



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
<http://www.udh.edu.pe>

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**  
**MENCIÓN: ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**  
**TÍTULO DE TESIS**

=====

**INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL BASE II**  
**DE LA RED ASISTENCIAL DE HUÁNUCO, ESSALUD,**  
**DURANTE EL PERIODO 2010 A 2014.**

=====

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**  
**EN OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO**

**Tesista: Maylle Bonilla, Ana Teresa**  
**Asesor : Dr. Valderrama Gaitán, Jaime R.**

**Huánuco, Perú**

**2016**

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo especialmente a Dios, a mis padres Ángel y Aquilina quienes estuvieron conmigo en la salud y en la enfermedad y brindándome todo el apoyo moral y emocional para continuar superándome.

A mis sobrinitos Diego y Rodrigo quienes con su alegría y travesuras han hecho que disfrute y siga disfrutando de su presencia.

## AGRADECIMIENTO

Dejo consignado mi reconocimiento más profundo e imperecedero al Señor Todo poderoso por iluminar mis pasos y darme la salud necesaria para salir adelante y obtener el Título de la Segunda Especialidad en Obstetricia de Alto Riesgo.

A mis padres y a mi familia seres incondicionales en mi vida.

A personas que rigen, administran e imparten sus conocimientos en la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica Profesional de Obstetricia de la prestigiosa Universidad Privada en especial a los médicos y obstetras por su valiosa colaboración como asesor y jurados de mi tesis.

A la Directora y al personal médico del Área de Investigación y Ética del Hospital Base Nivel II EsSalud Huánuco por su confianza y apoyo para la realización de esta tesis.

A todos mis colegas obstetras por recibirme afectuosamente y brindarme su apoyo cuando tuve la oportunidad de venir a trabajar al Hospital Nivel II EsSalud de Huánuco en julio del 2009.

Y finalmente quiero agradecer a dos colegas obstetras por sus enseñanzas y apoyo en la ejecución de este trabajo.

**La autora.**

## ÍNDICE

N°	Nombre	Página
<b>I INTRODUCCIÓN</b>		
1.1	Planteamiento del problema	7
1.2	Formulación del problema	8
1.3	Trascendencia teórica, técnica y académica	9
1.4	Antecedentes	9
1.5	Objetivos	13
<b>II REFERENCIA TEÓRICA O CONCEPTUAL</b>		
2.1	Breve referencia histórica	14
2.2	Bases teóricas	16
2.3	Teoría científica que los sustenta	18
2.4	Definiciones operacional de palabras clave	26
<b>III METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN</b>		
3.1	Método y nivel de investigación	27
3.2	Sistema de hipótesis, variables y esquema de diseño	27
3.3	Técnicas e instrumentos	29
<b>IV RESULTADOS</b>		
4.1	Presentación de resultados	33
<b>V DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>		
5.1	Nuevos planteamientos	50
<b>Conclusiones</b>		<b>52</b>
<b>Recomendaciones</b>		<b>53</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>		<b>54</b>
<b>Anexos</b>		<b>58</b>

## RESUMEN

### ÍNCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL BASE II DE LA RED ASISTENCIAL DE HUÁNUCO, ESSALUD, DURANTE EL PERIODO 2010 A 2014.

La investigación realizada, tuvo el objetivo de determinar la incidencia de cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, Essalud, durante el periodo 2010 a 2014; utilizando un diseño y nivel Descriptivo, de tipo no experimental, transversal y retrospectivo; siendo los principales resultados con respecto a los factores generales: edad joven [72% (2010)], [69% (2011)], [69% (2012)], [70% (2013)], y [81% (2014)]; nivel educativo superior [64% (2010)], [62% (2011)], [60% (2012)], [60% (2013)], y [70% (2014)]; nivel socioeconómico aceptable [79% (2010)], [78% (2011)], [76% (2012)], [77% (2013)], y [74% (2014)]; estado civil conviviente [50% (2010)], [40% (2011)], [42% (2012)], [46% (2013)], y [46% (2014)]. Factores obstétricos multigesta [71% (2010)], [68% (2011)], [70% (2012)], [66% (2013)], y [64% (2014)]; edad gestacional a término [98% (2010)], [98% (2011)], [98% (2012)], [99% (2013)], y [99% (2014)]. La indicación materna cesárea anterior [22% (2010)], [20% (2011)], [25% (2012)], [27% (2013)], y [28% (2014)]. La indicación fetal SFA [20% (2010)], [12% (2011)], [12% (2012)], [16% (2013)], y [11% (2014)]. La indicación anexos placentarios RPM [3% (2010)], [2% (2011)], [3% (2012)], [14% (2013)], y [5% (2014)]. La cesárea de emergencia es la tiene mayor frecuencia [75% (240)] año 2010; [72% (262)] año 2011; [71% (275)] año 2012; [67% (315)] año 2013; y [53% (250)] año 2014. Concluyendo que: la incidencia en cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, Essalud, durante el periodo 2010 a 2014 es a disminuir progresivamente, con una incidencia que fluctúa entre 37,7% a 34%.

***Palabras Claves: Incidencia y cesáreas***

**ABSTRACT**

**INCIDENCE OF CESAREAN SECTION II BASE HOSPITAL OF CARE  
NETWORK  
HUANUCO, ESSALUD, DURING THE PERIOD 2010 TO 2014.**

The research, aimed to determine the incidence of Caesarean sections in the base II Hospital Care Network of Huanuco, Essalud during the period 2010-2014; using a design and descriptive level, non-experimental, cross-sectional and retrospective; being the main results regarding the general factors: young age [72% (2010)], [69% (2011)], [69% (2012)], [70% (2013)], and [81% (2014)]; higher education [64% (2010)], [62% (2011)], [60% (2012)], [60% (2013)], and [70% (2014)]; acceptable socioeconomic status [79% (2010)], [78% (2011)], [76% (2012)], [77% (2013)], and [74% (2014)]; law marriage [50% (2010)], [40% (2011)], [42% (2012)], [46% (2013)], and [46% (2014)]. multigesta obstetrical factors [71% (2010)], [68% (2011)], [70% (2012)], [66% (2013)], and [64% (2014)]; gestational age at term [98% (2010)], [98% (2011)], [98% (2012)], [99% (2013)], and [99% (2014)]. Previous caesarean maternal indication [22% (2010)], [20% (2011)], [25% (2012)], [27% (2013)], and [28% (2014)]. Fetal indication SFA [20% (2010)], [12% (2011)], [12% (2012)], [16% (2013)], and [11% (2014)]. The annexes Placental RPM indication [3% (2010)], [2% (2011)], [3% (2012)], [14% (2013)], and [5% (2014)]. Emergency caesarean section is the most frequently has [75% (240)] 2010; [72% (262)] 2011; [71% (275)] 2012; [67% (315)] 2013; and [53% (250)] 2014 concluding that: the impact on caesarean sections in the base II Hospital Care Network of Huánuco, EsSalud during the period 2010 to 2014 is gradually reduced, with an incidence ranging from 37,7% to 34%.

***Keywords: Incidence and cesareans***

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Planteamiento del problema

El parto en la actualidad es una situación de riesgo, debido al mismo, no todos los partos son eutócicos, existen los partos distócicos generalmente los comprendidos por el parto vía abdominal denominado cesárea.<sup>1</sup> En el Mundo la tasa de cesáreas se estima en 15%.<sup>2</sup> La tasa promedio hasta el año 2007 fue: en África 3,5%, con valores máximos en Sudáfrica (15,4%), Egipto (11,4%) y Túnez (8,0%). El promedio en Asia de 15,9%, con las mayores tasas nacionales en China (40,5%), Hong Kong (27,4%) y Líbano (23,3%). Nepal y Camboya presentaron las menores tasas (1,0%). En Europa, la tasa promedio de cesáreas fue de 19,0% y los valores máximos se observaron en Italia (36,0%) y Portugal (30,2%), mientras que los más bajos fueron en Serbia y Montenegro (8,0%) y Moldova (6,2%). Las tasas de cesáreas en América Latina y el Caribe fueron superiores a las de otros países en desarrollo pero menores que la de los países desarrollados en conjunto. La tasa media fue de 29,2%, con los valores menores en Haití (1,7%) y Honduras (7,9%) y los mayores en México (39,1%), Brasil (36,7%), República Dominicana (31,3%) y Chile (30,7%).<sup>3</sup> En el Perú, de acuerdo con lo reportado por Balizan y et al, igual que lo encontrado en otros países menos desarrollados como Bolivia, Haití y Guatemala se había mantenido por debajo de 10%, cifra muy inferior a la descrita en países como Puerto Rico (45%), Chile (40%), Brasil (27%), Argentina (25%) y México (24%).<sup>4</sup> No obstante, este panorama parece haber cambiado sustancialmente sobre todo en los últimos años. Uno de los pocos estudios publicados al respecto en nuestro

medio, el estudio de Luis Távara Orozco, quien dio a conocer que para el año 1992 la tendencia de cesáreas ya había superado largamente el 20% luego de haber mantenido una tendencia claramente positiva desde el año 1962.<sup>5</sup> En Huánuco, según el tipo de parto (cesárea) se encontró en Hospitales públicos en el año 2008, un [OR 0,48 (IC95% 0,24; 0,96)<sup>6</sup>; y en el Hospital de la Seguridad Social actualmente se tienen cifras de cesáreas con un 17,8% de observados y 30,2 de estimados, cifras que se encuentra muy por encima del estándar internacional, lo que representa mayores costos para la seguridad social y para las familias.<sup>7</sup> La investigadora encuentra cifras muy elevadas de cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, Essalud un total de 466 cesáreas en el año 2013, se presentaron 69 casos de sufrimiento fetal agudo, 32 por incompatibilidad céfalo pélvica y 29 por trabajo de parto disfuncional; en cuanto a complicaciones más frecuentes fue por infección de herida post operatoria y hemorragia por sub involución uterina<sup>8</sup>, todos estos datos fueron el motivo por el cual decide investigar.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuánto es la incidencia de cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, EsSalud, durante el periodo 2010 a 2014?



### **1.3. Trascendencia teórica, técnica y académica**

De seguir con esta situación se advierte el aumento de cesáreas hospitalarias en nuestra región, presentando mayor riesgo para la salud reproductiva al sobrepasar los beneficios. Es claro, que las cesáreas llevan implícito un mayor riesgo de complicaciones en relación al parto normal.

El problema puede solucionarse si se aplicaran adecuadamente las guías clínicas que establecen cuando debe realizarse una cesárea. Por otro lado, la tasa de cesáreas debe constituirse como un indicador de calidad de atención.

Académicamente se advierte el interés de investigar el tema, ya que en el proceso enseñanza aprendizaje seguido en esta especialidad, ha nacido el interés por estudiar la problemática planteada, en este caso por ser un indicador de importancia en el servicio de obstetricia del Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, Essalud, donde laboro actualmente.

### **1.4. Antecedentes**

1. En el año 2009, en el Hospital Nacional Sergio Bernales, Manzano Espejo, Giancarlo, realiza la investigación titulada: **INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A CESÁREA ITERATIVA EN ADOLESCENTES**. Lima, Perú, 5 pp. Los autores se propusieron determinar la incidencia y los factores asociados a la cesárea, en una investigación descriptiva, transversal y retrospectiva, encontrando una incidencia del 45% y como factor asociado más frecuente la desproporción céfalo pélvico.<sup>9</sup>

2. Antonio Quispe, et al realizaron la investigación titulada: CESÁREAS EN SIETE HOSPITALES PÚBLICOS DE LIMA: ANÁLISIS DE TENDENCIA EN EL PERIODO 2001-2008, siendo el objetivo analizar la tendencia de la “tasa de cesáreas” mensual en todos los hospitales de la Dirección de Salud V Lima-Ciudad desde el año 2001 al 2008, y determinar los patrones característicos. Material y métodos. Estudio de tipo ecológico; encontrando los siguientes resultados: el promedio fue de  $36,9\% \pm 9,1\%$ . Entre los años 2001 se registró un incremento promedio del  $6,9\% \pm 7,0\%$ , alcanzándose un incremento del  $7,7\% \pm 6,4\%$ . En la mayoría de los hospitales, se registró un aumento significativo entre los años 2004 y 2005. Analizando la variación anual de las TCM se observó que éstas tienden a incrementarse en los meses de abril ( $37,9\% \pm 9,7\%$ ) y septiembre ( $40,2\% \pm 8,9\%$ ), ciclo que se ha repetido en la mayoría de los centros hospitalarios bajo estudio.<sup>10</sup>
  
3. Ortiz Lee, Carlos, en Cuba en el año 2008 investiga sobre las COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL EN PELVIANA *VERSUS* CESÁREA. Objetivo: Analizar 120 partos y 368 cesáreas y sus causas; diseño observacional, descriptivo, retrospectivo y explicativo, concluyendo: Que algunos factores considerados desfavorables para el parto transpelviano, en pacientes con presentación pelviana, no se relacionaron de modo significativo con la vía del nacimiento; y como aspectos relevantes, que la morbimortalidad perinatal resultó similar en los 2 grupos de pacientes, mientras que se observa un incremento alarmante de la morbilidad materna en el grupo de pacientes que fueron operadas.<sup>11</sup>

4. Zigelboim, Tic. Sánchez, Williams en Caracas, durante el año 2007, realizaron la investigación titulada: ¿CESÁREA UNA PANACEA?, donde identificaron como ha crecido en forma progresiva y hasta abusiva la cesárea, utilizando para ello un diseño observacional, descriptivo: Revisión histórica, retrospectivo y explicativo, siendo la conclusión: Que a pesar de que la morbilidad y mortalidad que entraña es 3-6 veces mayor que la ruta vaginal se sigue practicando indiscriminadamente.<sup>12</sup>
5. Beltran AP, et al., el año 2007. En una investigación cualitativa, descriptiva e histórica, encargada por la Organización Mundial de la Salud denominada: TASAS DE CESÁREAS: ANÁLISIS DE LOS ESTIMADOS REGIONALES Y NACIONALES, donde los investigadores establecen la posible asociación con indicadores específicos de salud reproductiva y conforman la mayor y más representativa serie de datos demográficos y sanitarios de los países en desarrollo.<sup>13</sup>
6. Lindo Misael, et al., PARTO VAGINAL EN CESÁREADA ANTERIOR: EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS EN UN HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Villa El Salvador, Lima, Perú, 2004, 217-22 pp. En el proceso de investigación los autores se propusieron determinar las características maternas y perinatales, tipo de parto y complicaciones de las gestantes con parto vaginal después de una cesárea, emplearon el método descriptivo, porque describieron las variables. Los resultados importantes a las que arribaron fueron: el 63,2% tenía entre 26 y 35 años. El promedio

intergenésico fue de 8,6%. El parto eutócico se dio en 90,8%. Concluyendo que: el parto vaginal en cesárea anterior en grupo seleccionado de mujeres, se considera seguro y con altas probabilidades de éxito y mínimos riesgos.<sup>14</sup>

7. Pavón León Patricia, et al., realizaron la investigación titulada: FRECUENCIA E INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL ESCUELA DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana. Xalapa, México. 2002. 7 pp. Los autores realizaron la investigación retrospectiva de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo, siendo el objetivo: Determinar la frecuencia y las indicaciones más comunes de la operación cesárea que se realizaron en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana y formular algunas recomendaciones al respecto. Los resultados importantes a las que arribaron fueron: La frecuencia de cesáreas es de 36,7%, con relación al número de nacimientos. Las indicaciones más frecuentes fueron: sufrimiento fetal agudo (28.4%), desproporción céfalo-pélvica (22.4%) y cesárea previa (15.2%). Concluyendo que: el estudio revela una frecuencia elevada si se toma como ideal el 15% sugerido por la normatividad. Es necesario actualizar y uniformar los criterios técnicos para la práctica de la operación cesárea, manteniendo únicamente aquéllos que constituyan un beneficio incontrovertible para el bienestar materno y perinatal.<sup>15</sup>

8. En Huánuco en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, en el año 1997, Antonio, A *et al.*, realizaron investigación casuística denominada: OPERACIÓN CESÁREA E INDICACIONES. Los autores realizaron una investigación descriptiva, transversal y retrospectiva, teniendo como objetivo: determinar la incidencia en el Centro de Salud de Enero 1994 a junio 1997, teniendo los siguientes resultados: la incidencia fue para el año 1994 el 4.2%, para el año 1995 el 7.7% y 10.5% para el año 1997; las indicaciones más frecuentes fueron: 19.5% por sufrimiento fetal, 18.3 % por presentación podálica, 14.3% cesárea anterior, 12.6% desproporción céfalo pélvica, y 9.7% trabajo de parto disfuncional.<sup>16</sup>

## **1.5. Objetivo**

### **1.5.1. Objetivo general**

Determinar la incidencia de cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, EsSalud, durante el periodo 2010 al 2014.

### **1.5.2. Objetivos Específicos**

1. Caracterizar los factores generales: edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil y los factores obstétricos: paridad y edad gestacional en el periodo 2010 al 2014.
2. Identificar la indicación materna para la cesárea en el periodo 2010 al 2014.
3. Identificar la indicación fetal para la cesárea en el periodo 2010 al 2014.
4. Identificar la indicación anexos ovulares para la cesárea en el periodo 2010 al 2014.
5. Clasificar los tipos de cesáreas en el periodo 2010 al 2014.

## 2. REFERENCIA TEÓRICA

### 2.1. Aspectos conceptuales: Breve referencia histórica

#### 1. Historia de la Cesárea en el Mundo<sup>17</sup>

La primera operación Cesárea; no cabe duda es muy antigua y se practicó en el Imperio Romano, entre los hindúes primitivos y egipcios. Es imposible determinar con precisión cuando se llevó a cabo por primera vez y si se ejecutó en una mujer viva o después de muerta. La primera referencia de una cesárea realizada en una mujer viva se halla mucho más tarde, aunque siempre en la Edad Antigua, en el Mischnah colección de las tradiciones rabínicas del Talmud Judeo-babilónico que empieza en la época de Moisés, escrito por eruditos judíos hacia el año 140 de nuestra era. La primera cesárea en Gran Bretaña, fue ejecutada el 29 de Junio de 1737 por Smith, cirujano de Edimburgo, en una paciente con osteomalacia y parto prolongado de siete días, el niño nació muerto y la madre murió dieciocho horas después. La primera operación cesárea realizada en Gran Bretaña con sobrevivencia de la madre fue practicada por la partera Mary Donally en 1738, la paciente se llamaba Alice O'Neale, de 33 años; había estado en trabajo de parto 12 días y se pensaba que su niño había muerto después del tercer día, varios intentos de parto vaginal fallaron y la comadrona Mary Donally, hizo una cesárea utilizando una navaja suturó la pared del abdomen con seda y aguja de sastre, la herida fue curada con clara de huevo y la mujer se recuperó con una gran hernia ventral. La primera operación cesárea en Alta California - América fue realizada por los curas Josef Viñals y José

Viader en la Misión Santa clara de Asís el 26 de enero de 1799. Se tienen referencias que entre 1769 a 1833 se realizaron 14 operaciones de cesáreas, 13 de ellas en nativas y una sola en una española; todas las cesáreas se hallan anotadas en los libros de registro de entierros. Estas intervenciones no eran cesáreas como se conocen actualmente sino extracciones del feto del vientre después de muerta la madre. No se conoce con exactitud los detalles de la operación. Se presume que fueron hechas con la técnica recomendada por el cura Josef Manuel Rodríguez. El 31 de mayo de 1931 el médico Alberto Barton practicó una cesárea y obtuvo un recién nacido vivo aunque la madre murió 3 horas después.

## **2. Historia de la Cesárea en el Perú<sup>18</sup>**

La primera cesárea en el Perú fue realizada en la Maternidad de Lima por el Dr. Camilo Segura el año 1861, en una paciente fallecida durante el parto. En 1926 el Dr. Ricardo Palma realizó la primera cesárea en Chiclayo. El 31 de Mayo de 1931 en la Maternidad de Lima el Dr. Alberto Barton practicó una cesárea obteniendo un recién nacido vivo. La madre falleció a las pocas horas. Entre los años 1927 y 1936 el Dr. Manuel Jesús Castañeda efectuó la primera cesárea en Arequipa y en 1931 el Dr. Callo Zeballos hizo lo mismo en el Cuzco. La primera cesárea segmentaria en el Perú fue practicada en la Maternidad de Lima por Víctor Bazul Fonseca en 1937 y en 1939 se hizo la cesárea a la niña Lina Medina de 5 y medio años de edad obteniéndose un recién nacido vivo de 2700gr.

## 2.2. Bases teóricas

### 1. Incidencia<sup>19</sup>

Es una magnitud que cuantifica la dinámica de ocurrencia de un determinado evento en una población dada. Habitualmente, la población está formada por personas y los eventos son enfermedades, pero esto es sólo uno de los posibles casos particulares.

**Clasificación: Incidencia absoluta.-** Es una fracción cuyo numerador son los eventos ocurridos en una población dada y cuyo denominador es el tiempo de observación en el que ocurrieron dichos eventos.

**Incidencia relativa.-** Es una fracción cuyo numerador es el número de ocurrencias de dicho evento y cuyo denominador es la cantidad de observación. La cantidad de observación es el producto del número de elementos de la población observada por el tiempo de observación de dicha población. A veces la población observada está dividida en grupos, cada uno de los cuales ha sido observado durante un cierto tiempo. La cantidad de observación es, entonces, la suma de los productos del número de elementos de cada grupo por el tiempo de observación del grupo:

$$\text{Incidencia relativa} = \frac{\text{Número de eventos ocurridos}}{\text{Cantidad de observación}}$$



## 2. Definición de Cesárea

La palabra Cesárea viene del latín "Caedere" que es cortar, es una intervención quirúrgica mediante la cual se extrae el producto de la concepción mayor de 22 semanas, a través de una incisión en la pared abdominal denominado laparotomía y de la pared uterina histerotomía, cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando los riesgos y complicaciones Maternos Fetales.<sup>20</sup>

## 3. Clasificación:

**Cesárea Electiva:** Es una indicación determinada durante el control prenatal y da tiempo para programar la cirugía en las mejores condiciones.

**Cesárea de Emergencia:** Aquella que se realiza de manera imprevista por la presencia de una patología que obliga la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.<sup>21</sup>

**4. Indicaciones:** Incapacidad de parto vaginal, desproporción feto pélvica, macrosomía fetal, estrechez pélvica relativa, posición anormal de la cabeza fetal, anormalidades del feto, asimetría pélvica, deflexiones persistentes, asinclitismo persistente, tumor o malformación fetal, onfalocele, gastroquisis, espina bífida, hidrocefalia, distocias de contracción, presentación fetal inadecuada: situación transversa, presentación pelviana en nulípara, primer feto de embarazo múltiple, podálico variedad pies, cicatriz uterina previa corporal, peso menor de

1500 gramos o edad menor de 32 semanas, presentación compuesta, falla de la prueba de trabajo de parto, inducción fallida, acentuación fallida, trastornos mentales, psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia, riesgo materno hemorragia del tercer trimestre: desprendimiento prematuro de placenta con sufrimiento fetal, placenta previa; cicatriz uterina previa: riesgo de ruptura uterina corporal o segmentaria transversa iterativa más de 2 veces, cicatriz con antigüedad menor de 18 meses, pre eclampsia severa – eclampsia, pre eclampsia severa con compromiso de órganos blancos, refractaria al tratamiento, sin condiciones favorables para inducir el parto vaginal, eclampsia; insuficiencias cardíacas y respiratorias; enfermedad oftálmica: miopía mayor dioptrías, antecedentes de desprendimiento de retina; otras causas: embarazo múltiple mayor de dos fetos, tumor previo, cáncer invasivo de cérvix, miomas; antecedente de plastia vaginal; por riesgo fetal por alteración hipóxico-isquémica; insuficiencia placentaria y sufrimiento fetal agudo; infecciosas: herpes genital activo, ruptura prematura de membranas, HIV, condilomatosis vulvar, cervical o vaginal obstructiva.<sup>22</sup>

### 2.3. Teoría que sustenta

La cesárea<sup>23</sup> es un tratamiento, tiene indicaciones precisas, su único objeto es asegurar la salud de la madre y/o su hijo. Sólo se debe indicar cuando un parto vaginal sea riesgoso para ellos.

Ya Aristóteles nos señalaba que el motivo de nuestras acciones es un bien: "*Ha sido exactamente definido el bien cuando se ha dicho que es el objeto de todas nuestras aspiraciones*". Es decir, nos movemos y elegimos algo en función de algún bien que vemos en aquello, independientemente que sea un bien aparente o real. No podemos elegir algo en función de un mal, el mal nos atrae sólo en razón de un bien aparente que vemos en él.<sup>24</sup>

En la decisión de un médico, participa como fin el bien de su paciente, en el caso de un parto la salud de la madre y de su hijo. El médico entonces tiene que elegir cuál medio, en este caso cuál vía de parto, conducirá en mejor forma a obtener una madre y un recién nacido sano.<sup>25</sup>

La mortalidad y morbilidad de la operación cesárea ha ido disminuyendo progresivamente. Si bien parece ser cierto que la cesárea aún representa un mayor riesgo en el universo total de los partos, no parece ser eso cierto en subgrupos de pacientes con algún factor de riesgo, o en los cuales la evolución del parto ya no es fluida.<sup>26</sup>

Indicaciones más frecuentes de cesárea en el Perú son: segmentaria previa (25,6%); seguidas por sufrimiento fetal agudo (13,9%), pre eclampsia-

eclampsia (12,1%), presentación podálico (10,6%), macrosomía fetal mayor de 4.500 gr. (10,3%); oligohidramnios severo (9,2%); dos o más cesáreas previas (8%); desproporción céfalo-pélvica (7,4%); expulsivo prolongado (6,2%); y otras indicaciones (31,8%).<sup>27</sup> Complicaciones más frecuentes de las cesáreas: 1. Endometritis tasa = 0,62. 2. Infección de herida operatoria post cesárea tasa= 1,64.<sup>28</sup>

### **Parto**

El parto es un proceso fisiológico que consiste en la aparición de contracciones rítmicas y progresivas que producen el borramiento y dilatación del cuello uterino, permitiendo el descenso del feto por el canal del parto, para expulsarlo finalmente a través de conducto genital al exterior, junto con los demás productos de la concepción.<sup>29</sup>

### **División Funcional del Trabajo de Parto**

El proceso del parto se divide en dos unidades funcionales, la primera División de Dilatación cervical y la segunda División Pélvica, de descenso y expulsión del feto. Este proceso está apoyado en un concepto que es físico mecánico, basado en la existencia de una fuerza generada por las contracciones uterinas que propulsan el feto venciendo una resistencia que se le opone, en este caso el cérvix y las fuerzas antagonistas del canal del parto.

Los elementos y fuerzas que interactúan sincrónica y adecuadamente durante el trabajo de parto son cuatro (4):

1. El canal o conducto (pasaje) del parto formado por las partes blandas y óseas de la pelvis materna.
2. El feto (pasajero u objeto del parto).
3. La placenta.
4. Las contracciones que permiten la expulsión (motor del parto).

A partir de los estudios publicados por Friedman, se reconocen que antes de producirse la dilatación franca ocurren una serie de fenómenos que afectan la dinámica uterina y que acortan y borran el cérvix. Friedman afirmó que las características clínicas de las contracciones uterinas, es decir, frecuencia, intensidad y duración, no pueden ser consideradas como indicadores confiables de la progresión ni la normalidad del trabajo de parto, salvo por la dilatación cervical y el descenso fetal. La curva de dilatación cervical observada durante el trabajo de parto normal presenta una configuración sigmoidea y la del descenso principalmente en la división pélvica es hiperbólica. A su vez esta primera unidad funcional de la dilatación cervical se divide en una fase latente o preparatoria y otra llamada fase activa. Esta fase activa se subdivide en una etapa de aceleración, otra de máxima pendiente y una tercera de desaceleración. Una vez completada la dilatación del cuello uterino comienza el segundo estadio del trabajo de parto a partir del cual el único indicador de la evolución del trabajo de parto es el descenso progresivo de la parte de la presentación fetal.<sup>30</sup>

### **Periodo de preparación o fase latente del trabajo de parto<sup>31</sup>**

Se inicia con contracciones uterinas que producen borramiento cervical, en tanto que en el miometrio, sobre todo a nivel biomolecular y estructural, ocurren modificaciones destinadas a procurar una adecuada orientación, polarización y coordinación de las contracciones, haciéndolas eficaces para conseguir una progresiva y continua dilatación cervical y vencer la resistencia del suelo pélvico. La duración de la fase latente es variable y está sujeta a cambios provocados por factores exógenos y su duración afecta en escasa medida la evolución ulterior del trabajo de parto. Por consiguiente, la fase latente comienza como describimos anteriormente, con la percepción materna de las contracciones uterinas regulares acompañadas de dilatación cervical progresiva, aunque lenta, expulsión de flemas mucosas (limos) o tapón mucoso, además de caracterizarse clínicamente por disminución de la altura uterina y de poder coexistir con síntomas difusos como diarreas, vómitos, sudoración, edemas, dolor en bajo vientre y región lumbar. Dándose por terminada la misma cuando la dilatación alcanza de 3 a 4 centímetros, este umbral puede ser útil desde el punto de vista clínico porque define los límites de la dilatación cervical, entre la finalización de la fase latente y el inicio o comienzo de la fase activa de la dilatación del trabajo de parto. La alteración de esta fase está dada por su prolongación. Friedman y Sachleben (1963) definieron la fase latente prolongada como aquella que supera las 20 horas de duración en la nulípara y las 14 horas en múltiparas, correspondiendo estos valores a

periodos de máxima duración (95 percentil).

Entre los factores que inciden en la prolongación de la fase latente del trabajo de parto figuran:

- La sedación.
- La analgesia de conducción excesiva.
- Las malas condiciones cervicales (largo, grueso, posterior y cerrado).
- Falso trabajo de parto por contracciones irregulares e ineficaces.

### **Fase activa del trabajo de parto**

Según la curva de Friedman la primera subdivisión de la fase activa se conoce como aceleración, etapa corta, cuando culmina la fase latente e inicia verdaderamente el trabajo de parto alcanzando de 3 a 5 centímetros de dilatación durante la misma, lo cual es indicativo de la regularización de las contracciones (dinámica uterina útil) en frecuencia, intensidad y duración para esta inicial etapa. Una vez llegado a los 5 centímetros de dilatación comienza la etapa de pendiente máxima de dilatación. Las nulíparas dilatan a una velocidad normal mínima de 1.2 cm por hora y las multíparas a 1.5 cm por hora. Lo cual Friedman considera que esta etapa de pendiente máxima es un indicador adecuado de la eficacia global del motor de la máquina del parto (las contracciones uterinas). La tercera subdivisión conocida como de desaceleración va de los 8 cm, a la dilatación completa 10 cm y continua de forma invisible, la retracción las fibras musculares del anillo cervical de la dilatación, sobre el polo fetal de la presentación que se ofrece, para que con su avance lograr rebasarlo

totalmente, en esta fase se inicia conjuntamente el descenso de la presentación (División Pélvica) y refleja esta tercera etapa ser un indicador en mayor medida de las relaciones feto pélvicas.

### **División pélvica:**

Esta división se caracteriza porque en la misma ocurre el descenso, el cual comienza en el estadio más tardío de la dilatación activa, que se inicia con alrededor de los 8 cm en las nulíparas y se torna más rápido después de alcanzar dicha dilatación. Friedman subdividió los problemas de la fase activa en trastornos por prolongación y por detención. Además, definió la prolongación como una baja velocidad de la dilatación cervical menor a 1.2 cm/hora y para el descenso una velocidad normal a 1 cm/hora y en las pacientes multíparas como una velocidad de dilatación menor de 1.5 cm/hora y para el descenso menor de 2cm/hora. En cuanto al concepto de detención, llamó detención de la dilatación como un lapso de 2 horas sin cambios cervicales y a la detención del descenso como un lapso de 1 hora sin descenso fetal. En su estudio comprobó que el 30% de las pacientes con prolongación presentaban una DCP y en un 45% en aquellas que desarrollaban detención, entre los factores que contribuyen a la prolongación y detención de la dilatación y el descenso son la sedación, la analgesia de conducción y la mal posición de orientación fetal(ejemplo occipito posterior persistente). La conducta a seguir propuesta para los trastornos de prolongación fue un manejo expectante y para los relacionados con detención en ausencia de desproporción feto pélvico.



**Segundo periodo:** Este periodo comienza cuando se completa la dilatación cervical y termina con la expulsión del feto, su duración promedio es de 50 minutos a 1 hora para nulíparas y de 20 minutos para las multíparas, pero también es sumamente variable para cada paciente de no haber afectación del bienestar fetal en esta etapa. Es importante mencionar que en la división pélvica que ocupa la última subdivisión de la fase activa y todo el segundo periodo ocurre la mayor parte de los movimientos fetales de encajamiento, flexión, orientación y rotación los cuales son necesarios para que el feto pueda atravesar el canal del parto. En vista de los requerimientos mecánicos de estos movimientos fetales, resulta lógico que la desproporción entre el feto y la pelvis se ponga de manifiesto. Hasta tiempos recientes existían normas para el manejo del segundo periodo que limitaban su duración. En nulíparas este periodo se limitaba a 2 horas y se extendía a 3 si se utilizaba analgesia regional. En las multíparas el límite era de 1 hora y se extendía a 2 en caso de uso de analgesia regional. La prolongación de estos límites de tiempo obligaba al obstetra a tomar una conducta más activa como abreviar el parto por medio de una instrumentación la cual podría ser precipitada al no haber afectación evidente del bienestar fetal, y de no ser posible realizar la misma, hacer la indicación de una cesárea por diagnóstico de descenso detenido de la presentación. Todas estas fases de presentación, pueden graficarse en el partograma para un seguimiento y diagnóstico oportuno de una disfunción del trabajo de parto y en consecuencia tomar una conducta apropiada y personalizada para cada caso.

#### **2.4. Definición operacional de palabras clave**

**Cesárea.-** Intervención quirúrgica mediante la cual se extrae el producto de la concepción mayor de 22 semanas, a través de una incisión en la pared abdominal.<sup>32</sup>

**Incidencia.-** Número de casos de una enfermedad y/o evento en un periodo determinado de tiempo.<sup>33</sup>

### 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Método, Nivel de Investigación

**Método:** Deductivo, porque la observación fue con el propósito de señalar las verdades particulares contenidas en la situación de cesárea.

**Nivel:** Descriptivo porque fue descrito el número de cesáreas en circunstancia temporal y geográfica determinada.

**Tipo:** Observacional porque se realizó sin intervención del investigador.  
Retrospectivo porque los datos están registrados y no planeados.  
Transversal porque se midió la variable una sola ocasión.

#### 3.2. Sistema de hipótesis variables y esquema del diseño

a) **Hipótesis:** No aplica, Por ser un estudio descriptivo epidemiológico sin pronóstico de un hecho, ya que sólo se infieren datos, no se comprueban, no existe hipótesis.<sup>34</sup>

#### b) Sistema de variables e indicadores

1. **Variable de interés:** Incidencia de cesáreas

## 2. Operacionalización de Variables:

Variable	Operacionalización	Dimensión	Indicador	Tipo	Nivel	Valor Final
<b>Cesárea</b>	Es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el útero de la mujer para extraer el feto	Electiva	Con tiempo	Cuantitativa	Ordinal	Si No
		Emergencia	Imprevista			
<b>Indicación</b>	Describe una razón válida para emplear un procedimiento médico.	Maternas	CESAREADA ANTERIOR	Cuantitativa	Ordinal	Si No
			TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL			
			INCOMPATIBILIDAD CÉFALO PÉLVICA			
			HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EMBARAZO			
			EDAD AÑOSA			
			INFERTILIDAD			
			MIOMATOSIS UTERINA			
			EMBARAZO PROLONGADO			
			EXPULSIVO PROLONGADO			
			ABORTO HABITUAL			
			CARDIOPATÍA			
			HEMORRAGIA DEL III TRIMESTRE			
			SÍNDROME DE HELLP			
			VARICES VULVAR			
			EDAD ADOLESCENTE			
		OTRAS CAUSAS				
		Fetales	SUFIMIENTO FETAL AGUDO			
			FETO PODÁLICO			
			MACROSOMÍA FETAL			
			OLIGOHIDRAMNIOS / POLIHIDRAMNIOS			
			FETO GEMELAR			
			FETO TRANSVERSO			
			DISTOCIA DE PRESENTACIÓN			
			PREMATURIDAD			
			ANTECEDENTE ÓBITO FETAL			
			FETO VALIOSOS			
		RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO				
Anexos placentarios	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS					
	PLACENTA PREVIA					
	DISTOCIA FUNICULAR					
	INSUFICIENCIA PLACENTARIA					
			DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA			

**a) Diseño**

Epidemiológico: Descriptivo transversal, de nivel descriptivo, siguiendo el siguiente diagrama:

Muestra

Observación

**M.....O**

**Cobertura del estudio****a) Población**

Estuvo constituido por las mujeres embarazadas que acudieron para la atención del parto.

**b) Muestra**

Estuvo constituido por toda la población de mujeres de parto por vía abdominal: Cesárea, siendo 2001 entre los periodos 2010 al 2014.

**c) Delimitación geográfico-temporal y temática**

El estudio se realizó en la ciudad de Huánuco, en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 al 2014.

### 3.3. Técnicas e instrumentos

**Técnica:** Estudio documental.

**Instrumentos:** Matriz de análisis, a través de la Historia Clínica, Sistema de Base de Datos y Ficha de Recolección (anexo1). Confiabilidad del instrumento a través de la prueba paramétrica de coeficiente de Alpha Cronbach, teniendo un valor estadístico de 0,65 (anexo 2). Validación del instrumento de constructo a través de una ficha de juicio de expertos (anexo3).

### 3.4. Interpretación de datos y resultados: Apoyados en programa informático de Excel

a) **Análisis y datos.-** datos a través de porcentajes y esquematizados en barras.

### 3.5. Aspectos éticos

La presente investigación se realizará respetando las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud:<sup>35</sup>

1. Prevalecer el criterio del respeto a la dignidad y protección a los seres humanos.
2. Aplicar los principios científicos y éticos para la investigación que justifique la investigación.
3. Basarse en los resultados de investigaciones previas.
4. Anonimato de la persona a investigarse.

**3.6. Procedimiento de recolección de datos,** Implicó tres actividades estrechamente vinculadas entre sí:<sup>36</sup>

1. Seleccionar un instrumento de medición los disponibles en el estudio del comportamiento o desarrollo: El instrumento de recolección de datos validados y confiables.
2. Aplicar el instrumento de medición. Es decir obtener las observaciones y mediciones de las variables que son de interés para nuestro estudio, midiendo las variables (Operacionalización de Variables).
3. Preparar las mediciones obtenidas para que puedan analizarse correctamente, codificando los datos obtenidos.

## RESULTADOS

### Incidencia de cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, EsSalud, durante el periodo 2010 a 2014.

#### Datos:

Años	P. Vaginales	Cesáreas	Total
2010	573	318	891
2011	595	361	956
2012	691	386	1077
2013	847	466	1313
2014	911	470	1381
<b>TOTAL</b>	3617	2001	5618

#### Fórmula:

$$\text{Incidencia relativa} = \frac{\text{Número de eventos ocurridos}}{\text{Cantidad de observación}} * 100$$

#### 1. Incidencia de cesáreas periodo 2010:

$$\text{IR} = \frac{318}{891} = 0,356 * 100 = 35,6\%$$

#### 2. Incidencia de cesáreas periodo 2011:

$$\text{IR} = \frac{361}{956} = 0,377 * 100 = 37,7\%$$

#### 3. Incidencia de cesáreas periodo 2012:

$$\text{IR} = \frac{386}{1077} = 0,358 * 100 = 35,8\%$$

#### 4. Incidencia de cesáreas periodo 2013:

$$\text{IR} = \frac{466}{1313} = 0,354 * 100 = 35,4\%$$

#### 5. Incidencia de cesáreas periodo 2014:

$$\text{IR} = \frac{470}{1381} = 0,340 * 100 = 34\%$$



## INTERPRETACIÓN

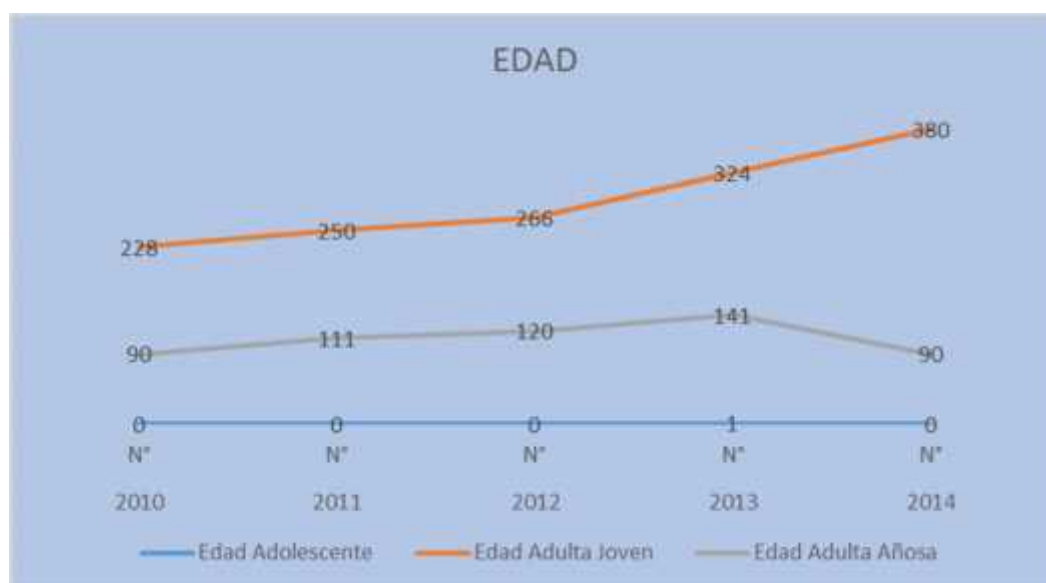
Apreciamos la incidencia de cesáreas, en el año 2010 fue de 35,6%, incrementándose en el año 2011 a 37,7% para luego descender a 35,8 en el año 2012, haciendo una diferencia de 1,9%; hacia el año 2013 nuevamente desciende a 35,4% y finalmente en el año 2014 ha llegado a 34%; la tendencia de la incidencia en cesáreas es a disminuir progresivamente.

**Tabla N° 1.- Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014.**

### FACTORES GENERALES

Categoría		2010		2011		2012		2013		2014	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Edad	Adolescente	00	00	00	00	00	00	01	0,2	00	00
	Adulta Joven	228	72	250	69	266	69	324	70	380	81
	Adulta Añosa	90	28	111	31	120	31	141	30	90	19
Total		318	100	361	100	386	100	465	100	470	100

*Fuente: ficha de recolección de datos.*



### INTERPRETACIÓN

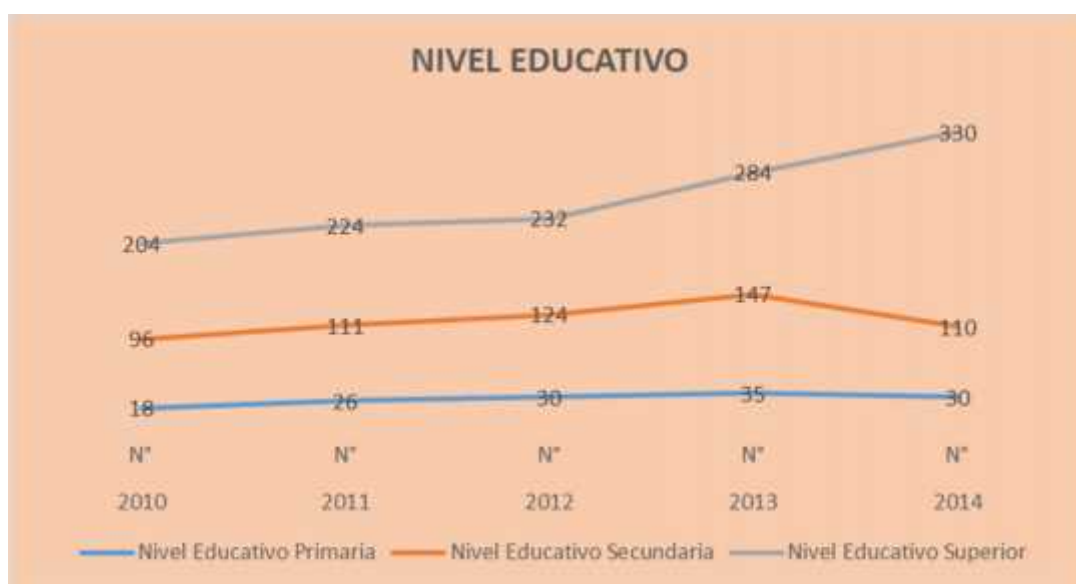
Edad, la edad clasificada como joven [72% (228)] año 2010; [69% (250)] año 2011; [69% (266)] año 2012; [70% (324)] año 2013; y [81% (380)] año 2014.

**Tabla N° 2.- Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014.**

### FACTORES GENERALES

Categoría		2010		2011		2012		2013		2014	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nivel Educativo	Primaria	18	06	26	07	30	08	35	08	30	06
	Secundaria	96	30	111	31	124	32	147	32	110	24
	Superior	204	64	224	62	232	60	284	60	330	70
Total		318	100	361	100	386	100	466	100	470	100

*Fuente: ficha de recolección de datos.*



### INTERPRETACIÓN

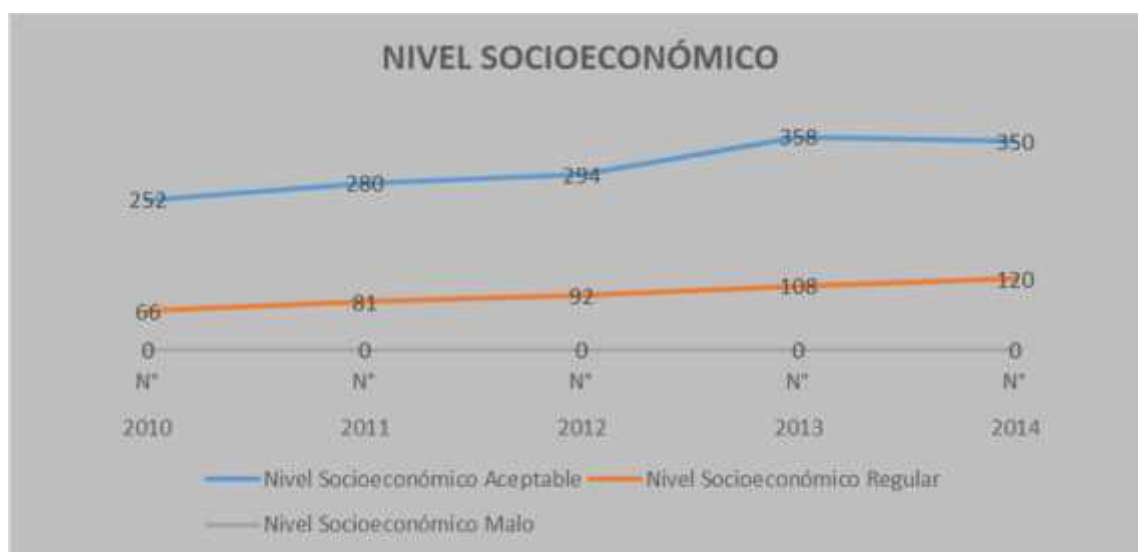
Nivel educativo: superior [64% (204)] año 2010; [62% (224)] año 2011; [60% (232)] año 2012; [60% (284)] año 2013; y [70% (330)] año 2014.

**Tabla N° 3.- Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014.**

### FACTORES GENERALES

Categoría		2010		2011		2012		2013		2014	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nivel Socioeconómico	Aceptable	252	79	280	78	294	76	358	77	350	74
	Regular	66	21	81	22	92	24	108	23	120	26
	Malo	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Total		318	100	361	100	386	100	466	100	470	100

*Fuente: ficha de recolección de datos.*



### INTERPRETACIÓN

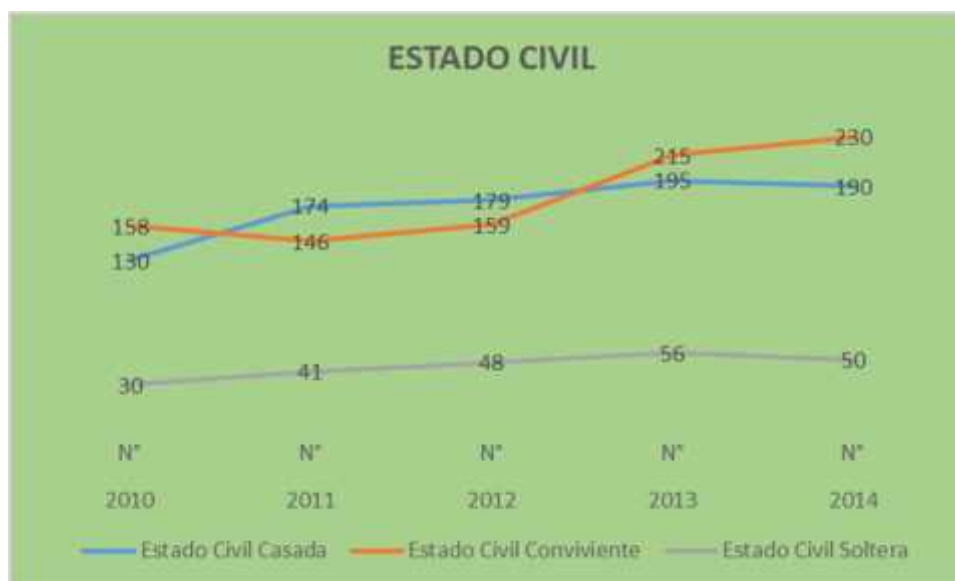
Nivel socioeconómico: Aceptable [79% (252)] año 2010; [78% (280)] año 2011; [76% (294)] año 2012. [77% (385)] año 2013; y [74% (350)] año 2014.

**Tabla N° 4.- Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014.**

### FACTORES GENERALES

Categoría		2010		2011		2012		2013		2014	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Estado Civil	Casada	130	41	174	48	179	46	195	42	190	40
	Conviviente	158	50	146	40	159	42	215	46	230	49
	Soltera	30	9	41	12	48	12	56	12	50	11
Total		318	100	361	100	386	100	466	100	470	100

*Fuente: ficha de recolección de datos.*



### INTERPRETACIÓN

Estado civil: conviviente [50% (158)] año 2010; [40% (146)] año 2011; [42% (159)] año 2012; [46% (215)] año 2013; y [46% (230)] año 2014.

**Tabla N° 5.- Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014.**

**CONSOLIDADO DE LOS FACTORES GENERALES**

Categoría		2010		2011		2012		2013		2014	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Edad	Adolescente	00	00	00	00	00	00	01	0,2	00	00
	Adulta Joven	228	72	250	69	266	69	324	70	380	81
	Adulta Añosa	90	28	111	31	120	31	141	30	90	19
Nivel Educativo	Primaria	18	06	26	07	30	08	35	08	30	06
	Secundaria	96	30	111	31	124	32	147	32	110	24
	Superior	204	64	224	62	232	60	284	60	330	70
Nivel Socioeconómico	Aceptable	252	79	280	78	294	76	358	77	350	74
	Regular	66	21	81	22	92	24	108	23	120	26
	Malo	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Estado Civil	Casada	130	41	174	48	179	46	195	42	190	40
	Conviviente	158	50	146	40	159	42	215	46	230	49
	Soltera	30	9	41	12	48	12	56	12	50	11
Total = <b>2001</b>		318	100	361	100	386	100	466	100	470	100

*Fuente: ficha de recolección de datos.*

**INTERPRETACIÓN**

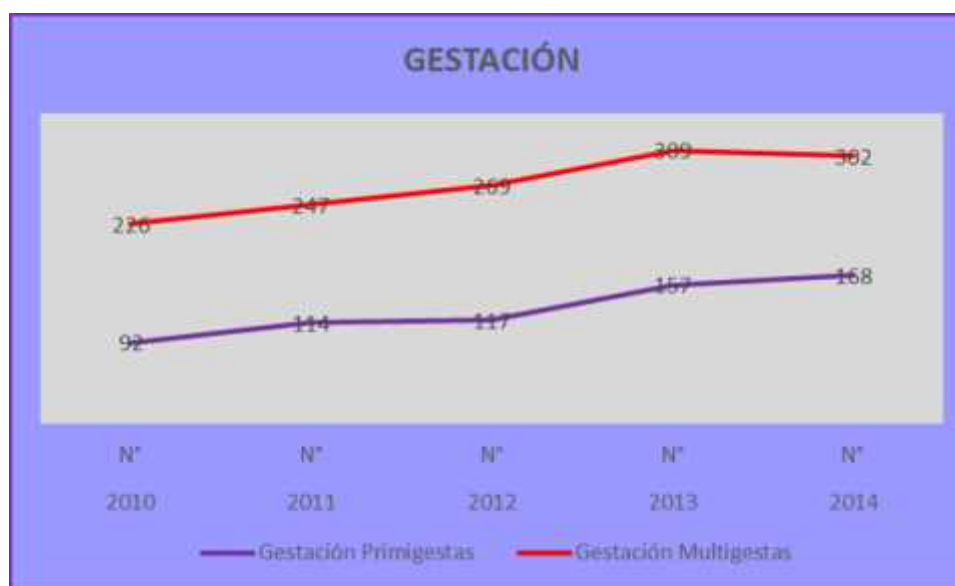
En la presente tabla observamos el consolidado de las características generales, donde se aprecia que: en el año 2010 hubo 318 cesáreas; en el año 2011 hubo 361 cesáreas; en el año 2012 hubo 386 cesáreas; en el año 2013 hubo 466 cesáreas; y en el año 2014 hubo 470 cesárea, en esta última es donde existe mayor frecuencia.

**Tabla N° 6.- Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014.**

### FACTORES OBSTÉTRICOS

Categoría		2010		2011		2012		2013		2014	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Gestación	Primigestas	92	29	114	32	117	30	157	34	168	36
	Multigestas	226	71	247	68	269	70	309	66	302	64
Total = <b>2001</b>		318	100	361	100	386	100	466	100	470	100

*Fuente: ficha de recolección de datos.*



### INTERPRETACIÓN

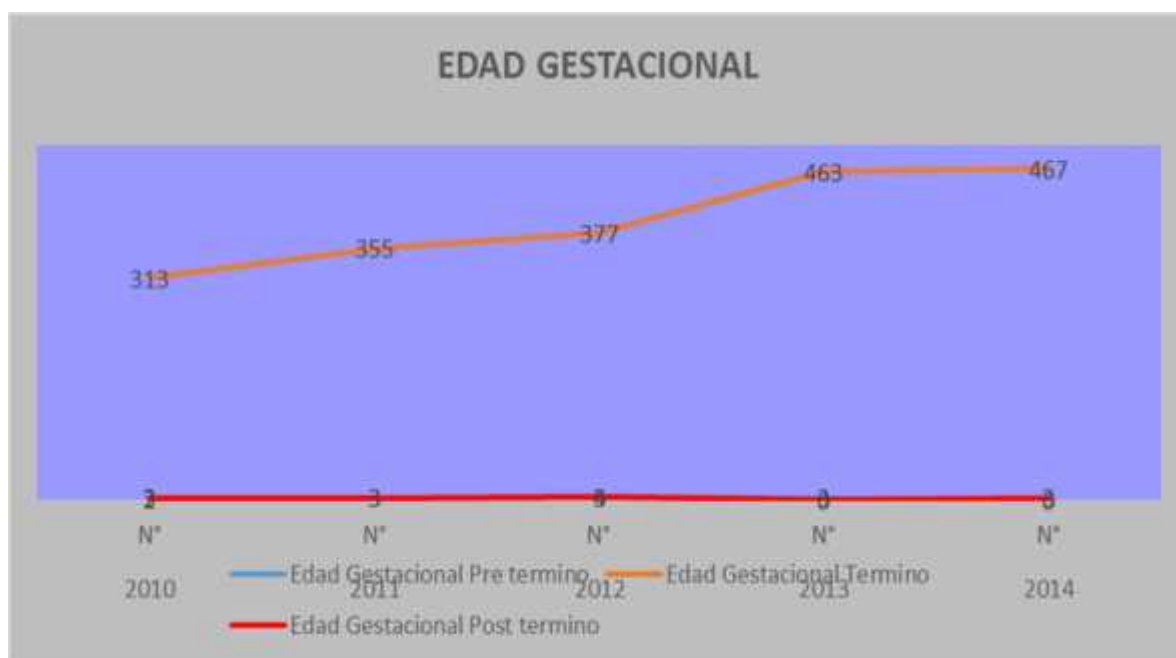
Gestante: Multigesta [71% (226)] año 2010; [68% (247)] año 2011; [70% (269)] año 2012; [66% (309)] año 2013; y [64% (302)] año 2014.

**Tabla N° 7.- Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014.**

### FACTORES OBSTÉTRICOS

Categoría		2010		2011		2012		2013		2014	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Edad Gestacional	Pre término	2	1	3	1	5	1	3	1	0	0
	A Término	313	98	355	98	377	98	463	99	467	99
	Post término	3	1	3	1	4	1	0	0	3	1
Total = <b>2001</b>		318	100	361	100	386	100	466	100	470	100

*Fuente: ficha de recolección de datos.*



### INTERPRETACIÓN

Edad Gestacional: Termino [98% (313)] año 2010; [98% (355)] año 2011; [98% (377)] año 2012; [99% (463)] año 2013; y [99% (467)] año 2014.



**Tabla N° 8.- Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014.**

**INDICACIÓN MATERNA PARA LA CESÁREA**

Categoría	2010		2011		2012		2013		2014		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
CESAREADA ANTERIOR	71	22	73	20	96	25	131	27	138	28	509
TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL	18	6	38	11	33	10	33	7	36	8	158
INCOMPATIBILIDAD CÉFALO PÉLVICA	17	5	29	8	33	10	31	7	38	6	148
HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EMBARAZO	21	7	22	6	29	8	21	5	26	6	119
EDAD AÑOSA	4	1	2	1	6	2	11	2	3	1	26
INFERTILIDAD	0	0	4	1	0	0	6	1	4	1	14
MIOMATOSIS UTERINA	2	1	1	0	3	1	4	1	4	1	14
EMBARAZO PROLONGADO	3	1	3	1	4	1	0	0	3	1	13
EXPULSIVO PROLONGADO	3	1	0	0	5	1	1	0	1	0	10
ABORTO HABITUAL	1	0	5	1	1	0	1	0	0	0	08
CARDIOPATÍA	0	0	1	1	0	0	3	1	0	0	04
HEMORRAGIA DEL III TRIMESTRE	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	03
SÍNDROME DE HELLP	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	02
VARICES VULVAR	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	02
EDAD ADOLESCENTE	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	01
OTRAS CAUSAS	16	7	22	5	19	3	14	4	18	5	89
<b>Total</b>	159	52	200	55	230	61	259	55	272	57	1120

*Fuente: ficha de recolección de datos.*



## INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 8 se observa, la indicación materna de todas las gestantes a las que se les practicaron la cesárea:

Cesareada anterior es la que tiene mayor frecuencia [22% (71)] año 2010; [20% (73)] año 2011; [25% (96)] año 2012; [27% (131)] año 2013; y [28% (138)] año 2014.

Trabajo de parto disfuncional es la segunda indicación más frecuente [6% (18)] año 2010; [11% (38)] año 2011; [10% (33)] año 2012; [7% (33)] año 2013; y [8% (36)] año 2014.

La incompatibilidad céfalo pélvica es la tercera indicación más frecuente [5% (17)] año 2010; [8% (29)] año 2011; [10% (33)] año 2012; [7% (31)] año 2013; y [6% (38)] año 2014.

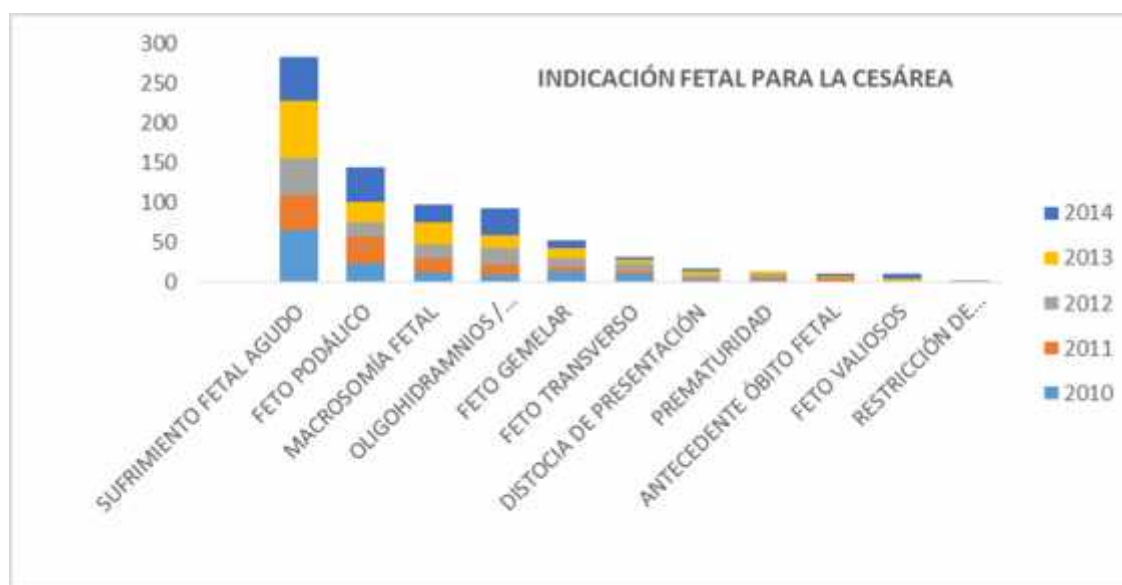
Así mismo se aprecian las demás indicaciones para cesárea.

**Tabla N° 9.- Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014.**

**INDICACIÓN FETAL PARA LA CESÁREA**

Categoría	2010		2011		2012		2013		2014		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	65	20	44	12	47	12	73	16	55	11	284
FETO PODÁLICO	23	6	34	9	18	5	25	5	45	10	145
MACROSOMÍA FETAL	11	3	19	5	17	4	28	6	23	5	98
OLIGOHIDRAMNIOS / POLIHIDRAMNIOS	8	3	14	4	21	5	16	3	33	7	92
FETO GEMELAR	13	4	6	2	10	3	14	3	10	2	53
FETO TRANSVERSO	10	3	4	1	9	2	5	1	3	1	31
DISTOCIA DE PRESENTACIÓN	2	1	2	1	4	1	5	1	3	1	16
PREMATURIDAD	2	1	3	1	5	1	3	1	0	0	13
ANTECEDENTE ÓBITO FETAL	1	0	4	1	0	0	2	1	3	1	10
FETO VALIOSO	0	0	0	0	0	0	4	1	6	1	10
RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	01
Total	135	41	130	36	132	33	175	38	181	39	753

Fuente: ficha de recolección de datos.



## INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 9 se observa, la indicación fetal de todas las gestantes a las que se les practicaron la cesárea:

Sufrimiento fetal agudo es la que tiene mayor frecuencia [20% (65)] año 2010; [12% (44)] año 2011; [12% (47)] año 2012; [16% (73)] año 2013; y [11% (55)] año 2014.

Feto en podálico es la segunda indicación más frecuente [6% (23)] año 2010; [9% (34)] año 2011; [5% (18)] año 2012; [5% (25)] año 2013; y [10% (45)] año 2014.

Macrosomía fetal es la tercera indicación más frecuente [3% (11)] año 2010; [5% (19)] año 2011; [17% (4)] año 2012; [6% (28)] año 2013; y [5% (23)] año 2014.

**Tabla N° 10.- Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014.**

### INDICACIÓN ANEXOS PLACENTARIOS PARA LA CESÁREA

Categoría	2010		2011		2012		2013		2014		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	9	3	8	2	10	3	14	3	5	1	46
PLACENTA PREVIA	4	1	11	3	13	3	7	2	5	1	40
DISTOCIA FUNICULAR	6	2	6	2	1	0	8	2	4	1	25
INSUFICIENCIA PLACENTARIA	4	1	4	1	0	0	1	0	0	0	9
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	1	0	2	1	0	0	2	0	3	1	8
<b>Total</b>	24	7	31	9	24	6	32	7	17	4	128

Fuente: ficha de recolección de datos.



## INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 10 se observa, la indicación anexos placentarios de todas las gestantes a las que se les practicaron la cesárea:

Ruptura prematura de membranas es la que tiene mayor frecuencia [3% (9)] año 2010; [2% (8)] año 2011; [3% (10)] año 2012; [14% (3)] año 2013; y [5% (1)] año 2014.

Placenta previa es la segunda indicación más frecuente [1% (4)] año 2010; [3% (11)] año 2011; [3% (13)] año 2012; [2% (7)] año 2013; y [1% (5)] año 2014.

Distocia funicular es la tercera indicación más frecuente [2% (6)] año 2010; [2% (6)] año 2011; [0% (1)] año 2012; [2% (8)] año 2013; y [1% (4)] año 2014.

Así mismo se aprecian las demás indicaciones para cesárea.

**Tabla N° 11.- Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014.**

**CONSOLIDADO DE INDICACIONES PARA CESÁREA**

Categoría	2010		2011		2012		2013		2014		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
INDICACIÓN MATERNA	159	52	200	55	230	61	259	55	272	57	1120
INDICACIÓN FETAL	135	41	130	36	132	33	175	38	181	39	753
INDICACIÓN ANEXOS PLACENTARIOS	24	7	31	9	24	6	32	7	17	4	128
<b>Total</b>	318	100	361	100	386	100	466	100	470	100	<b>2001</b>

*Fuente: ficha de recolección de datos.*

**INTERPRETACIÓN**

En la tabla N° 11 se observa, la indicación de todas las gestantes a las que se les practicaron la cesárea:

Indicación materna es la que tiene mayor frecuencia [52% (159)] año 2010; [55% (200)] año 2011; [61% (230)] año 2012; [55% (259)] año 2013; y [57% (272)] año 2014.

Indicación fetal es la segunda indicación más frecuente [41% (135)] año 2010; [36% (130)] año 2011; [33% (132)] año 2012; [38% (175)] año 2013; y [39% (181)] año 2014.

Indicación anexos placentarios es la tercera indicación más frecuente [7% (24)] año 2010; [9% (31)] año 2011; [6% (24)] año 2012; [7% (32)] año 2013; y [4% (17)] año 2014.

**Tabla N° 12.- Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014.**

**TIPOS DE CESÁREA**

Categoría	2010		2011		2012		2013		2014		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
CESÁREA ELECTIVA	78	25	99	28	111	29	151	33	220	47	659
CESÁREA DE EMERGENCIA	240	75	262	72	275	71	315	67	250	53	1342
<b>Total</b>	318	100	361	100	386	100	466	100	470	100	<b>2001</b>

*Fuente: ficha de recolección de datos.*

En la tabla N° 12 se observa, los tipos de cesárea de todas las gestantes:

Cesárea electiva es la que tiene menor frecuencia [25% (78)] año 2010; [28% (99)] año 2011; [29% (111)] año 2012; [33% (151)] año 2013; y [47% (220)] año 2014.

Cesárea de emergencia es la que tiene mayor frecuencia [75% (240)] año 2010; [72% (262)] año 2011; [71% (275)] año 2012; [67% (315)] año 2013; y [53% (250)] año 2014.



## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 5.1 Nuevos planteamientos

En la presente investigación encontramos 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. Al respecto los investigadores Antonio Quispe y et al en Lima Este encontraron un promedio de incidencia de cesáreas del 36,9 bastante congruente con nuestra investigación, al igual que la investigación de los autores Pavón León Patricia y et al., donde encontraron la incidencia de 36,7%. En cuanto a la evolución de la incidencia, en nuestra investigación tenemos una curva constante entre 34% y 35%, evidenciando con tendencia a la disminución, no siendo así en la investigación de Zigelboim, Tic. Sánchez, Williams en Caracas, durante el año 2007, donde la tendencia de la incidencia incrementa de 3 a 6 % cada año.

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 a la investigación de Ortiz Lee, Carlos, en Cuba en el año 2008, donde analiza 368 cesáreas, encuentra la presentación pelviana como la principal causa de cesárea, nuestra investigación tiene el 22% como segunda indicación fetal más importante de la cesárea en Huánuco.

En cuanto a la asociación con indicadores específicos de salud reproductiva como causa de cesárea en la investigación de Beltran y et al., el año 2007, 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 y et al., 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; y la cesárea previa encontramos el 55% datos también diferido a la investigación de León.

En Huánuco en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, en el año 1997, los autores Antonio, A y et al., encontraron las indicaciones más frecuentes para la cesárea fueron: 19.5% por sufrimiento fetal, 18.3 % por presentación podálica, 14.3% cesárea anterior, 12.6% desproporción céfalo pélvica, y 9.7% trabajo de parto disfuncional, al respecto todos los datos son diferentes al que encontramos en nuestra investigación, realidad por ser una investigación histórica.

## CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación concluimos lo siguiente:

La incidencia en cesáreas es a disminuir progresivamente, con una incidencia entre 37,7% a 34%.

1. Caracterizamos los factores generales con mayor frecuencia fueron edad joven en el año 2014 (81%); nivel educativo superior en el año 2014 (70%); nivel socioeconómico aceptable en el año 2010 (79%). Estado civil conviviente en el año 2010 (50%). Así mismo los factores obstétricos con mayor frecuencia fueron: Multigesta en el año 2010 (71%) y en la edad gestacional a término en el año 2014 (99%).
2. Identificamos la indicación materna mayoritaria la cesárea anterior en el año 2014 (28%); trabajo de parto disfuncional año 2012 (11%); e incompatibilidad céfalo-pélvica en el año 2012 (10%).
3. Identificamos la indicación fetal mayoritaria: sufrimiento fetal agudo en el año 2010 (20%); feto en podálico en el año 2014 (10%); y macrosomía fetal en el año 2013 (6%).
4. Identificamos la indicación anexos ovulares mayoritaria: ruptura prematura de membranas en los años 2012 (3%) y 2013 (3%); placenta previa en los años 2011 (3%) y 2012 (3%); y la distocia funicular en los años 2010 (2%), 2011 (2%) y 2013 (2%).
5. Clasificamos los tipos de cesáreas más frecuente: emergencia en el año 2010 (75%) y la cesárea electiva en el año 2010 (75%).

## RECOMENDACIONES

La OMS recomienda que las cesáreas no deben de pasar de la incidencia del 15%, como objetivamos en este estudio está en el 34% en forma decreciente, se recomienda progresivamente disminuirlo.

1. Los factores generales tenemos una clase trabajadora y una edad joven en caso de cesáreas, se recomienda realizar actividades de preparación integral para el parto, con mayor énfasis para un parto vaginal, teniendo en cuenta el riesgo que implica una cesárea.
2. La cesárea anterior es la primera indicación para cesárea, por ello el hacer preparación psicológica en las primigestas es una prioridad.
3. En cuanto a las cesáreas de emergencia trabajar con el personal de Gineco Obstetricia, en cuanto a la toma de decisiones.

## Referencias bibliográficas

---

- <sup>1</sup> Ministerio de sanidad y política social de España. Maternidad hospitalaria. España, Madrid; 2009. p. 229.
- <sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. Nacimientos por cesárea en el mundo. Suiza, Ginebra; 2013.
- <sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud. Programa de Publicaciones (DBI/E) 525 Twenty-third Street, EUA, Washington. 2012; p.113.
- <sup>4</sup> Balizan, et al. Cesáreas en el Perú y América Latina. Perú, Lima; 2013. p.7.
- <sup>5</sup> Quispe Antonio M., Santivañez Pimentel Álvaro, Leyton Valencia, Imelda. Cesáreas en siete Hospitales Públicos de Lima: Análisis de tendencia en periodos. Perú, Lima. 2008. Rev. Indexada peruana de Medicina Experimental de Salud Pública. 2010; 27(1): 46.
- <sup>6</sup> Bernardo C. Dámaso Mata, Carlo Carbajal Álvarez, César Loza Munarriz, Omar Raraz Vidal, Jarvis Raraz Vidal. Factores relacionados a la mortalidad perinatal en un hospital público de Huánuco. Perú, Huánuco; 2008. Rev. Acta Méd. Peruana vol.31 no.1 Lima ene. 2014.
- <sup>7</sup> Arrieta Herrera, Alejandro y Riesco de la Vega, Gloria. Eficiencia Hospitalaria y Calidad en la Atención Perinatal de ESSALUD: ¿Ser eficiente salva vidas? Perú, Lima; 2013. p. 13.
- <sup>8</sup> Gerencia de EsSALUD del Perú. Indicadores de Salud Huánuco. Perú, Lima; 2013. P. 215.

- 
- <sup>9</sup> Manzano Espejo, Giancarlo. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Perú, Lima. 2009; p. 5.
- <sup>10</sup> Antonio Quispe, Santivañes Pimentel, Álvaro y *et al.* Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. Rev. Scielo Perú: Med. exp. Salud publica v.27 n.1 Lima mar. 2010.
- <sup>11</sup> Ortiz Lee, Carlos. Complicaciones del parto vaginal en pelviana *versus* cesárea. Rev. Scielo Cuba: Rev Cubana Obstet Ginecol v.24 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2008: 8.
- <sup>12</sup> Zigelboim, Tic. Sánchez, Williams. ¿Cesárea una panacea? Rev. Scielo Venezuela: Rev Obstet Ginecol Venez v.67 n.4 Caracas dic. 2007: 4-10.
- <sup>13</sup> Beltran AP, Merialdi M, Lauer JA y *et al.* Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales Scielo USA: Panam Salud publica vol.21 n.4 Washington Apr. 2007.
- <sup>14</sup> Lindo, Misael *et al.* Parto vaginal en cesáreada anterior: experiencia de cuatro años en un Hospital de la Seguridad Social. Perú, Lima. 2000 -2004. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. 2004; 50:217-222.
- <sup>15</sup> Pavón León Patricia, Gogeochea Trejo María del Carmen, Ramírez Muro Miguel, Landa Ortiz Víctor. Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. Instituto de Ciencias de la Salud: Universidad Veracruzana. México, Xalapa. 2002; p 7.
- <sup>16</sup> Antonio *et al.* Congreso Extraordinario de Obstetricia y Ginecología 1997: Operación cesárea en el C.S. Carlos Showing F. Amarilis – Huánuco. Perú. 1994-1997; p 19.

- <sup>17</sup> Huamán Berríos, Julio Enrique. Historia de la obstetricia ensayo sobre algunas ideas de la obstetricia. Perú, Huancayo. 2004; p.23-28.
- <sup>18</sup> Huamán Berríos, Julio Enrique. *Ibíd.*, 2004; p. 27.
- <sup>19</sup> José A. Tapia Granados. Incidencia: concepto, terminología y análisis dimensional. Programa de Publicaciones. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Washington. 2014; p. 1.
- <sup>20</sup> Ministerio de Salud Perú: Hospital Santa Rosa: Guía práctica clínica Médico Quirúrgica. Perú, Lima. 2008; p 36.
- <sup>21</sup> Ministerio de Salud Perú: Hospital Santa Rosa. *Ibíd.*, p. 37.
- <sup>22</sup> Ministerio de Salud Perú: Hospital Santa Rosa. *Ibíd.*, p. 38.
- <sup>23</sup> Besio, Mauricio. Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética. Rev. Scielo Chile: méd. v.127 n.9 Santiago set. 1999.
- <sup>24</sup> Mercedes Piloto Padrón, Danilo Nápoles Méndez: Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. Rev. Scielo Cubana Obstet Ginecol vol.40 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2014.
- <sup>25</sup> Mauricio Besio R. Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética. Rev. méd. Chile v.127 n.9 Santiago set. 1999.
- <sup>26</sup> Mauricio Besio R. *Ibíd.* 1999.
- <sup>27</sup> Ministerio de salud del Perú, Unidad de estadística. Perú, Lima. 2013; p. 213.
- <sup>28</sup> Ministerio de salud del Perú, Unidad de estadística. Boletín Epidemiológico Consolidado 2013. Perú, Lima. 2013; p. 10.

- <sup>29</sup> Gary Cunningham. Norman F. Gant. Kenneth J. Leveno. Larry C. Gilstrap III. John C. Hauth. Katharine D. Wenstrom, En Williams Obstetricia, 21 ed. PANAMERICANA. Sección V. Capítulo 18. Distocia. Trabajo de parto anormal y Desproporción fetopelviana. 2002; p. 367 – 389.
- <sup>30</sup> Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología FECOLSOG, Texto de obstetricia y ginecología. 2 ed. capítulo 15. 2010; p. 92- 98.
- <sup>31</sup> P attinson, RC. Pelvimetría para fetal plazo presentaciones cefálica. Rev. Cochrane Syst. 2000: CD000161.
- <sup>32</sup> Ministerio de Salud del Perú. Medidas de frecuencia y diseño de estudios. Rev. PREC en Epidemiología. 2013; p. 18.
- <sup>33</sup> Pardo De Vélez Graciela, *et al.* Investigación en Salud: Factores sociales. Colombia, Santafé de Bogotá. MC GRAW HIL. 1989. Reimpreso 2010. Pp.335.
- <sup>34</sup> Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar. Metodología de la Investigación. 4ta edición. México: McGraw-Hill Interamericana. 2006; p. 212-139
- <sup>35</sup> Ministerio de Salud de Colombia. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, Instituto Nacional de Salud, 1993; p. 1 – 36.
- <sup>36</sup> Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, y Baptista Lucio Pilar. Metodología dela investigación. McGRAW - HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO. Colombia, Bogotá. 1997; p. 284.



<b>Anexo 1</b>						
<b>MATRIZ DE CONSISTENCIA</b>						
<b>ÍNCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL BASE II DE LA RED ASISTENCIAL DE HUÁNUCO, ESSALUD, DURANTE EL PERIODO 2010 A 2014.</b>						
<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLE:</b>	<b>INDICADORES:</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	
<b>GENERAL</b>	<b>GENERAL</b>	<b>INVESTIGACIÓN</b>	<b>INTERES O DE ESTUDIO</b>			
¿Cuánto es la incidencia de cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, EsSalud, durante el periodo 2010 a 2014?	Determinar la incidencia de cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, EsSalud, durante el periodo 2010 al 2014.	Por ser un estudio DESCRIPTIVO sin pronóstico de un hecho, ya que sólo se infieren datos, no se comprueban, no existe hipótesis, tal como menciona Roberto Hernández Sampieri.	Incidencia de Cesárea Tiene una sola variable por ser un estudio EPIDEMIOLÓGICO Mono variable o univariable, tal como menciona José Supo.		Deductivo	
	<b>ESPECÍFICOS</b>					
	6. Caracterizar los factores generales: edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil y los factores obstétricos: paridad y edad gestacional en el periodo 2010 al 2014.			NO TIENE MÁS VARIABLES	Factores generales Factores obstétricos	<b>TIPO:</b> No experimental Retrospectivo Transversal
	7. Identificar la indicación materna para la cesárea en el periodo 2010 al 2014.				Indicación Materna	<b>NIVEL:</b> Descriptivo  <b>DISEÑO:</b> Epidemiológico Descriptivo: Univariable
	8. Identificar la indicación fetal para la cesárea en el periodo 2010 al 2014.				Indicación Fetal	<b>TÉCNICA:</b> Análisis Documental
	9. Identificar la indicación anexos ovulares para la cesárea en el periodo 2010 al 2014.			Indicación placentaria y de anexos	<b>INSTRUMENTO:</b> Ficha de recolección de datos	
				Tipos de Cesárea		





