

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Concordancia de los diagnósticos pre y post operatorios de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Camaná MINSA 2013”

Tesis presentada por el Bachiller:
FÉLIX ARTURO FLORES CHOQUE
Para Optar el Título de Médico-Cirujano.

Arequipa - Perú
2014

DEDICATORIA



A mis Padres y Hermano por todo el apoyo y el amor que me brindaron, a Tefy por acompañarme con su cariño en todo este tiempo, a mis amigos por su amistad siempre incondicional a mis grandes maestros por sus enseñanzas, y a los pacientes en general por ser el principal motor de mi vocación.



**“DONDE QUIERA QUE SE AMA EL ARTE DE LA
MEDICINA SE AMA TAMBIÉN A LA HUMANIDAD”**

Platón.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
EPÍGRAFE	III
ÍNDICE	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	01
CAPITULO I: Material Y Métodos	04
CAPITULO II: Resultados	10
CAPITULO III: Discusión	27
CAPITULO IV: Conclusiones	36
CAPITULO V: Recomendaciones y Propuestas	37
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

RESUMEN

Se realizó una investigación para determinar la concordancia de los diagnósticos pre y post operatorios de las cesáreas en el Hospital de Apoyo de Camaná. **OBJETIVO:** Fue establecer la concordancia entre los diagnósticos pre y postoperatorios de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Camaná, 2013. **DISEÑO:** Descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se revisaron 322 Historias Clínicas de gestantes que fueron sometidas a cesárea en el Hospital de Camaná. Fueron seleccionadas para el estudio las Historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, obteniéndose 225. Los datos obtenidos fueron codificados en una Base de datos y luego procesados estadísticamente. **RESULTADOS:** la frecuencia o prevalencia de las cesáreas en el año 2013 fue de 32.26 %. La mayor frecuencia de cesáreas se observó en el grupo etario de 20 a 29 años 56.44% (127 casos). La edad promedio fue de 26.59 ± 6.43 . La condición de ama de casa fue la más frecuente; las nulíparas predominaron y la edad gestacional en que fueron programadas para cesárea estuvo entre 35 a 39 semanas. El peso del recién nacido que se distribuyó con mayor frecuencia fue de 3,500 a 4,440 gramos. El coeficiente Kappa de Cohen para las causas maternas, fetales y ovulares fue 0.9242, 0.5874 y 0.8620 respectivamente, siendo $p \leq 0.05$ en todos los casos. El diagnóstico de cesareada anterior fue el más frecuente tanto en el pre y post operatorio con 21.57% y 21.90% respectivamente. El coeficiente de concordancia Kappa de Cohen para todos los diagnósticos pre y postoperatorios fue 0.8009 **CONCLUSIONES: Primera:** La concordancia de los diagnósticos pre y post operatorio fue CONSIDERABLE o BUENA **Segunda:** las características; Maternas: La edad materna promedio 26.59 años. La ocupación ama de casa predominó. La paridad; las nulíparas. La edad gestacional según FUR fue 35 a 39 semanas. Del recién nacido: Edad gestacional por Usher fue de 40 a más semanas. El peso del recién nacido fue de 3,500 a 4400 gramos. **Tercera:** La frecuencia de cesáreas realizadas fue 32.26% **Cuarta:** El diagnóstico pre y post operatorio más frecuente fue Cesareada Anterior. **Quinta:** La concordancia de los diagnósticos pre y post operatorios de causas maternas fue MUY BUENO o CASI PERFECTO; causas fetales fue MODERADA, causas ovulares fue MUY BUENO o CASI PERFECTO

PALABRAS CLAVES: Concordancia. Diagnóstico pre operatorio. Diagnóstico post operatorio. Cesárea.

ABSTRACT

An investigation was conducted to determine the correlation of pre -and post- operative diagnosis of caesarean sections in Camaná Support Hospital. **OBJECTIVE:** It was to establish the correlation between the pre -and post- operative diagnosis of caesarean sections in Camaná Support Hospital, 2013. **DESIGN:** Descriptive, retrospective, cross. **MATERIAL AND METHODS:** The charts of 322 pregnant women who underwent cesarean section in Camaná Hospital were reviewed. Were selected for the study clinics stories that met the inclusion and exclusion criteria, yielding 225. The data were coded in a database and then processed statistically. **RESULTS:** The frequency or prevalence of caesarean sections in 2013 was 32.26 %. The higher frequency of caesarean sections was observed in the age group 20 to 29 years 56.44 % (127 cases). The mean age was 26.59 ± 6.43 . The condition of a housewife was the most frequent; nulliparous predominated and gestational age that was scheduled for cesarean section ranged from 35 to 39 weeks. The birth weight was distributed more frequently was 3.500 to 4.440 grams. Cohen's kappa coefficient for maternal, fetal and ovarian causes was 0.9242, 0.5874 and 0.8620 respectively, $p \leq 0.05$ in all cases. The diagnosis of anterior cesareada was the most frequent in both the pre and post-operative with 21.57 % and 21.90% respectively. Cohen's kappa coefficient for all pre and postoperative diagnosis was 0.8009 **CONCLUSIONS: First:** The concordance of pre and post-operative diagnosis was CONSIDERABLE or GOOD. **Second:** specs, maternal: the average maternal age 26.59 years. The predominant occupation was housewife. Parity: nulliparous. Gestational age according to LMP was 35 to 39 weeks. Newborn: gestational age by usher was more than 40 weeks. The birth weight was 3.500 to 4400 grams. **Third:** the frequency of cesarean section was 32.26 % **Fourth:** The pre and post- operative diagnosis was more frequent cesareada prev. **Fifth:** The concordance of pre and post- operative diagnoses of maternal causes was ALMOST PERFECT or VERY GOOD; fetal causes were MODERATE, ovarian causes were VERY GOOD OR ALMOST PERFECT

KEYWORDS: Concordance. Preoperative Diagnosis. Postoperative diagnosis. Caesarean



INTRODUCCIÓN

La intervención cesárea es una estrategia quirúrgica para mejorar la salud de la madre y el niño, sin embargo, el incremento de las cesáreas en los últimos años no se ha acompañado de una esperada disminución de la morbilidad materna y perinatal (1).

Esto se debe a que la cesárea se puede acompañar de mayores riesgos y complicaciones, tanto en el neonato como en la madre por el riesgo que supone una intervención quirúrgica en una gestante; por lo tanto, cuando la cesárea es indicada por decisión materna o por conveniencia del médico o la institución de salud, los resultados pueden distar mucho de ser satisfactorios, porque puede tenerse un parto sin dolor y rápido, pero no exento de riesgos y de aumento de costos por la atención de salud.

En el Perú según ENDES 2002 la tasa de cesáreas llegó al 16%, y en el Hospital de Apoyo Camaná en el periodo 2007-2011 se encontró que el 25% de partos termina en cesárea (22) Así, este procedimiento lleva a discusiones respecto a sus indicaciones, técnica quirúrgica, complicaciones y costos. Debemos señalar que la OMS establece que la tasa no debe exceder del 15%, cifras superiores indican calidad de atención obstétrica deficiente. (1)

Por lo tanto se hace necesario analizar los motivos del incremento de la cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná. Se ha observado que los diagnósticos preoperatorios a veces no se relacionan con los hallazgos intra operatorios, lo que hace pensar que muchas indicaciones preoperatorias no son reales. Esta observación hizo que se plantee la presente investigación, cuyos resultados son importantes para diseñar estrategias y lograr una mejor calidad de atención en la paciente embarazada.

La concordancia es una técnica estadística que determina el grado acuerdo o entre dos procedimientos, diagnósticos, etc. Para determinar la fiabilidad de los diagnósticos. Para el

estudio se realiza un análisis de concordancia intra observador. Es decir determinar la precisión del diagnóstico preoperatorio en relación al diagnóstico postoperatorio en la cesárea segmentaria. Establecer el grado de concordancia y las entidades nosológicas discordantes más frecuentes entre ambos diagnósticos.

Luego de realizado el estudio se encontró una concordancia aceptable de los diagnósticos pre y pos operatorios, indicándonos que gran parte de los diagnósticos son realizados de manera correcta, pero existe un porcentaje de operaciones que se realizan sin tener un diagnóstico certero, Así mismo se obtuvo una frecuencia de cesáreas que comparada con otras del país es similar.

Los resultados de la investigación serán útiles para revisar y establecer normas para los diagnósticos clínicos quirúrgicos en el servicio de obstetricia; y lo es más mejorar la calidad de la atención



CAPITULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la revisión documentaria.

Instrumentos: Ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Papel bond un millar
- Material de escritorio
- Computadora personal
- Software: Procesador de texto Word, hoja electrónica Excel y paquetes estadísticos

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el Hospital de Apoyo Camaná, 2013, en servicio de archivo de historias clínicas.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará durante el periodo enero-diciembre 2013.

2.3. Unidades de estudio: Historias clínica de pacientes sometidas a operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná.

2.4. Población: Todas las historias clínicas de las gestantes sometidas a operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná en el periodo de estudio y que cumplen con los

criterios inclusión exclusión.

Muestra: No se calculará un tamaño de muestra, ya que se ha elegido a la población total.

Muestreo:

No probabilístico, de oportunidad única, por conveniencia intencional o deliberada.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Historias clínicas de gestantes sometidas a operación cesárea Hospital de Apoyo Camaná
- Historias clínicas con datos completos
- Historias clínicas que se encuentren disponibles

- **Exclusión**

- Historias con reporte operatorio poco legible y/o incompleto

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Permiso para acceder a las unidades de análisis, Dirección hospitalaria. (Anexo 2)

Supervisión y Coordinación: Investigador:

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigador: Félix Arturo Flores Choque.
- Asesor: MC Alejandro Paredes Salcedo.

b) Físicos

- Infraestructura: Archivo de Historias clínicas del Hospital de Apoyo de Camaná MINSA.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

No se requiere por tratarse de una ficha para recolectar información.

3.4. Criterios y estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. Plan de tabulación y análisis

NIVEL DE SISTEMATIZACIÓN DE LOS DATOS

Tipo de Procesamiento

Es: Mixto (manual y computarizado)

Sistematización

3.4.2. Plan de clasificación

- Matriz de Ordenamiento.
De Registro o control
- Plantilla Esquemática.
Cuadro Maestro o Base de datos.

3.4.3. PLAN DE CODIFICACIÓN

- **SISTEMA DE CODIFICACIÓN.**
Sistema Computarizado
- **TIPO DE PROCEDIMIENTO**
Códigos alfanuméricos
- **IMPLEMENTACIÓN DEL TRABAJO Y CODIFICACIÓN**

VARIABLES A CODIFICAR:

Variable V₁: Diagnostico pre operatorio de la operación cesárea (1).

Variables Asociativa V₂ Diagnostico post operatorio de la operación cesárea (2)

Variables intervinientes: Características sociodemográficas.

- **VARIABLES E INDICADORES A CODIFICAR.**

Variable V₁ Diagnostico pre operatorio.

De acuerdo: 1

En desacuerdo: 2

Variable V₂ Diagnostico post operatorio.

De acuerdo: 1

En desacuerdo: 2

- **VARIABLES INTERVINIENTES**

PARIDAD:

Nulípara: 1

Primípara: 2

Múltipara: 3

Gran múltipara: 4

OCUPACIÓN

Estudiante: 1

Ama de casa: 2

Empleada: 3

VALORACIÓN DEL APGAR

Satisfactorio: 1

No satisfactorio: 2

3.4.4. PLAN DE RECUESTO

- **Tipo de Recuento:**

Computarizado

- **Matriz de Conteo:**

No es necesaria una matriz de conteo, el método es computarizado

3.4.5. PLAN DE ANÁLISIS (tratamiento estadístico)

TÉCNICAS ESTADÍSTICAS:

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

- Frecuencias: proporciones e índices.

ESTADÍSTICA INFERENCIAL

- La asociación de los diagnóstico pre y post operatorios de la operación cesárea: Prueba del Chi cuadrado: Prueba de bondad de ajuste.
- Concordancia para variables categóricas. Índice de Kappa de Cohen.

3.4.6. PLAN DE TABULACIÓN

- **TABLAS**

Tipos de tablas

Para la estadística descriptiva: Tablas de Frecuencias de Observaciones absolutas y relativas.

Para la estadística Inferencial: Tablas de Contingencia de Doble Entrada.

3.4.7. PLAN DE GRAFICACIÓN

Clases de Gráficos

Para la estadística descriptiva: Histogramas de frecuencias y gráficos tipo Pie.

NIVEL DE ESTUDIO DE LOS DATOS

- ♦ **Metodología de interpretación de los datos**
Por vinculación de datos: asociación.
- ♦ **Modalidad**
Mixta (Interpretación subsiguiente a cada Tabla-gráfico y luego una discusión de datos)
- ♦ **Operaciones de interpretación de datos**
Análisis por asociación.
- ♦ **Niveles de interpretación.**
Asociativo.



CAPITULO II

RESULTADOS



CARACTERÍSTICAS GENERALES

“Concordancia de los diagnósticos pre y postoperatorios de la operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná MINSA 2013”

TABLA 01. FRECUENCIAS DE CESÁREAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANA MINSA DURANTE EL AÑO 2013.

	N°	%
Partos eutócico durante 2013	676	66.74
Cesáreas	322	32.26
TOTAL	998	100.00

FUENTE: Historias del hospital Apoyo Camaná.

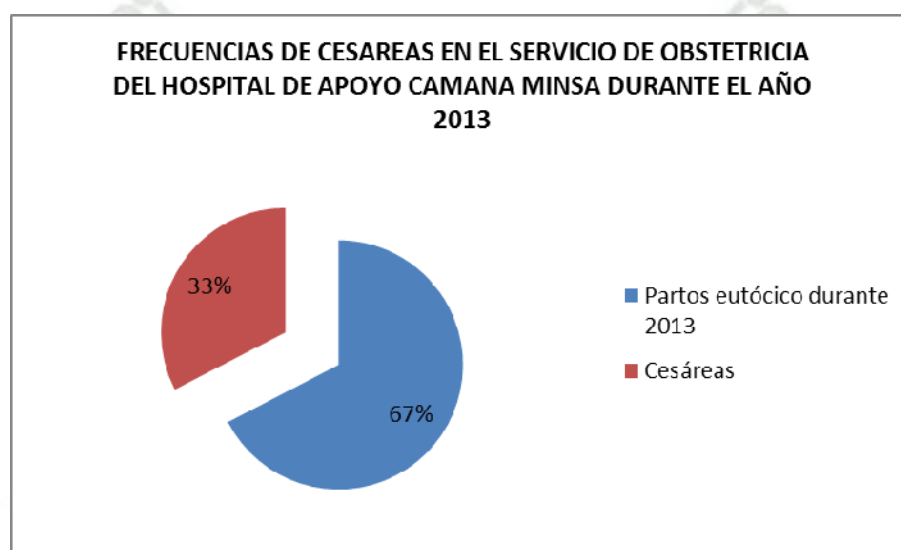


GRAFICO 01. FRECUENCIAS DE CESAREAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANA MINSA DURANTE EL AÑO 2013

En la tabla 01 y grafico 01 se muestra la frecuencia o prevalencia de cesáreas durante el año 2013 en el servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná fue del 32.26%.

“Concordancia de los diagnósticos pre y postoperatorios de la operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná MINSA 2013”

TABLA 02. EDADES DE PARTURIENTAS QUE FUERON INTERVENIDAS DE CESÁREA.

EDAD	N	%
10. – 19 años	27	12.00
20 – 29 años	127	56.44
30 – 39 años	58	25.78
40 – 49 años	13	5.78
TOTAL	225	100.00

Media: 26.59±6.43 años

Max: 43

Mín: 14

n: 225 UA

FUENTE: Historias del hospital Apoyo Camaná.

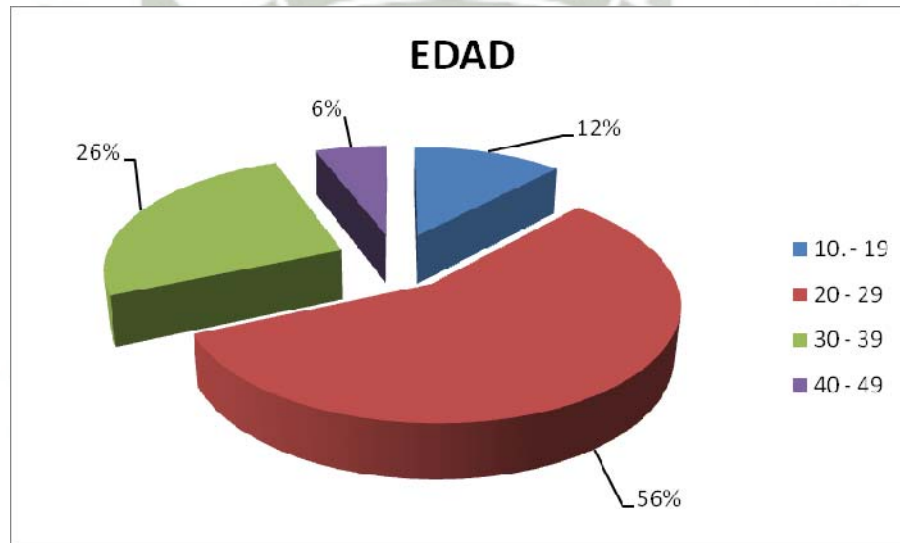


GRAFICO 02. EDADES DE PARTURIENTAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ. 2013.

En la tabla 02 y grafico 02, muestran las frecuencias de edad de parturientas que ingresaron por el servicio de emergencia y que luego fueron sometidas a intervención quirúrgica de cesárea segmentaria. La mayor frecuencia se observó en el grupo etario de 20 a 29 años 56.44% (127 casos). La edad promedio fue de 26.59±6.43 años

“Concordancia de los diagnósticos pre y postoperatorios de la operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná MINSA 2013”

TABLA 03. CARACTERÍSTICAS MATERNAS.

CARACTERÍSTICAS		n	%
OCUPACIÓN	Estudiante	17	7.56
	Ama casa	166	73.78
	Empleada	42	18.67
	Nulípara	93	41.33
PARIDAD	Primípara	67	29.78
	Multípara	56	24.89
	G. múltipara	9	4
EDAD GESTACIONAL	30 – 34 sem	2	0.89
	35 – 39 sem	140	62.22
	40 a mas sem	83	36.89

n: 225 UA

FUENTE: Historias del hospital Apoyo Camaná.

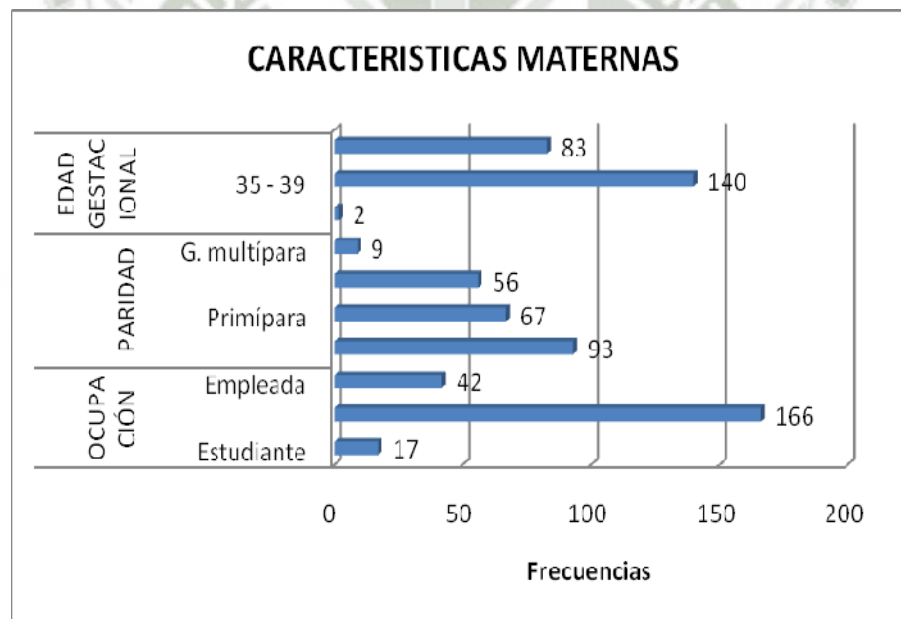


GRAFICO 03. CARACTERÍSTICAS MATERNAS.

En la tabla 03 y el gráfico 03, nos muestra que las gestantes sometidas a la operación cesárea, la condición de ama de casa es la más frecuente; las nulíparas predominaron y la edad gestacional en que fueron programadas para cesárea estuvo en el rango de 35 39 semanas.

“Concordancia de los diagnósticos pre y postoperatorios de la operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná MINSA 2013”

TABLA 04. CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO.

CARACTERISTICAS		n	%
EDAD DEL RN	30 – 34 sem	2	0.89
	35 – 39 sem	111	49.33
	40 a mas sem	112	49.78
PESO RN	1500 – 2400 gr	4	1.78
	2500 – 3400 gr	84	37.33
	3500 – 4400 gr	130	57.78
Apgar 1'	Satisfactorio	212	94.22
	No satisfactorio	13	5.78
Apgar 5'	Satisfactorio	219	97.33
	No satisfactorio	6	2.67

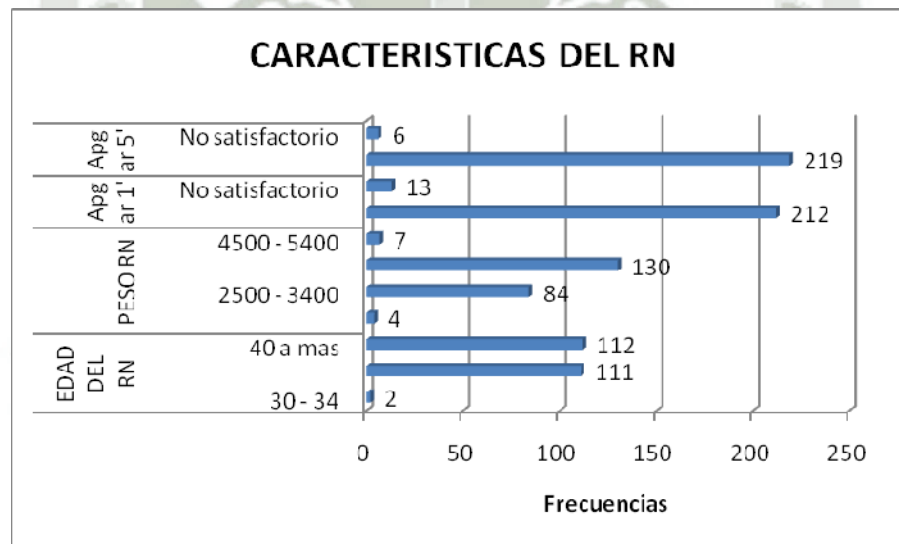


GRAFICO 04. CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO.

Las principales características de los recién nacidos de madres que fueron intervenidas por cesárea, fueron; la edad al nacer fue más frecuente 40 a mas semanas de edad; el peso del recién nacido que se distribuyó con mayor frecuencia fue de 3,500 a 4,440 gramos y la valoración del Apgar al minuto y cinco minutos, en su mayoría fueron satisfactorios.



**CONCORDANCIA DE LA VARIABLE
DIAGNÓSTICOS DE CESÁREA PRE Y
POST OPERATORIO.**

“Concordancia de los diagnósticos pre y postoperatorios de la operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná MINSA 2013”

TABLA 05. CÁLCULO DEL ÍNDICE DE CONCORDANCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS PRE Y POST OPERATORIOS DE CESÁREAS POR CAUSAS MATERNAS.

REPOSITORIO DE TESIS UCSM		UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA										Total	
		DIAGNOSTICO POST OPERATORIO											
		Cesareada anterior	DHE	DFP	Distocia canal parto	Distocia partes blandas	Distocia funicular	Embarazo prolongado	Gestante añosa	PIG corto	SFA	Talla baja	
DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO	Cesareada anterior	66 42.86%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	66 42.86%
	DHE	0 0.00%	9 5.84%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	9 5.84%
	Distocia canal parto	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	15 9.74%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	15 9.74%
	Distocia partes blandas	0 0.00%	0 0.00%	6 3.90%	0 0.00%	14 9.09%	1 0.65%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	1 0.65%	0 0.00%	22 14.29%
	Embarazo prolongado	0 0.00%	0 0.00%	1 0.65%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	15 9.74%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	16 10.39%
	Gestante añosa	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	9 5.84%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	9 5.84%
	PIG corto	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	10 6.49%	0 0.00%	0 0.00%	10 6.49%
	Talla baja	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	7 4.55%	7 4.55%
	Total	66 42.86%	9 5.84%	7 4.55%	15 9.74%	14 9.09%	1 0.65%	15 9.74%	9 5.84%	10 6.49%	1 0.65%	7 4.55%	154 100.00%

	Valor	gl	P
$\chi^2 =$	1,063.75	70	0.0000
Kappa	Valor	Error típ. Asint	T aprox
	0.9242	0.0240	25.937
			p
			0.0000

n: 154 UA

FUENTE: Historias del hospital Apoyo Camaná.

“Concordancia de los diagnósticos pre y postoperatorios de la operación cesárea en el Hospital de Apoyó Camaná MINSA 2013”

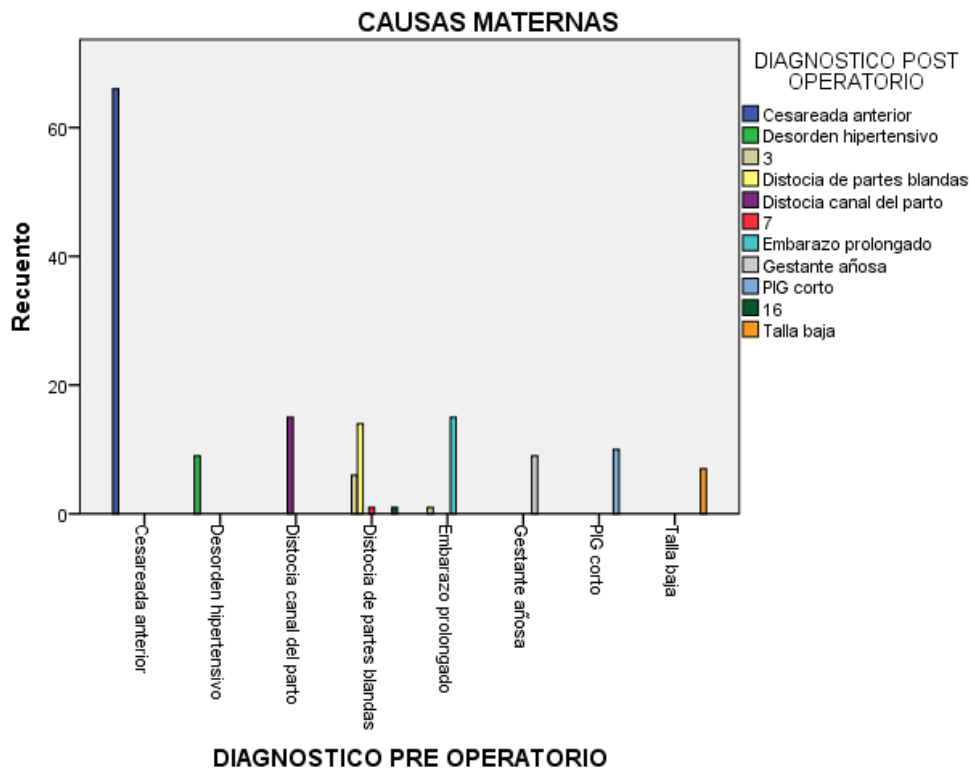


GRAFICO 05. CONCORDANCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS PRE Y POST OPERATORIOS DE CESÁREAS POR CAUSAS MATERNAS

En la tabla 05 y grafico 05, muestra las frecuencias y porcentajes de acuerdos entre los diagnósticos pre y post operatorios de la operación cesárea por causa materna. La mayor proporción de acuerdos se observó en los diagnósticos pre y post operatorios cesareada anterior 42.86% (66 acuerdos), luego el diagnostico distocia de canal del parto y embarazo prolongado 9.74%; la menor proporción de acuerdos se observó en los diagnósticas talla baja 4.55%. Ello se ilustra visualmente en el gráfico de barras

La prueba de Chi cuadrado de independencia de Pearson; tiene un valor de ($p \leq 0.05$); nos indica que las observaciones en el pre y post operatorio son independientes.

El coeficiente Kappa de Cohen; tiene un valor 0.9242; según Landis y Koch (1977) (24), valores sobre 0.8 refleja un acuerdo MUY BUENO O CASI PERFECTO entre los diagnóstico pre y post operatorios de la operación cesárea por causas maternas.



“Concordancia de los diagnósticos pre y postoperatorios de la operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná MINSA 2013”

TABLA 06. CÁLCULO DEL ÍNDICE DE CONCORDANCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS PRE Y POST OPERATORIOS DE CESÁREAS POR CAUSAS FETALES.

REPOSITARIO DE TESIS UCSM		UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA											Total	
		DIAGNOSTICO POST OPERATORIO												
DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO		Cesareada ant.	DFP.	Distocia canal parto	Distocia variedad presentación	Distocia funicular	Embarazo doble	Oligoamnios	Presentación pélvica	Situación transversa	SFA	RN con Apgar normal	RN PAG	Total
DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO	DFP.	0	36	0	0	1	0	1	0	0	1	0	5	44
		0.00%	27.91%	0.00%	0.00%	0.78%	0.00%	0.78%	0.00%	0.00%	0.78%	0.00%	3.88%	34.11%
	Distocia variedad presentación	0	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	7
		0.00%	0.78%	0.78%	3.88%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	5.43%
	Embarazo doble	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	6
		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	4.65%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	4.65%
	Presentación pélvica	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	16
		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	12.40%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	12.40%
Situación transversa	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	6	
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	4.65%	0.00%	0.00%	0.00%	4.65%	
SFA	1	1	0	0	2	0	1	0	0	16	29	0	50	
	0.78%	0.78%	0.00%	0.00%	1.55%	0.00%	0.78%	0.00%	0.00%	12.40%	22.48%	0.00%	38.76%	
Total	1	38	1	5	3	6	2	16	6	17	29	5	129	
	0.78%	29.46%	0.78%	3.88%	2.33%	4.65%	1.55%	12.40%	4.65%	13.18%	22.48%	3.88%	100.00%	
		Valor			gl			P						
		X ²			607,371			55			0.0000			
		Valor		Error típ. Asint		T aprox		p						
Kappa		0.5874		0.0460		16.734		0.0000						

n: 129 UA

FUENTE: Historias del hospital Apoyo Camaná.

“Concordancia de los diagnósticos pre y postoperatorios de la operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná MINSA 2013”

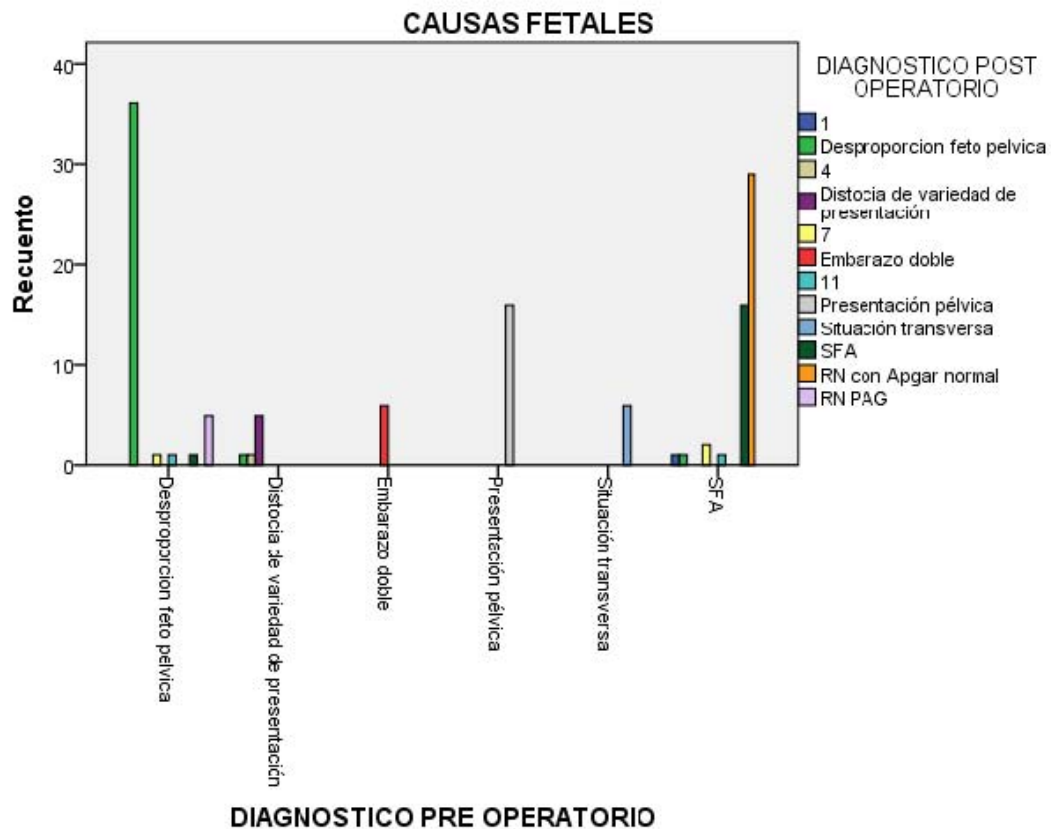


GRAFICO 06. CONCORDANCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS PRE Y POST OPERATORIOS DE CESÁREAS POR CAUSAS FETALES.

En la tabla y gráfico 06; el diagnóstico pre y post operatorio de la operación cesárea por causas fetales fue de mayor proporción el de desproporción feto pélvica 27.91 % (con 26 acuerdos); y el de menor proporción fue distocia de variedad de posición 3.88% (5 acuerdos).

Los diagnósticos pre y post operatorios observaron independencia ($p \leq 0.05$). El coeficiente Kappa de Cohen fue 0.5874; el acuerdo fue un MODERADO.

“Concordancia de los diagnósticos pre y postoperatorios de la operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná MINSA 2013”

TABLA 07. CÁLCULO DEL ÍNDICE DE CONCORDANCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS PRE Y POST OPERATORIOS DE CESÁREAS POR CAUSAS OVULARES.

		DIAGNOSTICO POST OPERATORIO				Total
		DFP	Distocia funicular	Oligoamnios	RPM	
DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO	Distocia funicular	0 0.00%	12 52.17%	0 0.00%	0 0.00%	12 52.17%
	Oligoamnios	2 8.70%	0 0.00%	5 21.74%	0 0.00%	7 30.43%
	RPM	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	4 17.39%	4 17.39%
	Total	2 8.70%	12 52.17%	5 21.74%	4 17.39%	23 100.00%

	Valor	gl	P
χ^2	46,000 ^a	6	0,0000

	Valor	Error típ. Asint	T aprox	p
Kappa	0.8620	0.0870	6,234	0.0000

n: 23 UA

FUENTE: Historias del hospital Apoyo Camaná.

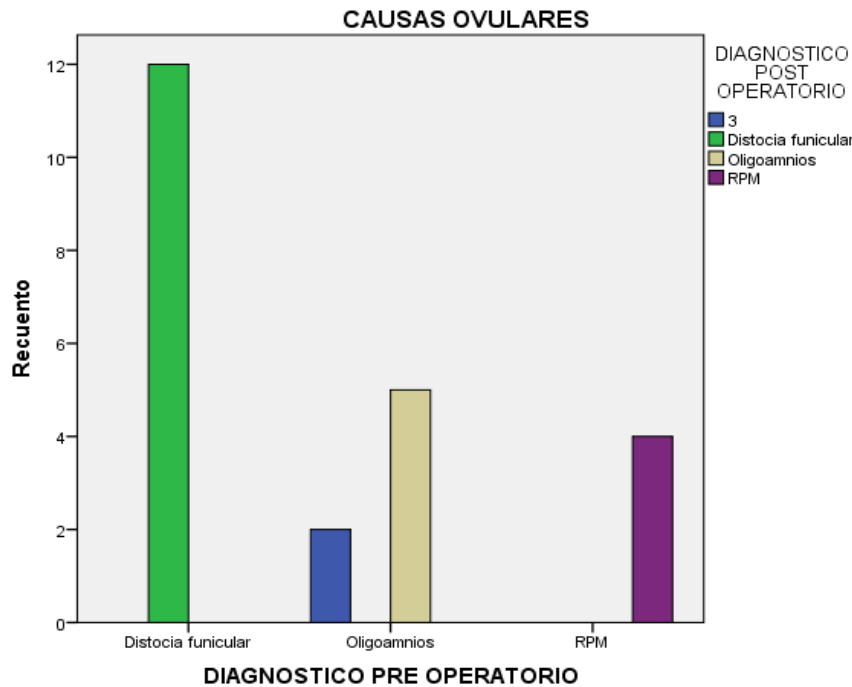


GRAFICO 07. CONCORDANCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS PRE Y POST OPERATORIOS DE CESÁREAS POR CAUSAS OVULARES.

En la tabla 07, se observa que el diagnóstico pre y post operatorio de la operación cesárea, tuvo mayor porcentaje fue distocia funicular, luego Oligoamnios y el menor fue RPM 17.39 (04 acuerdos).

Las observaciones y diagnóstico pre y post operatorios; fueron independiente ($p \leq 0.05$). El coeficiente de concordancia Kappa de Cohen fue 0.8620 fue un acuerdo MUY BUENO o CASI PERFECTO.



“Concordancia de los diagnósticos pre y postoperatorios de la operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná MINSA 2013”

TABLA 08. FRECUENCIAS DE LOS DIAGNÓSTICOS PRE Y POST OPERATORIOS E INDICE DE CONCORDANCIA GENERAL.

DIAGNOSTICO	Pre operatorio		Post operatorio	
	n	%	n	%
Cesareada anterior	66	21.57	67	21.90
Sufrimiento fetal agudo	50	16.34	18	5.88
Desproporción feto pélvica	44	14.38	47	15.36
Distocia de partes blandas	22	7.19	14	4.58
Embarazo prolongado	16	5.23	15	4.90
Presentación pélvica	16	5.23	16	5.23
Distocia de canal de parto	15	4.90	16	5.23
Distocia funicular	12	3.92	16	5.23
PIG corto	10	3.27	10	3.27
Desorden Hipertensivo	9	2.94	9	2.94
Gestante añosa	9	2.94	9	2.94
Distocia de variedad de Presentación	7	2.29	5	1.63
Oligoamnios	7	2.29	7	2.29
Talla baja materna	7	2.29	7	2.29
Embarazo doble	6	1.96	6	1.96
Situación transversa	6	1.96	6	1.96
RPM	4	1.31	4	1.31
RN Apgar normal			29	9.48
RN peso adecuado			5	1.63
total	306	100.00	306	100.00

	Valor	gl	P
χ^2	4,331,690	288	0.0000

CAUSAS	Kappa	Error típ. Asint	T aprox	p	n
C. MATERNAS	0.9242	0.0240	25.9370	0.0000	154
C. FETALES	0.5874	0.0460	16.7340	0.0000	129
C. OVULARES	0.8620	0.0870	6.3400	0.0000	23
CONCORDANCIA GENERAL	0.8009	0.0239	45.9160	0.0000	306

n: 306 UA

FUENTE: Historias del hospital Apoyo Camaná.

En la tabla 08; se muestran las frecuencias de los diagnóstico pre y post operatorios de la operación cesárea, por causas maternas, fetales y ovulares. En los diagnósticos preoperatorios, los diagnósticos que mostraron mayor frecuencia fueron: Cesareada

anterior con 21.57% (66 veces), Sufrimiento fetal agudo con 16.34% (50 veces) y desproporción feto pélvica con 14.38% (44 veces); y el de menor frecuencia fue RPM con 1.31% (4 veces).

En los diagnósticos post operatorios, los diagnósticos con mayor frecuencia fueron: cesareada anterior con 21.90% (67 veces), desproporción feto pélvica con 15.36% (47 veces) y RN con Apgar normal con 9.48% (29 veces); y el de menor frecuencia fue RPM con 1.31% (4)

El valor crítico de Chi cuadrado fue 4,331.69 ($p \leq 0.05$); nos indica que en la totalidad de Diagnostico pre y postoperatorios de la investigación hubo independencia.

El valor del coeficiente Kappa de Cohen fue de 0.8009, según Landis y Koch (1977)(24) fue CONSIDERABLE O BUENO. El valor de T aproximado (45.9160), corresponde al valor estandarizado, que resulta de la aplicación teórica del coeficiente de concordancia en una población de distribución normal. El valor $p \leq 0.05$ nos indica que no existen acuerdos nulos (no todos los acuerdos fueron iguales, existieron diferencias estadísticamente significativas en los acuerdos de los diagnósticos pre y post operatorios).

*“Concordancia de los diagnósticos pre y postoperatorios de la operación cesárea en el
Hospital de Apoyo Camaná MINSA 2013”*

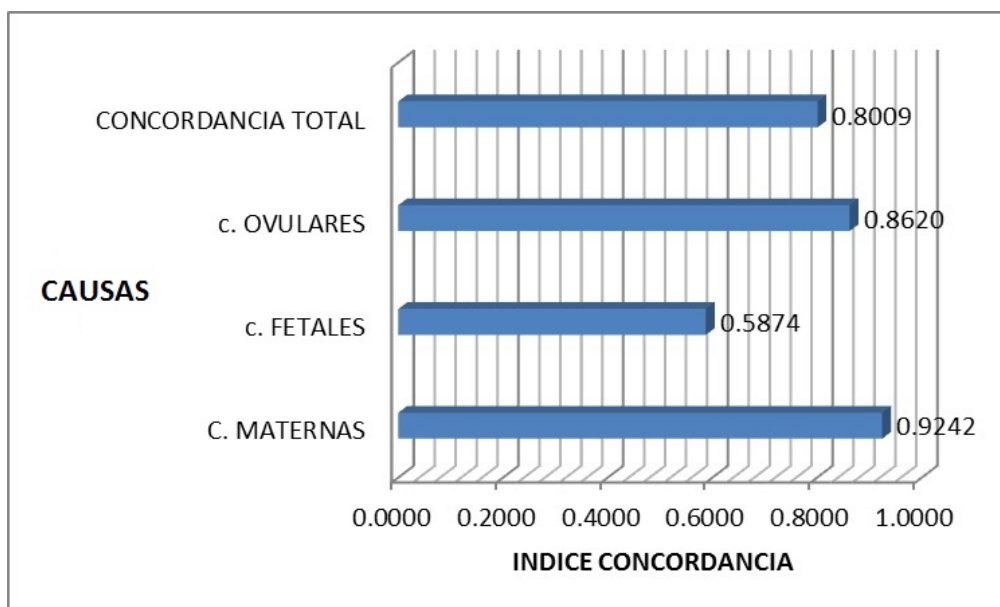


GRAFICO 08. INDICE DE CONCORDANCIA POR CAUSAS MATERNAS, FETALES Y OVULARES Y EL INDICE TOTAL.

El gráfico 08 nos ilustra sobre los valores de los coeficientes Kappa de Cohen. El mayor valor de acuerdos se observa para las causas Materna, seguido de los diagnósticos pre y pos operatorios de causa ovular, Luego la concordancia total y finalmente el menor valor de coeficiente fue para los diagnóstico de causa fetal



El objetivo del presente estudio fue establecer la concordancia existente entre los diagnósticos pre y postoperatorio de la operación cesárea que se realizaron en el Hospital de Apoyo Camaná, perteneciente al Ministerio de Salud, durante el año 2013.

Para tal fin se realizó la revisión de Historias Clínicas del Hospital de Apoyo de Camaná, previa autorización de parte de la dirección, Se revisaron 225 historias clínicas, de un total de 322, que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

En la tabla 01 y gráfico 01 se muestra la frecuencia o prevalencia de cesáreas durante el año 2013 en el servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná fue del 32.26%. En comparación con el informe de la ENDES del año 2012, realizada por el INEI, se observa que en relación al porcentaje de cesáreas a nivel nacional, que es de 25.3% (22) en nuestro estudio se encontró un porcentaje mucho mayor, pero al mismo tiempo, encontramos que esta cifra es similar a la tasa que se obtuvo en el mismo documento a nivel de la región Arequipa que representa el 35.3% (22). Del mismo modo en un estudio realizado en la Ciudad de Lima y publicado en la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública en el año 2010 obtuvo un valor de $36,9\% \pm 9,1\%$, (17). Así mismo en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna se obtuvo un valor de 32.95% (18). De esta manera obtenemos una similitud entre las cifras obtenidas en diversos estudios realizados en el país y la cifra que obtuvimos en el presente estudio, pero este valor resulta elevado si es comparado con el que se obtuvo en un estudio realizado en Hospitales Españoles, que fue de 25.4% (19), En otro estudio se encontró que la tasa estimada de cesáreas en el mundo fue de 15%, así mismo en Europa, la tasa promedio de cesáreas fue de 19,0%, mientras que en Latinoamérica 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%) (1). Podemos indicar que la tasa obtenida en nuestro estudio se encuentra a la par con lo que se observa en el país y en otros países de la región, de todas maneras el valor obtenido es elevado en relación a documentos de la OMS quien establece que la tasa no debe exceder del 15%, ya que cifras superiores indicarían una calidad de atención obstétrica deficiente (1). Como vemos nos encontramos muy por encima de la cifra que establece la OMS, esto podría deberse a la falta de medios auxiliares de diagnóstico que permitan realizar de manera más exacta el diagnóstico que desencadene en la realización de una cesárea.

En la tabla 02 y gráfico 02, muestran las frecuencias de edad de parturientas que ingresaron por el servicio de emergencia y que luego fueron sometidas a intervención quirúrgica de cesárea segmentaria. La mayor frecuencia se observó en el grupo etario de 20 a 29 años 56,44% (127 casos). Mientras que el menor grupo se encontró en el grupo etario de 40 a 49 años, 5,78% (13 casos) en comparamos nuestros resultados con los obtenidos en un estudio realizado en República Dominicana, donde obtuvieron que la mayor frecuencia de cesáreas se observó en el grupo etario de 13 a 18 años 49,3% (23).

La edad promedio fue de 26.59 ± 6.43 años, que comparado con el promedio obtenido en un estudio realizado en el Centro de Salud Pedro P. Díaz de la Universidad Nacional de San Agustín de la ciudad de Arequipa que fue igual a 27,5 (21), resulta casi similar, esto se podría deber a que la mayor parte de embarazos se encuentra en este grupo etario y en consecuencia encontramos un mayor número de cesáreas también.

En la tabla 03 y el gráfico 03, nos muestra que las gestantes sometidas a la operación cesárea, la condición de ama de casa es la más frecuente, representando un 73,78 % del total, probablemente esto sea debido al tipo de población a la que brinda cobertura el Hospital de Camaná, donde la mayoría de mujeres se dedican al hogar, mientras que los

hombres son los que trabajan, así mismo encontramos que solo el 18.67% de las pacientes poseen un empleo o trabajo, ya sea de manera independiente o empleados de diversas entidades, también se obtuvo que tan solo el 7.56% (17 casos) del total de casos eran pacientes que se encontraban realizando estudios, ya sea en Colegios, institutos o Universidades; las nulíparas predominaron representando el 41.33%, una cifra baja en comparación con la obtenida en un estudio realizado en el Centro de Salud Pedro P. Díaz de la Universidad Nacional de San Agustín de la ciudad de Arequipa en el que las nulíparas representaron el 66.15% (21) y la edad gestacional en que fueron programadas para operación cesárea fue el rango de 35 a 39 semanas, obteniéndose un 62.22%

Las principales características de los recién nacidos de madres que fueron intervenidas por cesárea, fueron; la edad al nacer, según el test de Usher, más frecuente se encontró en el rango de 40 a más semanas con un 49.78%, seguido muy de cerca de las encontradas en el rango de 35 a 39 semanas con un 49.33%, y solo 2 casos que se encontraron en el grupo etario de 30 a 34 semanas que representan el 0.89% del total, lo que indicaría que las cesáreas se realizaron de manera correcta en cuanto a una edad gestacional adecuada para la terminación del embarazo, esto podría compararse con lo encontrado en el año 2012 en un estudio realizado en el mismo hospital, donde se observó que el 4,17% de partos por cesárea fueron en pretérminos (16); el peso del recién nacido que se distribuyó con mayor frecuencia fue de 3,500 a 4,440 gramos y la valoración del Apgar al minuto y cinco minutos, todos fueron satisfactorios.

En la tabla 05 y grafico 05, se aprecian las frecuencias y porcentajes de acuerdos que hubo entre los diagnósticos pre y post operatorios de cesáreas que se dieron por causa materna. La mayor proporción de acuerdos que se observó en los diagnósticos pre y

post operatorios en este caso fue para el diagnóstico de cesareada anterior 42.86% (66 acuerdos), luego el diagnóstico distocia de canal del parto y embarazo prolongado 9.74% (15 acuerdo); la menor proporción de acuerdos se observó en los diagnósticas talla baja 4.55% (7 acuerdos). A partir de esto se puede inferir que la mayoría de gestantes que fueron sometidas a cesárea por una causa materna tuvieron el diagnóstico de Cesareada anterior y que indudablemente se corrobora en el Post operatorio

.La prueba de Chi cuadrado de independencia de Pearson que se realizó en esta tabla nos dio un valor de ($p \leq 0.05$); esto nos indica que las observaciones en los diagnósticos pre y post operatorio son independientes.

El coeficiente Kappa de Cohen; tiene un valor 0.9242; que según Landis y Koch (1977)(24) valores entre 0.8 y 1.0 reflejan un acuerdo MUY BUENO o CASI PERFECTO entre los diagnóstico pre y post operatorios de la operación cesárea por causas maternas. En un estudio realizado en el Centro de Salud Pedro P. Díaz en Arequipa, se encontró una concordancia perfecta con un valor del coeficiente de Kappa de Cohen de 1 o 100% (21) que comparado con lo encontrado en nuestro estudio observamos mucha similitud.

En la tabla 06 y grafico 06; se representa la concordancia entre los diagnósticos pre y post operatorio de la operación cesárea por causas fetales. Se obtuvo que la mayor proporción de acuerdos fue para el diagnóstico de desproporción feto pélvica con un 27.91 % (26 acuerdos); y el de menor proporción fue distocia de variedad de posición 3.88% (5 acuerdos).

Los diagnósticos pre y post operatorios mostraron independencia al haber obtenido un valor ($p \leq 0.05$) después de realizar la prueba de Chi cuadrado de independencia de Pearson

El coeficiente Kappa de Cohen que se obtuvo para la concordancia de diagnósticos de indicación fetal fue 0.5874; lo que nos indica que tuvieron una concordancia de fuerza MODERADA (24) que es baja en comparación con lo obtenido en un estudio en Arequipa que muestra un Kappa de Cohen de 0.9800 (concordancia 98%) para las causas fetales (21) esto podría sugerirnos que no se está realizando un buen diagnóstico en lo que respecta a Indicaciones de origen fetal, o tal vez que en el Hospital donde realizamos el estudio no se cuenta con las herramientas necesarias que permiten un mejor diagnóstico.

En la tabla 07, se observó que el diagnóstico pre y post operatorio de origen ovular que obtuvo mayor proporción de acuerdos fue distocia funicular con 52.17% (12 acuerdos), luego Oligoamnios con 21.74% (5 acuerdos) y el menor fue RPM con 17.39% (04 acuerdos).

Así mismo las observaciones y diagnósticos pre y post operatorios; fueron independiente ($p \leq 0.05$). El coeficiente de concordancia Kappa de Cohen que se obtuvo para las causas ovulares fue 0.8620 reflejando que hubo un grado de acuerdo MUY BUENO o CASI PERFECTO, según lo establecido por Landis y Koch (24) Sin duda una calificación elevada si la comparamos con lo que se obtuvo en un estudio el año 2009 en Arequipa, donde el coeficiente de concordancia fue 0.7292 (CONSIDERABLE o BUENO) (21)

En la tabla 08; se presentan las frecuencias que se obtuvieron de los diagnóstico pre y post operatorios de la operación cesárea En los diagnósticos preoperatorios, los diagnósticos que mostraron mayor frecuencia fueron: Cesareada anterior con 21.57% (66 veces), Sufrimiento fetal agudo con 16.34% (50 veces) y desproporción feto pélvica con 14.38% (44 veces); y el de menor frecuencia fue RPM con 1.31% (4 veces). Si comparamos nuestros resultados con los obtenidos en un estudio realizado en la ciudad de Tacna que mostraron como indicación o Diagnósticos preoperatorios más frecuente a la desproporción feto-pélvica (40,81%), seguida de sufrimiento fetal (15,92%) y , cesárea anterior 11,81% (18), observamos que los 3 diagnóstico se repiten como los más frecuentes pero no en el mismo orden de frecuencia, mientras que en nuestro estudio el diagnóstico de cesárea anterior ocupa el primer lugar, en el estudio ya mencionado este se encuentra en tercer lugar, lo que podría deberse tal vez a un mayor número de mujeres sometidas a Cesáreas en el Hospital de Camaná o quizás a que se evita enormemente que las gestantes con una cesárea previa sean sometidas a trabajo de parto. También se pueden comparar los resultados obtenidos en nuestra tesis con los obtenidos a nivel internacional, en un estudio realizado en diversos hospitales Mexicanos, donde se obtuvo como indicación o Diagnostico preoperatorio más frecuente a la Cesárea anterior o iterativa con un 22.5% del total y en segundo lugar a la desproporción feto pélvica con un 16.9%, mientras que el Sufrimiento fetal agudo ocupa el quinto lugar con 6% (20). En este caso si se observa una coincidencia en lo que respecta al diagnóstico de Cesárea anterior como más frecuente y con un porcentaje muy similar (21.57% y 22.5% respectivamente), así mismo la similitud entre los diagnósticos de Desproporción feto pélvica es resaltante si comparamos la frecuencia obtenida en nuestro estudio y el estudio realizado en México (14.38% y 16.9% respectivamente)

En cuanto a los diagnósticos post operatorios, se encontró que los diagnósticos con mayor frecuencia fueron: cesareada anterior con 21.90% (67 veces), desproporción feto pélvica con 15.36% (47 veces) y RN con Apgar normal con 9.48% (29 veces). Se observó que el diagnóstico de Cesárea anterior prácticamente mantiene la misma frecuencia tanto en el pre y en el post operatorio al igual que el diagnóstico de desproporción feto pélvica, mientras que el diagnóstico de Sufrimiento fetal agudo disminuye considerablemente de 16.34% en el pre operatorio a 5.88% en el post operatorio, dando paso al diagnóstico post operatorio de RN con Apgar normal como el tercero más importante con un 9.48%, lo que podría interpretarse como que muchos de los diagnósticos de Sufrimiento fetal agudo en el preoperatorio están errados ya que en el post operatorio se obtiene un producto con buen Apgar y sin signos de sufrimiento fetal agudo.

El valor crítico de Chi cuadrado que se obtuvo al cruzar la totalidad de datos fue 4,331.69 ($p \leq 0.05$); lo que nos indica que en la totalidad de Diagnóstico pre y postoperatorios de la investigación hubo independencia.

El valor del coeficiente Kappa de Cohen para todos los diagnósticos en general fue de 0.8009, interpretándose esto como un grado de concordancia o acuerdo fue de CONSIDERABLE O BUENO según Landis y Koch (24) pudiendo compararse con lo concluido en el estudio realizado en el Centro de Salud Pedro P. Díaz en el año 2009, donde mencionan que la concordancia o coincidencia en general fue CASI COMPLETA, pero esto se torna subjetivo al no ofrecer un coeficiente de concordancia que permita hacer una comparación objetiva entre nuestro estudio y el ya mencionado.



CAPITULO IV

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera: La concordancia entre los diagnósticos pre y post operatorio de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Camaná fue CONSIDERABLE o BUENA

Segunda: La edad materna promedio de 26.59 años; la ocupación de ama de casa como la que predominó; la nulíparidad; el rango de 35 a 39 semanas según FUR como edad gestacional más frecuente en el que fueron sometidas a cesárea; el rango de 40 a más semanas según el test de Usher como edad del recién nacido más frecuente y el peso del recién nacido más frecuente distribuido entre 3,500 a 4400 gramos fueron las principales características maternas y del recién nacido de las Cesáreas en el Hospital de Apoyo Camaná

Tercera: La frecuencia de cesáreas realizadas en el Hospital de Apoyo Camaná. Durante el año 2013 fue 32.26%

Cuarta: El diagnóstico de Cesareada Anterior fue el más frecuente, tanto en el pre como en el post operatorio en las Cesáreas realizadas en el Hospital de Apoyo Camaná.

Quinta: En las cesáreas del Hospital de Apoyo Camaná durante el 2013, la concordancia entre los diagnósticos pre y post operatorios de causas maternas fue MUY BUENO o CASI PERFECTO; entre los diagnósticos de causas fetales fue MODERADA y entre los diagnósticos de causas ovulares fue MUY BUENO o CASI PERFECTO .

RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

Primera. Analizar la concordancia entre los diagnósticos de ingreso y el de alta en todos los servicios del Hospital de Apoyo Camaná MINSA.

Segunda. Realizar el estudio en los servicios quirúrgicos de hospitales de mayor tamaño y complejidad

Tercera: Realizar capacitación constante del personal responsable del diagnóstico y realización de Cesáreas

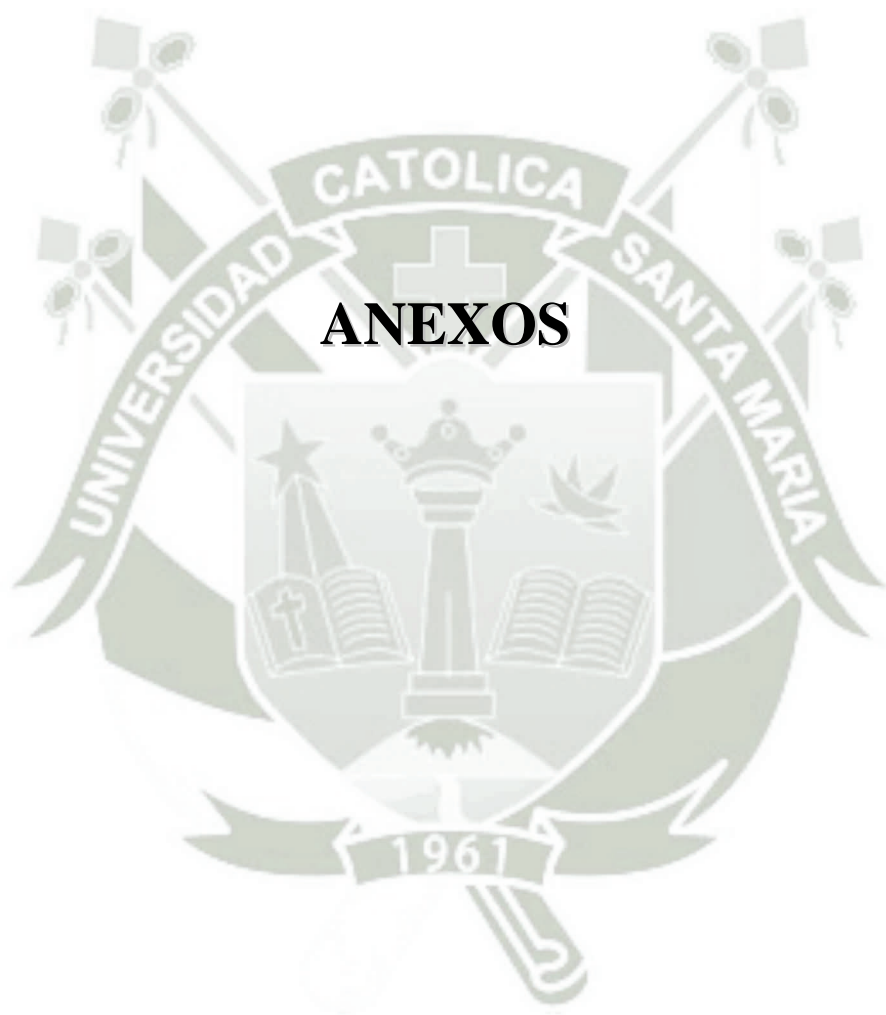
Cuarta: Hacer llegar el informe de la investigación a las autoridades del Hospital de Apoyo Camaná y a las autoridades del Ministerio de Salud para su análisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, et al. Las tasas de cesárea: análisis de las estimaciones mundiales, regionales y nacionales. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007; 21:98.
2. Ronsmans C, Holtz S, C. Stanton diferencias socioeconómicas en las tasas de cesáreas en los países en desarrollo: un análisis retrospectivo. *Lancet* 2006; 368:1516.
3. Tang S, Li X, Wu Z. El aumento tasa de cesárea en mujeres primíparas en la China urbana: evidencia a partir de tres encuestas nacionales de salud del hogar. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:1527.
4. Zhang J, Liu Y, Meikle S, et al. El parto por cesárea a pedido materno en el sureste de China. *Obstet Gynecol* 2008; 111:1077.
5. Leone T, Padmadas SS, Matthews Z. Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries. *Soc Sci Med.* 2008; 67(8): 1236-46.
6. McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J. Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth.* 2007; 34(1): 65-79.
7. Duckworth S. Should maternal choice be an indication for caesarean section? *Int J Surg.* 2008; 6(4): 277-80.
8. Gonzalo A, Maris S. Incidencia y principales indicaciones de cesáreas. *Revista de posgrado de la Vía Catedra de medicina* 2004; 135: 1-6.

9. Cunningham F. (Ed). Chapter 25. Cesarean Delivery and Postpartum hysterectomy. Williams Obstetrics. 22th edition. McGraw-Hill, 2007.
10. Mena P. Operación cesárea. En: Perez-Sanchez A, Donoso-Siña E. Perez Sánchez – Obstetricia. 3ª ed. Santiago-Chile: Mediterráneo; 2001; 27: 290-300
11. Uzcategui U, Ofelia. Estado actual de la Cesárea. Gac Méd Caracas., oct. 2008, vol.116, no.4, p.280-286.
12. Del Castillo I F. “Cesáreas injustificadas. Una constelación de causas”. Revista “Medicinas Complementarias”. Ediciones Granica. 2006.
13. Rigol R O. Obstetricia y Ginecología. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
14. Sardiñas RA. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. Ginecol Obstet Mex. 2005;73:155-159.
15. Vanina G, Sampor CV, Storni MP, Pardo P L. Incidencia y principales indicaciones de cesarea. Rev Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2005; 150:9-23.
16. Espinoza Chama P. Frecuencia de algunos factores de riesgo asociados a vías de parto en adolescentes tardías en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, 2007-2011. Trabajo de tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2013.
17. Quispe A, Santivañez A, Leyton-Valencia I, Pomasunco D. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1): 45-50.

18. Calapuja L. Estudio comparativo de la incidencia, indicaciones y morbi-mortalidad materno-neonatal de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna entre los quinquenios 200-2004 y 2005-2009. Tesis presentada para optar el título profesional de Médico Cirujano. Tacna Perú 2010
19. Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. Gaceta Sanitaria, 2012; 27 (3):258-262
20. Muñoz-Enciso J, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, Serrano-Díaz C. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Ginecol Obstet Mex 2011;79(2):67-74
21. Juárez Crivillero V. Concordancia entre los diagnósticos pre y post-operatorios en pacientes sometidos a Cesárea segmentaria en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Pedro P. Díaz de la UNSA de Arequipa. Enero – Diciembre 2007. Trabajo de tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2009
22. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012
23. Llerenlis Crispin, Sorangie Pinales, Avigail Brito, Greysi Stevens, Ercilia Cabrera. Incidencia e indicaciones principales de cesáreas en el Hospital Nuestra Señora laaltagracia, higuey. Rev Med Dom 2010; 71(1) 39-41
24. Jaime cerda l.¹, luis villarroel del p. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de kappa. Rev Chil Pediatr 2008; 79 (1): 54-58





PRIMER ANEXO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Concordancia de los diagnósticos pre y post operatorios de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Camaná MINSA 2013”

Autor:

FÉLIX ARTURO FLORES CHOQUE

Proyecto de Tesis para Optar el Título de
Médico-Cirujano.

**Arequipa - Perú
2014**

PREÁMBULO

La intervención cesárea es una estrategia quirúrgica para mejorar la salud de la madre y el niño, sin embargo, el incremento de las cesáreas en los últimos años no se ha acompañado de una esperada disminución de la morbimortalidad materna y perinatal.

Esto se debe a que la cesárea se puede acompañar de mayores riesgos y complicaciones, tanto en el neonato como en la madre por el riesgo que supone una intervención quirúrgica en una gestante; por lo tanto, cuando la cesárea es indicada por decisión materna o por conveniencia del médico o la institución de salud, los resultados pueden distar mucho de ser satisfactorios, porque puede tenerse un parto sin dolor y rápido, pero no exento de riesgos y de aumento de costos por la atención de salud.

En el Perú según ENDES 2002 la tasa de cesáreas llegó al 16%, y en el Hospital de Apoyo Camaná en el periodo 2007-2011 se encontró que el 25% de partos termina en cesárea. Así, este procedimiento lleva a discusiones respecto a sus indicaciones, técnica quirúrgica, complicaciones y costos. Debemos señalar que la OMS establece que la tasa no debe exceder del 15%, cifras superiores indican calidad de atención obstétrica deficiente.

Por lo tanto se hace necesario analizar los motivos del incremento de la cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná. Se ha observado que los diagnósticos preoperatorios a veces no se relacionan con los hallazgos intra operatorios, lo que hace pensar que muchas indicaciones preoperatorias no son reales. Esta observación hizo que se plantee la presente investigación, cuyos resultados son importantes para diseñar estrategias y lograr una mejor calidad de atención en la paciente embarazada.

I. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

Concordancia entre los diagnósticos pre y postoperatorio de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Camaná MINSA. 2013

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Gineco-Obstetricia
- Línea: Cesárea. Diagnósticos pre y post Operatorio. Concordancia.

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
V1: DIAGNOSITO PRE OPERATORIO	Certeza del diagnostico	Positivo / Negativo	Nominal
V2: DIAGNOSTICO POST OPERATORIO	Certeza del diagnostico	Positivo / Negativo	Nominal
VARIABLES INTERVINIENTES			
EDAD MATERNA	Tiempo de vida	años	Continua
EDAD GESTACIÓN	Tiempo de gestación	semanas	Continua
PARIDAD	Nº de hijos	Nulípara Primípara Múltipara Gran múltipara	Ordinal
OCUPACIÓN	Actividades realizadas	Ama de casa Trabajo	Continua
PESO RN	Peso al nacer	gramos	Continua
VALORACION APGAR	Al minuto A cinco minutos	Satisfactorio No satisfactorio	Nominal
FRECUENCIA DE OPERACIÓN CESÁREA	Número de cesáreas realizadas en un periodo de tiempo	Número / año	
DIAGNOSTICOS PRE Y POST OPERATORIOS DE LA CESÁREA.	Frecuencia	Número	Discreta

c) **Interrogantes básicas**

1. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas realizadas en el Hospital de Apoyo Camaná 2013?
2. ¿Qué concordancia existe entre los diagnósticos pre y post operatorio de la operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná 2013?
3. ¿Cómo son las características maternas, del recién nacido y la operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná 2013?
4. ¿Cuál es la frecuencia de los diagnósticos pre y post operatorios de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Camaná 2013?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio documental

e) **Diseño de investigación:** Es un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal.

1.3. **Justificación del problema**

Originalidad: aunque existen diversos estudios sobre la cesárea, son pocos los realizados en el Hospital de Apoyo Camaná, y ninguno ha abordado la concordancia diagnóstica para verificar que la indicación fue adecuada.

Relevancia científica: se pone en evidencia la aplicación de indicaciones médicas basadas en evidencias para la toma de decisión de terminación del parto por cesárea.

Relevancia práctica: permitirá conocer el porcentaje de cesáreas que son adecuadamente indicadas y la capacidad de predecir problemas que requieran de una operación cesárea.

Relevancia social: al ser la tasa de cesáreas un indicador de calidad hospitalaria, se mejorará la calidad de atención al recomendar la realización

de cesáreas por la indicación correcta.

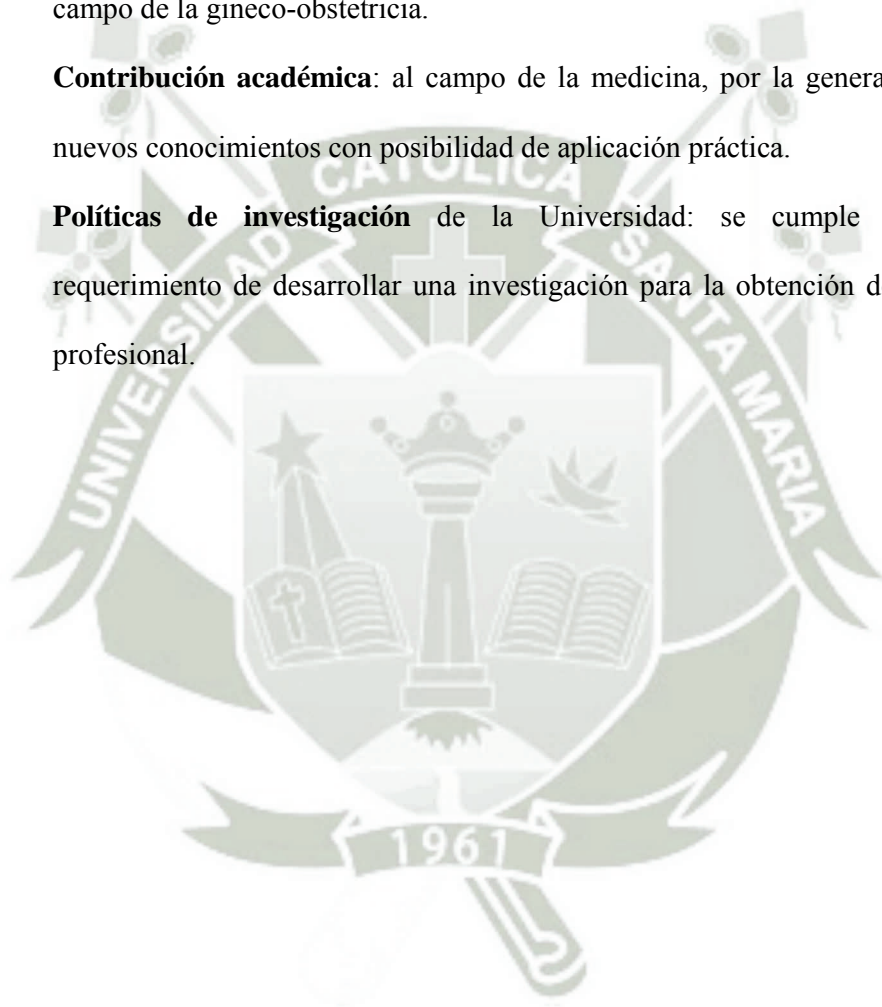
Contemporaneidad: la vigilancia de la calidad de atención en los servicios de salud es una preocupación constante, más aún en la cirugía obstétrica.

Factibilidad: Se cuenta con registros completos y actualizados de la indicación cesárea y los informes postoperatorios.

Motivación personal: Por la posibilidad de realizar una investigación en el campo de la gineco-obstetricia.

Contribución académica: al campo de la medicina, por la generación de nuevos conocimientos con posibilidad de aplicación práctica.

Políticas de investigación de la Universidad: se cumple con el requerimiento de desarrollar una investigación para la obtención del título profesional.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Cesárea

2.1.1. Definición

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que permite extraer artificialmente al feto y membranas a través de un corte en la cavidad abdominal y uterina. Esta operación se remonta a varios siglos atrás y ha alcanzado gran importancia en las diferentes culturas del hombre, ya que desde épocas antiguas ha existido la preocupación por parte del hombre de su nacimiento y preservación de la especie.

2.1.2. Frecuencia

La cesárea es la intervención quirúrgica obstétrica cuya tasa en la actualidad tiene una fuerte tendencia al alza, en EEUU en el 2003 fue del 27,6% y en el 2008 represento el 32,3%, la tasa más alta registrada en este país, la tasa de cesáreas en todo el mundo es del 15% de los nacimientos. Además de los EE.UU; México, Brasil e Italia tienen la tasa más alta (más del 35%) y África tiene el más bajo (menos de 5%). En Brasil, el 10% de la clase alta de las mujeres, tienen una tasa de cesáreas del 77%. La tasa de cesárea en China tiene un rango de 20 a 60 por ciento, dependiendo de si el hospital es rural o urbano. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en una encuesta de 122 instalaciones en nueve países de Asia encontró que la tasa global de cesáreas fue del 27,3%. Una encuesta de la OMS similar de ocho países de América Latina observó una tasa global de parto por cesárea fue del 35,4%.

El Perú no escapa a esta tendencia y la tasa se ha ido incrementando desde cifras menores al 2% a inicios de la década del 50 hasta cifras mayores al 30% a principios de la década de los 90, siendo la primera causa de morbilidad post operatoria la infección desde aquel entonces hasta la actualidad.

En el Perú según ENDES 2002 la tasa de cesáreas llega al 16%. Así este procedimiento lleva a discusiones respecto a sus indicaciones, técnica quirúrgica, complicaciones y costos. Debemos señalar que la OMS establece que la tasa no debe exceder del 15%, cifras superiores indican calidad de atención obstétrica deficiente.

2.1.3. Tipos de cesárea

Se puede clasificar a las cesáreas según su premura

a) **Categoría 1. Cesárea urgente de realización inmediata:** son aquellas situaciones obstétricas en que por existir una grave amenaza para la salud de la madre o del feto, requieren una intervención quirúrgica inmediata y sin demora.

- Grave estado general materno de cualquier índole.
- Sospecha de rotura uterina.
- Hemorragia intensa.
- Desprendimiento precoz de placenta.
- Prolapso.
- Pérdida grave del bienestar fetal ante parto e intra parto.

b) **Categoría 2. Cesárea urgente de realización no inmediata:** existe un riesgo insoslayable, que se va ir potenciando a medida que el tiempo pasa. La indicación de la cesárea obliga a una intervención quirúrgica en un tiempo juicioso y breve para evitar el deterioro progresivo de la salud materna o fetal.

- Distocia (parto estacionado, anomalías de posición y actitudes fetales, desproporción pélvico-cefálica y trastornos del descenso fetal).
- Fracaso de la inducción.
- Situación transversa.
- Presentación podálica.

- Prematuridad extrema.
- Tumor previo.
- Presentación en deflexión (frente, cara).
- Pérdida del bienestar fetal menos grave (CIR, Acidosis leve... etc.).

c) Categoría 3. Cesárea no urgente (programada) que se pone de parto antes

de la fecha prevista para su realización: No hay motivo de urgencia pero el adelantamiento imprevisto obliga, si persiste la indicación, a realizarla en cuestión de horas, siempre dentro de la misma fecha o jornada de trabajo en que ingresa la paciente.

d) Categoría 4. Cesárea programada: No hay ningún tipo de urgencia. Esta categoría lo componen todas aquellas pacientes a quienes se les ha programado una cesárea y el parto no se desencadena antes de la fecha prevista.

- Placenta previa oclusiva o tumor previo.
- Presentación anómala (nalgas).
- Situación transversa persistente.
- Cesárea anterior con cicatriz no segmentaria.
- Cesárea iterativa.
- Embarazo múltiple (situaciones y presentaciones anómalas en el primer gemelo, gemelo en presentación no cefálica y gestación menor de 32 semanas, gemelos mono amnióticos y gemelos unidos).
- Restricción de crecimiento intrauterino.
- Sospecha de desproporción céfalo-pélvica.
- Algunas malformaciones fetales.
- Macrosomía.
- Infecciones maternas.

- Cesáreas acordadas o consensuadas.

Una variante, aun minoritaria, de la cesárea programada es la denominada cesárea a demanda.

- Por miedo al dolor o miedo a parir.
- Por temor a complicaciones maternas durante el parto.
- Por temor a complicaciones después del parto.
- Por temor a complicaciones fetales.
- Por miedo al fórceps u otros instrumentos obstétricos.
- Por el antecedente de una experiencia obstétrica negativa.
- Porque dicen estar en su derecho de elegir el tipo de parto.
- Por comodidad y conveniencia socio-familiar o personal.

2.1.4. Clasificación según la indicación de la operación cesárea

Algunos autores las clasifican en: absolutas y relativas. Entre las indicaciones absolutas están: sufrimiento fetal, desproporción feto pélvica, desprendimiento prematuro de placenta severo, placenta previa sangrando u oclusiva, prolapso del cordón, la inminencia de rotura uterina, rotura uterina, la presentación pelviana en el feto único al término de la gestación. Son casos en los cuales la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto. Las indicaciones relativas son aquellas en que se elige la cesárea como la mejor alternativa en circunstancia en que se plantea también otra opción. Entre las indicaciones relativas tenemos: trastorno hipertensivos del embarazo, distocias de rotación, detención de la dilatación y descenso de la cabeza, fracaso de inducción, cesáreo previo y podálico, aunque estas últimas pasaron prácticamente a ser absolutas.

Últimamente, se han agregado las opcionales en las cuales el médico elige antes de que la paciente entre en trabajo de parto o al comienzo del mismo la conducta a

seguir. Entre las principales tenemos, para esterilización, por solicitud de la madre (complacencia), comodidad del médico, honorarios más altos, el costo es mayor al del parto vaginal.

Las indicaciones de las cesáreas son prácticamente las mismas en todos los lugares, lo que varía es el orden en que se utilizan en los diversos hospitales y países. En Estados Unidos (EEUU) la primera indicación es la cesárea anterior (8,5 %) le siguen distocias (7,1 %), presentación podálica (2,6 %), sufrimiento fetal (2,3 %) y otras (3,2 %). Las indicaciones en Latinoamérica son en orden de frecuencia, las siguientes: cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, desproporción feto pélvica, presentación podálica y síndrome hipertensivo del embarazo.

Como vemos son múltiples las situaciones que pueden ser solucionadas con una operación cesárea. Sin embargo, ante un caso clínico concreto el médico debe basar su juicio en el criterio que la cesárea se debe efectuar cuando el parto vaginal no es posible o cuando este signifique un mayor riesgo materno o perinatal.

En un intento de sistematizar las indicaciones se las puede clasificar en indicaciones **maternas, ovulares y fetales**.

- Maternas
 - Patologías locales
 - Distocia ósea
 - Distocias dinámicas
 - Distocia de partes blandas
 - Tumores previos
 - Rotura uterina
 - Cesárea anterior
 - Plastias vaginales previas

- Herpes genital activo
- Sistémicas
 - Pre eclampsia
 - Hipertensión crónica grave
 - Nefropatía crónica
 - Tuberculosis pulmonar grave
 - VIH-Sida
 - Cardiopatías.
- Fracaso de la inducción
- Fetales:
 - Colocaciones viciosas
 - Situación transversa
 - Pelviana con feto único al término de la gestación
 - Frente cara
 - Macrosomía fetal
 - Vitalidad fetal comprometida
 - Sufrimiento fetal agudo
 - Restricción de crecimiento intrauterino
 - Enfermedad hemolítica fetal grave
 - Muerte habitual del feto
 - Púrpura trombocitopenica autoinmune.
- Hidrocefalia
- Embarazo prolongado
- Anomalías fetales
- Embarazo múltiples

- Materno fetales:
 - Desproporción feto pélvica
 - Parto detenido
- Ovulares
 - Placenta previa oclusiva total
 - Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
 - Prolapso de cordón
 - Infección ovular

a) Indicaciones maternas:

- **Causas locales:**

- ***Distocia ósea:***

Quando hablamos de distocias óseas nos referimos a la alteración de la pelvis en su tamaño, forma o inclinación; en esta clasificación podemos nombrar a la pelvis estrecha en las cuales hay disminución del diámetro del canal óseo, fundamentalmente el conjugado obstétrico; asimismo en los casos de deformidad pélvica y tumores pélvicos.

Un factor considerado como contribuyente a la realización de la operación cesárea, es el tipo racial, que interviene en las características de la pelvis, así como la talla y la edad, que son condicionantes de los diámetros de la pelvis. Una obstrucción marcada, que dificulte la salida del producto, puede justificar la realización de la operación cesárea, ya que intentar un parto normal produciría sufrimiento fetal.

- ***Distocias dinámicas.***

Son aquellas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz e inadecuada para conseguir la dilatación cervical y/o el

descenso de la presentación. Por tanto interfiere en la normal progresión del parto y en ocasiones puede producir deterioro del bienestar fetal. Entre las que encontramos a la inercia irreducible, la poli sistolia, la hipertonia y el tetanismo, inminencia de rotura uterina y la inversión de la triple gradiente descendente siendo esta una patología que se presenta con gran frecuencia y su diagnóstico es inminentemente clínico. Además cabe mencionar en este rubro al trabajo de parto prolongado; algunos de los autores no lo refieren como causa de cesárea cuya complicación puede ser el sangrado del segmento inferior.

Distocia de partes blandas:

La distocia de canal blando de parto se produce a consecuencia de dos mecanismos, ya sea por un problema obstructivo o bien a una dificultad para la dilatación que sufren en el parto normal los órganos de la pelvis materna. Las principales causas de estos obstáculos se deben principalmente a tres fenómenos: malformaciones congénitas, tumoraciones (ya sean genitales o extra genitales) o lesiones ocupantes de espacio y atresias o cicatrices secundarias a traumatismos, infecciones o cirugías previas.

Cesárea anterior:

Hay pocos temas tan controvertidos en la obstetricia moderna como la atención de la mujer con una cesárea previa. A pesar de que actualmente se está recuperando la práctica de parto vaginal post cesárea son pocos los sitios donde se intenta el parto vaginal en estas aunque los hay con excelentes y buenos resultados.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ACOG (56) en el 2004 recomendó para la atención del parto por vía vaginal en mujeres con cesárea previa que la conducta se tome de acuerdo a la complejidad del caso:

- a) Nivel A: Cesárea anterior con incisión segmentaria transversa, previa consulta con la paciente acerca del parto vaginal La anestesia epidural puede usarse.
- b) Nivel B: Mujeres con incisión vertical baja que no se haya extendido al fondo uterino No usar prostaglandinas para madurar el cuello o inducción del trabajo de parto.
- c) Nivel C: Contraindicado en mujeres con incisión clásica o en T o se haya extendido al fondo uterino. Roturas uterinas previas. Complicaciones médicas u obstétricas que impidan el parto vaginal.

La decisión debe ser tomada entre médico y paciente y la discusión documentada en la historia. Las roturas uterinas pueden ser catastróficas, el nacimiento por vía vaginal debe atenderse en instituciones equipadas para responder a las emergencias y médicos disponibles.

Los riesgos de rotura uterina en cesáreas previas según la ACOG en relación al tipo de incisión son:

- Uterina clásica de 4,0 % a 9,0 %
- En forma de T de 4,0 % a 9,0 %
- Vertical baja 1,0 % a 7,0 %
- Transversa baja 0,2 % a 1,5 %

Tumor previo:

Es indicación de cesárea cualquier estructura que se interponga entre la presentación fetal y el canal del parto, obstruyéndolo. Son causa frecuente de tumor previo la placenta previa oclusiva total, miomas uterinos, quistomas ováricos. También se encuentran casos de riñón intrapelvico bajo prolapsado, tumores intestinales o vesicales.

Inminencia de rotura uterina:

Dentro de esta patología podemos mencionar a la ruptura uterina incompleta, segmento inferior alargado, adelgazado y edematoso.

- **Causa sistémicas:**

Pre eclampsia-eclampsia:

En la preclamsia grave y en la eclampsia está indicada habitualmente la interrupción del embarazo como parte del tratamiento de la enfermedad. Debe intentarse el parto vaginal mediante la inducción oxiócica a no ser que se asocien otras circunstancias como distocia de presentación, retardo de crecimiento fetal severo, evidencia de sufrimiento fetal frente a contracciones uterinas inducidas, o en condiciones obstétricas muy desfavorables.

Cardiopatías:

La mayoría de los autores recomiendan el parto vaginal con aplicación de fórceps profiláctico para evitar los pujos del periodo expulsivo, reservando la operación cesárea para cuando existe indicación obstétrica. Sin embargo las cardiopatías con capacidad funcional III-IV concentran una mayor frecuencia de partos por operación cesárea. La coartación de aorta con hipertensión arterial severa es aceptada como indicación de operación cesárea electiva para prevenir complicaciones graves como ruptura de la aorta y hemorragia arterial del territorio encefálico.

Cuando la presencia de las enfermedades sistémicas médico quirúrgicas aumentan; la morbi-mortalidad materna perinatal, condicionan cesárea. También es necesario considerar a las primigravidas añosas, y los llamados “embarazos de alto riesgo”, son aquellos que imponen un aumento probable o bien definido

de los peligros para la vida o la salud de la madre o su descendiente.

Cabe recalcar que la edad de la madre menores de 16 años y mayores de 35 años, número de embarazos (primigesta, multigesta), periodo intergenesico corto o prolongado, mala historia obstétrica (aborto, prematurez, hijo nacido muerto, hijo muerto menores de un mes de nacido, cesárea anterior, toxemia), presencia de enfermedades tales como anemia, enfermedad mental (psicosis, neurosis), enfermedad cardiovascular, pulmonar (TBC), cáncer, diabetes, enfermedades congénitas, antecedentes de ruptura uterina, cirugía Cervico-vaginal previa, LES, enfermedad del colágeno, entre otras son indicativas para catalogar un embarazo de alto riesgo y por lo mismo de la posibilidad de aplicación de cesárea.

b) Indicaciones fetales

- **Distocias de presentación:**

Constituyen causa de operación cesárea la presentación transversa en trabajo de parto con feto vivo, la presentación de frente con feto de término, la presentación de cara con el mentón en posición posterior, la prociencia de extremidad inferior en la presentación cefálica y en algunas circunstancias la presentación podálica. La presentación podálica en primigestas es aceptada en nuestro medio como indicación de cesárea, debido a que la pelvis no ha sido probada con un parto anterior. En múltiparas se indica operación cesárea, si el peso fetal estimado es menor a 2000 gr. y superior a 3500 gr., si se comprueba en el trabajo de parto, mediante ecografía, una deflexión o exceso de volumen cefálico, o si las condiciones obstétricas son desfavorables: rotura prematura de membranas con cuello uterino inmaduro, falta de progresión de la dilatación cervical, presentación muy alta, cesareada anterior, etc... El problema clínico

más frecuente se refiere a casos con grados mínimos de deflexión craneana o a mal rotaciones en las que el trabajo de parto es irregular o a partos en podálica con indicaciones controvertidas.

- **Sufrimiento fetal agudo:**

En el año 2002 se utilizó vigilancia fetal electrónica en 85% de los trabajos de parto en Estados Unidos. Su uso aumenta la tasa de cesáreas tal vez hasta el 40%. Infortunadamente a pesar del optimismo inicial, se ha establecido que la atención basada en la vigilancia electrónica no es mejor para disminuir el riesgo de parálisis cerebral o muerte perinatal que la basada en la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal. De hecho el recurrir a una cesárea en si no ha tenido efecto en el pronóstico del desarrollo neurológico del lactante.

Con respecto al diagnóstico del sufrimiento fetal, son recomendaciones de la American Academy of Pediatrics y del American College of Obstetricians and Gynecologists (2002) que los servicios de atención obstetricia tengan la capacidad para el inicio de una cesárea en los 30 minutos siguientes a la decisión de realizarla.

- **Fetos de muy bajo peso:**

El pronóstico de fetos de 500 a 1500gr en presentación cefálica, es similar en el parto vaginal y en la operación cesárea. En cambio en fetos de este rango de peso en presentación podálica, la operación cesárea ofrece mejores posibilidades de vida.

- **Anomalías fetales:**

La operación cesárea beneficia los casos de: hidrocefalia con o sin tubo neural expuesto, teratomas sacro coxígeos de gran tamaño, arritmias cardíacas refractarias al tratamiento, defectos de la pared abdominal (gastroquisis y

onfalocele).

- **Embarazo múltiple:**

En general se indica cesárea cuando el primer feto esta en presentación podálica o transversa. Cuando se trata de un embarazo triple o de mayor numero de fetos se recomienda cesárea por la frecuente coexistencia de prematuridad, discrepancia de pesos fetales y mal presentaciones.

- **Púrpura trombocitopénica autoinmune:**

Se indica cesárea cuando el recuento de plaquetas fetales obtenidas del cuero cabelludo fetales o cordocentesis indica menos de 50.000 plaquetas por mm³.

c) **Indicaciones materno-fetales**

- **Desproporción céfalo-pélvica:**

Constituye una de las causas más frecuentes de indicación de operación cesárea. En ocasiones este diagnóstico es evidente, ya sea por tratarse de una pelvis estrecha con un feto de tamaño normal, o de una pelvis límite con un feto macrosómico. O en otras ocasiones el diagnostico no es tan evidente y debe recurrirse a la prueba de trabajo de parto para confirmarlo. En la práctica se abusa de este diagnóstico, vale decir, se rotula como desproporción céfalo-pélvica una relación de la pelvis con el ovoide fetal, no claramente demostrada como inadecuada. La prueba de trabajo de parto que permite hacer el diagnostico de desproporción céfalo-pelviana, debe realizarse en la fase activa del trabajo de parto, con una dilatación de cuello uterino mayor a 3cm, con dinámica uterina de 4 contracciones en 10 minutos, con rotura artificial de membranas ovulares y con anestesia de conducción. En estas condiciones, la proporcionalidad céfalo-pelviana se refleja por el encajamiento de la presentación y el avance de la dilatación del cuello uterino en 1 a 2cm por hora. Si al cabo de 2 a 3 horas la

presentación no se encaja y la dilatación no progresa, se puede concluir que estamos frente a una desproporción céfalo-pélvica y a una prueba de trabajo de parto fracasada debiendo indicar operación cesárea con ese diagnóstico. La prueba de trabajo de parto debe ser realizada por un profesional competente, con permanente y rigurosa monitorización de la dinámica uterina, de la condición fetal y del progreso del trabajo de parto.

d) Indicaciones ovulares

- **Placenta previa:**

Placenta previa oclusiva total es indicación de cesárea electiva, previa confirmación de la madurez pulmonar fetal. Independientemente del tipo de placenta previa la hemorragia grave es indicación absoluta de cesárea. El diagnóstico de la placenta previa marginal no excluye por si misma el parto vaginal. Los síntomas y signos, el ultrasonido vaginal-abdominal y la edad gestacional son elementos importantes de juicio para la decisión de la vía de parto.

- **Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta con feto viable y vivo:**

Se procede a practicar rotura artificial de membranas y cesárea inmediata, salvo que exista buen registro fetal (electrodo al cuero cabelludo fetal), documentación de tono intrauterino de reposo menor de 15 mmHg. y estabilidad hemodinámica materna, en cuyo caso se podrá optar por el parto vaginal. También se realizara parto vaginal cuando la dilatación este muy avanzada y no sea factible el parto por cesárea. Con feto muerto aconsejamos la rotura artificial de membranas, a la expectativa de un parto vaginal. El parto vaginal será alternativa dependiente del grado de desprendimiento placentario y del shock. Si

se presenta compromiso progresivo del estado general o del músculo uterino se debe practicar cesárea con miras a salvar la vida de la madre y la integridad del útero.

- **Prolapso del cordón umbilical:**

Es una indicación de cesárea de urgencia, aunque no necesariamente todo cordón prolapsado conlleva a esta indicación. En ocasiones es posible restituir el cordón a la cavidad uterina y continuar el parto vaginal buscando el pronto encajamiento de la presentación. Cuando se produce el accidente y se decide la operación cesárea, mientras se extrae el feto, se debe colocar a la paciente en posición de Trendelenburg, en tanto un ayudante mantiene la presentación por encima del cordón colocando sus dedos en el interior del cuello uterino entre la presentación y la pared uterina.

2.1.5. Contraindicaciones de la operación cesárea

En el momento actual la no tiene virtualmente contraindicación alguna, excepto el hecho de no estar correctamente indicada. No obstante, la cesárea se indica con menos frecuencia si el feto está muerto o es demasiado pequeño para sobrevivir. Por otra parte siempre que el mecanismo de coagulación materna está seriamente trastornada es muy aconsejable un parto reduzca al mínimo las incisiones.

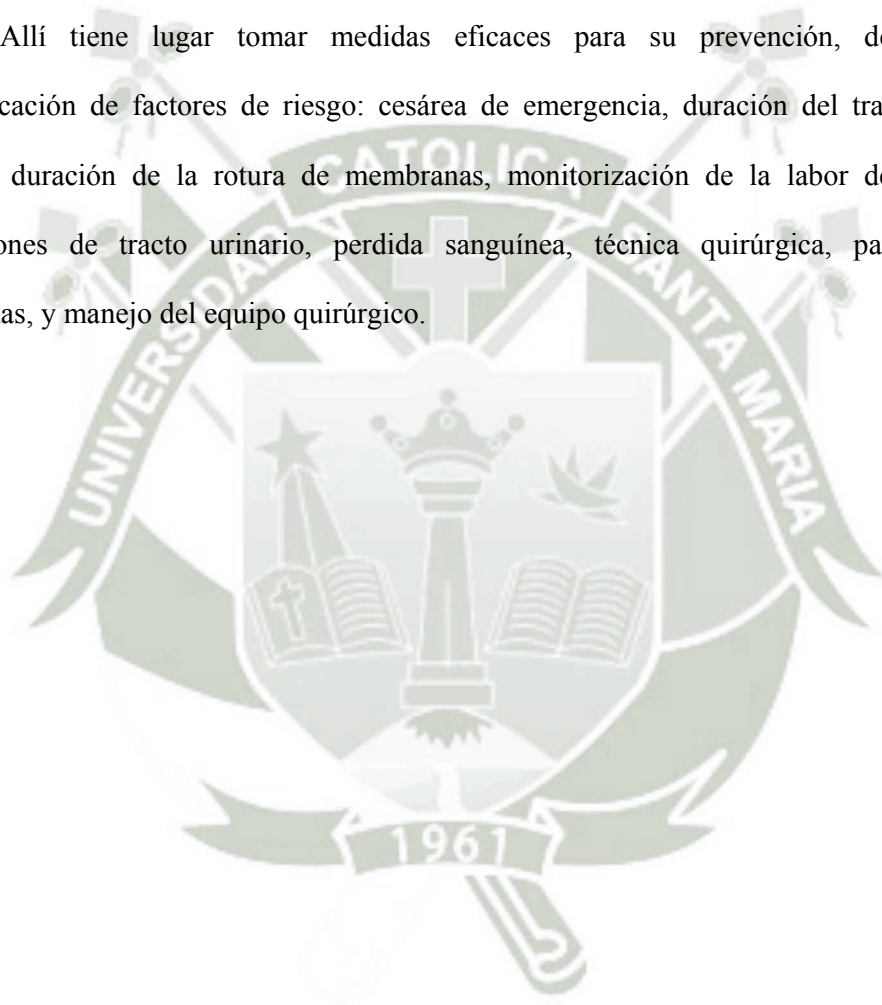
2.1.6. Complicaciones de la cesárea

Al considerarse a la Cesárea como un procedimiento rápido, completo e independiente no está exento de complicaciones. La incidencia de morbilidad obstétrica materna oscila entre el 0,05 y el 1,09% según series; agrupadas como complicaciones intraoperatorias y postoperatorias

Por lo tanto concluimos que la intervención quirúrgica de mayor frecuencia en el

área de obstetricia es la cesárea, por ello entre las complicaciones postoperatorias, las más frecuentes son las infecciones, siendo la cesárea el factor de riesgo más importante de infección materna posparto. Estas complicaciones infecciosas después de una cesárea incluyen: fiebre, infección de la herida quirúrgica, infección del tracto urinario, endometritis, infecciones severas (absceso pélvico, tromboflebitis pélvica séptica, fasciitis necrotizante y shock séptico)

Allí tiene lugar tomar medidas eficaces para su prevención, desde la identificación de factores de riesgo: cesárea de emergencia, duración del trabajo de parto, duración de la rotura de membranas, monitorización de la labor de parto, infecciones de tracto urinario, pérdida sanguínea, técnica quirúrgica, patologías asociadas, y manejo del equipo quirúrgico.



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. **Autor:** Juárez Crivillero V.

Título: Concordancia entre los diagnósticos pre y post-operatorios en pacientes sometidos a Cesárea segmentaria en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Pedro P. Díaz de la UNSA de Arequipa. Enero – Diciembre 2007.

Fuente: Trabajo de tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2009.

Resumen: El presente estudio está dirigido a determinar la concordancia entre los diagnósticos pre y post-operatorios en pacientes sometidas a cesárea segmentaria en el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz (CUSPPD) de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa durante el año 2007. Se eligió este tema porque se trata de la intervención quirúrgica más frecuente practicada en este centro de salud. Se trata de un estudio observacional, comparativo, retrospectivo y transversal. El estudio se llevó a cabo en el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz en Arequipa. La muestra fue constituida por 192 casos de pacientes sometidas a cesare segmentaria en el periodo de tiempo mencionado y que cumplieron los criterios de selección. Para el procedimiento se llevó a cabo la revisión de historias clínicas correspondientes al periodo Enero – Diciembre 2007 y posterior llenado de fichas de recolección de datos; luego se transcribieron los datos en una hoja electrónica de Excel; para la comparación de los grupos de diagnósticos antes y después de la intervención se empleó la prueba Chi cuadrado, y para la evaluación de la concordancia se empleó el cálculo del índice Kappa de Cohen, para el que se considera relevante una concordancia superior al 75% . Dentro de los principales resultados se encontró que la edad promedio de las pacientes estudiadas se

encuentra en 27,5 años, en un rango de 17-46 años; siendo el 66,15% de estas nulíparas. Por otro lado se muestra que en el 53% de los casos la indicación de cesárea fue por causas fetales, representando el Sufrimiento fetal agudo el 46,06% de casos, seguido de la Macrosomía fetal en un 25,49% de casos; le siguen en frecuencia las indicaciones por causa materna en un 40,63% de casos, siendo de estas el diagnóstico de pelvis estrecha el más frecuente en un 35,90% y la Pre-eclampsia en un 21,79%. Las causas materno-fetales y ovulares representan la minoría de los casos en un 13,02% y 6,25% respectivamente. El trabajo concluye que en general hubo una coincidencia casi completa a excepción de las causas ovulares que se incrementaron en un 13,02% en el preoperatorio a 40,10% en el post operatorio, constituyendo esta una diferencia significativa ($\chi^2 = 2,59$; $p < 0,01$). La concordancia de las indicaciones fetales fue de un 98% de las causas maternas de 100%; de las causas materno-fetales en 99,48% y de otras causas en 100%. Sin embargo no hubo buena concordancia en las causas ovulares por el incremento señalado que alcanzó solo el 72,92% de concordancia.

3.2. **Autor:** Espinoza Chama P.

Título: Frecuencia de algunos factores de riesgo asociados a vías de parto en adolescentes tardías en el Servicio de Gineceo-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, 2007-2011.

Fuente: Trabajo de tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2013.

Resumen: Se realizó una revisión de historias clínicas de adolescentes tardías atendidas por parto vaginal y cesárea en el hospital. El 25% de partos culminó en cesárea. El estado civil predominante fue de conviviente (75%). La paridad previa fue similar, con 81,67% de primíparas; la cesárea previa se asoció a un OR de 10,18

para cesárea. El 78,33% de madres cesareadas tuvo controles prenatales adecuados, comparados con 66,11% de madres con parto vaginal ($p < 0,05$), el CPN adecuado tuvo un OR de 1,85. La proporción de anemia en ambos grupos fue similar ($p > 0,05$; OR = 1,39). Hubo comorbilidades maternas en 5,83% de madres con cesárea comparado con 1,94% en el grupo con parto vaginal ($p < 0,05$; OR 3,12). La patología gestacional se presentó en 15,83% de madres cesareadas y en 0,56% en parto vaginal ($p < 0,05$; OR 33,67). En relación a las características neonatales, Hubo proporciones similares de varones o mujeres entre los grupos ($p > 0,05$), y el sexo masculino tuvo un OR de 1,16 para parto por cesárea. El peso mayor a 4000 gramos fue mayor en el grupo de madres con cesárea (15% versus 3,06%; $p < 0,05$, OR 5,61); el 4,17% de partos por cesárea fueron en pretérminos, con 2,22% en el grupo control ($p > 0,05$; OR = 1,93). El 50,83% de partos por cesárea se produjeron por alguna patología fetal, comparada con 3,56% en el grupo con parto vaginal ($p < 0,05$; OR = 27,60).

A nivel nacional

3.3. **Autor:** Quispe A, Santivañez A, Leyton-Valencia I, Pomasunco D.

Título: Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008.

Fuente: Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1): 45-50.

Resumen: Estudio de tipo ecológico en el que se revisaron los reportes mensuales de todos los hospitales que prestan atención de partos en la DISA V Lima-Ciudad y se analizó la tendencia de la razón mensual de cesáreas o TC mensual (TCM = total de partos cesáreas atendidos en un mes * 100 / total de recién nacidos en el mismo mes) con el objeto de identificar sus patrones característicos. Se encontró que durante el periodo total del estudio la TCM promedio fue de 36,9 % \pm 9,1%(rango:

16,5%-71,4%). Entre los años 2001 (TCM: 33,5% \pm 6,9%), y 2008 (TCM: 39,7% \pm 8,3%) se registró un incremento promedio del 6,9% \pm 7,0%, alcanzándose un incremento del 7,7% \pm 6,4% en el año 2007 (TCM: 43,5% \pm 9,8%). En la mayoría de los hospitales, se registró un aumento significativo de la TCM 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.

3.4. **Autor:** Calapuja L.

Título: Estudio comparativo de la incidencia, indicaciones y morbi-mortalidad materno-neonatal de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna entre los quinquenios 200-2004 y 2005-2009.

Fuente: Tesis presentada para optar el título profesional de Médico Cirujano. Tacna Perú 2010

Resumen: Se registra una incidencia para el quinquenio 2004-2005 de 25,11% y en el 2005-2009 de 32,95%. La indicación más frecuente fue desproporción feto-pélvica 36,99% y 40,81% seguida de sufrimiento fetal 14,46% y 15,92%, cesárea anterior 12,7% y 11,81% presentación podálica 10,38% y 9,07% y toxemia 6,07% y 5,91%. La morbilidad materna fue de 9,51% y 6,60%. La tasa de mortalidad materna fue de 7,85% y 3,25%. La mortalidad perinatal fue de 18,85 y 13,03x1000 nacidos vivos.

A nivel internacional

3.5. **Autor:** Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A.

Título: Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas

en los hospitales españoles.

Fuente: Gaceta Sanitaria, 2012; 27 (3):258-262

Resumen: Estudio transversal descriptivo de la actividad obstétrica de 111 hospitales (año 2010) clasificados en seis niveles. Se crearon 10 grupos de motivos de cesárea partiendo del diagnóstico principal. Se calcularon medidas descriptivas de tendencia central y de dispersión, y se utilizó el test de Kruskal-Wallis para la comparación entre niveles. El porcentaje global de cesáreas fue del 25,4%. Los hospitales privados y públicos de menor nivel tecnológico presentaron mayores porcentajes de cesáreas en mujeres sin cesárea previa (34,7% y 30,4% en los privados y 22,4% en los públicos de menor nivel). Entre los niveles públicos no hubo diferencias en el porcentaje de cesáreas indicadas.

3.6. **Autor:** Muñoz-Enciso J, Rosales-Aujang E y cols.

Título: Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada?

Fuente: Ginecol Obstet Mex 2011;79(2):67-74

Resumen: Estudio descriptivo y transversal realizado en 4 principales hospitales de segundo nivel del sector salud del estado de Aguascalientes, México, que en conjunto suman 81% de la atención obstétrica del estado, entre el 1 de septiembre y el 31 de octubre de 2008. Se analizaron: indicación de la operación cesárea y su clasificación; embarazos previos, estado civil, edad gestacional, peso y Apgar al minuto del recién nacido y el método anticonceptivo indicado durante el evento. Se registraron 2,964 embarazos mayores de 29 semanas; de éstos, 1,195 se terminaron por operación cesárea con una tasa global de 40.3%. Se encontraron 45 indicaciones diferentes, lo que indudablemente refleja la gran diversidad de criterios en el personal médico institucional para programar la operación cesárea.

4. **Objetivos.**

4.1. **General**

Establecer la concordancia entre los diagnósticos pre y postoperatorio de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Camaná., 2013.

4.2. **Específicos**

- 1) Describir las características maternas y del recién nacido en las cesáreas en el Hospital de Apoyo Camaná. 2013.
- 2) Precisar la frecuencia de cesáreas realizadas en el Hospital de Apoyo Camaná. 2013.
- 3) Determinar las frecuencias de los diagnósticos pre y post operatorios de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Camaná. 2013
- 4) Determinar la concordancia entre los diagnósticos pre y post operatorios de causas maternas, fetales y ovulares de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Camaná. 2013.

5. **Hipótesis**

No se plantea hipótesis por ser un estudio descriptivo.

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

4. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la revisión documentaria.

Instrumentos: Ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Material de escritorio
- Computadora personal
- Software: Procesador de texto Word, hoja electrónica Excel y paquetes estadísticos

5. Campo de verificación

2.5. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el Hospital de Apoyo Camaná, 2013, en servicio de archivo de historias clínicas.

2.6. Ubicación temporal: El estudio se realizará durante el periodo Diciembre 2013 – Febrero 2014.

2.7. Unidades de estudio: Historias clínica de pacientes sometidas a operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná.

2.8. Población: Todas las historias clínicas de las gestantes sometidas a operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná en el periodo de estudio y que cumplen con los criterios inclusión exclusión.

Muestra: No se calculará un tamaño de muestra, ya que se ha elegido a la población total.

Muestreo:

No probabilístico, de oportunidad única, por conveniencia intencional o deliberada.

Criterios de selección:

• **Criterios de Inclusión**

- Historias clínicas de gestantes sometidas a operación cesárea Hospital de Apoyo Camaná durante el año 2013
- Historias clínicas con datos completos
- Historias clínicas que se encuentren disponibles

• **Exclusión**

- Historias con reporte operatorio poco legible y/o incompleto

6. Estrategia de Recolección de datos

3.5. Organización

Permiso para acceder a las unidades de análisis, Dirección hospitalaria. (Anexo 2)

Supervisión y Coordinación: Investigador:

3.6. Recursos

d) Humanos

- Investigador: Félix Arturo Flores Choque.
- Asesor: MC Alejandro Paredes Salcedo.

e) Físicos

- Infraestructura: Archivo de Historias clínicas del Hospital de Apoyo de Camaná MINSA.

f) Financieros

- Autofinanciado

3.7. Validación de los instrumentos

No se requiere por tratarse de una ficha para recolectar información.

3.8. Criterios y estrategias para el manejo de los resultados

3.8.1. Plan de tabulación y análisis

NIVEL DE SISTEMATIZACIÓN DE LOS DATOS

Tipo de Procesamiento

Es: Mixto (manual y computarizado)

Sistematización

3.8.2. Plan de clasificación

- Matriz de Ordenamiento.
De Registro o control
- Plantilla Esquemática.
Cuadro Maestro o Base de datos.

3.8.3. PLAN DE CODIFICACIÓN

- **SISTEMA DE CODIFICACIÓN.**
Sistema Computarizado
- **TIPO DE PROCEDIMIENTO**
Códigos alfanuméricos
- **IMPLEMENTACIÓN DEL TRABAJO Y CODIFICACIÓN**

VARIABLES A CODIFICAR:

Variable V₁: Diagnostico pre operatorio de la operación cesárea (1).

Variables Asociativa V₂ Diagnostico post operatorio de la operación cesárea (2)

Variables intervinientes: Características sociodemográficas.

- **VARIABLES E INDICADORES A CODIFICAR.**

Variable V₁ Diagnostico pre operatorio.

De acuerdo: 1
En desacuerdo: 2

Variable V₂ Diagnostico post operatorio.

De acuerdo: 1
En desacuerdo: 2

- **VARIABLES INTERVINIENTES**

PARIDAD:

Nulípara: 1
Primípara: 2
Multípara: 3
Gran multípara: 4

OCUPACIÓN

Estudiante: 1
Ama de casa: 2
Empleada: 3

VALORACIÓN DEL APGAR

Satisfactorio: 1
No satisfactorio: 2

3.8.4. PLAN DE RECUESTO

- **Tipo de Recuento:**

Computarizado

- **Matriz de Conteo:**

No es necesaria una matriz de conteo, el método es computarizado

3.8.5. PLAN DE ANÁLISIS (tratamiento estadístico)

TÉCNICAS ESTADÍSTICAS:

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

- Frecuencias: proporciones e índices.

ESTADÍSTICA INFERENCIAL

- La asociación de los diagnostico pre y post operatorios de la operación cesárea: Prueba del Chi cuadrado: Prueba de bondad de ajuste.
- Concordancia para variables categóricas. Índice de Kappa de Cohen.

3.8.6. PLAN DE TABULACIÓN

- **TABLAS**

Tipos de tablas

Para la estadística descriptiva: Tablas de Frecuencias de Observaciones absolutas y relativas.

Para la estadística Inferencial: Tablas de Contingencia de Doble Entrada.

3.8.7. PLAN DE GRAFICACIÓN

Clases de Gráficos

Para la estadística descriptiva: Histogramas de frecuencias y gráficos tipo Pie.

NIVEL DE ESTUDIO DE LOS DATOS

- ♦ **Metodología de interpretación de los datos**
Por vinculación de datos: asociación.
- ♦ **Modalidad**
Mixta (Interpretación subsiguiente a cada Tabla-gráfico y luego una discusión de datos)
- ♦ **Operaciones de interpretación de datos**
Análisis por asociación.
- ♦ **Niveles de interpretación.**
Asociativo.

Cronograma de Trabajo

Actividades	Diciembre 13				Enero 14				Febrero 14			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■										
2. Revisión bibliográfica			■	■								
3. Aprobación del proyecto					■	■						
4. Ejecución							■	■				
5. Análisis e interpretación									■	■		
6. Informe final											■	■

Fecha de inicio: 1 de Diciembre 2013

Fecha probable de término: 28 de Febrero 2014



Bibliografía Básica

- 1) Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, et al. Las tasas de cesárea: análisis de las estimaciones mundiales, regionales y nacionales. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007; 21:98.
- 2) Ronsmans C, Holtz S, C. Stanton diferencias socioeconómicas en las tasas de cesáreas en los países en desarrollo: un análisis retrospectivo. *Lancet* 2006; 368:1516.
- 3) Tang S, Li X, Wu Z. El aumento tasa de cesárea en mujeres primíparas en la China urbana: evidencia a partir de tres encuestas nacionales de salud del hogar. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:1527.
- 4) Zhang J, Liu Y, Meikle S, et al. El parto por cesárea a pedido materno en el sureste de China. *Obstet Gynecol* 2008; 111:1077.
- 5) Leone T, Padmadas SS, Matthews Z. Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries. *Soc Sci Med.* 2008; 67(8): 1236-46.
- 6) McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J. Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth.* 2007; 34(1): 65-79.
- 7) Duckworth S. Should maternal choice be an indication for caesarean section? *Int J Surg.* 2008; 6(4): 277-80.
- 8) Gonzalo A, Maris S. Incidencia y principales indicaciones de cesáreas. *Revista de posgrado de la Vía Catedra de medicina* 2004; 135: 1-6.
- 9) Cunningham F. (Ed). Chapter 25. Cesarean Delivery and Postpartum

- hysterectomy. Williams Obstetrics. 22th edition. McGraw-Hill, 2007.
- 10) Mena P. Operación cesárea. En: Perez-Sanchez A, Donoso-Siña E. Perez Sánchez – Obstetricia. 3ª ed. Santiago-Chile: Mediterráneo; 2001; 27: 290-300
 - 11) Uzcategui U, Ofelia. Estado actual de la Cesárea. Gac Méd Caracas., oct. 2008, vol.116, no.4, p.280-286.
 - 12) Del Castillo I F. “Cesáreas injustificadas. Una constelación de causas”. Revista “Medicinas Complementarias”. Ediciones Granica. 2006.
 - 13) Rigol R O. Obstetricia y Ginecología. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
 - 14) Sardiñas RA. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. Ginecol Obstet Mex. 2005;73:155-159.
 - 15) Vanina G, Sampor CV, Storni MP, Pardo P L. Incidencia y principales indicaciones de cesarea. Rev Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2005;150:9-23.
 - 16) Espinoza Chama P. Frecuencia de algunos factores de riesgo asociados a vías de parto en adolescentes tardías en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Camaná, 2007-2011. Trabajo de tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2013.
 - 17) Quispe A, Santivañez A, Leyton-Valencia I, Pomasunco D. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1): 45-50.
 - 18) Calapuja L. Estudio comparativo de la incidencia, indicaciones y morbi-

mortalidad materno-neonatal de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna entre los quinquenios 200-2004 y 2005-2009. Tesis presentada para optar el título profesional de Médico Cirujano. Tacna Perú 2010

- 19) Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. Gaceta Sanitaria, 2012; 27 (3):258-262
- 20) Muñoz-Enciso J, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, Serrano-Díaz C. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Ginecol Obstet Mex 2011;79(2):67-74
- 21) Juárez Crivillero V. Concordancia entre los diagnósticos pre y post-operatorios en pacientes sometidos a Cesárea segmentaria en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Pedro P. Díaz de la UNSA de Arequipa. Enero – Diciembre 2007. Trabajo de tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2009

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

**“Concordancia de los diagnósticos pre y postoperatorios en la
operación cesárea en el Hospital de Apoyo Camaná. 2013”**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº. de Ficha:

Nº de la H. C:

I. PRIMERA PARTE: Características epidemiológicas.

Edad:años

Edad gestacional:.....semanas

Paridad: Nulípara () primípara () multípara () Gran multípara: ()

Ocupación: Estudiante () ama de casa () empleada ()

Peso del RN:gramos

APGAR al minuto:

APGAR a los cinco minutos:

II. SEGUNDA PARTE: Eventos de la prueba.

• **Diagnostico pre operatorio:**

• **Diagnostico post operatorio:**

• C

Concordancia: ()

Anexo 2: Solicitud dirigida al director del Hospital

**SOLICITO: Permiso para acceder a archivo de
Historias Clínicas**

Dr. RICARDO RUIZ ROJAS

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE APOYO CAMANÁ

**Yo, FELIX ARTURO FLORES
CHOQUE**, identificado con DNI N°
45032326, con domicilio en el Conj.
Habitacional Flora Tristán E-405. Ante Ud.
respetuosamente me presento y expongo:

Que siendo necesaria la presentación de un
trabajo de Tesis para obtener el título profesional de Médico Cirujano en la Universidad
Católica Santa María de Arequipa, y además, habiendo realizado mi internado medico
en su hospital el año 2013, solicito a Ud. permiso para acceder al archivo de Historias
Clínicas de su Hospital y extraer los datos necesarios para la realización del trabajo
titulado **“CONCORDANCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS PRE Y POST
OPERATORIOS DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL DE
APOYO CAMANÁ MINSA 2013”**, así mismo se me brinde las facilidades del caso.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud por ser de justicia

Camaná, 29 de Enero del 2014

FÉLIX ARTURO FLORES CHOQUE
DNI N° 45032326