



Universidad Nacional
Federico Villarreal

vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”

**“FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREAS EN
EMBARAZADAS ATENDIDAS POR EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, DURANTE EL
PERIODO DE OCTUBRE DEL 2020 A ABRIL DEL 2021”**

Líneas de investigación en: Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

LOZANO LÓPEZ, ANDREINA DONA

ASESOR:

DR. LOZANO ZANELLY, GLENN

JURADO:

Dr.Huarachi Quintanilla Luis Alberto

Dr.Alvizuri Escobedo José María

Dr.Ata Osorio Victor Godofredo

Lima-Perú

2021

DEDICATORIA

Este trabajo se lo quiero dedicar a Dios, por guiarme y cuidarme durante todos estos años de la carrera, por no permitir que pierda mi norte, cuando me sentía desfallecer y también se lo dedico a mi mamá por todo el apoyo que me brindó durante estos años, por su confianza, su paciencia y su ejemplo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la vida y mantenerme con buena salud a mí y a mi familia en medio de esta pandemia que nos ha tocado vivir y así poder continuar con mis deseos de ser médico y poder sanar la vida de muchas personas con los conocimientos y habilidades que adquirí durante el estudio de esta carrera.

Agradecer a mi madre, Marita López, que en la distancia me brindó su apoyo y su confianza, que a través de su ejemplo de sacrificio me dio el valor para continuar con este sueño, que a través de sus oraciones siempre me cuidó y me incentivó a creer que con la presencia de Dios en tu vida nada es imposible; a mi tía Betty López, por su compañía durante estos años lejos del hogar, por contribuir a que nunca me faltara un plato de comida caliente en la mesa ni ropa limpia que usar.

Agradecer también al servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora por permitirme extraer la información necesaria para la realización de este trabajo.

Resumen

Objetivo: Determinar los factores asociados a la indicación de cesáreas en embarazadas atendidas por el servicio de gineco- obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, realizado en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021 en 706 pacientes que se sometieron a cesárea en el servicio de gineco-obstetricia de dicho nosocomio. Se realizó una revisión de historias clínicas para el llenado de la ficha de recolección de datos, se ingresó a una base de datos usando el programa Excel y se analizaron los resultados con el programa estadístico SPSS v.23. **Resultados:** La tasa de cesáreas en el hospital María Auxiliadora durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021 fue del 58,87%. Dentro de las características sociodemográficas más frecuentes de las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital María Auxiliadora, se encontró un rango de edad de entre 20 a 34 años (68,6%), estado civil conviviente (67,6%), nivel de instrucción secundario (91,4%), controles prenatales insuficientes (55,8%), gestantes multigestas (69,1%), índice de masa corporal normal (58,5%), la edad gestacional de 37 a 41 semanas (83,9%) y los distritos más frecuentes de procedencia de las gestantes fueron Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores y Villa El Salvador con porcentajes de 29,9%, 24,6% y 17,1% respectivamente. De los factores maternos, el más frecuente fue desproporción céfalo pélvica (28,8%). De los factores fetales, el indicador más asociados a cesárea fue sufrimiento fetal agudo con un 35,6%. De los factores ovulares, el más frecuente fue ruptura prematura de membranas con un 49,1%. **Conclusiones:** La tasa de cesáreas en el Hospital María Auxiliadora es del 58,87%. Los factores más frecuentemente asociados a cesárea fueron desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal agudo, ruptura prematura de membranas.

Palabras clave: Cesárea, factores maternos, factores fetales, factores ovulares.

Abstract

Objective: To determine the factors associated with the indication of caesarean sections in pregnant women attended by the gynecological-obstetric service of the María Auxiliadora Hospital, during the period from October 2020 to April 2021. **Materials and methods:** Observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study, carried out at the María Auxiliadora Hospital during the period from October 2020 to April 2021 in 706 patients who underwent cesarean section in the gynecological-obstetric service of said hospital. A review of medical records was carried out to fill out the data collection form, a database was entered using the Excel program and the results were analyzed with the statistical program SPSS v.23. **Results:** The cesarean section rate in the María Auxiliadora hospital during the period from October 2020 to April 2021 it was 58.87%. Among the most frequent sociodemographic characteristics of pregnant women undergoing cesarean section at the María Auxiliadora Hospital, an age range of between 20 to 34 years (68.6%), cohabiting marital status (67.6%), level of secondary education (91.4%), insufficient prenatal controls (55.8%), multigesta pregnant women (69.1%), normal body mass index (58.5%), gestational age from 37 to 41 weeks (83 , 9%) and the most frequent districts of origin of the pregnant women were Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores and Villa El Salvador with percentages of 29.9%, 24.6% and 17.1% respectively. Of the maternal factors, the most frequent was cerebrospinal disproportion (28.8%). Of the fetal factors, the indicator most associated with cesarean section was acute fetal distress with 35.6%. Of the ovular factors, the most frequent was Premature rupture of membranes with 49.1%. **Conclusions:** The rate of caesarean sections at Hospital María Auxiliadora is 58.87%. The factors most frequently associated with caesarean section were cerebrospinal disproportion, acute fetal distress, premature rupture of membranes.

Key words: Cesarean section, maternal factors, fetal factors, ovular factors.

ÍNDICE

Resumen	IV
Abstract	V
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción y formulación del problema	2
1.2. Antecedentes	6
1.2.1 Internacionales	6
1.2.2 Nacionales	10
1.3. Objetivos	14
1.3.1 General	14
1.3.2 Específicos	15
1.4. Justificación	16
1.4.1 Justificación teórica	16
1.4.2 Justificación práctica	17
1.4.3 Justificación metodológica	17
1.5. Hipótesis	17
II. MARCO TEÒRICO	18
2.1 Evolución histórica	18
2.2 Comportamiento epidemiológico	21
2.3 Aumento de su frecuencia	22
2.3.1 Factores maternos	23
2.3.2 Práctica obstétrica	24
2.3.3 Factores sociales	24
2.3.4 Factores institucionales	25
2.3.5 Parto por cesárea por solicitud de la madre	26
2.4 Tipos de parto	27
2.4.1 Según antecedentes obstétricos de la paciente	27
2.4.2 Según indicaciones	27
2.4.3 Según técnica quirúrgica	27
2.5 Clasificación de Robson	29
2.6 Indicaciones de cesárea	30

2.6.1	Factores maternos	31
2.6.2	Factores fetales	34
2.6.3	Factores ovulares	36
2.7	Características sociodemográficas	38
2.8	Complicaciones	39
2.8.1	Maternas	39
2.8.2	Recién nacido	40
III.	MÉTODO	42
3.1	Tipo de investigación	42
3.2	Ámbito temporal y espacial	42
3.3	Variables	42
3.3.1	Variable independiente:	42
3.3.2	Variables dependientes:	42
3.4	Población y muestra	44
3.5	Instrumentos	46
3.6	Procedimientos	46
3.7	Análisis de datos	47
IV.	RESULTADOS	48
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	62
VI.	CONCLUSIONES	66
VII.	RECOMENDACIONES	68
VIII.	REFERENCIAS	70
IX.	ANEXO	76
ANEXO 1.	Matriz de consistencia	76
ANEXO 2.	Operacionalización de variables	78
ANEXO 3.	Ficha de recolección de datos	84

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1.....	55
TABLA N°2.....	56
TABLA N°3.....	57
TABLA N°4.....	58
TABLA N°5.....	59
TABLA N°6.....	60
TABLA N°7.....	61
TABLA N° 8.....	63
TABLA N°9.....	65
TABLA N°10.....	66
TABLAN°11.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N°1.....	55
FIGURAN°2.....	56
FIGURAN°3.....	57
FIGURAN°4.....	58
FIGURA N°5.....	59
FIGURAN°6.....	60
FIGURAN°7.....	61
FIGURAN°8.....	62
FIGURAN°9.....	64
FIGURAN°10.....	65
FIGURAN°11.....	67
FIGURAN°12.....	6

I. INTRODUCCIÓN

El tema de desarrollo de este trabajo de investigación es a cerca de los factores asociados a cesárea, puesto que durante el tiempo que realicé mi internado en el servicio de gineco obstetricia del Hospital María Auxiliadora observé la gran cantidad de gestantes que eran sometidas a cesáreas y queriendo investigar si estas estaban bien justificadas y pretendiendo saber también el porcentaje de cesáreas de este hospital y si cumplían o no lo recomendado por la OMS. Indagando así la literatura disponible acerca del tema me di cuenta que tanto en Perú como en otros países de Latinoamérica y el mundo hay un incremento indiscriminado de la tasa de cesáreas en los últimos años; este procedimiento que en un inicio fue concebido como vía de solución para aquellas gestantes, las cuales presentaban ciertas patologías obstétricas que ponían en peligro la vida del binomio madre-feto se ha convertido hoy en día en la vía de parto de elección en muchos hospitales, sin considerar que su uso no justificado acarrea una cierta cantidad de efectos secundarios tanto para la madre como para el recién nacido y colocando además al parto vaginal, que es la vía fisiológica, en un sitial inferior. Hay muchos factores que explican el avance de las cesáreas como método de vía de parto predilecto; estos factores los iré aclarando durante el desarrollo de esta investigación.

Los objetivos de este trabajo son determinar los factores obstétricos asociados a cesárea divididos en maternos, fetales y ovulares para una mejor comprensión, conocer la tasa de cesáreas del Hospital María Auxiliadora y si este cumple los estándares predichos por la OMS; para ello hago uso de una metodología de estudio descriptiva, retrospectiva,

transversal. Con esto contribuir a que el hospital tenga una base de datos con estadísticas sobre las cesáreas y en base a estas tomar medidas para que se pueda regular este procedimiento.

1.1. Descripción y formulación del problema

La cesárea es un procedimiento quirúrgico, que hace posible el nacimiento del feto por medio de una incisión en la vía abdominal y en el útero, cuando no es posible culminar el parto por la vía vaginal. (Williams,2019)

Considero importante realizar este trabajo, abordando el tema de las cesáreas, puesto que se ha visto que, en los últimos años, se está haciendo un uso indiscriminado de esta operación, una cirugía que en sus orígenes se dispuso usarla solo en casos en los que estuviera en riesgo la vida de la madre o del feto; hoy en día se está sobre utilizando esta cirugía a pesar de que no está demostrado ningún beneficio materno-fetal frente al parto vaginal.

Está demostrado más bien que el parto vaginal produce beneficios tanto para la madre como para el feto, ya que la gestante pierde la mitad de sangre en un parto vaginal que en una cesárea, además que la posibilidad de sufrir infecciones es menor, el tiempo de hospitalización es menor, además de que el parto vaginal favorece el contacto inmediato entre la madre y el niño posibilitando así la lactancia precoz; además de ello las contracciones que se producen en un parto vaginal ayudan a que el feto elimine el líquido pulmonar disminuyendo así la dificultad respiratoria en el recién nacido.

Por el contrario, en un parto por vía cesárea tanto la gestante como el recién nacido se exponen a diversas complicaciones como, por ejemplo, las infecciones, entre ellas las infecciones de sitio operatorio son las más frecuentes, dehiscencia de incisión quirúrgica, presencia de endometritis, endometriosis, desprendimiento prematuro de placenta, además de que se observa un mayor porcentaje de acretismo placentario y de rotura uterina en gestantes que ya tuvieron cesáreas previas. (Rosario Cárdenas,2001)

El incremento que ha experimentado las cesáreas a lo largo de todos estos años se puede explicar por diversos avances en la ciencia como el descubrimiento de la sutura uterina, el uso de la asepsia y antisepsia, el uso de antimicrobianos, el perfeccionamiento de la técnica operatoria, el uso de la anestesia y el uso actual del monitoreo fetal antes y durante el parto, las transfusiones sanguíneas, también se incluye acá la medicina defensiva por el temor del personal médico de ser denunciado por mala praxis; sin embargo estos factores no han contribuido a disminuir la morbi-mortalidad materna-fetal; por lo que las cesáreas se han convertido en un problema de salud pública, que además ocasionan gastos incrementados al estado.(Sánchez et al,2020,p.64-68)

La Organización Mundial de la Salud nos refiere en su documento redactado en el año de 1985 titulado “Recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento - Declaración de Fortaleza”, declara que la tasa de cesárea no debe exceder el 10 a 15% y en que en todo momento se debería de favorecer el parto vaginal por encima de la cesárea en gestantes que ya hayan tenido una cesárea previa. (Zelada Lázaro y col,2019)

Según un estudio realizado por la revista The Lancet en 2018, la tasa de cesáreas se ha duplicado desde el 2000 con 16 millones de cesáreas (12%) a 29,7 (21%) millones en 2015.En el planeta, la zona donde más ha crecido el uso de esta práctica de cesárea es en

el sureste asiático, según el artículo de *The Lancet*, donde en 15 años las cesáreas han pasado del 7,2% a suponer el 15,1%. Por el contrario, en otros países como en el África Subsahariana hubo un incremento mínimo de 1,5 puntos, con el máximo porcentaje del 6,2% en Sudáfrica. "En Escandinavia y Holanda, la tasa de cesáreas es alrededor del 6%; en el sur de Europa, el porcentaje alcanza más del 30%"; en India, los incrementos van del 7% al 49%. En Estados Unidos, el Centro de Control de Enfermedades (CDC) da variaciones del 22,3% en Utah al 38,2% en Misisipi.

El uso de cesáreas en 2015 era 10 veces más frecuente en la región de América Latina y el Caribe, con un 44% de los partos que terminaban por cesárea, que, en las regiones del centro y el oeste de África, donde el porcentaje se aproxima al 4% de los casos. (BBC News Mundo,2018).

En el Perú en cambio la evolución de los nacimientos por cesárea, da cuenta que se ha incrementado desde 1986, en especial en el área urbana, de 13,0% a 40,9% en el año 2019. Según la ENDES 2019, en los cinco años previos a la encuesta la tasa de cesáreas fue de 34,7%, se han incrementado en 6,1 puntos porcentuales comparado al 2014 (28,6%). Se puede observar que se va incrementando al aumentar la edad de la madre, al nacimiento de la hija/del hijo. En tanto que, según el orden de nacimiento, los porcentajes van disminuyendo si se trata del cuarto o posteriores. (ENDES,2018).

En el Hospital María Auxiliadora, Vargas Reynoso (2019) sostiene que el porcentaje de cesáreas en el periodo de 2009 al 2018 fue del 38,9% y que las patologías más frecuentes asociados a cesárea fueron desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal, presentación podálica. (Vargas Reynoso ,2019).

En el Hospital de Apoyo “María Auxiliadora”, hospital nivel III-I, se encuentra ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, Zona Sur, Departamento de Lima, altura del Km.17 de la esquina formada por las Avenidas Pachacútec y Miguel Iglesias N.º 966-988. (Reseña Histórica del Hospital de Apoyo Departamental “María Auxiliadora,2019).

El servicio de gineco-obstetricia del hospital María Auxiliadora, cuenta con una sala de operaciones, para atender las cesáreas; un centro obstétrico quirúrgico, puerperio inmediato, un tópicó de emergencia, dos salas reservadas para partos eutócicos, un área reservada para puerperio normal y otra área reservada para gestantes con patologías obstétricas. Cuenta con un total de 73 camas. (Reseña Histórica del Hospital de Apoyo Departamental “María Auxiliadora,2019).

El personal del servicio de Gineco-obstetricia consta de 40 asistentes,11 residentes, 12 internos de medicina, 6 internas de obstetricia y 40 obstetras.

Tiene una potencial demanda de una población de más de 2 millones que habitan esta área geográfica; el grupo poblacional más grande provienen de los distritos populosos de San Juan de Miraflores y Villa María del Triunfo; la mayoría de gestantes que acuden al servicio se encuentran entre los 20 y 34 años; en su mayoría con estado civil conviviente; siendo su principal fuente económica el comercio informal, seguida de la industria manufacturera. (Carbajal Magallanes; Morante Roca, 2019)

Los factores asociados a cesárea más frecuentes que pude ver durante mis prácticas en el servicio de gineco-obstetricia fueron preeclampsia, cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, desproporción céfalo pélvica, oligoamnios, entre otros.

¿Cuáles son los factores asociados a la indicación de cesáreas en embarazadas atendidas por el servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021?

1.2. Antecedentes

1.2.1 Internacionales

Netto Rafael Franco; et al. (Uruguay,2020) realizaron un estudio titulado “INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTOS POR CESÁREA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE PARAGUAY”, se trata de una investigación cuyo objetivo fue conocer la incidencia de cesáreas y de los partos vaginales en mujeres tratadas en un hospital público de Paraguay y también determinar las indicaciones más frecuentes de cesárea; se trata de un estudio de diseño descriptivo, retrospectivo y documental. La población estuvo constituida por gestantes del Hospital Regional de Pedro Juan Caballero de Paraguay, durante el periodo de junio del 2018 a junio del 2019. Se seleccionaron un total de 200 gestantes a las cuales se les practicó cesárea y que cumplían con los criterios de inclusión. Se obtuvieron los siguientes resultados, que el total de cesáreas hizo un porcentaje de 36,46%, de los cuales las gestantes adolescentes fueron un total de 10,15%, se determinó además que las gestantes entre 24 a 27 años de edad fue el grupo más frecuente que se sometió a cesárea, con un porcentaje del 24% del total; con respecto a las indicaciones de cesárea las más frecuentes fueron por cesárea anterior (16,5%), preeclampsia (11%), desprendimiento de placenta (10,5%), bradicardia fetal (10%), presentación podálica (8,5%), macrosomía fetal (7,5%). (Netto Rafael; et al, 2020).

Rodríguez Da Silva T. P;et al (Brasil,2020).Realizaron un estudio titulado “FACTORES ASOCIADOS AL PARTO NORMAL Y POR CESÁREA EN MATERNIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS:UN ESTUDIO TRANSVERSAL”. Este estudio tuvo como objetivo conocer los factores asociados a la vía de parto en gestantes de la ciudad de Belo Horizonte. Como método de estudio se usó el diseño descriptivo,retrospectivo,transversal; la información fue recolectada de siete maternidades que atienden al sistema de salud pública y en cuatro maternidades que atienden al sistema privado de salud de Belo Horizonte. La muestra estuvo constituida por 1088 madres que cumplían los criterios de inclusión. Los resultados que se obtuvieron fue que las gestantes con edad avanzada, primíparas, las gestantes que no tuvieron compañía antes, durante y después del parto fueron las que a más cesáreas se sometieron y aquellas mujeres que tuvieron a sus hijos en hospitales privados aumentaron en 3,98 veces más la posibilidad de tener una cesárea en comparación con aquellas que se atendieron en hospitales públicos. (Rodriguez Da Silva T.P;et al,2020)

Muñoz Hernández J. A; et al (México,2020), hicieron un estudio titulado “FACTORES ASOCIADOS AL INCREMENTO DE CESÁREAS EN MÉXICO,2011-2014”, que consiste en un estudio que tuvo por objetivo conocer la prevalencia del parto vía cesárea en México durante el periodo 2011-2014, además de identificar los factores asociados a cesárea. Para llevar a cabo este estudio se valió de un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se obtuvieron los siguientes resultados, que el porcentaje de

cesáreas fue del 45%,se encontró además que a mayor edad y mayor nivel de instrucción la cantidad de cesáreas es mayor;con respecto a los controles prenatales se observó que mientras más temprana es la atención y cuando el número de controles prenatales sobrepasa los 6 controles, la cantidad de cesáreas es mayor; la edad gestacional de 28 a 36 semanas constituye un total de 65% y la mayor tasa de cesáreas se atendieron en clínicas privadas.(Muñoz Hernández J.A;et al,2020)

Iser González & Romero Tamayo (Guinea Bissau-2019), en un estudio titulado: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CESÁREA PRIMITIVA HOSPITAL NACIONAL SIMAO MENDES. GUINEA BISSAU. 2017”, es un estudio que tiene como objetivo investigar cuáles son los factores asociados a la cesárea primitiva en el Hospital Nacional Simao Mendes de Guinea Bissau.Es un estudio de tipo analítico, de tipo caso control; la muestra estuvo conformada por 206 mujeres a las que se le realizaron cesárea primitiva (casos) y 412 gestantes que tuvieron un parto eutócico (controles),donde se determinó dos controles por cada caso.Se obtuvieron como resultados que las variables edad materna menor de 20 años y mayor de 35 años,la edad gestacional con menos de 37 semanas o más de 42 semanas y la enfermedad hipertensiva del embarazo fueron factores de riesgo con asociación estadística a la cesárea primitiva,en cambio el líquido amniótico meconial fue un factor de riesgo,pero no tuvo asociación estadística con la cesárea primitiva (OR= 1,05; P=0,77).Se tuvo como conclusión del estudio que la edad materna menor de 20 años y mayor de 35 años,la edad gestacional menor de 37 semanas o más de 42 semanas y la enfermedad hipertensiva del embarazo son factores de riesgo con

asociación estadística que incrementan las cesáreas.El líquido amniótico meconial no tuvo asociación estadística significativa.(Iser González, Romero Tamayo,2019)

Chavarría Cano (Granada, Nicaragua, 2018), con su estudio titulado: “FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR EL SERVICIO DE OBSTERICIA. HOSPITAL AMISTAD JAPÓN – NICARAGUA. GRANADA. ENERO A DICIEMBRE 2017; este estudio tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la indicación de cesáreas atendidas por el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón de Nicaragua; para ello se usó el tipo de estudio observacional, descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 239 gestantes que cumplían con los criterios de inclusión. Las conclusiones a las que se llegaron fue que las gestantes que tenían nivel escolar bajo,que son amas de casa y jóvenes,son las que tuvieron mayor cantidad de cesáreas; en cuanto a las gestantes que tuvieron cesárea por urgencia, los motivos más frecuentes fueron sufrimiento fetal agudo, taquicardia fetal y en menor porcentaje preeclampsia; en cambio las gestantes que se atendieron de forma electiva, las indicaciones más comunes fueron por cesárea anterior(18%),DCP(7,1%) y distocia de presentación(6,7%).(Chavarría Cano,2018)

1.2.2 Nacionales

Herrera Bustamante (Cusco-Perú-2020), en un trabajo titulado: “FACTORES ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LAS CESÁREAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2019”; es un estudio que tuvo por objetivo conocer los factores asociados al incremento de cesáreas en gestantes que se atendieron en el Hospital Regional del Cusco. Se trató de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. La población estuvo conformada por todas aquellas gestantes que se sometieron a cesárea en el Hospital Regional del Cusco, durante el 2019, que fueron un total de 1621 gestantes, de las cuales se obtuvo una muestra de 300 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Los resultados que se obtuvieron fue que las gestantes del grupo etáreo de entre 20 a 34 años, fue el grupo que más se sometió a cesáreas con un porcentaje de 67,3%;el estado civil más frecuente fue el conviviente con un total del 77%;el 52% de las gestantes procedieron de la zona urbana; el 50,7% de las gestantes tuvieron un nivel de instrucción secundario; del 68,7% de las gestantes fue su primera cesárea;46,7% fueron primíparas, las edad gestacional más frecuente fue de 37 a 41 semanas con un porcentaje del 80,7%;un 73,3% de gestantes tuvo controles prenatales; dentro de las causas maternas de cesáreas, las patologías más frecuentes fueron: cesárea anterior (43,2%),DGP(28,4%),enfermedad hipertensiva del embarazo (19,4%);dentro de los factores fetales, la patología más frecuente fue distocia del producto (51,5%) y de los factores ovulares fue ruptura prematura de membranas(34,1%) (Herrera Bustamante Juan Carlos,2020)

Sinchitullo Castillo (Lima-Perú,2020), en un estudio cuyo título es: “FACTORES ASOCIADOS A PARTOS POR CESÁREA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, 2014-2018”. Es un estudio que tuvo como objetivo conocer los factores asociados a partos por cesárea en el Hospital Militar Central. La metodología de estudio que se usó fue un estudio de diseño no experimental, analítico, retrospectivo, de tipo casos y controles. La población estuvo constituida por 5000 partos realizados durante el periodo de 2014 a 2018, de los cuales 329 pacientes constituyeron los casos (cesáreas) y 659 gestantes los controles (partos vaginales).Los resultados que se obtuvieron fue que el porcentaje de cesáreas durante ese periodo estuvo entre el 18,2% a 41,2%;los factores que tuvieron asociación estadística fueron cesárea previa (OR=1.55, IC95%=1.12-2.15),así como la edad de la gestante (OR=1.03, IC95%=1.0-1.06),el número de hijos (OR=0.83, IC95%=0.72-0.95);la edad gestacional ni los controles prenatales ni el nivel educativo constituyeron un factor de riesgo significativo de cesárea.(Angel Eduardo Sinchitullo Castillo,2020)

Zelada Lázaro (Lima-Perù-2019), en un estudio que lleva por título: “FACTORES MATERNOS, FETALES Y OVULARES ASOCIADOS A PARTOS POR CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GÍNECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL PNP LUIS N. SAENZ. JUNIO 2017 – JUNIO 2018.Es un estudio que tuvo por objetivo conocer los factores maternos, fetales y ovulares asociados a la ocurrencia de partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital PNP Luis N. Saenz en el periodo de junio del 2017 a junio 2018.La metodología que se usó fue de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal. El tamaño de la muestra de un total

de 284 gestantes atendidas en el mencionado hospital, de las cuales 228 historias clínicas presentaban cesárea segmentaria transversa primaria y 156 gestantes cesárea segmentaria transversa iterativa. Para el análisis de los resultados se usó el programa estadístico informático IBM SPSS 22.0. Los resultados que se obtuvieron fueron que de los factores maternos la desproporción céfalo pélvica, trabajo de parto prolongado, pródromos de trabajo de parto y oligohidramnios son factores asociados a cesárea con un $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,012$, $p=0,018$ respectivamente; de los factores ovulares la única patología con asociación estadística fue ruptura prematura de membranas con un $p=0,001$ y de los factores fetales se encontró que macrosomía fetal, sufrimiento fetal, presentación fetal anómala y gestación múltiple son las patologías que tienen asociación estadística significativa con un $p=0,003$, $p=0,004$, $p=0,000$, $p=0,041$ respectivamente. (Zelada Lazaro, 2019)

Huamán Santillán, N; et al. (Huánuco-Perú-2018), realizaron un estudio titulado: "FACTORES RELACIONADOS A PARTOS POR CESÁREA EN EL HOSPITAL II ESSALUD DE HUÁNUCO". Este estudio fue de tipo descriptivo, transversal, correlacional. Tuvo como objetivo conocer la frecuencia de cesáreas en el Hospital II ESSALUD de Huánuco, además de determinar los factores que ocasionan su ocurrencia. La muestra estuvo constituida por 239 gestantes, de los cuales 82 partos fueron por cesárea y 157 partos por vía vaginal. Los resultados que se obtuvieron fue que la tasa de cesáreas durante el periodo del 1 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2010 fue del 37,16%, el grupo etáreo más frecuente fue de 31 a 44 años con un porcentaje del 36,53%; las variables estadísticamente significativas que tuvieron asociación con cesárea fueron la variable

cesárea previa [p=0,000; RP: 2,81 (IC: 2,12-3,72)], presentación fetal [p=0,034; RP: 2,14 (IC: 1,37-3,34)], desprendimiento prematuro de placenta [p=0,039; RP: 2,61 (IC: 1,73-3,94)], sufrimiento fetal agudo [p=0,000; RP: 2,68; (IC: 1,99-3,60)], ruptura prematura de membrana [p=0,011; RP: 1,76 (IC: 1,20-2,58)], placenta previa (p=0,013; RP: 2,71 (IC: 1,92-3,82)] y disturbio de líquido amniótico (p=0,012; RP: 1,90 (IC: 1,26-2,88) (Huamán Santillán, Nike; et al,2018)

Andía Mamani (Puno-Perú-2017) en un estudio que lleva por título “FACTORES DETERMINANTES DE LA CESÁREA EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2017”. Es un estudio cuyo objetivo fue conocer los factores determinantes de cesárea en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno. Es un estudio descriptivo observacional, transversal, analítico. La población de estudio estuvo constituida por 715 pacientes que tuvieron su parto vía cesárea, de las cuales se determinó una muestra de 253 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión. Para el análisis de los resultados se usó el programa SPSS en su versión 25 y como prueba estadística se usó chi cuadrado. Los resultados que se obtuvieron fue que la edad de la madre más frecuente fue el grupo etáreo de 20 a 29 años con un porcentaje de 52,96% (p=0,621), la edad gestacional de 37 a 42 semanas con un porcentaje de 37,55% (p=0,001), gestante nulípara con un porcentaje de 58,10% (p=0,019), gestantes que tuvieron trabajo de parto con un porcentaje de 65,61% (p=0,000) y la principal causa obstétrica de cesárea fue preeclampsia con 36,76% (p=0,034). (Mamani,2017)

José Luis Medina Huiza (Lima-Perú-2016), en un estudio titulado “FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015”. Es un estudio que tuvo como objetivo conocer los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital dos de mayo. Se trata de un estudio de diseño observacional, retrospectivo, transversal. La población de estudio estuvo constituida por aquellas gestantes cuyo parto terminó en cesárea, que fueron un total de 1666 pacientes, de los cuales se tomó una muestra de 312 gestantes. Los resultados que se obtuvieron fue que el porcentaje de cesáreas fue del 57,5%, las pacientes de 20 a 35 años fue un total de 73,1%, la edad gestacional de 37 a 41 semanas representó el 92,3%; de las causas maternas, la cesárea anterior fue la más frecuente con un porcentaje de 37,5%; de los factores fetales, feto grande fue la patología más frecuente asociada a cesárea con un total de 10,9% y de los factores ovulares, la ruptura prematura de membranas (RPM) fue el más frecuente con un porcentaje de 7,7%. (José Luis Medina Huiza, 2016).

1.3. Objetivos

1.3.1 General

Determinar los factores asociados a la indicación de cesáreas en embarazadas atendidas por el servicio de gineco- obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021.

1.3.2 Específicos

✓ Conocer la tasa de cesáreas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021

✓ Conocer las características socio-demográficas (edad, nivel educativo, estado civil, paridad, controles prenatales, entre otros) en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021.

✓ Identificar los principales indicadores maternos (cesárea previa, trastornos de la hipertensión durante el embarazo, desproporción céfalo pélvica y otras causas) que determinan el uso de la operación cesárea en el Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021.

✓ Identificar los indicadores fetales (embarazo múltiple, macrostomia fetal, distocia del producto, distrés fetal y otras causas), asociados al incremento de cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021.

✓ Determinar los indicadores ovulares (placenta previa, ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, DPPNI y otras causas), asociados al incremento de las cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de gineco-

obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021.

1.4. Justificación

1.4.1 Justificación teórica

Frente a la problemática vista del aumento progresivo del uso de cesáreas y que estas han superado el límite trasado por la OMS en el año de 1985 (10-15%), y viendo que la realidad peruana no es ajena a esta problemática, ya que la última estadística realizada por ENDES 2019, arroja una tasa de cesáreas de 34,7% ,lo que significa un aumento en la tasa de cesáreas de 6,1 puntos con respecto al 2014, por tal motivo he visto necesario realizar este trabajo de investigación y según lo anteriormente expuesto, donde se ha estudiado que el uso indiscriminado de cesáreas no trae precisamente beneficios para la madre y el recién nacido, por el contrario es causante de complicaciones, estancias hospitalarias prolongadas, y además de un aumento del gasto hospitalario, entre otros, por lo que he visto necesario estudiar cuáles son los factores más asociados que determinan la indicación de cesárea y analizar si estas tienen o no justificación médica, además de indagar el porcentaje de cesáreas del Hospital María Auxiliadora y ver si cumple o no lo recomendado por la OMS.

1.4.2 Justificación práctica

Así mismo este estudio servirá para tomar acciones en la prevención primaria y disminuir así la frecuencia y uso injustificado de cesáreas, evitando así las diversas complicaciones que se derivan de esta operación quirúrgica tanto para la madre como para el recién nacido; así como también disminuir los gastos que conlleva realizar una operación cesárea injustificada respecto a un parto vaginal; además de que este trabajo servirá de referencia para otros estudios , así como también permitirá poder comparar la realidad del Hospital María Auxiliadora con respecto a otras realidades hospitalarias y poder regular el uso de cesáreas y mejorar así la salud de las gestantes.

1.4.3 Justificación metodológica

Se usó el método descriptivo-retrospectivo; ya que con este método nos permite estudiar cuáles son los factores asociados más frecuentes a cesárea en el hospital María Auxiliadora y nos ayuda a recolectar información de historias clínicas de las gestantes que ya fueron atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el periodo de estudio que se eligió.

1.5. Hipótesis

No requiere por ser un trabajo de investigación descriptivo.

II. MARCO TEÒRICO

2.1 Evolución histórica

Hay varias teorías que explican el origen del nombre cesárea, una de ellas se refiere a que según Plinio El Viejo, al emperador romano Julio César, le pusieron ese nombre debido a que vino al mundo por cesárea, que significa escindir; sin embargo, esta teoría es desestimada, debido a que la madre de Julio César vivió muchos años posterior al parto, y en ese tiempo la práctica de una cesárea terminaba en un desenlace mortal para la madre. (Martínez, Grimaldo, Vázquez, Reyes, Torres & Escudero, 2015)

Otra de las teorías que explica el origen del nombre es que el emperador Numa Pompilio creó una ley, llamada “Ley Regia”, esta ley decía que se tenía que extraer el feto del vientre de la madre post mortem, para salvar al feto; prohibía enterrar a una mujer gestante, sin antes haberle extraído el feto, mediante la escisión del abdomen, esta ley fue avalada por la iglesia, quien declaraba necesario la apertura del vientre de la madre fallecida, con el objetivo de salvar al feto, siempre y cuando el feto haya sobrevivido. (Martínez, Grimaldo, Vázquez, Reyes, Torres & Escudero, 2015)

Otros autores sugieren que el nombre se debe al verbo latino *caedere*, que significa cortar, por lo que se usaba para nombrar que el parto del infante fue por un corte.

La primera referencia a una cesárea en una mujer viva se remonta al año 1500, cuando el castrador de cerdos suizo Jacob Nufer, realizó esta práctica en su esposa. (Sánchez et al, 2020)

Durante el siglo XVII, obstetras de renombre como el alemán Cornelio Solingen (1641-1687) y el francés Francois Mauriceau (1637-1709) no estuvieron de acuerdo con esta operación en mujeres vivas, debido a la elevada probabilidad de morir para la madre. (Sánchez et al,2020)

En 1793 se realizó con un resultado exitoso la primera cesárea en Inglaterra y en 1794 en los Estados Unidos de América. (Sánchez et al,2020)

En cambio, en Latinoamérica la primera cesárea se realizó en Venezuela en el año 1820, el niño sobrevivió, pero la madre tuvo un desenlace mortal. (Sánchez et al,2020)

El éxito de la cesárea, se debe en gran parte al aporte de muchos personajes, que apoyaron en la solución de problemas tales como las infecciones, el dolor de la operación, las hemorragias; que eran las causantes de la alta mortalidad de esta en años anteriores.

Tales avances se debieron a la introducción del cloroformo en la obstetricia por James Young Simpson (1811-1870), Ignaz Semmelweis (1818-1865) el primero en reconocer la causa de la fiebre puerperal, Louis Pasteur (1802-1895) quien probó la existencia de las bacterias y vislumbró su participación en las infecciones, cuestión que fue probada por Robert Koch (1843-1910), y Joseph Lister (1827-1912), quien introdujo el tratamiento aséptico del campo operatorio. (Sánchez, Salazar, Soto & Martínez,2020)

Otro de los inconvenientes a superar sobre la operación cesárea era cómo suturar las incisiones que se realizaban. En el año de 1882 los ginecólogos alemanes Ferdinand Adolf Kehrer (1837-1914) y Max Sänger (1853-1903) introducen con éxito la sutura de plata y seda para cerrar el útero luego de una operación cesárea. La técnica de Sänger consistía en hacer una incisión de forma longitudinal en la cara anterior del cuerpo del útero convirtiéndose en la operación clásica. Kehrer en cambio, realizó una incisión transversa

en el segmento inferior del útero. Es en el año 1921, que el inglés J. Munro-Kerr redescubre la técnica descubierta en un inicio por Kehrer e introduce en 1926 la incisión transversal o semilunar en el útero, en reemplazo de la incisión vertical en la línea media, convirtiéndose en la técnica ideal de histerotomía en el siglo XX. (Martínez, Grimaldo, Vázquez, Reyes, Torres & Escudero,2015)

La incisión cutánea transversa fue divulgada por Pfannenstiel a finales del siglo XIX, la cual se realiza 2-3cm por encima de la sínfisis del pubis y tiene una longitud de 12 a 13 cm. (Damián et al,2020)

A principios de 1945, comienza el uso generalizado de la antibioticoterapia (Alexander Fleming,1929) y el uso de hemoderivados, lo que reduce de sobremanera la mortalidad materna. (Damián et al,2020)

En el siglo XX, la mortalidad disminuye debido a avances en la anestesiología, la fluidoterapia, el uso de uterotónicos, cuidados perioperatorios, uso de materiales hemostáticos y de sutura; de igual modo la aparición de la neonatología como disciplina médica también contribuyó a disminuir la mortalidad. (Damián et al,2020)

En cambio, la evolución de la cesárea en el Perú tiene los siguientes antecedentes:

La primera cesárea en el Perú fue practicada en 1861 en la Maternidad de Lima por el Dr. Camilo Segura en una paciente que falleció durante el parto. (Luis Távara Orozco,1993). El 31 de mayo de 1931 en la Maternidad de Lima el Dr. Alberto Barton practicó una cesárea obteniendo un recién nacido vivo, con un resultado mortal para la madre. En 1926 el Dr. Ricardo Palma realizó la primera cesárea en Chiclayo. Entre los años 1927 y 1936 el Dr. Manuel Jesús Castañeda efectuó la primera cesárea en Arequipa y en 1931 el Dr. Callo Zeballos hizo lo mismo en el Cuzco.La primera cesárea segmentaria en

el Perú fue practicada en el Hospital Maternidad de Lima por el Dr. Víctor Bazul Fonseca en 1937. Ese mismo año es practicada en el Hospital de Bellavista Callao por el Dr. Froilán Villamón. (Luis Távara Orozco,1993)

2.2 Comportamiento epidemiológico

En un estudio realizado por la revista The Lancet en 2018, el número de nacimientos por cesárea se duplicó en 15 años, de 12% a 21% entre los años 2000 al 2015, y superó el 40% en 15 países, la mayoría de América Latina y el Caribe.

Las diferencias son abismales entre regiones, desde África subsahariana (4,1%), donde las estadísticas manifiestan que hacen uso moderado de las cesáreas, en cambio en América Latina y el Caribe (44,3%, frente a 32,3% en 2000), donde se ven altos porcentajes de cesáreas. (The Lancet,2018)

En cambio, en Asia del Sur, las cesáreas aumentaron a más velocidad que en cualquier otra región, con un promedio de 6% al año, disparándose de 7,2% a 18,1% de los nacimientos entre 2000 y 2015. (The Lancet,2018)

En América del Norte la tasa se situó en 32% y en Europa occidental en 26,9%.

Por países, República Dominicana es líder a nivel mundial en partos por cesárea (58,1%), y le sigue de cerca Brasil (55,5%).

Entre los 15 primeros también destacan los siguientes países latinoamericanos: Venezuela (52,4%), Chile (46%), Colombia (45,9%), Paraguay (45,9%), Ecuador (45,5%), México (40,7%) y Cuba (40,4%).

El estudio pone de manifiesto que este aumento se debe a la falta de equipo médico con los que se puedan atender los partos que se compliquen y, por lo tanto, ante la carencia

de estos, la mejor solución sea terminar el embarazo por cesárea, explica también que estos aumentos pueden ser por la comodidad que supone programar el día del parto tanto para la gestante como para los gineco-obstetras y a los mayores ingresos económicos para las clínicas que generan una cesárea, etc.

También revela que mientras mejor formación posea la gestante es mayor su preferencia por una cesárea; por ejemplo, en Brasil, donde la mayoría de cesáreas se dan en embarazos de bajo riesgo, el 54,4% de este tipo de partos se producen entre mujeres con una mejor formación educativa, frente a 19,4% para las mujeres de menor formación. (América Latina, la región con la mayor tasa de cesáreas del mundo,2018)

En Perú, sin embargo, la evolución de los nacimientos por cesárea, da cuenta que se ha incrementado desde el 1986, en especial en el área urbana, de 13,0% a 40,9% en el año 2019. (ENDES,2019)

Según la ENDES 2019, más de un tercio de nacimientos, de los cinco años precedentes a la Encuesta, fueron por cesárea (34,7%), se ve que se han incrementado en 6,1 puntos porcentuales en comparación al 2014 (28,6%).

2.3 Aumento de su frecuencia

La OMS, en el año 1985,estableció el porcentaje límite permitido de cesáreas en 10-15%,sin embargo estas cifras han venido aumentando de forma alarmante en las últimas décadas tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, esto es debido a varios factores que han contribuido a disminuir la morbimortalidad de la cesárea, avances en el campo de la anestesiología, técnica quirúrgica y cuidados perioperatorios; la creencia de que la cesárea ofrece mayor seguridad para el feto, además de que evita las complicaciones

propias del parto, además de la existencia de la cardiotocografía, entre otros.(Sánchez et al, 2020).

Para un estudio más detallado podemos estudiar estos factores por separado para entender mejor este aumento en la tasa de cesáreas:

2.3.1 Factores maternos

De las condiciones maternas que determinan una cesárea, encontramos la edad gestacional, se determinó que la edad gestacional menor a 38 semanas y mayor a 40 semanas, es más frecuente la cesárea, las mujeres primigestas tienen una mayor proporción de partos por cesárea (43.3%) en comparación con las mujeres que tienen el antecedente de un hijo previo (34.9%), o bien, dos o más hijos (27.5%). (Ruiz-Sánchez J y cols.2014)

Así también se sabe que las gestantes de clase media-alta tienen preferencia por el parto quirúrgico. Otro de los factores maternos para preferir la cesárea es el temor al dolor del parto que tienen las gestantes; el miedo al parto puede ser primario, que se genera durante un primer embarazo a medida que este llega a término, o puede ser secundario, después de una experiencia traumática o dolorosa durante un parto anterior. El miedo primario al parto puede ser desencadenado por experiencias traumáticas de otras mujeres y/o puede estar relacionado con trastornos de ansiedad o depresión. (Anibal Faundes,2021)

2.3.2 **Práctica obstétrica**

Dentro de estos factores hay que considerar la conveniencia del obstetra, a quienes les favorece programar una cesárea electiva porque esta se realiza en una fecha mutuamente acordada, sin interrumpir las actividades personales o profesionales del médico. (Anibal Faundes,2021)

También ha contribuido al aumento de las cesáreas el hecho de que muchos obstetras consideran que la cesárea es una vía de parto mucho menos riesgosa para el recién nacido y que es más cómoda para la madre, aunque la evidencia científica no lo ha demostrado. (Ruiz-Sánchez J y cols.2014)

Que la gestante tenga como antecedente una o más cesáreas, es la justificación más frecuente por la que un médico decide realizar cesárea. El riesgo de tener un parto por cesárea aumenta en 17,7 veces cuando se tiene una cesárea previa que un parto eutócico. (Ruiz-Sánchez J y cols.2014).

Así mismo en un estudio realizado por la BBC en Brasil en el año 2014, refiere que, dado que cada vez hay menos partos vaginales, la posibilidad de entrenar a los nuevos médicos en esta técnica es menor y por lo tanto los médicos no se sienten preparados para afrontar con éxito las dificultades de un parto vaginal.

2.3.3 **Factores sociales**

Por ejemplo, dentro de estos factores tenemos, los litigios por mala praxis, que favorecen el incremento de cesáreas, debido al temor de los médicos de ser demandados.

También debemos considerar los ingresos económicos de una población, dado que mujeres de estratos altos ven la cesárea como una alternativa más segura. Así también por

el contrario países de menores ingresos, tienen problemas para la atención obstétrica, dado que no cuenta con infraestructura hospitalaria, falta de personal, bancos de sangre, anestesia regional como general, cuidados postoperatorios, etc. (Ruiz-Sánchez J y cols.2014).

En el Perú se observa una tendencia similar, el porcentaje de nacimientos por cesárea fue más elevado en las gestantes con educación superior que aquellas sin una buena educación (50,0% frente a 11,9%) y fue aún mayor si pertenece al quintil superior (62,5%) en relación con madres del quintil inferior de riqueza (13,5%) (ENDES,2018)

2.3.4 Factores institucionales

El porcentaje de partos por cesárea es mayor en hospitales privados, que, en hospitales públicos, debido a que este acarrea mayores ganancias económicas, este hecho ha sido comprobado por diversos estudios realizados por la OMS, y esto se ve en países como Chile, donde la privatización de la salud ha contribuido a incrementar estas cifras. (Ruiz-Sánchez J y cols,2013, vol28, Pág. 34).

Ahora bien, en el Perú ocurre un caso similar; en un artículo publicado en el diario La República en el año 2014, menciona que las tasas de cesáreas de las 100 principales clínicas privadas del país han seguido subiendo. El 2009, la tasa de cesáreas era de 67%, en el 2010 de 71% y en el 2011 de 73%, esto es incentivado por el alto precio de cesáreas que se les hace más rentable practicar a los hospitales privados, se sabe que el precio de una cesárea en una clínica bordea los 7mil soles, comparado con un parto natural, que llega a los 3700 soles. (Milagros Barrios Ch. La República,2014)

2.3.5 Parto por cesárea por solicitud de la madre

El parto por cesárea a petición de la madre se refiere a un parto por cesárea primario realizado porque la madre solicita este método de parto en ausencia de una indicación médica u obstétrica para evitar el parto vaginal. (Errol R Norwitz y col. 2021)

Desde el punto de vista ético y en una sociedad contemporánea como la nuestra, las gestantes tienen derecho a participar de la elección de la vía del parto, siempre y cuando esta decisión se encuentre acompañada por una adecuada información de riesgos y beneficios de esta por parte del médico tratante.

Las principales razones que llevan a las gestantes a solicitar una cesárea son las siguientes:

- Miedo al dolor, el proceso, la duración y / o las complicaciones del trabajo de parto y el parto vaginal.
- Experiencias laborales deficientes previas.
- Preocupaciones sobre el daño fetal por el trabajo de parto y el parto vaginal.
- Preocupación por el traumatismo del suelo pélvico por el trabajo de parto y el parto vaginal, y el desarrollo posterior de síntomas asociados con el prolapso de órganos pélvicos.

2.4 Tipos de parto

2.4.1 Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- **Primaria:** Es la que se realiza por primera vez.
- **Iterativa:** Es la que se le practica a una gestante que ya tiene dos o más cesáreas previas. (Castillo Velásquez, Natasha Paola,2017)

2.4.2 Según indicaciones

- **Urgente:** Es la que se practica a la gestante con la finalidad de solucionar alguna patología obstétrica que ponga en riesgo la vida de la madre o del feto.
- **Electiva:** Son aquellas cesáreas programadas con cierto tiempo de antelación con indicación médica y que se realiza antes de que inicie trabajo de parto. (Castillo Velásquez, Natasha Paola,2017)

2.4.3 Según técnica quirúrgica

❖ **Segmentaria arciforme.** Es la técnica que se usa habitualmente, que consiste en hacer una incisión transversal, pero arciforme en el segmento inferior para evitar compromiso de las arterias uterinas si se extendiese la incisión de modo lateral.

✓ **Ventajas:** Menor sangrado uterino, menor necesidad de disección vesical, reaproximación más fácil, menor riesgo de ruptura uterina en futuros embarazos.

✓ **Desventaja:** Mayor riesgo de lesión vesical. (Carbajal Cabrera Jorge A, Ralph Troncoso, Constanza A,2018)

❖ **Corporal o clásica:** Se reserva para casos especiales, la incisión se efectúa de modo vertical (habitualmente) u horizontal en el cuerpo uterino.

✓ **Ventajas:** Facilita la extracción en casos de placenta previa en cara anterior, en fetos en transverso, especialmente prematuros extremos.

✓ **Desventajas:** Mayor sangrado uterino, mayor riesgo de rotura uterina en el embarazo siguiente. (Carbajal Cabrera Jorge A, Ralph Troncoso, Constanza A,2018)

❖ **Incisión segmentaria longitudinal de Krönig.** Es cuando se realiza una incisión longitudinal a nivel del segmento inferior del útero. La ventaja de esta intervención es que se puede agrandar la herida hacia la parte superior del segmento lo que permite un mayor campo operatorio, pero también está la desventaja de que se puede extender la herida hacia abajo y que esta complique luego la sutura de la misma. (Zelada Lazaro, Viviana Paola,2019)

❖ **Segmento corporal:** O de Beck, la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. (Zelada Lazaro, Viviana Paola,2019)

2.5 Clasificación de Robson

La OMS propuso este sistema de clasificación en 2011, esta clasificación se basa en cuatro conceptos obstétricos: Los antecedentes obstétricos, el progreso del parto, la categoría del embarazo y la edad gestacional; con lo que se clasifican a las gestantes en 10 grupos. Las mujeres se agrupan de acuerdo a ciertas características obstétricas:

- Edad gestacional (pretérmino, a término, posttérmino),
- Paridad (nulípara, secundípara o múltípara) con y sin cesárea previa,
- Cantidad de fetos (único o múltiple).
- Comienzo del trabajo de parto, ya sea espontáneo, inducido o cesárea antes del comienzo del trabajo de parto, y
- Presentación fetal, ya sea cefálica o podálica, y situación transversa.

El objetivo del uso de esta clasificación es para caracterizar a la población que se atiende, así mismo identificar a aquellos grupos que más aportan a la proporción de la cesárea o al incremento de ella. (Aidé I. Manny-Zitle,2018).



Adaptado de la OMS sobre la tasa de cesáreas.

2.6 Indicaciones de cesárea

- **Indicación de Cesárea Relativa.** Son las indicaciones donde se elige el nacimiento por la vía abdominal, debido a que ésta presenta menor riesgo para la madre y el feto que otras alternativas.
- **Indicación de Cesárea Absoluta.** Son aquellas indicaciones, en las que la vía abdominal es el único medio a usar para el parto.

2.6.1 Factores maternos

2.6.1.1 Indicaciones absolutas.

- **Desproporción céfalo-pélvica.** La gestante tiene una buena dinámica uterina y buena pelvis, pero a pesar de eso el feto no desciende, el parto se ha detenido; es decir el conducto pélvico no es suficiente para permitir la salida del feto; hay una pérdida de la armonía entre el feto y la pelvis que impide un parto normal; la conducta en estos casos es finalizar la gestación vía cesárea. (Dr. Gaspar Vallecillo M y col.1975, vol.43)

- **Herpes genital activo.** Los riesgos de transmisión son casi nulos en el primer y segundo trimestre, puesto que la madre genera anticuerpos; el riesgo es mayor cuando aparece en el tercer trimestre, se realiza un examen ginecológico y de salir positivo es indicación absoluta de cesárea. (Viviana Paola Zelada Lázaro,2019)

- **Rotura uterina.** Es la solución de continuidad en el útero, algunos factores de riesgo más frecuentes son cicatrices uterinas anteriores, legrados uterinos, anomalías o tumores.

- **Inducción fallida de trabajo de partos** Se considera fracaso cuando tras 18 horas con oxitocina endovenosa no se ha alcanzado las condiciones apropiadas de parto (cérvix borrado un 50%, dilatado 2-3 cm, con dinámica uterina activa) o después de 4 ciclos con misoprostol no hay cambios cervicales.

- **Miomas obstructivos, fibromas y quiste ováricos:** Es indicación de cesárea absoluta cuando alguno de estos genera obstrucción en la salida del feto.

- **Antecedente de dos o más cesáreas:** Se recomienda realizar operación cesárea programada, para evitar el riesgo de rotura uterina.
- **Cardiopatía descompensada.** En una gestante con esta patología se decide la vía abdominal como vía de parto, ya que exponerla a un periodo de dilatación y expulsivo prolongado puede aumentar la mortalidad. (Vargas Reynoso Olga Lidia,2019)
- **Aneurisma o malformación arteriovenosa cerebral**
- **Cirugía previa sobre el cuerpo uterino.** Es indicación de cesárea debido al riesgo de rotura uterina.

2.6.1.2 **Indicaciones relativas.**

- **Colestasis.** Es la patología hepática más común durante la gestación, que se produce por un desequilibrio de ácidos biliares a nivel del hepatocito de la madre, generando que estos se acumulen y por lo tanto se eleven en la sangre. Caracterizado por prurito, sobre todo a nivel de las plantas a finales del embarazo. (Williams,2019)
- **Embarazo postérmino:** Cuando supera las 42 semanas de gestación. No es una indicación por sí sola de cesárea, sólo si está acompañada de otras patologías.
- **Preeclampsia.** Presión arterial elevada en una gestante de más de 20 semanas de edad gestacional que se puede acompañar de proteinuria o de fallo orgánico y que resuelve dentro de las 12 semanas post parto. (Phyllis August y col.2021)

- **Expulsivo prolongado.** Cuando en una gestante nulípara, el segundo periodo del parto (expulsivo) dura más de 90 minutos y en una multípara dura más de 60 minutos.

- **Dilatación estacionaria.** Es cuando la dilatación en la gestante tarda de 2 horas a más.

- **Embarazo prolongado, que no inicia trabajo de parto.** Cuando la gestación se ha prolongado más allá de las 42 semanas de edad gestacional, también se le llama gestación postérmino.

- **Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración.** Los esquemas de maduración se realizan de acuerdo al puntaje BISHOP, tal es así que gestantes que tienen un BISHOP menor a 6 se procede a dar misoprostol para madurar el cérvix y luego se procede a dar oxitocina; en cambio un cérvix con un BISHOP mayor a 6 se da de frente oxitocina para inducir el trabajo de parto.

- **Enfermedad hipertensiva del embarazo.** Presión arterial elevada ($\geq 140/90$) que se presenta en una gestante de más de 20 semanas de edad gestacional, que no está acompañado de proteinuria ni de falla de órganos y que resuelve dentro de las 12 semanas post parto.

2.6.2 Factores fetales

2.6.2.1 Indicaciones Absolutas

- **Situación transversa.** Feto que al momento del parto está en posición horizontal en relación a la madre y no revierte durante el trabajo de parto.
- **Feto en variedad de frente.** Cuando la cabeza fetal ocupa una posición a medio camino entre la flexión completa (occipucio) y la extensión (cara). Podría deberse a que el feto es prematuro, malformaciones fetales, hidramnios o la alta paridad pueden favorecer estas posiciones. (Williams,2019)
- **Embarazo múltiple:** Cuando alguno de los fetos no está en cefálico es indicación de cesárea.
- **Peso fetal entre 1000 y 1500 gr.** Para evitar en el neonato la hemorragia intracraneal a consecuencia del parto vaginal. (Vargas Reynoso Olga Lidia,2019)
- **Sufrimiento fetal agudo.** Cuando hay alteración de la frecuencia cardiaca, ya sea por hipoxia o por acidosis fetal, que puede provocar daño permanente en el sistema nervioso central o falla multiorgánica. Debido al uso del constante monitoreo fetal electrónico durante el trabajo de parto, donde se detecta esta patología es que las cesáreas han aumentado por esta causa. (Vargas Reynoso Olga Lidia,2019)
- **Distocias de posición persistentes.** Que al llegar el final de la gestación no adoptan la posición correcta de parto.

- **Macrosomía fetal.** Feto mayor de 4000gr, debido a que este crecimiento fetal acelerado puede producir muerte fetal y desgarro materno. Son más frecuentes en gestantes diabéticas. En este tipo de fetos son más frecuentes los partos instrumentados, distocia de hombros, sufrimiento fetal agudo, depresión neonatal, secuelas neurológicas. (Vargas Reynoso Olga Lidia,2019)

2.6.2.2 **Indicaciones relativas**

- **Feto en presentación podálica.** Cuando la posición podálica, es decir en posición de nalgas y esta no revierte en las últimas semanas de gestación es indicación de cesárea, para reducir la morbilidad y mortalidad perinatal.

- **Anomalías congénitas:** Hidrocefalia, meningocele, onfalocele o gastrosquisis.

- **Restricción del crecimiento intrauterino.** Es cuando el crecimiento del feto es por debajo del percentil 10 o debajo de dos desviaciones estándar, el diagnóstico se realiza mediante ecografía seriada. (Zelada Lazaro Viviana Paola,2019)

2.6.3 Factores ovulares

2.6.3.1 Indicaciones absolutas

- **Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.**

Separación parcial o completa de una placenta normalmente adherida antes del parto o después de la semana 20 del embarazo, caracterizado por un sangrado rojo oscuro, escaso de inicio brusco, dolor abdominal, hipertoniá uterina, sufrimiento fetal agudo y con complicaciones graves tanto para la madre como para el feto. (Vargas Reynoso Olga Lidia,2019)

- **Placenta previa oclusiva total.** Inserción total de la placenta en el

segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o muy cerca del mismo. Caracterizado por una hemorragia indolora, sin contracción, donde no hay sufrimiento fetal y no descompensa a la madre, cuyo principal factor de riesgo son cesárea previa, legrado uterino, endometritis, corioamnionitis, multípara añosa y que se diagnostica por medio de una ecografía transvaginal.

- **Prolapso de cordón.** Cordón por delante de la presentación. Son

accidentes obstétricos que pueden originar hipoxia fetal por lo que es una indicación de cesárea. Tiene dos variedades:

- ✓ **Procidencia de cordón.** Cuando las membranas ovulares están rotas.

- ✓ **Procúbito de cordón.** Cuando las membranas ovulares están íntegras.

Se deben a diversas causas como: Rotura prematura de membranas, parto podálico, gestación múltiple, polihidramnios, cordón largo, etc. (Vargas Reynoso Olga Lidia,2019)

- **Acretismo placentario.** Es cuando hay una mala adherencia de la placenta a la pared uterina. De acuerdo con el grado de invasión puede ser acreta, percreta e increta.
- **Oligohidramnios severo.** Que consiste en la disminución del líquido amniótico, esta patología se puede convertir en indicación de cesárea debido a que puede haber aplastamiento del cordón umbilical que puede causar sufrimiento fetal. (Vargas Reynoso Olga Lidia,2019)

2.6.3.2 **Indicaciones relativas**

- **Placenta previa oclusiva parcial.** Inserción parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o muy cerca del mismo.
- **Corioamnionitis.** Infección aguda del contenido amniótico, la flora normal del tracto genital puede colonizar e infectar las membranas, el cordón umbilical y el feto. Las bacterias ascienden después de una rotura prolongada de membranas y durante el parto para causar infección. Caracterizado por fiebre materna, taquicardia materna, taquicardia fetal, irritabilidad uterina, flujo mal oliente; la vía de elección para finalizar el parto es por la vía vaginal; recurriendo a la cesárea en casa haya falla de la inducción del trabajo de parto o haya alguna contraindicación. (Wiliams,2019)

- **Polihidramnios severo.** Si el líquido amniótico aumenta, esto se ve con más frecuencia en gestaciones múltiples. Por lo general se sospecha de esta patología cuando el tamaño uterino es más grande de lo esperado para la edad gestacional. Las causas pueden deberse a anomalías estructurales o síndromes genéticos y diabetes en menor proporción. Las complicaciones maternas que suelen asociarse a esta patología son abrupción placentaria, disfunción uterina durante el trabajo de parto y hemorragia posparto y en el feto puede causar parto prematuro, rotura prematura de membranas, prolapso de cordón. (Williams,2019)

- **Ruptura prematura de membranas.** Rotura de membranas ovulares antes del trabajo de parto, con la salida de líquido amniótico; detectado a través del examen físico o algún otro test de laboratorio (test de nitrazina, test de Fern, coloración azul de Nilo)

2.7 Características sociodemográficas

- **Control prenatal.** Conjunto de acciones y actividades que se realizan a la gestante, con el objetivo de mantener el bienestar materno-fetal, tanto físico, psicológico y social en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad; el control prenatal debe ser precoz, periódico y completo.

- **Edad materna.** - Es el número de años cumplidos de la gestante, es una variable cuantitativa de escala numérica continua.

- **Grado de instrucción.** - Variable cualitativa de escala ordinal, que indica el nivel de educación alcanzado por la gestante, y que puede ser clasificado

como: analfabeta, primaria, secundaria y superior/técnica. (Palomino Crespo, Denis Lisbeth,2017)

➤ **Estado Civil.** Es la situación jurídica de la paciente. Sus indicadores son soltera, casada, conviviente. (Palomino Crespo, Denis Lisbeth,2017)

➤ **Edad Gestacional.** Es la duración del embarazo en semanas, considerando el primer día de la última menstruación normal hasta el alumbramiento.

2.8 Complicaciones

2.8.1 Maternas

Se observa que la complicación más frecuente en las gestantes producto de la cesárea son las infecciones en un porcentaje de más o menos el 13%, siendo también causal de rehospitalización, siendo las infecciones de herida quirúrgica las más frecuentes. (Rosario Cardenas,2002).

Los microorganismos más frecuentemente hallados en muestras endometriales son *Chlamydia trachomatis*, *gardnerella vaginalis*, *ureaplasma urealyticum*.

También podemos encontrar que otra de las complicaciones de la cesárea es la dehiscencia de la herida quirúrgica, que a la vez puede provocar hemorragia postparto o rotura uterina, que llevan en un gran número de casos a una histerectomía. también se debe mencionar a la endometriosis vesical, por la infiltración del tejido endometrial en la vejiga.

La endometritis también está asociada a la cantidad de cesáreas. Se ha notado también que gestantes con una o más cesáreas como antecedente están más propensas a sufrir de placenta previa. También debemos mencionar al acretismo placentario, el riesgo

de desarrollar acretismo placentario en mujeres con placenta previa es 35 veces mayor con el antecedente de una cesárea que sin él. Se ha observado un aumento de 40% en el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, en aquellas cuyo parto inmediatamente anterior al estudiado fue cesárea. (Rosario Cardenas,2002)

También debemos de mencionar dentro de estas complicaciones el daño accidental a la vejiga o al útero durante la realización de la cesárea. Se ha comprobado además que el riesgo de muerte materna es entre dos a cuatro veces más en una cesárea que en un parto vaginal. (Rosario Cardenas,2002)

2.8.2 **Recién nacido**

Cuando las cesáreas se realizan antes iniciado el trabajo de parto predisponen al recién nacido a sufrir patologías respiratorias. Se estima una incidencia de síndrome de dificultad respiratoria de 4.1 casos por cada mil cesáreas de repetición practicadas antes del inicio de labor. También se ha observado un impacto en la respuesta inmune de los recién nacidos debido a los medicamentos administrados a la madre. También se tiene conocimiento que la incisión quirúrgica puede producir daño al feto, como lesiones ocasionadas por el bisturí. (Rosario Cardenas,2002)

La prolongación de la estancia hospitalaria debido a que una cesárea requiere de más días de recuperación hace que el recién nacido se encuentre expuesto a adquirir infecciones nosocomiales; esta situación también deviene en que estos niños retrasen el inicio de la lactancia materna exclusiva, ocasionando diversos daños al recién nacido como infecciones, entre otras. (Rosario Cardenas,2002)

Los bebés nacidos por cesárea tienen diferentes colonizaciones de la flora intestinal en comparación con aquellos nacidos por parto vaginal, lo cual puede afectar potencialmente la respuesta inmune neonatal. (Michelle Sadler,2018)

Un estudio reciente de ensayos controlados aleatorios y estudios prospectivos de cohorte, llegó a la conclusión que los niños nacidos por cesárea presentan un mayor riesgo de padecer asma hasta los 12 años de edad, y de obesidad hasta los 5 años de edad, en comparación a niños nacidos por vía vaginal (Michelle Sadler,2018).

Se debe menciona también que la taquipnea transitoria se presenta con mayor frecuencia en nacimientos por la vía cesárea. (Michelle Sadler,2018).

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

El presente estudio es:

Observacional: Porque no hay intervención del investigador.

Descriptivo: Porque no existe grupo de comparación y va a describir los diferentes factores asociados a cesáreas.

Retrospectivo. Porque se analizaron datos de historias clínicas de periodos pasados.

Tranversal. Porque la toma de datos se realizó en un solo periodo de tiempo.

3.2 Ámbito temporal y espacial

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital María Auxiliadora, en el servicio de ginecología y obstetricia.

3.3 Variables

3.3.1 Variable independiente:

Partos por cesárea.

3.3.2 Variables dependientes:

Factores sociodemográficos:

- ✓ Edad
- ✓ Nivel educativo
- ✓ Paridad
- ✓ Estado civil
- ✓ Controles prenatales

Factores maternos:

- ✓ Preeclampsia
- ✓ Desproporción céfalo-pélvica
- ✓ Rotura uterina
- ✓ Herpes activo
- ✓ Inducción fallida del trabajo de parto
- ✓ Miomas obstructivos, fibromas y quiste ováricos
- ✓ Cardiopatía descompensada
- ✓ Aneurisma o malformación arteriovenosa cerebral
- ✓ Cirugía previa sobre el cuerpo uterino

Factores fetales

- ✓ Macrosomía fetal
- ✓ Sufrimiento fetal
- ✓ Presentación fetal anómala
- ✓ Gestación múltiple
- ✓ Restricción del crecimiento intrauterino

Factores ovulares

- ✓ Placenta previa oclusiva parcial
- ✓ Placenta previa oclusiva total
- ✓ Ruptura prematura de membranas
- ✓ Prolapso de cordón
- ✓ Oligohidramnios
- ✓ Polihidramnios

3.4 Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por todas las gestantes que se realizaron cesárea en el Hospital María Auxiliadora de octubre del 2020 a abril del 2021.

La muestra se calculó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Gestantes por cesárea en el Hospital María Auxiliadora de octubre del 2020 a abril del 2021
- $Z_{\alpha} = 1.962$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada
- $q = 1 - p$
- d = precisión

RESOLVIENDO:

$$n = \frac{(2082) (1.96)^2(0.5) (0.5)}{(0.03)^2(2082-1) + (1.96)^2(0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{1999,5528}{(1,8729) +(0,9604)}$$

$$n = \frac{1999,5528}{2,8333}$$

$$n = 706$$

Donde:

$$N=2082$$

$$Z=1,96$$

$$P=0,5$$

$$Q=0,5$$

$$D=0,03$$

Criterios de Inclusión

Se incluyeron todas las cesáreas realizadas por indicación obstétrica, causas maternas o fetales.

Criterios de Exclusión

Las historias clínicas que tengan la información incompleta sobre la cesárea.

3.5 Instrumentos

Como instrumento de recolección de datos se usó la base de datos (programa Excel) del servicio de ginecología y obstetricia, donde se registran todas las altas correspondientes a los partos, tanto cesáreas como eutócicos, que se realizaron en el Hospital María Auxiliadora durante el mes de octubre del 2020 a abril del 2021.

3.6 Procedimientos

En primer lugar, se realizó una solicitud dirigida a la Dirección General del Hospital María Auxiliadora, solicitando permiso para acceder a la información requerida.

Se procedió a recolectar la información de la base de datos de las altas de las gestantes del servicio de gineco-obstetricia, correspondientes a los meses de octubre del 2020 a abril del 2021, según los criterios de inclusión y exclusión previamente expuestos, las cuales ya se encontraban distribuidas en el programa Excel.

3.7 Análisis de datos

Se ingresaron los datos recolectados en una base de datos en el programa estadístico SPSS v.23, donde se realizaron todos los análisis estadísticos para el presente estudio y los resultados fueron presentados en tablas y figuras para su interpretación.

IV. RESULTADOS

TABLA N°1

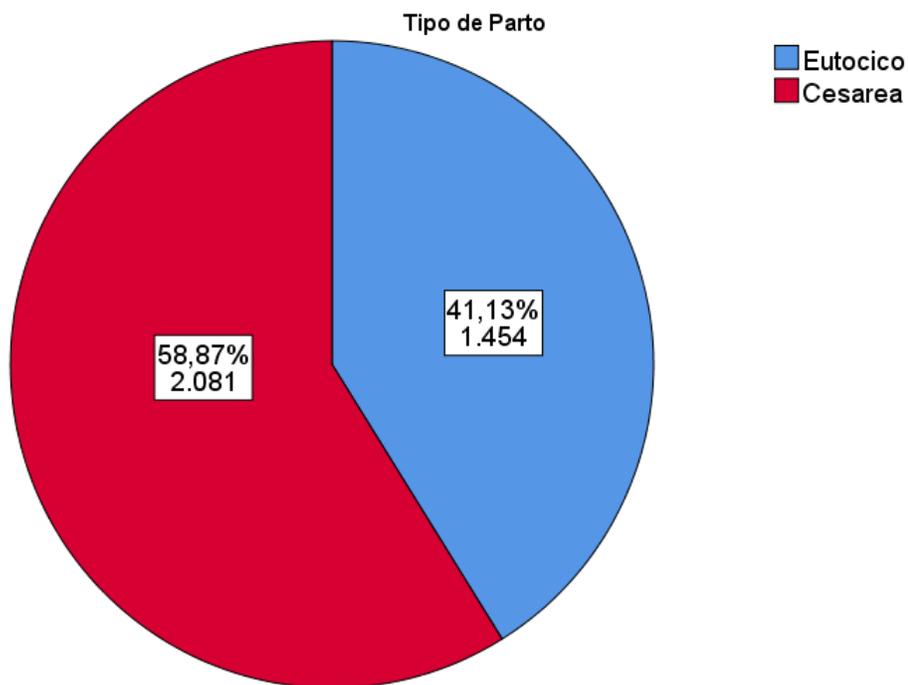
Tasa de cesáreas

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Eutócico	1454	41,1	41,1	41,1
Cesárea	2081	58,9	58,9	100,0
Total	3535	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

FIGURA N°1

Tasa de cesáreas



FUENTE:Ficha de recolección de datos.

Con respecto a la tasa de cesáreas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital María Auxiliadora durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021 fue de 2081 fue de 58,87%.

TABLA N°2

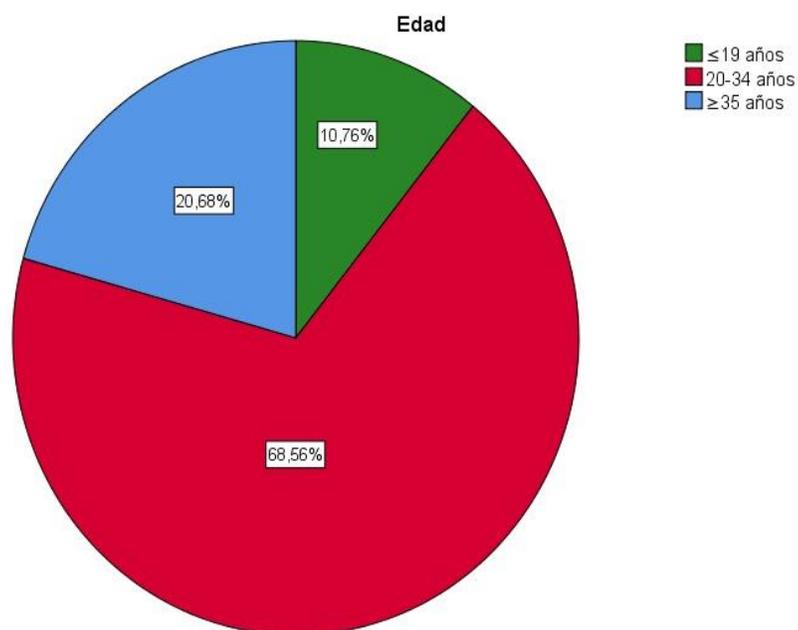
Edad materna

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido
≤19 años	76	10,8	10,8
20-34 años	484	68,6	68,6
≥35 años	146	20,7	20,7
Total	706	100,0	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

FIGURA N°2

Edad materna



Fuente:Ficha de recolección de datos

Al analizar la edad materna de las gestantes cesareadas, se observa que el 68,6% está en el rango de edad de 20 a 34 años y un 20,7% es ≥35 años.

TABLA N°3

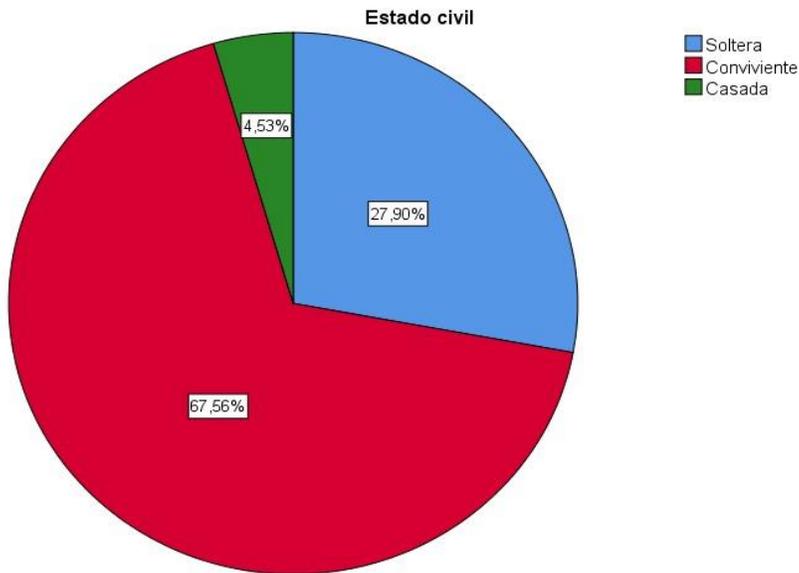
Estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Soltera	197	27,9	27,9
Conviviente	477	67,6	67,6
Casada	32	4,5	4,5
Total	706	100,0	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA N° 3

Estado civil



FUENTE: Ficha de recolección de datos

Con respecto a la variable estado civil, el 67,6% de las gestantes sometidas a cesárea tuvieron estado civil conviviente y el 27,9%, estado civil soltera.

TABLA N°4

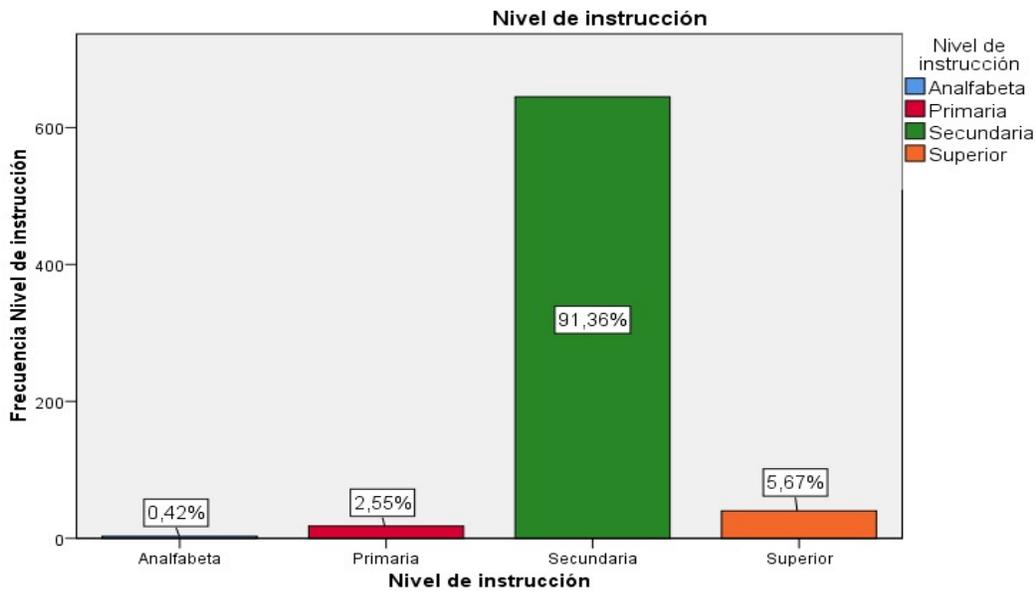
Nivel de instrucción

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Analfabeta	3	,4	,4
Primaria	18	2,5	2,5
Secundaria	645	91,4	91,4
Superior	40	5,7	5,7
Total	706	100,0	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA N°4

Nivel de instrucción



FUENTE: Ficha de recolección de datos

Al analizar la variable nivel de instrucción se determinó que el porcentaje de gestantes sometidas a cesárea con nivel de instrucción secundaria fue del 91,4% y con nivel superior con un porcentaje del 5,7%.

TABLA N°5

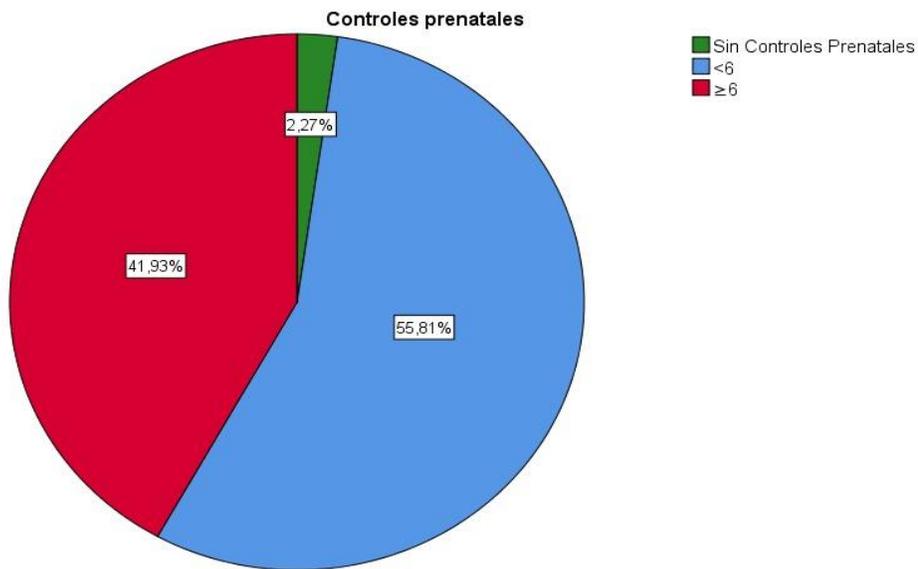
Controles prenatales

Controles prenatales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sin Controles Prenatales	16	2,3	2,3
<6 (Insuficiente)	394	55,8	55,8
≥6(Adecuado)	296	41,9	41,9
Total	706	100,0	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA N°5

Controles prenatales



FUENTE: Ficha de recolección de datos

Al analizar la variable controles prenatales se determinó que el porcentaje de gestantes sometidas a cesárea, con controles prenatales insuficientes fue del 55,8% y las gestantes con controles prenatales adecuados fueron del 41,9%.

TABLA N°6

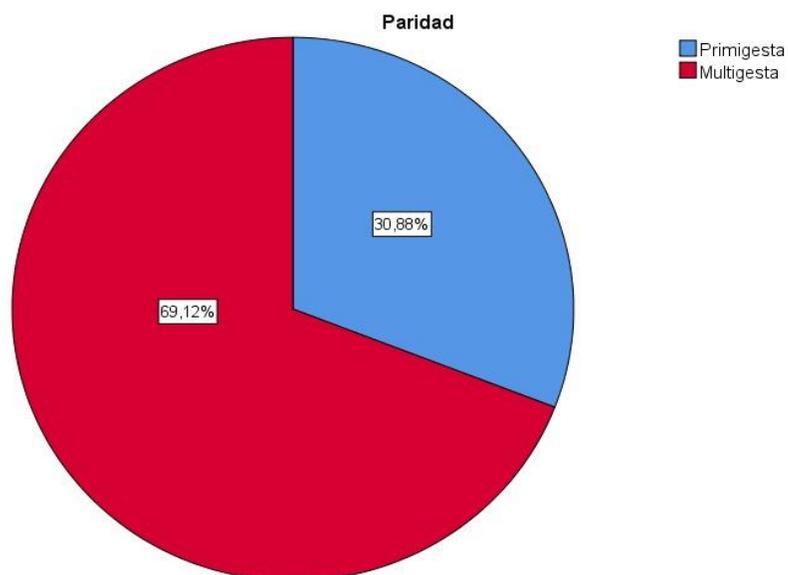
Paridad

Paridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Primigesta	218	30,9	30,9
Multigesta	488	69,1	69,1
Total	706	100,0	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA N°6

Paridad



FUENTE: Ficha de recolección de datos

En relación a la variable paridad se determinó que un porcentaje del 69,1% de pacientes multigestas se sometieron a cesárea, mientras que un 30,9% fueron primigestas.

TABLA N°7

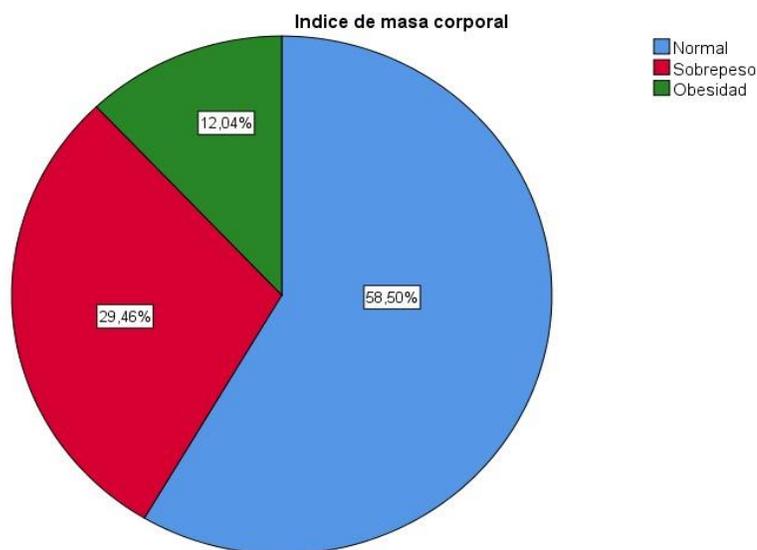
Índice de masa corporal

Índice de masa corporal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Normal	413	58,5	58,5
Sobrepeso	208	29,5	29,5
Obesidad	85	12,0	12,0
Total	706	100,0	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA N°7

Índice de masa corporal



FUENTE: Ficha de recolección de datos

Con respecto a la variable índice de masa corporal, se puede observar que un porcentaje del 58,5% de gestantes sometidas a cesárea están dentro del rango normal y un 29,5% presentaron sobrepeso.

TABLA N°8

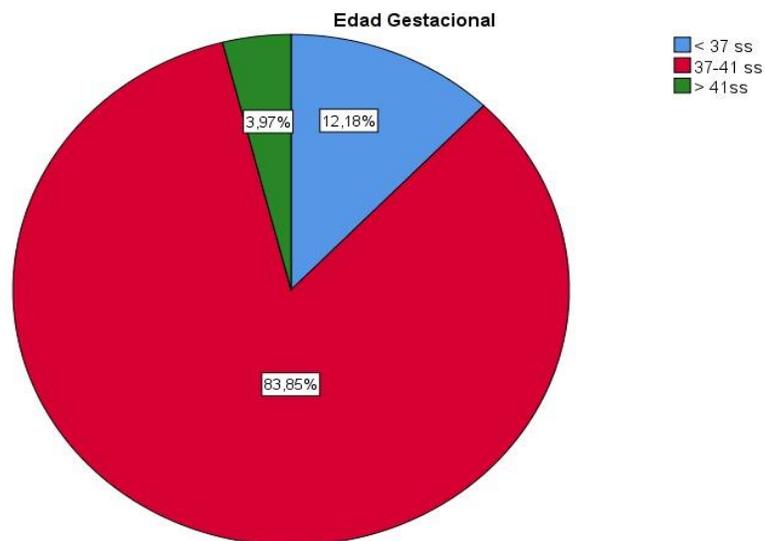
Edad gestacional

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
< 37 ss	86	12,2	12,2
37-41 ss	592	83,9	83,9
> 41ss	28	4,0	4,0
Total	706	100,0	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA N°8

Edad gestacional



FUENTE: Ficha de recolección de datos

Con respecto a la variable edad gestacional de las gestantes sometidas a cesárea se pudo analizar que el 83,9% está entre 37-41 semanas y el 4% de las gestantes tuvo una edad gestacional >41 semanas.

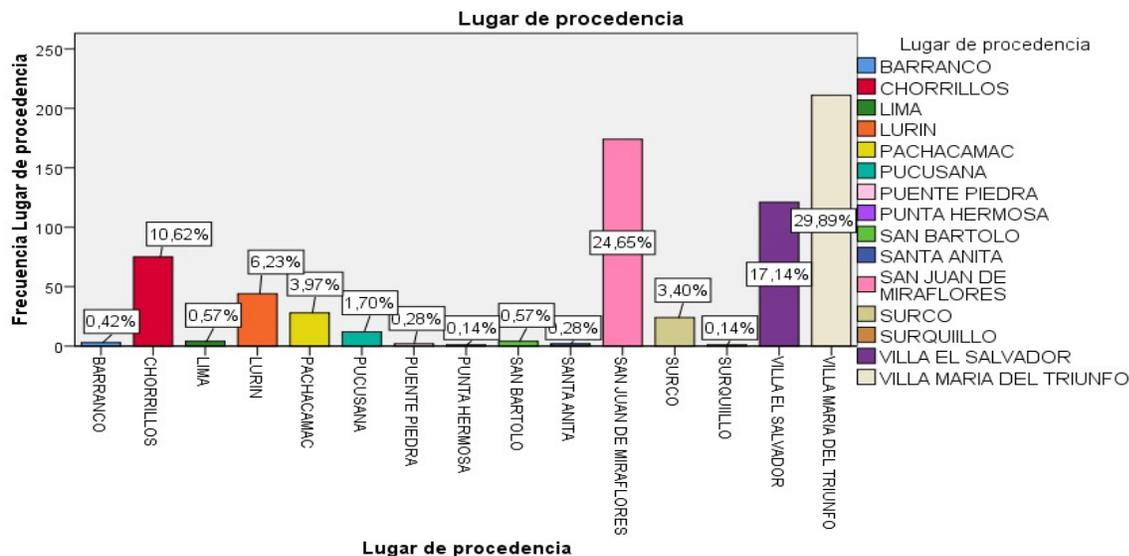
TABLA N°9***Lugar de procedencia***

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
BARRANCO	3	,4	,4
CHORRILLOS	75	10,6	10,6
LIMA	4	,6	,6
LURIN	44	6,2	6,2
PACHACAMAC	28	4,0	4,0
PUCUSANA	12	1,7	1,7
PUENTE PIEDRA	2	,3	,3
PUNTA HERMOSA	1	,1	,1
SAN BARTOLO	4	,6	,6
SANTA ANITA	2	,3	,3
SJM	174	24,6	24,6
SURCO	24	3,4	3,4
SURQUILLO	1	,1	,1
VES	121	17,1	17,1
VMT	211	29,9	29,9
Total	706	100,0	100,0

Fuente:Ficha de recolección de datos

FIGURA N°9

Lugar de procedencia



FUENTE: Ficha de recolección de datos.

Se analizó que respecto a la variable lugar de procedencia, el porcentaje de gestantes sometidas a cesárea procedentes del distrito de Villa María del triunfo fue del 29,9%, las gestantes procedentes del distrito de San Juan de Miraflores fueron del 24,6% y un porcentaje de 17,1% fueron precedentes de Villa El Salvador.

TABLA N°10

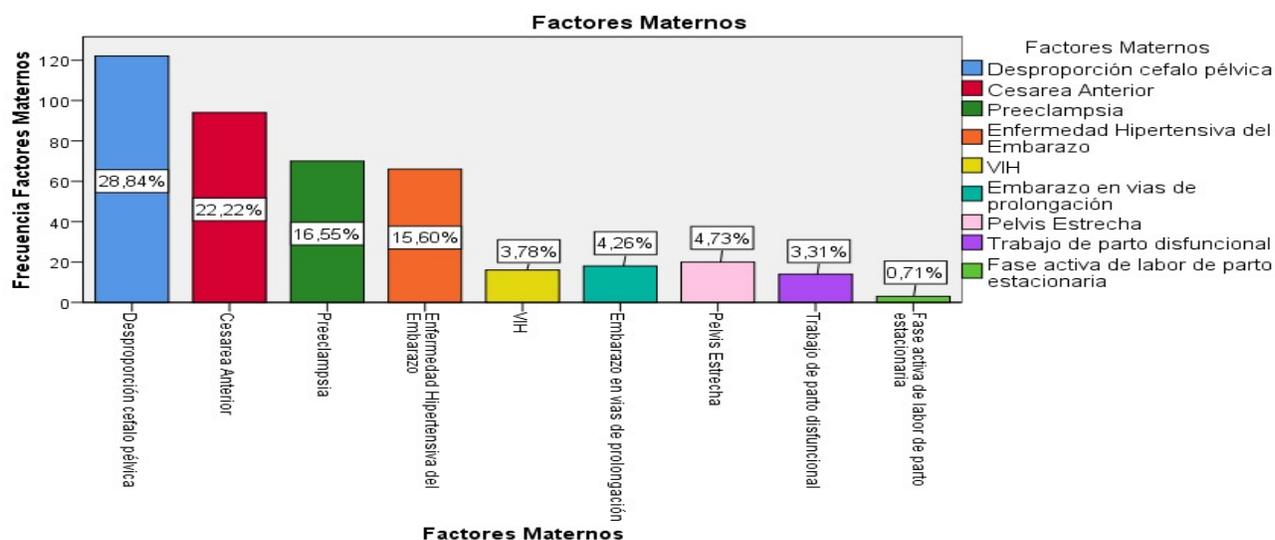
Factores maternos

Factores maternos	Frecuencia	Porcentaje válido
Desproporción cefalo pélvica	122	28,8
Cesarea Anterior	94	22,2
Preeclampsia	70	16,5
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	66	15,6
VIH	16	3,8
Embarazo en vias de prolongación	18	4,3
Pelvis Estrecha	20	4,7
Trabajo de parto disfuncional	14	3,3
Fase activa de labor de parto estacionaria	3	,7
Total	423	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

FIGURA N°10

Factores maternos



FUENTE: Ficha de recolección de datos.

Se observa que respecto a la variable factores maternos para realizar una cesárea en el servicio de gineco obstetricia del Hospital María Auxiliadora, los factores más frecuentes asociados a cesárea fueron desproporción céfalo pélvica, cesárea anterior y preeclampsia con porcentajes de 28,8%, 22,2% y 16,5% respectivamente.

TABLA N°11

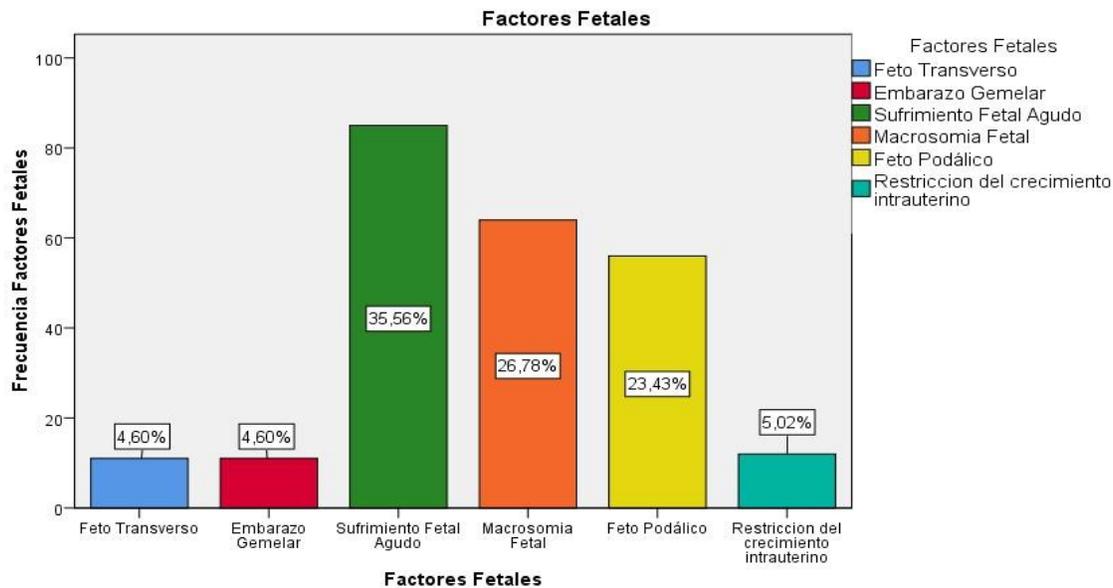
Factores fetales

Factores fetales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Feto Transverso	11	1,6	4,6
Embarazo Gemelar	11	1,6	4,6
Sufrimiento Fetal Agudo	85	12,0	35,6
Macrosomía Fetal	64	9,1	26,8
Feto Podálico	56	7,9	23,4
RCIU	12	1,7	5,0
Total	239		100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

FIGURA N°11

Factores fetales



FUENTE: Ficha de recolección de datos

Vemos que al analizar la variable factores fetales los principales factores asociados a cesárea fueron sufrimiento fetal agudo, macrosomía fetal y feto podálico con porcentajes de 35,6%, 26,8% y 23,4% respectivamente.

TABLA N°12

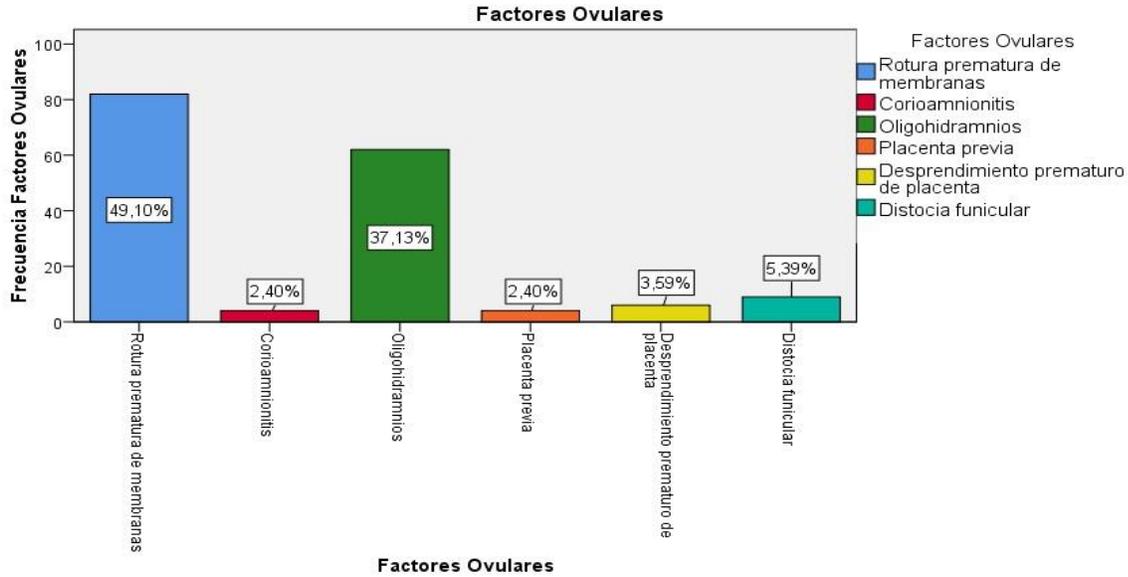
Factores ovulares

Factores ovulares	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Rotura prematura de membranas	82	11,6	49,1
Corioamnionitis	4	,6	2,4
Oligohidramnios	62	8,8	37,1
Placenta previa	4	,6	2,4
Desprendimiento prematuro de placenta	6	,8	3,6
Distocia funicular	9	1,3	5,4
Total	167	23,7	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA N°12

Factores ovulares



FUENTE: Ficha de recolección de datos

Se determinó que respecto a la variable factores ovulares, los principales motivos que llevaron a realizar cesáreas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital María Auxiliadora fueron rotura prematura de membranas con un porcentaje de 49,1% y oligohidramnios con un 37,1%.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este es un estudio descriptivo, retrospectivo, con una muestra de 706 gestantes que fueron sometidas a cesárea, en el cual he encontrado que, en el periodo de estudio, la mayor cantidad de partos que se realizaron en el servicio de gineco obstetricia del Hospital María Auxiliadora son por cesárea con un porcentaje de 58,87%, este porcentaje supera ampliamente el porcentaje aconsejado por la OMS, que es del 15%, así mismo, se tiene que en estudios realizados en otros países como República Dominicana, donde el porcentaje de cesáreas fue de 58%, similar al encontrado en mi estudio; Brasil con 55,5%, Venezuela 52,4%, Chile (46%), Colombia (45,9%), Paraguay (45,9%), Ecuador (45,5%), México (40,7%) y Cuba (40,4%); todos estos porcentajes superan el recomendado por la OMS, estas variaciones en las tasas de cesárea se pueden explicar por muchos motivos como que si son hospitales públicos o privados, las guías clínicas que utilizan, el nivel educativo y la cultura de la población, el nivel tecnológico, la formación del personal de salud entre otros motivos. (The lancet, 2018)

Según ENDES 2019, en nuestro país el porcentaje de cesáreas fue del 40,9%, el cual es inferior al porcentaje hallado en mi trabajo; esto se podría explicar porque el periodo de estudio de esta investigación no fue de un año, sino de 7 meses. (ENDES, 2019).

Se obtuvo que las características maternas que prevalecieron tenemos que el rango de edad más frecuente de las gestantes sometidas a cesárea fueron de entre 20 a 34 años con un porcentaje del 68,6%, el estado civil más frecuente fue conviviente con un porcentaje de 67,6%, el nivel de instrucción más frecuente fue secundaria con un porcentaje de 91,4%, edad gestacional más frecuente fue de 37-41 semanas con un porcentaje de 83,9%, los controles prenatales insuficientes (<6) fueron los más frecuentes con un porcentaje de 55,8%; estos hallazgos coinciden

con el trabajo realizado por Herrera Bustamante Juan Carlos en el Hospital Regional del Cusco en el años 2019, donde las características sociodemográficas que prevalecieron fueron edad en rango de 20 a 34 años(67,3%), estado civil conviviente(77%), nivel de instrucción secundario(50,7%) y edad gestacional de 37 a 41 semanas (80,7%).(Herrera Bustamante Juan Carlos,2019)

Así mismo estos resultados difieren de otro estudio realizado por Sinchitullo Castillo, Angel Eduardo en el Hospital Militar Central durante el periodo 2014-2018, donde se encontraron que las características sociodemográficas que prevalecieron fueron la edad materna entre 20 a 28 años (54%), nivel educativo superior (53,1%), estado civil casada (40,7%) y controles prenatales insuficientes (97,7%). (Sinchitullo Castillo, Angel Eduardo,2019).

Respecto a la paridad, se analizó que las gestantes multigestas se sometieron a cesárea en mayor frecuencia con un porcentaje de 69,1%, estos resultados contrastan con los hallazgos en el estudio realizado por Herrera Bustamante Juan Carlos en el Hospital Regional del Cusco en el año 2019, donde las gestantes primíparas son las que con mayor frecuencia se sometieron a cesárea con un porcentaje de 65,9%. (Herrera Bustamante Juan Carlos,2019)

De igual forma en un estudio realizado por Maylle Bonilla, Ana Teresa en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, Essalud, durante el periodo 2010 a 2014, donde se encontró que las gestantes multigestas se sometieron a cesárea en su mayoría, resultado que se asemeja a los hallazgos en mi estudio. (Maylle Bonilla, Ana Teresa,2016)

Se observa además que con respecto al índice de masa corporal de las gestantes sometidas a cesárea en mi estudio, tuvieron en su mayoría índice de masa corporal normal, siendo un porcentaje de 58,5%; así también con respecto al lugar de procedencia de las gestantes, cuyo parto terminó en cesárea, la mayoría de ellas fueron procedentes de distritos como Villa María del Triunfo(29,9%), San Juan de Miraflores(24,6%) y Villa El Salvador(17,1%); estos resultados son

similares a los obtenidos por Vargas Reynosos Olga Lidia en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2009 al 2018, donde se encontró que el índice de masa corporal normal fue el más frecuente con un porcentaje de 69,9%, así mismo se tiene que el lugar más frecuente de procedencia de las gestantes fueron de los distritos de Villa María del Triunfo (27.90%), seguido de Villa el Salvador (22.38%) y San Juan de Miraflores (18.23%); este hecho se debe a que en ambas investigaciones, los estudios se realizaron en el Hospital María Auxiliadora, por lo que las características de la población son similares. (Vargas Reynosos Olga Lidia, 2019).

En la tesis realizada por Castillo Velásquez, Natasha Paola en el Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo 2015, se encontró que dentro de los factores maternos que llevaron a realizar cesárea a las gestantes, los más frecuentes fueron cesárea anterior (49%), desproporción céfalo pélvica (23%) y preeclampsia o eclampsia (5,42%); estos hallazgos son similares a los resultados encontrados en mi estudio; donde también se encontró que dentro de los factores maternos más comunes fueron desproporción céfalo pélvica (28,8%) seguida de cesárea anterior (22,2%) seguida de preeclampsia (16,5%) y enfermedad hipertensiva del embarazo (15,6%); aunque en diferente porcentaje. (Castillo Velásquez, Natasha Paola, 2017)

Dentro de los factores fetales más frecuentes que llevaron a las gestantes a terminar su parto por cesárea sufrimientos fetal agudo (35,6%) seguido de macrosomía fetal (26,8%), estos resultados son similares a los encontrados por De la Cruz Vargas Jhony en el Hospital Nacional dos de mayo de enero a diciembre del 2015, donde se encontró que las causas fetales más frecuentes fueron macrosomía fetal (10,9%), seguida de sufrimiento fetal agudo (8,3%). (De la Cruz Vargas Jhony, 2016)

Este resultado difiere del encontrado por Mamani Andía Albert (2017), donde el factor fetal más frecuentemente hallado fueron distocias del producto con un porcentaje de más o menos 21% (Mamani Andía Albert,2017).

Se tiene que en el estudio realizado por Zelada Lázaro Viviana Paola (2019),encontró que el factor ovular más frecuente por lo que las gestantes fueron sometidas a cesárea fue ruptura prematura de membranas (18%);en otro estudio realizado por Herrera Bustamante Juan Carlos (2020),también se encontró que la ruptura prematura de membranas(34,1%)fue el factor ovular más frecuente que llevó a practicar cesárea a las gestantes en el Hospital Regional del Cusco en el año 2019;estos resultados son similares a los encontrados en mi estudio, donde el factor ovular más frecuente que llevó a las gestantes a someter a cesárea fue la ruptura prematura de membranas (49,1%).

VI. CONCLUSIONES

- La tasa de cesáreas en el Hospital María Auxiliadora fue del 58,87% del total de nacimientos de octubre del 2020 a abril del 2021, el cual supera el porcentaje indicado por la OMS.
- Dentro de las características sociodemográficas más frecuente de las gestantes sometidas a cesárea del Hospital María Auxiliadora, se encontró un rango de edad de entre 20 a 34 años (68,6%), estado civil conviviente (67,6%), nivel de instrucción secundario(91,4%), controles prenatales insuficientes (55,8%) , gestantes multigestas (69,1%), índice de masa corporal normal (58,5%) , la edad gestacional de 37 a 41 semanas(83,9%) y los distritos más frecuentes de procedencia de las gestantes fueron Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores y Villa El Salvador con porcentajes de 29,9%,24,6% y 17,1% respectivamente.
- Los factores maternos asociados más frecuentes de las gestantes cuyo parto terminó en cesárea en el Hospital María Auxiliadora fueron desproporción céfalo pélvica (28,8%) seguida de cesárea anterior (22,2%) seguida de preeclampsia (16,5%) y enfermedad hipertensiva del embarazo (15,6%)
- Los factores fetales más frecuentes asociados a cesárea fueron sufrimiento fetal agudo, macrosomía fetal y feto podálico con porcentajes de 35,6%,26,8% y 23,4% respectivamente.

- Los factores ovulares más frecuentes asociados a cesárea en el Hospital María Auxiliadora fueron ruptura prematura de membranas (49,1%) y oligohidramnios (37,1%).

VII. RECOMENDACIONES

- Establecer guías clínicas actualizadas de manejo institucional, basadas en evidencia disponible en el cual se establezca de forma clara los diagnósticos que conllevan a practicar una cesárea y evaluar de manera periódica su cumplimiento, así como incentivar a los profesionales de la salud a cumplirlo y así disminuir la tasa de cesáreas en la institución.

- Según los resultados del estudio se ve que la cesárea anterior es una de las causas maternas más frecuentes de cesárea, si bien es cierto que la gestante que tiene dos o más cesáreas es indicación absoluta de cesárea, he notado durante la recolección de datos que a muchas gestantes que tienen solo una cesárea como antecedente se les practica esta operación; en esos casos sugeriría al personal a cargo hacer una evaluación más atenta y detallada de estas pacientes y no practicarles cesárea si es que no hay motivo que lo justifique; ya que condenan a la paciente a que sus siguientes gestaciones finalicen vía cesárea.

- Implementar un consultorio externo de nutrición de la gestante con la finalidad de que ellas lleven un control adecuado y óptimo de su alimentación durante todo su embarazo y así evitar patologías como enfermedad hipertensiva del embarazo o macrosomía fetal, que constituyen un gran porcentaje de causas por las que se practica cesárea en este hospital y que tienen como factor de riesgo el que la gestante tenga un elevado índice de masa corporal.

➤ Incentivar a las gestantes a cumplir con un control prenatal adecuado, con el objetivo de poder detectar y tratar oportunamente infecciones genitourinarias, que muchas veces son factores de riesgo para que las pacientes desarrollen patologías como ruptura prematura de membranas u oligohidramnios, que son causas ovulares que representan un gran porcentaje de cesáreas en este hospital.

VIII. REFERENCIAS

Andía Mamani,Albert. (2017). Factores determinantes de la cesárea en el Hospital regional Manuel Núñez Butrón Puno periodo enero-diciembre 2017.(Tesis para optar por el título de médico cirujano,Universidad Nacional del Altiplano-Puno).Recuperado de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6392/And%C3%ADa_Mamani_Albert.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Resultados%3A%20Las%20caracter%3ADsticas%20maternas%20de,n%C3%BAmero%20de%20gestaciones%2053%2C36%25.

América Latina, la región con la mayor tasa de cesáreas del mundo. (12/10/2018). France24.Recuperado de <https://www.france24.com/es/20181012-america-latina-la-region-con-la-mayor-tasa-de-cesareas-del-mundo>.

Aydé I.Manny Zitle.Tovar Rodriguez,José.(2018).Incidencia de la operación cesáreas según la clasificación de Robson en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Gral.Dr.Fernando Quiroz Gutierrez.Del Instituto de Seguridad Social al Servivio de los Trbajadores del Estado.Cirugía y cirujanos,86(3),261-269.doi: 10.24875/CIRU.M18000044.

Barrios Ch,Milagros (Lunes, 12 de mayo del 2014).En 10% se incrementaron los casos de cesárea en los últimos años.La República.pp.23.

Carbajal C,Jorge A.Ralph T,Constanza.(2018).Manual de obstetricia y ginecología.Recuperado de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>.

Cardenas Rosario (2002). Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado, 138 (4),357-366.Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2002/gm024g.pdf>.

Castillo Velásquez,Paola Natasha.(2017). Prevalencia de las cesáreas de emergencia realizadas en el hospital universitario de guayaquil en el periodo 2015. (Tesis para optar por el título de médico cirujano,Universidad de Guayaquil).Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31997>.

Chavarría Cano,Luiggi Hermógenes. (2018). Factores asociados a la indicación de cesárea en embarazadas atendidas por el servicio de obstetricia. Hospital Amistad Japón – Nicaragua. granada. enero a diciembre 2017. (Tesis para optar por el título de médico cirujano, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua). Recuperado de <https://repositorio.unan.edu.ni/9149/1/98755.pdf>.

Cunningham Gary. (2019). Williams Obstetricia. 25^a. Edición. México: McGraw Hill editorial.

De la Cruz Vargas,Jhony A. (2016). Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional dos de mayo de enero a diciembre del 2015(Tesis para optar por el título de médico cirujano,Universidad Ricardo Palma).Recuperada de https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/555/Medina_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Emilio de Benito. (11 de octubre del 2018). Uno de cada cinco partos en el mundo ya es por cesárea.El país.Recuperado de https://elpais.com/sociedad/2018/10/11/actualidad/1539273916_448777.html.Sal

ud materna. (2019). ENDES.182-183.

Faundes, Anibal. (2021). La evolución histórica de la tasa de la cesárea: de una excepción en la antigüedad a un exceso en la actualidad. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 67(1), 1-5. doi: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2302>.

Huamán Santillán, N., Palacios Sánchez, C., Rojas Espinoza, M., Guerrero Kuoc, C (2018). Factores relacionados a partos por cesárea en el Hospital de Salud de Huánuco. *Revista peruana de investigación y salud*, 2(1). doi: <https://doi.org/10.35839/repis.2.1.208>.

Izer González, Osmar Antonio. Romero Tamayo, Milvia Rosa (2019). Factores de riesgo asociados a la cesárea primitiva Hospital Nacional Simão Mendes. Guinea Bissau. 2017. *Multimed*, 23 (3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000300447.

Joaquín Ruiz-Sánchez, Salvador Espino Sosa, Alfonso Vallejos-Parés. Luis Durán-Arenas. (2014). Cesárea: Tendencias y resultados. *Perinatología y reproducción humana*, 28(1), 33-40. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372014000100006&script=sci_abstract.

Martínez Moreno, Ana Isabel. (2015). Indicaciones y factores asociados al parto por cesárea. (Tesis para optar por el grado de enfermería, Universidad de Jaén). Recuperado de

http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1749/1/TFG_Ana_Isabel_Martnez_Moreno.pdf.

Martínez-Salazar GJ et al. (2015). Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social,53 (5),608-615. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=62837>.

Maylle Bonilla, Ana Teresa. (2016). Incidencia de cesáreas en el hospital base II de la red asistencial de Huánuco, Essalud, durante el periodo 2010 a 2014. (Tesis para optar por el título de segunda especialidad en obstetricia de alto riesgo,Universidad de Huánuco).Recuperada de <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/187/MAYLLE%20BONILLA%2c%20ANA%20TERESA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Ministerio de Salud,Dirección Subregional de Salud II Lima Sur.2019.Reseña Histórica del Hospital de Apoyo Departamental “María Auxiliadora”.Recuperado de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342346/Rese%C3%B1a_hist%C3%B3rica_del_Hospital_de_Apoyo_Departamental__Mar%C3%ADa_Auxiliadora_20190716-19467-dw7euh.pdf.

Mora Patiño,Daira Alejandra,Pineda Monje Andrea Paola,Polo Tapia Diana Natali(2011). Estudio descriptivo de prevalencia y correlación clínico - quirúrgico de cesáreas en el hospital “José Carrasco Arteaga” año 2010 (Tesis para optar por el título de médico cirujano,Universidad de Cuenca-Ecuador).Recuperado de

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5063/1/MED205.pdf>.

Muñoz Hernández, J.A.; Freyermuth Enciso, M.G & Ochoa Torres M.P. Población y salud en Mesoamérica. Factores asociados al incremento de cesáreas en México, 2011-2014. *17* (2). 1-31. doi: 10.15517/PSM.V17I2.40047.

Netto, F; et al. Incidencia y características de los partos por cesárea en un hospital público de Paraguay. *5* (2): 4-9. Recuperado <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/167/200>

Palomino Crespo, Denis Lisbeth. (2017). Factores asociados a parto por cesárea en adolescentes y adultas. Hospital regional de Ayacucho. setiembre - noviembre 2016. (Tesis para optar por el título de obstetriz, Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga). Recuperado de http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/handle/UNSCH/1867/TEISIS%200793_Pal.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Rodrigues Da Silva, T.P.; Dumont Pena, E; Dias Moreira, A; Araujo Camargos, B; Queiroz Meireles, M; Ventura de Souza, K & Penido Matozinhos, F. Factores asociados al parto normal y por cesárea en maternidades públicas y privadas: un estudio transversal. *73* (4). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0996>.

Sánchez et al. (2020). Operación cesárea. Una revisión histórica. *ARS MEDICA*, *45* (4),

61-72.doi: 0.11565/arsmed.v45i4.1711.

Sinchitullo Castillo,Angel E.Roldán Arbieta,Luis.Arango Ochante,Pedro M (2020).

Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano. Revista de la Facultad de Medicina Humana,20(3).doi: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.3049> .

Tavara Orosco,Luis .(1993). Cesárea en el Perú: presente y futuro.Revista peruana de

ginecología y obstetricia,39(15).doi: <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v39i1589>.

Zelada Lázaro Viviana Paola. (2019). Factores maternos, fetales y ovulares asociados a

partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de gíneco-obstétrica.

Hospital PNP Luis N. saenz. junio 2017 – junio 2018. (Tesis para optar por título

de médico cirujano,Universidad Ricardo Palma). Recuperada d e

[https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1845/VZELADAL%](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1845/VZELADAL%c3%81)

[ZARO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1845/VZELADAL%c3%81ZARO.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

IX.ANEXO

ANEXO 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	TIPO Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	VARIABLES
¿Cuáles son los factores asociados a la indicación de cesáreas en embarazadas atendidas por el servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021?	<p>GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar los factores asociados a la indicación de cesáreas en embarazadas atendidas por el servicio de gineco- obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021. <p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Conocer la tasa de cesáreas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021 Conocer las características socio-demográficas (edad, nivel educativo, estado civil, paridad, controles prenatales) en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021. Identificar los principales indicadores maternos (cesárea previa, trastornos de la hipertensión durante el embarazo, 	No requiere por ser un trabajo de investigación descriptivo.	<p>Observacional Porque no hay intervención del investigador.</p> <p>Descriptivo: Porque no existe grupo de comparación y va a describir los diferentes factores asociados a cesáreas</p> <p>Retrospectivo. Porque se analizaron datos de historias de clínicas de periodos pasados.</p> <p>Transeversal. Porque la toma de datos se realizó en un solo periodo de tiempo.</p>	<p>POBLACIÓN Constituida por todas las gestantes que se realizaron cesárea en el Hospital María Auxiliadora de octubre del 2020 a abril del 2021, que fueron un total de 2082 gestantes.</p> <p>MUESTRA El tamaño de la muestra fue calculado en 706 gestantes.</p>	<p>Variable independiente Partos por cesárea</p> <p>Variable dependiente -Factores sociodemográficos -Factores maternos -Factores fetales -Factores ovulares</p>

	<p>desproporción céfalo pélvica y otras causas) que determinan el uso de la operación cesárea en el Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los indicadores fetales (embarazo múltiple, macrostomia fetal, distocia del producto, distrés fetal y otras causas), asociados al incremento de cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021. • Determinar los indicadores ovulares (placenta previa, ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, DPPNI y otras causas), asociados al incremento de las cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021. 				
--	--	--	--	--	--

ANEXO 2. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable	Categoría o unidad
Partos por cesárea	Intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión en el abdomen y en el útero de una mujer para extraer uno o más productos	Incisión abdominal para la extracción de un feto ya sea vivo o muerto	Nominal	Dependiente cualitativa	SÍ/NO
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS					
Edad	Número de años cumplidos por la gestante	Número de años de la gestante registrado en la historia clínica	Discreta	Independiente cuantitativa	≤19 años 20-35 años >35 años
Nivel educativo	Nivel de educación alcanzado por la gestante	Grado de estudios	Ordinal	Independiente cualitativa	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
Paridad	Número total de embarazos que ha tenido una mujer	Número de partos que tuvo la gestante	Nominal	Independiente cualitativa	Primigesta Segundigesta Multigesta
Controles prenatales	Conjunto de actividades que realiza la gestante durante su embarazo para conservar el bienestar materno-fetal.	Número de controles prenatales a los que acudió la gestante durante su gestación	Discreta	Independiente cuantitativa	0: No controles prenatales <6: Controles insuficientes

					≥6: Controles adecuados
Estado civil	Situación jurídica de la paciente	Obtención de registro civil	Nominal	Independiente cualitativa	Soltera Casada Conviviente
Edad gestacional	Es la duración del embarazo en semanas, considerando el primer día de la última menstruación normal hasta el alumbramiento	Semanas de gestación contadas a partir de la última fecha de menstruación de la gestante	Continua	Independiente cuantitativa	<37 semanas 37-41 semanas >41 semanas
FACTORES MATERNOS					
Desproporción céfalo pélvica	Se define como la imposibilidad del parto por vía vaginal, cuando el conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto ya sea por disminución de las dimensiones de la pelvis en relación a un determinado feto o bien porque el volumen parcial o total del feto resulte excesivo para una determinada pelvis.	Imposibilidad del parto por vía vaginal que se detecta a la gestante durante sus controles prenatales	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO
Inducción fallida	Se considera fracaso cuando tras	Se considera fracaso cuando tras 12 horas con	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO

	18 horas con oxitocina endovenosa no se ha alcanzado las condiciones apropiadas de parto (cérvix borrado un 50%, dilatado 2-3 cm, con dinámica uterina activa) o después de 4 ciclos con misoprostol no hay cambios cervicales.	oxitocina endovenosa no se ha alcanzado las condiciones apropiadas de parto (cérvix borrado un 50%, dilatado 2-3 cm, con dinámica uterina activa) después de 4 ciclos con misoprostol no hay cambios cervicales.			
Cesárea anterior	Pacientes que fue sometida a dos o más cesáreas previas	Se verifica por el antecedente materno	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO
Preeclampsia	Trastorno progresivo multisistémico caracterizado por la nueva aparición de hipertensión y proteinuria o la nueva aparición de hipertensión y disfunción significativa de órganos diana con o sin proteinuria en la última mitad del	Presencia de presión arterial $\geq 140/90$ y/o proteinuria o disfunción de órganos	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO

	embarazo o posparto				
Enfermedad hipertensiva del embarazo	Presión arterial elevada ($\geq 140/90$) que se presenta en una gestante de más de 20 semanas de edad gestacional, que no está acompañado de proteinuria ni de falla de órganos y que resuelve dentro de las 12 semanas post parto.	Presión arterial $\geq 140/90$ indicada en la historia clínica	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO
Otros factores	Otros factores de riesgo materno que están asociados a cesárea	Rotura uterina Pelvis estrecha Embarazo en vías de prolongación VIH Trabajo de parto disfuncional Fase activa de labor de parto estacionario Síndrome de HELLP Quiste de ovario	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO
FACTORES FETALES					
Macrosomía fetal	Peso del feto al nacer mayor de 4000gr.	Peso al nacer que puede ser detectado durante la gestación mediante ecografía o después de nacer a través del peso del recién nacido	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO

Sufrimiento fetal agudo	Cuando hay alteración de la frecuencia cardiaca, ya sea por hipoxia o por acidosis fetal, que puede provocar daño permanente en el sistema nervioso central o falla multiorgánica	Se evalúa el estado de hipoxia del feto a través de una prueba de no estrés (NST)	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO
Gestación múltiple	Presencia de dos más fetos en el útero	Presencia de dos o más fetos en el útero constatado a través de ecografía o a través del examen físico y que uno de ellos no esté en posición cefálica	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO
Feto transverso	Feto que al momento del parto está en posición horizontal en relación a la madre y no revierte durante el trabajo de parto	Feto que está en posición horizontal en relación con la madre que se evidencia a través de ecografía o del examen físico	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO
Feto podálico	Cuando la posición podálica no revierte durante el trabajo de parto	Feto en posición podálica detectada a través de ecografía o del examen físico	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO
Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)	cuando el crecimiento del feto es por debajo del percentil 10 o debajo de dos desviaciones estándar	RCIU que se evidencia a través de ecografías seriadas	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO

FACTORES OVULARES

Ruptura prematura de membranas	Rotura de membranas ovulares antes del trabajo de parto, con la salida de líquido amniótico	Se expresa como la presencia de líquido amniótico detectado a través del examen físico o examen de laboratorio	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO
Desprendimiento prematuro de placenta	Separación parcial o completa de una placenta normalmente adherida antes del parto o después de la semana 20 del embarazo	Desprendimiento de placenta evidenciado a través del examen físico	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO
Placenta previa	Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o muy cerca del mismo.	Ecografía obstétrica que evidencia inserción total o parcial de placenta sobre el orificio cervical interno.	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO
Oligohidramnios	Disminución de líquido amniótico	Si durante su ecografía se halló que el índice de líquido amniótico (ILA) fue menor a 5 cm o pozo mayor menor a 2 cm	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO
Corioamnionitis	Infección aguda del contenido amniótico	Evidenciado a través de los síntomas clínicos de la gestante y del feto	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO
Distocia funicular	Se puede presentar a través de circular de cordón, procidencia o procúbito de cordón	Se evidencia a través de la ecografía durante la gestación o a través del examen físico durante el trabajo de parto	Nominal	Independiente cualitativa	SÍ/NO

ANEXO 3. Ficha de recolección de datos

Nombre:

Número de ficha:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. EDAD DE LA PACIENTE:

- a) ≤ 19 años
- b) 20-35 años
- c) > 35 años

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

3. PARIDAD

- a) Primigesta
- b) Segundigesta
- c) Multigesta

4. CONTROLES PRENATALES

- a) No controles prenatales
- b) < 6
- c) ≥ 6

5. ESTADO CIVIL

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente

6. EDAD GESTACIONAL

- a) < 37 semanas
- b) 37-41 semanas
- c) > 41 semanas

7. CESÁREA

- a) Primaria
- b) Iterativa (2 o más cesáreas)

FACTORES OBSTÉTRICOS

FACTORES MATERNOS	SÍ	NO
Desproporción céfalo pélvica		
Inducción fallida		
Cesárea anterior		
Preeclampsia		
Enfermedad hipertensiva del embarazo		
Rotura uterina		
Pelvis estrecha		
Embarazo en vías de prolongación		
VIH		
Trabajo de parto disfuncional		
Fase activa de labor de parto estacionario		
Síndrome de HELLP		
Quiste de ovario		

OTROS		
-------	--	--

FACTORES FETALES	SÍ	NO
Macrosomía fetal		
Sufrimiento fetal agudo		
Gestación múltiple		
Feto transverso		
Feto podálico		
Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)		

FACTORES OVULARES	SÍ	NO
Ruptura prematura de membranas		
Desprendimiento prematuro de placenta		
Placenta previa		
Oligohidramnios		
Corioamnionitis		
Distocia funicular (Circular de cordón, procidencia y procúbiteo de cordón)		