



**UNIVERSIDAD DE HUANUCO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**E.A.P OBSTETRICIA**



**CASUÍSTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE  
TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL  
HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO –PERIODO – 2015 -  
HUÁNUCO**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**

**JAIME PURI GONZLES**

**DOCENTE ASESOR:**

**Dra. Irma Palacios Zevallos**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios porque está conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecimiento especial al personal del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, quienes me apoyaron en la ejecución de presente Trabajo de investigación y me brindaron las facilidades del caso.

Agradezco a la Universidad de Huánuco, mi alma mater donde me formé como profesional.

Agradecimiento a todos los docentes de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia de la UDH, quienes me formaron.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>06</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>09</b>
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>11</b>
1.1 Descripción del problema.....	11
1.2 Formulación del Problema.....	12
1.3 Justificación de la investigación.....	13
1.4 Limitaciones de la investigación.....	13
1.5 Viabilidad de la investigación.....	13
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
2.1 Objetivos Generales.....	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
<b>3. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
3.1 Antecedentes de la Investigación.....	14
3.2 Bases Teóricas.....	17
3.3 Definición de conceptos Básicos.....	19
<b>4. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....</b>	<b>24</b>
4.1 Hipótesis.....	24
4.2 Variables.....	24
4.2.1 Variable Dependiente.....	24
4.2.2 Variable independiente.....	24
4.3 Indicadores.....	24

<b>5. MÉTODOS Y TÉCNICAS.....</b>	<b>25</b>
<b>5.1 Población y muestra.....</b>	<b>25</b>
<b>5. 2 Tipo de Investigación.....</b>	<b>26</b>
<b>5.3 Técnicas de recolección de datos.....</b>	<b>26</b>
<b>5.4 Técnicas de procesamiento de la información.....</b>	<b>26</b>
<b>6. RESULTADOS (Procesamiento de datos, discusión de resultados).....</b>	<b>27</b>
<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>44</b>
<b>8. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>46</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>49</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>51</b>

## INTRODUCCIÓN

### CASUISTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 - HUÁNUCO

El **parto humano**, también llamado **nacimiento**, es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.<sup>1</sup>

Normalmente, los partos transcurren sin problemas y de forma relativamente rápida. Sin embargo, a veces se presentan complicaciones que pueden ocurrir durante cualquiera de los periodos del parto y requieren de una intervención rápida y eficaz para evitar el daño en la madre y en su bebé, y evitar que, tanto el feto como la madre, corran riesgo alguno.

Algunas complicaciones del parto que tienen que ver con la madre o el niño pueden llevar a **programar una cesárea** siendo las siguientes las más frecuentes.

**Una o dos cesáreas anteriores o cirugía uterina anterior:** una de cada 4 cesáreas se programan por una cesárea anterior. **Bajo peso al nacer:** un peso igual o inferior a 1,5 kg puede llevar a temer que el bebé no sea suficientemente fuerte para aguantar un parto vaginal. **Posición inadecuada del bebé dentro del útero:** la transversal obliga a una cesárea, así mismo la presentación pelviana. **Placenta previa oclusiva diagnosticada:** La verdadera placenta previa se diagnostica al final del embarazo y suele ir acompañada de pérdida de sangre. **Anomalías en el cuello uterino, vagina o vulva.** Miomas, fibromas, tumores, etc. pueden obligar a programar una cesárea. **Una pelvis materna pequeña para la cabeza del bebé.** La desproporción céfalo pélvica. **Gestación múltiple.** Considerando, entre otros factores, la madurez fetal y la posición de los bebés. **Enfermedades maternas** que desaconsejen el parto vaginal, por ejemplo una cardiopatía descompensada, la pre eclampsia o infecciones en fase activa

por VIH o vaginal, como el virus del papiloma humano. **Trabajo de parto disfuncional, Dilatación estacionaria, etc.** Las complicaciones del Parto también pueden ser: Parto Prematuro, Rotura de Membranas, Meconio, Sufrimiento Fetal, Prolapso Cordón Umbilical, Distocia de Hombros, etc.<sup>2</sup>

La cesárea **es necesaria cuando el parto vaginal pudiera poner en riesgo a la madre o el hijo, como en el caso de estrés fetal o de que el bebé esté en una postura complicada.** "No obstante, las cesáreas pueden causar complicaciones significativas, discapacidades o muerte, especialmente en circunstancias en las que se carezca de las instalaciones necesarias para llevar a cabo una cirugía segura", advierte la OMS. Desde 1985, la OMS considera que **la "tasa ideal de cesáreas" es entre 10% y 15% de los embarazos**

Diversos estudios de la OMS muestran que **las tasas de cesáreas superiores a 10% no están asociadas a una reducción de la tasa de mortalidad materna y neonatal. En cambio, admite que mientras se mantenga por debajo de un 10% la mortalidad neonatal y materna disminuye a medida que la tasa de cesáreas aumenta.**<sup>3</sup>

Aproximadamente una de cada diez mujeres tiene complicaciones durante el parto. Unas dificultades que, además, pueden representar un riesgo tanto para el bebé como para la madre. En este artículo se explican los problemas más frecuentes durante la dilatación y la expulsión del niño, de qué manera estos peligros crecen con la edad, así como los factores de riesgo que los favorecen.

El parto, por lo general, transcurre sin incidentes. De hecho, cerca del 90% de los nacimientos se desarrolla sin ningún tipo de alteraciones, según recoge el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Pero, ¿qué ocurre en el 10% restante? Estos nacimientos sí presentan complicaciones, más o menos importantes, que pueden requerir una actuación de los especialistas. Es lo que se conoce como **parto distócico o anormal,**

una situación que "obliga a finalizar o acortar el parto de inmediato con la práctica de una intervención", como una cesárea.

Este tipo de operación es necesaria para salvaguardar la vida y salud de la madre y el feto.

En muchos casos, las complicaciones en el momento de dar a luz son inesperadas e imprevisibles: surgen de forma espontánea durante el parto, en la fase de dilatación, en la expulsión o en el alumbramiento. Este tipo de problemas, por tanto, pueden afectar a cualquier mujer, independientemente de sus características.

La edad y los embarazos múltiples aumentan los posibles problemas durante el parto

Sin embargo, **algunos factores como la edad o los embarazos múltiples pueden incrementar la aparición de dificultades en el trabajo de parto.** Según los datos del INE, el porcentaje de partos distócicos se eleva hasta el 15% en las mujeres mayores de 40 años y al 23% en los partos de gemelos.<sup>4</sup>

En un parto normal, el periodo expulsivo, que transcurre desde que se completa la dilatación hasta que el niño nace, puede durar desde 18 minutos hasta cuatro horas. Sin embargo, en ocasiones el bebé se encuentra con algunas dificultades en el camino hacia el exterior provocadas por las siguientes complicaciones: **Obstrucción del canal de parto. Bebé mal colocado. Hombros estancados** denominada **distocia de hombros**, una complicación de alto riesgo que provoca que el parto se detenga porque los hombros quedan obstruidos en la pelvis.

Todas estas situaciones pueden implicar riesgos para el bebé y la madre, como **hemorragias, falta de oxígeno o lesiones y desgarros en el canal de parto.** Para evitarlos, los especialistas pueden optar por distintas intervenciones, desde la práctica de una episiotomía.<sup>5</sup>



## RESUMEN

El presente trabajo de investigación se titula casuística de complicaciones del parto que terminaron en cesárea en el Hospital regional Hermilio Valdizán Medrano –periodo – 2015 – Huánuco, teniendo como objetivo Determinar las casuísticas de complicaciones en el parto que terminaron en cesárea. Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco, durante el año 2015. Con un tipo de estudio cuantitativa, descriptivo, según el periodo es transversal y según el tiempo de ocurrencia es retrospectivo. La población estuvo constituida por todas las pacientes que terminaron en cesaría durante el año 2015 que fueron en total **1075** pacientes de donde se obtuvo una muestra de 633. Los resultados obtenidos fueron: que en el HRHVM durante el año 2015 ocurrieron 2291 partos, de los cuales 1216 correspondieron a los partos eutócicos (vaginales) con el 53%, y 1075 partos distócicos (cesárea) con el 47%, lo que expresa que existe un porcentaje significativo de cesáreas como consecuencia de complicaciones que se presentan. La edad materna que más prevaleció en la casuística de complicaciones de parto que terminaron en cesárea fue la edad de entre 20 a 25 años con un porcentaje de 44%, 393 pacientes con el 62% corresponden a la zona urbana, mientras que 240 pacientes con el 38% son de la zona rural, 322 pacientes que representan el 51% tienen el nivel de educación secundaria, el estado civil de las pacientes en estudio el 64% con 411 pacientes es el de convivientes. el 63% son pacientes multigestas con 401, mientras que el 37% de pacientes son primigestas con 232, el mayor porcentaje de 47% presente el espacio intergenesico normal, el 68% de pacientes con 432 ya tienen más de 2 cesáreas, el 85% con 534 pacientes corresponden a las pacientes no adolescentes, el 84% de pacientes en estudio si tuvieron atención prenatal, el 35% de cesareadas por distocia de canal de parto con 11 pacientes fueron por pelvis límite, sufrimiento fetal, con el 50%, las HIE con el 45%, seguida de la placenta previa con el 19%; cesareadas anteriores con el 89% con 282 pacientes seguidas del expulsivo prolongado con el 6% con 19 pacientes.

## SUMMARY

2015 - - Huánuco, aiming to determine the caseloads of complications in childbirth Caesarean ended in this research casuistry of birth complications that ended in cesarean section at the regional Hospital Hermilio Valdizán Medrano is entitled -period. Regional Hospital Hermilio Valdizán - Huanuco during 2015. With a kind of quantitative, descriptive, as the period is transverse and depending on the time of occurrence is retrospective. The population consisted of all patients ended in cease during 2015 that were in total 1075 patients where a sample of 633 was obtained The results obtained were in the HRHVM during 2015 occurred 2291 births, the 1216 which corresponded to the normal deliveries (vaginal) with 53%, and 1075 dystocia (C-section) with 47%, which states that a significant percentage of caesarean sections as a result of complications arising. Maternal age more prevalent in the casuistry of birth complications that ended in cesarean was the age of between 20 to 25 years with a percentage of 44%, 393 patients with 62% correspond to the urban area, while 240 patients 38% are in rural areas, 322 patients representing 51% have secondary education level, marital status of the patients in the study 64% of 411 patients is to cohabitants. 63% are multiparous patients with 401, while 37% of patients are primigestas 232, the highest percentage of 47% present the intergenesic normal space, 68% of patients with 432 already have more than 2 caesareans, 85% 534 patients correspond to patients adolescents, 84% of patients in the study if they had prenatal care, 35% of cesarean section for dystocia birth canal with 11 patients were by limit pelvis, fetal distress, with 50%, the HIE with 45%, followed by placenta previa with 19%; previous cesarean section with 89% followed 282 patients with prolonged with 6% with 19 patients expulsive.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción del problema

Según la Organización Mundial de la Salud, en el Perú se presentan situaciones de riesgo durante el parto, estas situaciones no pueden terminar en un parto eutócico vaginal, motivo por el cual termina en cesárea, siendo las principales indicaciones a nivel nacional: Sufrimiento fetal 17%, pre eclampsia 11.8%, desproporción céfalo pélvica y distocia contracción: 27.9%, embarazo múltiple 2.6%, podálico: 17.8%, otras indicaciones: Retardo de crecimiento intrauterino 2.4%, pos termino 1.1%, sangrado vaginal en el 3º trimestre: 4.3%, sospecha de rotura uterina inminente: 0.7%, post mortem.0.4%, falla de inducción 1.8%, ligadura tubárica 5.6%; También se encuentra las complicaciones después del parto como: Desgarro perineal de tercer o cuarto grado 16,007; histerectomía post parto 16,023; fistulas vesico vaginal o recto vaginal post parto 16,039; complicaciones severas 139.<sup>6</sup> En la región centro del Perú en Huancayo, la casuística de las principales patologías asociadas al parto fueron: trabajo de parto prolongado (15,79%), insuficiencia placentaria (10,53%), ruptura prematura de membranas (10,53%), sufrimiento fetal agudo (5,26%), óbito fetal (5,26%); Las principales complicaciones son: trabajo de parto prolongado, insuficiencia placentaria y ruptura prematura de membranas; seguidas de sufrimiento fetal agudo, vagina tabicada, feto en podálico y óbito fetal.<sup>7</sup>

En la década pasada en Huánuco se tuvo datos casuísticos de las complicaciones de los partos que terminaron en cesárea siendo: Sufrimiento fetal agudo 19.5 %, presentación podálica 18.3%, desproporción céfalo pélvica 12.6%, y trabajo de parto disfuncional 9.7%.<sup>8</sup>

El trabajo de parto constituye un proceso fisiológico en los que se conjugan un grupo de factores en una sabia armonía, con el fin de traer un nuevo ser; sin embargo, este proceso no deja de tener desviaciones en las que su identificación y tratamiento oportuno pueden prevenir la aparición de complicaciones maternas perinatales e incluso la muerte.

Cada año, de un estimado de 120 millones de embarazos que ocurren en el mundo: Más de medio millón de mujeres mueren como consecuencia de complicaciones durante el embarazo o el parto; Más de 50 millones de mujeres sufren de enfermedades o discapacidades serias relacionadas con el embarazo, el parto o después del parto; Por lo menos 1.2 millones de recién nacidos mueren por complicaciones durante el parto<sup>9</sup>.

Estas complicaciones están dadas por patologías maternas como fetales, y muchas de estas complicaciones terminan el parto por vía abdominal cesárea, estando entre ellas el sufrimiento fetal agudo, desproporción céfalo pélvica, trabajo de parto disfuncional entre otras patologías, las cuales no cuentan con datos estadísticos precisos, ni casuísticas de la década actual, ni del presente año, motivo por el cual destaca la necesidad de planteamos la siguiente pregunta:

## **1.2 Formulación del Problema**

¿Cuáles son las casuísticas de complicaciones en el parto que terminaron en cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, durante el año 2015?

### **1.1.1. Problema secundario (específicos)**

- ✓ ¿Cuánto es la incidencia de complicaciones en el parto que terminaron en cesárea?
- ✓ ¿Cuáles y cuantas son las complicaciones pélvicas en el parto que terminaron en cesárea?
- ✓ ¿Cuáles y cuantas son las complicaciones funiculares en el parto que terminaron en cesárea?
- ✓ ¿Cuáles y cuantas son las complicaciones de la enfermedad hipertensiva del embarazo en el parto que terminaron en cesárea?
- ✓ ¿Cuáles y cuantas son las complicaciones hemorrágicas en el parto que terminaron en cesárea?

- ✓ ¿Cuáles y cuantas son las complicaciones fetales en el parto que terminaron en cesárea

### **1.3 Justificación de la investigación**

El presente estudio nos permitirá conocer las casuísticas de todas las complicaciones que ocurran durante el parto y que finalmente terminen en cesárea, siendo este un Hospital FONE de capacidad resolutive, con los resultados de la investigación podríamos sugerir medidas y acciones a tomar para evitar complicaciones durante el parto y tenga que terminar en cesárea.

### **1.4 Limitaciones de la investigación**

El presente proyecto de tesis a la fecha no presenta limitación, más bien resulta factible en lo técnico y operativo, considerando que la problemática se desarrolla en el Hospital FONE de capacidad resolutive donde realice mi internado, las investigaciones sobre el problema planteado son escasas o nulas, con esta investigación se pretende generar un conocimiento básico y confiable, además se cuenta con el apoyo de una asesora especialista.

### **1.5 Viabilidad de la investigación**

El presente trabajo de investigación se hizo viable gracias a al esfuerzo que realizó el autor, al apoyo incondicional de profesionales y amigos y el apoyo económico de los familiares, pese a que hubieron factores que frenaron el desarrollo de esta a *investigación* como el recurso tiempo, recurso financiero, recurso material y recurso humano.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivos Generales

Determinar las casuísticas de complicaciones en el parto que terminaron en cesárea. Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco, durante el año 2015.

### 2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Establecer la incidencia de complicaciones en el parto que terminaron en cesárea
- ✓ Identificar las complicaciones pélvicas en el parto que terminaron en cesárea.
- ✓ Identificar las complicaciones funiculares en el parto que terminaron en cesárea.
- ✓ Identificar las complicaciones de las enfermedades hipertensivas del embarazo en el parto que terminaron en cesárea.
- ✓ Identificar las complicaciones hemorrágicas en el parto que terminaron en cesárea.
- ✓ Identificar las complicaciones fetales en el parto que terminaron en cesárea.

## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1 Antecedentes de la Investigación

#### 1.1.1. Internacionales

En la Clínica Hospital del Profesor en Chile, **Étienne Beals et al**, en el año 2008, realizaron una investigación titulada: Estudio comparativo de la morbimortalidad del producto gestacional en mujeres embarazadas con pre eclampsia modera o severa; donde se plantearon como objetivo: Comparar la morbimortalidad del producto gestacional en mujeres embarazadas con pre eclampsia

moderada o severa, obteniendo como resultados: Pre eclampsia moderada fue del 66% y la severa fue de 32%, presentándose en el producto retardo del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal agudo, relacionándose como un factor de riesgo durante el parto, la gestante con síndrome hipertensiva moderada o severa puede presentar complicaciones como lo es el sufrimiento fetal.<sup>10</sup>

### **1.1.2. Nacionales**

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, con el objetivo de determinar la incidencia y los factores asociados a la cesárea, teniendo como conclusiones que la incidencia fue del 45% y como factor asociado la desproporción céfalo- pélvica.<sup>11</sup>

**Tena Aguilar, Luis Alberto**, en el año 2006, realizó la investigación titulada: Complicaciones maternas y morbimortalidad neonatal en el parto del recién nacido macrosómico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima-Perú., que tuvo como objetivo determinar cuáles son las complicaciones maternas y la morbimortalidad neonatal del recién nacido macrosómico, en la investigación se determinó que las complicaciones maternas predominantes fueron: La distocia de hombros 50.00%, el desgarro perineal 66.66%, y respecto al recién nacido macrosómico predominó el sufrimiento fetal agudo 75.00%, la asfixia neonatal 90.91%, antes y después del parto, siendo la tasa de cesáreas del 27.93 %<sup>12</sup>

**Curay Jiménez, Richard Edgar y García Zárate, Christian Fernando**, en el año 2001, realizaron una investigación descriptiva no probabilística de cinco años en el Hospital de Apoyo N° 01 “José Alfredo Mendoza Olavarría” en la ciudad de Tumbes, con el objetivo de determinar la frecuencia y complicaciones maternas presentadas durante el parto y el

postparto, teniendo como resultados las complicaciones en el parto fueron: Expulsivo prolongado con un 41,7 %, seguido del trabajo de parto disfuncional con una frecuencia del 25,0 %, y alumbramiento patológico con un 16,7 %.<sup>13</sup>

En el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en el año 1993, **Salviz Salhuana, Manuel et al.**, realizaron la investigación denominada Pre eclampsia: Factores de riesgo, con el objetivo de evaluar los factores de riesgo asociados a esta patología, siendo los resultados: el antecedente previo a pre-eclampsia con un OR:17, el índice de masa corporal elevado OR:9.6, la raza predominantemente blanca OR:6.4, el antecedente familiar de hipertensión arterial OR: 5.2, la falta de control pre-natal y la nuliparidad OR: 2.5, de estos pacientes el 69.3% requirieron parto por cesárea, presentando complicaciones en el parto y puerperio inmediato.<sup>14</sup>

### 1.1.3. Locales

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, teniendo como objetivo: Determinar la incidencia en el C.C. 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% cesareada anterior, 12.6% desproporción céfalo pélvica, y 9.7% trabajo de parto disfuncional.<sup>15</sup>



## **3.2. Bases Teóricas**

### **Complicaciones en el parto**

La atención del parto, conjuntamente con sus complicaciones data alrededor del año 1500 a.C., Siendo en el 1595 d.C., donde se describe las complicaciones, así en Italia, Escipión Mercurio discípulo de Arancio, observa que la parturienta con muchas horas de trabajo de parto, adoptaba diferentes posiciones hasta terminar atravesada en la cama y con las piernas colgando; logrando algunas veces que el feto descienda y el parto se logre, recomendando esta posición como una de las favorables para el parto. Su consejo es olvidado por tres siglos hasta que Gustavo Adolfo Walcher la reivindica. Además Mercurio utiliza la palpación a través del vientre para el diagnóstico de la presentación, siendo la estrechez pelviana su gran preocupación para la que indicaba la operación cesárea y que no llega a realizarla. La estrechez pelviana no sólo era preocupación de los obstetras de Italia, sino en toda Europa. En Francia en 1609 Luisa Bourgeois fue la primera en aconsejar solucionarla con la inducción prematura del parto, indicación que nunca realizó. Además legó el reconocimiento de la presentación de cara, la importancia de la identificación del prolapso del cordón y la evacuación uterina en casos de hemorragia, posiblemente por influencias de su esposo que era ayudante de Paré. En 1666 surge en Francia la gran figura obstétrica de Francisco de Maureceau, quien enseña la maniobra para la extracción de la cabeza última, que llega hasta nuestros días con su nombre. Escribe un tratado magistral donde reseña con gran fidelidad el cuadro de la eclampsia y la infección puerperal; reconoce la posibilidad del embarazo extrauterino, considera los loquios como secreción de la herida uterina, entre otros. Otro gran tocólogo de esa época fue De la Motte quien se ocupó especialmente de la versión interna perfeccionando su técnica. En 1690 en Alemania Justina Sigmundin edita en Brandeburgo un libro ilustrado para parteras donde enseña la clasificación de las presentaciones cefálicas según situación del occipucio. En el siglo XVIII se describe el mecanismo de encaje de la presentación los movimientos que ejecuta el feto para exteriorizarse.

Enrique van Deventer en Holanda en su Tratado de Obstetricia (1701) demuestra, la inexactitud de las creencias que se tenían hasta entonces, de que el feto se abría camino al exterior por sus propias fuerzas en la pelvis materna.<sup>16</sup>

### **Cesárea**

La primera operación Cesárea; no cabe duda que la operación es muy antigua: se practicó en el Imperio Romano, entre los hindús primitivos y entre los 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 cesáreas, 13 de ellas en nativas y una sola en 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 Dr. Alberto Barton practicó una cesárea y obtuvo un recién nacido vivo aunque la madre murió 3 horas después. La primera cesárea segmentaria en el Perú fue practicada en la Maternidad de Lima por el Dr. Víctor Bazul Fonseca en 1937 y en 1939 se hizo la cesárea a la niña Lina Medina de 5 y medio años de edad en la Maternidad de Lima obteniéndose un recién nacido vivo de 2700gr.<sup>17</sup>

### 3.3 Definición de conceptos Básicos

#### 1.1.2. Complicaciones en el parto

También denominadas distocias, son las que pueden ocurrir durante cualquiera de los periodos del parto y requieren de una intervención rápida y eficaz para evitar el daño o riesgo en la madre y en el producto, la no progresión del parto puede deberse a múltiples causas como: Contracciones uterinas muy débiles o irregulares que no producen la dilatación cervical; desproporción feto pélvica debido a macrosomía fetal o a estrechez del canal pélvico; sufrimiento fetal es la aparición de signos que indican el deterioro biofísico del feto, el término de sufrimiento fetal está últimamente cayendo en desuso en la bibliografía clínica, y se están usando los de «sospecha de pérdida de bienestar fetal» o «pérdida definitiva de bienestar fetal», los signos a los que hacíamos antes referencia son básicamente la alteración del patrón normal del ritmo cardíaco fetal; distocias funiculares, son las causadas por el cordón, la placenta o las membranas entre otras causas, se menciona algunas complicaciones:

1. **Expulsivo prolongado.**- el período expulsivo es el segundo estadio del parto y comprende el intervalo de tiempo que transcurre entre la dilatación y el borramiento cervical completo (10cm y 100% respectivamente), y el nacimiento del

neonato. Su duración promedio es de 50 minutos para las nulíparas y de 20 minutos para las multíparas, pero esto es realmente variable. Según el ACOG el expulsivo prolongado (segundo estadio del parto prolongado) se define de cuando su duración sobrepasa en las nulíparas las 3 horas con epidural, y las 2 horas sin epidural; y en gestantes multíparas, su duración es mayor de 2 horas con epidural, y 1 hora sin epidural. Sin embargo, si existe una progresión continúa del descenso y no hay evidencia de afectación fetal (frecuencia cardíaca), se podría prolongar más tiempo el expulsivo sin incrementar la morbilidad neonatal. Por otro lado, la morbilidad materna también podría incrementarse después de 2 horas en el expulsivo. Entre Las complicaciones maternas más frecuentes se encuentran la hemorragia posparto, fiebre e infecciones.

**Diagnóstico de las alteraciones en el expulsivo:** Las anomalías que se producen durante el expulsivo son: la ausencia de descenso, la detención secundaria del descenso y el descenso prolongado. El descenso fetal comienza en el estadio más tardío de la dilatación activa que se inicia con los 7-8 cm. en nulíparas y se torna más rápido a partir de los 8 cm. La velocidad promedio de descenso es de 3.3 cm./h en nulíparas y de 6.6 cm./hora en multíparas. Friedman observó que el 45 % de las mujeres que presentaban alteraciones en el descenso presentaban desproporción céfalo pélvica; Otros factores asociados son: la macrosomía fetal, la sedación excesiva, la hipodinamias secundaria y las distocias de posición occipito-posterior persistente. La desproporción céfalo pélvico se observa en un 30% de las nulíparas y un 10% en las multíparas. El grupo de pacientes que presentan alteraciones del descenso tienen un riesgo relativo de

presentar hemorragia posparto de un (12%), sufrimiento fetal del (22%), y de distocia de hombro en un 14 % de los casos.

**Opciones de manejo:** Una vez diagnosticado la alteración en el segundo estadio, el obstetra tiene 2 opciones: Manejo expectante o realizar una Cesárea.

1) Observación continúa: Se proponen intervenciones no invasivas, las cuales incluyen los cambios en la posición materna para mejorar el tiempo del expulsivo, así como la morbilidad materno-peri natal, apoyo emocional continuo y el retraso del pujo en el expulsivo si la cabeza fetal esta alta en la pelvis y tiene dilatación completa. Como regla general debe usarse en instituciones donde es factible realizar monitoreo continuo de la frecuencia cardiaca fetal y se pueda realizar una cesárea de emergencia.

2) Realizar una cesárea: El parto por Cesárea puede emprenderse para terminar el expulsivo rápidamente ante alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal o, después de fracasadas las intervenciones más conservadoras.<sup>18</sup>

**2. Desproporción céfalo pélvica.-** El parto se considera como un fenómeno que normalmente ocurre al final del embarazo y tiene por objeto la expulsión del feto y sus anexos por las vías naturales. Esto sucede gracias a la armonía existente entre diversos factores de los que destacan, en relación al tema que se va a desarrollar, los siguientes tres elementos: feto, pelvis materna y contractilidad uterina. La suspensión del progreso del parto como consecuencia de anomalías del mecanismo respectivo se denomina distocia. Dicho de otra manera, toda dificultad a la libre realización del parto por las vías naturales, se considera distocia. La desarmonía feto pélvica conocida también como desproporción feto-pélvica o céfalo-pélvica, se define como la imposibilidad del parto por vía vaginal, cuando el conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto ya sea por disminución de las

dimensiones de la pelvis en relación a un determinado feto o bien porque el volumen parcial o total del feto resulte excesivo para una determinada pelvis. Es decir, hay una pérdida de la relación armoniosa feto pélvico siendo uno de los problemas que con mayor frecuencia se encuentra en la obstetricia, y es responsable de cifras importantes de morbi mortalidad materna y fetal, en el momento actual la operación cesárea por diversas indicaciones se practica con una frecuencia.<sup>19</sup>

### **1.1.3. 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. La frecuencia en el Perú es de 18 a 47%. Clasificación: Cesárea Electiva: 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. Cesárea de Urgencia: Cirugía de realización inmediata por la presencia de una patología de aparición súbita que obliga la culminación del embarazo, que no permite realizar exámenes mínimos, completar la historia clínica ni realizar otros trámites obligando un despliegue ágil de todo el personal alrededor de la paciente. Las indicaciones son: incapacidad de parto vaginal, desproporción feto pélvica, macrosomía fetal, estrechez pélvica relativa, posición anormal de la cabeza fetal, anomalías 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, variedad pies, cicatriz uterina previa, 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 segmentaría 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; insuficiencia cardio-respiratoria; enfermedad oftálmica: miopía mayor 6 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: sufrimiento fetal agudo; infecciosas: herpes genital activo, ruptura prematura de membranas, HIV, condilomatosis vulvar, cervical o vaginal obstructiva.

**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>20</sup>

**Complicaciones durante el parto.-** denominadas distocias, son las que pueden ocurrir durante cualquiera de los periodos del parto y requieren de una intervención rápida y eficaz para evitar el daño o riesgo en la madre y en el producto

## **4. HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **4.1 Hipótesis**

#### **1.1. Hipótesis**

Por ser una investigación descriptiva no se contrastará hipótesis, motivo por el cual se menciona la hipótesis investigativa:

Las complicaciones en el parto que terminaron en cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco, durante el año 2015, tienen casuísticas altas.

Análisis y prueba de hipótesis no existe.

### **4.2 Variables**

#### **4.2.1 Variable Dependiente**

Cesárea

#### **4.2.2 Variable independiente**

Complicaciones en el parto

### **4.3 Indicadores**

Ausencia

Presencia



## 5. MÉTODOS Y TÉCNICAS

### 5.1 Población y muestra

La población está constituida por todas las pacientes que terminaron en cesárea durante el año 2015 que fueron en total **1075** pacientes

**La muestra** para obtener la muestra se aplicó la siguiente fórmula

$$N = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z^2 P \cdot Q}$$
$$\frac{1075 \times 3.84 \times 0.5 \times 0.5}{0.0025(1074) + 3.84 \times 0.5 \times 0.5}$$
$$= \frac{1032}{1.631} = \mathbf{633}$$

**633**

**N= Tamaño de población**

**Z= Desviación estándar 1.96**

**E= Margen de error 0.05**

**P= Probabilidad de éxito 0.5**

**Q= probabilidad de fracaso 0.5**

**Criterios de inclusión:** Casos de partos complicados que son cesareadas.

**Criterios de exclusión:** Casos de partos que son programadas para cesárea.

## 5. 2 Tipo de Investigación.

Es una investigación cuantitativa, según el tipo de estudio es descriptivo, según el periodo es transversal y según el tiempo de ocurrencia es retrospectivo. Respondiendo al siguiente diagrama:

X \_\_\_\_\_ X1 \_\_\_\_\_ O

**Dónde:**

X = Complicaciones del parto  
X1 = Cesáreas  
O = Observación

## 5.3 Técnicas de recolección de datos.

La recolección de datos se realizó a través de una autorización: director, Jefe de Departamento de Gineco – Obstetricia, Jefe del Servicio de Obstetricia y de la técnica de estudio documental, teniendo como instrumento la ficha con matriz de análisis, el cual ha sido elaborado por el autor, en base a los objetivos propuestos, y a juicio de expertos, libro de registros de partos.

## 5.4 Técnicas de procesamiento de la información.

Se realizó según los resultados obtenidos de la investigación para lo cual se usó distribución de frecuencias y medidas de tendencia central. Los datos fueron analizados, procesados electrónicamente, tabulados y sometidos a pruebas de validez estadística.

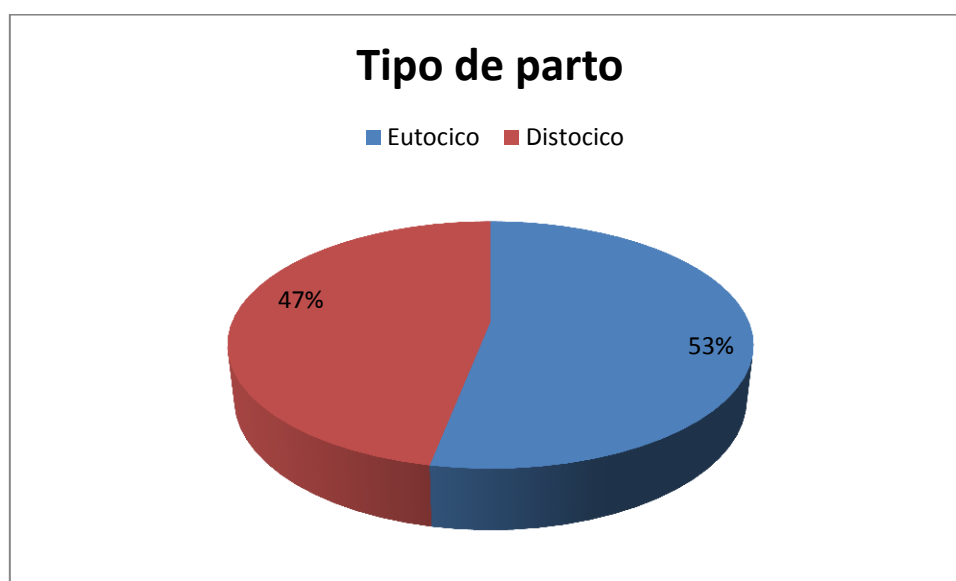
## 6. RESULTADOS (Procesamiento de datos, discusión de resultados)

### CASUÍSTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO SEGÚN TIPO DE PARTO

TABLA N° 1

Tipo de parto	Número	Porcentaje
Eutócico (vaginal)	1216	53
Distócico (Cesárea)	1075	47
Total	2291	100%

GRAFICO N° 1



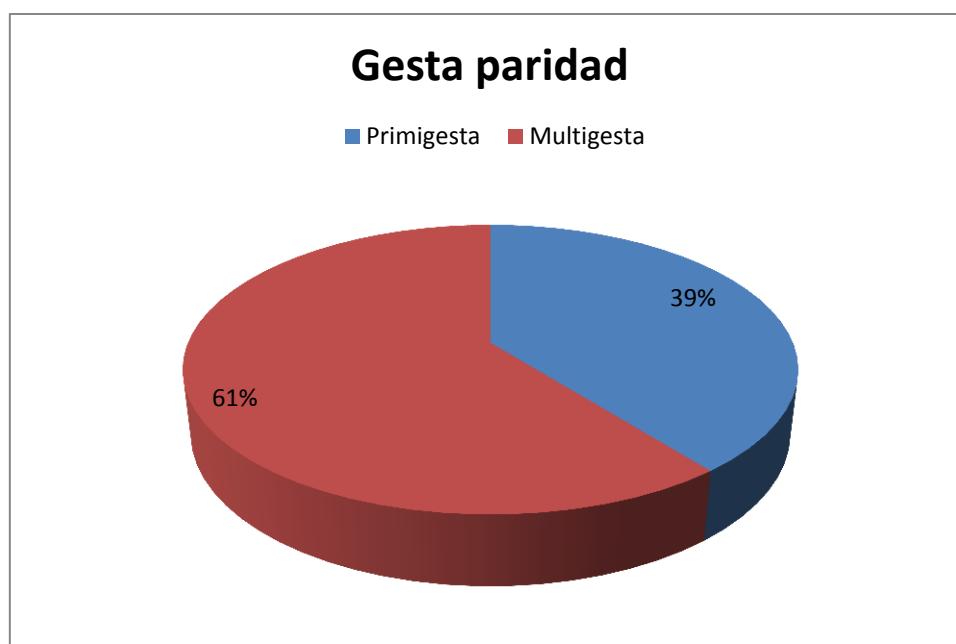
**Análisis e interpretación.-** En el presente gráfico se evidencia en forma general que en el HRHVM durante el año 2015 ocurrieron 2291 partos, de los cuales 1216 correspondieron a los partos eutócicos (vaginales) con el 53%, y 1075 partos distócicos (cesárea) con el 47%, lo que expresa que existe un porcentaje significativo de cesáreas como consecuencia de complicaciones que se presentan.

**CASUISTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO SEGÚN GESTA PARIDAD**

**TABLA Nº 2**

<b>GESTA PARIDAD</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Primigestas	901	39
Multigestas	1390	61
Total	2291	100%

**GRAFICO Nº 2**



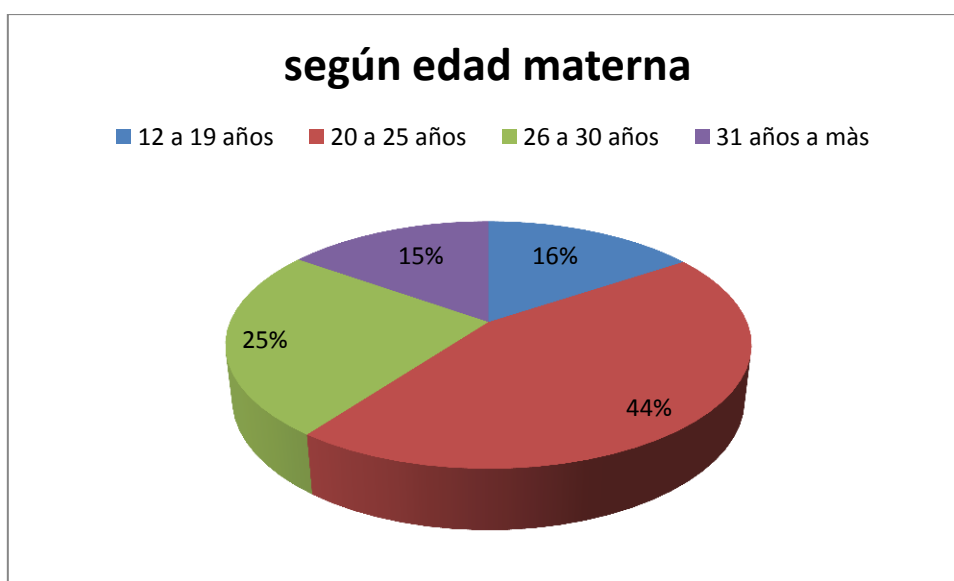
**Análisis e interpretación.-** En presente grafico se puede observar que del total de partos ocurridos en el Hospital regional Hermilio Valdizan de Huánuco durante el 2015 el 65% con 1390 fueron de multigestas, mientras que el 39% con 901 fueron de primigestas.

**CASUISTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO SEGÚN EDAD**

**TABLA Nº 3**

Según edad	Número	Porcentaje
12 a 19 años	99	16
20 a 25 años	282	44
26 a 30 años	156	25
31 años a más	96	15
Total	633	100%

**GRAFICO Nº 3**



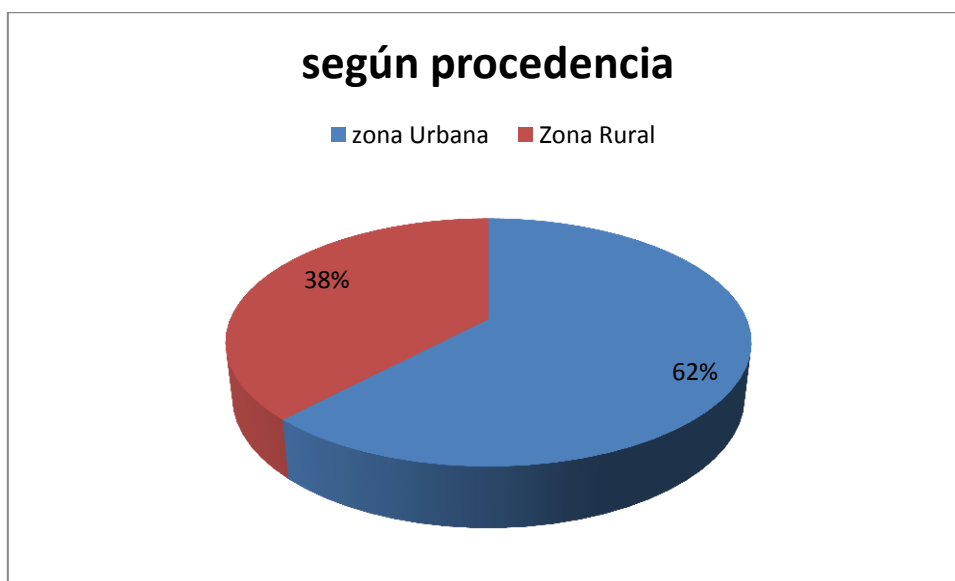
**Análisis e interpretación.-** Se observa que la edad materna que más prevaleció en la casuística de complicaciones de parto que terminaron en cesárea fue la edad de entre 20 a 25 años con un porcentaje de 44%, con 282 pacientes, seguida de las edades de 26 a 30 años con el 25% con 156 pacientes.

**CASUÍSTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO SEGÚN PROCEDENCIA**

**TABLA Nº 4**

<b>Según procedencia</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Zona Urbana	393	62
Zona rural	240	38
Total	633	100%

**GRAFICO Nº 4**



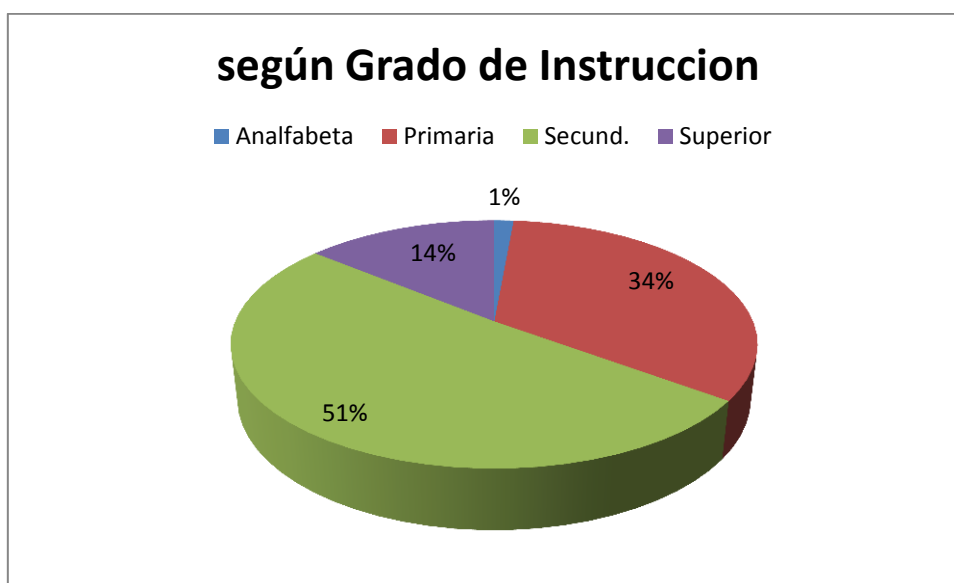
**Análisis e interpretación.-** Según la procedencia se evidencia en el presente grafico que 393 pacientes con el 62% corresponden a la zona urbana, mientras que 240 pacientes con el 38% son de la zona rural.

**CASUÍSTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

**TABLA Nº 5**

Según grado de instrucción	Número	Porcentaje
Analfabeta	09	01
Primaria	213	34
Secundaria	322	51
Superior	89	14
Total	633	100%

**GRAFICO Nº 5**



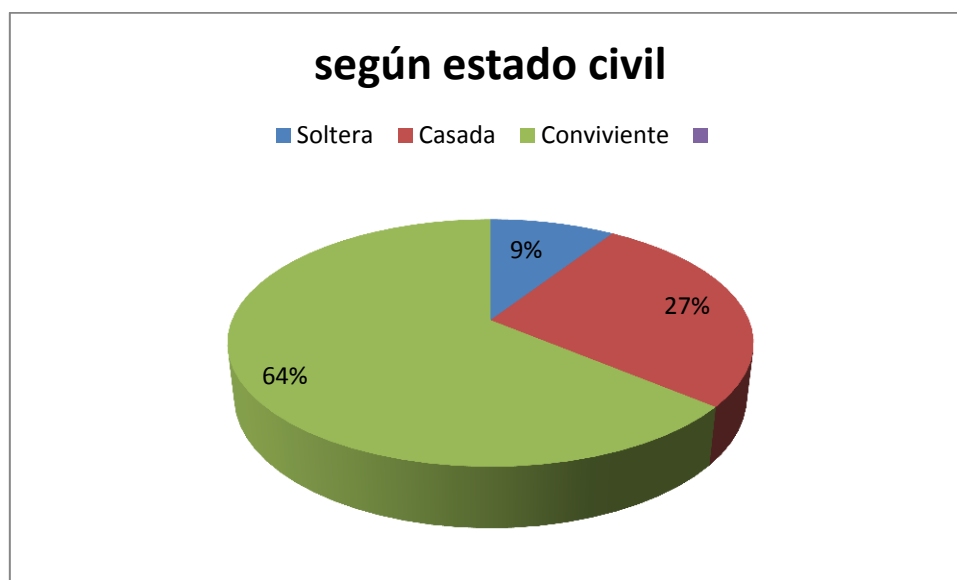
**Análisis e interpretación.-** Se puede observar en el presente gráfico que 322 pacientes que representan el 51% tienen el nivel de educación secundaria, seguidas de 213 pacientes con nivel educativo primario con el 34%, mientras que 89 pacientes tienen nivel superior con el 14% y 09 pacientes son analfabetas con el 1%.

**CASUÍSTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO SEGÚN ESTADO CIVIL**

**TABLA Nº 6**

Según estado civil	Número	Porcentaje
Soltera	59	09
Casada	173	27
Conviviente	411	64
Total	633	100%

**GRAFICO Nº 6**



**Análisis e interpretación.-** Se evidencia que el estado civil de las pacientes en estudio el 64% con 411 pacientes es el de convivientes. Seguidas del 27% con 173 pacientes con estado civil casada y el 9% con 59 pacientes en condición de estado civil soltera.



**CASUÍSTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO SEGÚN PARIDAD**

**TABLA Nº 7**

<b>Gesta paridad</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Primigestas	232	37
Multigestas	401	63
Total	633	100%

**GRAFICO Nº 7**



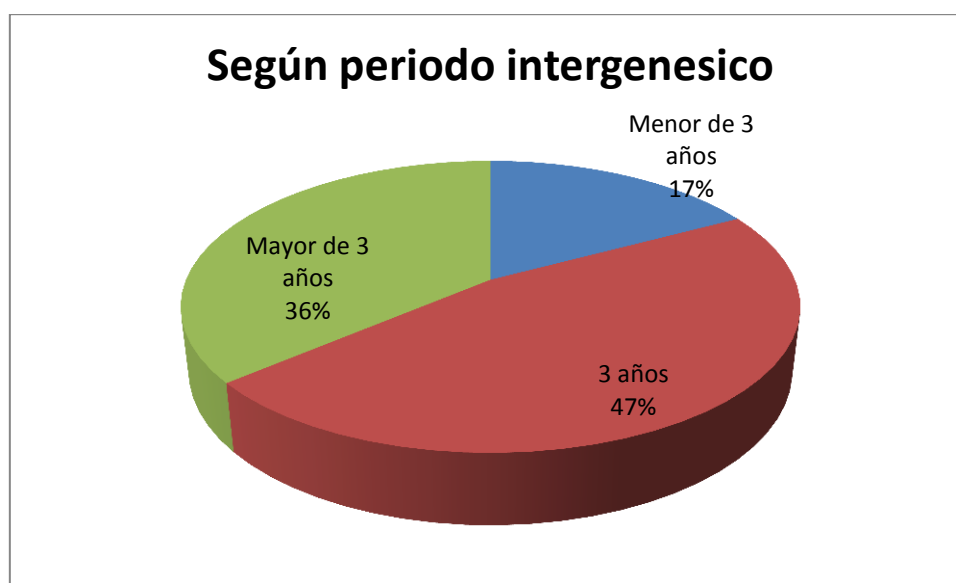
**Análisis e interpretación.-** Se observa que del total de pacientes objeto de estudio el 63% son pacientes multigestas con 401, mientras que el 37% de pacientes son primigestas con 232

**CASUÍSTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO SEGÚN PERIODO INTERGENESICO**

**TABLA Nº 8**

<b>Según periodo intergenesico</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor de 3 años (corto)	<b>109</b>	<b>17</b>
3 años (adecuado)	<b>295</b>	<b>47</b>
Mayor de 3 años (largo)	<b>229</b>	<b>36</b>
Total	<b>633</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO Nº 8**



**Análisis e interpretación.-** Se evidencia en el presente gráfico que el mayor porcentaje de 47% presenta el espacio intergenesico norma con 295 pacientes, sin embargo el espacio intergenesico largo y el espacio intergenesico corto representan el 53%, lo que genera riesgo en la paciente

**CASUÍSTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO SEGÚN N° DE CESAREAS**

**TABLA N° 9**

Según N° de cesáreas	Número	Porcentaje
Primera cesárea	201	32
Dos a más	432	68
Total	633	100%

**GRAFICO N° 9**



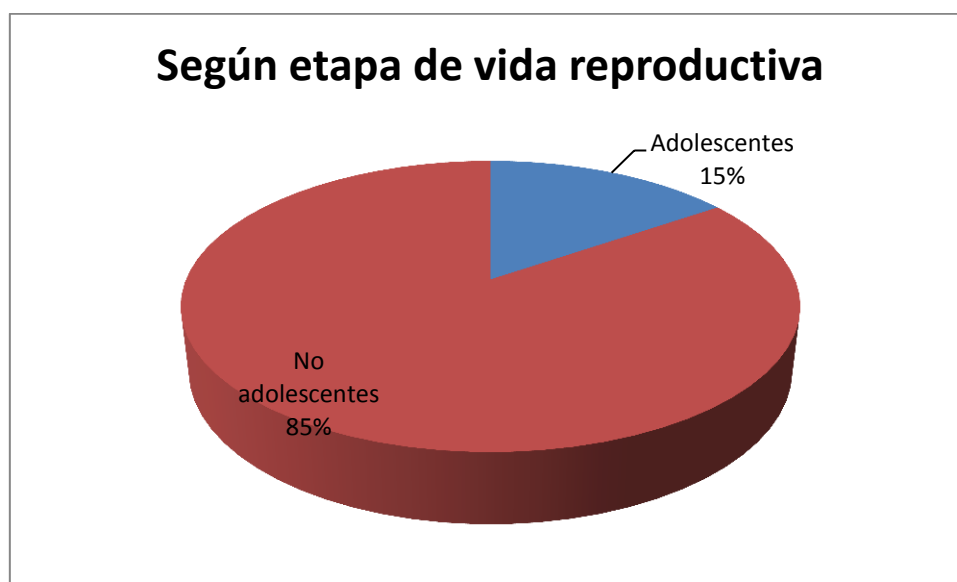
**Análisis e interpretación.-** Según el número de cesáreas se observa que el 68% de pacientes con 432 ya tienen más de 2 cesáreas, mientras que el 32% con 201 han sido cesareadas por primera vez.

**CASUÍSTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO SEGÚN ETAPA DE VIDA REPRODUCTIVA**

**TABLA Nº 10**

<b>Según etapa de vida Reproductiva</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Adolescentes	<b>99</b>	<b>15</b>
No adolescentes	<b>534</b>	<b>85</b>
Total	<b>633</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO Nº 10**



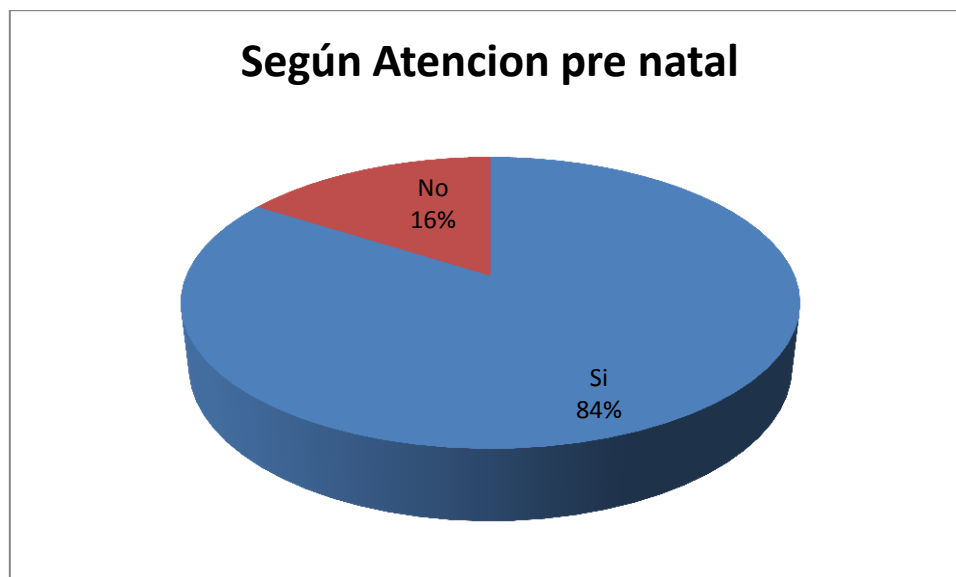
**Análisis e interpretación.-** Se observa en el presente grafico que el 85% con 534 pacientes corresponden a las pacientes no adolescentes, mientras que el 15% con 98 son pacientes adolescentes representando un porcentaje significativo en riesgo.

**CASUISTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO SEGÚN TATENCION PRE NATAL**

**TABLA Nº 11**

<b>Atención Pre natal</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	532	84
No	101	16
Total	633	100%

**GRAFICO Nº 11**



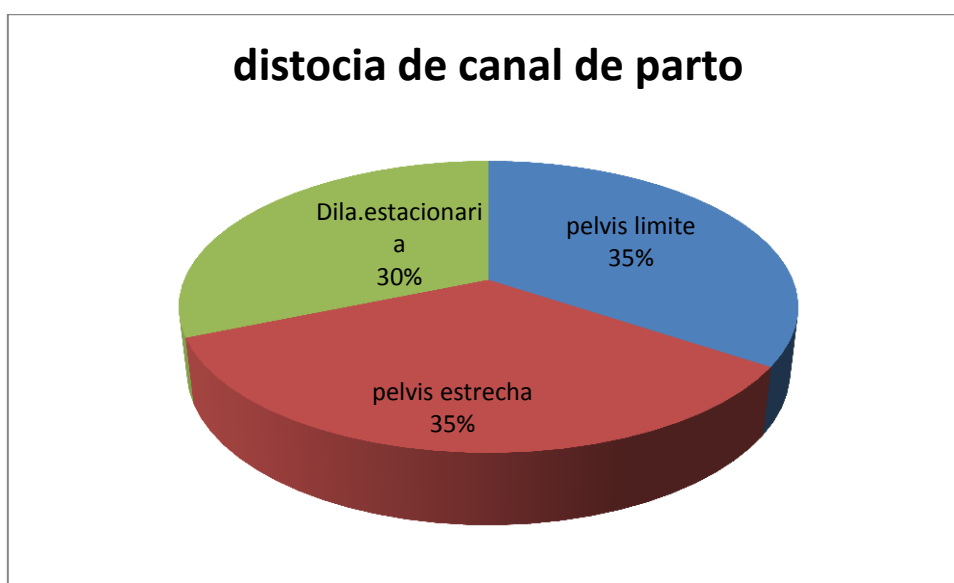
**Análisis e interpretación.-** Se evidencia en el presente grafico que el 84% de pacientes en estudio si tuvieron atención prenatal con 532 pacientes mientras que el 16% con 101 pacientes fueron sin atención pre natal

**CASUÍSTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO SEGÚN DISTOCIA DE CANAL DE PARTO**

**TABLA Nº 12**

<b>Distocia del canal de parto</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Pelvis límite	11	35
Pelvis estrecha	11	35
Dilatación estacionaria	10	30
Total	32	100%

**GRAFICO Nº 12**



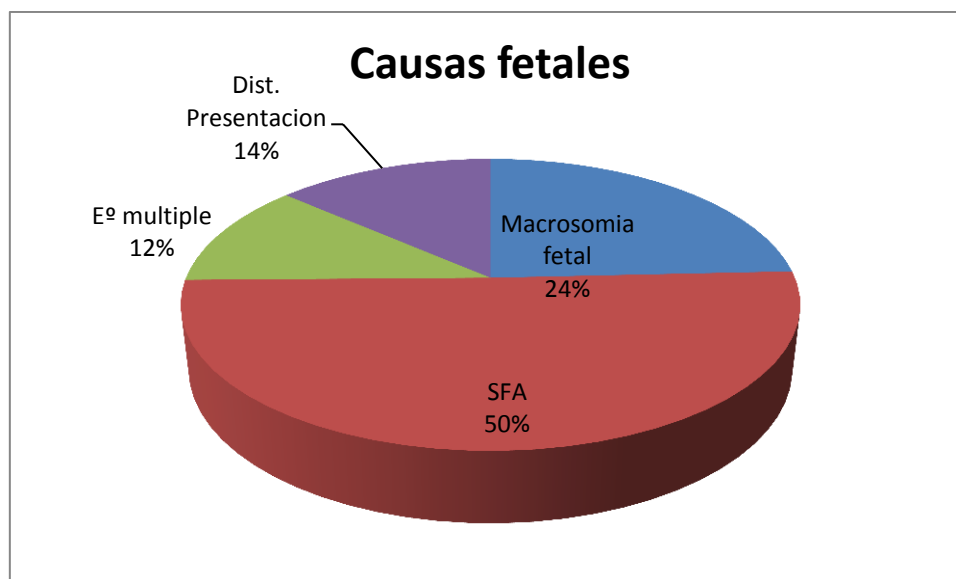
**Análisis e interpretación.-** Una de las causas para la cesárea fueron las distocias del canal de parto y como se puede observar en el gráfico, el 35% de cesárea por distocia de canal de parto con 11 pacientes fueron por pelvis límite, seguidas con el mismo número y porcentaje con estrechez pélvica.

**CASUISTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO SEGÚN CAUSAS FETALES**

**TABLA Nº 13**

<b>Causas fetales</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Macrosomia fetal	21	24
Sufrimiento fetal	52	50
Embarazo múltiple	12	12
Distocia de presentación (feto en transversa, feto en podálica, feto en oblicua))	14	14
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO Nº 13**



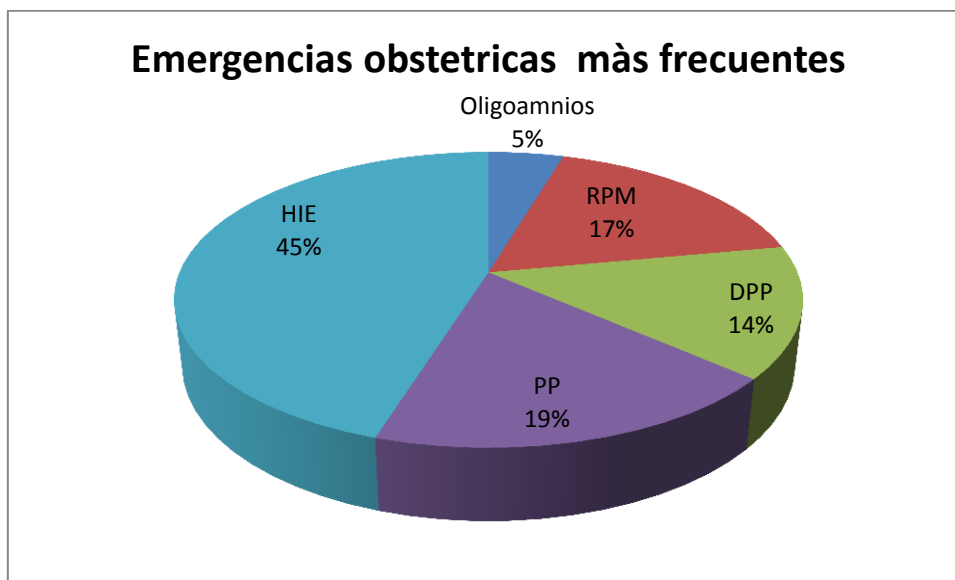
**Análisis e interpretación.-** Se observa que dentro de las causas fetales el mayor porcentaje de cesáreas se dio por sufrimiento fetal, con el 50%, seguidas de macrosomia fetal con el 24%, luego la Distocia de presentación con el 14% y finalmente el embarazo múltiple con el 12%.

**CASUISTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO SEGÚN EMERGENCIAS OBSTETRICAS**

**TABLA Nº 14**

<b>Emergencias Obstétricas</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Oligoamnios	<b>09</b>	<b>05</b>
RPM	<b>34</b>	<b>17</b>
DPP	<b>28</b>	<b>14</b>
PP	<b>36</b>	<b>19</b>
HIE (Pre eclampsia, eclampsia, Síndrome de Hellp)	<b>88</b>	<b>45</b>
<b>Total</b>	<b>194</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO Nº 14**



**Análisis e interpretación.**-Se evidencia que dentro de las emergencias más frecuentes que casaron el parto por cesárea están en primer lugar las HIE con el 45%, seguidas de la placenta previa con el 19%

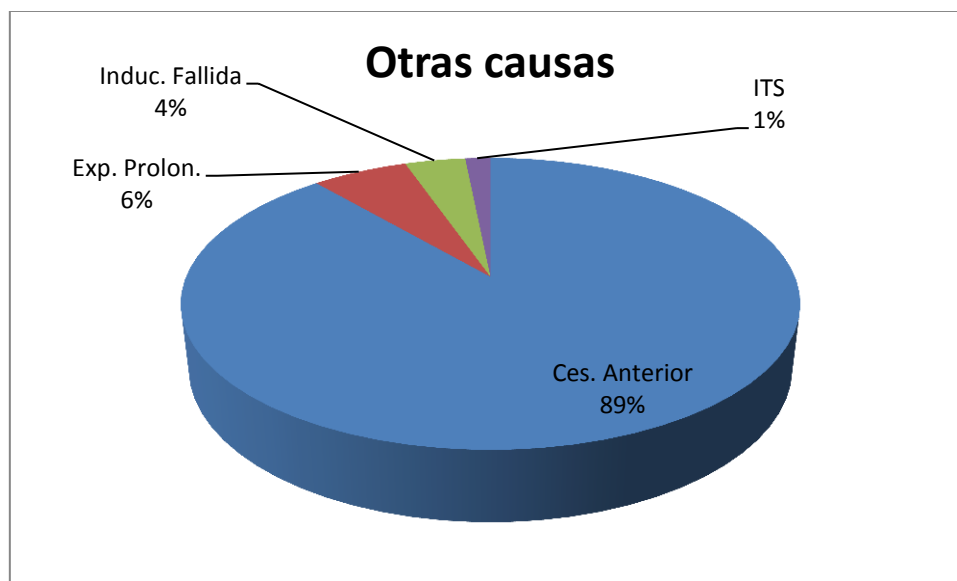


**CASUÍSTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO SEGÚN OTRAS CAUSAS**

**TABLA Nº 15**

Otras causas	Número	Porcentaje
Cesareada anterior (EIG)	282	89
Expulsivo prolongado	19	06
Inducción fallida	12	04
ITS (condilomatosis, chancro)	05	01
Total	308	100%

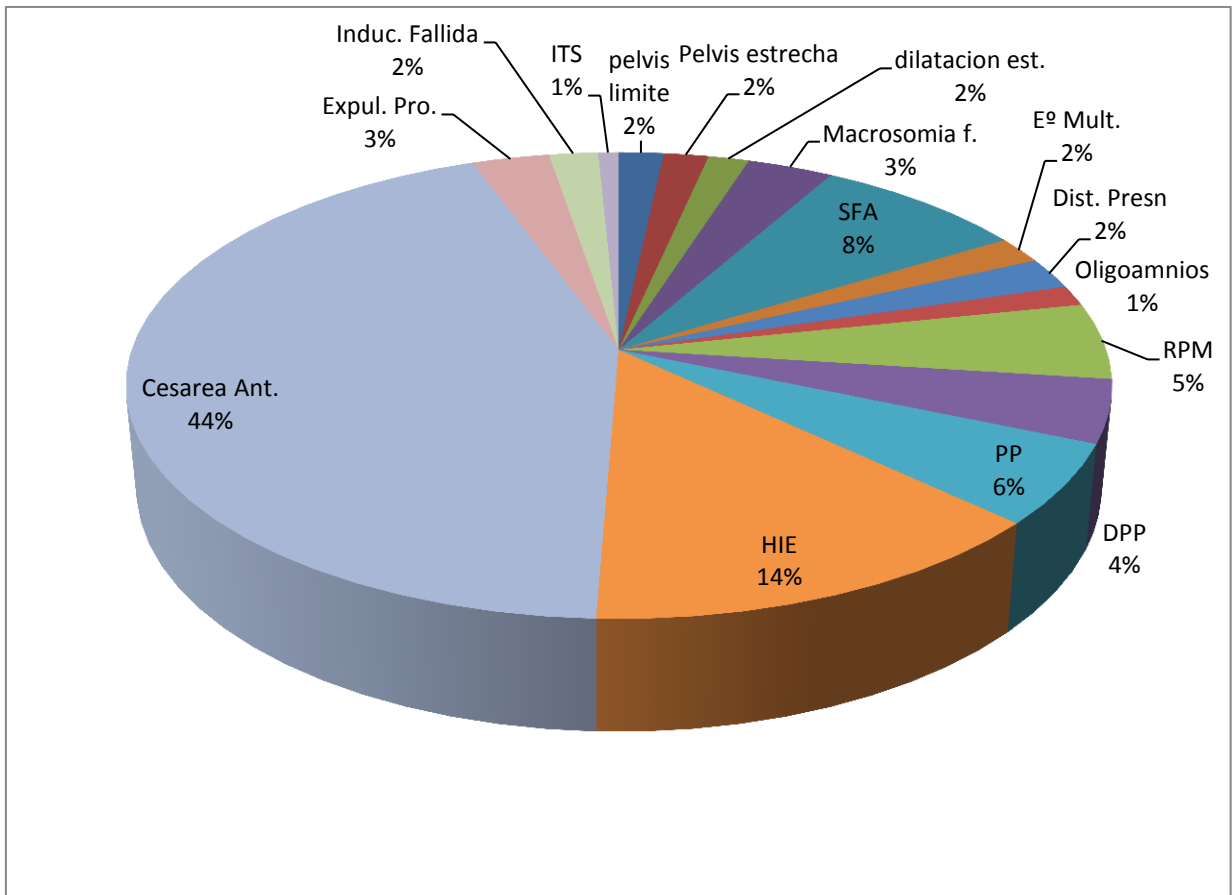
**GRAFICO Nº 15**



**Análisis e interpretación.-** Se evidencia que dentro de otras causas el mayor porcentaje fueron las cesarea anteriores con el 89% con 282 pacientes seguidas del expulsivo prolongado con el 6% con 19 pacientes.

## RESUMEN

<b>Distocia del canal de parto</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Pelvis límite	11	1.6
Pelvis estrecha	11	1.6
Dilatación estacionaria	10	1.5
<b>Causas fetales</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Macrosomia fetal	21	3.3
Sufrimiento fetal	52	8.2
Embarazo múltiple	12	2.0
Distocia de presentación (feto en transversa, feto en podálica, feto en oblicua)	14	2.2
<b>Emergencias Obstétricas</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Oligoamnios	09	1.4
RPM	34	5.2
DPP	28	4.4
PP	36	5.6
HIE (Pre eclampsia, eclampsia, Síndrome de Hellp)	88	14.0
<b>Otras causas</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Cesareada anterior (EIG)	282	44.0
Expulsivo prolongado	19	3.0
Inducción fallida	12	2.0
ITS (condilomatosis, chancro)	05	1.0
<b>TOTAL</b>	<b>633</b>	<b>100%</b>



**Análisis e interpretación.**-Se evidencia que el mayor porcentaje con el 44% con 282 pacientes fueron cesareadas anteriores por diversas causas, seguidas con el 14% con pacientes que portaban enfermedades de hipertensión arterial inducida por el embarazo con un numero de 88.

## 7. CONCLUSIONES

Luego del análisis respectivo se concluye que en el HRHVM durante el año 2015 ocurrieron 2291 partos, de los cuales 1216 correspondieron a los partos eutócicos (vaginales) con el 53%, y 1075 partos distócicos (cesárea) con el 47%, lo que expresa que existe un porcentaje significativo de cesáreas como consecuencia de complicaciones que se presentan.

Así mismo se observar que del total de partos ocurridos en el Hospital regional Hermilio Valdizan de Huánuco durante el 2015 el 65% con 1390 fueron de multigestas, mientras que el 39% con 901 fueron de primigestas.

La edad materna que más prevaleció en la casuística de complicaciones de parto que terminaron en cesárea fue la edad de entre 20 a 25 años con un porcentaje de 44%, con 282 pacientes.

Según la procedencia 393 pacientes con el 62% corresponden a la zona urbana, mientras que 240 pacientes con el 38% son de la zona rural.

322 pacientes que representan el 51% tienen el nivel de educación secundaria, seguidas de 213 pacientes con nivel educativo primario con el 34%.

el estado civil de las pacientes en estudio el 64% con 411 pacientes es el de convivientes.

Se observa que del total de pacientes objeto de estudio el 63% son pacientes multigestas con 401, mientras que el 37% de pacientes son primigestas con 232

El mayor porcentaje de 47% presente el espacio intergenesico normal con 295 pacientes, sin embargo el espacio intergenesico largo y el espacio intergenesico corto representan el 53%, lo que genera riesgo en la paciente

Según el número de cesáreas el 68% de pacientes con 432 ya tienen más de 2 cesáreas, mientras que el 32% con 201 han sido cesareadas por primera vez.

El 85% con 534 pacientes corresponden a las pacientes no adolescentes, mientras que el 15% con 98 son pacientes adolescentes representando un porcentaje significativo en riesgo.

El 84% de pacientes en estudio si tuvieron atención prenatal con 532 pacientes mientras que el 16% con 101 pacientes fueron sin atención pre natal

Una de las causa para la cesárea fueron las distocias del canal de parto, el 35% de cesareadas por distocia de canal de parto con 11 pacientes fueron por pelvis límite, seguidas con el mismo número y porcentaje con estrechez pélvica.

Dentro de las causas fetales el mayor porcentaje de cesáreas se dio por sufrimiento fetal, con el 50%, seguidas de macrosomía fetal con el 24%, luego la Distocia de presentación con el 14% y finalmente el embarazo múltiple con el 12%.

Dentro de las emergencias más frecuentes que casaron el parto por cesárea están en primer lugar las HIE con el 45%, seguida de la placenta previa con el 19%

Por otras causas el mayor porcentaje fueron las cesareadas anteriores con el 89% con 282 pacientes seguidas del expulsivo prolongado con el 6% con 19 pacientes.

## 8. RECOMENDACIONES

- ✓ En un futuro, y en vista de las actuales tendencias, es muy probable que las estadísticas de cesárea vayan en aumento por lo que se recomienda a los prestadores de salud materna diseñar estrategias a fin de disminuir las incidencias de los factores prevenibles que causan la cesárea.
  
- ✓ Asimismo se recomienda lo importante es garantizar que se ofrezca la cesárea a todas las mujeres que realmente la necesiten, y no centrarse simplemente en alcanzar una determinada tasa u otros factores ajenos a la indicación para una cesárea.
  
- ✓ A los profesionales de salud recomendar que en lo posible se cubra en un 100% la atención prenatal.
  
- ✓ Al personal de salud recomendar que en lo posible sensibilicen a las pacientes gestantes sobre las complicaciones que puedan presentar y que necesariamente vayan a terminar en cesárea.

## **DISCUSION:**

En el estudio realizado se concluye que dentro de la casuística de complicaciones del parto que terminaron en cesárea en el rubro de las emergencias más frecuentes que casaron el parto por cesárea están en primer lugar las HIE con el 45%, seguida de la placenta previa con el 19%, que comparado con el estudio realizado por **Étienne Beals et al**, en el año 2008,: Estudio comparativo de la morbilidad y mortalidad del producto gestacional en mujeres embarazadas con pre eclampsia moderada o severa; donde se plantearon como objetivo, obtuvo como resultados: que la pre eclampsia moderada fue del 66% y la severa fue de 32%.

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, con el objetivo de determinar la incidencia y los factores asociados a la cesárea, teniendo como conclusiones que la incidencia fue del 45% y como factor asociado la desproporción céfalo-pélvica; comparado con el presente estudio realizado se puede observar que una de las causas para la cesárea fueron las distocias del canal de parto, el 35% de cesareadas por distocia de canal de parto con 11 pacientes fueron por pelvis límite, seguidas con el mismo número y porcentaje con estrechez pélvica y también se observa en nuestro estudio que el mayor porcentaje de cesáreas se dio por sufrimiento fetal, con el 50%, seguidas de macrosomía fetal con el 24%, luego la Distocia de presentación con el 14% y finalmente el embarazo múltiple con el 12%.

**Curay Jiménez, Richard Edgar y García Zárate, Christian Fernando**, en el año 2001, realizaron una investigación con el objetivo de determinar la frecuencia y complicaciones maternas presentadas durante el parto y el postparto, teniendo como resultados las complicaciones en el parto fueron: Expulsivo prolongado con un 41,7 %, seguido del trabajo de parto disfuncional con una frecuencia del 25,0 %, y alumbramiento patológico con un 16,7 %.

Comparable con nuestro estudio que da como resultado donde se demuestra que también como una de las causas de cesárea fueron por el periodo expulsivo prolongado con el 6% con 19 pacientes.

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, teniendo como objetivo: Determinar la incidencia en el C.C. 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% cesareada anterior, 12.6% desproporción céfalo pélvica, y 9.7% trabajo de parto disfuncional.<sup>15</sup>

Por otras causas el mayor porcentaje fueron las cesareadas anteriores con el 89% con 282 pacientes y dentro de las causas fetales el mayor porcentaje de cesáreas se dio por sufrimiento fetal, con el 50%, seguidas de macrosomía fetal con el 24%, luego la Distocia de presentación con el 14% y finalmente el embarazo múltiple con el 12%.



## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer (julio de 2007).Parto. Citado por National Institutes of Health. Último acceso 20 de febrero de 2008.
2. Fuente: ¿Nacer por cesárea? de Ibone Olza y Enrique Lebrero Martínez. Editorial Granica-2008.
3. Organization Mundial de Salud
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática  
See more at:
5. <http://www.consumer.es/web/es/bebe/parto/riesgos/2013/08/01/217448.php#sthash.vXQ6OTjl.dpuf>
6. Nápoles Méndez. Alternativas en las desviaciones del trabajo de parto [conferencia en línea]. MEDISAN 2005; 9 (2). <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9\\_2\\_05/san13205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san13205.htm)> [consulta: 18 - 06 -2012].
7. Organización Mundial de la Salud: Primera encuesta global de la OMS en Salud Materna y perinatal resultados en el Perú. Lima, Trujillo, Piura; MINSA – ESSALUD. Lima, Perú. 2005. Pp. 109.
8. Ramírez contreras, Alfredo. Morbilidad obstétrica de la primigesta añosa en el Hospital D.A.C. Huancayo - Perú. 2009. Pp.22.
9. Antonio *et al.* Congreso Extraordinario de Obstetricia y Ginecología 1997: Operación cesárea en el C.S. Carlos Showing F. Amarilis – Huánuco. Perú. 1994- 1997. Pg. 19.
10. Étienne Beals *et al.* Estudio comparativo de la morbimortalidad del producto gestacional en mujeres embarazadas con pre eclampsia moderada o severa en la Clínica Hospital del Profesor en Chile. 2008. Pg.3.
11. Manzano Espejo, Giancarlo. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Perú, Lima. 2009. Pg. 5.

12. Tena Aguilar, Luis Alberto. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Unidad de Post Grado: Complicaciones maternas y morbimortalidad neonatal en el parto del recién nacido macrosómico del Hospital San Juan de Lurigancho. Perú, Lima. 2007. Pp. 50.
13. Curay Jiménez, Richard Edgar y García Zárate, Christian Fernando. Tesis: Frecuencia y complicaciones maternas en partos vaginales con cesárea previa. Hospital de Apoyo N° 01 "José Alfredo Mendoza Olavarría" Julio 1996 a Julio 2001. Perú, Tumbes. 2002. Pg. 30.
14. Salviz Salhuana, Manuel *et al.* Pre eclampsia: Factores de riesgo. Hospital Cayetano Heredia. Perú, Lima. 1993. Pp.25.
15. Antonio *et al.* Congreso Extraordinario de Obstetricia y Ginecología 1997: Operación cesárea en el C.S. Carlos Showing F. Amarilis – Huánuco. Perú. 1994- 1997. Pg. 19.
16. Huamán Berríos, Julio Enrique. Historia de la obstetricia ensayo sobre algunas ideas de la obstetricia. Perú, Huancayo. 2004. Pp.18-20.
17. Huamán Berríos, Julio Enrique. Historia de la obstetricia ensayo sobre algunas ideas de la obstetricia. Perú, Huancayo. 2004. Pp.23-28.
18. Vergara Sagbini. Protocolo diagnóstico y manejo de las anomalías del descenso. Usa. 2001. Pp. 130.
19. Vallecillo, Gaspar. Parto distócico por desproporción feto pélvica. Honduras. 2010. Pp.11.
20. Ministerio de Salud – Perú. Hospital Santa Rosa: Guía práctica clínica Médico Quirúrgica. Perú, Lima 2008. Pp. 37.

# 8. ANEXOS

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

**CASUISTICA DE COMPLICACIONES DEL PARTO QUE TERMINARON EN CESÁREA. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO – PERIODO – 2015 – HUÁNUCO**

Edad..... ( )

Procedencia.....

Estado civil.....

Nivel de instrucción.....

Gesta paridad.....

Espacio intergenesico.....

Atención pre natal.....

Factores de riesgo que conllevaron a la cesárea.....

Libro de registros de parto.....

SIP del HRHVM Huánuco.....