

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

FACULTAD DE OBSTETRICIA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**PREDICTORES MATERNO - FETALES ASOCIADOS A
LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL
TINGO MARÍA, HUÁNUCO - 2018.**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
(Resolución N° 228-2017-UNHEVAL/FOBST-CF)

TESISTAS:

Huerta Justo, Lupita Idelvina

Pajuelo Casimiro, Ebelía

ASESORA:

Dra. Ibeth Catherine, Figueroa Sánchez

Huánuco, Perú

2018

DEDICATORIA

A NUESTROS PADRES:

Por ser el pilar fundamental en todo lo que somos, sobre todo en mi educación, tanto académico como en la vida, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me impulso en los momentos más difíciles de mi carrera, además me ha permitido ser una persona de bien, pero sobre todo por su amor tan grande así a mí.

Huerta Justo, Lupita Idelvina

Pajuelo Casimiro, Ebelía

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por haberme permitido llegar hasta este punto de mi carrera y de la vida, por darme vida y salud cada día para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, por su apoyo incondicional,

A mi asesora, Dra. Ibeth Figueroa Sánchez, por su orientación y guía en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Muchas gracias.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar los predictores maternos – fetales asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, Huánuco – 2018. Se aplicó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico; de nivel de investigación predictivo y diseño epidemiológico; la muestra de estudio estuvo conformada por 132 pacientes. Los resultados demostraron que las indicaciones maternas más frecuentes para cesárea fueron el periodo intergenésico corto 24.2%, las distocias de dinámica uterina 13.6% y la enfermedad hipertensiva del embarazo 12.1%. La indicación fetal más frecuentes para cesárea fue el sufrimiento fetal agudo 24.2%, La tasa de incidencia de cesáreas realizadas en el Hospital de Tingo María fue de 31 por cada 100 pacientes. Sobre los predictores maternos asociados a la incidencia de cesáreas fueron el número de cesáreas anteriores y las indicaciones médicas por causa materna con un p-valor 0.000257 y 0.0000 respectivamente. La indicación fetal para cesárea con mayor porcentaje fue el sufrimiento fetal agudo. Concluyendo con un valor de Chi cuadrado de 74.558 y un p – valor igual a 0.000 que los predictores maternos - fetales están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco – 2018.

Palabras clave: Predictores materno – fetales, incidencia, cesáreas.

ABSTRACT

The study aimed to determine the maternal - fetal predictors associated with the incidence of caesarean sections at the Tingo María Hospital, Huánuco - 2018. An observational, retrospective, cross-sectional and analytical study was applied; level of predictive research and epidemiological design of cases and controls; The study sample consisted of 132 patients, of which 66 were the cases and 66 were the controls. The results showed that the most frequent maternal indications for caesarean section were the short intergenic period 24.2%, dystocia of uterine dynamics 13.6% and hypertensive disease of pregnancy 12.1%. The most frequent fetal indication for caesarean section was acute fetal distress 24.2%. The incidence rate of caesarean section performed at Tingo María Hospital was 31 per 100 patients. About the maternal predictors associated with the incidence of caesarean sections were the number of previous caesarean sections and the medical indications for maternal cause with a p-value 0.000257 and 0.0000 respectively. The fetal indication for caesarean section with the highest percentage was acute fetal distress. Concluding with a Chi-square value of 74,558 and a p-value equal to 0.000 that the maternal - fetal predictors are associated with the incidence of caesarean section at the Tingo María Hospital, Huánuco - 2018.

Keywords: Maternal - Fetal predictors, incidence, caesarean section.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Índice de contenido.....	6
Índice de tablas.....	8
Índice de gráficos.....	9
Introducción.....	10

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1	Descripción del problema de investigación.....	12
1.2	Formulación del problema de investigación.....	15
	1.2.1 Problema general.....	15
	1.2.2 Problemas específicos.....	15
1.3	Formulación del objetivo.....	16
	1.3.1 Objetivo general.....	16
	1.3.2 Objetivos específicos.....	16
1.4	Hipótesis.....	16
	1.4.1 Hipótesis general.....	16
	1.4.2 Hipótesis específica.....	17
1.5	Variables.....	17
1.6	Operacionalización de variables.....	18
1.7	Justificación e importancia.....	18
1.8	Limitaciones.....	19
1.9	Viabilidad.....	20

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1	Antecedentes de la investigación.....	21
	2.1.1 Antecedentes internacionales.....	21
	2.1.2 Antecedentes nacionales.....	25
	2.1.3 Antecedentes locales.....	25
2.2	Bases Teóricas.....	29
	2.2.1 Cesárea.....	29
	2.2.2 Predictores determinan la operación de la cesárea....	31
2.3	Definiciones Conceptuales.....	39

CAPITULO III
MARCO METODOLOGÍCO

3.1	Tipo de investigación.....	40
3.2	Diseño y esquema de investigación.....	41
3.3	Determinación de la población.....	42
3.4	Selección de la muestra.....	43
3.5	Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos.	43
3.6	Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.....	44

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.	Análisis descriptivo.....	46
4.2	Análisis inferencial.....	58
	Discusión de resultados.....	62
	CONCLUSIONES.....	65
	RECOMENDACIONES.....	66
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	69
	ANEXOS.....	74
	Anexo 1: Matriz de Consistencia.....	75
	Anexo 2: Instrumentos de Recolección de Datos.....	76
	Anexo 3: Validación de Instrumentos.....	77
	Anexo 4: Autorización para Aplicación de Instrumentos de Recolección de Datos.....	88

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Edad materna según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	46
Tabla 2	. Estado civil según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	47
Tabla 3	Grado de instrucción según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	48
Tabla 4	Lugar de procedencia según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	49
Tabla 5	Cesárea anteriores según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	50
Tabla 6	Número de cesáreas anteriores según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	51
Tabla 7	Número de gestaciones según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	52
Tabla 8	Edad gestacional según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	53
Tabla 9	Número de controles prenatales según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	54
Tabla 10	Indicaciones por causas maternas según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	55
Tabla 11	Indicaciones por causas fetales según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018.	57
Tabla 12	Predictores maternos – fetales asociados a los partos por cesárea	59
Tabla 13	Predictores fetales para el parto atendido por cesárea en el Hospital de Tingo María, 2018	60
Tabla 14	Tabla cruzada de Predictores y Tipo de parto	61
Tabla 15	Análisis Inferencial de Predictores materno fetales	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos 1	Edad materna según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María , 2018	46
Gráficos 2	Estado civil según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	47
Gráficos 3	Grado de instrucción según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	48
Gráficos 4	Lugar de procedencia según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	49
Gráficos 5	Cesárea anteriores según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	50
Gráficos 6	Número de cesáreas anteriores según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	51
Gráficos 7	Número de gestaciones según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	52
Gráficos 8	Edad gestacional según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	53
Gráficos 9	Número de controles prenatales según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	54
Gráficos 10	Indicaciones por causas maternas según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018	56
Gráficos 11	Indicaciones por causas fetales según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018.	57

INTRODUCCIÓN

Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos; sin embargo, estas se han incrementado exponencialmente en los últimos años, siendo sus causas de orden multifactorial.

Entre las principales condiciones que han determinado el incremento de las cesáreas en todo el mundo se tiene las mejoras de las técnicas quirúrgicas y anestésica¹, los cambios demográficos y socioculturales, una mejor percepción de seguridad de este procedimiento, el incremento de las “prácticas defensivas” por parte de los médicos gineceo-obstetras, la relativa mejora de los sistemas de salud, y el aumento de la solicitud directa de las pacientes².

Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura, y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas³. También, incrementa la probabilidad de muerte del recién nacido y lo vuelve más propenso a ciertas enfermedades. Mac Dormán et al.⁴ Estiman que la probabilidad de muerte neonatal es 2,9 veces mayor en el caso de parto por cesárea que en el de parto vaginal. Un resultado similar es encontrado por Villar et al.⁵, quienes muestran, además, que las cesáreas incrementan la probabilidad de que un recién nacido ingrese a cuidados intensivos. En los partos por cesárea hay también un mayor riesgo de morbilidad respiratoria neonatal y prematuridad.

“Las cesáreas salvan vidas cuando son necesarias”, afirma la OMS, pero se ha demostrado que “las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con

una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal”. Pero “tiene más riesgos que un parto vaginal”, añade un especialista español. “Como dice un lema médico, si algo no está indicado, está contraindicado”, y se ha visto que “las cesáreas multiplican por seis la mortalidad de la madre” (aunque en parte se deba a que se usan en los partos más complicados), “hay riesgo de adherencias” que pueden complicar futuros embarazos porque el sistema reproductor queda afectado y “puede dejar secuelas de dolor pélvico e infecciones”⁶.

En nuestro Hospital Tingo María se observó en el año 2016 una cobertura de 92% en la atención del parto complicado quirúrgico por medio de la cesárea, mientras que para el año 2017 alcanzó un 98.3 % de cobertura de la meta trazada, observándose de esta manera un incremento de 6.3% más en comparación al año anterior.

I. CAPITULO

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

1.1.Descripción del problema

Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos; sin embargo, estas se han incrementado exponencialmente en los últimos años, siendo sus causas de orden multifactorial.

Entre las principales condiciones que han determinado el incremento de las cesáreas en todo el mundo se tiene las mejoras de las técnicas quirúrgicas y anestésica⁷, los cambios demográficos y socioculturales, una mejor percepción de seguridad de este procedimiento, el incremento de las “prácticas defensivas” por parte de los médicos gineceo-obstetras, la relativa mejora de los sistemas de salud, y el aumento de la solicitud directa de las pacientes⁸.

Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura, y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas⁹. También, incrementa la probabilidad de muerte del recién nacido y lo vuelve más propenso a ciertas enfermedades. Mac Dormán et al.¹⁰ Estiman que la probabilidad de muerte neonatal es 2,9 veces mayor en el caso de parto por cesárea que en el de parto vaginal. Un resultado similar es encontrado por Villar et al.¹¹, quienes muestran, además, que las

cesáreas incrementan la probabilidad de que un recién nacido ingrese a cuidados intensivos. En los partos por cesárea hay también un mayor riesgo de morbilidad respiratoria neonatal y prematuridad.

Llama la atención la escasa investigación sobre el caso de cesáreas inducidas por el médico sin justificación clínica. Cuando el médico afecta las preferencias de la madre gestante al sobredimensionar los riesgos del parto natural y al omitir los riesgos y futuras consecuencias de la cesárea para la madre y el recién nacido, entonces se viola el derecho al consentimiento informado y, con ello, los derechos reproductivos de la mujer¹².

Con respecto a las indicaciones de cesárea, estas se clasifican en: absolutas y relativas. Entre las indicaciones absolutas se encuentran: la situación fetal en transversa (ST), Sufrimiento fetal agudo (SFA), Desproporción feto pélvica (DFP), Desprendimiento prematuro de placenta severo (DPP), Placenta previa sangrando (PPS), prolapso del cordón (PC). Entre las relativas: Trastornos hipertensivos del embarazo (THE), Distocias de rotación (DR), Detención de la dilatación y del descenso de la cabeza, Fracaso de inducción, Cesárea previa y Presentación podálica¹³.

Cuando la indicación es absoluta y los beneficios son incuestionables para la madre y/o el feto, no hay ninguna duda de que se está procediendo acorde con los lineamientos éticos. Pero cuando las indicaciones son relativas, puede haber controversias desde el punto de vista ético, pues en muchos de estos casos, a la paciente se le podría atender el parto por vía vaginal. Consideramos, que, en los casos de indicación opcional,

definitivamente la conducta es antiética y es a expensas de este tipo de indicación que podríamos descender los índices.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que la frecuencia de cesáreas no debiera sobrepasar el 15% del total de partos. Incluso este es un indicador de la calidad de gestión hospitalaria. Sin embargo, hoy en día la prevalencia de la misma se encuentra por encima de ese rango en la mayor parte del mundo. En el año 2015, en un estudio observacional en Lima-Perú sobre la frecuencia de cesáreas injustificadas, Flores encontró una frecuencia de 35,5%¹⁴.

En el Perú, como en muchos países en desarrollo, la tasa nacional de cesáreas esconde problemas extremos. En la actualidad, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016, la prevalencia de cesáreas en el Perú se incrementó de 22,9% a 31,6% entre los años 2011 y 2016¹⁵. La frecuencia de realización de cesáreas se presenta, tanto en el ámbito público como en el privado, aunque es más marcado en estos últimos. Sardinias dice que es la era de la moda de la cesárea. El Perú supera el 20 %, ubicándose sobre España y a la par de países industrializados. Esta misma situación la viven países como Alemania, Francia y Hungría. En Latinoamérica, también hay naciones que superan la tasa sugerida; incluso, Brasil cuenta con el mayor porcentaje a nivel mundial.

“Las cesáreas salvan vidas cuando son necesarias”, afirma la OMS, pero se ha demostrado que “las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal”. Pero “tiene más riesgos que un parto vaginal”, añade un especialista

español. “Como dice un lema médico, si algo no está indicado, está contraindicado”, y se ha visto que “las cesáreas multiplican por seis la mortalidad de la madre” (aunque en parte se deba a que se usan en los partos más complicados), “hay riesgo de adherencias” que pueden complicar futuros embarazos porque el sistema reproductor queda afectado y “puede dejar secuelas de dolor pélvico e infecciones”¹⁶.

En nuestro Hospital Tingo María se observó en el año 2016 una cobertura de 92% en la atención del parto complicado quirúrgico por medio de la cesárea, mientras que para el año 2017 alcanzó un 98.3 % de cobertura de la meta trazada, observándose de esta manera un incremento de 6.3% más en comparación al año anterior.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

Las circunstancias anteriores reflejan que cuando la frecuencia de cesáreas sobrepasa mucho el valor de 15% los riesgos para la salud reproductiva comienzan a sobrepasar los beneficios; por lo que los investigadores se formulan la siguiente pregunta principal:

¿Cuáles son los predictores materno - fetales asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018?

1.2.2. Problemas específicos

P₁: ¿Cuáles son las indicaciones de las cesáreas realizadas en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018?

P₂: ¿Cuál es la incidencia hospitalaria de cesáreas en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018?

P₃: ¿Cuáles son los predictores maternos asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital de Tingo María, Huánuco - 2018?

P₄: ¿Cuáles son los predictores fetales asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018?

1.3.Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los predictores maternos - fetales asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

O₁: Clasificar las indicaciones de las cesáreas realizadas en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018

O₂: Estimar la incidencia hospitalaria de cesáreas en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018

O₃: Identificar los predictores maternos asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018

O₄: Identificar los predictores fetales asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, Huánuco – 2018

1.4.Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

H₁: Los predictores maternos fetales están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018.

H₀: Los predictores maternos fetales no están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco -2018.

1.4.2. Hipótesis específicas

H₁₁: Los predictores maternos están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018.

H₀₁: Los predictores maternos no están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco -2018.

H₁₂: Los predictores fetales están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018.

H₀₂: Los predictores fetales no están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco -2018.

1.5.Variables

Variable de estudio1:

Predictores asociados a cesárea

Indicadores

- Predictores maternos
- Predictores fetales

Variable de estudio 2:

Incidencia de cesárea.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Variable de estudio 1: Predictores maternos fetales	Predictores que determinan la incidencia de cesárea	Predictores maternos.	Edad gestacional.	Ordinal
			Paridad.	Ordinal
			Control prenatal.	Ordinal
			Antecedentes obstétricos.	Nominal
			Patologías maternos	Nominal
			Preeclampsia	Nominal
		Predictores fetales	Embarazo múltiple.	Nominal
			Macrosomia fetal	Nominal
			DCP (feto grande)	Nominal
		Predictores uterinos placentario	Miomas.	Nominal
			Infecciones genitales.	Nominal
			PP	Nominal
			DPP	Nominal
			RPM.	Nominal
Variable de estudio 2: Incidencia de cesárea	Baja		Menor del 10% de todos los partos	Ordinal
	Media		Entre 11 a 15% de todos los partos	Ordinal
	Alta		Mayor de 15% de todos los partos	Ordinal

1.6. Justificación de la investigación

La operación cesárea fue incorporada a la práctica médica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño; sin embargo, se ha ido incrementando en las últimas décadas en forma indiscriminada, aun sin indicaciones directas. Su frecuencia se ha acrecentado a tal punto que actualmente lo que

apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida.

Desde ese punto, el estudio se justifica en los siguiente:

En lo teórico, confirma los predictores que presentaron las gestantes que culminaron su parto en cesárea en el Hospital Tingo María con la bibliografía existente; con la finalidad de relacionarla con la incidencia de cesárea en el Hospital de Tingo María, permitiendo una mejor comprensión de la problemática. Así mismo, pretende promover y acrecentar el nivel de información y conocimiento que tienen los profesionales de salud de hoy, acerca de factores de riesgo e incidencia de cesárea en el Hospital de Tingo María.

En lo práctico, brinda información que permitirá a los profesionales médicos a la toma de decisiones, replanteando estrategias de manejo, con el fin de disminuir complicaciones materno - perinatales, así como también cesáreas innecesarias que a lo futuro puede complicar la salud de la paciente.

En lo metodológico, permite a los futuros profesionales en el área de la salud a profundizar temas relacionados mediante investigaciones que permitan mejorar la salud del binomio madre niño.

1.7. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones que se presentaran son:

- La demora administrativa de las instituciones involucradas para el desarrollo de la investigación.

- El factor económico, puesto que la investigación fue financiada por las investigadoras.

1.8. Viabilidad de la investigación

La presente investigación es técnica, operativamente y económicamente viable.

II. CAPITULO

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales.

Borrero Zamudio, Patricia. (Colombia, 2016). **“Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva”**. La tasa de cesáreas en Colombia ha presentado un incremento en los últimos años, actualmente los partos por cesárea corresponden aproximadamente al 28% de nacimientos, valor por encima del recomendado por la OMS (15%), encontrando la mayor incidencia en San Andrés y Atlántico y en las capitales Bogotá, Medellín y Cali. Objetivo: Determinar la incidencia de operación cesárea y conocer sus principales indicaciones en el Hospital Universitario de Neiva. Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron los registros de mujeres que presentaron parto vaginal o parto por cesárea en el periodo comprendido entre enero 2011 y diciembre del 2012. Resultados: En 2011 se registraron 1579 nacimientos, con una incidencia de cesárea de 39%. Las principales indicaciones obstétricas fueron: cesárea previa, trastornos hipertensivos asociados, Inducción fallida, desproporción céfalo pélvica, distocia de presentación. Ya en 2012 se registraron 2122 nacimientos, con una incidencia de cesárea de 39 %. Entre las indicaciones obstétricas de cesárea se encontraron: cesárea previa, Inducción fallida, trastornos hipertensivos asociados al embarazo, desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal agudo, entre otras. Conclusiones: Los nacimientos por cesárea han aumentado

significativamente respecto a años anteriores, la tasa de cesárea en el periodo analizado se encuentra en 39%, la principal causa de este procedimiento es la cesárea previa, seguida de la inducción fallida.

Librero J., Pairó S., Beldad, A. y Calabais J.¹⁷ (España, 2015) **investigaron el “Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes”**. Con el objetivo de brindar un porcentaje de cesáreas. Estudio cohorte retrospectiva de todos los partos atendidos en hospitales públicos de la Comunidad Valenciana (n=214.611; fuente: Conjunto mínimo de datos básicos), en la que se identificaron los partos de bajo riesgo (edad menor 35 años, sin antecedentes de cesárea, duración de la gestación entre 37-41 semanas, y feto único, presentación cefálica y normo peso. Se analizó la variabilidad en el indicador, su correlación con el indicador bruto y, mediante modelos de regresión logística multinivel, la presencia de riesgos remanentes. Un total de 117.589 (58,4% del total) partos fueron identificados como de bajo riesgo. El porcentaje de cesáreas en este subgrupo fue del 11,9% (24,4% para el total) con un rango entre hospitales del 7,0% al 28,9%. El porcentaje de cesáreas en bajo riesgo y total se correlacionaron fuertemente ($r=0,88$). El ajuste de los riesgos remanentes en la población de bajo riesgo no alteró el efecto hospital sobre el porcentaje de cesáreas. Se llegó a la Conclusión que el porcentaje de cesáreas en partos de bajo riesgo incluye un alto volumen de partos, correlaciona con el indicador bruto y los riesgos remanentes no están

influidos diferencialmente por los hospitales, siendo útil para monitorizar la calidad de la atención obstétrica en el Sistema Nacional de Salud.

Carmona, J; Data, M; Piñero, A; Contreras, I; Rozo, I.¹⁸ (Venezuela, 2013).

En el **estudio titulado Incidencia e indicación de cesárea en el Hospital Padre Justo Arias de Rubio, estado Táchira Venezuela**. El objetivo fue determinar la incidencia e indicación más frecuente de Cesárea Segmentaria, mediante estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, con un diseño no experimental. Los resultados demostraron que la incidencia de cesárea osciló entre 1:6 y 1:11, con un promedio de 1:8; el grupo más numeroso fue: entre los 20 y 24 años (29,5%); la mayoría de las pacientes eran solteras (83, 17%); el 65,71% de las pacientes tuvo un control prenatal adecuado; el 85,71% de las pacientes eran venezolanas y el 14,28% eran colombianas. La gesta más frecuente para el momento de la cesárea fue: la primera con un 40%. La cesárea fue electiva en un 80,95%. El 85,71% de las pacientes no tuvieron prueba de trabajo de parto. Las indicaciones de cesárea más importantes fueron: desproporción feto pélvica 30,15%, cesárea anterior 14, 12%; presentación podálica 10 ,47%; distocia de dilatación 9,84% y cesárea iterativa 8,57%.

Makhanya V., et al.¹⁹ (Sudáfrica - 2015) en su trabajo titulado “**Utilidad de los Robson en Sistema de clasificación grupal para determinar la conveniencia de la cesárea en un hospital regional rural en KwaZulu-Natal, Sudáfrica.**” determinaron que en dicho hospital la tasa de cesárea fue de 42.4%. El grupo 1 de Robson (27,4%), el 5 (17,2%) y el 10 (23,4%)

fueron los que más contribuyeron a la tasa de cesárea. Las principales indicaciones para cesárea fueron sufrimiento fetal y desproporción cefalopélvica.

Aguilar-Redondo R., et al.²⁰ (España - 2016) efectuaron un estudio denominado **“Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas”**. Determinaron que la contribución al porcentaje de cesáreas en primer lugar con 25,2% corresponde a nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo. En segundo lugar, las multíparas con al menos una cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de 12 embarazo con 19,4%; en este grupo se ha realizado un 42,2% de cesáreas. En tercer lugar, nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea con 17,4% (21).

Barčaitė E., et al.²¹ (SINGAPUR - 2015) realizaron un trabajo denominado **“Cesarean section rates in Lithuania using Robson Ten Group Classification System”**, encontraron que la tasa de cesárea fue de 26.4% en 2012. Las mujeres nulíparas con embarazo único a término en presentación cefálica y trabajo de parto espontáneo (grupo 1) o aquellas que fueron sometidas a inducción de trabajo de parto o cesárea antes del trabajo de parto (grupo 2) y las multíparas con cesárea anterior (grupo 5) fueron los que más contribuyeron (67,7%) a la tasa general de cesárea.

Además, se hallaron variaciones significativas en las tasas de cesárea entre diferentes instituciones, especialmente en los grupos 1 y 4.

1.2.2 Antecedentes nacionales

Flores Sotelo, Andrea. (Callao, 2016) **Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla.** El Objetivo fue evaluar los factores asociados a las cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital de ventanilla durante el periodo enero a diciembre del 2015. Material y métodos: El estudio fue observacional, analítico, retrospectivo, corte transversal y relacional en el Hospital de Ventanilla, el universo fue de 942 pacientes quienes fueron sometidas a cesárea durante el periodo enero – diciembre 2015, de ellas se obtuvo una muestra de 166 casos que fue calculada con una fórmula para poblaciones finitas. Se formuló una ficha para la recolección de datos y transcribir las indicaciones de cesárea más frecuentes del servicio. Los Resultados: De los 166 casos estudiadas, se encontró que la frecuencia de cesáreas injustificadas de 35.5%. La edad y los controles pre natales son factores asociados estadísticamente no significativos a cesáreas injustificadas con un $p < 0,05$ y un OR= 1,1 y 1,4 respectivamente. El tipo de cesárea por la que han sido intervenidas ha sido electivo con un 56.6% y dentro de las principales indicaciones injustificadas para la realización de cesárea han sido de causas maternas con un 58.4% y de mayor indicación por cesárea anterior una vez con 19.3%. Se concluyó en que las cesáreas injustificadas son las menos

frecuentes representando un 35.5%. La edad y los controles pre natales son factores asociados no significativamente a cesáreas injustificadas.

Piaba Samaná M. y Salazar Guadalupe, G²². (Lambayeque, 2015). Realizaron la investigación **Causas de cesáreas en el hospital provincia al docente belén de Lambayeque, 2014**; con el objetivo de determinar las causas que conducen al parto por cesárea con la finalidad de mitigar con prevención la tasa de incremento que según la Organización Mundial de la Salud es 15 %, pero en Perú existe un alto incremento con diversas consecuencias. Fue un estudio retrospectivo, comparativo mediante la revisión de 140 historias clínicas de partos por cesárea y un mismo número por parto vaginal. Se encontró que las causas maternas asociadas al parto por cesárea son la cesárea previa, las distocias del canal del parto, el periodo intergenésico corto y enfermedad hipertensiva del embarazo. Las causas fetales son malformaciones congénitas, RCIU y la muerte fetal.

Gálvez Liñán, Edgar Mario (Callao, 2013). En su trabajo titulado **Tasa de incidencia de cesárea en el Hospital “San José” del Callao, periodo enero-diciembre 2013** tuvo como objetivo determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea mencionado hospital. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo; en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero –diciembre 2013. La población fue de 762 pacientes cascareadas durante ese tiempo y el espacio muestra correspondió a 160 pacientes. Los resultados demostraron que el 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido

quirúrgicamente para cesáreo. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrostomia fetal 12%, pre eclampsia 9% , sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha , periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%.

Álvarez Escobar, Carolyn Catherine C. ²³ (Piura, 2018) **“Incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del hospital II de Sullana enero-Diciembre 2017”**. Estudio de enfoque observacional descriptivo y retrospectivo en una población de 2158 pacientes cesáreas, cuya muestra fue de 327 pacientes recolectadas de libros de cirugías de sala de operaciones, se encontró una incidencia de cesáreas de 59.1 %, de la cual el 64.8 % fue de causa materna :24.6 % corresponde a cesárea segmentaria previa y 22.9 % corresponde a preeclampsia-eclampsia. Y según causas fetales 41.7 % por compromiso de bienestar fetal y el 20 % por presentación podálica, ruptura prematura de membranas 32.2 % y oligohidramnios severo 29.4%; concluyendo que la incidencia de cesáreas es superior a lo recomendado por la OMS siendo la causa materna la principal causa de cesárea.

Gonzales M²⁴ (Perú, 2016). En **Indicaciones de cesárea en el hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo 2014**, realizó un estudio analizando una muestra de 338 casos de cesárea en dicho hospital. Se encontró una frecuencia de la operación cesárea de 42,07%, siendo las principales indicaciones de cesárea: Cesárea Anterior (24.26%); Desproporción Céfalo-Pélvica (16.57); Pre-eclampsia o Eclampsia (10.95%); Macrosomía Fetal (9.47%) y Ruptura Prematura de Membranas (8.87%). Concluyendo que las indicaciones de cesárea por causa materna fueron las más frecuentes las que representan el 63.02% del total y dentro de éstas la cesárea anterior (24.26%) fue la principal causa; así mismo, la frecuencia de la operación cesárea supera a lo recomendado por la OMS que es un 10-15%, la cual fue de 42,07%.

2.1.3 Antecedentes Locales

Malle Bonilla, Ana Teresa²⁵ (Huánuco, 2015). En su trabajo titulado **Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, Es salud, durante el periodo 2010 a 2014**. Tuvo el objetivo de determinar la incidencia de cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, Es salud, durante el periodo 2010 a 2014; utilizando un diseño y nivel Descriptivo, de tipo no experimental, transversal y retrospectivo; siendo los principales resultados la incidencia de cesáreas con una media de 35,6% comparado con la aproximación del 45% de incidencia encontrado por el autor Espejo Giancarlo en Lima Norte. En cuanto a la edad encontrada con mayor frecuencia fue adulta joven con un

78,7% al respecto tenemos datos bastante similares en cuanto a la edad 63,2% tenía entre 26 y 35 años encontrados por los autores Lindo Misael y et al. En cuanto nuestra investigación tiene el 22% como segunda indicación fetal más importante de la cesárea en Huánuco. Nuestra investigación difiere, ya que la indicación de la cesárea con mayor porcentaje es la causa fetal con un 48,9%. Según la investigación de Pavón León Patricia las indicaciones más frecuentes fueron: sufrimiento fetal agudo (28.4%), desproporción céfalo-pélvica (22.4%) y cesárea previa (15.2%); en nuestra investigación encontramos la *indicación* de cesárea sufrimiento fetal agudo con un 43%, cifra bastante diferente al mencionado; en cuanto a la desproporción céfalo pélvica encontramos 5% dato no relacionado a la misma investigación.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Cesárea

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. ²⁶

Tipos de cesárea

a. Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- ✓ Primera: Es la que se realiza por primera vez.
- ✓ Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- ✓ Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior. ²⁷.

b. Según indicaciones

- ✓ **Urgente:** Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- ✓ **Electiva:** Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

c. Según técnica quirúrgica.

✓ **Corporal o clásica:**

La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pre término, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherencias o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea pasmarate, mixomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.

✓ **Segmento corporal: (Beck)**

La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pre término, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo

de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.

✓ **Segmento asciforme o transversal: (Kerry)**

Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.

2.2.2 Predictores que determinan la operación de la cesárea

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas.²⁸

a. Causas maternas

- ✓ Estrechez pélvica.
- ✓ Pelvis asimétrica o deformada.
- ✓ Malformaciones congénitas.
- ✓ Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.
- ✓ Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
- ✓ Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto. Distocia de la contracción.

- ✓ Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta)
- ✓ Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.
- ✓ Síndrome de desproporción cefalopélvica
- ✓ Pre eclampsia/eclampsia
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Infección amniótica
- ✓ Isoinmunización materno-fetal

b. Causas fetales.

- ✓ Macrostomia fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- ✓ Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- ✓ Prolapso de cordón umbilical
- ✓ Sufrimiento fetal
- ✓ Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- ✓ Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- ✓ Cesárea pasmarte

c. Indicaciones más frecuentes criterios para la toma de decisión

Las principales indicaciones de la operación cesárea son:

- ✓ Desproporción cefalopélvica
- ✓ Cesárea previa
- ✓ Sufrimiento fetal
- ✓ Ruptura prematura de membranas
- ✓ Presentación pélvica

Aunque la ruptura prematura de membranas no se considera entre las principales indicaciones médicas, en nuestro país se ha observado que esta complicación condiciona un incremento relativo en el número de cesáreas.

Desproporción cefalopélvica.

Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- ✓ Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud.
- ✓ Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.
- ✓ Pelvis y feto normales con diámetros feto pélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.
- ✓ El diagnóstico de la desproporción cefalopélvica se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.²⁹

Cesárea previa

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta

conducta es evitar los posibles riesgos a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico, por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación.

De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de permitir un parto vaginal a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones.³⁰

Se decidirá permitir un parto vaginal en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

Contraindicaciones para permitir el parto vaginal en mujeres con cesárea previa:

- ✓ Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento asciforme
- ✓ Antecedentes de cesárea previa tipo segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas.
- ✓ Antecedente de cesárea previa reciente (menor a 6 meses).
- ✓ Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia
- ✓ Pelvis no útil clínicamente.
- ✓ En embarazos pre término y pos término, gemelares o con productos macroscópicos, se valorará cuidadosamente el caso.

Sufrimiento fetal

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno fetal, que ocasiona

hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso la muerte fetal.

Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles (hipotensión materna, efecto Posero, hipercontractilidad por uso de oxitócicos), o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical).³¹

El concepto de sufrimiento fetal no es suficientemente preciso, por lo que se ha recomendado utilizar: “alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal”, término que ayuda a describir clínicamente el tipo y severidad de las modificaciones que existen.

El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico. Puede presentarse antes o después del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria, como: infecciones, trastornos hipertensivos, isoimmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa, que se traducen generalmente en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios.

Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de encontrar alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación.

Sufrimiento fetal agudo

El sufrimiento fetal agudo, se establece generalmente durante el trabajo de parto y puede presentarse en una gran variedad de

circunstancias relacionadas con problemas o accidentes propios del mismo, en un feto previamente normal, o bien, en un feto con sufrimiento fetal crónico que tiene un episodio agudo durante el trabajo de parto.

Diagnóstico

El diagnóstico de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto se sustenta fundamentalmente en: alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, pudiendo acompañarse de la presencia o no de meconio y alteraciones del pH de la sangre capilar obtenida del cuero cabelludo fetal (en los centros que cuentan con este último recurso).

La sola presencia de meconio no es una indicación para la terminación inmediata del embarazo, este signo tiene valor para considerar la indicación de cesárea cuando se acompaña de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal y cuando ocurren cambios en su coloración y densidad.

La frecuencia cardíaca fetal puede ser evaluada a través de varios métodos: auscultación clínica con estetoscopio de Pinar, equipo Doler o mediante el registro electrónico con un cardiotocógrafo.

Auscultación clínica.

En el caso de utilizar el estetoscopio de Pinar o el equipo Doler se auscultará la frecuencia cardíaca fetal antes, durante y después del acmé de una contracción uterina, a intervalos de 15 minutos durante el período de dilatación y de 5 minutos durante el período expulsivo.

Se considerarán los siguientes parámetros para evaluar la frecuencia cardíaca:

- a. Basal (normal): 120-160 latidos / min.
- b. Bradicardia:
 - ✓ Leve: entre 110-119 latidos / min.
 - ✓ Moderada: entre 100-109 latidos/min.
 - ✓ Severa: por debajo de 100 latidos/min.
- c. Taquicardia:
 - ✓ Leve: entre 160 -169 latidos / min.
 - ✓ Moderada: 170-179 latidos / min.
 - ✓ Severa: mayor de 180 latidos/min.

Ruptura prematura de membranas

Es la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 has. antes del inicio del trabajo de parto.

32

El diagnóstico clínico se realiza mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico, a través del orificio cervical en el examen con espejo vaginal, o mediante maniobras que hagan evidente la salida de líquido amniótico como: la compresión del fondo uterino con una mano, mientras que con la otra se rechaza ligeramente la presentación (maniobra de Barnier) o se le indica a la paciente que puje (maniobra de val salva); en algunas ocasiones

puede ser difícil establecer el diagnóstico y se requiere del apoyo de métodos auxiliares de laboratorio y de gabinete.

Los exámenes del laboratorio consisten en el análisis de la muestra del líquido amniótico, tomada del fondo de saco vaginal posterior, en el que se determina: pH, cristalografía, identificación de células naranjas, y si es factible, fosfatilglicerol, alfafetoproteína, y fibronectina fetal.

Los estudios de gabinete incluyen: ultrasonido para medir la cantidad de líquido amniótico y amnioinfusión, adicionando algún colorante (índigo carmín o violeta de genciana) y la colocación de apósito vaginal para corroborar la ruptura de membranas a través de su tinción.

Conducta ante la ruptura prematura de membranas.

La conducta obstétrica en estos casos depende de:

- ✓ Tiempo de evolución de la ruptura Sospecha o certeza de infección.
- ✓ Edad gestacional y madurez fetal.
- ✓ Condiciones obstétricas.

Presentación pélvica

La presentación pélvica ocurre en el 3-4 % del total de los embarazos.

En la mayoría de las unidades obstétricas, esta modalidad de presentación constituye una indicación de cesárea (excepto cuando la paciente acude en periodo expulsivo).³³

El parto vaginal en presentación pélvica se permitirá únicamente bajo ciertas condiciones:

- ✓ Experiencia del médico en la atención del parto en presentación pélvica.
- ✓ Antecedentes de cuando menos un parto vaginal previo.
- ✓ Embarazo a término
- ✓ Pelvis clínicamente útil
- ✓ Inicio espontáneo del trabajo de parto.
- ✓ Variedad de presentación franca de nalgas, con buena actitud de la cabeza y de los miembros superiores.
- ✓ Presentación en un segundo o tercer plano de Dodge.
- ✓ Peso fetal estimado entre 2300 y 3600 gramos.
- ✓ Bolsa amniótica íntegra.
- ✓ Posibilidad de monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal y de las contracciones uterinas.

2.2. Definiciones conceptuales

Cesárea

Tipo de parto en el que se hace una incisión en el útero de la madre para extraer al bebé.

Indicación de cesárea.

Razón por la cual el parto vaginal no es posible o conlleva mayor riesgo materno-perinatal.

Sufrimiento fetal agudo.

El sufrimiento fetal agudo (SFA), o distress fetal, es un término que se usa en obstetricia para referirse a un estado que altera la fisiología fetal antes

o durante el parto, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período relativamente breve.¹ En general, el SFA es causada por un déficit de oxígeno secundario principalmente a insuficiencia en la circulación útero-placentaria, compresión del cordón umbilical y complicaciones fetales como la sepsis o las hemorragias.

Desproporción céfalo pélvica.

Desproporción Céfalo Pélvica o DCP, es decir, una desproporción entre la cabeza del bebé y la pelvis de la madre. Las auténticas DCP prácticamente no existen y son debidas a malformaciones de la pelvis o a accidentes que han provocado dicha malformación.

III. CAPITULO

MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo de investigación

3.1.1 Tipo de investigación

Según la intervención del investigador el estudio es **observacional**, solo se observa y se describe en forma precisa los fenómenos.³⁴

Según la planificación de la medición de la variable de estudio es **retrospectivo**, porque el estudio pertenece al tiempo pasado y la recolección de datos lo realiza el investigador a partir de las fuentes secundarias.

Según el número de mediciones de la variable de estudio es **Transversal**, porque los instrumentos se medirán una sola vez.

Según el número de variables estudiadas es **analítica**, porque el estudio se trabaja con dos variables, buscando relación.

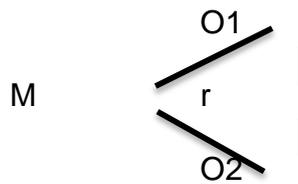
3.1.2 Nivel de investigación

El nivel de investigación es predictivo porque estiman la probabilidad de ocurrencia de eventos generalmente adversos, como la enfermedad o en función al tiempo como el tiempo de vida media.³⁵

3.1.3 Diseño

Para efecto de la investigación se consideró el diseño epidemiológico descriptivo relacional donde se midió la asociación de los predictores de la salud – enfermedad; así como la incidencia hospitalaria.

Donde el esquema fue:



Dónde:

M = Muestra

O1= Observación 1

O2= Observación 2

r= relación

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población estuvo conformada por todas las gestantes atendidas de parto (vaginal y cesárea) en el Hospital Tingo María durante el periodo 2018, siendo un total de 1621 atendidas por parto vaginal y 738 por cesárea; haciendo un total de 2359.

Criterios de inclusión

- Gestantes atendidas por parto en los meses de julio a setiembre del 2018.
- Gestantes atendidas por parto con historias completas y firmadas por el responsable.

Criterios de exclusión

- Gestantes atendidas por parto con historias incompletas o sin firma del responsable

3.2.2 Muestra

El tamaño de la muestra estuvo conformado por las gestantes atendidas por parto durante el periodo de julio a setiembre del 2018 que reunieron los criterios de inclusión y exclusión, siendo un total de 132.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se aplicará como **técnica** el análisis documental el cual consiste en un documento que nos va a permitir recolectar la información necesaria a través de: Historias clínicas y libro de registro de atención de partos.

El **instrumento** a utilizará una Ficha de recolección de datos que se elaborará en función de las variables e indicadores y consta de preguntas abiertas y cerradas. La cual consta de las siguientes partes:

- Presentación e introducción: donde anuncia los objetivos, instrucción, datos generales y el contenido propiamente dicho relacionado con las variables de estudio.
- Datos personales.
- Aspectos sociodemográficos
- Incidencia de cesáreas
- Factores de riesgo para las cesáreas

Validación y confiabilidad del instrumento

La confiabilidad de contenido del instrumento se validó a través del juicio crítico de cinco expertos, tres médicos Gineco obstetras y dos obstetras con grado de Doctor, obteniéndose un promedio de 19.6

Validación en la valoración del contenido y constructo del instrumento

Nombre de los expertos	Puntaje
Med. Gin. Ernesto Gonzales Sánchez	20
Med. Gin. Rusell Mallqui Pozo	20
Med. Gin. Jorge Paredes Rojas	18
Dr. Víctor Quispe Sulca	20
Dr. Digna Manrique De Lara Suarez	20
Promedio	19.6

Para determinar la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se utilizó el alfa de Cron Bach, donde se tuvo en consideración los siguientes criterios:

Criterios de confiabilidad	Valores
Muy baja confiabilidad	-1 a 0
Baja confiabilidad	0,01 a 0,49
Moderada confiabilidad	0,50 a 0,75
Fuerte confiabilidad	0,76 a 0,89
Alta confiabilidad	0,90 a 1

Al realizar la prueba piloto a una muestra de 10 gestantes atendidas de parto por Cesárea; las cuales no fueron incluidas en los resultados finales, obtuvimos un alfa de Cronbach de 0.81 lo cual lo ubicó con un criterio de fuerte confiabilidad.

3.4 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.

Análisis descriptivo:

Se utilizará la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia, proporciones, gráficos para caracterizar algunas variables.

Análisis inferencial:

Se utilizarán estadísticos como medidas de tendencia central y dispersión para analizar las variables en estudio. Y también estadística inferencial utilizando la prueba Chi cuadrado y Test exacto de Fisher

El análisis se realizará el programa Excel y el software estadístico SPSS.

IV. CAPITULO

RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo

4.1.1. Identificación de los predictores maternos asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital de Tingo María, Huánuco – 2018

Características maternas

Tabla 1. Edad materna según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

Edad materna	Tipo de parto				Total	
	Vaginal		Cesárea			
	f	%	f	%	f	%
Adolescente (13 a 17 años)	4	6.1%	4	6.1%	8	6.1%
Edad adecuada (18 a 35 años)	56	84.8%	58	87.9%	114	86.4%
Añosa (35 años a mas)	6	9.1%	4	6.1%	10	7.6%
total	66	100.0%	66	100.0%	132	100.0%

Fuente: Ficha de registro de datos

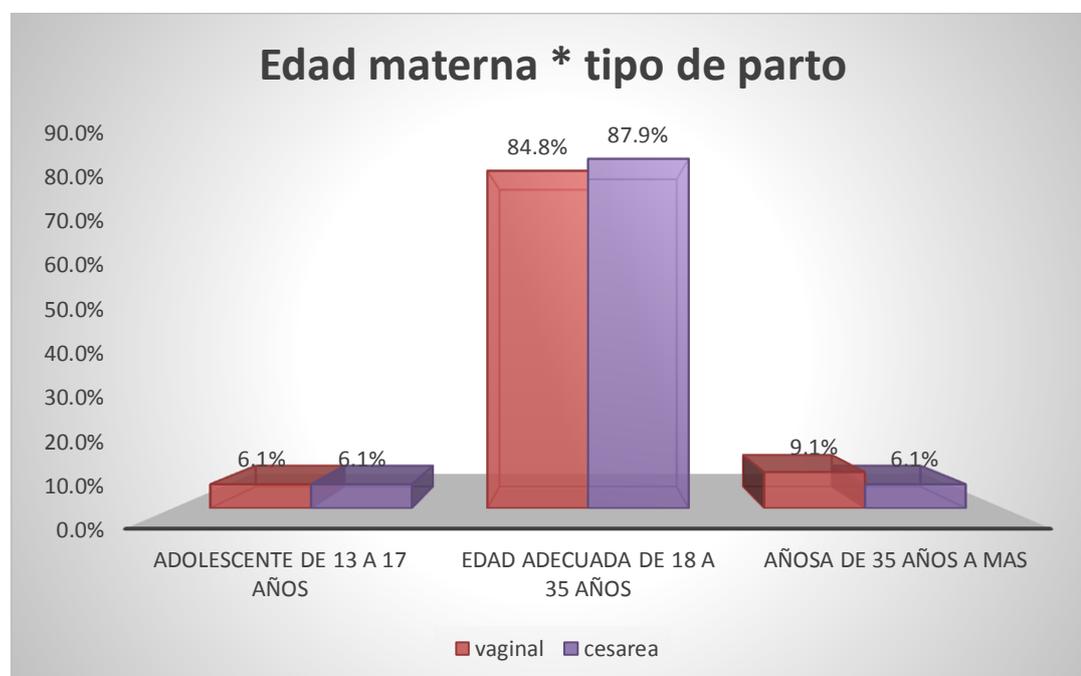


Figura 1 Edad materna según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

Interpretación

En la tabla y gráfico 1, se observó la edad según riesgo de la población en estudio; donde se pudo determinar que la población adolescente (13 a 17 años) presentaron igual porcentaje de partos vaginales y cesáreas del 6,1% (4). En la población de edad adecuada (18 a 35 años) se presentaron mayor porcentaje de partos por cesárea el 87.9% (114) en comparación a los partos vaginales que fue de 84.8% (56) En la población de edad añosa (de 35 años a más) se presentaron mayor porcentaje de partos vaginales 9.1% (6) en comparación a los partos por cesárea que fue del 6,1% (4)

Tabla 2. Estado civil según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

Estado civil	Tipo de parto					
	Vaginal		Cesárea		total	
	f	%	f	%	f	%
Soltera	2	3.0%	2	3.0%	4	3.0%
Casada	7	10.6%	8	12.1%	15	11.4%
Conviviente	57	86.4%	56	84.8%	113	85.6%
Total	66	100.0%	66	100.0%	132	100.0%

Fuente: Ficha de registro de datos

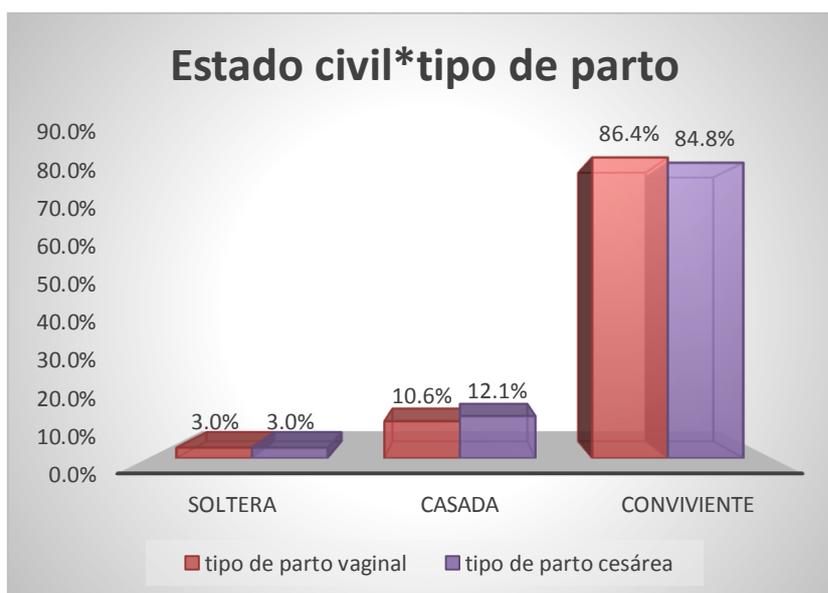


Figura 2 Estado civil según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

En la tabla y gráfico 2, se observó el estado civil de la población en estudio; donde se pudo determinar que la población que tenía el estado civil soltera tuvieron igual porcentaje de partos (vaginal y cesárea) del 3%; en las de estado civil casada el 10.6% tuvieron parto vaginal y el 12.1% parto por cesárea; y en las del estado civil conviviente el 86.4% tuvieron parto vaginal y el 84.8% parto por cesárea.

Tabla 3. Grado de instrucción según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

Grado de instrucción	Tipo de parto				Total	
	Vaginal		Cesárea			
Sin educación	3	4.5%	4	6.1%	7	5.3%
Primaria	30	45.5%	30	45.5%	60	45.5%
Secundaria	30	45.5%	29	43.9%	59	44.7%
Superior	3	4.5%	3	4.5%	6	4.5%
Total	66	100.0%	66	100.0%	132	100.0%

Fuente: Ficha de registro de datos

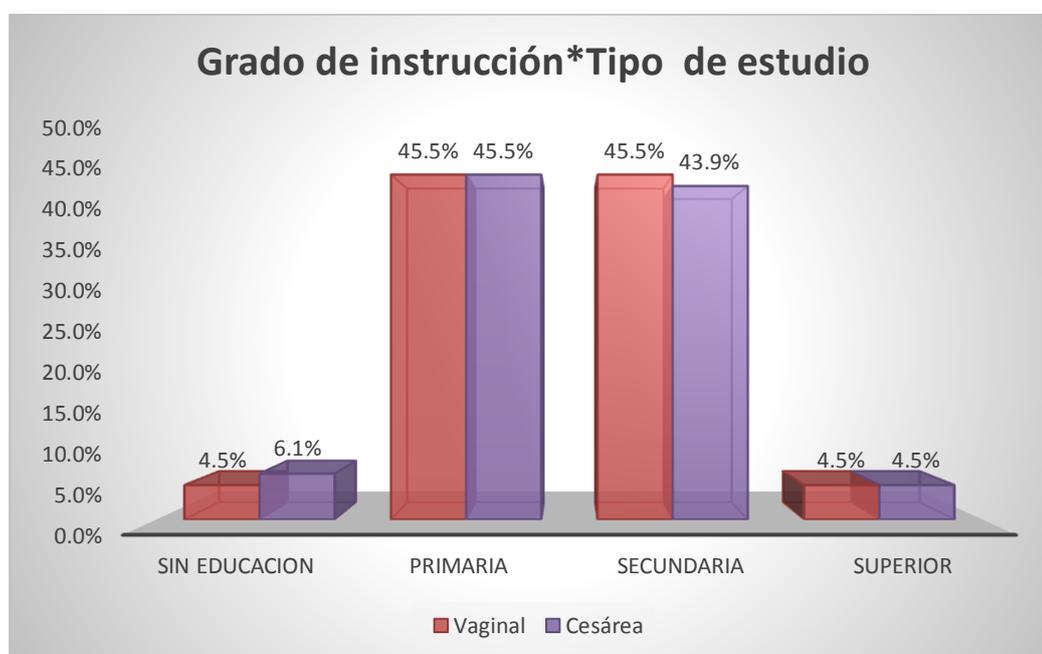


Figura 3. Grado de instrucción según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

En la tabla y figura 3, se observó el grado de instrucción de la población en estudio donde se pudo determinar que se presentaron igual porcentaje de partos por vía vaginal y por cesáreas en los que tuvieron educación superior 4.5% y educación primaria 45.5%; observando una mínima variación en los que no tenían ninguna educación, donde para el parto vaginal fue el 4.5% y para los de parto por cesárea en 6.1%, y en los del nivel secundario donde para el parto por vía vaginal fue el 45.5% y para cesáreas el 43.9%.

Tabla 4. Lugar de procedencia según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

Lugar de procedencia	Tipo de parto					
	Vaginal		Cesárea		Total	
Urbano	5	7.6%	5	7.6%	10	7.6%
Rural	61	92.4%	61	92.4%	122	92.4%
Total	66	100.0%	66	100.0%	132	100.0%

Fuente: Ficha de registro de datos

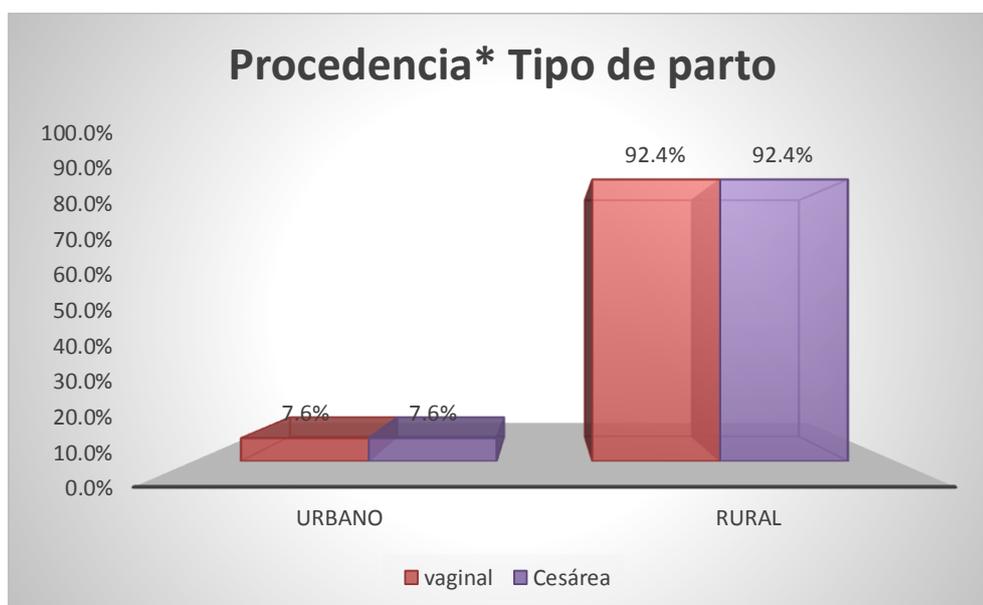


Figura 4. Lugar de procedencia según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

En la tabla y gráfico 4, se observó el lugar de procedencia de la población en estudio, donde se determinó que procedían en igual porcentaje de ambos tipos de parto siendo de la zona urbana el 7.6% y de la zona rural el 92.4%

Antecedentes Obstétricos

Tabla 5. Cesárea anteriores según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

	Tipo de parto				Total	
	Vaginal		Cesárea		f	%
Cesáreas previas	f	%	f	%	f	%
Si	8	12.1%	17	25.8%	25	18.9%
No	58	87.9%	49	74.2%	107	81.1%
Total	66	100.0%	66	100.0%	132	100.0%

Fuente: Ficha de registro de datos

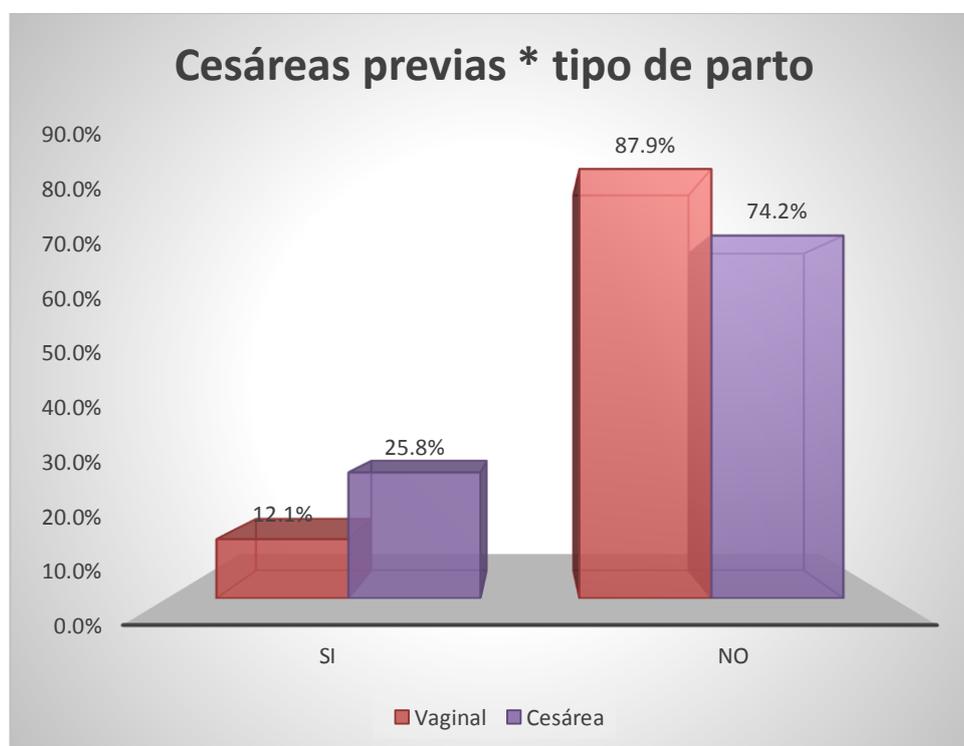


Figura 5. Cesárea anteriores según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

En la tabla y figura 5, se observó en la población en estudio que presentaron cesáreas previas el 12.1% de las que tuvieron parto vaginal y el 25.8% de los que tuvieron parto por cesárea; y no presentaron cesáreas previas el 87.9% de los que tuvieron parto vaginal y el 74.2% de los que fueron atendidas por cesáreas.

Tabla 6. Número de cesáreas anteriores según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

Número de cesáreas anteriores	Tipo de parto					
	Vaginal		Cesárea		Total	
	f	%	f	%	f	%
0	58	87.9%	49	74.2%	107	81.06%
1	8	12.1%	13	19.7%	21	15.91%
2	0	0.0%	4	6.1%	4	3.03%
Total	66	100.0%	66	100.0%	132	100.00%

Fuente: Ficha de registro de datos

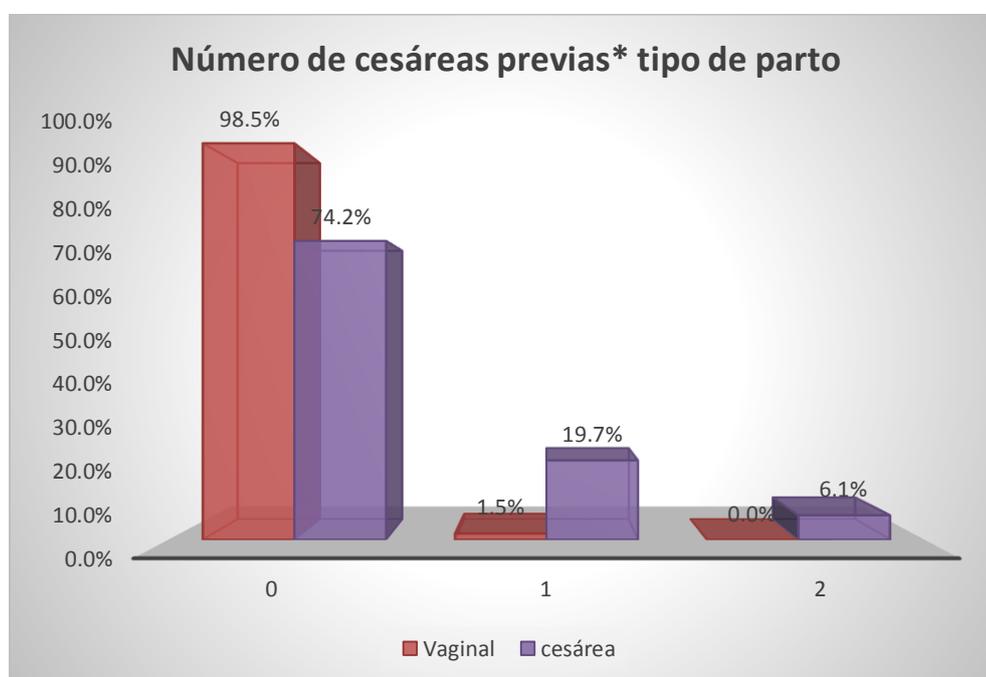


Figura 6. Número de cesáreas anteriores según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

En la tabla y figura 6 se observó en la población en estudio el número de cesáreas anteriores según el tipo de parto al que fueron sometidos, donde de las que no tuvieron ninguna cesárea previa terminaron el parto vaginal el 87,9% y en cesárea el 74.2%; de las que tuvieron una cesárea previa terminaron en parto vaginal el 12.1% y en cesárea el 19.7% y de las que tuvieron 2 cesáreas anteriores no se evidencio parto vaginal, pero si por cesárea en el 6.1%

Tabla 7. Número de gestaciones según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

Número de gestaciones	Tipo de parto				Total	
	Vaginal		Cesárea		f	%
	f	%	f	%		
Primigesta	18	27.3%	19	28.8%	37	28.0%
Multigesta (2-5)	47	71.2%	45	68.2%	92	69.7%
Granmultigesta (6 a +)	1	1.5%	2	3.0%	3	2.3%
Total	66	100.0%	66	100.0%	132	100.0%

Fuente: Ficha de registro de datos

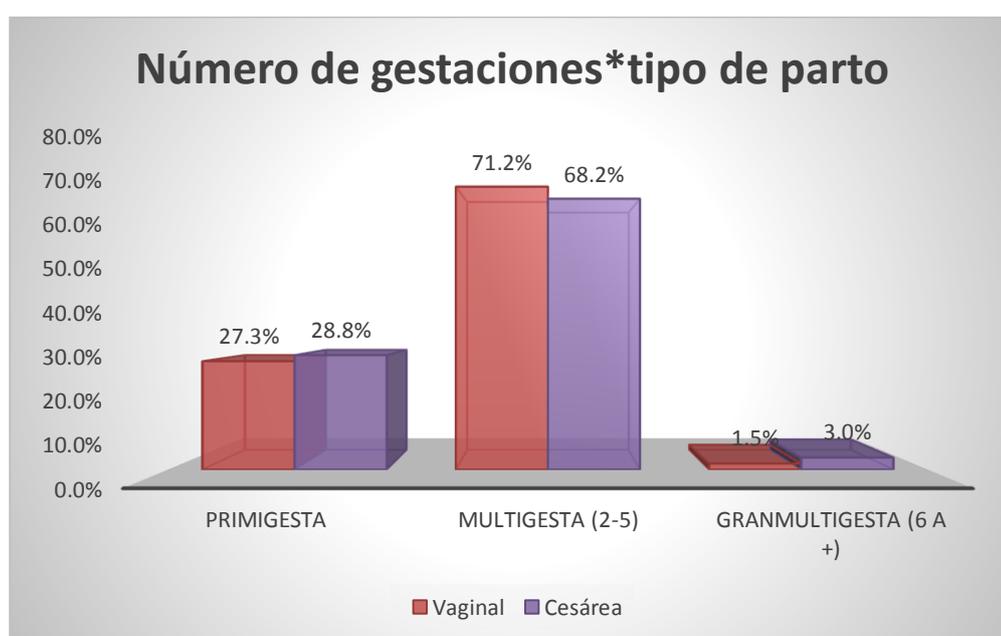


Figura 7. Número de gestaciones según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

En la tabla y figura 7, se observó el número de gestaciones que presentó la población en estudio, donde se determinó que las primigestas culminaron en parto vaginal el 27.3% y en cesárea el 28.8%; en las multigestas el 71.2% culminaron en parto vaginal y el 68.2% en cesárea y en las granmultigestas el 1.5% culminó en parto vaginal y el 3% en cesáreas.

Embarazo actual

Tabla 8. Edad gestacional según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

Edad Gestacional	Tipo de parto				Total	
	Vaginal		Cesárea		f	%
	f	%	f	%	f	%
Pretérmino (32 a 36 sem)	6	9.1%	7	10.6%	13	9.8%
A término (37 a 41 sem)	59	89.4%	58	87.9%	117	88.6%
Postérmino (>41 sem.)	1	1.5%	1	1.5%	2	1.5%
	66	100.0%	66	100.0%	132	100.0%

Fuente: Ficha de registro de datos

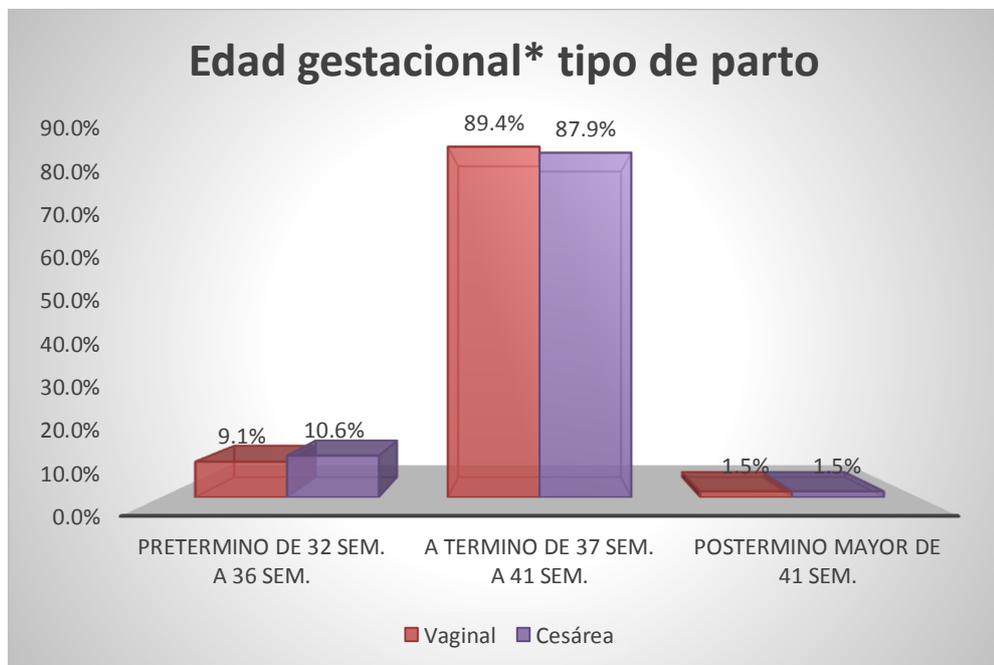


Figura 8. Edad gestacional según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

En la tabla y figura 8 se observó la edad gestacional de la población en estudio; donde se determinó que de los embarazos pre términos el 9.1% culminaron en parto vaginal y el 10.6% en cesáreas; en los embarazos a término el 89.4% culminaron en parto vaginal y el 87.9% en cesáreas; y en los embarazos posttérmino se presentaron porcentajes iguales del 1.5% en los de parto vaginal y cesáreas.

Tabla 9. Número de controles prenatales según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

Número de CPN	Tipo de parto				Total	
	Vaginal		Cesárea		f	%
	f	%	f	%		
No controlada (< de 6 CPN)	16	24.2%	15	22.7%	31	23.5%
Controlada (6 a 12 CPN)	50	75.8%	51	77.3%	101	76.5%
	66	100.0%	66	100.0%	132	100.0%

Fuente: Ficha de registro de datos

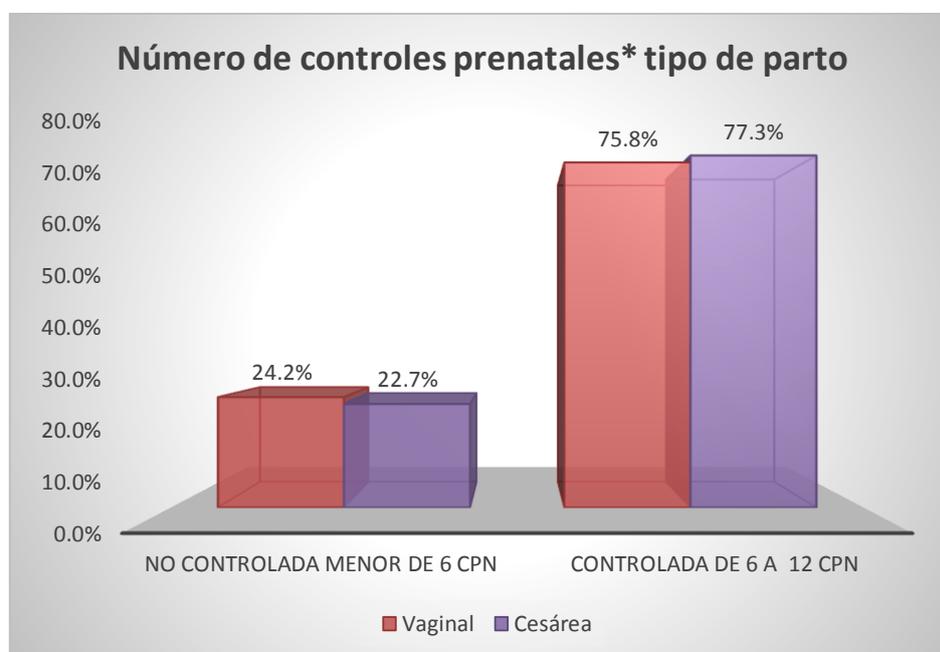


Figura 9. Número de controles prenatales según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

En la tabla y figura 9 se observaron el número de controles prenatales que presentaron la población en estudio durante todo su embarazo, determinando que no fueron controladas el 24.2% de la población atendida por parto vaginal y el 22.7% de las que fueron atendidas por cesárea; mientras que la población que se consideró controlada culminaron en parto vaginal el 75.8% y el 77.3% por cesárea.

Indicaciones maternas para cesárea

Tabla 10. Indicaciones por causas maternas según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

Indicaciones maternas	Tipo de parto				Total	
	Vaginal		Cesárea		f	%
	f	%	f	%		
• Hemorragia del 3er trimestre	0	0.0%	2	3.0%	2	1.5%
• ICP	0	0.0%	6	9.1%	6	4.5%
• PIG corto	1	1.5%	16	24.2%	17	12.9%
• Enf. Hipertensiva del embarazo	6	9.1%	8	12.1%	14	10.6%
• Distocia de dinámica uterina	3	4.5%	9	13.6%	12	9.1%
• Predictores fetales	0	0.0%	25	37.9%	25	18.9%
• Oligohidramnios	5	7.6%	0	0.0%	5	3.8%
• RPM	11	16.7%	0	0.0%	11	8.3%
• Ninguna	40	60.6%	0	0.0%	40	30.3%
Total	66	100.0%	66	100.0%	132	100.0%

Fuente: Ficha de registro de datos

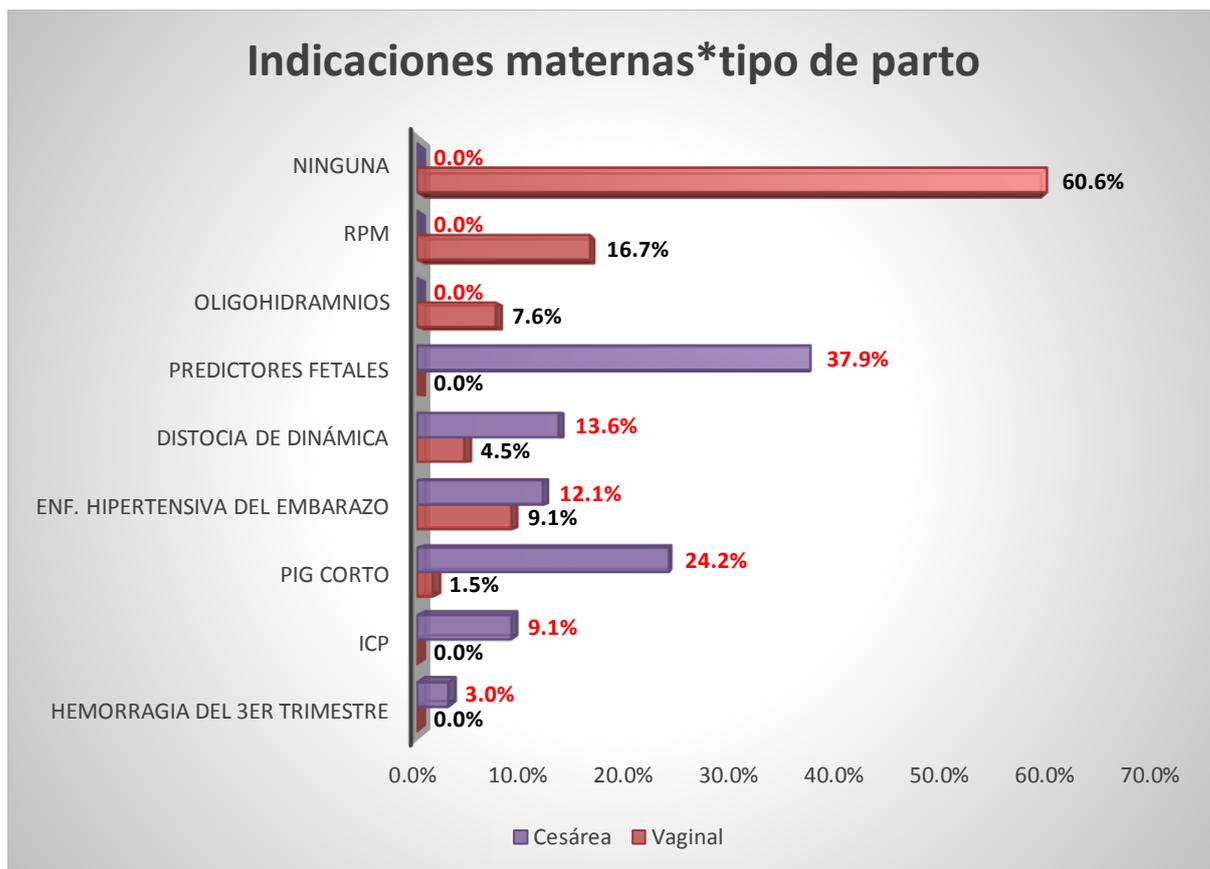


Figura 10. Indicaciones por causas maternas según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018

En la tabla y figura 10, se observó en la población en estudio las indicaciones maternas para cesáreas; donde se determinó que las indicaciones para cesáreas fueron la hemorragia del tercer trimestre 3%; incompatibilidad cefalopélvica 9.1%, periodo intergenésico corto 24.2%, enfermedad hipertensiva del embarazo 12.1%, distocias de la dinámica uterina el 13.6%, los predictores fetales 37.9%; mientras que en las que fueron atendidas por parto vaginal se observó con mayor frecuencia la ruptura prematura de membranas en el 16.7%

4.1.2. Identificación de los predictores fetales asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital de Tingo María, Huánuco – 2018

Tabla 11. Indicaciones por causas fetales según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018.

Indicaciones fetales	Tipo de parto				Total	
	Vaginal		Cesárea		f	%
	f	%	f	%		
Sufrimiento fetal agudo	6	9.1%	16	24.2%	22	16.7%
Presentación podálica	1	1.5%	5	7.6%	6	4.5%
Macrosomía fetal	2	3.0%	3	4.5%	5	3.8%
Situación transversa	0	0.0%	1	1.5%	1	0.8%
Pequeño para edad gestacional	2	3.0%	0	0.0%	2	1.5%
Predictores maternos	0	0.0%	41	62.1%	41	31.1%
Ninguna	55	83.3%	0	0.0%	55	41.7%
Total	66	100.0%	66	100.0%	132	100.0%

Fuente: Ficha de registro de datos

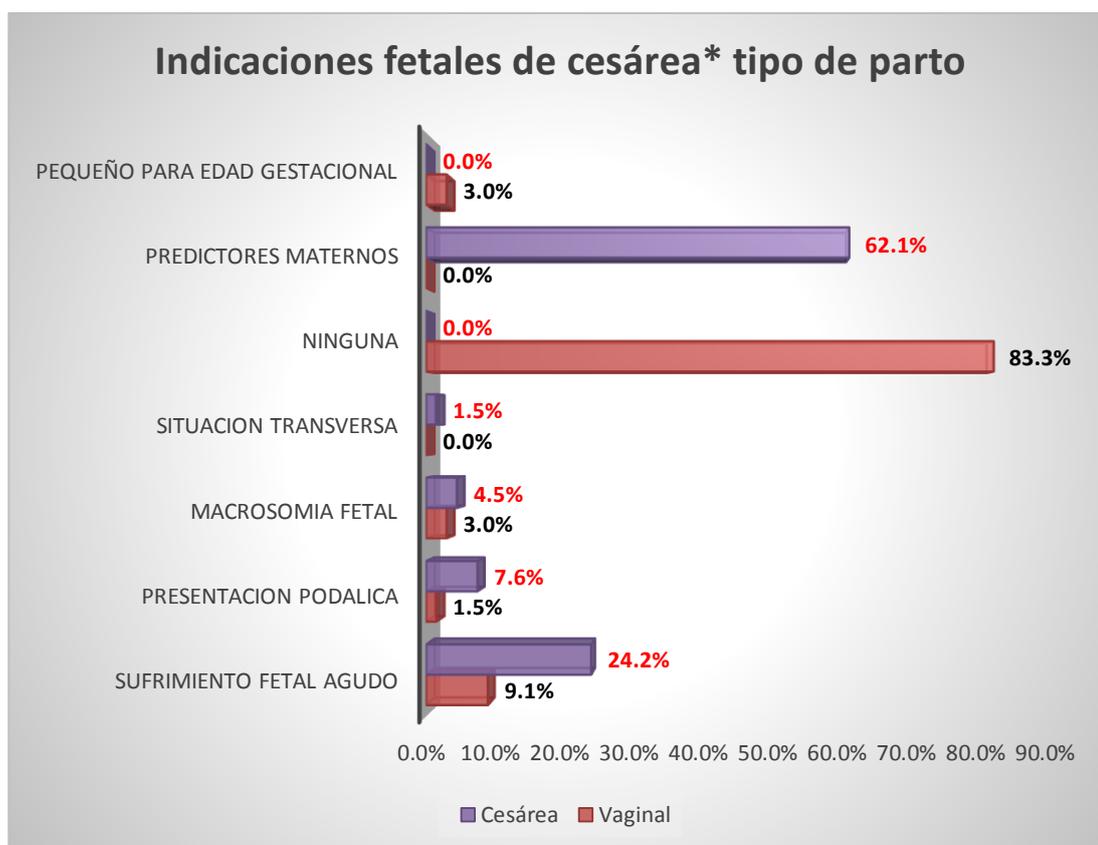


Figura 11. Indicaciones por causas fetales según el tipo de parto atendido en el Hospital de Tingo María, 2018.

4.1.3 Incidencia hospitalaria de cesáreas en el Hospital Tingo María, Huánuco 2018

La incidencia midió la probabilidad de riesgo que tienen las mujeres atendidas por parto en el Hospital Tingo María de ser atendidas mediante cesárea.

$$\text{Tasa de Incidencia Hospitalaria de cesárea} = \frac{\text{Número de partos por cesárea en el Hospital Tingo María 2018}}{\text{Número de partos totales en el Hospital Tingo María 2018}} \times 100$$

$$\text{Tasa de Incidencia Hospitalaria de cesárea} = \frac{738 \text{ partos por cesárea en el año 2018}}{2359 \text{ parto totales en el año 2018}} \times 100$$

$$\text{Tasa de Incidencia Hospitalaria de cesárea} = 31 \text{ de cada 100 partos atendidos}$$

Interpretación

Se puede observar que la tasa de incidencia hospitalaria en el Hospital de Tingo María durante el año 2018 fue de 31 de cada 100 partos atendidos; lo que nos indica el riesgo que presentan las gestantes de ser intervenidas por los predictores fetales estudiados; clasificándose en Alta.

4.2 Análisis inferencial

Hipótesis secundaria 1

H₁: Los predictores maternos están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018.

H₀: Los predictores maternos no están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco -2018.

Tabla 12. Predictores maternos – fetales asociados a los partos por cesárea

Predictores	X ²	p- valor
Edad materna	0.435 ^a	0.804492
Estado civil	0.075516	0.962946
Nivel de instrucción	0.159806	0.983801
Número de cesareas anteriores	16.3133	0.000257
Número de gestaciones	0.403839	0.817161
Edad gestacional actual	0.08547	0.958165
Indicaciones de cesárea por causas maternas	10,521,008	0.0000

Predictores	TEST DE FISHER
Cesárea previas	0.37077
Número de controles prenatales	0.500

Interpretación

En la tabla 12 se puede apreciar el análisis inferencial de los predictores maternos, donde se observó que la edad materna, nivel de instrucción, estado civil, número de gestaciones previas, edad gestacional actual, número de controles prenatales y cesáreas previas presentan un p –valor mayor del 0,05 por lo que se acepta la hipótesis nula que afirma “Los predictores maternos: edad materna, nivel de instrucción, estado civil, número de gestaciones previas, edad gestacional actual, número de controles prenatales y cesáreas previas, no están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018”.

Asimismo, se observó que los predictores: número de cesáreas anteriores y las indicaciones de cesárea por causas maternas con un p-valor 0.000257 y 0.0000

son menores a 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis de nula y se acepta la hipótesis de estudio donde se afirma que “Los predictores maternos: número de cesáreas anteriores y las indicaciones de cesárea por causas maternas están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018”.

Hipótesis secundaria 2

H₁: Los predictores fetales están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018.

H₀: Los predictores fetales no están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco -2018.

Tabla 13. Predictores fetales para el parto atendido por cesárea en el Hospital de Tingo María, 2018

Predictores fetales	X²	p- valor
VALORES	106,412	0.0000

En la tabla 13 se observó que los predictores: de indicaciones de cesárea por causas fetales con un p-valor 0.0000, siendo menor a 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de estudio donde se afirma que “Los predictores fetales están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco -2018”.

Hipótesis General

H₁: Los predictores maternos - fetales están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018.

H₀: Los predictores maternos fetales no están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco -2018.

Tabla 14. Tabla cruzada de Predictores y Tipo de parto

Predictores	Tipo de parto				Total	
	Vaginal		Cesárea		f	%
	f	%	f	%	f	%
• Maternos	18	27.3%	41	62.1%	59	44.7%
• Fetales	2	3.0%	25	37.9%	27	20.5%
• Materno-fetal	9	13.6%	0	0.0%	9	6.8%
• Ninguna	37	56.1%	0	0.0%	37	28.0%
Total	66	100.0%	66	100.0%	132	100.0%

Tabla15. Análisis Inferencial de Predictores materno fetales

Predictores	X ²	p- valor
	74,558	0.0000

En la tabla 14 y 15 se pudo observar el análisis inferencial de los predictores maternos o fetales que se presentaron en forma individual o asociados; en donde con un p – valor igual a 0.000 que es menor al 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna donde se afirma que “Los predictores maternos - fetales están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco – 2018”.

DISCUSION DE RESULTADOS

Según los sucesos del estudio de la investigación, mediante la contrastación de la prueba de hipótesis a través de la estadística no paramétrica de la significancia del chi cuadrado con un valor de 74,558 y un p-valor de 0.0000, se obtuvo el resultado de que los predictores maternos - fetales están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco – 2018. Así mismo se determinó que la tasa de incidencia de cesáreas fue de 31 por cada 100 pacientes; resultados que no concuerdan con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) quienes indican que las cesáreas no deberían sobrepasar el 15% de total de partos. Incluso este es un indicador de la calidad de gestión hospitalaria. Sin embargo, hoy en día la prevalencia de la misma se encuentra por encima de ese rango en la mayor parte del mundo.

Según, Carmona J. data M. Piñero A. Contreras I., Roso I, en su estudio estima que la incidencia de cesárea oscilo entre 1:6 y 1:11 con un promedio 1:8; el grupo más numeroso fue: entre los 20 y 24 años (29.5%); la mayoría de las pacientes era soltera (83.17%): el 65.71 de las pacientes tuvo un control pre-natal adecuado; el 85.71% eran venezolanas y el 14.28% colombianas; la gesta más frecuente cesárea fue electiva en un 80.95%. el 85.71% no tuvieron prueba de trabajo de parto. Las indicaciones de cesáreas más importantes fueron: desproporción feto pélvico 30.15%, cesárea anterior 14.12%: presentación podálica 10.47%: distocia de dilatación 9.84% y cesárea iterativa 8.57%. Estimando dichos resultados que informan los autores del estudio, no evidencian relación directa con los

resultados que encontramos en nuestro estudio debido a la confrontación del problema planteado en ambas investigaciones.

Por otro lado Álvarez Escobar en su estudio encontró una incidencia de cesáreas de 59.1%, de la cual el 64.8% fue de causa materna; 24.6% corresponde a cesárea segmentaria previa y 22.9% corresponde a preeclampsia – eclampsia y según causas fetales 41.7% por compromiso de bienestar fetal y el 20% por presentación podálica, ruptura prematura de membranas 32.2% y oligohidramnios severo 29.4%; la incidencia de cesárea es superior a lo recomendado por la OMS siendo la causa materna la principal causa de cesárea. Resultados que pronostican e indican Álvarez tiene algunas relaciones con los datos de los resultados obtenidos en nuestro estudio, a diferencias de que Álvarez encontró la incidencia de cesáreas alta que recomienda la OMS, mientras nuestro estudio presenta lo recomendado por la OMS (15%).

Al respecto, Gonzales M. En su estudio revela una frecuencia de la operación cesárea de 42.07%; siendo las principales indicaciones de cesárea: cesárea anterior (24.26%); desproporción céfalo – pélvico (16.57%); preeclampsia – eclampsia (10.95%); macrosomía fetal (9.47%) y ruptura prematura de membrana (8.87%). Que las indicaciones de cesárea por causa materna fueron las más frecuentes las que presentan el 63.02% del total y dentro de esta la cesárea anterior (24.26%) fue la principal causa; así mismo, la frecuencia de la operación cesárea supera a lo recomendado por la OMS que es un 10-15%, la cual fue de 42,07%. Resultados determinantes que indica Gonzales se asemejan en algunos indicadores

resultantes de la incidencia e frecuencias de la cesárea frente a los resultados encontrados en nuestra investigación.

Según, Gálvez L., en su estudio demuestran que el 52% han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las indicaciones fueron: desproporción feto – pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9%, sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%; pelvis estrecha, período intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%. Datos que evidencian Gálvez presentan algunos resultados que se pronostican en la incidencia de cesárea encontrados en nuestra investigación dentro de las características materno – fetales.

Es así, la Organización Mundial De la Salud confronta que las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura, y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente por razones médicas.

CONCLUSIONES

Confrontando los objetivos planteados e investigados se llegaron a conclusiones:

1. Los predictores maternos identificados fueron:
 - a. Sobre los datos sociodemográficos: La edad materna, donde el mayor porcentaje de cesáreas se presentó en la población con edad adecuada 87.9%; siendo casi igual proporción que en las atendidas por parto vaginal 84.8%. El estado civil de mayor proporción fue en las convivientes presentándose en el 84.8% de las cesareadas en comparación al 86.4% de las atendidas por parto vaginal. El grado de instrucción presento porcentajes similares en las que tuvieron el nivel primario 45.5% y el nivel secundario 44.7%. El lugar de procedencia con mayor porcentaje fueron la población de la zona rural 92.4%
 - b. Los antecedentes obstétricos con mayor porcentaje fueron la cesárea previa 25.8%; el número de cesáreas anteriores donde el 74.2% no tuvo cesáreas previas, el 19.7% tuvo una cesárea previa y el 6.1% dos cesáreas anteriores y el número de gestaciones fue en multigestas 68,2%.
 - c. En el embarazo actual se determinó que la edad gestacional fue más frecuente en gestaciones a término 87.9% y las gestantes fueron controladas 77.6%.
 - d. Las indicaciones maternas más frecuentes para cesárea fueron periodo intergenésico corto 24.2%, las distocias de dinámica uterina 13.6% y la enfermedad hipertensiva del embarazo 12.1%.

- e. La indicación fetal más frecuentes para cesárea fue el sufrimiento fetal agudo 24.2%
2. A través de las indicaciones, la tasa de incidencia de cesáreas realizadas en el Hospital de Tingo María fue de 31 por cada 100 pacientes.
 3. Los predictores maternos asociados a la incidencia de cesáreas fueron el número de cesáreas anteriores y las indicaciones médicas por causa materna de cesárea con un p-valor 0.000257 y 0.0000 respectivamente.
 4. Las indicaciones fetales para cesárea son los predictores fetales asociados a la incidencia del parto por de cesárea con un p-valor 0.0000.
 5. Se concluye con un valor de Chi cuadrado de 74.558 y un p – valor igual a 0.000 que los predictores maternos - fetales están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, Huánuco – 2018

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Sector salud,
 - a. Fomentar la capacitación permanente de los profesionales de salud en la atención de la mujer durante su etapa reproductiva, enfatizando durante el periodo gestacional, del parto y puerperio.
 - b. La conformación de una comisión fiscalizadora de cesáreas ya que contribuiría a reducir y controlar la tasa de cesáreas dentro del hospital.
2. A los profesionales gineco-obstetras:
 - a. Protocolizar las indicaciones de cesárea de tal forma que estandaricen los criterios y aplicación de guías de manejo institucional para la realización de este procedimiento quirúrgico.
 - b. Evaluar de manera individual cada paciente con cesárea anterior y que cumplan según protocolo el intervalo intergésico de más de 18 meses, para determinar la posibilidad que se dé el parto vía vaginal, posterior a evento quirúrgico.
 - c. Valorar exhaustivamente a las pacientes que por primera vez se les está indicando la culminación del parto por vía cesárea, para no generar una intervención innecesaria o permitir un parto vaginal en aquellas que lo necesitan.
3. A los profesionales de obstetricia, deben promover a acrecentar el nivel de información y conocimiento acerca de los factores o predictores de riesgo materno – fetales e incidencia de cesárea en los centros hospitalarios de la región Huánuco.

4. A los investigadores, médicos, obstetras o estudiantes continuar con estudios de investigación a nivel regional para determinar datos específicos y confrontar comparaciones.

V. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. WHO. La salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la OMS sobre la salud de los jóvenes y la “Salud para todos en el año 2000”. 2000.
2. Schwartz RFR. Obstetricia. Sexta Edición. 6th ed. Buenos aires: El Ateneo.; 2007.
3. Organización mundial de la salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Resumen ejecutivo. 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=672A32E49DF1A2E413487C3760167DA1?sequence=1
4. MacDorman, M., E. Leclerc, F. Menace, y M. Malloy Michael. “Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with No Indicated Risk”. En: Bort 33, 2006.
5. Villar, J. E. Valladares, D. Wojtyla, N. Zavaleta, G. Carola, A. Velazco, A. Sah, L. Campodónico, V. Bata glía y A. Fundes. “Caesarean Delivery Rates and Pregnancy Outcomes: The 2005 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America”. Te Lanceta 367, 2005.
6. Arrieta A. ¿Quiénes ganan y quiénes pierden con los partos por cesárea? Incentivos médicos y derechos reproductivos. Economía y Sociedad. 2009 diciembre; 66(2).
7. Aller J, Pagés G. Obstetricia moderna. 3rd ed. México: Editorial McGraw; 2000.

8. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Suiza: OMS; Abril 2015 [acceso 31 de mayo de 2017]. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Programas y proyectos.
9. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 [Sede Web]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017 [acceso 12 de junio del 2017]. Disponible en: http://proyectos.inei.gob.pe/andes/imagen/PPR_2016-I.pdf.
10. El País. Uno de cada cinco partos en el mundo ya es por cesárea. Nota de prensa. Madrid 12 OCT 2018. Disponible en : https://elpais.com/sociedad/2018/10/11/actualidad/1539273916_448777.html
11. Librero J., Pairó S., Beldad, A. y Calabais J. Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. Revista española de salud pública, Vol. 88, Nº. 3, 2014, págs. 315-326. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-PorcentajeDeCesareasEnMujeresDeBajoRiesgo-5035965.pdf>
12. Carmona, J; D`Alta, M; Piñero, A; Contreras, I; Rozo, I. *Col. med. estado Táchira*; 14(4): 23-27, oct.-dic. 2005. Disponible en : <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-531065>
13. Makhanya V., et al. (Sudáfrica – 2015) en su trabajo titulado “utilidad de los Robson en Sistema de Clasificación grupal para determinar la conveniencia de la cesárea en un hospital regional rural en KwaZulu-

Natal, Sudáfrica”. Disponible en: <http://www.who.int.rosen-classcation/es/>

14. Aguilar-Redondo R., et al. (España - 2016) efectuaron un estudio denominado “Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas”. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0717-75262016000200003>
15. Barčaitė E., et al. (SINGAPUR - 2015) realizaron un trabajo denominado “Cesarean section rates in Lithuania using Robson Ten Group Classification System”, encontraron que la tasa de cesárea fue de 26.4% en 2012. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/2667414145/>
16. Piaba Samaná M. y Salazar Guadalupe, G. Causas de cesáreas en el hospital provincia al docente belén de Lambayeque, 2014. Tesis. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Perú. 2015. Disponible en : <https://es.scribd.com/document/291795846/Causas-de-Cesareas>
17. Álvarez Escobar, Carolyn Catherine (Piura, 2018) “Incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del hospital II de Sullana Enero - diciembre 2017”. Perú. Disponible en <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3995>
18. Malle Bonilla, Ana Teresa. Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, Es salud, durante el periodo 2010 a 2014. Tesis. Universidad de Huánuco. 2016. Perú. Disponible en <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/187>

19. Camacho C, Brames C. Cesáreas iterativas - experiencia en el hospital materno infantil German Orquidal de Cochabamba 2006 – 2007 – 2008. Gaceta Médica Boliviana. 2010 enero; 33(2).
20. Dan L. Cesárea y otras operaciones obstétricas. En: Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth. 6th ed. Danforth: Interamericana; 2008.
21. FICO. Procedimientos en Obstetricia y Ginecología. Publicaciones del Instituto Nacional de Perinatología. 2010.
22. Tubes M. Vaginal delivery after previous cesarean section: is X-ray pelvimetry necessary? Br. J. Obstet. Gynecol. 2009; 22(4).
23. Rosen MD. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. Obstet. Gynecol. 2008; 77(23).
24. Gonzales Valdivia, Martha. Indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2014. Tesis. Universidad Ricardo Palma. Perú. 2015
25. Gant F, Levine J. Williams Obstetrician. 21st ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.
26. Arias F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. En: Perinatal health care with limited resources. 12th ed. Lenders. Macmillan Press Ltd London; 2009.
27. Jobera F. Presentación pélvica. Revisión de 5 años. Rev. Med. Hosp. Grail. Mex. 2000 Julio; 44(11).
28. Fonseca A, Martel S. Investigación científica en salud con enfoque cuantitativo. 1st ed. Huánuco: Nueva; 2012.

29. Aguilar S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*. 2006 enero-agosto; 11(2): p. 333-338.
30. Gómez M. Bases para la revisión crítica de artículos médicos. *Rev. Mes Pediatra*. 2002 junio; 68(4): p. 152-159.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL TESIS

Predictores Materno-Fetales asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018”.

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVO	SISTEMA DE HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA
<p>PROBLEMA GENERAL. ¿Cuáles son los Predictores materno – fetales asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, 2018?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS ¿Cuáles son los Predictores maternos asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, 2018? ¿Cuáles son los predictores fetales asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar los predictores materno – fetales asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, 2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS O1. Identificar los predictores maternos asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, 2018. O2: Identificar los predictores fetales asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, 2018.</p>	<p>HIPOTESIS H_a: Los predictores materno - fetales están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, 2018.</p> <p>H₀: Los predictores materno - fetales No están asociados a la incidencia de cesárea en el Hospital Tingo María, 2018.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE predictores asociados.</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE Incidencia de cesárea.</p> <p>INDICADORES 1. Edad gestacional 2. Paridad. 3. Control prenatal. 4. Antecedentes obstétricos. 5. Preeclampsia. 6. Patologías asociadas. 7. Embarazo múltiple. 8. Macrosomia. 9. DCP 10 Miomas. 11. infecciones genitales. 12. Cesáreas anteriores. 13. PP 14.DPP 15.RPM.</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACION Observacional Retrospectivo Transversal</p> <p>NIVEL: predictivo</p> <p>DISEÑO: Descriptivo, relacional X M r Y</p> <p>POBLACION: 132 Gestantes atendidas por parto en el periodo de enero a diciembre del 2018.</p> <p>MUESTRA La muestra será calculada con un coeficiente de confianza al 95% Y con un error de 5%.</p> <p>TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS Fichas de recolección de datos</p> <p>PROCESAMIENTO DE DATOS Programa Excel y software estadístico SPSS versión 23.</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título: Predictores materno-fetales asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo María, Huánuco - 2018.

- I. Datos Generales:
 - a. Edad materna
 - b. Estado civil: casada () conviviente () soltera ()
 - c. Nivel de instrucción: primaria () secundaria ()
Superior () ningún nivel ()
 - d. Procedencia
- II. Predictores maternos
 - a. Antecedentes obstétricos
 - Cesárea previa () Número de cesáreas anteriores (pic) ()
 - b. Embarazo actual ()
 - Edad gestacional ()
 - Paridad ()
 - Números de Control prenatales ()
 - Incompatibilidad céfalo pélvica ()
 - Patologías maternas:
 - Pre-eclampsia ()
 - Eclampsia ()
 - Ruptura prematura de membrana ()
 - Hemorragias del tercer trimestre ()
 - Placenta previa ()
 - Desprendimiento prematuro de placenta ()
 - Procedencia y prolapso de cordón ()
 - corioamnitis ()
 - distocia ósea ()
 - distocia de dinámica uterina ()
 - distocias de las partes blandas ()

- tumores previos ()
- por rotura uterina ()
- practicas vaginales previas ()
- nefropatía grave ()
- tuberculosis pulmonar ()
- por fracaso en la inducción ()

III. Predictores fetales

- a. Tipo de presentación fetal ()
- b. Numero de fetos ()
- c. Tamaño fetal (ponderado) ()
 - Bajo peso
 - Normopeso
 - Macrosómia fetal
- d. Situación transversa ()
- e. Presentación podálica ()
- f. Sufrimiento fetal ()
- g. Restricción de crecimiento intrauterino ()
- h. Muerte habitual del feto ()



RESOLUCIÓN N°158-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 22 de abril del 2019

VISTO:

La Solicitud S/N de fecha 22.ABR.2019 presentado por la docente Obst. Gloria Haydee HUAMAN DE LA CRUZ, en cinco (05) folios;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 078-2018-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 21.MAR.2019 se nombró a la Obst. Gloria Haydee HUAMAN DE LA CRUZ como Asesora de Tesis de las alumnas Ebelia PAJUELO CASIMIRO y Lupita HUERTA JUSTO para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de investigación;

Que, la docente Obst. Gloria Haydee HUAMAN DE LA CRUZ solicita renuncia a asesoría del Proyecto de Investigación de pregrado, con las recomendaciones del caso;

Que, analizada la solicitud de la docente se acepta la renuncia a la Resolución N° 078-2018-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 21.MAR.2018, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **DEJAR SIN EFECTO** la Resolución N° 078-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 21.MAR.2019 en el que nombra como Asesora Tesis de las alumnas Ebelia PAJUELO CASIMIRO y Lupita HUERTA JUSTO a la Obst. Gloria Haydee HUAMAN DE LA CRUZ.
- 2° **ACEPTAR** la renuncia de la Obst. Gloria Haydee HUAMAN DE LA CRUZ a la Asesoría de Tesis de de las alumnas Ebelia PAJUELO CASIMIRO y Lupita HUERTA JUSTO, por lo expuesto en los considerandos de la presente resolución.
- 2° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILO VALDIZÁN"
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Mague
DECANA

Distribución:

Asesora
Interesadas
Archivo
Sec/RSC



RESOLUCIÓN N° 044-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 04 de marzo del 2019

VISTO:

Las solicitudes N° 0463879 y N° 0463880 de fecha 01.MAR.2019, en tres (03) folios;

CONSIDERANDO:

Que, las alumnas de la Facultad de Obstetricia Ebelia PAJUELO CASIMIRO y Lupita Idelvina HUERTA JUSTO solicitan nombramiento de Asesor de Tesis";

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, Capítulo IV de la Modalidad de Tesis, Art. 14° señala: "El alumno que va a obtener el título profesional por la modalidad de tesis debe presentar (...), solicitando al Decano de la Facultad el nombramiento de un Asesor de Tesis (...);

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, Capítulo V del Asesor de Tesis, Art. 29° señala: "El asesor deberá trabajar conjuntamente con el alumno para planificar el proceso de asesoría, esto es, clarificar los propósitos de la asesoría y elaborar la estrategia de trabajo, la lista de actividades a realizar, el cronograma para cumplir dichas actividades y el sistema de verificación de logros. Además definirá un compromiso de trabajo que deberá cumplirse de acuerdo a lo pautado. En resumen, es el responsable del contenido y calidad de la tesis", y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **NOMBRAR** a la **Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SÁNCHEZ** como **Asesora de Tesis** de las alumnas de la Facultad de Obstetricia **Ebelia PAJUELO CASIMIRO y Lupita Idelvina HUERTA JUSTO**, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de investigación.
- 2° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y al interesado.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

Distribución:

Asesora
Interesadas (02)
Archivo
Sec/RSC



RESOLUCIÓN N° 188-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 08 de Mayo del 2019

VISTO:

La solicitud N° 0476302 de fecha 02.MAY.2019 presentado por las alumnas Lupita Idelvina HUERTA JUSTO y Ebelía PAJUELO CASIMIRO, quienes solicitan la emisión de Resolución de aprobación de exclusividad de tema de título de tesis, en seis (06) folios;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 044-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 04.MAR.19 se nombra a la Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SÁNCHEZ como Asesora de las alumnas Lupita Idelvina HUERTA JUSTO y Ebelía PAJUELO CASIMIRO para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del trabajo de Investigación;

Que, las alumnas Lupita Idelvina HUERTA JUSTO y Ebelía PAJUELO CASIMIRO solicitan exclusividad de Proyecto de Investigación titulado: "PREDICTORES MATERNO – FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2018", elaborado durante el curso de Seminario de Tesis;

Que, con Proveído N° 486-2019-UNHEVAL-FOBST-D de fecha 02.MAY.2019 se remite a la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, para que informe sobre la exclusividad de tema del mencionado estudiante;

Que, con Oficio N° 018-DIU/FOBST-UNHEVAL-2019 de fecha 07.MAY.2019 la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, opina PROCEDENTE la exclusividad de tema;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Obstetricia, establece que la elaboración de su Proyecto de Investigación para acceder al Título Profesional requiere del patrocinio de un asesor, de tal modo que garantice la calidad del trabajo, desde la elaboración del proyecto hasta la redacción del documento final;

Que, siendo el proceso misional 01.3 del Sistema de Gestión de Calidad – UNHEVAL y siendo el indicador FI-PM-01.3.3 un indicador de calidad que requiere el Registro del número de participación como Asesores de tesis por docente, corresponde el registro a la Comisión de Grados y Títulos, y;

Que, estando a las atribuciones conferidas a la Decana Interina de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 0002-2016-UNHEVAL-RI., de fecha 07 marzo de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** la exclusividad del título del Proyecto de Investigación: "**PREDICTORES MATERNO – FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2018**", de las alumnas **Lupita Idelvina HUERTA JUSTO** y **Ebelía PAJUELO CASIMIRO** y queda registrado en el cuaderno de Actas del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia, asesoradas por la Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SÁNCHEZ.
- 2° **DISPONER** que la Comisión de Grados y Títulos, registre el número de participación como Asesor del Proyecto de Tesis por docente.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

Regístrese, comuníquese y archívese.

Distribución:

Asesora, Interesadas, Com GyT, DIU., Archivo
Sec/RSC



RESOLUCIÓN N° 260-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 17 de Junio del 2019

VISTO:

La solicitud N° 0478852 de fecha 11.JUN.19 presentado por las alumnas Ebelía PAJUELO CASIMIRO y Lupita Idelvina HUERTA JUSTO;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N°188-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 08.MAY.2019 se aprobó como exclusividad el título de Proyecto de Investigación: "PREDICTORES MATERNO- FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARIA- HUÁNUCO, 2018", de las alumnas Ebelía PAJUELO CASIMIRO y Lupita Idelvina HUERTA JUSTO;

Que, mediante Resolución N°044-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 04.MAR.2019 se nombró a la Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SÁNCHEZ como Asesora de Tesis de las alumnas Ebelía PAJUELO CASIMIRO y Lupita Idelvina HUERTA JUSTO, para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo;

Que, con Informe N°001-2019-DA-MMQF-UNHEVAL/FOBST de fecha 02.MAY.2019 la Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SÁNCHEZ, asesora de las alumnas Ebelía PAJUELO CASIMIRO y Lupita Idelvina HUERTA JUSTO, informa que se ha concluido con la asesoría del proyecto de tesis titulado: "PREDICTORES MATERNO- FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARIA- HUÁNUCO, 2018"presentada por las alumnos en mención;

Que, las alumnas de la Facultad de Obstetricia Ebelía PAJUELO CASIMIRO y Lupita Idelvina HUERTA JUSTO, presentaron un (01) ejemplar del Proyecto de Tesis arriba indicado para su aprobación;

Que, con Carta N°005-LRR-D-FOBST-UNHEVAL-2019 de fecha 31.MAY.2019 el Dr. Leon ROCANO ROJAS y con Carta N°005-JCTE-D-FOBST-UNHEVAL-2019 de fecha 03.JUN.2019 el Mg. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA, Comisión Revisora Ad Hoc del Proyecto de Tesis titulado: "PREDICTORES MATERNO- FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARIA- HUÁNUCO, 2018", de las alumnas de la Facultad de Obstetricia, Ebelía PAJUELO CASIMIRO y Lupita Idelvina HUERTA JUSTO, indican que se encuentra APTA para su aprobación y ejecución;

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, en su Capítulo IV de la modalidad de la tesis, Art. 18° dice: Emitida la Resolución de Decanato, el alumno(a) procederá a desarrollar su Proyecto de Tesis en un tiempo mínimo de sesenta (60) días hábiles. Si no lo desarrollara en un plazo de catorce meses, debe presentar un nuevo Proyecto de Tesis, y

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** el proyecto de tesis titulado: "**PREDICTORES MATERNO- FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARIA- HUÁNUCO, 2018**", de las alumnas **Ebelía PAJUELO CASIMIRO** y **Lupita Idelvina HUERTA JUSTO**, asesoradas por la **Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SÁNCHEZ**.
- 2° **INSCRIBIR** el Proyecto indicado en el libro correspondiente de la Unidad de Investigación de la Facultad, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del 03.JUN.2019.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesadas.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD OBSTETRICIA

Regístrese, comuníquese y archívese.

.....
Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

DISTRIBUCIÓN:

DUI, asesora, interesadas y archivo.
Sec/CPH

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quién suscribe el **Médico Ginecólogo Dr. Paredes Rojas, Jorge** mediante el presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del proyecto de investigación **“PREDICTORES MATERNO - FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO - 2018.”**

elaborado por las Bachilleres de Obstetricia: Huerta justo Lupita Idelvina y Pajuelo Casimiro Ebelía, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 12 de junio del 2019



Médico Ginecólogo. Dr. Paredes Rojas, Jorge

DNI:.....3292047r.....



ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
EL INSTRUMENTO
OPINION DE JUECES REVISORES



Título de la Investigación: "PREDICTORES MATERNO - FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO - 2018."

JUEZ REVISOR: Médico Ginecólogo. Dr. Mallqui Pozo, Russell

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 PUNTOS	INCORRECTO 0 PUNTOS
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	()
2. El instrumento tiene estructura lógica.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
3. La secuencia de presentación es óptima.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
TOTAL	(20)	()

OBSERVACIONES

.....

.....

Médico Ginecólogo. Dr. Mallqui Pozo, Russell

DNI: 22703980.....

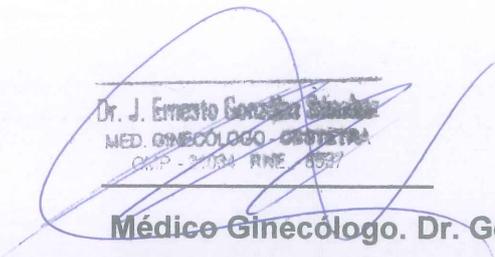
TELEF: 962579309.....

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quién suscribe el **Médico Ginecólogo Dr. González Sánchez J. Ernesto** mediante el presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del proyecto de investigación **“PREDICTORES MATERNO - FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO - 2018.”**

elaborado por las Bachilleres de Obstetricia: Huerta justo Lupita Idelvina y Pajuelo Casimiro Ebelía, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 12 de junio del 2019


~~Dr. J. Ernesto González Sánchez~~
MED. GINECÓLOGO - OBSTETRA
C.R.P. - 20131 RNE 1537

Médico Ginecólogo. Dr. González Sánchez J. Ernesto

DNI:.....



ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
EL INSTRUMENTO
OPINION DE JUECES REVISORES



Título de la Investigación: "PREDICTORES MATERNO - FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO - 2018."

JUEZ REVISOR: Médico Ginecólogo. Dr. Paredes Rojas, Jorge

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO	INCORRECTO
	2 PUNTOS	0 PUNTOS
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia	X	()
2. El instrumento tiene estructura lógica.	X	()
3. La secuencia de presentación es óptima.	X	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	X	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	X	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	()	X
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	X	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	X	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	X	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	X	()
TOTAL	(19)	(2)

OBSERVACIONES

Médico Ginecólogo. Dr. Paredes Rojas, Jorge

DNI: 32920471

TELEF: 976 13 2006

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quién suscribe la Obst. **Mg. Manrique De Lara Suarez**, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del proyecto de investigación **“PREDICTORES MATERNO - FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO - 2018.”**

elaborado por las Bachilleres de Obstetricia: Huerta justo Lupita Idelvina y Pajuelo Casimiro Ebelía, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 12 de junio del 2019



Firma

Obst. Mg. Manrique De Lara Suarez



ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
EL INSTRUMENTO
OPINION DE JUECES REVISORES



Título de la Investigación: "PREDICTORES MATERNO - FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO - 2018."

JUEZ REVISOR: Médico Ginecólogo. Dr. González Sánchez J. Ernesto

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO	INCORRECTO
	2 PUNTOS	0 PUNTOS
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El instrumento tiene estructura lógica.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La secuencia de presentación es óptima.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL	(20)	(0)

OBSERVACIONES

Médico Ginecólogo. Dr. González Sánchez J. Ernesto

DNI:

TELEF: 962673339.....

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quién suscribe la Obst. **Mg. Víctor Quispe Sulca**, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del proyecto de investigación **“PREDICTORES MATERNO - FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO - 2018.”**

elaborado por las Bachilleres de Obstetricia: Huerta justo Lupita Idelvina y Pajuelo Casimiro Ebelía, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 12 de junio del 2019



Firma

Obst. Mg. Víctor Quispe Sulca



ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
EL INSTRUMENTO
OPINION DE JUECES REVISORES



Título de la Investigación: "PREDICTORES MATERNO - FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO - 2018."

JUEZ REVISOR: Obst. Mg. Manrique De Lara Suarez

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 PUNTOS	INCORRECTO 0 PUNTOS
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	()
2. El instrumento tiene estructura lógica.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
3. La secuencia de presentación es óptima.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
TOTAL	(20)	()

OBSERVACIONES

.....

.....

OBST. Mg. Manrique De Lara Suarez

DNI: 06927959

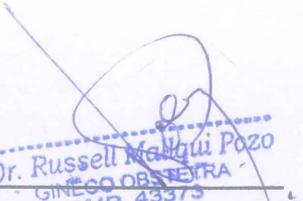
TELEF: 962330854

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quién suscribe el Médico Ginecólogo. Dr. Mallqui Pozo, Russell mediante el presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del proyecto de investigación **“PREDICTORES MATERNO - FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO - 2018.”**

elaborado por las Bachilleres de Obstetricia: Huerta justo Lupita Idelvina y Pajuelo Casimiro Ebelía, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 12 de junio del 2019


Dr. Russell Mallqui Pozo
GINECO OBSTETRA
CMP. 43373
Médico Ginecólogo. Dr. Mallqui Pozo, Russell
DNI: 2273580



ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
EL INSTRUMENTO
OPINION DE JUECES REVISORES



Título de la Investigación: "PREDICTORES MATERNO - FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO - 2018."

JUEZ REVISOR: Obst. Mg. Víctor Quispe Sulca

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 PUNTOS	INCORRECTO 0 PUNTOS
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	()
2. El instrumento tiene estructura lógica.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
3. La secuencia de presentación es óptima.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
TOTAL	(20)	()

OBSERVACIONES

.....

.....

OBST. Mg. Víctor Quispe Sulca

DNI: 22962246.....

TELEF: 999222818.....



GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
Unidad Ejecutora 401 – Hospital Tingo María

Hospital
TINGO MARÍA

“Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad”

Tingo María, 02 de julio del 2019.

CARTA MULT. N° 004 -2019-GRH-DRSH/HTM-UADI

Srta.

HUERTA JUSTO Lupia Idelvina

Presente.-

ASUNTO : Autorización para Proyecto de Investigación.

De mi especial consideración:

Me es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo, en relación a la solicitud presentada, la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital de Tingo María, da la **AUTORIZACIÓN** para realizar el Proyecto de Investigación Titulado **"PREDICTORES MATERNO-FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESAREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARIA, HUANUCO - 2018"**

Sin otro en particular me suscribo de usted.

Atentamente;

LACA/RMHP/ychn

c.c. Archivo

X
Lic. Enf. Luis Alberto Castillo Allaga
CEP N° 58578
JEFF UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION



GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
Unidad Ejecutora 401 – Hospital Tingo María

Hospital
TINGO MARÍA

“Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad”

Tingo María, 02 de julio del 2019.

CARTA MULT. N° 004 -2019-GRH-DRSH/HTM-UADI

Srta.

PAJUELO CASIMIRO Ebelia

Presente.-

ASUNTO : Autorización para Proyecto de Investigación.

De mi especial consideración:

Me es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo, en relación a la solicitud presentada, la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital de Tingo María, da la **AUTORIZACIÓN** para realizar el Proyecto de Investigación Titulado **"PREDICTORES MATERNO-FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESAREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARIA, HUANUCO - 2018"**

Sin otro en particular me suscribo de usted.

Atentamente;

Lic. Enif Luis Alberto Castillo Alruga
CEP N° 58578
JEFF UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

LACA/RMHP/ychnp

c.c. Archivo



RESOLUCIÓN N°324-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 02 de agosto del 2019

VISTO:

La Solicitud N°0488991 de fecha 31.JUL.2019 presentado por las exalumnas Lupita Idelvina HUERTA JUSTO y Ebelía PAJUELO CASIMIRO;

CONSIDERANDO:

Que, en el Art. 17° del Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL señala: "Una vez que el tesista ha elaborado el Borrador de Tesis, con el visto bueno de su Asesor, y obtenido el grado de bachiller, solicitará al Decano, en el Formato Único de Trámite, se designe al Jurado de Tesis, adjuntando a su solicitud, la copia de la resolución que aprueba el Proyecto de Tesis y cuatro (04) ejemplares del Borrador de Tesis, un ejemplar para cada miembro del Jurado". Art. 18° señala: "El Jurado de Tesis es designado por el Decano, integrado por cuatro (04) profesores ordinarios: tres (03) serán titulares y un (01) accesitario. El Jurado se compone de: Presidente, Secretario y Vocal. De los cuales dos son especialistas del tema de la Tesis y un especialista en metodología de la investigación. El de mayor categoría y precedencia preside dicho Jurado";

Que, las exalumnas de la Facultad de Obstetricia Lupita Idelvina HUERTA JUSTO y Ebelía PAJUELO CASIMIRO; solicitan designación del tercer jurado para la revisión del Informe final del Proyecto de Investigación titulado: "PREDICTORES MATERNO – FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2018", bajo el asesoramiento de la Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SÁNCHEZ, quien informa la culminación del Informe final del Proyecto de Investigación y que cumple con los estándares exigidos del Reglamento de Grados y Títulos y se encuentra en condiciones de ser revisado por el Jurado de Tesis;

Que, siendo el proceso misional 01.3 del Sistema de Gestión de Calidad – UNHEVAL y siendo el indicador F1-PM-01.3.2 un indicador de calidad que requiere el Registro del número de participación como jurado de tesis por docente, corresponde el registro a la Comisión de Grados y Títulos, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

1° **DESIGNAR** Jurados de la Tesis titulada: "PREDICTORES MATERNO – FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2018", de las exalumnas de la Facultad de Obstetricia **Lupita Idelvina HUERTA JUSTO y Ebelía PAJUELO CASIMIRO**, debiendo el jurado estar integrado de la siguiente manera, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

PRESIDENTE	:	Mg. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA
SECRETARIO	:	Dr. León ROCAJO ROJAS
VOCAL	:	Dra. Antonia Esmila JERÍ GUERRA
ACCESITARIA	:	Mg. María Elena RAMOS NAVARRO

2° **DISPONER**, que los docentes designados informen al Decano acerca de la suficiencia del borrador del Proyecto de Tesis en un plazo que no exceda los quince días hábiles.

3° **DISPONER** que la Comisión de Grados y Títulos, registre el número de participación como jurados de tesis por docente.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

Distribución: Jurados, Asesora, Interesados, Com. GyT y Archivo.



RESOLUCIÓN N° 339-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 09 de agosto del 2019

VISTO:

La solicitud N° 04 de fecha 08.AGOS.2019 presentado por las ex alumnas Ebelía PAJUELO CASIMIRO y Lupita Idelvina HUERTA JUSTO;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N°324-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 02.AGOS.2019 se designó al jurado examinador de la Tesis titulada: "PREDICTORES MATERNO – FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2018" de las bachilleres Ebelía PAJUELO CASIMIRO y Lupita Idelvina HUERTA JUSTO;

Que, los miembros de Jurado de Tesis después de haber realizado la revisión de dicha tesis informan que se encuentra APTA para ser sustentada, dado que se ajusta a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL;

Que, las bachilleres Ebelía PAJUELO CASIMIRO y Lupita Idelvina HUERTA JUSTO, solicitan se le declare expeditas y se le fije fecha y hora de sustentación de tesis;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, en el Capítulo IV, de la Modalidad de Tesis, en su art. 25° dice: "Una vez que los miembros del Jurado hubieran informado al Decano acerca de la suficiencia del trabajo de tesis, el Decano emitirá la resolución fijando día, hora y lugar para la sustentación...", y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

1° **DECLARAR** expedito los bachilleres de la Facultad de **Obstetricia Ebelía PAJUELO CASIMIRO y Lupita Idelvina HUERTA JUSTO** para la sustentación de tesis.

2° **FIJAR fecha, hora y lugar** de sustentación de la tesis Titulada: "**PREDICTORES MATERNO– FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2018**", de las bachilleres **Ebelía PAJUELO CASIMIRO y Lupita Idelvina HUERTA JUSTO**, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

DÍA : Viernes 09 de agosto del 2019

HORA : 10:00 a.m.

LUGAR : Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia.

3° **COMUNICAR** a los Miembros del Jurado Calificador integrados por los siguientes docentes y a la Asesora Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SANCHEZ

PRESIDENTE : Mg. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA

SECRETARIO : Dr. León ROCANO ROJAS

VOCAL : Dra. Antonia Esmila JERÍ GUERRA

ACCESITARIA : Mg. María Elena RAMOS NAVARRO

4° **DISPONER** que los docentes designados deberán ceñirse a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL.

Regístrese, comuníquese y archívese.



DR. VÍCTOR QUISPE SULCA
DECANO (e)

DISTRIBUCIÓN:

Jurados, Asesora, Interesadas, Publicación y archivo.
Sec/CPH



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO
 PROFESIONAL DE OBSTETRA**

En la ciudad de Huánuco, a los 09 días del mes de AGOSTO de 2019, siendo las 10:00 Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: **"PREDICTORES MATERNO- FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2018"**, presentado por la bachiller **Ebelía PAJUELO CASIMIRO**, para obtener el **TÍTULO DE OBSTETRA**, estando integrado por los siguientes docentes:

PRESIDENTE	:	Mg. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA
SECRETARIO	:	Dr. León ROCANO ROJAS
VOCAL	:	Dra. Antonia Esmila JERÍ GUERRA
ACCESITARIA	:	Mg. María Elena RAMOS NAVARRO

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

03 Papeleta (S) APROBADOS
 Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: 16 y cualitativa de: DECISEIS

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.

 Mg. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA
PRESIDENTE

 Dr. León ROCANO ROJAS
SECRETARIO

 Dra. Antonia Esmila JERÍ GUERRA
VOCAL

 Mg. María Elena RAMOS NAVARRO
ACCESITARIA

Asesora: Dra. DIGNA MANRIQUE DE LARA SUAREZ



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, a los 09 días del mes de AGOSTO de 2019, siendo las 10.00 Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: **"PREDICTORES MATERNO- FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA - HUÁNUCO, 2018"**, presentado por la bachiller **Lupita Idelvina HUERTA JUSTO**, para obtener el **TÍTULO DE OBSTETRA**, estando integrado por los siguientes docentes:

PRESIDENTE	:	Mg. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA
SECRETARIO	:	Dr. León ROCANO ROJAS
VOCAL	:	Dra. Antonia Esmila JERÍ GUERRA
ACCESITARIA	:	Mg. María Elena RAMOS NAVARRO

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

..... 03 Papeleta (S) APROBADOS
 Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: 16 y cualitativa de: DIECISEIS

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.

 Mg. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA
PRESIDENTE

 Dr. León ROCANO ROJAS
SECRETARIO

 Dra. Antonia Esmila JERÍ GUERRA
VOCAL

 Mg. María Elena RAMOS NAVARRO
ACCESITARIA

Asesora: Dra. DIGNA MANRIQUE DE LARA SUAREZ

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE PREGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL: (especificar los datos de los autores de la tesis)

Apellidos y Nombres: Huerta Justo, Lupita Idelvina

DNI: 48474986 Correo electrónico: electrolupis96@hotmail.com

Teléfonos: Casa 929804371 Celular 929804371 Oficina obstetra

Apellidos y Nombres: Pajuelo Casimiro, Rebeca

DNI: 48527526 Correo electrónico: cmlpriver@hotmail.com

Teléfonos: Casa 949302108 Celular 949302108 Oficina Obstetra

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS:

Pregrado
Facultad de Obstetricia Escuela Profesional de obstetricia

Título Profesional obtenido:

OBSTETRICIA

Título de la Tesis:

**PREDICTORES MATERNO - FETALES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE
CESÁREAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO - 2018.**

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor (es):

Marcar (X)	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional - UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

- 1 año
- 2 años
- 3 años
- 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Huánuco, 10 de agosto de 2019



Huerta Justo, Lupita Idelvina
AUTORA 1



Pajuelo Casimiro, Ebelía
AUTORA 2