



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**Factores clínicos patológicos asociados a parto por cesárea en gestantes
atendidas en el servicio de ginecología obstetricia del Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz, en el periodo marzo 2020 a junio 2021**

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL

Para optar el título profesional de Médico (a) Cirujano (a)

AUTOR

Pacuari Pimentel, Roger Omar (0000-0002-7445-5142)

ASESOR(ES)

Vela Ruiz, José Manuel (0000-0003-1811-4682)

Lima, 2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTOR: Pacuari Pimentel, Roger Omar

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI

Numero de documento de identidad: 76395624

Datos de asesor

ASESOR: Vela Ruiz, José Manuel

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI

Número de documento de identidad: 72849690

Datos del jurado

PRESIDENTE: (Vidal Olcese, Jorge Enrique; 07202887; 0000-0002-0403-6436)

MIEMBRO: (Guillén Ponce, Norka Rocío; 29528228; 0000-0001-5298- 8143)

MIEMBRO: (Roldán Arbieto, Luis Humberto; 10197482; 0000-0002-1459-3711)

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

*A Dios por permitirme culminar
mis estudios.*

*A mis padres y a mis hermanas
que siempre me apoyaron y
estuvieron a mi lado dándome
ánimos y siempre seguir
adelante.*

*A mis abuelos que me guían
desde el cielo.*

*A cada docente por sus
palabras y consejos
transmitidos.*

RESUMEN

Introducción: En los últimos años la tasa de prevalencia de las cesáreas ha ido en aumento, por eso, ha sido considerada como un procedimiento delicado que tiene una alta tasa de mortalidad materno fetal; por lo que en la actualidad es considerada trascendental en el aspecto social y médico.

Objetivo: Determinar los factores clínicos patológicos asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el periodo marzo 2020 a junio 2021.

Métodos: Estudio analítico, retrospectivo, cuantitativo, de casos y controles. Por muestreo aleatorio simple se incluyeron: 115 casos con parto por cesárea y 215 controles, con un poder estadístico de 80%. Se obtuvo los datos mediante la revisión de historias clínicas a través de una ficha de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSSv266 se utilizó la prueba estadística de Regresión Logística y se obtuvieron los OR tanto crudo como ajustado, a un nivel de significancia del 5%.

Resultados: En gestantes, los factores de riesgo para cesárea fueron, la presencia de preeclampsia ORa 2.37 (IC 95% 1.74 – 3.23) $p < 0.001$, óbito ORa 1.38 (IC 95% 1.32 – 2.67) $p < 0.001$, oligohidramnios ORa 1.89 (IC 95% 1.24 – 2.87) $p = 0.003$, como factor materno, fetal y ovular respectivamente.

Conclusiones: Se concluyó en la investigación que existe asociación significativa entre los factores clínicos patológicos asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el periodo marzo 2020 a junio 2021.

Palabras clave: (DeCS): *factores clínicos, patológicos, parto por cesárea, gestantes.*

ABSTRACT

Introduction: In recent years, the prevalence rate of cesarean sections has been increasing, so it has been considered a delicate procedure that has a high rate of maternal and fetal mortality, so it is now considered transcendental in the social and medical aspect.

Objective: To determine the clinical pathological factors associated with cesarean delivery in pregnant women attended at the Obstetrics and Gynecology Department of the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital, from March 2020 to June 2021.

Methods: Analytical, retrospective, quantitative study of cases and controls. By simple random sampling, the following were included: 115 cases with cesarean delivery and 215 controls, with a statistical power of 80%. Data was obtained by reviewing medical records through a data collection form. The statistical analysis was performed in the SPSSv266 program, the Logistic Regression statistical test was used and the crude and adjusted OR were obtained, at a significance level of 5%.

Results: In pregnant women, the risk factors for caesarean section were the presence of preeclampsia ORa 2.37 (95% CI 1.74 - 3.23) $p < 0.001$, death ORa 1.38 (95% CI 1.32 - 2.67) $p < 0.001$, oligohydramnios ORa 1.89 (95% CI) . % 1.24 – 2.87) $p 0.003$, as maternal, fetal and ovular factor respectively.

Conclusions: The research concluded that there is a significant association between the clinical pathological factors associated with cesarean delivery in pregnant women attended at the Obstetrics and Gynecology Department of the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital, in the period March 2020 to June 2021.

Keywords: *clinical, pathological factors, cesarean delivery, pregnant women.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA	4
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA	5
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	5
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	7
2.2. BASES TEÓRICAS	14
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	18
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS	21
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN	21
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	23
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	23
4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	25
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS	26
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	26
4.7. ASPECTOS ÉTICOS	27

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
5.1. RESULTADOS	28
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	37
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.1. CONCLUSIONES	42
6.2. RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	
ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	49
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS	50
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA	51
ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN	52
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS	53
ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINLIDAD DEL TURNITIN	54
ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER	55
ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA	56
ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	58
ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS	59

ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK
A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP

61

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Tasa de cesáreas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2020 - 2021	28
Tabla 2. Tasa de cesáreas primarias en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2020 - 2021	29
Tabla 3. Tasa de cesáreas iterativas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2020 - 2021	29
Tabla 4. Características demográficas	30
Tabla 5. Factores maternos asociados a parto por cesárea en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2020 - 2021	31
Tabla 6. Factores fetales asociados a parto por cesárea en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2020 - 2021	32
Tabla 7. Factores ovulares asociados a parto por cesárea en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2020 - 2021	33
Tabla 8. Factores de riesgo según los factores maternos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2020 - 2021	34
Tabla 9. Factores de riesgo según los factores fetales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2020 - 2021	35
Tabla 10. Factores de riesgo según los factores ovulares en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2020 - 2021	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diseño casos y controles

24

INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada “Factores clínicos patológicos asociados a parto por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Ginecología Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el periodo marzo 2020 a junio 2021”, tuvo como objetivo determinar los factores clínicos patológicos asociados al parto por cesárea entre las gestantes atendidas. La cesárea, uno de los procedimientos quirúrgicos más habituales, puede salvar vidas cuando surgen complicaciones durante el parto. En ese sentido, el rol desempeñado ha sido fundamental en la reducción de la mortalidad materna en las últimas décadas ⁽¹⁾. Sin embargo, durante la última década, el aumento de los partos por cesárea se ha convertido en un motivo de grave preocupación para los expertos en salud pública de todo el mundo ⁽²⁾. En vista de ello, resulta imperiosa la necesidad de identificar con precisión aquellos factores que están asociados a este procedimiento.

Alrededor del mundo, la tasa de partos por cesárea ha ido en aumento de manera constante, alcanzado una tasa del 21.1 de todos los nacimientos en 2015, con una tasa media de aumento anual del 3.7% entre los años 2000-2015 ⁽³⁾. Así, en la mayoría de los países se ha superado la tasa (10 - 15%) establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En países desarrollados, la tasa de cesáreas es del 30.3% en EE.UU., 22% en el Reino Unido, 26% en Canadá, 19% en Francia, 28% en Alemania y 30% en Australia. De igual manera, en países en vías de desarrollo como Bangladesh, los partos por cesárea aumentaron del 2% (2000) al 17% (2011); en India, del 3% (1992) al 11% (2006) y en Nepal, del 1% (2000) al 5% (2011) ⁽²⁾.

En el Perú, de acuerdo con los datos de la encuesta ENDES 2016, la prevalencia de cesáreas a nivel nacional tuvo un ascenso de 22.9% a 31.6% entre los años 2012 y 2016. Asimismo, estudios demostraron que los departamentos de Lambayeque, Tumbes y Lima, del 2015 hacia adelante reportaron una tasa mayor a lo establecido por la OMS ⁽⁴⁾. El aumento de la tasa de cesáreas indica que esta intervención se está practicando por encima del nivel esperado en función de las indicaciones obstétricas en muchos países. Así, se refleja que la frecuencia de cesáreas injustificadas es más de un tercio de todas las cesáreas realizadas, es decir, cerca del 50% de los partos no son institucionalizados. Esta situación es una problemática mundial, sobre todo en países de renta baja y media al ser una cesárea altamente costosa y somete a las familias pobres a una gran presión económica ⁽¹⁾.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años la tasa de prevalencia de las cesáreas ha ido en aumento, la cesárea fue considerada hace muchos años como un procedimiento delicado porque tenía una alta tasa de mortalidad materno fetal, y con el pasar de los años dicha tasa ha disminuido con el uso de antibióticos, técnicas de asepsia y nuevas técnicas quirúrgicas. En la actualidad la cesárea tiene una gran aceptación social y médica ⁽⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud, en su documento publicado en el año 2015 titulado “Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre tasas de cesárea” en el cual hace referencia que la tasa de cesárea debe estar entre 10% a 15%, la cesárea indicada y justificada por razones médicas, es eficaz previniendo la morbimortalidad materna y perinatal. Así mismo se hace referencia en la necesidad de revisar la tasa de cesáreas que fueron recomendadas en el año 1985. Una tasa por encima del 10% no representa mayor beneficio según menciona la Organización Mundial de la Salud ⁽⁶⁾.

A nivel mundial, la tasa de cesárea se ha visto en incremento, ha si lo revela un artículo publicado en The Lancet donde se revisó la base de datos de 169 países en el año 2015 las tasas de cesáreas reportadas fueron inclusive mayores a los partos eutócicos en República Dominicana (58.1%), Brasil (55.5%), Egipto (55.5%), Turquía (53.1%), Venezuela (52.4%), mientras que el país con la menor tasa de cesárea para el año 2015 fue España con 24.5%, una tasa realmente baja para los reportados para ese año pero que duplica a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud ⁽⁷⁾.

En el año 2020 con la pandemia del coronavirus en España y varios otros países la tasa de cesáreas aumento en comparación con el año 2017, el país de china que en el año 2017 reporto una tasa de cesárea de 34.9% y durante la pandemia alcanzo una tasa de 83.9%, otro país que registro un cambio drástico fue Reino Unido en el

año 2017 reportó una tasa de cesárea de 27.4% frente a la de 71.9% durante la pandemia, el país que menos cambió tuvo frente a la pandemia fue España y se demuestra con una tasa de cesárea de 24.4% en el 2017 frente al 35.9% durante la pandemia ⁽⁸⁾.

En el Perú, las tasas de cesárea también han ido en incremento, según la encuesta ENDES 2020, a nivel nacional la prevalencia de cesáreas a nivel nacional aumentó de 31.6% a 36.3% en los años 2015 y 2020, de los cuales un 41.9% se produjo en zona urbana.

En la actualidad las gestantes optan por elegir un parto por cesárea porque suponen que es 100% seguro, pero, hay riesgo de 3 a 30 veces de complicarse con hemorragias o infecciones frente a un parto eutócico, otra forma de tratar de entender este aumento de 3 veces la tasa de cesárea recomendada por la Organización Mundial de la Salud es si realmente hubo una indicación médica para llevar a cabo el parto por cesárea.

La cesárea es un procedimiento indicado cuando el parto por vía vaginal puede comprometer la vida del producto o de la madre, dicho procedimiento reduce notablemente la tasa de mortalidad materno fetal. Un reporte de la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y la Society For Maternal Fetal Medicine (SMFM) que fue publicado en 2014, se evidenció que la indicación de cesáreas primarias incremento desde el 2002 hasta el 2011 de 17% a 24%, siendo la indicación reportada más frecuente: la detención del descenso, sufrimiento fetal y distocia de presentación.

En un estudio realizado el 2020 en Perú, se reportó que la indicación más frecuente de cesárea primaria se encontró primero la Desproporción Céfalo Pélvica, luego distocia de presentación seguido de sufrimiento fetal. Lo anteriormente descrito son problemas para investigar, luego de la revisión bibliográfica no se encontró evidencia que se haya realizado alguna investigación en nuestro contexto que haya tenido la finalidad de determinar los factores clínicos patológicos asociados a parto por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Ginecología obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo marzo 2020 a junio 2021.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Debido a todo lo expresado, nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores clínico-patológicos asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el periodo marzo 2020 a junio 2021?

1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

El presente trabajo de investigación se circunscribe a la línea de investigación de Salud materna, perinatal y neonatal según las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2019 – 2023.

Pertenece a la línea de investigación de Salud materna, perinatal y neonatal según las prioridades de la Facultad de Medicina Humana – INICIB para el periodo 2021 – 2025.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Médica: Las indicaciones para realizar parto por cesárea pueden ser influenciados por distintas causas haciendo injustificada su ejecución, por ello este trabajo pretende indagar tal situación en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el periodo 2020-2021. Los resultados obtenidos que se pretenden mostrar permitirán determinar las tasas de incidencia de cesáreas injustificadas, dando de esta manera una mejor valoración de los principios que poseen los especialistas de la salud en este Servicio para proponer o aconsejar a la gestante un parto por cesárea, evitando así el abuso de este procedimiento pues estas cirugías conllevan un riesgo de complicaciones tanto maternas como perinatales.

Epidemiológica: Por estudios anteriores, se ha mostrado que las tasas de incidencia de cesáreas han aumentado pasando los límites sugeridos por la

Organización Mundial de la Salud, el aumento de prevalencia de la tasa de cesárea segmentaria transversa primaria influye en el siguiente embarazo, puesto que para intentar un parto vaginal luego de una cesárea influyen varios factores, entre uno de ellos que la gestante desee intentar el parto vía vaginal, lo que conllevaría a tener tasas altas de Cesárea segmentaria transversa iterativa (CSTI), y llevaría a tener un mayor riesgo de complicaciones si no se tuvo una indicación adecuada para realizar la cesárea segmentaria transversa (CST). Además, el contexto actual de la pandemia por el COVID-19 también ha tenido un efecto en la tasa de cesáreas, tal es así, que en varios países estas tasas han aumentado considerablemente. Los resultados de este trabajo servirán como referencia para otras instituciones de salud en su lucha para disminuir las tasas de cesáreas.

1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA

Gestantes atendidas por parto cesárea, en el servicio de Ginecología obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo marzo 2020 a junio 2021.

Se pedirá autorización al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para que permita la investigación y poder tener acceso a los archivos para la revisión de historias clínicas y bases de datos. Adicional se tiene los medio económicos y humanos para llevarlo a cabo.

1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores clínico patológicos asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el periodo marzo 2020 a junio 2021.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar los factores maternos asociados a parto por cesárea en gestantes.
2. Determinar los factores fetales asociados a parto por cesárea en gestantes.
3. Determinar los factores ovulares asociados a parto por cesárea en gestantes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Se consideró el estudio desarrollado por Dubey P. et al. Del 2020 que se titula “Maternal and neonatal characteristics and outcomes among COVID-19 infected women: An updated systematic review and meta-analysis”, donde se propuso determinar con precisión las características y los hallazgos maternos y de recién nacidos infectados con COVID-19, esto con el fin de exponer la heterogeneidad. Con esta intención, se realizó una exhaustiva búsqueda en los artículos publicados en PubMed, cada uno de ellos debe asociarse con la población de gestantes que fueron afectadas por COVID-19 junto a la población infantil. De aquí se obtuvo que 790 mujeres y 548 neonatos de 61 estudios fueron los que se infectaron, de los cuales el 72% recurrió a cesárea por el estado prematuro. Estos índices se reducen en EE. UU., pues solo varía de 12% a 15%. Entonces, se concluyó que la adversidad de hallazgos se debe a las situaciones contextuales del estudio, sin embargo, también se destaca que el seguimiento y detección temprana ayuda a prevenir riesgos ⁽⁹⁾.

En la investigación de Sadeh-Mestechkin D. et al., del 2016 en Alemania, se titula “Premature rupture of the membranes at term: time to reevaluate the management”, y se planteó ejecutar un estudio retrospectivo para estructurar la comparación de los hallazgos en gestantes y neonatos a quienes se afectaron por una ruptura prematura de membranas. Por este motivo, se reunió a 325 personas divididas en 213 por manejo de expectativas y 112 clasificados por el tiempo de gestación. Al primer grupo, se observó que la posesión de infecciones como corioamnionitis, sepsis neonatal o endometritis. Los hallazgos indicaron que hubo una gran cantidad de mujeres nulíparas, donde el primer grupo tiene alta frecuencia de hospitalización prolongada (7 % ante 1.8%); es decir, $p=0,043$. Por tanto, se recurre a una cesárea en un 16.4%, es decir, $p=0,024$. Estos datos determinaron como conclusión el primer grupo de tratamiento manifiesta mayor frecuencia de cesáreas e

internamiento por gestación prolongada, lo cual es importante para controlar la inducción del parto ⁽¹⁰⁾.

En el estudio de Boriboonhirunsarn D et al. Del 2016 en Taiwán, titulado “Emergency cesarean section rate between women with gestational diabetes and normal pregnant women”, se estableció el método analítico y retrospectivo, compuesto por 237 gestantes con diabetes mellitus y 237 gestantes sin afecciones, las cuales se consideraron como situación comparativa. Los resultados señalaron que los índices de cesárea fueron elevados para el grupo de estudio y no se dio lo mismo en el grupo de comparación (31.6% ante 19.4%, $p=0,002$), esto refirió a que el riesgo de parto por cesárea en estado de emergencia será mayor en el grupo que posee mayores enfermedades ($p=0,039$). De este modo, se concluyó que la frecuencia de recurrir a la cesárea en una situación de emergencia se incrementa en gestantes nulíparas que padecen de diabetes, en contraste con las gestantes que no tienen alguna enfermedad ⁽¹¹⁾.

Un estudio realizado por Martel-Santiago C et al, en España, publicado en el 2020 y que titula “Delivery in breech presentation: Perinatal outcome and neurodevelopmental evaluation at 18 months of life”, se ejecutó un estudio retrospectivo hacia las gestantes para realizar comparaciones en los hallazgos maternos y perinatales que se relacionen con la posición de nalgas o cefálica del bebé, junto a ello se consideró la programación necesaria de una cesárea por dichas posiciones. Se evidenció que la frecuencia de cesárea es elevada en casos de una posición de nalgas ante una posición cefálica, es decir, 72.3% ante 14.6% ($p<0,001$). De aquí se entendió que la modalidad del parto no se vincula a aspectos perinatales de nivel grave. Así, se concluyó que es necesario implementar una programación protocolar orientada a las gestantes que tengan una posición fetal de riesgo ⁽¹²⁾.

Un estudio realizado por Uno K et al., en Japón, publicado en el 2020 y que titula “Reasons for previous Cesarean deliveries impact a woman’s independent decision of delivery mode and the success of trial of labor after Cesarean”, se planteó un método observacional en el que se requirió analizar a 1086 gestantes con precedente de al menos una cesárea. De estas personas, solo 735 mujeres cumplieron los requerimientos de la prueba de TOLAC. Los resultados reflejaron que

las respuestas a la prueba fueron óptimas en un 91.3%, pues quienes poseían la experiencia de un parto por cesárea eligieron repetirla en un 30 a un 50% ($p < 0,05$). Se concluyó que TOLAC representa una alternativa parto confiable, ya que es accesible para contar con precisiones, esto corresponde a que el grupo de mujeres que decide aplicarlo señalan PROM o ≥ 40 semanas de embarazo ⁽¹³⁾.

Un estudio realizado por Ramos F et al, en Brasil, publicado en el 2020 que titula “Hypertensive Disorders: Prevalence, Perinatal Outcomes and Cesarean Section Rates in Pregnant Women Hospitalized for Delivery”, se ejecutó un estudio de casos y controles para comparar a las gestantes que poseen o no trastornos hipertensivos. Por este motivo, se pudo evidenciar que 4464 poseían trastornos hipertensivos y 32260 no, donde se destacó que el 12.16% posee trastornos hipertensivos. Así, los hallazgos perinatales y la frecuencia de cesáreas entre ambos grupos, con relación a neonatos con sobrepeso indicó un 24.48% ante un 10.56% (OR=2,75 y $p < 0,001$); respecto a muerte fetal previo al parto, señaló 1.90% ante 0.91% (OR= 2,12 y $p < 0,001$). Esto permitió concluir que los trastornos hipertensivos están vinculados con la recurrencia de cesárea y el riesgo de prematuros, desnutrición y muerte fetal ⁽¹⁴⁾.

Un estudio realizado por Sharma J et al, en Nepal, publicado en el 2020 que titula “Prevalence of Repeat Cesarean Section in a Tertiary Care Hospital”, se propuso un estudio descriptivo, en el que se reunió a la totalidad de gestantes de 37 a 40 semanas y con precedente de cesárea. Como resultado, se obtuvo que, del total, 99 gestantes ya habían tenido una cesárea (95.19%). De aquí, se evidenció que el sufrimiento fetal es factor causal de cesárea en un 29.81%, siguiendo la desproporción cefalopélvica en un 39.40%. A modo de conclusión, se determinó que la recurrencia de cesáreas es elevada independientemente de la experiencia en estas, esto explicaría las complicaciones futuras ⁽¹⁵⁾.

Un estudio realizado por Wei Y et al, en China, publicado en el 2015 que titula “Variation of prevalence of macrosomía and cesarean section and its influencing factors”, se propuso un estudio analítico, donde el objetivo fue establecer las razones de presenciar macrosomía y cómo esta puede generar efectos en el parto. Por ello, sus resultados demostraron que la presencia de macrosomía fue de 9.14%

en 2006, pero disminuyó a 8.02% en 2007 hasta 2011 y 6.79% en 2011-2013, esto explicar que la recurrencia de cesárea disminuyó de 55.22% a 51.04% en un periodo de 2007 a 2011 y llegó a un 44.15% durante 2011 a 2013. Su disminución se debió principalmente a las medidas del Ministerio de Salud aplicadas en casos de gestantes con DMG a partir del 2011. Se concluyó que la presencia de macrosomía junto a una cesárea es reducible a medida que se implementen y cumplan los criterios apropiados para la detección de DMG ⁽¹⁶⁾.

Un estudio realizado por Pfützenreuter G et al, en Brasil, publicado en el 2019 que titula “Factors Associated with Intrapartum Cesarean Section in Women Submitted to Labor Induction”, se planteó ejecutar un estudio retrospectivo orientado a las gestantes de un único feto y que posean más de 22 semanas. Ante ello, sus resultados demostraron que, en total, 1.491 gestantes fueron inducidas al protocolo de parto; de las cuales, el 84.8% fueron inducidas al parto y 65.7% avanzaron al proceso de parto vaginal. La tasa de cesáreas indicó un 34.3%. Así, se concluyó que la inducción por protocolo no tuvo el éxito esperado, pues la recurrencia a la cesárea aumentó a un 44.3% y sus factores causales se presentan como el precedente de cesárea (95%), mal crecimiento fetal (95%) ⁽¹⁷⁾.

Un estudio realizado por Zgheib S et al, en el Líbano, publicado en el 2017 que titula “Prevalence of and risk factors associated with cesarean section in Lebanon – A retrospective study based on a sample of 29,270 women” se planteó un estudio analítico, el cual buscó definir cuáles son los factores que inciden en la recurrencia de cesáreas. Para ello, se requirió de 29.270 gestantes, de las cuales a 14.327 se les realizó una cesárea y 14.943 dieron a luz por parto natural. De aquí se obtuvo como resultado que el 49% poseía experiencia de cesárea y el 51% no. De este modo, se concluyó que los factores causales de cesáreas se manifiestan por la edad avanzada, la cesárea electiva, parto múltiple y prolongación del parto ⁽¹⁸⁾.

Un estudio realizado por Salman L et al, en Israel, publicado en el 2019 que titula “Predictors for cesarean delivery in preterm premature of membranes”, se postuló un estudio analítico y retrospectivo en partos prematuros. A partir de aquí, los resultados señalaron que 465 partos aplicaron adecuadamente los criterios, por lo tanto, el 11.4% terminaron con CD. Se determinó que aspectos causales como la

dilatación cervical previa a la entrega, la rotura prematura de membranas y la indicación de la entrega se relacionan con el CD ($p < 0,001$). Sin embargo, únicamente la dilatación cervical se percibe como un aspecto independiente en los niveles bajos de CD (95% y $p < 0,001$). Esto concluyo en que una menor dilatación cervical antes del parto significa un riesgo que indica una cesárea por temas complejos ⁽¹⁹⁾.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Se consideró el estudio de Paucar A de 2018, denominado “Factores asociados a cesárea en embarazo en vías de prolongación en el Hospital San Bartolomé, enero–diciembre 2018”, donde se propuso precisar cuáles son los factores que inciden en la recurrencia de una cesárea. Para ello, se requirió de estudio analítico y retrospectivo. De este modo, logró evidenciarse la importante conexión entre la estimación del riesgo y programar o realizar una cesárea (RR=1.69). Por lo tanto, se concluyó que la situación de haber gestado durante 41 semanas o más es el causal más frecuente que genera propensión de realizar una cesárea ⁽²⁰⁾.

En cuanto a la investigación de Rojas M, publicado en el 2018, se propuso precisar la presencia de factores patológicos en casos de gestación con los cuales se procede a una cesárea. De esta manera, se obtuvo que la edad que oscila entre los 30 a 34 años (27.87%) es el más frecuente en la realización de la cesárea. Así, se concluyó que la cesárea anterior es la disposición más significativa y confiable (48.36%), pues ante las demás, se presentaron casos efectuados de cesárea en un 45.97% ⁽²¹⁾.

En esa misma línea, Huamán A et al., de 2018, estableció como finalidad determinar la frecuencia de las cesáreas en el Hospital II EsSalud – Huánuco e identificar los factores relacionados a su ocurrencia. Para tal objetivo, se llevó a cabo una investigación de diseño descriptivo transversal con un análisis bivariado de las variables clínicas. De ello se encontró que existe asociación entre cesárea y las variables 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)]; no siendo estadísticamente significativas las variables macrosomía fetal, hipertensión inducida por el embarazo, tratamiento por infertilidad, embarazo múltiple y condilomatosis. En conclusión, los factores asociados a la cesárea fueron cesárea previa, presentación fetal, desprendimiento prematuro de placenta, sufrimiento fetal agudo, ruptura prematura de membrana, placenta previa y disturbio de líquido amniótico ⁽²²⁾.

Respecto al estudio de Joselyne Y, Gutarra S de 2019, se planteó definir con exactitud qué factores significan un riesgo para indicar una cesárea y si se trataba del sobrepeso. Para lograr este objetivo, se recurrió a un estudio analítico de casos y controles. Por lo cual, se evidenció que en una medida de 1.42 las gestantes con sobrepeso están ante la posibilidad de una cesárea, pues su frecuencia señaló un 70.59% en contraste con aquellas que no tienen sobrepeso (46.71%); junto a estos datos, se observó que la Insuficiencia útero placentaria (OR=2.35 y $p=0.0001$) y la paridad (OR=0.83 y $p=0.059$) son factores de riesgo. La conclusión determinó que el sobrepeso y los precedentes de cesárea son significados de amenaza ante la posibilidad de realizar una cesárea ⁽²³⁾.

De acuerdo con el estudio de Rosales G, publicado en el 2018, es posible aseverar que se trató de una investigación analítica de casos y controles, con la finalidad de detectar exactamente cuáles son los factores que se relacionan a la cesárea. Así, se logró evidenciar que el 40.1% finalizaron su proceso de parto con cesárea; por otro lado, solo el 3.6% manifestaron macrosomía fetal por dicha cesárea. Aquí se destaca la desproporción céfalo pélvica, pues es un causal directo para la realización de una cesárea (OR=4.7). Entonces, la macrosomía fetal significó un factor altamente riesgoso para indicar una cesárea (OR=9.7). Esta situación determinó que hay una conexión entre la desproporción y el tamaño inapropiado del feto con la realización de una cesárea ⁽²⁴⁾.

En el estudio realizado por Medina J, publicado en el 2015, se determinó el método analítico y observacional, donde se buscó señalar los factores que desencadenaban la decisión de intervenir con una cesárea. Esta técnica permitió observar que el

57.5% se le indicaba cesárea, junto a la edad de mayor propensión (20 a 35 años); además, las intervenciones por emergencia fueron de 68.7%, de las cuales el 37.5% se le practicó cesárea anterior. Con este panorama, se concluyó que el factor ovular se vincula con la ruptura prematura de membranas y con el tamaño grande del feto ⁽²⁵⁾.

En la investigación realizada por Zúñiga N, en el 2019, titulado “Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de enero a diciembre del 2018”, se propuso definir con exactitud los factores que inciden en la propensión de recurrir a una cesárea. Para ello, se requirió de un estudio analítico de casos y controles, donde se reunió a 320 casos y 960 controles para una adecuada observación. Este análisis permitió evidenciar que el factor más frecuente es el de patología materna y la tasa indicó un 55.8%. Así, se concluyó que situaciones previas como otra cesárea, parto precedente, preeclampsia pueden ser principales causantes de próximas cesáreas ⁽²⁶⁾.

En la investigación de Quispe E de 2019, titulada “Prevalencia y factores asociados a parto por cesárea en gestantes con preeclampsia severa en el Hospital EsSalud base III Puno en el año 2018”, se planteó demostrar la importancia de ciertos factores intervinientes en el tema obstétrico para la recurrencia de una cesárea. Con este fin, se decidió desarrollar un estudio analítico de casos y controles, donde se reunió a la cantidad aproximada de la población como muestra. Esto evidenció que existe una alta tasa de cesárea en determinado hospital y que los factores sociodemográficos y patológicos son causales para la cesárea. La conclusión indicó que la edad, problemas renales y precedentes de cesáreas ocasionan que den futuras cesáreas ⁽²⁷⁾.

En la investigación desarrollada por Zelada V en el 2019, se tituló “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”, donde se propuso precisar cuáles son los factores patológicos que se asocian a la recurrencia de cesárea. Ante ello, fue necesario aplicar un estudio analítico donde se realizó la observación de 384 mujeres con sus historias clínicas. De este modo, se obtuvo que los factores como la prolongación del parto y trabajos de parto

que presenten pródromos indican $p=0,012$ y $p=0,018$ respectivamente. Esto permitió concluir que en general los factores de tipo materno son los que se vinculan en un proceso de cesárea ⁽²⁸⁾.

2.3. BASES TEÓRICAS

La primera cesárea registrada en la historia fue realizada por Jacob Nufer en el año 1500. Desde entonces, las tasas de cesáreas en todo el mundo han aumentado de manera constante a lo que se observa hoy. La cesárea realizada entonces era clásica, hasta 1926 cuando Kerr introdujo la cesárea del segmento inferior, el tipo de cesárea a la que frecuentemente se recurre en la actualidad ⁽²⁹⁾.

Es importante mencionar que en el siglo XVIII se realizaban cesáreas para salvar el feto de la madre muerta o moribunda. Posteriormente, en el siglo XIX se hizo una cesárea para salvar la vida de la madre. Con el uso de anestesia segura, técnicas de sutura, antisépticos, asepsia, transfusiones de sangre y antibióticos, la cesárea se ha convertido en un procedimiento cada vez más seguro y común. Esta mejora continua en la seguridad ha generado que la cesárea se realice actualmente sin indicaciones médicas, aunque la mortalidad relacionada con el parto por cesárea sigue siendo de 3 a 4 veces mayor que el parto natural ⁽³⁰⁾.

En Fortaleza, Brasil, en 1985, la Organización Mundial de la Salud recomendó una tasa de cesáreas del 10 al 15%. A partir de este momento, las tasas de cesáreas empezaron a aumentar, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo por varias razones ⁽³¹⁾.

La vía natural para el parto es vaginal. Sin embargo, algunas mujeres no pueden tener sus partos a través de esta vía debido a una serie de razones, y el obstetra tiene la opción de realizar una cesárea, que es el parto del feto, la placenta y las membranas fetales a través de una incisión en la paredes abdominales y uterinas después de la edad de viabilidad fetal. Es un procedimiento quirúrgico que salva vidas y ha ayudado a reducir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal a lo largo de los años ⁽³²⁾.

DEFINICIÓN

Para Rivas E., la cesárea se puede describir como el procedimiento en el que se da a luz a un bebé mediante una incisión en la pared abdominal y el útero de la madre. Sin embargo, a pesar de que la operación se ha vuelto muy segura a lo largo de los años, todavía está relacionada con una mortalidad y morbilidad materna significativa ⁽³³⁾.

Por su parte, Oyarzun E. señala que el tipo de anestesia utilizada y la protección con la que se maneja es un factor importante del resultado de la cesárea. La finalidad de la anestesia es reducir el dolor que aparece en la operación de cesárea. Esto se puede obtener con anestesia general, anestesia espinal o anestesia epidural ⁽³⁴⁾.

Así también, Le Gouez A, Bonnet M. indican que la anestesia regional y general son dos tipos de anestesia que se usan comúnmente para la cesárea y ambas tienen sus ventajas y desventajas. La anestesia general es la incapacidad de sentir dolor relacionado con la pérdida de la conciencia creada por agentes anestésicos intravenosos o por inhalación ⁽³⁵⁾.

Estas técnicas se deben a que los peligros incluyen la aspiración del contenido del estómago, la conciencia durante el proceso quirúrgico por anestesia insuficiente, intubaciones fallidas y obstáculos respiratorios tanto para la madre como para el bebé ⁽³⁶⁾.

TIPOS

Según el momento de decisión, la cesárea puede ser planificada o no planificada. Es decir, la cesárea programada se trata de una indicación médica que contribuyen a mejores resultados del embarazo, pero las mujeres deben dar su consentimiento para que el procedimiento se realice dentro de límites de tiempo razonables para obtener los resultados deseados. Por otro lado, la cesárea no programada o de intraparto trata del proceso quirúrgico ejecutado en el momento del parto por inducción fallida, falta de progreso en el trabajo de parto o por patrón de frecuencia cardíaca fetal anormal durante el trabajo de parto ⁽³⁷⁾.

De acuerdo con la zona en la que se realiza el corte del útero, se reconocen la cesárea segmentaria y la cesárea corporal. En cuanto a la primera, se trata de la incisión vertical, transversal o en forma de T que se realiza según la forma en la que se encuentra el bebé. Respecto a la segunda cesárea, se trata de una incisión longitudinal altamente riesgosa que ya no es practicada actualmente, a excepciones de algunas situaciones como parto postmortem o por presencia de carcinoma de cérvix⁽³⁸⁾.

En relación con las indicaciones para la cesárea, podrían clasificarse en términos generales en electivas o de emergencia e indicaciones relativas o absolutas. Recientemente, las cesáreas programadas y urgentes se han agregado a la clasificación. Las tasas crecientes de cesáreas son motivo de gran preocupación; y para lograr la reducción, los esfuerzos deben orientarse a reducir las tasas de cesáreas primarias⁽³⁹⁾.

Por lo tanto, estos esfuerzos se presentan de la siguiente manera:

- El obstetra con más experiencia en el terreno debe evaluar a la paciente antes de tomar la decisión de realizar una cesárea primaria, para asegurarse de que la cirugía sea ameritada.
- Se debe considerar la versión cefálica externa para mujeres con presentación podálica.
- Los protocolos de Inducción del parto deben estar redactados en nuestros centros, y todos los médicos del servicio deben estar al tanto de este protocolo para evitar el fracaso de la inducción del parto.
- Se debe alentar a las mujeres a reservar atención prenatal, ya que las complicaciones que conducen a las cesáreas suelen estar presentes en pacientes no registradas. Estas complicaciones se pueden descubrir temprano y prevenir/controlar temprano.
- Los trazados de la monitorización fetal electrónica continua deben interpretarse bien, ya que una mala interpretación puede aumentar la tasa de cesáreas.
- La sinfisiotomía y las operaciones vaginales destructivas deben ser consideradas en casos de trabajo de parto obstruido con bebé vivo y trabajo de parto obstruido con bebé muerto respectivamente, en lugar de realizar cesáreas.

- Se debe considerar el parto vaginal después de una cesárea previa en pacientes cuidadosamente seleccionadas.
- Deben considerarse los partos vaginales instrumentales en pacientes en trabajo de parto cuidadosamente seleccionadas para evitar cesáreas no deseadas.
- Las mujeres deben conocer su propio proceso, ya que esto les ayudará a identificar rápidamente cuando hay un problema y luego buscar atención médica a tiempo ⁽⁴⁰⁾.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Se comprende que el procedimiento quirúrgico de la cesárea es una operación abdominal común para el parto quirúrgico de un bebé y la placenta. Las técnicas varían según la situación clínica y las preferencias del cirujano. El parto seguro es importante para la madre y el bebé. Cualquier reducción potencial del trauma del parto en el bebé debe sopesarse con el aumento de la mala salud de la madre ⁽⁴¹⁾.

Por esta razón, los factores incluyen no solo la duración del procedimiento quirúrgico y la pérdida de sangre materna, sino también el dolor posoperatorio de la madre, la pérdida continua de sangre y el desarrollo de anemia, fiebre e infección de la herida. Las complicaciones adicionales pueden incluir problemas con la lactancia, orinar, problemas de fertilidad a largo plazo y complicaciones en futuros embarazos (ruptura uterina) o mayores riesgos asociados con futuras cirugías ⁽⁴²⁾.

La Organización Mundial de la Salud planteo lineamientos de acuerdo en base a técnicas analíticas en las cuales se pretendió determinar la tasa ideal de cesárea ya sea en un país o para una población determinada, de manera que sea aceptado a nivel mundial, lo cual concluyeron ⁽⁶⁾:

- La cesárea por razones médicas son eficaces y necesarias para salvaguardar la vida del binomio madre y neonato
- En la población, no es considerada reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal, si estas superan la tasa de cesárea al 10-15%
- Las cesáreas deben ser indicadas solo cuando sean estrictamente necesarias por motivos médicos, porque pueden llevar a complicaciones y discapacidades significativas que pueden ser permanentes, o incluir la pérdida de la vida

- Toda mujer que requiera una cesárea o en caso de emergencia, debe realizarse la cesárea, independientemente de las tasas cesárea de dicha región
- No hay datos exactos sobre los efectos que tienen las tasas de cesárea sobre otros resultados como tasas de mortalidad, la morbilidad materna y perinatal, o si resulta influyente en temas pediátricos y el bienestar psicológico o social.

El detalle de las causas de la cesárea es ⁽⁴³⁾:

- a) Factor materno, Absolutas: Desproporción Céfalo-pélvica, pelvis estrecha, obstrucción mecánica del canal vaginal, dos o más cesáreas previas, cesárea corporal, persistencia de causa de cesárea anterior, herpes genital activo, cardiopatía descompensada; indicación relativa: trastorno hipertensivo del embarazo, una cesárea segmentaria transversa previa, distocias dinámicas, embarazo prolongado ⁽⁴⁴⁾.
- b) Factor fetal, Absolutas: feto en presentación podálica, distocia de presentación cefálicas, embarazo gemelar ambos en no presentación cefálica, ponderado fetal 1000-1500gr, sufrimiento fetal agudo en primera etapa de labor de parto; indicación relativa: anomalía congénita, restricción de crecimiento intrauterino, bienestar fetal comprometido ante contracciones uterinas ⁽⁴⁴⁾.
- c) Factor ovular, Absoluta: placenta previa oclusión total, desprendimiento prematuro de placenta, distocia funicular, oligohidramnios severo; indicación relativa: ruptura prematura de membranas, polihidramnios, placenta previa oclusión parcial ⁽⁴⁴⁾.

2.4. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Parto por cesárea: Nacimiento del feto por laparotomía y luego la histerotomía ⁽²³⁾.

Cesárea electiva: Procedimiento que se programa antes de haber iniciado el parto en gestantes con patología fetal o materna en el cual este contraindicado el parto vaginal ⁽⁴⁵⁾.

Cesárea en curso de parto: Es realizado por indicación fetal, materna u ovular durante el curso del parto ⁽⁴⁵⁾.

Cesárea urgente: Se indica cuando hay sospecha de pérdida del bienestar fetal, puede ser antes del parto o intraparto ⁽⁴⁵⁾.

Cesárea emergente: Procedimiento a realizarse cuando haya riesgo vital materno y/o fetal ⁽⁴⁵⁾.

Indicación de cesárea relativa: son indicaciones donde el nacimiento presenta menor riesgo que la vía vaginal, se debe individualizar cada caso ⁽⁴⁵⁾.

Indicación de cesárea absoluta: El único medio es la cesárea por ejemplo sufrimiento fetal agudo ⁽⁴⁵⁾.

Parto vaginal: Nacimiento se da a través de la vagina, es la manera común de parto ⁽⁴⁵⁾.

Edad materna: tiempo de vida expresado en años de la gestante ⁽⁴⁵⁾.

Paridad: Número de embarazos que alcanzas las 20 semanas ⁽⁴⁵⁾.

Número de controles prenatales: Número de controles que tuvo la gestante durante la gestación ⁽⁴⁵⁾.

Edad gestacional: Tiempo expresado en semanas, desde el primer día de la fecha de ultima regla ⁽⁴⁵⁾.

Antecedente de parto por cesárea: Gestación anterior que culmino vía cesárea ⁽⁴⁵⁾.

Grado de instrucción: el nivel de educación completado y alcanzado ⁽⁴⁵⁾.

Incidencia de cesáreas: Numero de nuevos casos de cesárea durante un tiempo determinado en una población determinada ⁽⁴⁵⁾.

Preeclampsia: Presión arterial sistólica mayor igual a 140 o la diastólica mayor igual a 90, en dos tomas separadas 4 horas, después de las 20 semanas de gestación, asociado a proteinuria ⁽⁴⁵⁾.

Desproporción céfalo pélvica: El nacimiento por vía vaginal no es posible por alteración del canal del parto de la madre o alteración del producto, ejemplo exceso de volumen para determinada pelvis ⁽⁴⁵⁾.

Feto grande: El peso del producto al nacer mayor al percentil 90 para la edad gestacional ⁽⁴⁵⁾.

Macrosomía fetal: Peso al nacer mayor a 4000 gramos independiente de la edad gestacional ⁽⁴⁵⁾.

Periodo intergenésico corto: tiempo transcurrido desde la fecha de la última gestación hasta la fecha del siguiente embarazo menor a los 18 meses ⁽⁴⁵⁾.

Sufrimiento fetal: Asfixia fetal progresiva, puede ocasionar daño en el sistema nervioso central permanente, pudiendo llegar a provocar la muerte fetal ⁽⁴⁵⁾.

Oligohidramnios: índice del líquido amniótico sea menor igual a cinco ⁽⁴⁵⁾.

Gestación múltiple: Hay desarrollo de más de un feto ⁽⁴⁵⁾.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

General

Ha: Existe asociación significativa entre los factores clínicos patológicos asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el periodo marzo 2020 a junio 2021.

Hipótesis Específica

Ha: Existen factores maternos asociados a parto por cesárea.

Ha: Existen factores fetales asociados a parto por cesárea.

Ha: Existen factores ovulares asociados a partos por cesárea.

3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÓN

Variable dependiente: Tipo de parto: parto vaginal o parto cesárea.

Variable independiente:

- Factores maternos:
 - Edad
 - Trastornos hipertensivos del embarazo (THE)
 - Pelvis estrecha
 - Distocia dinámica (Dilatación estacionaria, expulsivo prolongado)
 - Cesárea previa
 - Periodo intergenesico corto (PIC)
 - Diabetes mellitus gestacional
 - Desproporción céfalo pélvica

- Factores fetales:

- Sufrimiento fetal agudo
- Restricción crecimiento intrauterino
- Macrosomía fetal
- Óbito fetal
- Gestación múltiple
- Distocia de presentación

- Factores ovulares:
 - Corioamnionitis
 - Ruptura prematura de membranas (RPM)
 - Oligohidramnios
 - Placenta previa (PP)
 - Insuficiencia útero placentaria

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación del actual estudio fue de tipo cuantitativo, analítico, de casos y controles, retrospectivo.

Es de tipo cuantitativo porque se emplearon los métodos estadísticos para analizar las variables, es analítico porque se buscó demostrar una asociación entre los factores clínicos patológicos y el parto por cesárea, de casos (partos por cesárea) y controles (partos eutócicos) y fue retrospectivo porque los datos ya fueron registrados.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Todas las pacientes gestantes atendidas de parto por cesárea y parto eutócico en el servicio de Ginecología obstetricia de Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante periodo marzo 2020 a junio 2021. Las cuales conformaron un aproximado de 3000 nacimientos por año.

Se realizó un muestreo probabilístico tipo aleatorio simple de los gestantes atendidas cuya culminación del parto fue cesárea o vaginal atendidas en el servicio de Ginecología obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo marzo 2020 a junio 2021.

Así, para el cálculo de tamaño de la muestra se consideró el riesgo (cesárea) mediante los datos estadísticos de las diferentes exposiciones (factores asociados) obtenidos del estudio de Zuñiga ⁽²⁶⁾. Eligiendo el factor asociado con el cual se pudo obtener la muestra más grande y factible para evaluar, y este factor fue la macrosomía fetal. El grupo de macrosomía fetal con parto normal fueron 132 que representó 13.8 %. De manera independiente la macrosomía fetal generó 2.38 veces más probabilidad de que un parto termine en cesárea. Utilizando estas

frecuencias en la calculadora mostrada, se obtuvo una muestra de 324 gestante. Asimismo, se determinó por conveniencia una cantidad de partos vaginales (control) = 215 y partos por cesárea (casos) = 115, que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

Se anexa la calculadora para calcular la muestra a continuación:

Diseño Casos y Controles	
P_2: FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	0.13
OR: ODSS RATIO PREVISTO	2.38
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.8
r: NÚMERO DE CONTROLES POR CASO	2
NÚMERO DE CASOS EN LA MUESTRA	108
NÚMERO DE CONTROLES EN LA MUESTRA	216
n: TAMAÑO MUESTRA TOTAL	324

Fuente: Díaz P., Fernández P., "Cálculo del tamaño muestral en estudios casos y controles", Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Cad Aten Primaria 2002; 9: 148-150

Figura 1. *Diseño casos y controles*

4.2.1. Criterios de selección de la muestra

4.2.1.1 Criterios de inclusión

Controles: Partos eutócicos:

- Paciente gestante que haya estado hospitalizada en el servicio de Ginecología obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

- Pacientes gestantes cuyos partos fueron atendidos vía vaginal en el periodo marzo 2020 a junio 2021
- Pacientes gestantes que cuenten con una historia clínica completa y/o legible

Casos: Partos por cesárea:

- Paciente gestante que haya estado hospitalizada en el servicio de Ginecología obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
- Pacientes gestantes cuyos partos fueron atendidos vía cesárea en el periodo marzo 2020 a junio 2021
- Pacientes gestantes que cuenten con una historia clínica completa y/o legible

4.2.1.2 Criterios de exclusión

Controles: partos eutócicos

- Pacientes gestantes que hayan tenido parto domiciliario o extrahospitalario
- Pacientes gestantes con diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual

Casos: partos cesárea

- Pacientes gestantes con diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual

4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Se describió la clasificación y análisis las variables; así como sus indicadores (Véase Anexo 9).

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos de las historias clínicas y libro de sala de operaciones, se utilizó una ficha de recolección de datos, en el cual se recolectaron los datos sobres las gestantes atendidas en el servicio de Ginecología obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, de acuerdo con los objetivos planteados, criterios de inclusión y exclusión que ya fueron mencionados anteriormente.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó la autorización del jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz donde fueron identificados los números de las historias clínicas de las pacientes con el diagnóstico en estudio.

Se recogió los datos que proveen los factores clínicos patológicos asociados al parto por cesárea en gestantes utilizando una ficha de recolección de datos diseñada por el autor, la cual constó de dos partes:

- Parte I: Datos personales
- Parte II: Datos obstétricos
 - a) Factores maternos
 - b) Factores fetales
 - c) Factores ovulares

Se continuó con el llenado hasta completar el tamaño muestral provisto para ambos grupos.

La base de datos se revisó minuciosamente para la detección de faltas de datos, mal llenado u otro factor que pudo alterar la integridad de estos. Posterior a la revisión, se contó con la revisión de un médico asesor y finalmente se procedió al análisis de estos.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó la recopilación de los datos en el programa Microsoft Excel, luego se procedió a analizar los datos con el programa SPSS versión 26. Se realizó análisis estadístico:

Análisis descriptivo: Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de distribución de frecuencias y las variables cualitativas fueron analizadas mediante distribución de frecuencias.

Análisis inferencial: Para determinar los factores clínicos patológicos asociado a parto por cesárea se realizaron el análisis bivariado y multivariado, se utilizó la

prueba estadística de regresión logística del software estadístico SPSS versión 26. Se calcularon el OR crudo y ajustado, seguido de sus respectivos intervalos de confianza y valor p. Se consideró un nivel de significancia estadística de 5%.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

El actual estudio fue aprobado por el comité de ética del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma.

Todo procedimiento que se realizó en el presente estudio preservó la integridad y los derechos fundamentales de cada paciente sujeto a investigación.

Además, se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos, los cuales fueron anónimos. Entonces, no fue necesario el consentimiento informado porque la obtención de los datos fue a través de las historias clínicas.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

Para determinar los factores asociados a un parto por cesárea, se ha considerado una muestra representativa de partos, de los cuales 105 fueron vaginales y 67 fueron por cesáreas durante el periodo 2020 (38.9%); y 110 fueron vaginales y 48 fueron por cesáreas durante el periodo 2021 (30.3%).

Así, el periodo de estudio fue desde marzo 2020 hasta junio 2021 y fue realizado en el Servicio de Ginecología Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Primero se evidencia las tasas de cesáreas según cada año de estudio.

Tabla 1.

Tasa de cesáreas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, marzo periodo 2020 – junio 2021

			Vaginales	Cesáreas	Total	Tasa %
Año	2020	Recuento	105	67	172	38,9%
	2021	Recuento	110	48	158	30,3%

En general, las tasas de cesáreas estuvieron en un rango de 38.9% a 30.3%, Así, como se observa en la Tabla 1, siendo el año 2020 donde se registró la tasa más alta, y el año 2021 la tasa más baja.

Tabla 2.

Tasa de cesáreas primarias en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo marzo 2020 - junio 2021

			Vaginales	Cesárea primaria	Total	Tasa %
Año	2020	Recuento	105	41	146	28%
	2021	Recuento	110	26	136	19.1%

En el caso específico para cesáreas primarias la mayor tasa (41 casos) se dio en el año 2020, y la menor tasa fue en el año 2021 con aproximadamente 26 casos, así como se observa en la Tabla 2.

Tabla 3.

Tasa de cesáreas iterativas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo marzo 2020 – junio 2021

			Vaginales	Cesárea iterativa	Total	Tasa %
Año	2020	Recuento	105	26	131	19.8%
	2021	Recuento	110	22	132	16.6%

En el caso específico para cesáreas iterativas la mayor tasa (26 casos) se dio en el año 2020, y la menor tasa fue en el año 2021 con aproximadamente 22 casos, así como se observa en la Tabla 3.

Tabla 4.

Características demográficas

Características demográficas	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Edad materna				
18 a 34 años	92	80.0%	162	75.3%
<18 a; ≥35 años	23	20.0%	53	24.7%
IMC				
18 – 24.9	45	39.1%	96	44.7%
<18; ≥25	70	60.9%	119	55.3%
Edad gestacional				
37 – 41.6ss	102	88.7%	197	91.6%
<37ss; ≥42	13	11.3%	18	8.4%
Controles prenatales				
≥ 6 CPN	37	32.2%	72	33.5%
<6 CPN	78	67.8%	143	66.5%
Paridad				
Nulípara	36	31.3%	61	28.4%
Primípara	40	34.8%	71	33.0%
Múltipara	39	33.9%	83	38.6%
Covid – 19				
No	96	83.5%	169	78.6%
Sí	19	16.5%	46	21.4%

Las características demográficas de ambos grupos se presentan en la Tabla 4. Respecto a la edad el grupo de controles (partos vaginales) tuvo menor edad que el grupo de casos (partos por cesárea); por ejemplo, las pacientes mayores de 35 años fueron menos frecuentes (20.0%) en los casos que en los controles (24.7%).

En las características IMC, se presentó mayor porcentaje en el grupo de casos (60.9%); en la edad gestacional fue mayor el porcentaje en el grupo de controles (91.6%); en los controles prenatales destacó en mayor porcentaje el grupo de controles (66.5%); la paridad que fue mayor fue 38.6% en el grupo de controles (múltipara), mientras que el menor fue 28.4% (nulípara); finalmente, aquellas que tuvieron COVID-19 fue mayor en el grupo de controles (21.4%).

Tabla 5.

Factores maternos asociados a parto por cesárea en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo marzo 2020 – junio 2021

Factores maternos	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Cesárea previa				
No	69	60.0%	176	81.9%
Sí	46	40.0%	39	18.1%
Desproporción céfalo pélvica				
No	99	86.1%	194	90.2%
Sí	16	13.9%	21	9.8%
Preeclampsia				
No	92	80.0%	205	95.3%
Sí	23	20.0%	10	4.7%
Distocias dinámicas				
No	99	86.1%	200	93.0%
Sí	16	13.9%	15	7.0%
Período intergenésico corto				
No	111	96.5%	212	98.6%
Sí	4	3.5%	3	1.4%
Diabetes gestacional				
No	101	87.8%	202	94.0%
Sí	14	12.2%	13	6.0%

Los factores maternos de ambos grupos se presentan en la Tabla 5. Respecto a la cesárea previa el grupo de controles tuvo mayor porcentaje (81.9%) expresado en no. En la desproporción céfalo pélvica se presentó mayor porcentaje en el grupo de controles (90.2%) expresado en no; en la preeclampsia fue mayor el porcentaje en el grupo de controles (95.3%) expresado en no; en las distocias dinámicas destacó en mayor porcentaje el grupo de controles (93%) expresada en no; en el período intergenésico corto, en ambos grupos fue elevado: 96.5% y 98.6% respectivamente; finalmente, la diabetes gestacional fue 94.0% en el grupo de controles; en cambio, existió 87.8% en el grupo de casos, ambos expresados en no.

Tabla 6.

Factores fetales asociados a parto por cesárea en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo marzo 2020 - junio 2021

Factores fetales	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Distocias de presentación				
Ninguno	100	87.0%	196	91.2%
Transverso	6	5.2%	13	6.0%
Podálico	9	7.8%	6	2.8%
Sufrimiento fetal agudo				
No	107	93.0%	204	94.9%
Sí	8	7.0%	11	5.1%
Embarazo múltiple				
No	98	85.2%	189	87.9%
Sí	17	14.8%	26	12.1%
Óbito				
No	96	83.5%	204	94.9%
Sí	19	16.5%	11	5.1%
Restricción de crecimiento intrauterino				
No	112	97.4%	212	98.6%
Sí	3	2.6%	3	1.4%
Macrosomía fetal				
No	98	85.2%	202	94.0%
Sí	17	14.8%	13	6.0%

Los factores fetales de ambos grupos se presentan en la Tabla 6. Respecto a las distocias de presentación el grupo de controles tuvo mayor porcentaje (91.2%) expresado en ninguno. En el sufrimiento fetal agudo se presentó mayor porcentaje en el grupo de controles (94.9%) expresado en no; en el embarazo múltiple fue mayor el porcentaje en el grupo de controles (87.9%) expresado en no; en el óbito destacó en mayor porcentaje el grupo de controles (94.9%) expresada en no; la restricción de crecimiento intrauterino no tuvo variación, pues el grupo de casos (97.4%) y el grupo de control (98.6%) se expresó como no; y en la macrosomía fetal el grupo de controles tuvo mayor porcentaje (94%) expresado en no.

Tabla 7.

Factores ovulares asociados a parto por cesárea en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo marzo 2020 - junio 2021

Factores ovulares	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Placenta previa				
No	96	83.5%	196	91.2%
Sí	19	16.5%	19	8.8%
Oligohidramnios				
No	105	91.3%	209	97.2%
Sí	10	8.7%	6	2.8%
Corioamnionitis				
No	102	88.7%	195	90.7%
Sí	13	11.3%	20	9.3%
Ruptura prematura de membrana				
No	106	92.2%	190	88.4%
Sí	9	7.8%	25	11.6%
Insuficiencia uteroplacentaria				
No	103	89.6%	192	89.3%
Sí	12	10.4%	23	10.7%

Los factores ovulares de ambos grupos se presentan en la Tabla 7. Respecto a la placenta previa se presentó mayor porcentaje en el grupo de controles (91.2%) expresado en no; en la oligohidramnios el porcentaje mayor fue el grupo de controles (97.2%) expresado en no; en el corioamnionitis no hubo mucha variación, pues el grupo de casos (88.7%) y el grupo de controles (90.7%) solo varió en 2%; la ruptura prematura de membrana tuvo mayor porcentaje fue el grupo de casos (92.2%) expresado en no; y la insuficiencia uteroplacentaria destacó el mayor porcentaje en el grupo de casos (89.36%) expresado en no.

Tabla 8.

Factores de riesgo según los factores maternos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo marzo 2020 – junio 2021

Factores maternos	OR	p	IC 95%		OR*	p	IC 95%	
Cesárea previa	2.90	0.000	1.68	5.01	1.79	0.000	1.35	2.38
Desproporción céfalo pélvica	1.84	0.103	0.88	3.86	1.46	0.000	0.97	2.22
Preeclampsia	6.11	0.000	2.69	13.86	2.37	0.000	1.74	3.23
Distocias dinámicas	1.84	0.140	0.81	4.14	1.31	0.182	0.87	1.97
Período intergenésico corto	1.84	0.455	3.71	9.17	1.39	0.284	0.75	2.57
Diabetes gestacional	2.58	0.027	1.11	6.02	1.67	0.010	1.13	2.48

*OR ajustado

En la Tabla 8 al considerar los factores de riesgo según los factores fetales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2020 – 2021; respecto a la cesárea previa (OR*=1.79; p=0.000) se indica que existe asociación; en la desproporción céfalo pélvica (OR*=1.46; p=0.000) se indica que existe asociación; en la preeclampsia (OR*=2.37; p=0.000) se expresa que existe asociación; en las distocias dinámicas (OR*=1.31; p=0.182) se indica que no existe asociación; en el período intergenésico corto (OR*=1.39; p=0.284) se indica que no existe asociación; y en la diabetes gestacional (OR*=1.67; p=0.010) se expresa que existe asociación significativa.

Tabla 9.

Factores de riesgo según los factores fetales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo marzo 2020 – junio 2021

Factores fetales	OR	p	IC 95%		OR*	p	IC 95%	
Distocias de presentación	1.74	0.022	1.08	2.80	1.38	0.008	1.08	1.77
Sufrimiento fetal agudo	1.40	0.499	0.524	3.77	1.24	0.449	0.71	2.16
Embarazo múltiple	1.22	0.561	0.61	2.44	1.13	0.543	0.75	1.68
Óbito	3.50	0.002	1.56	7.86	1.88	0.000	1.32	2.67
Restricción de crecimiento intrauterino	1.68	0.545	0.310	9.21	1.36	0.394	0.66	2.80
Macrosomía fetal	2.91	0.008	1.32	6.41	1.78	0.003	1.21	2.60

*OR ajustado

En la Tabla 9 al considerar los factores de riesgo según los factores fetales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2020 – 2021; respecto a las distocias de presentación (OR*=1.38; p=0.008) se indica que existe asociación; en el sufrimiento fetal agudo (OR*=1.24; p=0.449) se indica que no existe asociación significativa; en el embarazo múltiple (OR*=1.13; p=0.543) se expresa que no existe asociación; en el óbito (OR*=1.88; p=0.000) se indica que existe asociación; en la restricción de crecimiento intrauterino (OR*=1.36; p=0.394) se expresa que no existe asociación; y en la macrosomía fetal (OR*=1.78; p=0.003) se expresa que existe asociación.

Tabla 10.

Factores de riesgo según los factores ovulares en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo marzo 2020 - junio 2021

Factores ovulares	OR	p	IC 95%		OR*	p	IC 95%	
Placenta previa	2.12	0.032	1.06	4.24	1.55	0.017	1.08	2.22
Oligohidramnios	3.43	0.021	1.20	9.81	1.89	0.003	1.24	2.87
Corioamnionitis	1.12	0.764	0.52	2.41	1.05	0.807	0.68	1.63
Ruptura prematura de membrana	0.65	0.302	0.29	1.46	0.75	0.320	0.42	1.31
Insuficiencia uteroplacentaria	1.06	0.867	0.50	2.25	1.04	0.000	0.64	1.69

*OR ajustado

En la Tabla 10 al considerar los factores de riesgo según los factores ovulares en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2020 – 2021; así en la placenta previa (OR*=1.55; p=0.017) se indica que existe asociación; en el oligohidramnios (OR*=1.89; p=0.003) se expresa que existe asociación; en la corioamnionitis (OR*=1.05; p=0.807) se expresa que no hay asociación; en la ruptura prematura de membrana (OR*=0.75; p=0.320) se expresa que no existe asociación significativa; y en la insuficiencia uteroplacentaria (OR*=1.04; p=0.000) se indica que existe asociación.

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En relación con las características demográficas, se observó que el IMC se presentó mayor porcentaje en el grupo de casos (60.9%). En tanto, Paucar A ⁽²⁰⁾ encontró que el 54.79% de casos tenía normopeso, el 26.71% sobrepeso y el 13.71% obesidad. De igual manera, Gutarra J ⁽²³⁾ corroboró que los casos son mayores en obesas (70.6%). En esa misma línea, la investigación de Zúñiga N ⁽²⁶⁾ mostró que un 29.4% de los casos padecía de obesidad. Por último, Zelada V ⁽²⁸⁾ halló que las mujeres con cesárea presentaron un 40% de sobrepeso y 59% de obesidad.

En cuanto a la edad gestacional fue mayor el porcentaje de mujeres entre 37 a 41.6 semanas en el grupo de casos (88.7%). Por su parte, Medina J ⁽²⁵⁾ encontró que las gestantes cesareadas en esta misma edad gestacional ascendieron a 92.3%. Los resultados de Zúñiga N ⁽²⁶⁾ son similares puesto que se observó que las madres comprendidas en la misma edad gestacional eran el 90.6%.

En tanto, los controles prenatales destacaron en mayor porcentaje el grupo de controles (66.5%) de menos de 6 CPN. Por el contrario, en el caso de Zúñiga N ⁽²⁶⁾ solo un 24.1% de los partos vaginales presentaban menos de 6 controles prenatales. Por otro lado, los resultados de la investigación sobre la paridad evidencian que fue mayor fue 38.6% en el grupo de controles (múltipara), mientras que el menor fue 28.4% (nulípara). Para Paucar A ⁽²⁰⁾ de las mujeres de parto vaginal un 40.82% fueron nulíparas y un 59-18% múltiparas. En ese sentido, Rojas M ⁽²¹⁾ evidenció que un 27% de las cesareadas fueron primigestas, mientras que en los resultados hallados en este estudio muestran un 34.8% entre las cesareadas. Así mismo, Gutarra J ⁽²³⁾ determinó un 40.2% de población múltipara y un 58.2% de población nulípara. A su vez, Zúñiga N ⁽²⁶⁾ presentó un 46.9% de casos de gestantes nulíparas y un 18.8% de gestantes múltiparas.

Asimismo, aquellas que tuvieron COVID-19 fue mayor en el grupo de controles (21.4%). Además, la investigación realizada por Zúñiga N en el 2019 permitió evidenciar que el factor más frecuente es el de patología materna y la tasa indicó un 55.8% ⁽²⁵⁾. Por eso, estas situaciones previas pueden ser principales causantes de próximas cesáreas.

En cuanto a los factores maternos, la presente investigación encontró que la cesárea previa está asociado al parto por cesárea con un OR* 1.79 IC 95% (1.35-2.38) (p=0.000). Ello concuerda con Zúñiga N ⁽²⁶⁾ en su estudio realizado en otro departamento de Perú, quien identificó una significancia menor a 0.05 por lo que estableció asociación, tanto aquellas con más de una cesárea (OR 5.18 IC 95% 3.59-7.45) como las que tuvieron dos o más incrementaron el riesgo en 20 veces (OR=20,28 IC 95% 4.55-90.3). El estudio de Gutarra J ⁽²³⁾ en un Hospital de Lima- Este encontró asociación significativa de cesárea previa con un OR 2.1 (IC 95% 1.75-2.44 p=0.001) para que el parto finalice en cesárea. Así también lo reporta Huamán A et al. ⁽²²⁾ en su estudio realizado en otro departamento del Perú donde encontró asociación significativa donde la cesárea previa (RP 2.81 IC 95% 2.12-3.72 p=0.000). El antecedente de cesárea de por si incrementa el riesgo a repetir dicho procedimiento, sumado a los criterios que deben de cumplirse para intentar un trabajo de parto luego de una cesárea. ^(13,46,47)

En cuanto a la desproporción céfalo pélvica se identificó asociación de acuerdo con la significancia OR*=1.46 IC 95% (0.97-2.22) (p=0.000). Esto coincide con lo demostrado por Gutara J ⁽²³⁾ quien también estableció un riesgo de 2.44 veces (OR 2.44 IC 95% 2.06-2.89 p=0.001) de culminar el parto por cesárea en gestantes con diagnóstico de desproporción céfalo pélvica. Asimismo, la investigación de Zelada V ⁽²⁸⁾ encontró asociación con un OR 2.28 IC 95% (1.30-3.74 p=0.000). Se halla que dicha asociación tiene que ver con la estrechez pélvica, incluso aquellas con pelvis limítrofe que tras un intento de trabajo de parto terminan en cesárea. ^(48,49)

Sobre el factor preeclampsia se encontró asociación OR*=2.37 IC 95% (1.74-3.23) (p=0.000). A su vez, Paucar A ⁽²⁰⁾ determinó que los trastornos hipertensivos como la preeclampsia tiene un riesgo (RR 1.48 IC 95% 1.07-2.05 p=0.044) de que un embarazo en vías de prolongación culmine en cesárea. Debido a los mecanismos para el desarrollo de preeclampsia, como la isquemia uteroplacentaria, desequilibrio angiogénico, aumento de necrosis del trofoblasto, es importante los métodos de screening como valores bajos de factor crecimiento placentario (PIGF), índice de pulsatilidad de arteria uterina alto temprano, como medida preventiva el uso de ácido acetilsalicílico a dosis bajas que se inicia antes de la semana 16 disminuye el riesgo de preeclampsia con criterios de severidad. Motivo por el cual las gestantes en su mayoría culminen la gestación vía cesárea ya que los trastornos hipertensivos del

embarazo se vinculan con recurrencia de cesárea, además de prematuridad y hasta muerte materno fetal. ^(14,50)

En nuestro estudio las gestantes con cesárea por periodo intergenesico corto con un OR* 1.39 IC 95% (0.75-2.57) (p=0.182) no habiendo asociación, esto difiere con el estudio Cabrera J en otro departamento de Perú, donde el periodo intergenesico corto y la cesárea previa presentan asociación significativa, Prueba Chi cuadrado 63.1 p=<0,001⁽⁵¹⁾. Debido al riesgo de complicaciones como rotura uterina en gestantes con periodo intergenesico corto se indica cesárea, sin embargo, en nuestro estudio debido al tamaño muestral, y por ser un centro de nivel II donde no se ven casos de tanta complejidad no se encontró asociación significativa ⁽⁵²⁾.

De igual manera, el factor diabetes gestacional presentó asociación OR*=1.67 IC 95% (1.13-2.48) (p=0.010). Terrero A ⁽⁵³⁾ identificó asociación entre la diabetes gestacional y la cesárea (RR 2.13 IC 95% 1,38-3,30 p=0.010). La implicancia de la diabetes gestacional se debe al riesgo de tener un producto macrosómico, y con las implicancias que esta pueda tener al momento del trabajo de parto que dificultaría la salida del producto, produciendo distocia de hombros, descenso prolongado, lo que conllevaría a culminar la gestación por cesárea ^(11,16,54).

En relación con los factores fetales, se encontró asociación con el parto por cesárea al factor distocia de presentación OR* 1.38 IC 95% (1.08-1.77) (p=0.008), encontrándose tanto en crudo como ajustado una asociación inferior a la significancia. Estos resultados concuerdan con los datos presentados por Zúñiga N ⁽²⁶⁾ en donde el riesgo fue de OR=11.17 (IC 95% 4.47-27.93) p=0.000. Dentro de las distocias de presentación, los fetos cuya presentación es podálica pueden llegar a complicarse si no se está capacitado en las maniobras a realizar, es por ello por lo que es importante conocer la presentación del producto durante los controles prenatales, de esta forma poder programar una cesárea electiva ^(12,55).

En tanto el factor, óbito presentó asociación al ser ajustado OR* 1.88 IC 95% (1.32-2.67) (p=0.000). El estudio descriptivo de Angarita M ⁽⁵⁶⁾, encontró un 33% de óbito fetal que culminaron en cesárea. La conducta para seguir en caso de óbito fetal estará sometida al estado de salud materno por ejemplo que la madre no se encuentre consiente, complicación de trastorno hipertensivo como eclampsia o síndrome de HELLP, entre otros, y a los antecedentes obstétricos que pudiese

presentar como antecedente de cesáreas previas, obesidad, pelvis estrecha entre otros. ^(57,58).

Por su parte, el factor macrosomía fetal OR* 1.78 IC 95% (1.21-2.60) (p=0.003) expresa asociación significativa. Ello en consonancia con Zúñiga N ⁽²⁶⁾ quien demostró la asociación (p=0.000) y un riesgo de OR=2.38 (IC95% 1.75-3.23). Por su parte, Zelada ⁽²⁸⁾ identificó asociación con una significancia de p=0.003, con un OR 2.20 (IC 95% 1.30-3.74). La macrosomía solo es cuantificada cuando el producto ha nacido, el ponderado fetal que se establece durante los controles ecográficos brindan un estimado referencial, en base a ello el especialista toma la decisión por cual vía culminar la gestación, debido al riesgo de presentar distocia de hombros donde aplica la pericia del especialista para realizar las maniobras correspondientes para extraer los hombros del producto, además de la posibilidad de una episiotomía para la madre, que se podría complicar con una infección o desgarro perineal ^(16,59).

En tanto, los factores ovulares asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología obstetricia fueron la placenta previa OR* 1.55 IC 95% (1.08-2.22) (p=0.017). Para Huamán A et al. ⁽²²⁾ lo hallado demostró también la existencia de asociación entre la placenta previa y los partos por cesárea con una significancia de p=0.013 y una razón de prevalencia de 2.71 (IC 95% 1.92-3,82). La asociación de placenta previa junto con el antecedente de cesárea previa es el factor de riesgo para desarrollar esta patología, en la cual la placenta previa total tiene indicación absoluta para parto por cesárea, pudiendo derivar en complicaciones mayores ⁽⁶⁰⁾.

El factor ovular oligohidramnios presentó asociación con los partos por cesárea OR* 1.89 IC 95% (1.24-2.87) (p=0.003). Una situación similar presenta Zúñiga N ⁽²⁶⁾ con resultados similares con una asociación de p=0.000 y un riesgo en más de 15 veces en comparación a los otros factores (OR=15.93 IC 95% 5.4-46.9). De igual manera el estudio de Paucar A ⁽²⁰⁾ coincide con nuestros resultados obteniendo un RR de 1.97 veces (IC 95% 1.55-2.49 p=0.000) de culminar en cesárea. Los parámetros ecográficos determinan el disturbo del líquido amniótico, cuya disminución se traduce en oligohidramnios, complicando el trabajo de parto, ya que traduce sufrimiento fetal crónico, malformaciones fetales sobretodo renales, respiratorio, también puede ser originado por condición materna como trastornos hipertensivos del embarazo, enfermedades de colágeno. Se asocia con un APGAR bajo con lo

cual lleva a comorbilidades fetales, es por ello la importancia de un diagnóstico oportuno ^(22,49).

La insuficiencia uteroplacentaria (OR*=1.04 IC 95% 0.64-1.69 p=0.000) presento asociación significativa. El estudio de Gutarra J ⁽²³⁾ obtuvo un riesgo de 2.35 veces (Ora 2.35 IC 95% 1.95-2.83 p=0.001) de gestantes con insuficiencia útero placentaria de terminar el parto vía cesárea encontrando así, asociación significativa. Producto de un aporte inadecuado de sangre hacia la placenta, traduciendo menor aporte oxígeno y nutrientes para el feto Está asociada con el embarazo a término tardío (41 – 41.6 semanas) y post termino (>42 semanas), preeclampsia, diabetes, y en el feto produce disminución de crecimiento, y también se ha visto relación con disturbio del líquido de amniótico ⁽²⁰⁾.

Finalmente, entre las limitaciones del estudio destacan aquellas vinculadas con la recolección de información, pues el contexto sanitario fue adverso; esto porque la pandemia ocasionada por la COVID-19 ha ocasionado dificultades dentro de los hospitales, donde el desborde la enfermedad limito a todos los agentes sanitarios y obstruyo el acceso a otras áreas que no sean exclusivas de esta enfermedad.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Se concluyó que los factores clínicos patológicos asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el periodo marzo 2020 a junio 2021 fueron establecidos mediante los factores maternos, fetales y ovulares.

Se concluyó que los factores maternos asociados a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología obstetricia fueron la cesárea previa, la desproporción céfalo pélvica, la preeclampsia y la diabetes gestacional.

Se concluyó que los factores fetales asociados a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología obstetricia fueron las distocias de presentación, el óbito y la macrosomía fetal.

Se concluyó que los factores ovulares asociados a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología obstetricia fueron la placenta previa, el oligohidramnios, la corioamnionitis y la insuficiencia uteroplacentaria.

6.2. RECOMENDACIONES

Se sugiere considerar los datos de esta investigación para realizar otros estudios; por ejemplo, de cohorte para verificar si los factores asociados a la cesárea solamente se vinculan como riesgosos o quizás haya alguno que puede ser prevenido con información adecuada sobre el caso; a fin de disminuir las tasas de cesárea en las mujeres sin antecedentes.

También se recomienda priorizar la atención en los casos identificados como altamente riesgosos, debido a que es importante la atención prenatal; esto para

evitar las futuras complicaciones. Además, considerar otros factores, como los sociodemográficos para un tratamiento más efectivo.

En general, se recomienda a todo el personal de salud, sobre todo, aquellos que ostentan rangos elevados promover y generar talleres que permitan desarrollar políticas vinculadas con la gestación, a fin de mejorar la atención en el proceso del parto. En caso sean cesáreas mediante la aplicación de los criterios pertinentes para no causar complicaciones durante la intervención quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Karim F, Ali N, Khan A, Hassan A, Hasan M, Hoque S, et al. Prevalence and factors associated with caesarean section in four Hard-to-Reach areas of Bangladesh: Findings from a cross-sectional survey. *PLOS ONE*. 2020; 15(6): p. 1-16. doi:10.1371/journal.pone.0234249
2. Amjad A, Amjad U, Zakar R, Usman A, Zakar MZ, Fischer F. Factors associated with caesarean deliveries among child-bearing women in Pakistan: secondary analysis of data from the Demographic and Health Survey, 2012–13. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18(1): p. 1-9. doi:10.1186/s12884-06718-1743-z
3. Amini P, Mohammadi M, Omani-Samani R, Almasi-Hashiani A, Maroufizadeh S. Factors Associated with Cesarean Section in Tehran, Iran using Multilevel Logistic Regression Model. *Osong Public Health and Research Perspectives*. 2018; 9(2): p. 86-92. doi:10.24171/j.phrp.2018.9.2.08
4. Sinchitullo Á, Roldán L, Arango P. Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2020; 20(3): p. 1-8. Disponible en: <https://inicib.urp.edu.pe/rfmh/vol20/iss3/15/>
5. Fernández M. Implicancias sociales y médicas del incremento de la cirugía cesárea ¿está justificado? - FLASOG. [En línea].; 2019 [citado 2020 octubre 1. Disponible en: <https://flasog.org/static/revista/REVISTA-GINECO-ENERO-SK.pdf>.
6. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Organización Mundial de la Salud. [En línea].; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=C83DDEC57046921F5A71427E8B839555?sequence=1.
7. BBC News. Por qué preocupa el aumento de cesáreas en todo el mundo (y en América Latina en particular). [En línea].; 2018 [citado 2021 octubre 10. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-45852814>.
8. Cuñarro-López Y, Pintado-Recarte P, Cueto-Hernández I, Hernández-Martín C, Payá-Martínez M, Muñoz-Chápuli M, et al. The Profile of the Obstetric Patients with SARS-CoV-2 Infection According to Country of Origin of the Publication: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Clinical Medicine*. 2021; 10(2): p. 360. doi:10.3390/jcm10020360
9. Dubey P, Reddy S, Manuel S, Dwivedi A. Maternal and neonatal characteristics and outcomes among COVID-19 infected women: An updated systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*. 2020; 252: p. 490-501. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.07.034
10. Sadeh-Mestechkin D, Samara N, Wisner A, Markovitch O, Shechter-Maor G, Biron-Shental T. Premature rupture of the membranes at term: time to reevaluate the management. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2016; 294(6): p. 1203-1207. doi:10.1007/s00404-016-4165-z

11. Boriboonhirunsarn D, Waiyanikorn R. Emergency cesarean section rate between women with gestational diabetes and normal pregnant women. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016; 55(1): p. 64-67. doi:10.1016/j.tjog.2015.08.024
12. Martel-Santiago C, Arencibia-Díaz R, Romero-Requejo A, Valle-Morales L, Figueras-Falcón T, García-Hernández J, et al. Delivery in breech presentation: Perinatal outcome and neurodevelopmental evaluation at 18 months of life. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*. 2020; 255: p. 147-153. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.10.020
13. Uno K, Mayama M, Yoshihara M, Takeda T, Tano S, Suzuki T, et al. Reasons for previous Cesarean deliveries impact a woman's independent decision of delivery mode and the success of trial of labor after Cesarean. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020; 20(1). doi:10.1186/s12884-020-2833-2
14. Ramos F, Antunes C. Hypertensive Disorders: Prevalence, Perinatal Outcomes and Cesarean Section Rates in Pregnant Women Hospitalized for Delivery. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*. 2020; 42(11): p. 690-696. doi:10.1055/s-0040-1714134
15. Sharma J, Tiwari S, M Padhye S, Mahato B. Prevalence of Repeat Cesarean Section in a Tertiary Care Hospital. *Journal of Nepal Medical Association*. 2020; 58(229): p. 650-653. doi:10.31729/jnma.5375
16. Wei Y, Yang H. Variation of prevalence of macrosomia and cesarean section and its influencing factors. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2015 Mar;50(3):170-6. Chinese. PMID: 26268405.
17. Pfützenreuter G, Cavalieri J, Fragoso A, Da Corregio K, Freitas P, Trapani A. Factors Associated with Intrapartum Cesarean Section in Women Submitted to Labor Induction. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*. 2019; 41(06): p. 363-370. doi:10.1055/s-0039-1688966
18. Zgheib S, Kacim M, Kostev K. Prevalence of and risk factors associated with cesarean section in Lebanon — A retrospective study based on a sample of 29,270 women. *Women and Birth*. 2017; 30(6): p. 265-271. doi: 10.1016/j.wombi.2017.05.003
19. Salman L, Aviram A, Holzman R, Hay-Azogui H, Ashwal E, Hadar E, et al. Predictors for cesarean delivery in preterm premature rupture of membranes. *The Journal of Maternal-Fetal Camp & Neonatal Medicine*. 2019; 33(22): p. 3761-3766. doi:10.1080/14767058.2019.1585422
20. Paucar A. Factores asociados a cesárea en embarazo en vías de prolongación en el Hospital San Bartolomé, enero – diciembre 2018. Tesis de licenciatura. Universidad Ricardo Palma; 2021. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/4078>
21. Rojas M. Características epidemiológicas y factores asociados a la cesárea en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui de Agosto 2016 a Julio 2017. Tesis de licenciatura. Universidad Norbert Wiener; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1480>
22. Huamán A, Palacios C, Rojas M, Guerrero C. Factores relacionados a partos por cesárea en el Hospital II EsSalud de Huánuco. *Revista Peruana de Investigación en Salud*. 2018; 2(1): p. 10-17. Disponible en:

- https://redib.org/Record/oai_articulo1978903-factores-relacionados-a-partos-por-ces%C3%A1rea-en-el-hospital-ii-essalud-de-hu%C3%A1nuco
23. Gutarra J. Obesidad como factor de riesgo asociado a la realización de cesárea en gestantes a término atendidas en el Hospital de Vitarte durante el periodo de Enero a Diciembre del 2017. Tesis de licenciatura. Universidad Ricardo Palma; 2019. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1774>
 24. Rosales G. Factores de riesgo maternos asociados con la cesárea en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco 2016-2017. Tesis de licenciatura. Universidad César Vallejo; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/29212>
 25. Medina J. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Enero a Diciembre del 2015. Tesis de licenciatura. Universidad Ricardo Palma; 2016. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/555>
 26. Zúniga N. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de enero a diciembre del 2018. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3757>
 27. Quispe E. Prevalencia y factores asociados a parto por cesárea en gestantes con preeclampsia severa en el Hospital EsSalud base III Puno en el año 2018. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional del Altiplano; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/12613>
 28. Zelada V. 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 licenciatura. Universidad Ricardo Palma; 2019. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1845>
 29. Sarduy M, Molina L, Tapia G, Medina C, Chiong D. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. *Rev Cubana Obstet Ginecol*; 44 (2): 1-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000200001&lng=es.
 30. Anaya A, Londoño F, Pérez L, Ortiz R. Caracterización de las pacientes llevadas a cesárea según modelo de Robson y exploración de factores asociados en gestantes atendidas en el hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán-Colombia. 1 de enero de 2016 a 30 de junio de 2016. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2017; 82(5): p. 491-503. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000500491&lng=es
 31. Flores M. Las listas episcopales en Eusebio de Cesárea: entre teología e historia. *Nova tellus*. 2021; 39(2): p. 93-111. DOI: 10.19130/iifl.nt.2021.39.2.892
 32. González S. Hipotensión arterial después de la anestesia subaracnoidea en la cesárea: incidencia y factores de riesgo. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*. 2017; 16(1): p. 1-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182017000100009&lng=es.

33. Rivas E. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa, enfoque terapéutico y revisión de la literatura. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2019; 45(3): p. 1-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000300012&lng=es
34. Oyarzun E. Operación cesárea. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2019; 84(3): p. 167-168. doi:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262019000300167&script=sci_arttext
35. Le Gouez A, Bonnet M. Anestesia para cesárea. *EMC - Anestesia-Reanimación*. 2016; 42(1): p. 1-11. doi:[https://doi.org/10.1016/S1280-4703\(15\)76022-6](https://doi.org/10.1016/S1280-4703(15)76022-6)
36. Larsson C, Djuvfelt E, Lindam A, Tunón K, Nordin P. Surgical complications after caesarean section: A population-based cohort study. *PLoS ONE*. 2021; 16(10). doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258222>
37. Pino-Anaya R, Zorrilla-Delgado V, Rodríguez-Lizana M, Ochoa-Yupanqui W. Frecuencia e indicaciones de cesáreas electivas y de urgencia en el Hospital Regional de Ayacucho, Perú. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*. 2021; 3(1): p. 32-37. DOI: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2021.3.1.264>
38. Rodríguez Y, Reyes O. Uso del electrobisturí para la incisión en piel durante la operación cesárea. Estudio aleatorizado, controlado y ciego. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2019; 46(2): p. 63-68. DOI: 10.1016/j.gine.2018.04.003
39. Vissers J, Hehenkamp W, Bavo Lambalk C, Huirne JA. Post-Caesarean section niche-related impaired fertility: hypothetical mechanisms. *Human Reproduction*. 2020; 35(7): p. 1484-1494. DOI: 10.1093/humrep/deaa094
40. Oncoy A. Indicaciones de cesárea. *Revista Médica Panacea*. 2018; 7(2): p. 69-73. doi:<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en;/biblio-1021802>
41. Fonseca-Pérez J. Cesárea por solicitud materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2017; 68(1): p. 7-11. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2985>
42. Fonseca J, Rodriguez J, Salazar D. Validation of a predictive model for successful vaginal birth after cesarean section. *Colombia Médica (Cali)*. 2019; 50(1): p. 13-21. doi:10.25100/cm.v50i1.2521
43. Pacheco J. Editorial. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*; 2007.
44. Martin J, Smith B, Mathews T, Ventura S. Births and deaths: preliminary data for 1998. *National vital statistics reports*. 1998; 47(25): p. 1-45. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/85153>
45. Cunningham G. *Williams Obstetricia*. 25th ed.: McGraw Hill; 2019. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2739§ionid=228704887>
46. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert S. Operación cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014; 25(6): p. 987-992. DOI: 10.1016/S0716-8640(14)70648-0
47. Operative Vaginal Birth: ACOG Practice Bulletin 219. *Obstet Gynecol*. 2020; 135(4): p. e149-e159. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003764
48. Santamaría G. Indicación de parto por cesárea debido a la desproporción céfalo pélvica factor fetal o macrosomía y su relación con la antropometría del recién nacido en el servicio de ginecología del Hospital Enrique Garcés durante el año 2013. Tesis de

- licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2015. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/8360>
49. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2014; 123(3): p. 693-711. DOI: 10.1097/01.AOG.0000444441.04111.1d
 50. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol.* 2020 Jun;135(6):e237-e260. doi: 10.1097/AOG.0000000000003891.
 51. Cabrera J. Factores asociados a cesárea en adolescentes atendidas en el Hospital de Chulucanas - Piura, 2019. Tesis de licenciatura. Universidad Privada Antenor Orrego; 2021. Obtenido de: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8218>
 52. Obstetric Care Consensus No. 8: Interpregnancy Care. *Obstet Gynecol.* 2019; 133(1): p. e51-e72. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003025
 53. Terrero-Llago A, Venzant-Massi M, Reyes Salazar IS, Hechevarria-Rodriguez AA. Efecto de la diabetes gestacional sobre los resultados perinatales [online]. *MEDISAN* 2005;9 (2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445008008>
 54. ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(2): p. e49-e64. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002501
 55. Grillo-Ardila C, Bautista-Charry A, Diosa-Restrepo M. Atención del parto con feto en presentación pelviana: revisión de la semiología, el mecanismo y la atención del parto. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2019; 70(4): p. 253-265. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195262823005>
 56. Angarita, M, Guzman, M. Muerte fetal intrauterina Hospital Militar Central 2014-2019. [Internet]. 2020. [citado: 2022, junio] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10654/37384>
 57. Pinzon M, Rios A. Sobrepeso y obesidad como causas de óbito fetal: revisión sistemática de literatura. Tesis de licenciatura. Universidad del Rosario; 2015. 28. Angarita, M. & Guzman, M. Muerte fetal intrauterina Hospital Militar Central 2014-2019. [Internet]. 2020. [citado: 2022, junio] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10654/37384>
 58. Metz T, Berry R, Fretts R, Reddy U, Turrentine M. Obstetric Care Consensus #10: Management of Stillbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2020; 222(3): p. 2-20. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.01.017
 59. Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. *Obstet Gynecol.* 2020 Jan;135(1):e18-e35. doi: 10.1097/AOG.0000000000003606
 60. Hilda Z. Espectro de placenta acreta: Revisión de abordaje quirúrgico. Tesis de licenciatura. Universidad Privada Antenor Orrego; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/7250>

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

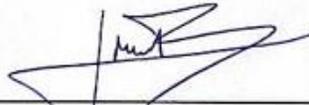


UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “FACTORES CLINICOS PATOLOGICOS ASOCIADOS A PARTO POR CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, EN EL PERIODO MARZO 2020 A JUNIO 2021”, que presenta el SR. ROGER OMAR PACUARI PIMENTEL – 76395624 para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:



Dr. José Manuel Vela Ruiz
ASESOR DE TESIS



Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

SURCO, ... 13.....OCTUBRE DE 2021

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas

Oficina de Grados y Títulos

Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Sr. Roger Omar Pacuari Pimentel de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dr. José Manuel Vela Ruiz

Lima, 13 de Octubre del 2021

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero



Oficio Electrónico N° 2471-2021-FMH-D

Lima, 15 de noviembre de 2021

Señor
ROGER OMAR PACUARI PIMENTEL
Presente.-

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis **"FACTORES CLINICOS PATOLOGICOS ASOCIADOS A PARTO POR CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, EN EL PERIODO MARZO 2020 A JUNIO 2021"**, desarrollado en el contexto del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis, presentado ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha miércoles 10 de noviembre de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 – Urb. Las Gardenias – Surco Central 7 08-0000 / Anexo:
6010

Lima 33 – Perú / www.urp.edu.pe/medicina

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONSTANCIA

EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ,

CERTIFICA:

Que el Proyecto de Investigación titulado "FACTORES CLINICOS PATOLOGICOS ASOCIADOS A PARTO POR CESAREA EN GESTANTAS ATENDIDAS POR EL SERVICIO DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL PERIODO MARZO 2020 A JUNIO 2021", presentado por el Sr. Roger Omar Pacuari Pimentel Investigador Principal ha sido revisado y APROBADO por este Comité, en sesión de fecha 06 de diciembre del 2021.

Puente Piedra, 21 de Junio del 2022.

PERÚ Ministerio de Salud HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
Luz Yony Silva Espinoza
Lic. Luz Yony Silva Espinoza
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación



www.hclh.gob.pe
Av. Sáenz Peña Cdra. 06 – 5/N
Puente Piedra - Lima, Perú
T(511) 548-2010
Anexo: 110



ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

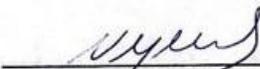
ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

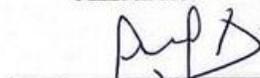
Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "FACTORES CLINICOS PATOLOGICOS ASOCIADOS A PARTO POR CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, EN EL PERIODO MARZO 2020 A JUNIO 2021" que presenta el Señor ROGER OMAR PACUARI PIMENTEL, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

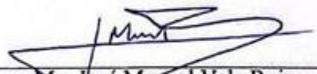
En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:


Mg. Jorge Enrique Vidal Olcese
PRESIDENTE


Dra. Norka Rocio Guillén Ponce
MIEMBRO


Dr. Luis Humberto Roldán Arbieta
MIEMBRO


Dr. Jhony Alberto De La Cruz Vargas
Director de Tesis


Mg. José Manuel Vela Ruiz
Asesor de Tesis

Lima, 24 de junio de 2022

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINLIDAD DEL TURNITIN

FACTORES CLINICOS PATOLOGICOS ASOCIADOS A PARTO POR CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, EN EL PERIODO MARZO 2020 A JUNIO 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	3%
3	diu.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	es.scribd.com Fuente de Internet	1%
5	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

ROGER OMAR PACUARI PIMENTEL

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

FACTORES CLINICOS PATOLOGICOS ASOCIADOS A PARTO POR CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, EN EL PERIODO MARZO 2020 A JUNIO 2021.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 13 de enero de 2022

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
Director del Curso Taller de Tesis

Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (e)

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>¿Cuál es la asociación entre los factores clínicos patológicos y parto por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Ginecología obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, marzo 2020 a junio 2021?</p>	<p>Objetivo General Determinar los factores clínicos patológicos asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el periodo marzo 2020 a junio 2021.</p> <p>Objetivos específicos: 1. Determinar los factores maternos asociados a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología obstetricia. 2. Determinar los factores fetales asociados a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología obstetricia.</p>	<p>Hipótesis General Existe asociación significativa entre los factores clínicos patológicos asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el periodo marzo 2020 a junio 2021.</p>	<p>Cuantitativo, analítico, casos y controles, retrospectivo</p>	<p>Población Pacientes gestantes atendidas de parto por cesárea y parto eutócico en el servicio de Ginecología obstetricia de Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo marzo 2020 a junio 2021</p> <p>Muestra una muestra de 330 gestante, de las cuales partos vaginales (control) = 215 y parto por cesárea (casos) = 115</p> <p>Procesamiento de datos Se utilizará estadística descriptiva mediante el programa Microsoft Excel y se analizará con el</p>	<p>-Ficha de recolección de datos incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Características clínicas obstetricas. ii. factores maternos iii. factores fetales iv. factores ovulares

	3. Determinar los factores ovulares asociados a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología obstetricia.			programa SPSS versión 26	
--	---	--	--	-----------------------------	--

ANEXO 9: OPERACIONES VARIABLES

Variable	Definición operacional	Tipo Variable	Escala de medición	Categoría
Indicación de cesárea	Las diferentes indicaciones sean de tipo materna (cesárea anterior ≥ 2 veces, cesárea anterior, edad, preeclampsia, PIC, VIH, distocias dinámicas), fetal (SFA, feto grande, macrosomía fetal, distocias funicular, gestación múltiple, distocia de presentación), ovular (Corioamnionitis, RPM, Oligohidramnios, PP, DPP) para realizar la cesárea	Independiente Cualitativa Nominal	nominal	0= Ninguna 1= Materna 2= Fetal 3= Ovular
Tipo de parto	Hay 2 maneras de culminar una gestación, vía vaginal o parto por cesárea	dependiente Cualitativa Nominal	Nominal	0 = parto vaginal 1 = cesárea
Edad materna	Número de años indicados en la historia clínica	Independiente Cuantitativa	Intervalo	<18 años 18 a 35 años >35 años
Controles prenatales	Número de controles prenatales indicados en la historia clínica	Independiente Cuantitativa	Intervalo	*0= < 6 CPN * 1= ≥ 6 CPN
Paridad	Número de embarazos que completaron las 20 semanas	Independiente Cuantitativa	Razón	* 0 = nulípara * 1 = primípara * ≥ 2 = múltipara

ANEXO 10: FICHA DE COLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

FACTORES CLINICOS PATOLOGICOS ASOCIADOS A PARTO POR CESAREA EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, EN EL PERDIODO MARZO 2020 A JUNIO
2021

I. DATOS GENERALES

Fecha de parto: Tipo de parto: CSTP () CSTI () Eutócico ()

Edad materna: <18a () 18-35 () >35^a ()

IMC: <18 () 18-25 () 25-30 () >30 ()

Cesárea: Emergencia () programada ()

Edad gestacional: <37sem () 37 – 41.6 sem () >42 sem ()

Paridad: Nulipara () Primipara () Multipara ()

Numero de controles prenatales : >=6 () <6 ()

II. DATOS OBSTÉTRICOS

A) FACTORES MATERNOS

1. Cesarea previa SI () NO ()

2. Pelvis estrecha SI () NO ()

3. Preeclampsia SI () NO ()

4. Distocias dinamicas SI () NO ()

5. PIC SI () NO ()

6. Diabetes Mellitus SI () NO ()

B) FACTORES FETALES

1. Distocias de presentación SI () NO ()

Transverso () Podálico ()

- | | | |
|----------------------|--------|--------|
| 2. SFA | SI () | NO () |
| 3. Embarazo múltiple | SI () | NO () |
| 4. Óbito | SI () | NO () |
| 5. RCIU | SI () | NO () |

C) FACTORES OVULARES

- | | | |
|--------------------------|--------|--------|
| 1. DPP | SI () | NO () |
| 2. Placenta previa total | SI () | NO () |
| 3. Oligohidramnios | SI () | NO () |
| 4. Corioamnionitis | SI () | NO () |
| 5. RPM | SI () | NO () |

ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	
1	Edad_mat	IMC	Edad_ges	Controles	Paridad	Covid_19	Tipo_de_g	Cesárea_y	Despropor	Preeclamj	Distocias	VIH	Condilom	Herpes_ge	Periodo_i	Diabetes_	Distocias	Sufrimien	Embarazo	Óbito	Restricció	Macrosor	Desprend	Placenta_	Oligohidr	Corioamn	Ruptura_y	Insuficier	Año	Tipo_de_cesá	
2	0	1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
3	1	1	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
4	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
5	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
6	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
7	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
8	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
9	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
10	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
11	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
12	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
13	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
14	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
15	0	1	0	0	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
16	0	1	0	1	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
17	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
18	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
19	0	1	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
20	0	1	0	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
21	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
22	0	1	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
23	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
24	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
25	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
26	1	1	0	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
27	1	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
28	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
29	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
30	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
31	1	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
32	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
33	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
34	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
35	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
36	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
37	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
38	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
39	1	1	1	0	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
40	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 30 de 30 variables

	Edad_materna	IMC	Edad_gestacional	Controles_prenatales	Paridad	Covid_19	Tipo_de parto	Cesárea_previa	Desproporción_céfalo_pélvica	Preeclampsia	Distocias_dinámicas	VIH	Condilomatosis	Herpes_genital	Periodo_intergenésico_corto	Diabetes_gestacional	Distocias_de_presentación	Survivencia
1	0	1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
2	1	1	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
3	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
6	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
7	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
8	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
9	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
10	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
11	1	1	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	
12	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
13	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
14	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
15	0	1	0	1	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	
16	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
17	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
18	0	1	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
19	0	1	0	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
20	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
21	0	1	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
22	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
23	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
24	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
25	1	1	0	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
26	1	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Vista de datos Vista de variables