñas* 2008, Número 3. Art. CD004732. DOI: 10.1002 / 14651858. CD004732.pub2.
22. Chapman SJ, Owen J, Haut JC. Cierre de una contra dos capas de una capa baja transversal Cesárea: El próximo embarazo. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 16-18.
23. Walsh CA, Walsh SR. Reparación uterina extraabdominal versus intraabdominal en la cesárea Entrega: un metaanálisis. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200 (6): 625e1 - 8.
24. Walsh CA. La cesárea basada en la evidencia. *Opinión Actual Obstet Gynecol* 2010; 22: 110 - 115.
25. Bamigboye AA, Hofmeyr GJ. Cierre versus no cierre del peritoneo a la sección de cesárea. *La Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2003, Número 4. Art. CD000163. DOI: 10.1002 / 14651858.CD000163.
26. Holmgren G, Sjöholm L, Stark M. El método de Misgav Ladach para la cesárea: Descripción del método. *Acta Obstet Gynecol Scandinavica* 1999; 78: 615 - 621.
27. Red de Directrices Intercolegiales de Escocia. Profilaxis del Tromboembolismo Venoso. Una guía clínica nacional. *SIGN Directriz* 2002; (2).

28. Cowan RK, Kinch RA, Ellis B, Anderson R. Ensayo de parto después de la cesárea entrega. *Obstet Gynecol.* 1994; 83: 933 - 936.
29. Carrera JM. Monitorización fetal anteparto. Barcelona: Editorial Salvat; 1980.
30. Caldeyro Barcia R. Monitorización fetal. Monografía CLAP. Montevideo; 197
31. Aladjem S, Ferial A, Rest J, et al. Fetal Heart Rate Respuestas a Movimientos Fetales. *Br J Obstet Gynaecol* 1977; 84: 487 - 91.
32. Reche A, Gallo M. Posición materna y embarazo. I. Cinética fetal. *Prog Obstet Ginec* 1990; 33: 357 – 67
33. Gallo M, Navarrete L. Prueba de la oxitocina. Es: Fabre E, Editor. *Manual de Asistencia al Embarazo Normal.* 2ª ed. Capítulo 21. Zaragoza: INO Reproducciones, S.A., 2001
34. Pose S, Castillo JB, Rojas EO, Caldeyro-Barcia R. Prueba de tolerancia fetal De las contracciones uterinas inducidas para el diagnóstico de angustia. En: *Factores Perinatales que Afectan al Desarrollo Humano.* P.A.H.O. Publicación Científica nº 185, 1969.
35. Cano Bartolo Marisol Violeta. Monitorización cardiotocográfico fetal como predictor de sufrimiento fetal agudo en gestantes de labor de parto, hospital regional Hermilio Valdizán de Huánuco, 2015 y 2016.[tesis Para optar el Grado de especialista en monitoreo materno fetal y ecográfico].Huánuco: universidad de Huánuco;2017
36. Cotrina Soto Rosalvina Y. relación entre monitoreo fetal electrónico y bienestar del recién nacido centro de salud “Carlos Showing Ferrari- 2015.”. [Tesis Para optar el Grado de especialista en monitoreo materno fetal y ecográfico].Huánuco: universidad de Huánuco; 2017.
37. Coaquira Tichuanca Vilma L. Hallazgos cardiotocográficas de gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital Manuel Ángel Higa Arakaki satipo - Junín 2015. [Tesis Para optar el Grado de especialista en monitoreo materno fetal y ecográfico].Lima: Universidad San Martin de Porras; 2017.
38. Sagua Ticona Aleli M. Estado fetal no reactivo anteparto y los resultados perinatales en gestantes atendidas por cesárea en el Instituto Nacional Materno Perinatal, julio – octubre 2016 [tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia] Lima: Universidad Mayor de San Marcos-2016.
39. Morán Rodríguez Verónica G. Presencia de la onda lambda en la cardiotocografía y diagnóstico de distocia funicular en gestantes atendidas en el hospital san juan de Lurigancho en el año 2014 [tesis para optar el título de especialista en monitoreo fetal y diagnóstico por imágenes en obstetricia] Lima: Universidad San Martin de Porras; 2017.
40. Tello Perea Fernando. “Valor predictivo de la cardiotocografía externa en el diagnóstico de circular de cordón umbilical en recién nacidos de madres atendidas en el hospital regional de Loreto. Enero-diciembre 2014” 2014 [tesis para optar el

- título de Médico Cirujano] Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2017.
41. Hasbon Carreño Sara L. Longitud cervical como predictor de éxito en inducción de trabajo de parto en nulíparas [tesis para optar al título de especialista en ginecología y obstetricia] España: universidad del rosario 2012
 42. Daniel Valera, francisco escudero. Maduración cervical e inducción del trabajo de parto con Misoprostol vía vaginal. Ginecol. obstet. 2015; 43 (2) : 142-146
 43. Pérez Barboza Mónica M. estudio comparativo del uso del Misoprostol y la oxitocina en la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto en pacientes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital Minsa II-2 tarapoto, junio - noviembre 2016. [tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia] Tarapoto: Universidad Nacional de Tarapoto. 2017.
 44. Espinoza Ramos Juan C. Valor predictivo de la cervicometría en el fracaso de la inducción de parto en gestantes mayores de 41 semanas, en el Hospital Belén de Trujillo. 2014 [tesis para optar el título de Médico Cirujano] Trujillo: universidad privada Antenor Orrego; 2017.
 45. Chávez Tacas Liseth R. Predicción del parto vaginal a través de la puntuación Bishop en nulíparas inducidas con oxitocina de 41 y 42 semanas de gestación, atendidas en el Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé” – 2014. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia] Lima: Universidad Mayor de San Marcos-2015.
 46. Hernandez Martínez Antonio .Inducción del trabajo de parto [tesis doctoral] Albacete-2014
 47. Alexander Salvio Luque Coyla .indicaciones y tasa de cesáreas en el hospital EsSalud iii puno en el año 2016 [tesis para optar el título de Médico Cirujano] Trujillo: universidad privada Antenor Orrego; 2017. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2017
 48. Arguello j. Sánchez I. “Causas que inciden en la realización de cesáreas en el hospital provincial Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda durante el segundo semestre del año 2015, en relación al indicador establecido por la organización mundial de la salud (OMS)” [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia] Ecuador: Universidad estatal de bolívar facultad de ciencias de la salud y del ser humano: 2016.
 49. Cristian Tarazona Jiménez. “Incidencia y principales indicaciones de cesáreas en el hospital Minsa, nivel ii-2, tarapoto. Periodo enero-diciembre del 2016” [tesis para optar el título de Médico Cirujano] Tarapoto: Universidad Nacional de Tarapoto. 2017.
 50. José Luis Medina Huiza. “Factores asociados a la indicación de cesárea en el hospital nacional dos de mayo de enero a diciembre del 2015” [tesis para optar el título de Médico Cirujano] Lima: universidad Ricardo Palma. 2016.

51. Briceño Granda Jimmy Israel. “incidencia e indicaciones de cesárea de las mujeres atendidas en el hospital regional isidro ayora de la ciudad de loja, periodo junio a noviembre del 2015” [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]Ecuador: Universidad Nacional De Loja; 2017
52. Engels Francisco Ortega Rivas. “Comportamiento clínico de la macrostomia fetal en el HEODRA, durante julio de 2014 a junio de 2016”” [Tesis Para optar al título de Especialista en Pediatría] Nicaragua: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA – LEÓN; 2017
53. Bravo Neira alyssa. criterios clínicos quirúrgicos para realizar cesárea, estudio a realizar en el hospital “Federico bolaños Moreira”, periodo 2014 - 2015[tesis para optar el título de médico cirujano]ecuador: universidad de Guayaquil, 2016
54. Salomón Novoa. CESÁREA TIPO PELOSI, Ginecol. obstet. 2014; 43 (2) : 142-146.
55. Librero J, Salvador P, Belda A, Calabuig J., porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes, Rev. Esp Salud Pública. 2014; 88:315-326.
56. María Paz Jáuregui, Ítalo Tapia, Sandra Duque, Gabriela Gárate, Germán Montes de oca, Mariana Gaybor. Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero – Diciembre de 2011; revista médica HJCA, 2013.
57. García Alonso Elena María. Evolución del nacimiento por cesárea: el caso de México, centro de estudios demográficos, urbanos y ambientales, el colegio de méxico-2016
58. Violeta guzmán, patricia García, Humberto Liu. talla materna baja como factor de riesgo de cesárea. ginecol. obstet. 2014; 47 (2): 117-120.
59. Pacheco Vallejo Yesica. Asociación de las indicaciones de la operación cesárea en embarazados adolescentes comparados con mujeres de 20-35 años en hospital de especialidades del niño y la mujer en el periodo enero-diciembre del 2013. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]México: Universidad autónoma de Querretaró.2015
60. García-Salgado Arturo, Sonia Sánchez-Chávez, Pablo Mariano González Aldeco. Embarazo adolescente: resultados obstétricos, Rev. Hosp Jua Mex 2017; 84(1): 8-14
61. Julio Cesar Paredes Arbildo. características de las cesáreas atendidas en el hospital ii-2 de tarapoto 2014. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Iquitos: Universidad de la Amazonia Peruana. 2015.
62. Díaz Aranda d. "a-antecedentes obstétricos y hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas En el hospital departamental de Huancavelica"[tesis para optar el título de licenciada en obstetricia] Huancavelica: universidad nacional de Huancavelica, 2015.

63. Tejedo López Andy Richard. Características de las cesáreas de las adolescentes en el hospital regional de Loreto enero a setiembre del 2015. [Tesis para optar el título de médico cirujano] Iquitos: universidad de la amazonia peruana. 2016.
64. Tejedo Huamán Rodney. Características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes adolescentes con parto en el hospital santa gema de Yurimaguas 2014. [Tesis para optar el título de médico cirujano] Iquitos: universidad de la amazonia peruana. 2015.
65. Claudia Natalia Sáenz, Sara Rosalía Santana, Luis Torres. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareada previas: comparación de complicaciones materno neonatales 2015.50. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.232-237
66. Noel Vargas Karin, factores asociados al abandono del control prenatal en el centro de salud los libertadores, distrito de San Martín de Porras. Marzo a mayo 2016. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]Lima: Universidad San Martin de Porras.2016.
67. César García-Balaguera . Barreras de acceso y calidad en el control prenatal, Rev. Fac. Med. 2017 Vol. 65 No. 2: 305-10 305.
68. Mendoza L, Arias M, Peñaranda C, Mendoza L, Manzano S, Varela. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal, REV CHIL OBSTET GINECOL 2015; 80(4): 306 – 315.
69. Luis Felipe Castillo Oliva, factores predictores de parto vaginal en cesárea previas. [tesis para optar el grado de maestro en medicina con mención en ginecología y obstetricia]Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.2017.
70. Echáis Fernando. Cesárea. Experiencia en el hospital general de Oxapampa, Ginecol. obstet. 2004; 50 (2) : 106-110

ANEXOS

ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“RELACIÓN DEL BIENESTAR FETAL PATOLÓGICO, LA MADURACIÓN CERVICAL INCOMPLETA, EL PONDERADO FETAL INADECUADO, CON LA INDICACIÓN DE LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO, DE ENERO A DICIEMBRE, AÑO 2016”

La presente **FICHA** se ha diseñado con el fin obtener información relevante que permita identificar las características que pudieran estar relacionadas con la cesárea.

N° DE FICHA:.....

FECHA:/...../.....

ENTREVISTADOR:.....

I. CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS

EDAD DE LA PACIENTE

.....
 EDAD GESTACIONAL:

.....
 GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- 0.ANALFABETO
- 1.PRIMARIA INCOMPLETA
- 2.PRIMARIA COMPLETA
- 3.SECUNDARIA INCOMPLETA
- 4.SECUNDARIA COMPLETA
- 5.SUPERIOR INCOMPLETA
- 6.SUPERIOR COMPLETA

INICIO DE CONTROLES PRENATALES:

- 0.I TRIMESTRE
- 1.II TRIMESTRE
- 2.III TRIMESTRE

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

- PARTOS VAGINALES:
 - 0.NO
 - 1.SI
- ABORTOS:

- 0.NO
- 1.SI
- CESAREAS
 - 0.NO
 - 1.SI

II. CARACTERÍSTICAS DE LA OPERACIÓN CESÁREA:

INDICACION:

- 0.CESÁREA PREVIA
- 1.MACROSOMIA FETAL
- 2.DISTOCIA CERVICAL
- 3.DISTOCIA FUNICULAR
- 4.DESPROPORCIÓN CEFALO PELVICA
- 5.DISTOCIA DE PRESENTACION
- 6.SUFRIMIENTO FETAL AGUDO
- 7.RPM
- 8.PRECLAMSIA

III. DATOS CARDIOTOCOGRÁFICOS:

1. FRECUENCIA CARDIACA FETAL BASAL:

2. VARIABILIDAD DE LATIDOS CARDIACOS FETALES:

3. ACELERACIONES CARDIACOS FETALES:

4. DESACLERACIONES CARDIACOS FETALES:

- 0.DIPS TIPO I (PRECOZ)
- 1.DIPS TIPO II(TARDIO)
- 2.DIPS TIPO III(VARIABLE)

5. CONTRACCIONES UTERINAS:

IV. DATOS DE MADURACIÓN CERVICAL:

1. DILATACIÓN CERVICAL:

2. BORRAMIENTO CERVICAL:

3. ALTURA DE PRESENTACIÓN:

.....

4. CONSISTENCIA:

- 0.FIRME
- 1.REBLANDECIDO
- 2.BLANDO

5. POSICION:

- 0.ANTERIOR
- 1.POSTERIOR
- 2.MEDIA

V. DATOS DE ULTIMO PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO:

.....

ANEXO N° 2

CLASIFICACIÓN DE DATOS

La clasificación de los datos se realizará de acuerdo a las categorías o valores de las respuestas que toman las variables:

Variables cuantitativas:

Pregunta (1) De acuerdo a la Historia Clínica. ¿Cuál es la edad actual de la paciente?

Pregunta (2) De acuerdo a la Historia Clínica. ¿Cuál es la edad gestacional de la paciente según la ecografía?

Pregunta (3) De acuerdo a la Historia Clínica. ¿Cuál fue la frecuencia cardiaca fetal?

Pregunta (4) De acuerdo a la Historia Clínica ¿De cuánto fue la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal?

Pregunta (5) De acuerdo a la Historia Clínica ¿De cuánto fueron las aceleraciones cardiacas fetales?

Pregunta (6) De acuerdo a la Historia Clínica ¿De cuánto fueron las contracciones uterinas?

Pregunta (7) De acuerdo a la Historia Clínica ¿De cuánto fue la dilatación cervical?

Pregunta (8) De acuerdo a la Historia Clínica ¿De cuánto fue el borramiento cervical?

Pregunta (9) De acuerdo a la Historia Clínica ¿De cuánto fue la altura de presentación?

Pregunta (10) De acuerdo a la Historia Clínica ¿De cuánto es el ponderado fetal?
MENOR

Variables cualitativas:
Pregunta (11) De acuerdo a la Historia Clínica ¿Qué grado de nivel de educación presenta usted? Analfabeto, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, superior incompleta, superior completa.

Pregunta (12) De acuerdo a la Historia Clínica. ¿Cuándo fue el inicio de los controles prenatales? I Trimestre, II Trimestre, III Trimestre.

Pregunta (13) De acuerdo a la Historia Clínica ¿La paciente tuvo antecedente de partos vaginales? Si, No.

Pregunta (14) De acuerdo a la Historia Clínica ¿La paciente tuvo antecedente de aborto? Si, No.

Pregunta (15) De acuerdo a la Historia Clínica ¿La paciente tuvo antecedente de cesárea? Si, No.

Pregunta (16) De acuerdo a la Historia Clínica ¿Cuál fue la indicación de la cesárea? Cesárea previa, macrosomía fetal, distocia cervical, distocia funicular, desproporción cefalopelvica, distocia de presentación, sufrimiento fetal agudo, Ruptura prematura de membranas, preclamsia.

Pregunta (17) De acuerdo a la Historia Clínica ¿De cuánto fueron las desaceleraciones cardiacos fetales? DIPS TIPO I (PRECOZ); DIPS TIPO II (TARDIO); DIPS TIPO III (VARIABLE)

Pregunta (18) De acuerdo a la Historia Clínica ¿cómo fue la consistencia cervical? FIRME; REBLANDECIDO; BLANDO

Pregunta (19) De acuerdo a la Historia Clínica ¿Cómo fue la posición cervical? ANTERIOR; POSTERIOR

ANEXO N° 3

CODIFICACIÓN DE DATOS

1 ¿Cuál es la edad actual de la paciente?

.....

2 ¿Cuál es la edad gestacional previa la cesárea de la paciente?

.....

3 ¿Cuál es la frecuencia cardiaca fetal?

.....

4 ¿De cuánto fue la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal?

.....

5 ¿De cuánto fueron la aceleraciones de la frecuencia cardiaco fetal?

.....

6 ¿De cuánto fueron las contracciones uterinas?

.....

7 ¿De cuánto fue la dilatación cervical?

.....
8 ¿De cuánto fue el borramiento cervical?
.....

.....
9 ¿D cuanto fue la altura de presentación?
.....

.....
10 ¿Cuánto es el ponderado fetal?
.....

.....
11 ¿Qué grado de nivel de educación tiene la paciente?

- 0. Analfabeto
- 1. Primaria incompleta
- 2. Primaria completa
- 3. Secundaria incompleta
- 4. Secundaria completa
- 5. Superior incompleta
- 6. Superior completa

12 ¿Cuándo fue el inicio de controles prenatales de la paciente?

- 0. I Trimestre
- 1. II Trimestre
- 2. III Trimestre

13 ¿La paciente tiene antecedentes de partos vaginales?

- 0. No
- 1. Si

14 ¿La paciente tiene antecedentes de aborto?

- 0. No
- 1. Si

15 ¿La paciente tiene antecedentes de cesárea?

- 0. No
- 1. Si

16 ¿La paciente tiene antecedentes cual fue la indicación de la cesárea?

- 0. Cesárea previa
- 1. Macrosomía fetal
- 2. Distocia cervical
- 3. Distocia funicular
- 4. Desproporción céfalo pélvica
- 5. Distocia de presentación
- 6. Sufrimiento fetal agudo
- 7. Ruptura prematura de membranas
- 8. Preclamsia

17 ¿Cómo fueron las desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal?

0. DIPS 1(PRECOZ)

1. DIPS 2(TARDIO)

2. DIPS 3(VARIABLE)

18 ¿Cómo fue la consistencia cervical?

0. Firme

1. Reblandecido

2. Blando

19 ¿Cuál fue la posición cervical?

0. Anterior

1. Posterior

2. Media

17 ¿Cómo fueron las desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal?

0. DIPS 1(PRECOZ)

1. DIPS 2(TARDIO)

2. DIPS 3(VARIABLE)

18 ¿Cómo fue la consistencia cervical?

0. Firme

1. Reblandecido

2. Blando

19 ¿Cuál fue la posición cervical?

0. Anterior

1. Posterior

2. Media

ANEXO N° 4

PLANILLA JUICIO DE EXPERTOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO”
E. A. P. DE MEDICINA HUMANA**



Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento **FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE LAS GESTANTES QUE TERMINARON EN CESAREA EN EL HOSPITAL II ES SALUD HUANUCO** , que hace parte de la investigación **RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR FETAL PATOLOGICO, LA MADURACIÓN CERVICAL INCOMPLETA, Y EL PONDERADO FETAL INADECUADO CON LA INDICACIÓN DE LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO, DE ENERO A DICIEMBRE, AÑO 2016.**

La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL JUEZ:

FORMACION ACADEMICA:

AREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:

TIEMPO:

INSTITUCION Y CARGO ACTUAL:

Objetivo de la investigación: Determinar la relación del bienestar fetal, la maduración cervical, el ponderado fetal con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.

Objetivo del juicio de expertos: Validar contenido en una prueba diseñada por los investigadores.

Objetivo de la prueba: Recolectar información socio epidemiológicas de las gestantes que terminaron en cesárea en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

CATEGORIA CALIFICACIÓN INDICADOR

SUFICIENCIA

Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta.

1. **No cumple con el criterio:** Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
2. **Bajo Nivel:** Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total.
3. **Moderado nivel:** Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
4. **Alto nivel:** Los ítems son suficientes

CLARIDAD

El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.

1. **No cumple con el criterio:** El ítem no es claro.
2. **Bajo Nivel:** El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
3. **Moderado nivel:** Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
4. **Alto nivel:** El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.

COHERENCIA

El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.

1. **No cumple con el criterio:** El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
2. **Bajo Nivel:** El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
3. **Moderado nivel:** El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
4. **Alto nivel:** El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.

RELEVANCIA

El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.

1. **No cumple con el criterio:** El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
2. **Bajo Nivel:** El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este.
3. **Moderado nivel:** El ítem es relativamente importante.
4. **Alto nivel:** El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

CALIFICACION

CATEGORI	SUFICIENCI	CLARIDA	COHERENCI	RELEVANCI
A	A	D	A	A

PUNTAJE				

RANGO: 80-100: ALTO NIVEL; 60-79: MODERADO NIVEL; 40-59: BAJO NIVEL; < 59: NO CUMPLE CON EL CRITERIO

ANEXO N° 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE LA INVESTIGACION:

RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR FETAL PATOLÓGICO, LA MADURACIÓN CERVICAL INCOMPLETA Y EL PONDERADO FETAL INADECUADO CON LA INDICACIÓN DE LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO, DE ENERO A DICIEMBRE, AÑO 2016.

Estimado:

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida si debe participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios

Los investigadores a cargo de este estudio cursan el 6to año en la Escuela académico Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Este proyecto determinara la relación de bienestar fetal patológico, maduración cervical incompleta y el ponderado fetal inadecuado con la indicación de las cesáreas, cuyo resultado contribuirá como guía para orientar a las autoridades, puedan conocer los desencadenantes de la alta tasa de cesáreas en nuestra población y tomar acciones al respecto

El estudio es completamente voluntario. Los participantes pueden abandonar el estudio en cualquier momento sin ser sancionado por esto.

Para la recolección de información relacionada con este estudio se consta con una ficha de recolección de datos donde se pretende determinar las principales características de las variables estudiadas.

En este estudio los participantes pueden sentir que se vulnera su privacidad, sin embargo, en ningún momento del estudio, se juzgará ninguna información o los resultados obtenidos del estudio.

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento.

La información personal que se recolectará en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona. Los resultados de la investigación se darán a conocer a la institución.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones científicas, pero la identidad del participante no será divulgada.

La información será revisada por el Comité de Ética del hospital II Essalud Huánuco, el cual está conformado por un grupo de personas quienes realizarán la revisión independiente de la investigación según los requisitos que regulan la investigación.

El participante puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos que usted solicite expresamente que su identificación y su información sea borrada de nuestra base de datos. En el momento que el participante decida retirar su participación deberá informar al grupo investigador si desea que sus respuestas sean eliminadas, y los resultados de la evaluación serán incinerados.

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas sus preguntas.

Si usted firma aceptando participar en este estudio, recibirá una copia firmada.

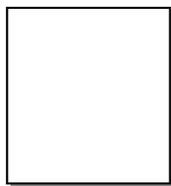
En caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos como participante podré comunicarme con los entrevistadores.

Hilario Santiago, Félix TELEFONO: 953989942

Huacho Susanivar Russell Hernán TELEFONO: 965067650

Agradecemos su gentil colaboración.

Huánuco,..... de..... del 2017



Huella digital

Firma y Nombre del Participante

Firma de los Investigadores

ANEXO N°6**ASENTIMIENTO INFORMADO****TITULO DE LA INVESTIGACION:**

RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR FETAL PATOLÓGICO, LA MADURACIÓN CERVICAL INCOMPLETA Y EL PONDERADO FETAL INADECUADO CON LA INDICACIÓN DE LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO, DE ENERO A DICIEMBRE, AÑO 2016.

Estimado Padre de Familia:

Su menor hijo (a) ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida si ella debe participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios

Los investigadores a cargo de este estudio cursan el 6to año en la Escuela académico Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Este proyecto determinara la relación de bienestar fetal patológico, maduración cervical incompleta y el ponderado fetal inadecuado con la indicación de las cesáreas, cuyo resultado contribuirá como guía para orientar a las autoridades, puedan conocer los desencadenantes de la alta tasa de cesáreas en nuestra población y tomar acciones al respecto

El estudio es completamente voluntario. Los participantes pueden abandonar el estudio en cualquier momento sin ser sancionado por esto.

Para la recolección de información relacionada con este estudio se consta con una ficha de recolección de datos donde se pretende determinar las principales características de las variables estudiadas.

En este estudio los participantes pueden sentir que se vulnera su privacidad, sin embargo, en ningún momento del estudio, se juzgará ninguna información o los resultados obtenidos del estudio.

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento.

La información personal que se recolectará en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona. Los resultados de la investigación se darán a conocer a la institución.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones científicas, pero la identidad del participante no será divulgada.

La información será revisada por el Comité de Ética del hospital II Essalud Huánuco, el cual está conformado por un grupo de personas quienes realizarán la revisión independiente de la investigación según los requisitos que regulan la investigación.

El participante puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos que usted solicite expresamente que su identificación y su información sea borrada de nuestra base de datos. En el momento que el participante decida retirar su participación deberá informar al grupo investigador si desea que sus respuestas sean eliminadas, y los resultados de la evaluación serán incinerados.

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas sus preguntas.

Si usted firma aceptando participar en este estudio, recibirá una copia firmada.

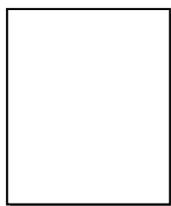
En caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos como participante podré comunicarme con los entrevistadores.

Hilario Santiago, Félix TELEFONO: 953989942

Huacho Susanivar Russell Hernán TELEFONO: 965067650

Agradecemos su gentil colaboración.

Huánuco,..... de..... del 2017



Huella digital

Firma y Nombre del Participante

Firma de los Investigadores

ANEXO N° 8

DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

A. INTRODUCCION

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.
2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.
3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están subrepresentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.
7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
8. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.
9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar

el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS PARA TODA INVESTIGACION MÉDICA

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

12. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica,

en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.

14. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.

15. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

16. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

17. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

18. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsible para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

19. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

20. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

21. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.

22. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

23. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

24. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo

potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

25. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podría ser una amenaza para su validez. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

26. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

27. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

28. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

29. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

30. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las

normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA

31. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

32. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente, excepto en las siguientes circunstancias:

- El uso de un placebo, o ningún tratamiento, es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente.

- Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de un placebo es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención que no implique un riesgo, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo o ningún tratamiento. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

33. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

34. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

ANEXO N° 9

MATRIZ DE CONSISTENCIA					
Problema	Hipótesis	Objetivos	Variables	Indicador	Fuente
<p>¿ Existe relación entre EL BIENESTAR FETAL PATOLÓGICO, LA MADURACIÓN CERVICAL INCOMPLETA, EL PONDERADO FETAL INADECUADO CON LA INDICACIÓN DE LAS CESÁREAS en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016?</p>	<p>Hipótesis general : El bienestar fetal patológico, la maduración cervical incompleta y el ponderado fetal inadecuado tienen relación con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre el bienestar fetal patológico, la maduración cervical incompleta y el ponderado fetal inadecuado con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.</p> <p>Objetivos específicos: -Determinar la relación del bienestar fetal patológico con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016. -Determinar la relación de la maduración cervical incompleta con la indicación de las cesáreas, en el Hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016. -Determinar la relación del ponderado fetal inadecuado con</p>	<p>Variable dependiente: Cesárea</p> <p>Variables independientes: Bienestar fetal</p>	<p>Programada (electiva);No programada (Emergencia)</p> <p>Parto vaginal eutócico Parto vaginal distócico</p> <p>PBF Normal -Frecuencia cardíaca basal: 110 - 160 lat./min -Variabilidad moderada -Descensos tardíos o variables: ausentes -Desaceleraciones tempranas: presentes o ausentes -Aceleraciones: presentes o ausentes</p> <p>PBF patológico -Frecuencia cardíaca :Puede haber bradicardia sin disminuir la variabilidad, Taquicardia</p>	<p>Historia clínica</p> <p>Historia clínica</p>

		<p>la indicación de las cesáreas, en el hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.</p> <p>-Determinar las características epidemiológicas de las cesáreas, en el hospital II EsSalud Huánuco, de Enero a Diciembre, año 2016.</p>	<p>Maduración cervical</p>	<p>-Variabilidad :Mínima, Ausentes, sin desaceleraciones recurrentes, Moderada</p> <p>-Aceleraciones ausentes luego de estimulación fetal</p> <p>-Desaceleraciones Variables acompañadas de variabilidad mínima o variable ,Prolongadas por más de 2 minutos, pero menos de 10 minutos, Tardías con variabilidad moderada</p> <p>-Bradicardia sostenida, -taquicardia, -variabilidad menor de 5 latidos cardiacos fetales, -desaceleraciones tardías, -aceleraciones menores a 15 latidos.</p> <p>Dilatación cervical de: 0 cm,1-2cm,3-4cm,mayor igual a 5cm,Borramiento cervical de:0-30%,40%-50%,60%-70%,80%-100%,Consistencia cervical: Firme, Intermedia, blanda, Posición cervical:Posterior,media, Anterior, Altura de presentación a-3,a-2,-1/0, +1/+2</p>	<p>Historia clínica</p>
--	--	---	----------------------------	--	-------------------------

			Ponderado fetal	Promedio ponderado, menor igual a 4000gr, mayor a 4000gr.	Historia clínica
			Variables intervinientes		
			Edad de la madre	Edad indicado en la historia clínica	Historia clínica
			Grado de instrucción de la madre	Dato del grado académico que aparece en la historia clínica	Historia clínica
			Inicio de controles prenatales	Personal médico y no medico a disposición. Materiales y equipos de disponibilidad inmediata para atención de la paciente.	Registro de Logística del Hospital
			Antecedente de aborto	-Aborto provocado -Aborto espontaneo -Amenaza de aborto -No amenaza de aborto	Historia clínica

