



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

FACTORES ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LAS CESÁREAS
EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL
REGIONAL DEL CUSCO, 2019

Presentado por el Bachiller:

Herrera Bustamante Juan Carlos

Para optar al Título Profesional de Médico
Cirujano

Asesor:

MGT. MED. Eliana Janette Ojeda Lazo

CUSCO – PERÚ

2020



Agradecimiento

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento:

- A Dios por darme la vida y la fortaleza para concluir este gran sueño anhelado.
- A mis padres y hermanas, con los que puedo contar incondicionalmente, por haber creído en mí y haberme enseñado que todo se alcanza con esfuerzo, capacidad de trabajo y constancia. Vuestro cariño me ha dado fuerzas para seguir siempre adelante.
- A los docentes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco, que me han enseñado que con perseverancia y esfuerzo alcanzaremos nuestras metas.
- A las autoridades del Hospital Regional del Cusco y al Servicio de Ginecología y Obstetricia por brindarme la autorización correspondiente para la realización del estudio en dicha institución.
- A mi asesora Mgt. Dra. Eliana Ojeda Lazo que me ha guiado excelentemente en el desarrollo de este trabajo. Le agradezco la confianza depositada en mí en todo momento.
- Finalmente a mis compañeros, amigos y a todos aquellos quienes de una u otra forma colaboraron en todo este proceso.



Dedicatoria

- A Dios por ser mi guía y darme la fortaleza necesaria para vencer la adversidad del día a día.
- A mi padre, Alhi Jordán Herrera Osorio por su ejemplo de perseverancia, responsabilidad y superación.
- A mi madre, Elsa Bustamante Pinto por su amor incondicional y constancia de seguir siempre adelante.
- A mis hermanas, Tatiana Celina y Claudia Fernanda quienes considero mis amigas y compañeras de mi vida, por sus constantes palabras de ánimo e incondicional apoyo.
- Por último, a mis maestros por haberme brindado su tiempo y dedicación en conocimientos y experiencias.



Dictaminantes:

1. Med. Hermógenes Concha Contreras
2. Med. Wilbert Segundo Cárdenas Alarcón

Replicantes:

1. Mgt. Med. Cristabel Nilda Rivas Achahui
2. Med. Gilder Alfredo Zevallos Rodríguez

Asesora:

1. Mgt. Med. Eliana Janette Ojeda Lazo

**RESUMEN****“FACTORES ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LAS CESÁREAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2019”**

Herrera, Juan Carlos y Ojeda, Eliana Janette

Introducción: La cesárea en los últimos años ha ido en aumento por muchas razones, a pesar de los parámetros recomendados por la OMS que debe oscilar entre 10-15%. El Hospital Regional del Cusco presentó 3945 partos de los cuales 1621 terminaron en cesárea con un 44% del total.

Objetivo: Determinar los factores asociados al incremento de las cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019.

Material y método: Estudio no experimental, de tipo descriptivo, retrospectivo, analítico transversal, realizado en el Hospital Regional del Cusco durante el periodo de enero a diciembre del 2019, en 300 pacientes que se sometieron a cesárea en el servicio de maternidad 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, se utilizó la versión SPSS 25 para el procesamiento de datos, con estadística descriptiva e inferencial básica.

Resultados: Los principales factores asociados al incremento de cesáreas en el Hospital Regional del Cusco en el año 2019 fueron las causas maternas en un 51,7%, seguida de las causas fetales en un 33,7% y causas ovulares en un 14,6%. El 67,3% corresponden al grupo de 20 a 34 años de edad, 77,0% convivientes, el 50,7% tiene nivel educativo secundario, cesárea previa o anterior 31,3%, primíparas 46,7%, edad gestacional a término (37 a 41 semanas) 80,7% y con control prenatal 73,3%. La distocia del producto, distress fetal agudo y macrosomía fetal son factores asociados que incrementan las cesáreas en un 51,5%, 20,85 y 20,8% respectivamente. La rotura prematura de membranas, oligohidramnios, placenta previa son factores asociados que incrementan las cesáreas en un 34,1%, 34,1% y 20,5% respectivamente.

Conclusiones: El factor asociado al incremento de cesáreas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco es la cesárea previa.

Palabras claves: cesárea, factores maternos, fetales y ovulares.



SUMMARY

"FACTORS ASSOCIATED WITH THE INCREASE OF CAESARAS IN THE MATERNITY SERVICE OF THE CUSCO REGIONAL HOSPITAL, 2019"

Herrera, Juan Carlos and Ojeda, Eliana Janette

Introduction: Cesarean section in recent years has been increasing for many reasons, despite the parameters recommended by the WHO, which should range between 10-15%. The Cusco Regional Hospital presented 3945 deliveries of which 1621 ended in cesarean section with 44% of the total.

Objective: To determine the factors associated with the increase in caesarean sections in pregnant women attended in the maternity service of the Regional Hospital of Cusco, 2019.

Material and method: Non-experimental, descriptive, retrospective, analytical cross-sectional study, carried out at the Cusco Regional Hospital during the period from January to December 2019, in 300 patients who underwent caesarean section in the maternity service of said hospital. A review of medical records was performed to fill in the data collection form, a database was entered, the SPSS 25 version was used for data processing, with descriptive and inferential basic statistics.

Results: The main factors associated with the increase in caesarean sections at the Cusco Regional Hospital in 2019 were maternal causes in 51.7%, followed by fetal causes in 33.7% and ovular causes in 14.6 %. 67.3% correspond to the group of 20 to 34 years of age, 77.0% cohabitants, 50.7% have a secondary educational level, previous or previous caesarean section 31.3%, primiparous 46.7%, gestational age at term (37 to 41 weeks) 80.7% and with prenatal control 73.3%. Product dystocia, acute fetal distress, and fetal macrosomia are associated factors that increase caesarean sections by 51.5%, 20.85, and 20.8%, respectively. Premature rupture of membranes, oligohydramnios, placenta previa are associated factors that increase caesarean sections by 34.1%, 34.1% and 20.5% respectively.

Conclusions: The factor associated with the increase of caesarean sections in the Maternity Service of the Regional Hospital of Cusco is the previous caesarean section.

Key words: caesarean section, maternal, fetal and ovular factors.



INDICE

CAPÍTULO-I: INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	9
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
2.1. Problema general:	12
2.2. Problemas específicos secundarios:.....	12
3. JUSTIFICACIÓN:	13
3.1. Conveniencia:	13
3.2. Relevancia social:	13
3.3. Implicancias practicas:.....	14
3.4. Valor teórico y metodológico:	14
3.5. Aspectos éticos:	15
4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:	15
4.1. Objetivo general.....	15
4.2. Objetivo especifico	15
5. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO:	16
5.1. Delimitación espacial:	16
5.2. Delimitación temporal:	16

CAPÍTULO-II: MARCO TEÓRICO

2.1.ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN:.....	18
2.1.1. Internacionales:.....	18
2.1.2. Nacionales:	22
2.1.3. Locales:.....	27
2.2.BASES TEÓRICAS:	28
2.3.MARCO CONCEPTUAL:	36
2.4.HIPÓTESIS:	38
2.4.1 Hipótesis general:.....	38
2.4.2. Hipótesis específicas:.....	38
2.5.VARIABLES E INDICADORES.....	39
2.5.1. Identificación de variables.....	39
2.5.2. Operacionalizacion de variables:.....	41

CAPÍTULO-III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:	49
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:	49
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	49
3.3.1. Universo:.....	49
3.3.2. Población:	49
3.3.3. Muestra:	50
3.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	51
<u>3.4.1.</u> Técnicas de procesamiento de datos:	52
3.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS	52

CAPÍTULO-IV: RESULTADOS

4.1 RESULTADOS RESPECTO A CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	54
---	----

CAPÍTULO-V: DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

5.1. DISCUSIÓN:	65
5.2. CONCLUSIONES:	67
5.3. RECOMENDACIONES.....	68

BIBLIOGRAFIA:	69
---------------------	----

ANEXOS	74
--------------	----



CAPITULO – I: INTRODUCCIÓN



1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Considero importante realizar el trabajo de investigación, puesto que la cesárea es una operación que ha ido en aumento en los últimos días, donde su práctica solo debe ser usada como un último recurso para salvar la vida de la madre o de su feto. De ser un procedimiento de excepción, se ha transformado en una técnica rutinaria, lo que ha generado que la cesárea sea un procedimiento quirúrgico frecuentemente empleado por todo el mundo.¹

Según la OMS en su declaración de Ginebra del 2015 nos menciona que su incidencia se está incrementando; pese a ser una práctica que nos permita a menudo salvar la vida, la mayoría de su práctica no existe indicación médica. La comunidad sanitaria internacional indico que en el año 1985 la tasa ideal de cesárea se encuentra entre 10-15%, y que con esta tasa se disminuye el número de muertes maternas y neonatales, por otro parte no se ha demostrado que al superar esa tasa se disminuya aún más la tasa de mortalidad materna y neonatal.^{1,2} A pesar de ello ya la OMS en el 2014 propone utilizar el sistema de Robson que nos permite clasificar, evaluar y comparar las tasas de cesáreas de forma global. Clasificándose en 10 categorías, donde surgen 5 características obstétricas como: edad gestacional, situación transversa, paridad, comienzo de trabajo de parto y presentación cefálica con la cantidad de fetos. La OMS presiente que esta clasificación puede ayudar a los establecimientos de salud a optimizar la realización de las cesáreas, identificando adecuadamente a las gestantes que requieren una cesárea y sensibilizar al personal de no realizar cesáreas innecesarias.³

El ACOG (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos) en el 2014 menciono que el parto por cesárea, es necesario en ciertos casos para salvar la vida de la madre, del feto o ambos. Sin embargo, el rápido aumento de las tasas de cesárea 1996-2011, no muestra evidencia clara de la consiguiente disminución de la morbilidad o la mortalidad materna o neonatal y



plantea significativa preocupación. En especial debido a que algunos casos son factores potencialmente modificables, tales como las preferencias del paciente y la variación de la práctica entre los hospitales, proveedores de atención médica y sistemas de salud, que probablemente contribuyen al aumento de la tasa de parto por cesárea.⁴

Se estima que a nivel mundial la tasa de cesárea sobrepasa el rango establecido, como Estados Unidos de América, que en el año 2006 alcanzó el 31.1%, China presentó un 40% de cesáreas. En Europa la tasa de cesárea se incrementó en 9,5% en los años 2003 al 2013 y actualmente esta intervención se lleva a cabo en uno de cada cinco nacimientos (21,8%) en los hospitales nacionales, y si se tuviera en cuenta los hospitales privados el porcentaje asciende hasta el 24,9 %. En Italia el 35% de los nacimientos se producen por cesárea, en España el 25%, mientras en Finlandia es de 15%.⁵

En Latinoamérica se encuentra en 38,9% como promedio, teniendo una relación de casi cuatro de cada diez partos se realizan por cesárea, muy por encima de lo recomendado. En Brasil, tiene un promedio de 54% a nivel hospitalario con una población de más de 200 millones de habitantes, pero si vemos el nivel privado, la cifra sube a un 80%. Lo contrario ocurre en Haití, donde pobre acceso a los servicios de salud coloca muy por debajo de lo recomendado en 5,5%. Puerto Rico con 45%, Argentina con 25%, México con 24%, Chile con 49.6% (2013), Colombia con 45.8% (2016), Ecuador con 49% (2012), Bolivia con 14,6% (2008) y 19% (2012), o Perú donde saltaron de 15,8% (2008) a 25% (2012).⁶

La Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2016 (ENDES), indica que el 30,8% de partos en el Perú se realizaron mediante cesárea. Donde la zona urbana presentó la mayor frecuencia de partos por cesárea con un 37,4% y en zona rural con 12,9%. Con respecto a la demografía se encuentra en la costa con 41,4% (Lima metropolitana 40,0% y el litoral con 39,4%),



seguida por la sierra con 20,4% (zona urbana 30,4% y zona rural 11,5%) y por último la selva con 18,0% (zona urbana 27,3% y zona rural 7,7%). Con respecto a nivel educativo tenemos que sin nivel/primaria 14,5%; secundaria 28,3% y superior 48,6%.⁷

La Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2018 (ENDES), presentado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), En el año 2018, la proporción de nacimientos por cesárea fue de 34,5%. En Cusco se estima una tasa de 20,9%-29,6%. De estos datos se observó que la mayoría de porcentajes de cesáreas se realizaron entre las mujeres de educación superior (50,2%) o del quintil superior (55,9%), en cambio, las mujeres sin educación y ubicadas en el quintil inferior de riqueza (6,5% y 10,7% respectivamente) muestran los menores niveles de cesárea. En respecto a la edad materna las mujeres menores de 20 años tienen un 21,5% con respecto a las mujeres que se encuentran entre los 35-49 años con un 39,8%; las primigestas con un 37,8% frente a las multigestas con un 12%.⁷ Según datos de ESSALUD al año 2015 el 42% de los partos fueron por cesárea, observándose el incremento de cesárea desde 1990 que oscilaba en un 20% del total de partos.⁸

En el trabajo de Puma y colaboradores vieron que las mujeres que acceden a un parto por vía vaginal, en comparación con la cesárea se asocia con una mayor carga de morbilidad materna y puede ser un factor asociado de riesgo creciente de morbilidad severa durante las hospitalizaciones, por este motivo que la cesárea está enmarcada en un escenario médico legal ya que tiene entre 3,1 a 4,6 veces más riesgo de sufrir complicaciones maternas severas. Las complicaciones asociadas con cesáreas incluyen reingreso hospitalario, infecciones de heridas y lesión de órganos. En un estudio de Cohorte poblacional realizado en Estados Unidos entre los años 2006-2012 se encontró que las complicaciones más frecuentes son hemorragia (1,98%), infección de herida operatoria (0,92%) y endometritis (0,53%). En nuestro país en un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre el 2011-



2012, se determinó que las complicaciones más frecuentes relacionadas a la cesárea y que varían según las distintas series y circunstancias son la infección de herida operatoria (0,7 a 7,5%), la transfusión de sangre (5,3%), la hemorragia puerperal (3,1%), la endometritis (1,6-8,3%), desgarro de histerorrafia, lesión urinaria e intestinal.¹⁰

En el Hospital Regional de Cusco en el periodo 2019 se tuvieron 3945 partos de los cuales 1621 terminaron en cesárea, representando un 44%, este porcentaje se encuentra por encima del 10-15% de cesáreas estimada por la OMS y por encima del porcentaje (20,9%) dado por ENDES el 2016, por ello es importante determinar que factor incrementa la indicación de cesárea en este nosocomio y determinar un buen manejo e indicación de la cesárea.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.1. Problema general:

- ¿Cuáles son los factores asociados al incremento de las cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019?

2.2. Problemas específicos secundarios:

- ¿Cuáles serán los indicadores maternos (cesárea previa, trastornos de la hipertensión durante el embarazo, desproporción céfalo pélvica y otras causas), como factor asociados que incremente la tasa de cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019?
- ¿Serán los indicadores fetales (embarazo múltiple, macrosomía fetal, distocia del producto, distress fetal y otras causas) un factor asociado al incremento de cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019?



- ¿Serán los indicadores ovulares (placenta previa, ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, DPPNI y otras causas), como factor asociado al incremento de las cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019?

3. JUSTIFICACIÓN:

3.1. Conveniencia:

La cesárea en los últimos años ha ido en aumento por muchas razones, a pesar de los parámetros recomendados por la OMS que debe oscilar entre 10-15% por ende, es importante poder examinar nuestra tasa de cesárea para una correcta monitorización, con métodos que permitan examinar y acumular resultados permitiéndose de esta manera conocer la situación del hospital y a su vez estos resultados pueden ser analizados y así poder implementar estrategias de acción. En el periodo de enero a diciembre del 2019 se produjo 3964 de los cuales 1621 (44%), terminaron en cesárea lo que indica que este porcentaje se encuentra por encima del 10-15% de cesáreas estimada por la OMS, por consiguiente, es conocer los factores que incrementen la incidencia de cesárea.

3.2. Relevancia social:

En la medida en que se ordene, documente y se comparta el conocimiento originado se podrá tomar decisiones a futuro y se podrá implementar programas para la prevención primaria, disminuyendo de esta manera los costos que están sujetos a la práctica de la operación de cesárea.

En muchos casos la operación cesárea no tiene razón justificada, debido a diversos factores de los cuales no se conoce con exactitud y cuáles son los más frecuentes, siendo una gran problemática en las gestantes, ya que les predisponemos a futuro que esto siga en incremento y observan complicaciones severas en las gestantes.



3.3. Implicancias practicas:

No se cuenta con información relacionada a publicaciones locales ni regionales sobre los factores asociados al incremento de las cesáreas de gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, porque el nosocomio recibe la mayor afluencia en la región de gestantes, y por ello es necesario realizar dicha investigación con el fin de exponer dichos factores asociados al incremento de las cesáreas.

3.4. Valor teórico y metodológico:

El valor teórico que merece esta investigación son los factores asociados a su incremento de cesáreas y poder frenar su incidencia sobre todo en nuestro medio ya que crece en forma alarmante en nuestro medio. Daremos a conocer los resultados al Hospital y a la población en general. Proponer nuevas formas de gestión de información que se complementan al sistema informático perinatal. Establecer si existe una correlación entre los diagnósticos de pacientes que ingresa a sala de operaciones para la cesárea y posterior a esta.

Este estudio se considera de tipo descriptivo ya que la información se recolectará de las historias clínicas los cuales permitirá determinar cuáles son los factores asociados a la problemática y es retrospectivo porque es un estudio longitudinal en el tiempo que se analiza en el presente con datos del pasado. Es un diseño transversal ya que se recolectarán datos para un solo proceso.



3.5. Aspectos éticos:

En el presente trabajo se va a respetar los principios bioéticos en concordancia con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Así mismo se respetará el informe Belmont, donde se establece el respeto a las personas, el principio de beneficencia y el de justicia, con todos sus principios básicos referentes a la investigación.

Considerando el aspecto de la deontología médica, la investigación se realizará con previa autorización del comité de ética y del comité de investigación de la institución. El estudio es de carácter anónimo, confidencial y no se utilizará identificadores de carácter personal. Los resultados que se obtengan se utilizarán exclusivamente con fines académicos, en forma reservada y confidencial.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

4.1. Objetivo general

- Determinar los factores asociados al incremento de las cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco 2019.

4.2. Objetivo específico

- Identificar que indicadores maternos (cesárea previa, trastornos de la hipertensión durante el embarazo, desproporción céfalo pélvica y otras causas), como factor asociados que incremente la tasa de cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019.



- Identificar que indicadores fetales (embarazo múltiple, macrostomia fetal, distocia del producto, distress fetal y otras causas), asociados al incremento la de cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019.
- Determinar los indicadores ovulares (placenta previa, ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, DPPNI y otras causas), asociados al incrementa de las cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019.

5. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO:

5.1. Delimitación espacial:

El presente estudio se realizó en la Ciudad del Cusco a unos 3350m.s.n.m en el Hospital Regional del Cusco, del servicio de Maternidad.

5.2. Delimitación temporal:

El periodo considerado para el presente estudio, está comprendido desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2019.



CAPITULO II:

MARCO TEÓRICO



2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN:

2.1.1. Internacionales:

Reina B (Barranquilla-Colombia, 2019), trabajo titulado “Factores asociados a las condiciones médicas u obstétricas relacionadas con las cesáreas valoradas a través del modelo de Robson en las mujeres atendidas en clínica las Peñitas de la ciudad de Sincelejo”, estudio de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 681 pacientes, realizándose un muestreo aleatorio estratificado de acuerdo con tipo de parto. Obteniendo un 79.36% de cesáreas de todos los partos. El primer lugar fue la presencia de cesárea anterior con un 46.85%, seguido de las nulíparas con 32.03%. La mayor tasa específica la tiene el grupo de nulíparas con inducción o cesárea antes del trabajo de parto (91.75%) y multíparas con antecedente de cesárea previa (100%). Las variables sociodemográficas y servicios de salud no hubo diferencias significativas con respecto a la realización de cesárea, pero si se asoció significativamente con distocias ($p < 0,0001$) y el trastorno hipertensivo ($p < 0,0001$). Como conclusión, el grupo de nulíparas con inducción o cesárea antes del trabajo de parto y las multíparas con cicatriz uterina, tiene mayor riesgo de ser intervenidas con cesárea.¹¹

Anaya et al (Popayán-Colombia, 2017), estudio que titula “características de las pacientes llevadas a cesárea según modelo de Robson y exploración de factores asociados en gestantes atendidas en el HUSJ de Popayán”, siendo un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 838 nacimientos del cual el 53.1% termino en cesárea, como causa materna en primer lugar fue de 21.12% siendo la cesárea anterior, la mayoría de las cesáreas fueron gestaciones a termino con un 79.83% y primíparas con un 58.23%, siendo la edad más frecuente entre 19 a 34 años con 68,26%. El grupo más aportante de Robson fue el 3 con 28.16%. Concluyendo que se encontró significancia en historia de cesárea, obesidad, nulípara y ser clasificada de moderado y alto riesgo.¹²



Muños H. et al (México, 2019), estudio titulado, “factores asociados al incremento de cesáreas en México”, se realizó un análisis descriptivo y un modelo logístico multinivel del periodo 2011-2014. Los resultados fueron que, del total un 45% termino en cesárea, siendo el mismo porcentaje en la variable de estado conyugal. Un factor importante es la escolaridad de la madre; se observó que, a mayor escolaridad, mayor porcentaje de cesáreas, siendo 70.43% a nivel profesional y 31.08% de nivel primario incompleto. Con respecto a la edad se reflejó un mayor porcentaje a madre de 35-44 años con 57.48% y las de 18 años con 36.86%, en cuanto a nivel de controles prenatales se vio que a mayor número de control se asocia a que termine en cesárea. Respecto al tipo de producto, el 45% represento producto único, pero se duplica al tener un doble producto con 85.8%. En cuanto a la semana de gestación, a término de 37 semanas con 40%. Se concluye que se observa un incremento en el número de cesáreas en hospitales públicos y se confirma la relación directa entre los múltiples factores analizados y la cesárea, entre ellos, mayor escolaridad, habitar en municipios predominantemente indígenas, así como en municipios con mayor índice de desarrollo humano.¹³

Jáuregui M (Cuenca-Ecuador, 2011), es trabajo titulado “principales causas de cesárea en la fundación humanitaria Pablo Jaramillo, siendo un estudio, descriptivo, transversal, retrospectivo, con una población de 1360 gestantes, de las cuales el 43.38% de los partos fue por cesárea; con respecto a los grupos etarios las gestantes entre 20-34 años con un 69.8% seguidas por menores de 20 años con un 16.4% y las mayores de 35 años con 13.7%. Concluyendo que las indicaciones de cesárea son las siguientes: causas maternas con 68.1%; causas fetales con 21.0% y causas materno fetales con 10.8%. Las principales causas de cesáreas fueron: cesárea anterior (32.4%), desproporción céfalo-pélvica (7,8%), dilatación estacionaria (7,3%), ruptura prematura de membranas (4,1%), cesárea iterativa (3,4%), distocias óseas (3.1%) y macrostomia fetal (2%).¹⁴



Bernal G. et al (México, 2017), estudio que titula “Cesárea; situación actual y factores asociados en México”, estudio que se realizó una revisión sistemática sobre la situación actual de la cesárea. Se seleccionaron artículos publicados en el periodo de 2010-2017. Las mujeres primíparas entre los grupos de 12 a 19 años y de 35 o más años, representaron los grupos de mayor exposición a la cesárea. Según la ENSANUT 2012, el 73,0% de las mujeres entre 20 a 34 años que tuvieron a su último hijo en los cinco años previos a dicha encuesta, presentaron un perfil socioeconómico bajo en el 44,2% de los casos, y una escolaridad máxima de nivel secundaria en el 75,7%, cómo factores asociados directamente a la intervención quirúrgica, se encontró que las mujeres con 35 o más años tienen un 61,0% más probabilidad de ser intervenidas por operación cesárea, en comparación con el grupo de 20 a 34 años. El grupo menor de 20 años fue considerado como factor protector a esta intervención, sin embargo, en lo que respecta a su asociación al tema de paridad, presenta 6 veces más riesgo de intervención cesárea en mujeres primíparas de este grupo etario.¹⁵

Villaverde R. (Zaragoza-España, 2011), estudio titulada, “Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud Zaragoza”, estudio, descriptivo transversal, que utiliza datos clínico administrativos y que tiene un componente analítico, en el que se exploran posibles factores relacionados, utiliza esta segunda aproximación metodológica. Considerando todos los partos, la probabilidad de recibir una cesárea estuvo relacionada con la edad (RR=1,05), dependió del nivel tecnológico del hospital (RR=0,94, menos riesgo de cesárea en hospital terciario) y la condición de hospital docente (RR= 0,93, menos riesgo en hospital docente); asimismo, el riesgo fue menor en centros con más paritorios (RR=0,96) -aunque esta protección no se observó con un mayor número de matronas- y el riesgo aumentó cuanto mayor fue el número de obstetras (12% mayor en centros con más de 8 obstetras y 27% con más de



17). En hospitales con UCI neonatal el riesgo fue mayor ($RR = 1,06$). En el caso de las cesáreas en partos de bajo riesgo, se observaron estimados muy semejantes para las variables señaladas, pronunciándose el efecto protector de los hospitales docentes ($RR=0,88$) y con más paritorios ($RR=0,90$). En este caso, los centros con más matronas presentaron menos riesgo de cesárea ($RR=0,98$ para aquellos con más de 25 matronas en plantilla), o con más camas de obstetricia ($RR=0,93$ para aquellos centros con más de 28 camas obstétricas). Paradójicamente, en este caso, tener docencia de matronas incrementó el riesgo ($RR=1,07$). En hospitales con UCI neonatal el riesgo fue mayor ($OR = 1,13$). La variación observada en la incidencia de utilización de cesárea entre los hospitales estudiados es importante, y varía según el tipo de indicador estudiado, incrementándose la mismo conforme menor es el riesgo obstétrico de las pacientes consideradas en el denominador del indicador. La variación sistemática, excluido el efecto del azar, puede ser interpretada entre moderada para el conjunto de partos, a extrema para aquellos que se realizan en mujeres “sanas” y de muy bajo riesgo obstétrico. ¹⁶



2.1.2. Nacionales:

Azurín J. et al (Lima-Perú, 2013), estudio titulada “desarrollo de criterios para indicación de cesárea según el método de pertinencia RAND/UCLA CIMEL”. El objetivo fue determinar los escenarios clínicos considerados apropiados para la realización de cesárea, utilizando una versión modificada del Método de Pertinencia RAND/UCLA. Se generaron escenarios clínicos a partir de guías clínicas validadas. Se vio 392 escenarios relevantes para la realización de cesárea. Se observa que las morbilidades maternas y los trastornos hipertensivos del embarazo fueron la mayor cantidad (32,7%). Los grupos que se realizaron la cesárea fueron anomalía fetal (100%), distocias (95%) y macrosomía fetal (90.6%), los cuales mostraron también un acuerdo mayor al 50%. Los grupos con mayor proporción incierta fue sufrimiento fetal agudo (34.6%) y morbilidad materna (33.8%). Concluyendo que la aplicación del Método de Pertinencia RAND/UCLA resultó útil para determinar los escenarios clínicos apropiados para realización de cesárea.¹⁷

Echajaya S. (Lima-Perú, 2019), estudio titulada “Prevalencia de cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital Militar Central”, el objetivo del trabajo es determinar la prevalencia de cesáreas. Se realizó un estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de tipo retrospectivo, con una población de 382 pacientes sometidas a cesárea. Se encontró que la prevalencia de cesárea fue de 66,6%. Las indicaciones de cesárea fueron: cesárea anterior con 36,1%, macrosomía fetal con 11%, distocia de presentación con 6,3% y ruptura prematura de membranas con 5,8%. El grupo etáreo más frecuente fue de 19 a 35 años con 77,5%, la edad gestacional más frecuente fue la de 37 semanas (46,1%), se evidencia que, el número de gestaciones es de 43,5% fueron primíparas, el 37,2% secundíparas, el 14,1% presentaba su tercera gestación. Concluyendo la prevalencia de cesáreas en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero a diciembre del 2018 fue de 66,6% el cual sobrepasa el porcentaje recomendado por la OMS (10-15%).¹⁸



Rojas M. (Lima-Perú, 2018), estudio titulado “Características Epidemiológicas y Factores Asociados a la Cesárea en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui”, el trabajo de investigación es un estudio no experimental, observacional, mixto, retrospectivo de corte transversal, se obtuvo una muestra de 122 historias clínicas. Los resultados fueron una incidencia de 45.97% son partos distócicos. Con respecto a las características epidemiológicas en lo referido a la edad el 27.87% de pacientes poseen entre 30-34 años, en cuanto a la paridad el 38.52% de pacientes son segundigestas, estado civil el 36.07 % de pacientes son conviviente, grado de instrucción el 37.7% de pacientes poseen secundaria, ocupación el 54.9% es independiente, procedencia 66.39% de pacientes son de la zona costa. Con respecto a los factores maternos asociados a la cesárea el 48.36% fue cesareadas anterior, los factores fetales asociados a la cesárea el 55.74% no poseen ninguna indicación fetal para la cesárea. Concluyendo las características epidemiológicas de las gestantes estudiadas comprende una edad que oscila entre los 30 a 34 años, la cesara anterior predomino como factor materno y que la incidencia de la cesárea es de 45.97% muy por encima de la recomendación de la OMS.¹⁹

Zelada L. (Lima-Perú, 2019), estudio titulada “Factores Maternos, Fetales Y Ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital PNP Luis N. Sáenz.”, estudio de tipo descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal, para lo cual se analizó un total de 384 historias clínica de gestantes sometidas a parto por cesárea. Se revisaron 384 historias clínicas obteniéndose que 228 gestantes presentaban cesárea segmentaria trasversa primaria y 156 cesárea segmentaria trasversa iterativa. En ambos grupos, la desproporción céfalo pélvica con un $p = 0,000$, el trabajo de parto prolongado, pródromos de trabajo de partos y oligohidramnios son factores asociados a partos por cesárea con un $p = 0,000$, $p= 0,012$, $p=0,018$ respectivamente. Dentro de los factores ovulares solo ruptura prematura de membrana se presenta como



factor asociado a partos por cesárea ($p=0,001$) y en los factores fetales se encontró que macrosomía fetal ($p=0,003$), sufrimiento fetal ($p=0,004$), presentación fetal anómala ($p=0,000$) y gestación múltiple ($p=0,041$) son factores asociados a partos por cesárea siendo macrosomía fetal con OR (2,208) e IC95% (1,300-3,748) sufrimiento fetal con un OR (3,500) e IC 95% (1,413- 8,867) y presentación fetal anómala con un OR (9,895) e IC 95% (5,546-17,654) factores de riesgo para cesárea. Concluyendo que los factores maternos: desproporción cefalopélvica, pródromos de trabajo de parto, trabajo de parto prolongado y oligohidramnios; los factores fetales: macrosomía fetal, sufrimiento fetal, presentación fetal anómala y gestación múltiple; los factores ovulares: ruptura prematura de membranas se encuentran asociado a partos por cesárea.²⁰

Andia M. (Puno-Perú, 2017), estudia que titula “Factores determinantes de la cesárea en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno”, estudio de tipo observacional descriptivo transversal y analítico; con una muestra de 253 pacientes. Los resultados fueron las características maternas son: la edad de la paciente el 52,96% de 20 a 29 años ($P=0,621$), edad gestacional 60,47% a término 37 a 42 semanas ($P=0,001$), y como factores determinantes el número de gestaciones 53,36% nulípara ($P=0,019$), 67,98% si tuvo trabajo de parto ($P=0,000$), gestantes con parto por cesárea 87,75% por emergencia, 12,25% cesárea programada, y la principal causa obstétrica materna con 36,76% es por pre eclampsia o eclampsia previa ($P=0,034$), 75,49% son otras causas fetales ($P=0,027$), 91,30% fueron otras causas ovulares ($P=0,483$). Conclusión: Los factores asociados con el tipo de cesárea son las características maternas: edad de la paciente, edad gestacional, y los factores determinantes son el número de gestaciones, trabajo de parto; las características obstétricas: causas maternas, como primera causa además de causas fetales y causas ovulares, con un nivel de significancia $P < 0,05$.²¹



Barrera N. et al (Lima-Perú, 2018), estudio titulada “Frecuencia e Indicaciones del parto por cesárea en un Hospital Público de Lima”, siendo el objetivo de determinar la frecuencia de parto abdominal, así como las indicaciones más frecuentes. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos, evaluando las pacientes sometidas a parto abdominal y sus indicaciones. Se incluyeron todas las pacientes sometidas a cesáreas, electivas o de emergencia desde enero del 2013 hasta diciembre del 2017 en el Hospital Cayetano Heredia. Resultados se obtuvo una frecuencia de cesárea del 50.2%. En cuanto a la frecuencia anual de cesáreas, para el año 2013 encontramos un porcentaje del 49.4 %, en el 2014 de 48.4%, 2015 con 51.3%, para el 2016 un 52.5% y para el 2017 de 49.5%. Siendo las indicaciones más frecuentes el antecedente de una cesárea previa, seguida de la desproporción cefalopélvica. Dentro de las 5 indicaciones más frecuentes, el antecedente de una cesárea previa, representó el 25.3%. Es importante mencionar que el 34% de estas pacientes tuvieron partos vaginales previos, dato estadísticamente significativo. ($p= 0.01$), el segundo lugar, se ubica la desproporción cefalopélvica con el 19.8%, las pacientes con antecedente de dos a más cesáreas anteriores, fueron ubicadas en el tercer lugar con el 10.5%, la cuarta indicación fue la distocia de presentación en 10.3%, de estas el 73% presentaron más de 6 controles prenatales, es decir, fueron pacientes controladas, dato que no fue estadísticamente significativo ($p>0.05$). El 7% fueron intervenidas por distrés fetal, representando la quinta indicación más frecuente en nuestra población estudiada. En conclusión, se superó la tasa de cesárea recomendada por la OMS ($<15\%$). La indicación más frecuente en este período fue la presencia del antecedente de una cesárea previa.²²



Maylle B (Huánuco-Perú, 2016), estudio titulada “Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la Red Asistencial de Huánuco, Essalud”, la investigación realizada, tuvo el objetivo de determinar la incidencia de cesáreas, utilizando un diseño y nivel descriptivo, de tipo no experimental, transversal y retrospectivo; siendo los principales resultados con respecto a los factores generales: edad joven un 72.2%; nivel educativo superior un 63.2%; nivel socioeconómico aceptable fue de 76.8%; estado civil conviviente 44.8%. Factores obstétricos multigesta 67.8%; edad gestacional a término fue de 98.4%, la indicación materna cesárea anterior es de 23.4%. La indicación fetal, que es sufrimiento fetal agudo con 14.2%, la indicación de anexos placentarios como rotura prematura de membranas es de 5.4%. Concluyendo que: la incidencia en cesáreas en el Hospital base II de la Red Asistencial de Huánuco, Essalud, durante el periodo 2010 a 2014 es a disminuir progresivamente, con una incidencia que fluctúa entre 37,7% a 34%.²³



2.1.3. Locales:

Umeres, M. (Cusco-Perú, 2012), estudio titulada “Indicadores y variación del diagnóstico post operatorio de las cesáreas en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco en el año 2010”, su incidencia de cesárea fue del 22.81% de un total de 2722 partos. Indicaciones de cesárea: distocia por el feto y anexos (19.42%), distocias de presentación (15.61%), enfermedades intercurrentes (14.19%), distocia por la vía del parto (12.95%), antecedentes obstétricos (12.00%), distocias del tiempo (10.19%), otras indicaciones (5.14%) y distocias de contracción (3.42%). Número de cesáreas: primera (84%), cesárea previa (12%) y cesárea iterativa (4%). Se observa una variación de los diagnósticos preoperatorios con respecto al posoperatorio en el 11% de las cesareadas.²⁴

Contreras, J. (Cusco-Perú, 2017), estudio titulada, “Características de las cesáreas en el Hospital Antonio Lorena de enero a diciembre del 2016”, estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, el cual el porcentaje de cesáreas dicho Hospital es de 29.37%, las principales indicaciones de cesárea fueron; cesárea previa (19.21%), distocias de presentación (10.60%), trastorno hipertensivo inducido por el embarazo (9.93%), sufrimiento fetal agudo (9.27%), trabajo de parto disfuncional (8.83%), desproporción cefalopélvica (8.61%), oligohidramnios (7.06%), inducción fallida (5.30%), macrosomía fetal (4.86%), ruptura prematura de membranas(4.86%), gestación múltiple (3.97%), placenta previa (1.99%), desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (1.77%), distocia de partes blandas (1.32%), óbito fetal (1.10%), feto pretermino (0.44%), mala historia obstétrica (0.22%), procubito de cordón (0.22%), procidencia de cordón (0.22%) y corioamnionitis (0.22%). Teniendo como conclusión que el índice de cesárea está por encima de la planteada por la OMS, la principal indicación de cesárea es la cesareadas anterior, la principal complicación es la anemia post cesárea y la infección de herida operatoria.²⁵



2.2. BASES TEÓRICAS:

2.2.1. Definición:

La palabra Cesárea viene del latín "Caedere", se extrae el producto mediante un corte, siendo superior a las 22 semanas de embarazo, que consiste en una incisión en la pared abdominal denominado laparotomía y de la pared uterina histerotomía, cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando los riesgos y complicaciones maternos fetales. Los profesionales de salud desde 1985, han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. A pesar de ello las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como se sabe que, en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro.¹⁸ Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral. En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materna infantil.²⁶

2.2.2. Historia:

Si realizaríamos una clasificación de la historia de la cesárea nos gustaría referirnos a la que hizo Cifuentes en la que señala que ésta puede dividirse en una parte anecdótica y mitológica y otra científica.²⁷



Primero se emparenta que en tiempos lejanos donde el nacimiento por cesárea era algo sobrenatural y misterioso, la mitología griega que existe referencias de nacimientos de dioses o semidioses por vía abdominal, como el que se refiere a Hermes que sacó a Dionisio por mandato de Zeus del vientre de Semele, y Apolo, que abre el abdomen de Corinis, muerta por Artemis, y saca a Esculapio una palabra de origen latino, caedere o scaedere, que significa cortar, podría ser una de las 4 razones del origen de la denominación. Las otras 3 son: la ley regia de Numa Pompilius (siglo viii AC) que impedía inhumar a la mujer muerta embarazada sin haber sacado previamente al niño por una incisión abdomino-uterina (ley de los césares); la leyenda cuenta que Julio César nació de este modo.²⁸

El Mischnagoth, publicado en 140 AC y el Talmud, hacen referencias a nacimientos por cesáreas y los ritos de la operación que se empleaba para los nacimientos. Precisamente el Talmud relata el nacimiento de Indra y se detalla cómo se negó a nacer por vía natural. Como menciona la historia, vemos el caso de Buda, del cual se afirma una creencia muy antigua, que nació del costado de su madre, o el caso de Brahma, de quien se dice que emergió a través del ombligo materno.²⁸

Durante la historia se vieron formadas por leyes, la cesárea presento inicialmente una ley dada por los romanos, llamada "Lex Regia" del año 715 AC, mencionaba que toda mujer con embarazo avanzado debía ser operada poco después de la muerte, siempre que el niño este vivo. Otras culturas como el Islam en 1500, se oponía a la cesárea, ya que consideraban que eran descendientes del demonio y debían ser sacrificados. En cuanto a la religión cristiana, se encontraba a favor ya que velaban por la vida y el alma de ambos seres.²⁸

El vocablo de nacimiento por cesárea fue usado por primera vez en Francia, en el año de 1581, por Rousset. La primera cesárea practicada en una gestante viva y en la que se



obtuvo un recién nacido vivo fue realizada por Giulio Cesari Aranzio en el año de 1578. En 1769, Lebas, en Francia, sutura por primera vez la herida del útero con la idea de que la recuperación fuera mejor. En el año de 1882, Max Sanger difunde la técnica de suturar la herida uterina. La operación de cesárea se empieza a emplear como una alternativa segura para el nacimiento luego de los trabajos pioneros de Willian Morton, en 1846 se utilizó el dietil éter como anestésico quirúrgico y veinte años después Joseoh Lister introdujo el ácido carbólico como antiséptico como técnica para disminuir infecciones postoperatorias. La mayor modificación en el uso de la técnica de cesárea ocurre en el año de 1876, cuando Eduardo Porro, la asocia a la histerectomía subtotal, luego Frank, en 1906, introduce la técnica extraperitoneal con el fin de disminuir las posibilidades de infección y más tarde Krönig, en 1912, y Beck, en 1919, utilizan la técnica segmentaria con incisión longitudinal. La cesárea segmentaria transversal, que es el procedimiento más usado hoy en día, proviene de una modificación de la técnica de Beck implementada en 1921 por John Munro Kerr y Eardley Holland.²⁹

2.2.3. Historia de la Cesárea en el Perú:

En 1861, Perú realiza su primera cesárea fue realizada en la Maternidad de Lima por el Dr. Camilo Segura, en una paciente fallecida durante el parto. En 1926 el Dr. Ricardo Palma realizó la primera cesárea en Chiclayo. El 31 de mayo de 1931 en la Maternidad de Lima el Dr. Alberto Barton practicó una cesárea obteniendo un recién nacido vivo.²⁹ La madre falleció a las pocas horas. Entre los años 1927 y 1936 el Dr. Manuel Jesús Castañeda efectuó la primera cesárea en Arequipa y en 1931 el Dr. Callo Zeballos hizo lo mismo en el Cuzco. La primera cesárea segmentaria en el Perú fue practicada en la Maternidad de Lima por Víctor Bazul Fonseca en 1937 y en 1939 se hizo la cesárea a la niña Lina Medina de 5 y medio años de edad obteniéndose un recién nacido vivo de 2700gr.³⁰



2.2.4. Clasificación:

- **Cesárea electiva:** realizada a gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.³¹
- **Cesárea en curso de parto:** se suspende el parto espontaneo por presentar problemas que afecten a la madre o el producto, generalmente por distocia. Se incluyen: inducción del parto fallida, desproporción pélvica fetal, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. Cierta mente no existe riesgo inminente de muerte para la madre ni para el feto.³¹
- **Cesárea de emergencia:** intervención que se realiza ni bien ingresa la gestante con una patología aguda grave, tanto de la madre o del feto. Cursa con un riesgo vital materno-fetal, como pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.³¹

2.2.5. Indicaciones:

- **Indicaciones relativas:** Son indicaciones de forma electiva, donde cada caso presenta un menor riesgo y mayor beneficio tanto para la madre y el feto, dando un nacimiento por vía abdominal de forma electiva.
- **Indicaciones absolutas:** Son las indicaciones en las que la cesárea es el único medio a utilizar para terminar el parto y procurar el bienestar al binomio involucrado entre estas se mencionan:



	Absolutas	Relativas
Maternas	Estrechez pélvica. Fibrosis cervical. Plastia vaginal o del piso pélvico previas. Dos o más cesáreas previas. Cesárea corporal única. Cirugía previa sobre el cuerpo uterino. Miomectomías que invaden a la cavidad uterina. Persistencia de la causa de la cesárea previa. Cesárea previa complicada (dehiscencia, Infección). Herpes genital activo. Condilomatosis florida obstructiva. Cardiopatía descompensada. Aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral. Preeclampsia severa	Preeclampsia, eclampsia Una cesárea segmentaria previa. Expulsivo prolongado Dilatación Estacionaria Embarazo Prolongado, que no inicia trabajo de parto. Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración.
Fetales	Feto en Situación Transversa. Feto en variedad de Frente. Embarazo múltiple más de 2. Gemelar mono amniótico monocorial. Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica. Peso fetal entre 1000 y 1500 gr. Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto. Distocias de posición persistentes: occípito-posterior Macrosomía Fetal mayor de 4.500 gr.	Feto en presentación Podálica. Anomalías congénitas: hidrocefalia Restricción del crecimiento intrauterino. Peso fetal menor a 1000g Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 gr.) Bienestar fetal antes del parto comprometido ante las contracciones uterinas. Oligohidramnios severo.
Materno fetales	Desproporción céfalo-pélvica. Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, Placenta previa oclusiva total. Prolapso de cordón con feto vivo. Situaciones en las que está contraindicado el trabajo de parto.	Placenta previa oclusiva parcial. RPM con infección (Corioamnionitis). Poli hidramnios Severo

Causas maternas:

- Patologías locales:
 - Distocias óseas:
 - Estrechez pélvica.
 - Pelvis asimétrica o deformada.
 - Tumores óseos de la pelvis.
 - Distocia de partes blandas:
 - Malformaciones congénitas.
 - Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.



- Cirugía previa del cérvix, y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
- Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.
- Tumores pélvicos.
- Rotura uterina.
- Cesárea anterior.
- Herpes genital activo.
- Distocia de la contracción.
- Patologías sistémicas: nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial crónica, preeclampsia.
- Fracaso de la inducción.

Causas fetales:

- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal.
 - Situación transversa.
 - Pelviana.
 - Frente.
 - Cara.
- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Viabilidad fetal comprometida.
 - Distress fetal o Alteración del bienestar fetal.
 - Restricción del crecimiento intrauterino.
 - Enfermedad hemolítica fetal grave.
 - Isoinmunización materno-fetal.
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto.
- Embarazo prolongado con contraindicación para el parto vaginal.



- Cesárea post mortem.
- Gestación múltiple.

Causas ovulares:

- Placenta previa.
- Desprendimiento normoplacentario.
- Procidencia del cordón.
- Oligohidramnios.
- Prolapso de cordón umbilical.

2.2.6. **Clasificación de Robson:** Este manual se elaboró para ayudar a los establecimientos de salud en la adopción y el uso de la clasificación de Robson. Va dirigido a los profesionales de la salud que se encargan de la atención de las mujeres ingresadas para el parto, así como a los administradores responsables de la gestión de los establecimientos de salud en los que tienen lugar los partos. El sistema clasifica a todas las mujeres ingresadas para el parto en uno de 10 grupos que son mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos. Esto significa que, con el empleo de unas pocas variables obstétricas básicas, cada mujer ingresada para el parto en cualquier establecimiento de salud puede clasificarse en uno y solo uno de los 10 grupos y que ninguna mujer queda fuera de la clasificación.



Clasificación de Robson	
Grupo 1: nulípara con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.	Grupo 6: nulípara con embarazo único en presentación podálica.
Grupo 2: nulípara con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.	Grupo 7: multípara con embarazo único en presentación podálica, incluyendo las mujeres con cicatriz única previa.
Grupo 3: multípara sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.	Grupo 8: mujeres con múltiples, incluidas las mujeres con cicatriz única previa.
Grupo 4: multípara sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.	Grupo 9: mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con cicatriz única previa.
Grupo 5: multípara con al menos una cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación.	Grupo 10: mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatriz única previa.



2.3.MARCO CONCEPTUAL:

- **Desproporción cefalopélvica;** (CPD) se produce cuando la cabeza o el cuerpo de un bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de la madre. Se cree que la verdadera CPD es raro, pero muchos casos de “falta de progreso” durante el parto se les da un diagnóstico de la CPD.
- **Morbimortalidad-**, La morbilidad es el 'número de personas que enferman en una población y período determinados', mientras que la mortalidad, además de la 'cualidad de mortal', es el 'número de defunciones en una población y período determinados.
- **Oligohidramnios;** condición de tener muy poco líquido amniótico, se identifica mediante el ILA (índice de líquido amniótico), si muestra un nivel de líquido de menos de 5 centímetros (o menor que el quinto percentil), la ausencia de un pozo de líquido de 2 a 3 cm de profundidad, o un volumen de líquido de menos de 500 ml en las semanas 32 a 36 de gestación, entonces se sospecharía un diagnóstico de oligohidramnios.
- **Periodo intergenésico;** Se sugiere como tiempo recomendado de espera para iniciar un siguiente embarazo mínimo 18 meses (periodo intergenésico corto, PIC) y no más de 60 meses (periodo intergenésico largo, PIL), para reducir el riesgo de eventos adversos maternos, perinatales y neonatales.
- **Corioamnionitis;** es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen; también se denomina infección intraamniótica, infección ovular o amnionitis y puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo.
- **Distress fetal;** también llamado alteración del bienestar fetal, es un término que se usa en obstetricia para referirse a un estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período relativamente breve.



- **Inducción del trabajo de parto;** también denominada «parto inducido», consiste en estimular las contracciones uterinas durante el embarazo antes de que el trabajo de parto comience solo para poder tener un parto vaginal.
- **Conducción del trabajo de parto;** Estimulación de las contracciones uterinas antes del inicio espontáneo del trabajo de parto para lograr el nacimiento de la unidad feto placentario.
- **Preeclampsia;** La preeclampsia, definida como hipertensión arterial que usualmente debuta (o agrava la hipertensión pre-gestacional) a las ≥ 20 semanas de embarazo, es un síndrome inducido por la gestación.
- **Prolapso;** Descenso o caída de un órgano interno, una víscera, etc., del cuerpo a causa de la relajación de sus medios de fijación, especialmente cuando sale a través de un orificio natural o artificial.
- **Distress;** Aparece siempre como respuesta ante una amenaza, sea esta interna o externa. Podríamos definir el distress como el estrés desagradable. Es un estrés que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación a la carga.
- **Paridad;** La paridad de género, entendida como una participación equilibrada de hombres y mujeres en las posiciones de poder y de toma de decisiones en todas las esferas de la vida, constituye una condición destacada para la igualdad entre los sexos.
- **Nulípara;** Mujer que no ha dado a luz ningún hijo.
- **Múltipara;** Se dice de la mujer que ha tenido varios partos. Se acepta que una mujer es múltipara cuando tiene hasta cinco partos.
- **Primípara;** Mujer que ha parido una vez.
- **SPSS;** programa estadístico informático muy usado en las ciencias exactas, sociales y aplicadas, además de las empresas de investigación de mercado.



2.4.HIPÓTESIS:

2.4.1 Hipótesis general:

- Existen factores asociados al incremento de las cesáreas son: cesárea anterior, cesárea iterativa, nultigestas, presentación podálica, desprendimiento de placenta normo inserta, nivel socio económico, macrosomía fetal, desproporción cefalopélvica, distress fetal, en gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019.

2.4.2. Hipótesis específicas:

- Los factores de riesgo maternos, desproporción céfalo pélvica, macrosomía fetal, preeclampsia se asocian con la cesárea en mujeres gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco 2019.
- Existen factores fetales como embarazo múltiple, distocia del producto, distress fetal y otras causas fetales son un factor que incremente la tasa de cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019.
- Existen factores ovulares como placenta previo total, oligohidramnios severo, DPP y otras causas, son un factor que incrementa la tasa de cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019.



2.5.VARIABLES E INDICADORES

2.5.1. Identificación de variables

a) Variable interviniente:

- Edad materna
- Escolaridad
- Número de cesárea
- Paridad
- Edad gestacional
- N^a de controles
- Estado civil
- Procedencia

b) Variable dependiente:

- Cesárea

c) Variable independiente:

- Factores maternos:
 - Cesárea previa.
 - Hipertensión inducida por el embarazo.
 - Desproporción cefalopélvica.
 - Otros: Infección urinaria, Pródromos de trabajo de parto, trabajo de parto prolongado, Periodo intergenesico corto.
- Factores fetales:
 - Embarazo múltiple
 - Macrosomía fetal
 - Distress fetal o Alteración del bienestar fetal
 - Distocias del producto:
 - Feto oblicuo



- Feto transverso
- Variedad de presentación persistente
- Vertex posterior
- Factores ovulares:
 - Ruptura prematura de membranas
 - Oligohidramnios
 - DPPNI
 - Otras: Placenta previa, vasa de cordón.



2.5.2. Operacionalizacion de variables:

VARIABLES dependientes:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Cesárea	Intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero de una mujer para extraer uno o más productos	Cualitativa	Indirecta	Frecuencia de cesárea	Nominal	Tasa de cesárea	0=Si se realiza 1=No se realiza	1	Expresada en intervención quirúrgica en el abdomen y útero



VARIABLES INTERVINIENTES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento en el que se estima la existencia de una persona.	Cuantitativa	Indirecta	Tiempo vivido por una persona.	Intervalo de razón	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = ≤19 años 1 = 20-34 años 2 = ≥ 35 años.	2	Se expresa como la edad de años cumplidos.
Escolaridad	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional	Cualitativa	Indirecta	Grado de instrucción actual	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Analfabeta 1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Superior no universitario 4 = Superior universitario	3	Se expresa como el último año cursado al momento de la cesárea.
Antecedente de cesárea	Clasificación de las cesáreas de acuerdo a los antecedentes de la paciente	Cualitativa	Indirecta	Ninguna cesárea Cesárea anterior Dos o más cesáreas	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Ninguna 1 = Previa 2 = Iterativa	7	Se expresa como la intervención de cesárea o ninguna.



Paridad	Número de partos por vía vaginal	Cualitativa	Indirecta	Numero de gestación	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Primípara 1=Secundípara 2 = Multípara	9	Se expresa como el número de partos a término y vivos
Edad gestacional	Numero de semanas de gestación cumplidas al momento del parto	Cuantitativa	Indirecta	Fecha de ultima regla por ecografía	De razón	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = < a 37 ss 1 = 37 a 41 ss 2 = >41 ss	8	Semanas de gestación desde fecha de la última menstruación
Control prenatal	Son aquellos controles a los que acude la gestante durante el periodo de gestación para control de bienestar materno fetal	Cuantitativa	Indirecta	Control Prenatal acudidos y realizados	De razón	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0= Sin controles (0-4 controles) 1 = Controlada (5 a más controles)	10	Controles Prenatales acudidos y realizados
Estado civil	Situación legal según registro civil de la gestante.	Cualitativa	Indirecta	Registro civil	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Soltera 1 = Casada 2= Conviviente	4	Obtención de registro civil



Procedencia	Lugar de origen de nacimiento y residencia	Cualitativa	Indirecto	Residencia actual	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = rural 1 = urbano	8	Se expresa por la procedencia de la paciente.
-------------	--	-------------	-----------	-------------------	---------	--	-------------------------	---	---



Variables dependientes:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	
CAUSAS MATERNAS	Cesárea previa.	Paciente que fue sometida a una cesárea previa	Cualitativa	Indirecta	Calculo por el antecedente materno	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Si 1 = No	11	Calculo por el antecedente materno
	Hipertensión inducida por el embarazo	Trastorno hipertensivo que se presenta a partir de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria >0,3 g/24 horas	Cualitativo	Indirecta	Criterios establecidos por el American Collage of Obstetricians and Gynecologists	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Si 1 = No	12	Se expresa en hipertensión durante el embarazo, preeclampsia, eclampsia, hipertensión crónica
	Desproporción céfalo pélvica	Es la imposibilidad del parto por vía vaginal, el conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto debido a disminución de las dimensiones de la pelvis en relación con un determinado feto o porque el volumen parcial o total del feto resulte excesivo para una determinada pelvis	Cualitativa	Indirecta	Obtención de la nota de ingreso al servicio de maternidad	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Si 1 = No	13	Se expresa como la imposibilidad del parto por el canal vaginal



	Otras causas maternas.	Otros factores maternos que se encuentran asociados a partos por cesárea	Cualitativa	Indirecta	Enfermedades no mencionadas que se encuentran asociadas a partos por cesárea	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Si 1 = No	15	Infección urinaria Pródromos de trabajo de partos Trabajo de parto prolongado Periodo intergenesico corto Condiloma vulvar
CAUSAS FETALES	Embarazo múltiple	Gestante que presenta un desarrollo más de un feto	Cualitativa	Indirecta	Ecografías obstétricas de control prenatal en la que se observa la presencia de dos o más fetos	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Si 1 = No	16	Se expresa el número de fetos en la gestación
	Macrosomía fetal	Peso al nacimiento de 4 a 4.50 kg o peso al nacimiento mayor del percentil 90. Peso	Cualitativa	Indirecta	Se identifica durante el control prenatal mediante las ecografías obstétricas o al pesar al RN después del parto.	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Si 1 = No	17	Peso mayor a 4000g que puede ser identificado en el control prenatal mediante las ecografías obstétricas o al pesar al RN después del parto.
	Distres fetal	Condición asociada a complicaciones obstétricas que afectan los procesos normales de intercambio entre la madre y feto	Cualitativa	Indirecta	Se evalúa con el estado de hipoxia del feto mediante pruebas de no estrés (NST)	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Si 1 = No	18	Se expresa por si es reactivo a la prueba NST



	Distocias del producto	Se define como mal posición, cuando el feto se encuentra longitudinalmente pero su vértice no está en posición normal	Cualitativa	Indirecta	Se identifica durante el control prenatal mediante las ecografías obstétricas.	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Si 1 = No	19	Se expresa en feto podálico, feto transverso.
CAUSAS OVUALRES	RPM	Rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico	Cualitativa	Indirecta	Salida de LA luego de la colocación de especulo tras la realización de maniobra de Valsalva	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Si 1 = No	22	Se expresa como presencia de líquido amniótico
	Oligohidramnios	Es un volumen deficiente de líquido amniótico; se asocia con complicaciones maternas y fetales.	Cualitativa	Indirecta	Se identifica durante el control prenatal mediante las ecografías obstétricas o al pesar al RN después del parto.	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Si 1 = No	23	Se expresa como disminución del líquido amniótico
	DPPNI	Es la separación prematura, parcial o total, de una placenta normoinserta de su inserción decidual después de la semana 20 o 22 de gestación	Cualitativa	Indirecta	Identificación de signos de alarmas	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Si 1 = No	24	Se expresa como desprendimiento de placenta
	Otras causas ovulares	Otros factores fetales que se encuentran asociados a partos por cesárea	Cualitativa	Indirecta	Otras factores no mencionadas que se encuentran asociadas a partos por cesárea	Nominal	Se recogerá los datos de las historias clínicas, dato que se colocara en la ficha de recolección de datos.	0 = Si 1 = No	25	Vasa de cordón Procidencia de cordón



CAPITULO-III

METODOLOGIA



3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

Es descriptivo porque trata de identificar y describir los indicadores de cesárea, mediante la recolección de datos a partir de las historias clínicas, con el objetivo de responder el, problema de la investigación.

Es retrospectivo por ser un estudio en que se recolecta datos del pasado.

Es transversal porque la variable de estudio es medida en una sola oportunidad.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

El diseño de la investigación es de tipo no experimental y observacional.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

3.3.1. Universo:

Conformado por todas las pacientes gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco durante todo el periodo del 2019, siendo un total de 3945.

3.3.2. Población:

Conformado por todas las pacientes que fueron intervenidas a sala de operaciones para realizar la cesárea, siendo un total de 1621 en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, durante el periodo del 2019.



3.3.3. Muestra:

Conformado por todas las pacientes que fueron intervenidas a sala de operaciones a una cesárea en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, durante el periodo del 2019. Considerando la obtención de 300 pacientes como muestra para realizar dicho estudio.

a) **Criterios de inclusión:**

- Todas las pacientes sometidas a cesárea en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019.
- Todas las gestantes que fueron atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019

b) **Criterios de exclusión:**

- Todas las pacientes con menos de 22 semanas de gestación y feto menor de 500gr, que no fueron atendidas inicialmente en el servicio maternidad, en el Hospital Regional del Cusco 2019.
- Pacientes atendidas con parto vaginal sin complicaciones en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco 2019.
- Pacientes programadas a cesárea, pero terminaron en parto espontaneo.
- Se excluye a todo parto por cesárea que tuvo muerte materna.

3.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se realizó la revisión sistemática de las historias clínicas de 300 pacientes, para la cual se utilizó una ficha de recolección de datos.

$$n = \frac{(Z \alpha)^2 N p \cdot q}{E^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n = tamaño deseado de la muestra

$Z = 1.96$; valor utilizado en ciencias de la salud, corresponde a un nivel de confianza de 95%

p = Probabilidad de éxito, corresponde al 50% = 0.5

q = Probabilidad de fracaso, corresponde al 50% = 0.5

N = población

E^2 = Error del 5% = 0.05

Entonces:

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 1272(0.5)(0.5)}{0.05^2(1272 - 1) + 1.96^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 300$$

Para realizar este estudio se requiere 300 pacientes, con un nivel de confianza del 95% y error del 5%.



- Validación de instrumento mediante juicio de expertos; validez a juicio de expertos, utilizando el método DPP (distancia del punto medio). El valor hallado del DPP en nuestro estudio fue de 2,62 cayendo en la zona B lo que permite su aplicación con ADECUACIÓN EN GRAN MEDIDA, al fenómeno que se desea investigar. Se adjunta las fichas de recolección de datos la sección ANEXOS.

Validación de instrumento mediante prueba piloto:

Técnicas de procesamiento de datos:

3.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez culminada la recolección de datos, se procedió a realizar una base de datos; para el procesamiento de esto se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25, el análisis estadístico utilizado fue el descriptivo e inferencial básica.

Para la estadística descriptiva se utilizó la distribución de frecuencia y porcentajes, se utilizó tablas simples para la presentación de resultados.

Se determinó el grado de asociación entre dos factores asociados al incremento de cesáreas. Para valorar si la asociación es o no estadísticamente significativa entre variables nominales, se vio el valor de “p”, cuyo caso se consideró estadísticamente significativo si el valor de p es menor de 0,05, para estos resultados se presentó tablas de contingencia.



CAPITULO-IV

RESULTADOS

4.1 RESULTADOS RESPECTO A CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Factores asociados al incremento de las cesáreas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019

Tabla N°1

Edad

Edad	N°	%
<= a 19 años	39	13,0
20 a 34 años	202	67,3
>= a 35 años	59	19,7
Total	300	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación:

Con respecto a la edad se observa que, el 67,3% de las pacientes sometidas a cesárea fueron entre 20 a 34 años y en menor porcentaje con 13,3% aquellas menores de 19 años.

Tabla N°2

Estado Civil

Estado Civil	N°	%
Soltera	27	9,0
Casada	42	14,0
Conviviente	231	77,0
Total	300	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación:

Respecto al estado civil de las pacientes sometidas a cesáreas, el 77% son convivientes y el 9% solteras.

Tabla N°3
Procedencia

Procedencia	N°	%
Urbano	156	52,0
Rural	144	48,0
Total	300	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación:

Se observa que el 52% de las pacientes sometidas a cesáreas provienen de zona urbana y el 48% provienen de la zona rural.

Tabla N°4
Escolaridad

Escolaridad	N°	%
Analfabeta	11	3,7
Primaria	55	18,3
Secundaria	152	50,7
Superior no universitario	26	8,7
Superior universitario	56	18,7
Total	300	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la escolaridad se muestra que el 3,7% de pacientes cesáreas son analfabetas, el 50,7% tienen secundaria y el 18,7% son superior universitario.

Tabla N°5
Edad-Escolaridad

Edad	Analfabeto		Primaria		Secundaria		Superior no universitario		Superior universitario		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
< 19 años	0	0,0	8	14,5	25	16,4	3	11,5	3	5,4	0,002
20 a 34 años	5	45,5	30	54,5	103	67,8	22	84,6	42	75,0	
>34 años	6	54,5	17	30,9	24	15,8	1	3,8	11	19,6	
Total	11	100,0	55	100,0	152	100,0	26	100,0	56	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación:

En todos los niveles de escolaridad, la mayor cantidad de cesáreas se encuentra entre las edades 20 a 34 años, viendo una significancia de $p=0,002$ con respecto a estas dos variables.

Tabla N°6
Antecedente de cesáreas

Antecedente de Cesáreas	N°	%
Ninguna	206	68,7
Previa	82	27,3
Iterativa	12	4,0
Total	300	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación:

Se observa que el 68,7% fue su primera cesárea, mientras que un 31,3% ya tuvieron cesárea anteriormente.

Tabla N°7**Paridad**

Paridad	N	%
Primípara	140	46,7
Secundípara	88	29,3
Múltipara	72	24,0
Total	300	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación:

Se observa que en relación a paridad, el 46,7% de pacientes primíparas se sometieron a cesárea, mientras que un 29,3% son secundíparas.

Tabla N°8**Edad Gestacional**

Edad Gestacional	N	%
< a 37 semanas	55	18,3
37 a41 semanas	242	80,7
>= 41 semanas	3	1,0
Total	300	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación:

Con respecto a la edad gestacional de las pacientes sometidas a cesáreas, el 80,7% está entre 37 a 41 semanas y el 1% presentó > 41 semanas.

Tabla N°9
Control Prenatal

Control Prenatal	N	%
Sin control	80	26,7
Controlada	220	73,3
Total	300	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación:

Pacientes con control prenatal 73,3% y un 26,7% sin control prenatal.

Tabla N°10
Cusas de Cesàrea

Causas de Cesàrea	N ^a	%
Cesarèa anterior	94	31,3
Distocia del producto	52	17,3
DCP	44	14,7
HIE	30	10,0
Macrosomìa fetal	21	7,0
Distres fetal	21	7,0
RPM	15	5,0
Oligohidramnios	15	5,0
Otras causas maternas	14	4,7
Placenta previa	9	3,0
Emabrazo multiple	7	2,3
DPPNI	3	1,0
Otras causas ovulares	2	0,7
Total	300	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación:

Observamos que la principal causa de pacientes sometidas a cesàrea es la cesàrea anterior con un 31,3%, seguida de distocia del producto con 17,3% y en tercer lugar la desproporci3n c3falo p3lvica con 14,4%.

Tabla N°11

Causas Maternas, Fetales y Ovulares

Causas	N°	%
Maternas	155	51,7
Fetales	101	33,7
Ovulares	44	14,6
Total	300	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación:

Se observa que el 51,7% fueron causas maternas, el 33,7% fetales el 14,6% ovulares en menor frecuencia.

Tabla N°12

Antecedente de cesáreas con causas maternas, fetales y ovulares

			Antecedente de cesáreas		Total	P
			Ninguna	Previa		
Causas Maternas	Si	%	56,1	43,9	100	0,000
	No	%	82,1	17,9	100	
Causas Fetales	Si	%	81,2	18,8	100	0,003
	No	%	62,3	37,7	100	
Causas Ovulares	Si	%	84,1	15,9	100	0,043
	No	%	66,0	34,0	100	

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación:

Se observa que las causas maternas, fetales y ovulares se presentan en mayor frecuencia en aquellas pacientes que no tuvieron antecedente de cesárea con un 56,1%, 81,2% y 84,1% y un p=0,000, p=0,003 y p=0,043 respectivamente.

Tabla N°13
Causas Maternas

Cusas Maternas	N	%
Cesárea anterior	67	43,2
DCP	44	28,4
HIE	30	19,4
Otras causas	14	9,0
Total	155	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación:

Se observa que el principal motivo de las causas maternas de pacientes cesareadas fueron cesárea anterior y desproporción cefalopélvica con 43,2% y 28,4% respectivamente.

Tabla N°14
Causas Fetales

Causas Fetales	N	%
Distocia del producto	52	51,5
Distres fetal	21	20,8
Macrosomía	21	20,8
Embarazo Múltiple	7	6,9
Total	101	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación:

Vemos que los principales motivos de causa fetales en pacientes cesareadas fueron; distocia del producto, sufrimiento fetal agudo y macrosomía fetal con 51,5%, 20,8% y 20,8% respectivamente.

N°15

Causas Ovulares

Causas Ovulares	N	%
RPM	15	34,1
Oligohidramnios	15	34,1
Placenta previa	9	20,5
DPPNI	3	6,8
Otras causas	2	4,5
Total	44	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación:

Mientras que los principales motivos de causas ovulares en pacientes cesareadas fueron; rotura prematura de membrana y oligohidramnios ambos con 34,1%, seguida de placenta previa con 20,5%.

Tabla N°16

Causas Maternas y Edades

Edad	Causas Maternas		P
	N	%	
< 19 años	16	10,3	
20 a 34 años	116	74,8	
>34 años	23	14,8	
Total	155	100,0	0.016

Fuente: recolección de ficha de datos

Interpretación:

Se observa que las pacientes sometidas a cesárea por causas maternas tienen una edad entre 20 a 34 años con un 74,8% con una significancia estadística de $p=0,016$.

T N°17

Causas Ovulares y Paridad

Paridad	Causas Ovulares		P
	N	%	
Primípara	29	65,9	
Secundípara	6	13,6	
Múltipara	9	20,5	
Total	44	100,0	0,013

Fuente: recolección de ficha de datos

Interpretación:

Se observa que las pacientes sometidas a cesáreas por causas ovulares fueron primíparas con un 65,9% y una significancia estadística de $p=0,013$.

Tabla N° 18

Causas Ovulares – Edad Gestacional

Edad Gestacional	Causas Ovulares		p
	N	%	
< a 37 semanas	16	36,3	
37 a 41 semanas	28	63,7	
> a 41 semanas	0	0,0	
Total	44	100,0	0,003

Fuente: recolección de ficha de datos

Interpretación:

Observamos que las pacientes sometidas a cesárea por causas ovulares corresponden a una edad gestacional entre 37 a 41 semanas con un 63,7% y una relación significativa de $p=0,003$.

Tabla N° 19
Causas Ovulares - Controles

Control prenatal	Causas Ovulares		P
	N	%	
Controlada	24	54,5	0,002
Sin Control	20	45,5	
Total	44	100,0	

Fuente: recolección de ficha de datos

Interpretación:

Se observa que aquellas pacientes sometidas a cesáreas por causas ovulares fueron controladas en un 54,5% con una significancia estadística de $p=0,002$.



CAPITULO-V



5.1 DISCUSIÓN:

El presente estudio descriptivo, retrospectivo basado en una población de 300 pacientes sometidas a cesárea, la edad con mayor frecuencia se encuentra entre 20 a 34 años en un 67.3%, siendo comparable con los siguientes estudios; en de Jáuregui ⁽¹⁴⁾ que fue de 69.8%, en el estudio de Muños ⁽¹³⁾ que presentó un 57.48%, mientras en el estudio de Bernal ⁽¹⁵⁾ en un 73.0%, en el de Echajaya ⁽¹⁸⁾ en su estudio presentó el 77.5%, en el estudio de Andia ⁽²¹⁾ representó un 52.96%. en cambio, en el estudio de Rojas ⁽¹⁹⁾ la edad más frecuente fue 30-34 con un 27.87%.

Con respecto a la variable de escolaridad, se observa que el 18.7% de las pacientes sometidas a cesárea pertenecen al nivel superior universitario y el nivel secundaria con 50.7%, comparable con el estudio de Rojas ⁽¹⁹⁾ donde el nivel de escolaridad secundaria represento un mayor porcentaje de 37.7%, el nivel superior que tuvo 19.6%, lo contrario ocurre con el estudio de Muños ⁽¹³⁾ donde se ve un 70.43% son de nivel profesional y un 30.1% presentaron primaria incompleta, Maylle⁽²³⁾ el nivel educativo superior representó el 70%.

Respecto a la paridad, tuvo como resultado que el 46,7% son primíparas, 29,3% secundípara y múltipara con un 24%, estudio que es comparable con Barrera ⁽²²⁾ donde obtuvo un 60.6% en pacientes nulípara y 19,2% múltipara, en el estudio de Maylle ⁽²³⁾ las múltiparas representaron un mayor porcentaje de 64%.



Las pacientes sometidas a cesáreas tuvieron como principal factor asociado las causas maternas 51.7%, segundo lugar causas fetales (33.7%) y tercer lugar causas ovulares (14.6%), estudio comparable con Jáuregui ⁽¹⁴⁾ que presentó 68.1% causas maternas, causas fetales (21%) y causas ovulares (10.8%). Siendo la misma relación para los estudios de Andia ⁽²¹⁾, Rojas ⁽¹⁹⁾.

Con respecto a las causas maternas se observó; que las pacientes sometidas a cesárea, la principal causa fue la cesaría anterior en un 43,2%, seguida de la desproporción céfalo pélvica en un 28,4%, hipertensión inducida por el embarazo en un 19,4%, estudio comparable con Jáuregui ⁽¹⁴⁾ 32,4% cesárea anterior, en el estudio de Echajaya ⁽¹⁸⁾ presentó 36,1%, en el estudio Rojas ⁽¹⁹⁾ la cesárea anterior fue de 48,4%, en el estudio Barrera ⁽²²⁾ en un 25,3%, Maylle ⁽²³⁾ fue de 28%, a diferencia del estudio de Andia ⁽²¹⁾ la eclampsia representó 36,8% como causa materna más frecuente.

Con respecto a las causas fetales, se observa que el 51,5% de las pacientes sometidas a cesárea presentaron distocias del producto; siendo la presentación podálica en primer lugar, seguida de feto transverso y por ultimo variedad de presentación, estudio comparable con Andia ⁽²¹⁾ en un 75,49% la presentación podálica, en el estudio Barrera ⁽²²⁾ en un 66,0%, mientras que en el estudio Maylle ⁽²³⁾ se obtuvo como mayor frecuencia al distress fetal en un 11%.

Respecto a las causas ovulares se observa que la rotura prematura de membranas y el oligohidramnios son la primera causa de indicación de cesárea en un 34,1%, comparado con en el estudio Maylle ⁽²³⁾ obtuvo un 5%, en el estudio de Echajaya ⁽¹⁸⁾ obtuvo 58%, el estudio de Jáuregui ⁽¹⁴⁾ en un 7,3%.



5.2. CONCLUSIONES:

- Los principales factores asociados al incremento de cesáreas en el Hospital Regional Del Cusco en el año 2019 fueron; 31,3% cesárea anterior, seguida de distocia de producto 17,3% y en tercer lugar la desproporción céfalo pélvica con un 14,7%.
 1. En relación a las causas maternas en pacientes sometidas a cesáreas en el Hospital Regional del Cusco, 2019:
 - La cesárea anterior y la desproporción céfalo pélvica son factores asociados que incrementan las cesáreas en un 43,2% y 28,4% respectivamente.
 - Existe una relación estadísticamente significativa ($p=0,016$) entre causas maternas y edad, encontrándose que un 74,8% pertenecían al grupo etario comprendido entre 20 a 34 años de edad.
 2. En relación a las causas fetales:
 - La distocia del producto, distress fetal, macrosomía fetal son factores asociados que incrementan las cesáreas en un 51,5%, 20,85 y 20,8% respectivamente.
 3. En relación a las causas ovulares:
 - La rotura prematura de membranas, oligohidramnios, placenta previa son factores asociados que incrementan las cesáreas en un 34,1%, 34,1% y 20,5% respectivamente.
 - Existe una relación estadísticamente significativa entre las causas ovulares con la paridad (pacientes primíparas 65,9%) y edad gestacional (37 a 41 semanas en un 63,7%), $p=0,013$ y $p=0,003$ respectivamente.



5.3.Recomendaciones:

Mejorar el control prenatal y realizar una referencia oportuna a Hospitales de mayor resolución en los casos de embarazo de alto riesgo. Con la finalidad de reducir las altas tasas de cesáreas.

**BIBLIOGRAFIA:**

1. Zelada Lázaro V. Factores Maternos, Fetales y Ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital PNP Luis N. Saenz Junio 2017 – Junio 2018. [tesis de médico cirujano]. Lima-Perú, 2019.
2. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de Cesárea. Ginebra, 2015 abril 10. [internet], [consultado el 2 de febrero 2020], disponible en: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=Datos-Y-Estadisticas&alias=696-Boletin-Informativo-obre-Esareas&Itemid=235.
3. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de Cesárea. Suiza: Departamento de salud reproductiva e investigación OMS; 2015. [internet] [consultado el 2 de febrero 2020], disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/who_rhr_15.02_spa.pdf.
4. Aaron B. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstet care consensus - ACOG. 2014; 2 [internet], [consultado el 3 de febrero 2020], disponible en: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-Of-The-Primary-Cesarean-delivery?ismobileset=false>.
5. EUROPEA. Europea press/Asturias. Estudio del ministerio de sanidad, [Internet] Madrid 2015. [consultado el 4 de enero 2020], disponible en: <http://www.europapress.es/Asturias/Noticia-Numero-Partos-Cesareaespanaaumenta-Casi-10-Ultimos-10-Anos-20131219150324.html>



6. Programa Especial Pnud/Unfp/Unicef/Oms/Banco Mundial De Investigaciones. Desarrollo Y Formación De Investigadores Sobre Reproducción Humana. 2016, [internet], [consultado el 2 de febrero 2020], disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/about_us/es/.
7. INEI. Informe preliminar Perú: Indicadores de resultados de los programas presupuestales primer semestre 2018; encuesta demográfica y de salud familiar (Resultados Preliminares), Lima, 2018, P.98-100.
8. INEI. Salud Materna. In encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES). Lima; 2018, P, 225-251. [internet], [consultada el 5 de febrero 2020], disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>.
9. Puma, J; Díaz, J; Caparo, C. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un Hospital General De Lima, Rev Med Hered, 2015; 26:17-23.
10. Moroz, La; Wright, Jd; Ananth, Cv; Friedman, Am. Hospital Variation In Maternal Complications Following Caesarean Delivery In The United States: 2006-2012, Bjog 2016; 123:1115-1120.
11. Reina B, Factores asociados a las condiciones médicas u obstétricas relacionadas con las cesáreas valoradas a través del modelo de Robson en las mujeres atendidas en clínica las Peñitas de la ciudad de Sincelejo 2016, Universidad del Norte, Barranquilla-Colombia, 2019.
12. Anaya A. Pérez V. Javier L. Características de las pacientes llevadas a cesárea según modelo de Robson y exploración de factores asociados en gestantes atendidas en el HUSJ de Popayán, 1 enero de 2016 a 30 de junio de 2016”, Popayán-Colombia, 2017.



13. Muños Hernández, J. A., Freyermuth Enciso, M. G. y Ochoa Torres, M. Factores asociados al incremento de Cesáreas en México, 2011-2014. México [internet], [consultado el 6 de febrero 2020], disponible en: <https://doi.org/10.15517/Psm.V17i2.40046>
14. Jáuregui, M. Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero-Diciembre Del 2011. Cuenca-Ecuador, 2011.
15. Bernal García, C. Cuauhtémoc Nahín, E, C; Cesárea: Situación actual y Factores Asociados en México-2017. México, servicio de publicación DF México, 2017.
16. Villaverde Royo, V; Variaciones en la utilización de Cesárea en los Hospitales Públicos Del Sistema Nacional De Salud Zaragoza 4 De Mayo De 2009-España, editorial Zaragoza España 2011.
17. Azurín John C., Basilio Flores J., Becerra-Gonzales V., Carbajal-Urteaga P., Caro-Vargas M., Castillo-Cáceda S., Castro-Tamayo, Desarrollo de criterios para indicación de cesárea según el método de Pertinencia Rand/Ucla Cimel 2013; 18(2):9-16 Perú- San Marcos, 2013.
18. Echajaya Sicha, Prevalencia de cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero a diciembre del 2018, [tesis de médico cirujano] Lima-Perú, 2019.
19. Rojas Morón, Miriam Danaiz, Características Epidemiológicas y factores asociados a la cesárea en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui De Agosto 2016 A Julio 2017, [tesis de médico cirujano], Lima-Perú, 2018.
20. Zelada Lázaro, Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital PNP Luis N. Saenz. Junio 2017 – Junio 2018, [tesis de médico cirujano], Lima-Perú, 2019.



21. Andía Mamani A., Factores determinantes de la cesárea en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno periodo enero-diciembre 2017. Puno, [tesis de médico cirujano], Puno-Perú, 2017.
22. Barrena Neyra, M. Quispesaravia Ildefonso P., Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un Hospital público de Lima en el período enero 2013-diciembre 2017, [tesis médico cirujano], Lima-Perú, 2018.
23. Maylle Bonilla, A., Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la red asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014, Huánuco, [tesis de médico cirujano], Huánuco-Perú 2016.
24. Umeres, M. Indicadores y variación del diagnóstico Post Operatorio de las cesáreas en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco en el Año 2010. Cusco-Perú, 2012.
25. Contreras, J. Características de las cesáreas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco de enero a diciembre, 2016. Cusco-Perú-2017.
26. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea; [internet], [consultada en 3 de febrero 2020], disponible en:
[Http://Www.Who.Int/Reproductivehealth/Publications/Maternal Perinatal Health/Cs-Statement/Es/#.Vtqrxm7a4sk.Email](http://Www.Who.Int/Reproductivehealth/Publications/Maternal_Perinatal_Health/Cs-Statement/Es/#.Vtqrxm7a4sk.Email)
27. Lugones Botell, M. La cesárea en la Historia. Rev. Cubana Obstet Ginecol V.27 N.1 Ciudad De La Habana Ene.-Abr. 2001, [internet], [consultada el 5 de febrero 2020], disponible en:
[Http://Scielo.Sld.Cu/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0138-600x2001000100009](http://Scielo.Sld.Cu/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0138-600x2001000100009).
28. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de Cesárea. Suiza: Departamento de salud reproductiva e investigación OMS; 2015. [internet] [consultado el 2 de



febrero 2020], disponible en:

[Http://Www.Who.Int/Reproductivehealth/Publications/Maternal_Perinatal_Health/Cs-Statement/Es/#.Vtqrxm7a4sk.Email](http://Www.Who.Int/Reproductivehealth/Publications/Maternal_Perinatal_Health/Cs-Statement/Es/#.Vtqrxm7a4sk.Email)

29. Martínez-Salazar GJ, Grimaldo-Valenzuela PM, Vázquez-Peña GG, ReyesSegovia C, Torres-Luna G, Escudero-Lourdes GV. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(5):608-15
30. Protocolo de cesárea; Servicio de medicina materno-fetal. Instituto Clínico de Ginecología-Obstetricia I Neonatología (ICGON), Hospital Clínica de Barcelona Servicio de Anestesiología, de Barcelona, 2018.
31. Maylle Bonilla, A., Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la red asistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014, Huánuco, [tesis de médico cirujano], Huánuco-Perú 2016.
32. OPS. La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria, 2018, [internet], [consultada en 6 de febrero 2020], disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
33. Palacio P, Cesárea e Indicaciones [internet], [consultado el 10 febrero 2020], disponible en: <https://es.slideshare.net/MauricioSuarezRosito/cesarea-indicaciones>



ANEXOS