



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES ASOCIADOS A LOS PARTOS POR CESÁREA EN GESTANTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO 2019.**

TESIS

PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICA CIRUJANA

AUTORAS

Muñoz Aguirre Fiorella Alexandra, ORCID: 0000-0001-8151-7375

Rossell Lauriano Anais Angelica, ORCID: 0000-0003-2853-3194

ASESOR

Mg. Luis Alberto Cano Cárdenas, ORCID: 0000-0002-6745-4846

LIMA, PERÚ

2023

Metadatos Complementarios

AUTORES

Rossell Lauriano, Anais Angelica

DNI: 77500672

Muñoz Aguirre, Fiorella Alexandra

DNI: 74743738

ASESORES

Mg. Luis Alberto, Cano Cárdenas

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 10625112

ORCID: 0000-0002-6745-4846

JURADO

PRESIDENTE: MC Pedro Mariano Arango Ochante

(DNI: 09807139, ORCID: 0000-0002-3267-1904)

MIEMBRO: MC María Clorinda Araujo Durand

(DNI: 06106324, ORCID: 0000-0001-9594-7528)

MIEMBRO: Mg Víctor Juan Vera Ponce

(DNI: 46070007, ORCID: 0000-0003-4075- 9049)

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.02

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

A Dios, a nuestros padres y a nuestros seres queridos que nos cuidan desde lo alto, sin su apoyo esto no hubiera podido ser posible. Esto es por y gracias a ellos.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro Asesor el Dr. Luis Alberto Cano Cárdenas y a nuestro tutor del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, el Dr. Manuel Zapata Huamani; por su gran apoyo incondicional durante esta etapa de aprendizaje.

Al Dr. Jhony de la Cruz Vargas, Director de Tesis, por brindarnos conocimientos suficientes.

Al Hospital Nacional Sergio E. Bernales por abrirnos sus puertas y concedernos el permiso necesario para la recolección de datos que hoy se hacen presente en esta investigación.

RESUMEN

Introducción: La cesárea es una intervención quirúrgica que permite la extracción del feto del útero por medio de una incisión abdominal cuando la vía vaginal se dificulta. En la actualidad, este procedimiento ha incrementado su frecuencia, debido a múltiples factores, tales como, sociales, culturales y clínicos los cuales serán estudiados en la presente investigación.

Objetivo: Determinar los factores asociados a los partos por cesárea en gestantes del servicio de Ginecología - Obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2019.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, transversal. La población incluyó 260 gestantes del Hospital Nacional Sergio Bernales. Los Instrumentos de recolección de datos fueron ficha de recolección de datos de historias clínicas de la misma institución. Se realizó un análisis estadístico utilizando razón de prevalencia (crudo y ajustado), con intervalo de confianza de 95 % mediante la regresión de Poisson.

Resultados: Se presentó una frecuencia de partos por cesárea de 71.8%. En el análisis multivariado, se mostró asociación significativa con las siguientes variables: **Factores Sociodemográficos:** Edad Materna Avanzada (RPa: 1.330 IC 95% 1.082 - 1.636, p 0.007) y Nivel Educativo Bajo (RPa: 1.361, IC 95%: 1.123- 1.649, p: 0.002). **Factores Obstétricos:** No Trabajo de Parto (RPa: 1.923, IC95%: 1.569 – 2.357, p:0.000), **Factores Maternos:** Desproporción Cefalopélvica (RPa: 1.336, IC95%: 1.077 – 1.657, p:0.009), Trastornos Hipertensivos del Embarazo” (RPa: 1.584, IC95%: 1.291 – 1.944, p:0.000), y Cesárea Anterior (RPa: 2.192, IC95%: 1.806 – 2.661, p:0.000). **Factores Fetales:** Macrosomía (RPa: 2.273, IC95%: 1.722 – 3.001, p:0.000), Distocia de Presentación (RPa: 1.378, IC95%: 1.012 – 1.878, p:0.042), Estado Fetal no Tranquilizador (RPa: 1.694, IC 95% 1.384 – 2.073, p:0.000). **Factores Ovulares:** Ruptura Prematura de Membranas (RPa: 1.308, IC95%: 1.006 – 1.700, p:0.045)

Conclusiones: Se concluye que la prevalencia de cesárea fue mayor a lo recomendado a la OMS, además los factores que guardan relación al incremento de parto por cesárea fueron: edad materna avanzada, nivel educativo bajo, no trabajo de parto, desproporción cefalopélvica, trastornos hipertensivos del embarazo, cesárea anterior, macrosomía, distocia de presentación, estado fetal no tranquilizador y ruptura prematura de membranas. y aquellas que no presentaron asociación fueron: procedencia, número de partos, edad gestacional, placenta previa y anomalía del líquido amniótico.

Palabras Clave: gestantes, factores asociados, cesárea

(fuente:DeCS ,MeSH)

ABSTRACT

Introduction: Cesarean section is a surgical intervention that allows the extraction of the fetus from the uterus through an abdominal incision when the vaginal route is difficult. At present, this procedure has increased its frequency, due to multiple factors, such as social, cultural and clinical which will be studied in the present investigation.

Objective: To determine the factors associated with cesarean deliveries in pregnant women in the Gynecology - Obstetrics service at the Sergio E. Bernales National Hospital during the 2019 period.

Materials and methods: An observational, analytical, cross-sectional study was carried out. The population included 260 pregnant women from the Sergio Bernales National Hospital. The data collection instruments were the data collection form of the medical records of the same institution. A statistical analysis was performed using the prevalence ratio (crude and adjusted), with a 95% confidence interval using Poisson regression.

Results: A frequency of deliveries by cesarean section of 71.8% was presented. In the multivariate analysis, a significant association was found with the following variables: Sociodemographic Factors: Advanced Maternal Age (RPa: 1.330 95% CI 1.082 - 1.636, p 0.007) and Low Educational Level (RPa: 1.361, 95% CI: 1.123- 1.649 , p: 0.002). Obstetric Factors: No Labor (APR: 1.923, 95%CI: 1.569-2.357, p:0.000), Maternal Factors: Cephalopelvic Disproportion (APR: 1.336, 95%CI: 1.077-1.657, p:0.009), Hypertensive Disorders of Pregnancy " (RPa: 1.584, 95%CI: 1.291 – 1.944, p:0.000), and Previous Caesarean Section (PRa: 2.192, 95%CI: 1.806 – 2.661, p:0.000). Fetal Factors: Macrosomia (RPa: 2.273, 95% CI: 1.722 – 3.001, p:0.000), Presentation Dystocia (RPa: 1.378, 95% CI: 1.012 – 1.878, p:0.042), Non-Reassuring Fetal State (RPa: 1.694, 95% CI 1.384 – 2.073, p:0.000). Ovular Factors: Premature Rupture of Membranes (RPa: 1.308, 95% CI: 1.006 – 1.700, p:0.045)

Conclusions: It is concluded that the prevalence of cesarean section was higher than recommended by the WHO, in addition the factors that are related to the increase in cesarean delivery were: advanced maternal age, low educational level, no labor, cephalopelvic disproportion, hypertensive disorders pregnancy, previous cesarean section, macrosomia, presenting dystocia, unreassuring fetal status, and premature rupture of membranes. and those that did not present an association were: origin, number of deliveries, gestational age, placenta previa, and amniotic fluid anomaly.

Keywords: Pregnant woman, complications risk factors, cesarean section

(source: DeCS, MeSH)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 Descripción de la realidad problemática	10
1.2 Formulación del problema.....	11
1.3 Línea de Investigación	11
1.4 Objetivos.....	11
1.4.1 General.....	11
1.4.2 Específicos.....	11
1.5 Justificación del Estudio.....	13
1.6 Delimitación	14
1.7 Viabilidad	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1 Antecedente de la Investigación	15
2.2.1 Antecedentes Internacionales:	15
2.2.2 Antecedentes Nacionales	21
2.2 Bases teóricas.....	25
2.3. Hipótesis de la investigación	37
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	38
3.1 Diseño de Estudio	39
3.2 Población	39
3.3 Muestra.....	39
3.3.1 Tamaño de la muestra.....	39
3.3.2 Tipo de muestreo.....	40
3.3.3 Criterios de selección de la muestra	40
3.3.3.1 Criterios de inclusión.....	40
3.3.3.2 Criterios de exclusión.....	40
3.4 Variables del estudio	41
3.4.1 Definiciones conceptuales	41
3.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos	42

3.6	Procesamiento de datos y plan de análisis	42
3.7	Aspectos éticos de la investigación	42
3.8	Limitaciones	42
	CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
4.1	RESULTADOS:	43
4.2	DISCUSIÓN:	52
	CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
5.1	CONCLUSIONES	59
5.2	RECOMENDACIONES	60
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
	ANEXOS	70
	Anexo 1: Acta de aprobación del proyecto de tesis	70
	Anexo 2: Carta de compromiso del asesor de tesis Anexo	72
	Anexo 3: Carta de aprobación del proyecto de tesis, firmado por la secretaria académica	74
	Anexo 4: Carta de aprobación de ejecución de la tesis con aprobación por el comité de ética de investigación	76
	Anexo 5: Autorización para ejecución de investigación para el Hospital Nacional Sergio E. Bernales	77
	Anexo 6: Autorización de la realización del protocolo de investigación en salud en la institución de investigación	78
	Anexo 7: Constancia de aprobación ética en investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales	79
	Anexo 8: Acta de aprobación del borrador de tesis	80
	Anexo 9: Reporte Original de Turnitin	81
	Anexo 10: Certificado de asistencia al curso de Taller de Elaboración de Tesis	83
	Anexo 11: Matriz de Consistencia	83
	Anexo 12: Operacionalización de Variables	85
	Anexo 13: Ficha de Recolección de Datos	87
	Anexo 14: Bases de Datos (EXCEL, SPSS) o el link a su base de datos subida en el INICIB-URP	88

INTRODUCCIÓN

La cesárea es una intervención quirúrgica que permite la extracción del feto del útero por medio de una incisión abdominal cuando la vía vaginal se dificulta ⁽¹⁾. Sus indicaciones se pueden organizar en maternas, fetales y ovulares, teniendo como más frecuentes el antecedente de cesárea, el compromiso fetal y la desproporción cefalopélvica ⁽²⁾.

En la actualidad, este procedimiento ha incrementado su frecuencia, debido a múltiples factores, tales como, sociales, culturales, antecedentes de cesáreas previas, complicaciones médicas, grado de instrucción, gestación a edad avanzada, percepción de seguridad de la madre, multiparidad, miedo al dolor e influencia de los profesionales de la salud ^(2,3).

Según la Organización mundial de la salud (OMS), recomienda desde 1985 que la “tasa ideal” de cesárea tiene que fluctuar entre 10 a 15%. ⁽⁴⁾ y estudios revelan que hay menos defunciones materno – fetales cuando la tasa es menos del 10%, pero cuando la tasa sobrepasa el 10% la tasa de mortalidad no mejora. ⁽⁵⁾ Así mismo se plantea emplear como modelo global el sistema de clasificación Robson para estimar y comparar las tasas de cesárea, y realizar un monitoreo a largo plazo de los establecimientos de salud. ⁽⁴⁾

El aumento de la tasa de cesáreas es considerado un problema a nivel mundial donde no se limita únicamente a un grupo minoritario de países y el Perú no está exento de dicha realidad problemática, este es considerado un país en vías de desarrollo cuya tasa nacional de cesáreas cada vez va en crecimiento, lo cual motivó a poder realizar una investigación con el fin de conocer los principales factores asociados que determinan un parto por cesárea en el Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo 2019.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En los años noventa las altas tasas de cesárea eran particularmente de los países de América Latina y oscilaba entre 16.8 a 40%, pero en los últimos años la realización de esta cirugía y su incremento se ha extendido tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. ⁽¹⁾ En 2016, el estudio realizado por Beltrán y cols, donde participaron 150 países, tuvo como conclusión que 1 de cada 5 mujeres se realiza una cesárea. Además, la prevalencia de cesáreas para el año 1990 fue 6.7%, incrementando a 19.1% en el año 2014. ⁽⁶⁾

Según ENDES 2020 Perú, la tasa de nacimientos por cesárea fue de 36.3%, aumentando en 4.7 puntos en comparación del 2015 (31.7%), teniendo como factor más importante la edad materna avanzada. Además, el acceso y la disponibilidad a los establecimientos de salud para realizar esta intervención quirúrgica, incrementó en los departamentos de Tumbes con 51,7% y Arequipa con 47.5%. ⁽⁷⁾

La cesárea no está exenta de riesgos, está relacionada a complicaciones a corto y a largo plazo y perdura a lo largo del tiempo después del procedimiento, perjudicando la salud materna, neonatal y a gestaciones futuras. ⁽⁴⁾ Las razones más frecuentes de morbilidad materna respecto a complicaciones intraoperatorias y postoperatorias inmediatas son: dehiscencia superficial o completa del sitio quirúrgico, anemia, infecciones urinarias y endometritis. Además, la mortalidad posterior a este procedimiento es mayor que la vía vaginal y las razones más frecuentes son el sangrado, el agravamiento de la enfermedad subyacente y la insuficiencia cardíaca aguda. ⁽⁸⁾

Por ello, el presente trabajo tiene como objetivo determinar los factores asociados a los partos por cesárea en gestantes del servicio de Ginecología- obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el año 2019.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a los partos por cesárea en gestantes del servicio de Ginecología - Obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2019?

1.3 Línea de Investigación

La actual investigación se encuentra en la prioridad sanitaria “Salud materna, perinatal y neonatal”, según las “Prioridades de investigación en salud 2019-2023 del Instituto Nacional de Salud” y está incluido entre las prioridades de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma– INICIB, en el campo de la Clínica Aplicada.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

- Determinar los factores asociados a los partos por cesárea en gestantes del servicio de Ginecología - Obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2019.

1.4.2 Específicos

- Determinar la frecuencia de parto eutócico vs parto por cesárea.
- Identificar los factores sociodemográficos asociados al parto por cesárea.
 - Identificar que la edad es un factor asociado al parto por cesárea.
 - Identificar que el nivel educativo es un factor asociado al parto por cesárea.

- Identificar que la procedencia es un factor asociado al parto por cesárea.
- Identificar los factores obstétricos asociados al parto por cesárea.
 - Identificar que los números de partos son factores asociados al parto por cesárea.
 - Identificar que el inicio de trabajo de parto es un factor asociado al parto por cesárea.
 - Identificar que la edad gestacional es un factor asociado al parto por cesárea.
- Identificar los factores clínicos maternos asociadas al parto por cesárea
 - Identificar que la desproporción céfalo-pélvica es un factor asociado al parto por cesárea.
 - Identificar que los trastornos hipertensivos del embarazo es un factor asociado al parto por cesárea.
 - Identificar que la cesárea anterior es un factor asociado al parto por cesárea.
- Identificar los factores clínicos fetales asociados al parto por cesárea.
 - Identificar que la macrosomía es un factor asociado al parto por cesárea.
 - Identificar que la distocia de presentación es un factor asociado al parto por cesárea.
 - Identificar que el estado fetal no tranquilizador es un factor asociado al parto por cesárea.
- Identificar los factores clínicos ovulares asociados al parto por cesárea.
 - Identificar que la placenta previa es un factor ovular es un factor asociado al parto por cesárea.
 - Identificar que la anormalidad del líquido amniótico es un factor asociado al parto por cesárea.
 - Identificar que la ruptura prematura de membranas es un factor asociado al parto por cesárea.

1.5 Justificación del Estudio

El procedimiento de la cesárea fue creado únicamente con la finalidad de salvar la vida de la madre o el feto que corren riesgo. A lo largo de la historia, la cesárea ha sido una de las medidas con mayores resultados perinatales para combatir la hipoxia y acidosis, sin embargo, en las últimas décadas esa finalidad se ha visto opacada, la creciente tasa de indicaciones insuficientemente justificadas para practicar una cesárea es preocupante. Estudios revelan que la alta tasa se debe a la mayor comodidad por el personal de salud que indica dicha cirugía como a la libre elección de la madre que evita un parto vaginal debido a una mala orientación prenatal. ⁽⁸⁾

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), recomiendan que 1 de cada 10 partos deberían ser realizados por cesárea, sin embargo, la realidad es otra, ya que 4 de cada 10 partos son realizados por este procedimiento en todo el mundo. ⁽⁵⁾

Actualmente, según una encuesta dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) mostró que el porcentaje de cesárea en el mundo oscila en un 21%; y se plantea que para el 2030, un tercio de toda la población de recién nacidos serán productos de cesárea. ⁽⁹⁾

Las cifras en Perú son igual de alarmantes. La diferencia es abismal cuando se compara los partos atendidos por cesárea entre el sector urbano y rural. urbana, según la ENDES del 2020 la tasa respectivamente es de 18,7% y 41,9% en zona rural y la zona urbana, con un 44,7% en la región de la costa. ⁽⁷⁾

El presente estudio de investigación trata de informar y concientizar sobre la demanda innecesaria y exorbitante de cesáreas en el país, ya que como hemos visto, es una situación alarmante en todo el mundo. Lamentablemente la proporción riesgo - beneficio de esta termina siendo desfavorable ya que se presenta más consecuencias a corto y largo plazo de lo esperado terminando así en muchas muertes materno - fetales. Una práctica que fue creada en primera instancia para salvar vidas, ahora se ha convertido en un arma de doble filo.

Si bien la libre elección de las madres en cuanto al tipo de parto se refiere, es médica y éticamente aceptable, los médicos deberían ser los encargados de brindarles un buen asesoramiento para una buena toma de decisión de las madres ya que un parto por cesárea no siempre será la mejor elección. Por todo lo expuesto, es nuestra finalidad, plantear estrategias para poder asumirlas y así disminuir las consecuencias de dicho procedimiento.

1.6 Delimitación

El presente estudio se limita a las gestantes que acudan por emergencia o consultorio externo al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el área de Ginecología y Obstetricia para el cese del embarazo por cesárea donde se hará uso correspondiente de las historias clínicas para analizar los diversos factores que conllevaron a la práctica de cesárea. La investigación se realizará durante el periodo 2019.

1.7 Viabilidad

Para poder desarrollar el presente estudio se contó con la autorización del decanato de la Facultad de Medicina Humana "Huamán Guerrero" de la Universidad Ricardo Palma. Se tuvo acceso a las historias clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales brindadas por el personal a cargo, así como la aprobación de las autoridades del Instituto. Y se contó con los recursos suficientes para poder asegurar que la investigación es viable.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedente de la Investigación

2.2.1 Antecedentes Internacionales:

Adeyemi E et al (Nigeria, 2019), realizaron un estudio transversal titulado " Cesarean delivery in Nigeria: prevalence and associated factors- a population-based cross-section study" cuyo objetivo fue determinar la frecuencia y los factores asociados de la cesárea en Nigeria. Se halló que, de 31 171 partos, el total de cesárea fue 659 teniendo una tasa de 2.1 % (IC del 95%: 1,8 a 2,3) y los principales factores asociados fueron edad ≥ 35 años (AOR: 2,12, IC del 95%: 1,08 a 4,11), residencia urbana (OR ajustado (AOR): 1,51, IC del 95%: 1,15 a 1,97), múltiples gestaciones (AOR: 4,96; IC del 95%: 2,84 a 8,62), tamaño grande al nacer (AOR : 1,39; IC del 95%: 1,10 a 1,74) y controles prenatales ≥ 4 (AOR: 2,84, 95% CI 1,56 a 5,17). Se concluyó que presentaba una tasa baja de cesárea y los factores asociados más frecuentes en la prevalencia de cesárea fueron los factores sociodemográficos (edad materna, residencia urbana, controles prenatales). ⁽¹⁰⁾

Kahsay T et al (Etiopía, 2018), realizaron un estudio retrospectivo titulado " Determinants of unjustified Cesarean section in two hospitals southwestern Ethiopia: retrospective record review" cuyo objetivo fue reconocer los determinantes de la cesárea infundada en dos hospitales de Etiopía usando revisiones retrospectivas de historias clínicas durante el periodo 2015-2016. De

727 historias clínicas que revisaron, se halló que la tasa de cesárea fue de un 25.07% y los determinantes que se relacionaron fueron visita de control prenatal con 69.74%(AOR = 0,003, IC del 95% 0,00-0,07), anormalidad en el trabajo de parto con 23.97%(AOR = 10,1, IC del 95% 4,61-22,1), gestación postérmino con 3.16% (AOR = 10, IC del 95% 1,14-87,9) y gestación múltiple con 4.13% (AOR=0,078, IC del 95% 0,008-0,8). Se concluyó que presentaba una alta tasa de cesárea, mayor de lo que recomienda la OMS (Organización Mundial de la Salud) y los determinantes de la cesárea infundada más significativos fueron la visita de control prenatal, anormalidad en el trabajo de parto, gestación postérmino y múltiples gestaciones. ⁽¹¹⁾

Harrison M et al (Inglaterra, 2020), realizaron un estudio retrospectivo titulado "Cesarean birth in the Global Network for women's and children's Health Research: trends in utilization, risk factors, and subgroups with high cesarean birth rates" cuyo objetivo fue registrar las tendencias y los factores asociados de la tasa de cesárea en países de medianos y bajos ingresos que toman parte de la Red global, en el que participaron 6 países de medianos y bajos ingresos de Latinoamérica, África Subsahariana y sudeste asiático durante el periodo 2010-2018. De 547 110 partos, la tasa de cesárea fue de 13.6% (74 355) de las cuales solo el 13.4% cumplieron los criterios de Robson. Se halló que la edad > 35 años (RR 1,1 [1,1, 1,1]), controles prenatales \geq 4 (RR 1,2 [1,2, 1,3]), gestación múltiple (RR 1,3 [1,3, 1,4]) y enfermedad hipertensiva (RR 1,6 [1,5, 1,7]) tenían un mayor riesgo de cesárea. Se concluyó que la tasa de cesárea aumentó en los lugares que conforman la Red global. Y que a mayor edad materna (> 35), mayor control prenatal (\geq 4), gestación múltiple y enfermedad hipertensiva tenían más riesgo de cesárea. ⁽¹²⁾

Elknakib S et al (Egipto, 2019), realizaron un estudio retrospectivo titulado "Medical and non-medical reasons for Cesarean section delivery in Egypt: a

hospital-based retrospective study” cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo y las indicaciones de la cesárea en hospitales públicos de Egipto. De 4252 partos, la tasa de cesárea fue de 54.2%, sus factores de riesgo fueron edad ≥ 35 años (AOR = 2,1, IC del 95% 1,3-4,0), alta edad gestacional ≥ 37 semanas (AOR=1,9; IC del 95%: 1,3–2,9) asociados con comienzo de trabajo de parto. Las mujeres multíparas con antecedentes de cesáreas previas y sin comienzo de trabajo de parto también fue significativo para la frecuencia de cesárea (AOR=36,5; IC del 95%: 24,2–55,2). Se concluye que tuvieron una alta tasa de cesárea, mayor a lo que recomienda la OMS. ⁽¹³⁾

Takegata M et al (Vietnam,2020) realizaron un estudio transversal titulado " Socio-demographic factors of cesarean births in Nha Trang city, Vietnam: a community-based survey” cuyo objetivo fue identificar la tasa de cesárea y los factores sociodemográficos asociados a las gestantes en Vietnam. De 3148 partos, la tasa de cesárea fue de 44.3% de la cuál lo que más predominó es que eran de emergencia (55.4%) y la indicación más frecuente fue el antecedente de cesárea previa (30%). Los factores sociodemográficos que se hallaron fueron la edad ≥ 30 años, edad gestacional > 42 semanas y un alto peso al nacer ≥ 3500 g. Se concluyó que la tasa de cesárea obtenida era más de dos veces lo recomendado por la OMS. ⁽¹⁴⁾

Azami-Aghdash S et al (Irán, 2014) realizaron un metanálisis titulado "Prevalence and Causes of Cesarean Section in Iran: Systemic Review and Meta-analysis" cuyo objetivo fue verificar la frecuencia y causas de cesárea en Irán. Se utilizaron 34 artículos, se encontró una tasa de cesárea de 48% y los

factores sociodemográficos que intervinieron fue grado de instrucción de la madre y gran multiparidad. En causa médico-obstétrica se encontró al antecedente de cesárea y como causa no médico-obstétrica se encontró a la sugerencia del médico. En conclusión, se encontró una alta prevalencia de cesárea. ⁽¹⁵⁾

Milcent C et al (Francia, 2018), realizaron un estudio titulado “Prenatal care and socioeconomic status: effect on cesarean delivery” cuyo objetivo fue determinar si el uso de atención prenatal y el nivel socioeconómico afectan significativamente al parto por cesárea. Dicho estudio trabajó con una población de 58,324 de gestantes atendidas en 11 hospitales desde 2008-2014 donde se encontró que las mujeres que no asisten de forma temprana a su control prenatal tienen más incidencia de partos por cesárea de las que si lo hacen (23,7% y 22,3% respectivamente); las mujeres con un nivel educativo más bajo tiene más incidencia de partos por cesárea de las que si lo tienen, 24,9% en aquellas que completaron solo la primaria y 22,8% tienen educación superior, siendo esta última variable no tan significativa para el estudio. Se concluye que el factor de atención prenatal es potencialmente predominante en el factor cesárea, ya que aproximadamente el 50% de la población no participa activamente de dicha atención y es necesaria la educación sobre la salud del embarazo para prevenir tasas más altas de embarazo. ⁽¹⁶⁾

En el estudio de Martinelli K et al (Brasil, 2021) titulado “Prelabor cesarean section: the role of advanced maternal age and associated factors” tuvo como objetivo determinar si la edad materna avanzada (EMA) es un factor de riesgo para la indicación de cesárea preparto e identificar los factores biológicos asociados. La muestra fue de 15.071 gestantes divididas en dos grupos etarios, el primero de 20-29 años (83,4%) y el segundo > o igual a 35 años - EMA (16,1%) atendidas en servicios públicos y privados donde se encontró que el grupo EMA aumenta en 50% la posibilidad de tener un parto por cesárea, frente al grupo de etario de 20-39 años; en el grupo de EMA (indistintamente del sector donde haya sido atendida), las nulíparas tenían más posibilidad de tener

un parto por cesárea que las multíparas ((OR = 6,17 y OR = 10,08); hay un mayor riesgo en mujeres con cesárea previa (OR = 5,73 a OR = 32,29) y la presencia de riesgo obstétrico (OR = 1,94; IC 95% 0,44-2,62). Otros factores hallados fueron: mayores niveles de educación, raza blanca, ser atendidas por el mismo medico en el pre y post parto, enfermedad hipertensiva, diabetes gestacional. Por lo que se concluye que la EMA si constituye un factor de riesgo para la cesárea y los factores como nuliparidad y antecedente de cesárea previa potencian el efecto. ⁽¹⁷⁾

Anichiarico et al (Chile, 2017) ejecutó un estudio transversal titulado “Caracterización de las pacientes llevadas a cesárea según modelo de Robson y exploración de factores asociados en gestantes” cuyo objetivo fue medir variables sociodemográficas y biológicas aplicables al modelo Robson, la muestra fue de 445 nacimientos por cesárea (53,10% del total de nacimientos) IC95% (49.65 – 56.52), en el año 2016 en un hospital de Colombia. Se encontró que la edad media fue de 26 años, embarazo a término (79,83%), nulíparas (58,23%), cesárea previa (21,12%) y sobrepeso (36,63%). En las variables biológicas, se ajustó el OR y se encontró que hay una mayor incidencia de cesárea en: cesárea previa ORa = 14,72 IC95% (7,78-27,85), nuliparidad OR = 3,43 IC 95% (2,31-5,11), obesidad ORa = 1,66 IC95% (1,01-2,74) y presentación diferente a cefálico ORa = 9,60 con IC95% de (3.14-29,31); donde se concluye que los factores biológicos poseen significancia a comparación de los factores sociodemográficos que no poseen significancia alguna asociada a cesárea. ⁽¹⁸⁾

Muños J et al (México, 2020), realizaron un estudio transversal, observacional y descriptivo titulado “Factores asociados al incremento de cesáreas en México” donde se utilizó los registros de nacimientos brindados por un Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) durante el periodo del 2011-2014. Entre los múltiples factores estudiados, se observa que existe una mayor incidencia de cesárea en : mayor escolaridad (predisposición se incrementa en 50%), mayores de 35 años (2 veces más posibilidades que las gestantes

menores de 18 años); aquellas que asistieron a 6 o más controles prenatales (tendencia se incrementa >20%), parto múltiple (6,18 veces más posibilidades que cuando no lo es), peso del RN <2500 o >4000, semana de gestación desde 28-36 (2 veces más posibilidades) y lugar de procedencia indígena (tendencia se incrementa en 12,5%). Se concluye que los factores más importantes asociados a cesárea son mayor escolaridad y procedencia de una comunidad indígena. ⁽¹⁹⁾

Bertrand I et al (Burkina Faso, 2016) ejecutaron un estudio transversal titulado “Rate of and factors associated with indications for cesarean deliveries: Results of a national review in Burkina Faso” cuyo objetivo fue determinar la prevalencia, indicaciones y factores asociados con las indicaciones maternas no absolutas (IMNA) de la cesárea cuya población fue de 10.338, estuvo dada por 13 regiones, 66 centros de salud comprendidas en el año 2010. Se halló que el 54,8% de las cesáreas fueron realizadas por indicación absoluta materna (IMA), siendo el parto obstruido la más frecuente (32,8%), seguido de compromiso fetal (19%), antecedente de cesárea previa (12,1%), y presentación anormal (12%); la mayor tasa de cesáreas por IMA se encuentra en mujeres procedentes de área rural (65,7%) mientras que las mujeres de área urbana tienen 2,4 veces más probabilidad de un parto por cesárea por IMNA (IC del 95% = 1,7-3,4); en ambos grupos encontró que las multíparas tienen una tasa más alta de cesáreas (IC del 95% = 1,0 – 2,1); de igual manera fue más alto en las mujeres comprendidas en el grupo etario de 20-34 años en comparación con las mujeres menores de 20 años tienen un riesgo menor del 50% en el grupo de IMNA (IC del 95% = 0,3 a 0,9). Se concluye que si el diagnóstico de las cesáreas con IMNA se harían de forma adecuada, la incidencia de partos por cesárea se vería reducida y así las complicaciones materno-fetales serían mucho más bajas. ⁽²⁰⁾

Hernandez M (México, 2020) ejecutó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal titulado “Prevalencia de cesárea y factores asociados en primigestas” donde se obtuvo un total de 731 partos, entre ellos

322 por vía vaginal y 409 por cesárea, siendo esta más predominante, la tasa hallada de cesáreas en dicho hospital fue de 55.9%. Entre las variables sociodemográficas, se encontró que el grupo etario con mayor incidencia de partos por cesárea fue de 20 a 24 años (37,39%); en cuanto a la escolaridad, el 40,60% de gestantes con parto vaginal tuvo un nivel de escolaridad media superior. En cuanto a las características clínicas se encontró que el 37,63% sufría de obesidad tipo 1. Entre los tipos de indicaciones para un parto por cesárea, el 74,92% fue de causa relativa, solo el 16,9% fue de causa relativa y 8,1% no tuvo ningún tipo de indicación médica para dicho procedimiento. Se concluye que la incidencia de cesáreas es sumamente alta, va muy por encima de la mitad de partos realizados en dicho hospital; así mismo se aprecia una alta tasa de cesáreas por indicación relativa, cuando esta debería ser la menor tasa, sin embargo, se aprecia todo lo contrario; y por último y más relevante es la indicación de cesáreas sin ninguna indicación médica justificable, ya que las únicas indicaciones según lo establecido por la OMS son de origen médico. ⁽²¹⁾

2.2.2 Antecedentes Nacionales

Soto E. (Lima, 2020) en su investigación de tipo observacional, analítico transversal titulado "Prevalencia de parto por cesárea en primíparas en el Perú y factores asociados: análisis de la ENDES 2018" trabajó con un total de 19 824 mujeres en edad fértil de (12 a 49 años) a nivel nacional donde se encontró que un 35,6% de nulíparas tuvo parto por cesárea (IC95% = 33,4-35,5), considerando este un factor de riesgo para un parto por cesárea; entre los factores sociodemográficos asociados a una mayor tasa de cesárea fueron: mujeres de grupo etario 35 a 49 años (80,9%) (ORa = 5,87; IC95% = 4,26 a 8,08); mujeres con nivel educativo superior representan (50,9%) (ORa = 1,30 ; IC95% = 1,12 a 1,52); procedencia de área urbana (ORa = 1,17 ; IC95% = 1,01 a 1,37). Entre los factores obstétricos asociados a una mayor tasa de partos por cesárea encontramos: haber recibido CPN por el sector privado (ORa = 1,77 ; IC95% de 1,55 a 2,03) y cursar con complicaciones en el parto(ORa = 1,78 ; IC95% de 1,57 a 2,03). Por lo que el estudio concluye que los factores como mayor edad, mayor nivel educativo, procedencia de área urbana, haber

recibido CPN por el sector privado, tener antecedente de aborto y complicaciones en el parto cuentan como factores influyentes para realizar una cesárea. ⁽²²⁾

Zúniga N (Tacna, 2019) ejecutó un estudio retrospectivo, casos y controles titulado "Factores Asociado a la indicación de cesárea en el hospital Hipólito Unanue de Tacna" cuyo tamaño muestral fue de 320 casos y 960 controles, todos ellos en el periodo del 2018. La incidencia de partos por cesárea fue de 55,8% donde el 90,87% fue por emergencia y solo el 9,13% fue de manera electiva. Se encontró asociación entre las variable y la alta tasa de cesárea en : nulíparas con una tasa de 46,9% (OR=1,50 con IC: 1,16 a 1,94), mujeres obesas tienen 2 veces más riesgo (OR= 2, 18 con IC: 1,62 a 2,93), edad gestacional <37 semanas presentan 2 veces más riesgo (OR=2,51 con IC=1,53 - 4,12); en las indicaciones maternas, distocia de partes ósea tienen 137 veces más riesgo (OR= 137 con IC: 18,75 a 1001,04) y preeclampsia tiene 26 veces más riesgo a (OR= 6,17 con IC: 6,17 a 116,99); la indicación fetal, el sufrimiento fetal agudo tiene 144 veces más riesgo (OR= 144,88 con IC: 19,85 a 1057, p=0,000), seguido de embarazo múltiple que aumenta 15 veces más el riesgo (OR= 15,45 con IC: 3,37 a 70,90); y dentro de las indicaciones ovulares de cesárea más frecuentes se encuentra oligohidramnios y ruptura prematura de membrana aumentando la incidencia en 15 veces más (OR= 15,93 con IC: 5,4 a 46,98) y 2 veces más respectivamente (OR= 2,29 con IC: 1,21 a 4,34). ⁽²³⁾

Medina A. (Lima, 2016) ejecutó un estudio observacional, analítico, transversal titulado "Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo" donde la población total de partos por cesárea fue de 1666 (57,50%), cifras exorbitantemente por encima de lo recomendado por la OMS; todo ello analizado en el año 2015. Las variables asociadas a una alta tasa de cesáreas fueron: gestantes de 20 a 35 años fue el grupo más frecuente (73,1%), edad gestacional de 37 a 41 semanas (92,7%), cesárea por emergencia (68,6%); entre las principales indicaciones maternas destacan: cesárea previa (37,5%) seguido de pelvis estrecha (14,7%); entre las principales indicaciones

fetales encontramos: macrosomía (10,7%), presentación alta a término y sufrimiento fetal agudo, ambas con una misma tasa (8,3%); y entre las principales indicaciones oculares destacan: ruptura prematura de membrana (7,7%) y oligoamnios (6,7%); concluyendo así que las indicaciones más frecuentes para la práctica de cesárea son las indicaciones maternas. ⁽²⁴⁾

Varas C (Trujillo, 2017) realizó un estudio de tipo observacional, analítico y retrospectivo titulado "Factores maternos asociados a cesárea de emergencia" cuya población fue un total de 165 gestantes, donde solo 37 partos fueron realizados por cesárea (43,7%) entre electiva y emergencia, con un 24,6% y 17,1% respectivamente. Dentro de las indicaciones más frecuentes para cesárea se encuentran: cesárea previa representa 16,6% (OR de 1.95; IC 1.03 a 2.87), se guido de desproporción céfalo pélvica (9,5%) y preeclampsia (6%); y los factores que poseen mayor influencia para un parto por cesárea fueron: sufrimiento fetal agudo incrementa el riesgo de cesárea 40 veces más (OR = 40.39; IC:38.33 a 42.47) y macrosomía fetal >4 kg incrementa el riesgo de cesárea 3 veces más (OR = 3.07; IC: 1.66 a 4.48). ⁽²⁵⁾

Huamán N et al (Huánuco, 2018) realizaron un estudio descriptivo transversal titulado " Factores relacionados a partos por cesárea en el hospital II ES-SALUD de Huánuco". Participaron 239 gestantes, se halló que el trabajo de parto por cesárea fue de 37.16% y los factores asociados fueron antecedente de cesárea [p=0,000; RP: 2,81 (IC: 2,12-3,72)], presentación del feto [p=0,034; RP: 2,14 (IC: 1,37-3,34)], desprendimiento prematuro de placenta (DPP) [p=0,039; RP: 2,61 (IC: 1,73-3,94)], sufrimiento fetal agudo (SFA) [p=0,000; RP: 2,68; (IC: 1,99-3,60)], ruptura prematura de membrana (RPM) [p=0,011; RP: 1,76 (IC: 1,20-2,58)], y placenta previa (PP) (p=0,013; RP: 2,71 (IC: 1,92-3,82)]. Se concluyó que tuvieron una alta tasa de cesárea, mayor a lo que recomienda la OMS y los factores asociados fueron antecedente de cesárea, presentación del feto, DPP, SFA, RPM y PP. ⁽²⁶⁾

Sinchitullo A et al (Lima, 2020) realizaron un estudio de casos y controles, analítico y retrospectivo titulado " Factores asociados a partos por cesárea en un hospital temprano". De 988 partos, la tasa de cesárea fue de 33.4 % siendo la cesárea electiva la más predominante con 21.2% vs cesárea por emergencia con 12.4% y los factores asociados fueron antecedente de cesárea (OR=1,55 IC95%=1,12-2,15) y número de hijos (OR=0,83, IC95%=0,72-0,95). En conclusión, se encontró una alta tasa de cesárea y los factores asociados relevantes fueron el antecedente de cesárea y el bajo número de hijos. ⁽²⁷⁾

Pino R et al (Ayacucho, 2021) realizaron un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, prospectivo titulado "Frecuencia e indicaciones de cesáreas electivas y de urgencia en el Hospital Regional de Ayacucho, Perú". De 1455 partos, la tasa de cesárea fue 51.8% siendo la cesárea de urgencia la más predominante con 59.6% y sus indicaciones más frecuentes fueron antecedente de cesárea (17.2%), desproporción céfalo pélvica (13.7%), oligohidramnios (11.3%) y SFA (9.8%). Se concluyó que tuvieron una alta tasa de cesárea y sus indicaciones más frecuentes fueron antecedente de cesárea, desproporción céfalo pélvica, oligohidramnios y SFA. ⁽²⁸⁾

Lozano G.(Lima,2021), realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo titulado " Factores asociados a la indicación de cesáreas en embarazadas atendidas por el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021". De 3535 partos, la tasa de cesárea fue 58.9%, teniendo como factores sociodemográficos la edad 20-34 años (68.6%), nivel de instrucción secundaria (91.4%), atención prenatal <6 (55.8%), gestación múltiple (69.1%) y edad gestacional 37-41 semanas (83.9%). Se encontró como factor materno asociado a la desproporción céfalo pélvica (28.8%), el factor fetal asociado fue SFA (35.6%) y factor ovular asociado fue RPM (49.1%). En conclusión, se obtuvo una alta tasa de cesárea y los factores asociados principales fueron desproporción céfalo pélvica, SFA y RPM. ⁽²⁹⁾

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Definición:

La cesárea es una intervención quirúrgica que permite la extracción del feto mediante la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerotomía) por medio de una incisión cuando la vía vaginal se compromete. Etimológicamente procede de la palabra en latín *caedere*, que simboliza a cortar. ⁽¹⁾

2.2.2 Evolución histórica

Según la historia, los humanos han realizado cesáreas desde el comienzo del segundo milenio. Hay varias narraciones de cesárea en la mitología griega, incluyendo el nacimiento de Dionisio, de Esculapio y de Adonis. ⁽³⁰⁾

Varios autores opinan que el auténtico creador del término cesárea fue Francis Rousset, un médico francés que menciona el término (*section césarienne*) en su monografía titulada *Traite Nouveau de L' hysterotomotokie ou enfantement cesarien* (Nuevo tratado de la histerotomía o parto por cesárea) en 1581 y donde se aconseja por vez primera como práctica médica en una mujer viva. ⁽¹⁾

Otro probable inicio proviene de las leyes romanas entre los años 672 y 715 a.C.; donde la cesárea era aplicada después de la muerte de la madre para salvar al feto. ⁽¹⁾ La iglesia se manifestó repetidamente mediante los concilios a cerca de la cesárea post mortem, proclamándola obligatoria cuando hubiera razones para pensar que el feto sigue con vida. Esta costumbre pasada de efectuar una cesárea post mortem en la madre para lograr la supervivencia del feto duró hasta la aparición de la anestesia en la mitad del siglo XIX. ⁽³⁰⁾

En la etapa del Renacimiento, el objetivo de la cesárea comenzó continuamente a cambiar hacia salvar la vida tanto de la madre como la

del feto. En la segunda mitad del siglo XIX, los avances logrados en las técnicas quirúrgicas, asepsia, anestesia y transfusión de sangre, produjeron la supervivencia de la madre y el feto. Este progreso en el pronóstico de cesárea produjo la rápida propagación de la técnica por todo el mundo. ⁽³⁰⁾

En 1500, se dio la primera mención de cesárea en una mujer con vida realizada por el suizo Jacob Nufer, quien lo practicó en su esposa con éxito para la madre e hijo. En 1610, históricamente se reconoció el primer caso sin refutar de cesárea, ejecutada por los cirujanos Trautmann y Seest donde el producto logró salir con vida, pero la madre murió por sepsis 25 días después.

En 1793, se ejecutó el primer parto de cesárea con triunfo en Inglaterra y un año posterior se realizó en los Estados Unidos de América. En 1820, el médico español Alfonso Ruiz Moreno efectuó en Venezuela la primera cesárea en América Latina, el niño logró salir con vida, pero la paciente falleció dos días después de la cesárea.

En 1926, el inglés J. Munro-Kerr presenta la incisión transversal en el útero, en vez de la incisión vertical en la línea media, convirtiéndose en la técnica ideal de histerotomía en el siglo XX. ⁽¹⁾

En 1985, La Organización Mundial de la Salud recomienda que la tasa de cesárea debe ser del 10 al 15 % para disminuir la mortalidad materna y neonatal. ⁽⁴⁾ Sin embargo, en la actualidad (siglo XXI), los cambios en el estilo de vida parecen estar contribuyendo en el aumento de partos por cesárea.

Los factores que contribuyen en el incremento de la tasa de cesárea y la macrosomía fetal son el dar a luz al primer hijo en una edad mayor de 30 años, el incremento de peso y la obesidad. Además, en los últimos años, la preocupación del personal de salud no solo se concentra en la salud y seguridad materna y neonatal, sino también implica las peticiones maternas y los derechos del niño.

La elección de la madre por una cesárea en una gestación de bajo riesgo parece estar relacionada con el miedo al parto por vía vaginal, ya que se vincula con el dolor y la seguridad del niño.

Estos cambios pueden contribuir a demostrar el incremento de las tasas de cesárea por todo el mundo.

En el estudio realizado por Beltrán y cols, donde participaron 150 países, tuvo como conclusión que 1 de cada 5 mujeres se realiza una cesárea. Además, la prevalencia de cesáreas para el año 1990 fue 6.7%, incrementando a 19.1% en el año 2014. ⁽⁶⁾ Teniendo los mayores aumentos en América Latina y el Caribe, pasando de 22,8% a 42,2% durante ese periodo. Siendo Brasil el país con la mayor alta tasa de cesárea en el mundo, el sector privado con una tasa de 80% a 95% y en el sector pública en 40% a 45%. ⁽³⁰⁾

2.2.3 Tipos de cesárea

❖ Según antecedentes obstétricos:

- **Primaria:** Es la que se lleva a cabo por vez primera.
- **Iterativa:** Es la que se le efectúa a la paciente cuando ya tiene dos o más antecedentes de cesáreas. ⁽²⁹⁾

❖ Según indicaciones:

- **Electiva:** Es cuando la cesárea es programada y se efectúa antes del trabajo de parto en pacientes con patología materna o fetal que no recomienden un parto por vía vaginal.
- **En curso de parto:** Se ejecuta durante el curso del parto por indicación fetal, materna o mixta y no existe peligro inmediato para la madre ni el producto.

- **Urgente:** Se efectúa como resultado de una patología materna o fetal. Podría darse antes o durante del trabajo de parto y se aconseja la finalización de la gestación de forma rápida. El intervalo de tiempo entre el diagnóstico y el comienzo de la cesárea no debe exceder los 30 minutos.
- **Emergencia:** Se realiza cuando existe peligro vital de la madre y/o el feto. El nacimiento se tendrá que ejecutar en menos de 15 minutos. ⁽³¹⁾

❖ **Según técnica quirúrgica:**

La preferencia de la incisión depende de varios criterios: calidad de la exposición, obesidad de la gestante, intervalo de entrada al útero y antecedentes quirúrgicos. ^(31,32)

- **Técnica de Pfannenstiel:**

Es la técnica típica de incisión transversal. La incisión se ejecuta 3 cm por arriba del borde superior del pubis, ligeramente arciforme a lo largo de 12-14 centímetros, lo bastante espacioso para prevenir una extracción fetal complicada. Es la técnica de elección por la mejor apariencia estética postoperatoria.

- ✓ Ventaja: Menos dolor después de la cirugía, menor índice de dehiscencia y hernia de pared.
- ✓ Desventaja: Mayor riesgo de sangrado.

- **Laparotomía media infraumbilical:**

Permite una abertura rápida, hay menor sangrado y un excelente campo quirúrgico. Se opta cuando está planeada una potencial ampliación de la laparotomía hacia la porción superior del abdomen, cuando hay antecedente de laparotomía media infraumbilical y existe cicatriz. Se puede considerar en algunas situaciones de

urgencia como hemorragia intraabdominal masiva, cuando hay necesidad de examinar el abdomen superior, trastornos de coagulación con alto riesgo de sangrado y alto riesgo de histerectomía postparto.

- **Incisión transversal de Joel-Cohen adaptada por Stark:**

Fue explicada inicialmente por Joel-Cohen en las histerectomías y en 1984, Stark la adaptó para la cesárea. Se caracteriza porque el cirujano se encuentra a la derecha de la paciente y la incisión se efectúa 13-15 cm de largo, a 3 cm por debajo de la línea que une las espinas ilíacas anterosuperiores, es decir, un poco más arriba que en la de Pfannenstiel.

- ✓ Ventajas: Es sencilla, rápida y tiene una curva de aprendizaje fácil.

- **Incisión transversal según Mouchel:**

Esta técnica se utiliza si existen cirugías previas (miomectomía, útero multigravídico) o cuando la entrada es complicada debido a la presencia de numerosas adherencias o cuando se necesita una exposición muy amplia.

2.2.4 Clasificación de Robson

En 2001, Robson integra esta clasificación por primera vez, estimando el estado obstétrico de la gestante en labor de parto. Esta clasificación brinda un sistema homogéneo para registrar tasas de cesáreas y entender lo que está fallando con respecto a éstas. Basado en 6 parámetros: Paridad, antecedente de cesárea, inicio de labor de parto, número de fetos, edad gestacional y presentación y situación fetal. ⁽³³⁾

La OMS, en 2015 planteó emplear el sistema de clasificación Robson para estimar y comparar las tasas de cesárea, y realizar un monitoreo a largo plazo de los establecimientos de salud. ⁽⁴⁾ Teniendo como objetivos: ⁽³⁴⁾

- Determinar y examinar a los grupos de mujeres que colaboran en las tasas generales de cesárea.
- Relacionar la práctica clínica empleada en este grupo de mujeres con otras unidades que tienen mejores resultados y considerar incluirlo en dicha práctica clínica.
- Estimar la eficiencia de programas orientados a mejorar la utilización de la cesárea.
- Estimar la calidad de atención y prácticas clínicas a través de las consecuencias en diferentes grupos de mujeres.
- Estimar la calidad de datos conseguidos y concientizar al personal de salud la relevancia de estos, su comprensión y utilización.

Grupo	Población obstétrica
1	Mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo
2	Mujeres nulíparas con un embarazo único, con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación, en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto)
2a	Parto inducido
2b	Cesárea programada (previa al trabajo de parto)
3	Mujeres multíparas sin una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo
4	Mujeres multíparas sin una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto)
4a	Parto inducido
4b	Cesárea programada (previa al trabajo de parto)
5	Todas las mujeres multíparas con al menos una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación
5.1	Con una cesárea previa
5.2	Con dos o más cesáreas previas
6	Todas las mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación de nalgas
7	Todas las mujeres multíparas con un embarazo único con presentación de nalgas, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas
8	Todas las mujeres con embarazos múltiples, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas
9	Todas las mujeres con un embarazo único con una situación transversa u oblicua, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas
10	Todas las mujeres con un embarazo único con presentación cefálica, de < 37 semanas de gestación, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas.

2.2.5 Factores asociados

❖ Factores Sociodemográficos:

- **Edad:** según el INEI, en el año 2020, el grupo etario con la tasa más alta de cesáreas es el grupo comprendido entre 35 -39 años (44,1%); quiere decir que mientras más añosa sea la gestante, más riesgo tiene de presentar un parto por cesárea. ⁽⁷⁾
- **Nivel de educación:** la educación es un pilar fundamental en todo ser humano ya que permite la adquisición de nuevos conocimientos y de esta manera facilita el aprendizaje. Estos son divididos en educación superior, educación secundaria, educación primaria y personas sin educación. Según el INEI (2015), el nivel educativo que presentó la tasa más alta de partos por cesáreas fue de las gestantes con educación superior (50%),

seguido de las gestantes que recibieron educación secundaria (30%), las que recibieron educación primaria (17,9%), y el grupo poblacional con la menor tasa de cesáreas fueron las que no presentaron educación (11,9%). ⁽³⁵⁾

- **Procedencia:** en el Perú, las regiones son divididas en costa, sierra y selva; según el INEI (2020), la mayor incidencia de cesáreas se encuentra en la costa con un 44,7%, seguido de la sierra con un 25,6% y la región selva con un 24%. Así mismo, el área de residencia es dividido en urbano y rural, donde visibilizan las diferencias socioeconómicas, la mayor tasa de cesáreas se encuentra en el área urbana con un 41,9%, superando en 23,2 puntos al área rural, ya que esta presenta un 18,7%. ⁽⁷⁾

❖ **Factores Obstétricos (Según escala de Robson):**

La escala de Robson posee 10 grupos, de los cuales se han basado en 6 variables obstétricas básicas, y actualmente es la única información necesaria con la que se cuenta para clasificar a las gestantes. ⁽³⁴⁾

Cuadro 1: Variables obstétricas para la clasificación de Robson

Variables Obstétricas	
Número de partos	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Multípara
Cesárea previa	<ul style="list-style-type: none"> • Sí (una o varias) • No
Inicio del trabajo de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Espontáneo • Inducido • No hay trabajo de parto (cesárea programada [previa al trabajo de parto])
Número de fetos	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo único • Embarazo múltiple
Edad gestación	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuro (menos de 37 semanas) • A término (37 semanas o más)
Situación y presentación del feto	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación cefálica • Presentación podálica • Situación transversa

❖ Factores Clínicos:

El parto por cesárea debería estar indicado únicamente en situaciones donde el parto vía vaginal no sea posible por ser una situación riesgosa para el feto o la madre. ⁽³⁷⁾

Las indicaciones tienen diversas formas de clasificación, la forma más simplificada se divide en: maternas, fetales y ovulares y estas a su vez, son agrupadas en categorías absolutas y relativas.

- **Absolutas:** aquellas comorbilidades propias del embarazo y del parto en donde se ha demostrado que por ninguna razón debería ser indicado el parto vaginal. Dichas comorbilidades se asocian con una alta tasa probabilística de muerte materna o fetal en caso de que el parto vía vaginal ocurra, por ende, se busca una medida alternativa quirúrgica como es la cesárea.

- **Relativas:** son todas aquellas patologías que requieren de óptimas condiciones de atención como son: infraestructura, recurso humano, apoyo diagnóstico, etc. De no contar con aquellas condiciones de atención, no se garantiza un buen pronóstico de salud para la madre o el feto cuando se realice un parto por vía vaginal. ⁽³⁸⁾

Indicaciones Maternas

Absolutas:

- Desproporción céfalo pélvica
- Estrechez pélvica
- Obstrucción mecánica de la vejiga
- Fibrosis cervical
- Plastia vaginal o del piso pélvico
- Tumor avanzando del TGI
- Cerclaje abdominal permanente

- Dos o más cesáreas previas
- Cesárea corporal
- Cirugía previa sobre el cuerpo uterino
- Persistencia de la causa de la cesárea previa
- Cesárea previa complicada (dehiscencia, infección)
- Herpes genital activo
- Condilomatosis florida obstructiva
- Cardiopatía descompensada
- Aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral
- Fístulas urinarias o intestinales operadas

Relativas:

- Preeclampsia – eclampsia
- 1 cesárea segmentaria previa
- Distocias dinámicas refractarias a manejo médico
- Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración
- Embarazo prolongado

Indicaciones Fetales

Absolutas

- Distocia de Presentación
- Situación transversa
- Presentación cefálica
- Variedad de frente
- Gestación múltiple (+2)
- Gestación gemelar monomaniática monocorial
- Gestación gemelar bivitelino (ambos no estén en presentación cefálica)
- Peso del RN de 1000 – 1500 gr
- Estado fetal no tranquilizador en el primer periodo del parto

- Distocias de posición persistente
- Macrosomía fetal (>4500gr)

Relativas:

- Anomalías congénitas
- Restricción del crecimiento uterino
- Bienestar fetal comprometido antes de las contracciones uterinas
- Peso del RN <100 gr
- Macrosomía fetal (4000 – 4500 gr)

Indicaciones Ovulares

Absolutas:

- Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta
- Placenta previa oclusiva total
- Prolapso de cordón con feto vivo
- Oligohidramnios severo

Relativas:

- Placenta previa oclusiva parcial
- Ruptura prematura de membrana con infección ovular
- Polihidramnios severo

2.2.6 Beneficios de la cesárea

Según la OMS, el parto por cesárea es un procedimiento quirúrgico cuya indicación solo y únicamente debería ser médica, esto excluye a los partos por cesárea realizados a libre demanda por los médicos sin una justificación médica absoluta o relativa, pudiendo ser esta, decisión netamente del médico a cargo o de la madre; por ende, los únicos beneficios que dicho procedimiento aportó solo son justificados

médicamente, no está demostrado los beneficios en procedimientos innecesarios. Dichos beneficios se dividen en maternos y fetales; y el fin con el cual fue creado el procedimiento de la cesárea fue para reducir la tasa de morbimortalidad materna – neonatal. ⁽³⁹⁾

- **Beneficios maternos:**

Entre los beneficios más importantes se encuentra la prevención de la patología del piso pélvico donde se encuentra: incontinencia urinaria, incontinencia fecal y prolapso uterino. ⁽⁴⁰⁾

- **Beneficios fetales:**

Entre los beneficios más importantes se encuentra la reducción de riesgo para: hemorragia intracraneal, lesiones del plexo braquial, distocia de hombros, infección por Virus Herpes Simple (VHS), Virus Papiloma Humano (VPH), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Hepatitis B (VHB), Hepatitis C (VHC), encefalopatía neonatal, asfixia neonatal y enterocolitis necrotizante. ⁽⁴¹⁾

2.2.7 Complicaciones

Como toda intervención médica quirúrgica, el parto por cesárea trae consigo consecuencias que pueden ser evidenciadas a corto o largo plazo donde no solo afectan a la madre, también al recién nacido y a las futuras gestaciones. ⁽⁴²⁾

- **Complicaciones maternas:**

Entre las complicaciones quirúrgicas más frecuentes se encuentra la infección del sitio operatorio, hemorragia y lesiones viscerales. Alteraciones placentarias como placenta previa y placenta acreta. Ruptura uterina, riesgo de aborto por cicatrices uterinas y mayor estancia hospitalaria. ⁽⁴¹⁾

- **Complicaciones neonatales**

La complicación más grave es la mortalidad neonatal, la mortalidad en un parto por cesárea es 1,5 veces más frecuente que un parto por vía vaginal. Presentan más alteraciones pulmonares como: taquipnea transitoria, síndrome de dificultad respiratoria, hipertensión pulmonar, síndrome de adaptación pulmonar. Aumenta el riesgo de laceraciones fetales, ruptura de mielomeningocele, gastrosquisis/onfalocele, ingresos a terapia intensiva. ⁽⁴¹⁾

2.3. Hipótesis de la investigación

2.3.1 Hipótesis general:

Existen factores asociados a los partos por cesárea en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2019.

2.3.2 Hipótesis específicas:

H1.- Existe mayor frecuencia de parto por cesárea que parto eutócico.

H2.- Los factores sociodemográficos están asociados al parto por cesárea.

H2a.- La edad materna está asociada al parto por cesárea.

H2b.- El nivel educativo está asociado al parto por cesárea.

H2c.- La procedencia está asociada al parto por cesárea.

H3.- Los factores obstétricos están asociados al parto por cesárea.

H3a.- Los números de partos están asociados al parto por cesárea.

H3b.- El inicio de trabajo de parto está asociada al parto por cesárea.

H3c.- La edad gestacional está asociada al parto por cesárea.

H4.- Los factores clínicos maternos están asociados al parto por cesárea

H4a.- La desproporción cefalopélvica está asociada al parto por cesárea

H4b.- Los trastornos hipertensivos del embarazo están asociados al parto por cesárea

H4c.- La cesárea anterior está asociada al parto por cesárea.

H5.- Los factores clínicos fetales están asociados al parto por cesárea.

H5a.- La macrosomía está asociada al parto por cesárea.

H5b.- La distocia de presentación está asociada al parto por cesárea.

H5c.- El estado fetal no tranquilizador y alta prevalencia de cesárea.

H6.- Los factores clínicos ovulares están asociados al parto por cesárea.

H6a.- La placenta previa está asociada al parto por cesárea.

H6b.- La anormalidad del líquido amniótico está asociada al parto por cesárea.

H6c.- La ruptura prematura de membranas está asociada al parto por cesárea

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño de Estudio

El presente estudio de investigación es observacional, retrospectivo, transversal y analítico.

- Observacional: El siguiente estudio se realizó sin intervención del investigador, por lo que se limita a la observación y el análisis de los datos obtenidos desde una fuente secundaria (historias clínicas).
- Retrospectivo: El presente estudio se llevó a cabo en base a la información obtenida de las historias clínicas durante el período de 2019.
- Transversal: El estudio se realizó en un momento determinado.
- Analítico: Se buscó determinar los factores asociados a la tasa de cesáreas.

3.2 Población

La población objetivo del estudio estuvo constituida por todas las gestantes que tuvieron parto por cesárea del servicio de Ginecología - Obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2019.

3.3 Muestra

Pacientes mujeres que tuvieron parto por cesárea en edad fértil del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

3.3.1 Tamaño de la muestra

El tamaño muestral se determinó a través de la fórmula estadística para estudio de Diseño Transversal Analítico, proporcionado por el curso de Taller de Elaboración de Tesis. Considerando un nivel de confianza del 95% y con poder estadístico del 80%. Después de la revisión bibliográfica, la frecuencia **con el factor “Macrosomía fetal”** de 50% y frecuencia **sin el factor “Macrosomía Fetal”** 32%.⁽²⁶⁾ La muestra final según la fórmula es de 256 historias clínicas de mujeres que tuvieron parto por cesárea. Y el estudio se realizó con 260 historias clínicas.

Diseño Transversal Analítico	
FRECUENCIA CON EL FACTOR	0.50
FRECUENCIA SIN EL FACTOR	0.32
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.80
TAMAÑO DE MUESTRA SIN CORRECCIÓN	117
TAMAÑO DE MUESTRA CON CORRECCIÓN DE YATES	128
TAMAÑO MUESTRA EXPUESTOS	128
TAMAÑO DE MUESTRA NO EXPUESTOS	128
TAMAÑO MUESTRA TOTAL	256

Fuente: Camacho-Sandoval J., "Tamaño de Muestra en Estudios Clínicos", Acta Médica Costarricense (AMC), Vol. 50 (1), 2008

3.3.2 Tipo de muestreo

Se utilizó el tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple del total de partos por cesárea en el periodo enero-diciembre del año 2019, en donde salieron sorteadas 260 historias clínicas.

3.3.3 Criterios de selección de la muestra

3.3.3.1 Criterios de inclusión

- Historias clínicas de mujeres en edad fértil
- Historias clínicas de mujeres que tuvieron parto por cesárea y parto vaginal
- Historias clínicas o registro operatorio que tengan la información completa de los partos.

3.3.3.2 Criterios de exclusión

- Historias clínicas o registro operatorio incompleto de los partos
- Historias clínicas de parto por cesárea recomendado por otra especialida

3.4 Variables del estudio

VARIABLE DEPENDIENTE

- Parto por cesárea

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Factores Sociodemográficos:
 1. Edad
 2. Nivel de educación
 3. Procedencia
- Factores Obstétricos
 1. Número de Partos
 2. Inicio del trabajo de parto
 3. Edad gestacional
- Factores clínicos
 1. Maternos
 2. Fetales
 3. Ovulares

3.4.1 Definiciones conceptuales

Cesárea: Intervención quirúrgica que permite la extracción del feto mediante una incisión abdominal cuando la vía vaginal se compromete.

Factores sociodemográficos: Son todas las características generales asignadas a la población como edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación y procedencia, etc.

Factores Obstétricos: Las variables obstétricas básicas para clasificar a las gestantes, apoyados por la escala de Robson.

Factores clínicos: Son indicaciones clínicas relativas y absolutas para realizar un determinado procedimiento médico. Su división más simplificada es: maternas, fetales y ovulares.

3.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos

El instrumento que se utilizó para recolectar la información fue la “ficha de recolección de datos” y la fuente de información fueron las 260 historias clínicas de las gestantes que tuvieron un parto por cesárea

3.6 Procesamiento de datos y plan de análisis

El registro de datos estuvo consignado en la ficha de recolección de datos y fueron procesados utilizando el programa estadístico IBM SPSS V.27, evaluando e interpretando correctamente la información estadística mediante porcentajes. Se realizó un análisis estadístico bivariado y multivariado, utilizando razón de prevalencia (crudo y ajustado), con intervalo de confianza de 95 % mediante la regresión de Poisson y así comunicar en datos cuantitativos en el informe final. De igual manera, los programas Microsoft Office Word y Microsoft Excel 2019 contribuyeron a la elaboración escrita y estadística del protocolo de investigación.

3.7 Aspectos éticos de la investigación

El presente estudio respetó el derecho a la confidencialidad y se siguieron los principios éticos de Helsinki. La información obtenida a partir de las historias clínicas y las fichas de recolección de datos, solo fueron analizadas con fines de investigación, no se reveló la identidad u otro tipo de información personal de las pacientes. Por último, esta investigación fue llevada gracias al permiso de la Universidad Ricardo Palma.

3.8 Limitaciones

- La cantidad de muestra no fue igual a la esperada debido a limitaciones en el departamento de archivos de la institución.
- El mal llenado de las historias clínicas, no permitió que muchas de estas fueran tomadas en cuenta para el presente estudio.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS:

En la actual investigación, se evidencia los partos atendidos en gestantes con relación a los criterios de selección durante el periodo 2019 en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales donde se obtuvo una muestra de 260 participantes (100%).

En el Gráfico 1 se observa la frecuencia del total de partos atendidos en el periodo enero- diciembre del año 2019 donde 969 (28,2%) fueron partos vaginales y 2474 (71,8%) fueron partos por cesárea. En el Gráfico 2 la muestra total, comprendida esta por partos vaginales siendo esta 130 (50%) y el total de partos por cesárea con una muestra de 130 (50%).

Gráfico 1: Prevalencia del total de partos en gestantes durante el periodo 2019

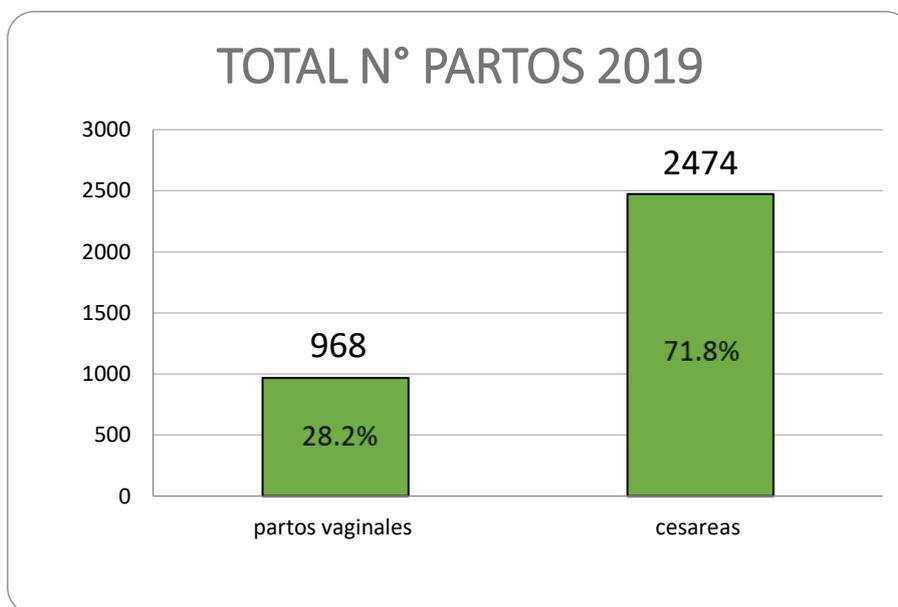
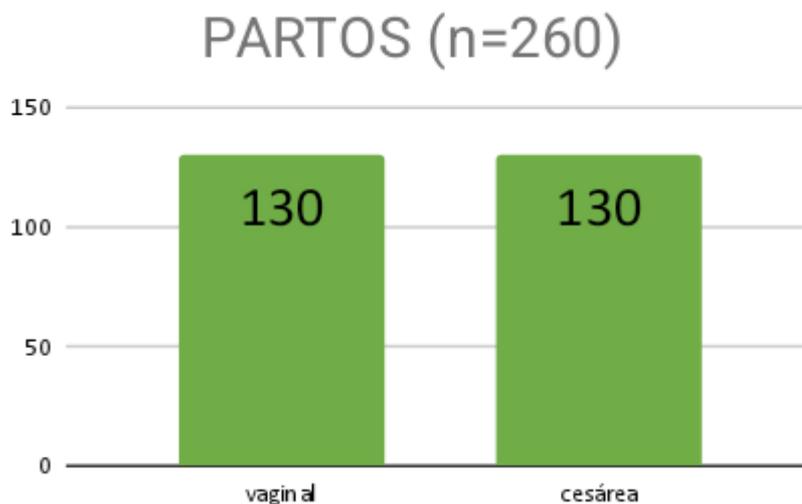


Gráfico 2. Número total de muestra (partos vaginales y partos por cesárea) durante el periodo 2019



Las variables fueron categorizadas en Sociodemográficas, Obstétricas, Factores Maternos, Factores Fetales y Factores Ovulares; siendo estas divididas a su vez en múltiples categorías.

En la Tabla 1, se presentan los resultados descriptivamente de las diferentes variables de partos por cesárea en gestantes.

En las variables Sociodemográficas se evidenció que en la variable edad, las mujeres menores de 35 años, consideradas aptas para una adecuada gestación 195 (75%), y aquellas mayores o igual a 35 años, consideradas dentro de la literatura como gestante añosa se hallan 65 (25%). En cuanto a la variable Nivel Educativo, las gestantes que han culminado el nivel superior o lo están cursando se clasificó en la variable de nivel educativo alto, las cuales fueron 171 (65.8%), quienes han culminado hasta la secundaria y/o primaria y/o no presentan nivel educativo fueron clasificadas en nivel educativo bajo y fueron 89 (34.2%). Por otro lado, en la variable Procedencia, 184 gestantes provienen del área urbana siendo 70.8% y 76 gestantes provienen del área rural siendo 29.2%.

Respecto a las variables Obstétricas, se observó que en los N° de partos, Nulípara fueron 156 (60%) y las Multípara fueron 104 (40%). En cuanto a inicio de trabajo de parto, 179 gestantes presentaron un parto espontáneo equivalente a 68.8% y 81 no presentaron trabajo de parto equivalente a 31.2%. La variable Edad Gestacional fue dividida en partos prematuros (<37 semanas) los cuales fueron 50 (19.2%) y en partos a término (37 -41 semanas) los cuales fueron 210 (80.8%).

Acerca de los Factores Maternos, se encontró que 49 gestantes presentaron un parto asociado a Desproporción Cefalopélvica siendo representado este en un 18.8%, 62 gestantes presentaron Trastorno Hipertensivo del Embarazo (THE) lo que equivale en un 23.8%, y aquellas que presentaron Cesárea Anterior fueron 72 representadas en un 27.7%. En los Factores Fetales se halló que 33 gestantes presentaron un feto Macrosómico siendo este un 12.7%, aquellas que presentaron Distocia de Presentación fueron 31 (11.9%) y aquellas cuyos fetos presentaron Estado Fetal no Tranquilizador fue de 56 (21.5%). En cuanto a los Factores Ovulares se evidenció que 9 gestantes presentaron Placenta Previa siendo representada en un 3.1%, 27 gestantes cursaron con Anormalidad del Líquido Amniótico (ALA) siendo este un 10.4% y por último 32 de las participantes presentaron Ruptura Prematura de Membranas equivalente a 12.3%.

Tabla 1: DATOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES (n=260)

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
SOCIODEMOGRÁFICAS			
Edad	< 35 años	195	75
	≥ 35 años	65	25
Nivel educativo	Alto	171	65.8
	Bajo	89	34.2
Procedencia	Urbano	184	70.8
	Rural	76	29.2
OBSTÉTRICOS			
N° de Partos	Múltipara	156	60
	Nulípara	104	40
Inicio de Trabajo de Parto	Espontáneo	179	68.8
	No Trabajo de Parto	81	31.2
Edad Gestacional	< 37 ss	50	19.2
	37-41 ss	210	80.8
FACTORES MATERNOS			
Desproporción Cefalopélvica	Sí	49	18.8
	No	211	81.2
Trastornos Hipertensivos del Embarazo	Sí	62	23.8
	No	198	76.2
Cesárea Anterior	Sí	72	27.7
	No	188	72.3
FACTORES FETALES			
Macrosomía	Sí	33	12.7
	No	227	87.3
Distocia de Presentación	Sí	31	11.9
	No	229	88.1
Estado Fetal no Tranquilizador	Sí	56	21.5
	No	204	78.5
FACTORES OVULARES			
Placenta previa	Sí	9	3.5
	No	251	96.5
Anormalidades del Líquido Amniótico	Sí	27	10.4
	No	233	89.6
Ruptura Prematura de Membrana	Sí	32	12.3
	No	228	87.7

En la tabla 2, se examina la tabla de análisis bivariado de los factores sociodemográficos con los partos por cesárea, donde se encontró asociación significativa en 2 de las variables las cuales son: “edad materna avanzada (≥ 35)” (RPc: 1.643, IC 95%:1.312 - 2.057, p: 0.000) y “nivel educativo bajo” (RPc: 1.500, IC 95%: 1.188 - 1.894, p: 0.001) y la variable que no mantuvo asociación significativa fue: “procedencia” (RPc:0.857, IC 95%: 0.644 - 1.141, p: 0.291).

Tabla 2. ANÁLISIS BIVARIADO DE LAS VARIABLES “SOCIDEMOGRÁFICAS” CON PARTOS POR CESÁREA DURANTE EL PERIODO 2019

Variable			Partos por Cesárea				
		vaginal	cesárea	RPc	IC95%		p
					Inferior	Superior	
Edad							
< 35 años	N	111	84	1.643	1.312	2.057	0.000
	%	56.9%	43.1%				
≥ 35 años	N	19	46				
	%	29.2%	70.8%				
Nivel Educativo							
Alto	N	98	73	1.500	1.188	1.894	0.001
	%	57.3%	42.7%				
Bajo	N	32	57				
	%	36%	64%				
Procedencia							
Urbano	N	88	96	0.857	0.644	1.141	0.291
	%	47.8%	52.2%				
Rural	N	42	34				
	%	55.3%	44.7%				

En la tabla 3, se observa el análisis bivariado de los factores obstétricos con partos por cesárea, donde la variable asociada es “No trabajo de parto” (RPc: 2.659, IC 95% 2.125 – 3.328, $p < 0.000$). En cambio, las variables no significativas son: “Número de partos” (RPc: 1.000, IC 95% 0.780 -1.282, $p: 1.000$) y “edad gestacional” (RPc: 0.719, IC 95%: 0.493- 1.047, $p: 0.086$).

Tabla 3. ANÁLISIS BIVARIADO DE LAS VARIABLES “OBSTÉTRICAS” CON PARTOS POR CESÁREA DURANTE EL PERIODO 2019

Variable	Partos por Cesárea						
		vaginal	cesárea	RPc	IC95%		<i>p</i>
				Inferior	Superior		
Nº de Partos							
Múltipara	N	78	78				
	%	50%	50%				
Nulípara	N	52	52	1.000	0.780	1.282	1.000
	%	50%	50%				
Inicio de Trabajo de Parto							
Espontáneo	N	120	59				
	%	67%	33%				
No trabajo de Parto	N	10	71	2.659	2.125	3.328	0.000
	%	12.3%	87.7%				
Edad Gestacional							
<37 ss	N	31	19				
	%	63%	38%				
37-41 ss	N	99	111	0.719	0.493	1.047	0.086
	%	47.1%	52.9%				

En la tabla 4, se observa el análisis bivariado de los factores clínicos con los partos por cesárea, evidenciándose 4 variables significativas: “Desproporción

Cefalopélvica” (RPc: 1.713, IC 95% 1.374 – 2.135, p: 0.000), “Trastornos Hipertensivos del Embarazo” (RPc: 2.062, IC 95% 1.677 – 2.534, p: 0.000), “Cesárea Anterior” (RPc: 2.611, IC 95% 2.115 – 3.224, p:0.000), “Macrosomía” (RPc: 1.401, IC 95% 1.062 – 1.849, p:0.017) y “Estado Fetal no Tranquilizador” (RPc: 1.612, IC 95% 1.200 – 2.164, p: 0.002).

Tabla 4. ANÁLISIS BIVARIADO DE LAS VARIABLES: “FACTORES MATERNOS, OVULARES Y FETALES” CON PARTOS POR CESÁREA DURANTE EL PERIODO 2019

Variable	Partos por Cesárea							
			vaginal	Cesárea	RPc	IC95%		p
						Inferior	Superior	
Factores maternos								
Desproporción Cefalopélvica	Sí	N	12	37	1,713	1.374	2.135	0.000
		%	24.5%	75.5%				
	No	N	118	93				
		%	55.9%	44.1%				
Trastornos Hipertensivos del Embarazo	Sí	N	11	51	2.062	1.677	2.534	0.000
		%	17.7%	82.3%				
	No	N	119	79				
		%	60.1%	39.9%				
Cesárea anterior	Sí	N	7	65	2.611	2.115	3.224	0.000
		%	9.7%	90.3%				
	No	N	123	65				
		%	65.4%	34.6%				
Factores fetales								
Macrosomía	Sí	N	11	22	1.401	1.062	1.849	0.017
		%	33.3%	66.7%				
	No	N	119	108				
		%	52.4%	47.6%				
Distocia de presentación	Sí	N	15	16	1.037	0.720	1.493	0.846
		%	48.4%	51.6%				
	No	N	115	114				
		%	50.2%	49.8%				
Estado Fetal no Tranquilizador	Sí	N	6	50	2.277	1.876	2.763	0.000
		%	10.7%	89.3%				
	No	N	124	80				
		%	60.8%	39.2%				
Factores ovulares								
Placenta Previa	Sí	N	8	1	0.216	0.034	1.377	0.105
		%	88.9%	11.1%				
	No	N	122	129				
		%	48.6%	51.4%				
Anormalidad de Líquido	Sí	N	10	17	1.298	0.945	1.785	0.108
		%	37%	63%				

Amniótico	No	N	120	113				
		%	51.5%	48.5%				
Ruptura Prematura Membrana	Sí	N	17	15	0.929	0.629	1.374	0.713
		%	53.1%	46.9%				
	NO	N	113	115				
		%	49.6%	50.4%				

En la tabla 5, se evidencia el análisis multivariado con los partos por cesárea, donde se obtuvo 15 variables, de las cuales 10 se asocian significativamente, en el cual se encuentran los que tienen mayor probabilidad de un parto por cesárea la “edad materna avanzada” (RPa: 1.330 IC 95% 1.082 - 1.636, p 0.007), “nivel educativo bajo” (RPa: 1.361, IC 95%: 1.123- 1.649, p: 0.002), “no trabajo de parto” (RPa: 1.923, IC95%: 1.569 – 2.357, p:0.000), “desproporción cefalopélvica” (RPa: 1.336, IC95%: 1.077 – 1.657, p:0.009), “trastornos hipertensivos del embarazo” (RPa: 1.584, IC95%: 1.291 – 1.944, p:0.000), “cesárea anterior” (RPa: 2.192, IC95%: 1.806 – 2.661, p:0.000), “macrosomia” (RPa: 2.273, IC95%: 1.722 – 3.001, p:0.000), “distocia de presentación” (RPa: 1.378, IC95%: 1.012 – 1.878, p:0.042), “estado fetal no tranquilizador” (RPa: 1.694, IC 95% 1.384 – 2.073, p:0.000) y “ruptura prematura de membranas” (RPa: 1.308, IC95%: 1.006 – 1.700, p:0.045).

Tabla 5. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES CON PARTOS POR CESÁREA DURANTE EL PERIODO 2019

Variable		RPa	Partos por Cesárea		p
			Inferior	Superior	
SOCIODEMOGRÁFICA					
Edad	< 35 años	1.330	1.082	1.636	0.007
	≥ 35 años				
Nivel educativo	Alto	1.361	1.123	1.649	0.002
	Bajo				
Procedencia	Urbano	0.855	0.689	1.062	0.158
	Rural				
OBSTÉTRICOS					
Número de partos	Múltipara	0.999	0.819	1.218	0.993
	Nulípara				
Inicio de Trabajo de Parto	Espontaneo	1.923	1.569	2.357	0.000
	No Trabajo de Parto				
Edad Gestacional	< 37 ss	0.747	0.530	1.053	0.096
	37-41 ss				
FACTORES MATERNOS					
Desproporción Cefalopélvica	Sí	1.336	1.077	1.657	0.009
	No				
Trastornos Hipertensivos del Embarazo	Sí	1.584	1.291	1.944	0.000
	No				
Cesárea Anterior	Sí	2.192	1.806	2.661	0.000
	No				
FACTORES FETALES					
Macrosomía	Sí	2.273	1.722	3.001	0.000
	No				
Distocia de presentación	Sí	1.378	1.012	1.878	0.042
	No				
Estado Fetal no Tranquilizador	Sí	1.694	1.384	2.073	0.000
	No				
FACTORES OVULARES					

Placenta previa	Sí	0.387	0.137	1.096	0.074
	No				
Anormalidades del Líquido Amniótico	Sí	1.354	0.935	1.962	0.109
	No				
Ruptura Prematura de Membrana	Sí	1.308	1.006	1.700	0.045
	No				

4.2 DISCUSIÓN:

El estudio se llevó a cabo gracias al análisis de 260 historias clínicas de gestantes atendidas en dicha institución en el servicio de Ginecología-obstetricia en el periodo enero - diciembre del 2019. En primera instancia, se analizó la frecuencia de partos por cesáreas atendidas en dicho año siendo este un 71,8% comparado con los partos atendidos por vía vaginal con una frecuencia de 28,2% evidenciándose una diferencia alarmante, cifra que supera muy por encima a la estadística dada por la OMS de 10-15%. ⁽⁴⁾ Un estudio por Gonzales M. del 2014 realizado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales dio a conocer que la incidencia de cesáreas en dicho año fue de 42%. ⁽⁴³⁾ se puede inferir que, en un periodo de 5 años, desde el año 2014 al 2019, el incremento de la tasa fue de un casi 30% aproximadamente. Asimismo, se puede encontrar que la tasa de cesáreas es superior en diversas instituciones nacionales como en el estudio de Barrera N. et al del 2020 realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia se estimó una frecuencia de 50,2%. ⁽²⁾ Condor R. en el 2019 halló una tasa de 56,1% en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna ⁽⁴⁴⁾, por otro lado, Bustamante J. et al en el año 2014 obtuvo una tasa de 33,5% en el Hospital Provincial Docente Belén en la región de Lambayeque ⁽⁴⁵⁾ y en el año 2013, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y en el Instituto Nacional Materno Perinatal según el estudio de Wynn A. et al ⁽⁴⁶⁾ se encontró una tasa de 50% de cesáreas.

Respecto a los factores sociodemográficos asociados al incremento de los partos por cesárea, se examinaron tres factores: edad, nivel de educación y procedencia. Resultando asociado significativamente la edad materna avanzada y el nivel educativo bajo.

En cuanto edad, las menores de 35 años presentaron mayor prevalencia con 75%, hallazgo similar obtenido en el estudio nacional de Lozano ⁽²⁹⁾ donde la edad materna de 20-34 años presenta resultados proporcionales (68.6%); no obstante, la edad materna avanzada presentó significancia estadística y una mayor probabilidad de un parto por cesárea (RPa: 1.330 IC 95% 1.082 - 1.636, p 0.007) semejante en el estudio nacional de Soto (22) donde tener una edad entre 35-49 años tiene mayor riesgo de un parto por cesárea (ORa:5.87, IC 95 % 4.26 - 8.08, p < 0.001); y en los estudios internacionales de Harrison et al ⁽¹²⁾ (RR: 1.1, IC 95% 1.1 - 1.1, p < 0.001) y Elnakib et al ⁽¹³⁾, donde la edad superior a 35 años presenta 2.1 veces más riesgo para la culminación del parto por cesárea (p<0.001). Durante los últimos años se ha visto que la edad del primer parto va en aumento lo cual las expone a factores de riesgo obstétricos, metabólicos y perinatales que pueden dificultar la gestación y culminar en cesárea.

En relación a nivel educativo, la mayor frecuencia lo presenta el nivel educativo alto con 65.8% , similar al estudio de Muños et al ⁽¹⁹⁾, donde se encontró que el nivel educativo alto tuvo mayor prevalencia con 70.43%. Sin embargo, nuestro hallazgo se relaciona que el nivel educativo bajo presenta significancia estadística y una mayor probabilidad de un parto por cesárea (RPa: 1.361, IC 95%: 1.123- 1.649, p: 0.002).En cambio; en el estudio de Fernandes et al ⁽⁴⁷⁾, las madres con mayor nivel educativo mostraron mayor probabilidad para los partos de cesárea (OR: 1.57 IC 95% 1.54 - 1.60, p<0.001) debido a que, está relacionado con el nivel socioeconómico alto y por lo tanto, la gestante tendrá mayor oportunidad que se lo realice en un sector privado, donde son más frecuentes y tienen un precio más elevado. Esta diferencia se puede explicar porque nuestro estudio fue realizado en un hospital que pertenece al sector MINSa y siendo este del sector público, es más frecuentado por gestantes en condiciones susceptibles y las cesáreas que se realizan se deben más a condiciones clínicas (maternas, fetales y oculares). Por el contrario, en el estudio antes mencionado, se obtuvieron datos de establecimientos tanto públicos como privados y en su mayoría siendo estos privados.

Dentro del factor que no resultó significativo la variable procedencia, se encontró que la categoría urbana fue de mayor frecuencia con 70.8%

presentando un Rpa: 1.058, p:0.434. Estos datos se asemejan al estudio de Bertrand et al ⁽²⁰⁾, donde las gestantes que provienen del área urbana tienen 2,4 veces más riesgo para un parto por cesárea (IC del 95% = 1,7-3,4), pero no hallaron asociación alguna. El vivir en una zona urbana, donde hay mayor disponibilidad a los servicios de superior complejidad, está relacionado también con un mejor sustento económico por el que se les hace posible adquirir un parto por cesárea.

Respecto a los factores obstétricos asociados, utilizamos las variables: número de partos, inicio de trabajo de parto y edad gestacional. De las cuales, sólo se identificó asociación con la variable inicio de trabajo de parto, donde trabajo de parto espontáneo presenta la mayor frecuencia con 68.8%. Sin embargo, el factor no trabajo de parto tiene una mayor probabilidad de un parto por cesárea y asociación significativa (RPa: 1.923, IC95%: 1.569 – 2.357, p:0.000). Si el inicio del trabajo de parto se presenta de manera espontánea conlleva a su evolución natural, culminando en un parto vaginal. En cambio, si no comienza el trabajo de parto este implicaría una alteración del trabajo de parto normal que podría concluir en una cesárea.

En relación al número de partos, la mayor prevalencia lo obtuvo las gestantes multíparas con 60%, no obstante, no se evidenció asociación estadística con los partos por cesárea (RPa: 0.999, IC 95%: 0.819 - 1.218, p: 0.993). Diferido con el estudio nacional de Zúñiga ⁽²³⁾ donde las gestantes nulíparas se encuentran en mayor prevalencia con 46.9% , presentando asociación estadística y mayor riesgo para los partos por cesárea (ORa: 1.50, IC 95% 1.16 - 1,94). Similar en el estudio internacional de Anaya ⁽¹⁸⁾, donde se obtuvo asociación de riesgo con Nuliparidad (ORa: 3.43, IC 95% 2.31-5.11). El resultado no significativo se puede justificar que en nuestro país, el número de gestaciones anteriores no se relaciona en la elección de un parto por cesárea, porque dan mayor relevancia a los factores clínicos o fetales que se puedan manifestar durante la gestación o en el trabajo de parto.

En cuanto a edad gestacional, las gestantes que presentaban de 37- 41 semanas fueron las más frecuentes con 80.8% y menor de 37 semanas con 19.2%. A pesar de ello, no se encontró asociación significativa con los partos

por cesárea (RPa: 0.747, IC 95%: 0.530- 1.053, p: 0.096). Coincidiendo con el estudio nacional de Lozano ⁽²⁹⁾ donde se obtuvo que la mayor frecuencia lo obtuvo las gestantes de 37 a 41 semanas con 83.9 %. En cambio, difiere con el estudio de Fernandes y col ⁽⁴⁷⁾, en el cual halló que las embarazadas entre 28-41 semanas había una mayor probabilidad de partos por cesárea ($p < 0.001$) y Zuniga (23) donde las gestantes menor de 27 semanas presentan mayor riesgo para un parto quirúrgico (OR:2.51, $p:0.000$).

Otro grupo que estudiar fueron los Factores Clínicos que a su vez fueron divididos en factores maternos, fetales y ovulares. Se tomó en cuenta según frecuencia, las 3 primeras indicaciones de cesárea por cada categoría en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Los 3 factores maternos descritos en el estudio fueron: Cesárea Anterior, Trastornos Hipertensivos del Embarazo y Desproporción Céfalo-Pélvica y todos ellos presentaron asociación significativa.

La causa más frecuente dentro de los factores maternos fue Cesárea anterior con una incidencia de 27,7%, siendo esta también la primera causa de cesárea en el estudio de Barrera N. et al con una frecuencia de 25,3% ⁽²⁾, dicha variable es considerada con mayor probabilidad para presentar un parto por cesárea (RPa de 2.192 y IC95% de 1.806 - 1.661, $p:0.000$), el cual presenta hallazgos similares con el estudio de Zuniga N.⁽²³⁾ que presenta asociación significativa con $p < 0,05$ donde además refiere que mientras mayor sea el número de cesáreas, mayor es el riesgo de volver a ser intervenida quirúrgicamente; aquellas que presenten una cesárea previa tiene 5 veces más riesgo de padecer nuevamente una cesárea (OR=5.18, IC95%:3.59 - 7.45), y aquellas que presenten mayor o igual a 2 cesáreas previas incrementan el riesgo de la misma en 20 veces más (OR=20,28, IC95%:4.55 - 90.38), este presenta similitud con la investigación de Huamán N. et al ⁽²⁶⁾ donde indican que dicha variable está fuertemente asociada al parto por cesárea y aumenta el riesgo de conforme sea mayor la cantidad de cesáreas anteriores ($p=0.000$, IC95%: 2.12 - 3.72, RP:2.81), y en el estudio Sinchitullo A. ⁽²⁷⁾ se halló que presentar el antecedente de cesárea previa, es la indicación más fuertemente asociada

para que la gestante vuelva a ser intervenida quirúrgicamente ($p < 0,009$, IC95% : 1,12 - 2,15 y ORa de 1,55).

La segunda causa más frecuente dentro de los factores maternos y que presentó significancia fueron los Trastornos Hipertensivos del Embarazo con un $p = 0,000$ IC95% (1,291-1,944) y RPa de 1,584 siendo considerado éste como mayor probabilidad para la práctica de cesárea, en dichas variables están comprendidas causas como preeclampsia y eclampsia, siendo mayoritariamente la causa preeclampsia. Esto es avalado por el estudio de Harrison M. et al en el 2020 ⁽¹²⁾ donde THE se asocia a un mayor riesgo de parto por cesárea con un $p < 0,001$ con RR de 1,6. y en el estudio de Zuniga N. en el 2019 ⁽²³⁾ las pacientes con THE, cuya causa más frecuente fue preeclampsia, se encontró que dicha causa es 26 veces más riesgosa de presentar parto por cesárea ($p = 0.000$, IC 95%:6,17 - 116,99 y OR=6,17).

Como tercera causa más frecuente en cuanto a los factores maternos, se encuentra la Desproporción Cefalopélvica (DCP) con un 18.8%, variable que también presentó asociación (RPa de 1,336, IC 95% 1.077 – 1.657, $p = 0.009$), hallazgos similares al estudio de Zelada V. () donde las gestantes presentan DCP en un 33% y además presentan asociación significativa ($p : 0.000$ y chi cuadrado: 30.641) y en el estudio de Zuniga N. ⁽²³⁾ ($p = 0.000$, IC 95%: 18.75-1001.04 y OR=6,17) se encontró que aquellas gestantes que presenten la variable “distocia de partes óseas” conocida como desproporción cefalopélvica, presentan 137 más riesgo de presentar un parto quirúrgico.

En cuanto a los factores fetales, de igual manera fueron elegidos por orden de frecuencia como causa de cesárea en la población de gestantes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, estas fueron: Macrosomía, Distocia de Presentación y Estado Fetal no Tranquilizador, todas estas son consideradas en el estudio como variables que tienen mayor probabilidad de un parto por cesárea y por ende asociación estadística.

En el análisis multivariado el Estado Fetal no Tranquilizador tuvo asociación significativa; en cuanto a frecuencia se encontró que representa un 21.5% de todas las causas de factores fetales ocupando el primer lugar, presenta además un RPa de 1,432, IC95%: 1,384 - 2.073 y $p : 0.000$, nuestros hallazgos

son similares a los siguientes estudios: Zuniga N. en el 2019 ⁽²³⁾ menciona que dicha variable tiene 144 veces de presentar más riesgo para un parto por cesárea (OR=144,88, IC 95%: 19,85- 10,57, p=0,000), en el trabajo de Zelada V. et al en el 2018 ⁽⁴⁹⁾ se halló que dicha variable presentó asociación (OR:3,500, IC 95%: 1,413- 8,867 y p=0,004) y por última investigación de Huamán N. et al ⁽²⁶⁾ en el año 2018 se encontró una asociación significativa (RP:2,68, IC 95%: 1,99- 3,60 y p=0,000).

Como segunda causa se encuentra la macrosomía fetal, esta tiene una frecuencia del 12,7% del total de las causas de los factores fetales, esta presenta asociación significativa y a su vez es considerada con mayor probabilidad de un parto por cesárea (RPa de 2.273, IC 95%: 1.722 - 3.001, p=0.000), esto es contrastado y presenta similitud con el estudio de Varas C. () el cual presenta asociación (p<0,05, OR:3.072 e IC 95%: 1,660-4.480) donde además indican que presentar un feto macrosómico aumenta 3.072 el riesgo de presentar un parto por cesárea, estudio con mucha similitud fue el de Zuniga N. en el 2019 ⁽²³⁾ (p=0.000, OR:2.380 e IC 95%: 1,750-3.230) donde se encontró que aquellas gestantes que presentaron un feto macrosómico tuvieron 2 veces más riesgo de presentar una parto quirúrgico, Zelada V. et al en el 2018 ⁽⁴⁹⁾ presenta un estudio similar donde la variable Macrosomía presenta asociación significativa (p<0,003, OR en 2,208 e IC 95%: 1,300-3,748).

Como tercera causa dentro de los factores fetales se halla la Distocia de Presentación (DP), oscilando en una frecuencia del 11.9% del total, esta estuvo comprendida por presentación podálica y presentación transversa, siendo mayoritariamente la presentación podálica; además dicha variable presentó asociación y también es considerada como mayor probabilidad de parto por cesárea (RPa: 1.378, IC95%: 1.012-1.878, p=0.042), esta presenta similitud con el estudio de Huamán N. et al ⁽²⁶⁾ (RPa:2,137, IC 95%: 1,368 - 3,339, p=0.034), siendo el principal factor de riesgo la presentación podálica para presentar un parto quirúrgico. En la investigación de de Zuniga N. ⁽²³⁾ (p=0.000, OR:11,17 e IC 95%: 4.47-27.93) donde se puede inferir que presentar distocia de

presentación en el parto aumenta 11 veces más el riesgo de un parto por cesárea. y en el estudio de Alfonso M. et al (48) evalúa 2 variables correspondientes a la categoría Distocia de presentación las cuales son significativas, como son: presentación podálica, presentación transversa y presentan $p=0.010$ y $p=0.002$, siendo más frecuente la variable “presentación podálica”

Respecto a los factores ovulares, fueron seleccionados por orden de prevalencia como causa de cesárea en el Hospital Sergio E. Bernales, estas fueron: Placenta previa, anomalías de líquido amniótico y ruptura prematura de membranas.

Presentándose en orden de frecuencia: Ruptura prematura de membrana con 12.3%, Anomalías de líquido amniótico con 10.4% y Placenta Previa con 3.5%. Sin embargo, el único factor asociado significativamente y presenta mayor probabilidad para un parto por cesárea fue la ruptura prematura de membranas (RPa: 1.308, IC95%: 1.006 – 1.700, $p:0.045$). Coincidiendo con el estudio estudio internacional de Wynn et al (50) donde ruptura prematura de membrana se asocia significativamente con el parto por cesárea ($p: 0.036$) y el estudio nacional de Huamán et al (26), donde presentaba igual similitud de categorización de los factores ovulares, ruptura prematura de membranas obtuvo 16% (RP: 1.755, $p: 0.011$), anomalía de líquido amniótico con 11% (RP: 1.902, $p: 0.012$) y placenta previa con 4% (RP: 2.705, $p: 0.013$). Se mostró que todos los factores ovulares presentaban asociación estadística para los partos por cesárea.

Por último, se puede decir que el aumento de la frecuencia de cesáreas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales se debe en su mayoría a los factores sociodemográficos y clínicos como Trastornos Hipertensivos del Embarazo y el Estado Fetal no Tranquilizador, patologías que pudieran ser prevenibles en su mayoría si se realizara un adecuado y oportuno control prenatal, un trabajo que debería ser reforzado desde el primer nivel de atención de manera integral. Sin embargo, el hospital Sergio E. Bernales es una institución que se encuentra en

el nivel III-1 por lo que es un hospital de referencia de muchos centros de salud del cono norte, cuando estos no pueden resolver partos por vía vaginal son enviados inmediatamente al centro de máxima referencia para su abordaje por cesárea, por ende el control que se debería de tener sobre los partos por cesárea debería ser orientados a disminuir o tener una supervisión minuciosa sobre los factores de riesgo que podrían conllevar a dichas patologías que incrementan la prevalencia de partos quirúrgicos.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. La tasa de cesáreas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo del año 2019 representó un 71,8% del total de partos atendidos en dicho periodo de tiempo, evidenciándose un valor muy por encima de lo recomendado por la OMS.
2. En cuanto a los Factores Sociodemográficos, las variables “edad materna avanzada” y “nivel educativo bajo” presentaron asociación significativa y son considerados como factor con mayor probabilidad de cesárea.
3. En cuanto a los Factores Obstétricos, la variable “No Trabajo de Parto” presentó asociación significativa y es considerado como factor con mayor probabilidad para presentar un parto por cesárea.
4. En relación a los Factores Maternos, las variables “Desproporción céfalo-pélvica”, “Trastornos Hipertensivos del Embarazo” y “Cesárea Anterior” presentaron asociación significativa estadística, y son factores con mayor probabilidad para presentar un parto por cesárea.
5. Dentro de los Factores Fetales, las variables “Macrosomía”, “Distocia de presentación” y “Estado Fetal no Tranquilizador” presentaron asociación

significativa estadística teniendo mayor probabilidad para presentar parto por cesárea.

6. En relación con Factores Ovulares, “Ruptura prematura de membranas” presentó asociación significativa, considerado como factor con mayor probabilidad de parto por cesárea.

5.2 RECOMENDACIONES

1. El presente estudio obtuvo una alta prevalencia de partos por cesárea, el cuál persiste en un incremento constante en el transcurso de los años y continúa siendo un problema de salud pública, se recomienda seguir investigando sobre los factores asociados para poder así disminuir la alta prevalencia de partos por cesárea y con ello disminuir las complicaciones a corto y mediano plazo que esta conlleva.
2. Al ver que existe mayor prevalencia de cesáreas en gestantes con nivel educativo bajo, se recomienda brindar información necesaria y oportuna sobre el beneficio del parto eutócico en todos los establecimientos de salud, desde Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales, con el apoyo de las obstetras para brindar consejería como planificación familiar hasta estilos de vida saludables en gestantes para así disminuir los factores de riesgo que conlleva el parto por cesárea.
3. Se recomienda que durante los controles prenatales las gestantes mantengan un control periódico y adecuado de los mismos, priorizando el control de presiones arteriales y el estado del producto mediante el monitoreo fetal ya que existe una captación inadecuada y tardía de las gestantes con dichos factores de riesgo; y si estas se ven alteradas, se refleja en patologías que guardan mayor asociación a partos por cesárea.

4. Se recomienda al hospital Nacional Sergio E. Bernales sobre un manejo integral de las historias clínicas por parte de médicos asistentes, médicos residentes y obstetras para así identificar la razón del parto quirúrgico y a partir de ello discernir si existen o no factores verídicos que justifican la causa de la cesárea, ya que se ha visto diagnósticos poco claros y debatibles en las historias clínicas.
5. Se recomienda realizar en un futuro investigaciones que no solamente abarquen el sector público, sino también el sector privado, ya que la frecuencia de cesárea se puede ver alterada por que en dichas instituciones prioriza la elección de la gestante sobre el tipo de parto de preferencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez-Salazar GJ, Grimaldo-Valenzuela PM, Vázquez-Peña GG, et al. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(5):608-615. Disponible en :<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf>
2. Barrena M, Quispe I, Flores M, León C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Rev. peru. ginecol. obstet. 2020;66(2):00004. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000200004#B2
3. Suwanrath C, Chunuan S, Matemanosak P, Pinjaroen S. Why do pregnant women prefer cesarean birth? A qualitative study in a tertiary care center in Southern Thailand. BMC Pregnancy Childbirth. 2021Jan6;21(1):23 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7789505/>
4. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Organización Mundial de la Salud. 2015. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1

5. La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria [internet] Organización Panamericana de la Salud[Consultado 28 Set 2021] Disponible en:https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
6. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. PLoS One. 2016;11(2). Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26849801/>
7. Encuesta demográfica y de salud familiar. Salud Materna [internet] ENDES 2020 [Consultado 28 Set 2021] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/pdf/cap007.pdf
8. Miseljic, Nenad, and Sead Ibrahimovic. Health Implications of Increased Cesarean Section Rates. *Materia socio-medica*. 2020; 32(2): 123-126. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7428894/>
9. Un informe de la OMS muestra un incremento de las cesáreas en todo el mundo [Internet]. Infosalud. 2021 [citado 8 octubre 2021]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/mujer/noticia-informe-oms-muestra-incremento-cesareas-todo-mundo-20210616172803.html>
10. Adewuyi EO, Auta A, Khanal V, Tapshak SJ, Zhao Y. Cesarean delivery in Nigeria: prevalence and associated factors-a population-based cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019 Jun 17;9(6):e027273. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31213450/>

11. W/Gebriel TK, Dadi TL, Mihrete KM. Determinants of unjustified cesarean section in two hospitals southwestern Ethiopia: retrospective record review. BMC Res Notes. 2018 Apr 3;11(1):219. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5883883/>
12. Harrison MS, Garces AL, Goudar SS, Saleem S, Moore JL, Esamai F, Patel AB, Chomba E, Bose CL, Liechty EA, Krebs NF, Derman RJ, Hibberd PL, Carlo WA, Tshefu A, Koso-Thomas M, McClure EM, Goldenberg RL. Cesarean birth in the Global Network for Women's and Children's Health Research: trends in utilization, risk factors, and subgroups with high cesarean birth rates. Reprod Health. 2020 Dec 17;17(Suppl 3):165. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7745346/>
13. Elnakib S, Abdel-Tawab N, Orbay D, Hassanein N. Medical and non-medical reasons for cesarean section delivery in Egypt: a hospital-based retrospective study. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 Nov 8;19(1):411. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31703638/>
14. Akegata M, Ronsmans C, Nguyen HAT, Kitamura N, Iwasaki C, Toizumi M, Moriuchi H, Dang DA, Yoshida LM. Socio-demographic factors of cesarean births in Nha Trang city, Vietnam: a community-based survey. Trop Med Health. 2020 Jul 10;48:57. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32669947/>
15. Azami-Aghdash S, Ghojazadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M, Asl Amin Abad R. Prevalence and Causes of Cesarean Section in Iran: Systematic Review and Meta-Analysis. Iran J Public Health. 2014 May;43(5):545-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26060756/>
16. Milcent, Carine, and Saad Zbiri. Prenatal care and socioeconomic status: effect on cesarean delivery. Health Economics Review. 10 Mar. 2018;

8(7): 1-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5845483/>

17. Martinelli, Katrini Guidolini et al. Prelabor cesarean section: the role of advanced maternal age and associated factors. *Revista de saude publica* vol. 55 9. 14 Apr. 2021. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8023322/>

18. Anaya Anichiarico Alberto, Londoño Villaquiran Francisco, Pérez Varela Lorena, Ortiz Martínez Roberth. 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. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2017 Nov [citado 2021 Oct 13] ; 82(5): 491-503. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262017000500491&script=sci_arttext&tlng=e

19. Muños Hernández José Alberto, Freyermuth Enciso María Graciela, Ochoa Torres María del Pilar. Factores asociados al incremento de cesáreas en México, 2011-2014. *PSM*. Junio 2020; 17(2): 59-91. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1659-02012020000100059&script=sci_arttext

20. Meda, Ivlabèhiré Bertrand et al. "Rate of and factors associated with indications for cesarean deliveries: Results of a national review in Burkina Faso." *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* vol. 135 Suppl 1 (2016): S51-S57. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27836085/>

21. Hernandez M. Prevalencia de cesárea y factores asociados en primigestas en el Hospital General de Zona no. 20 "La Margarita" [tesis].

- México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2020. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/13924>
22. Soto E. Prevalencia de parto por cesárea en primíparas en el Perú y factores asociados: análisis de la ENDES 2018 [tesis]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11769>
23. Zúniga N. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de enero a diciembre del 2018. [tesis] Tacna, Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3757>
24. Medina J. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a diciembre del 2015. [tesis] Lima, Perú: Universidad Privada Ricardo Palma; 2016. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/555>
25. Varas C. Factores maternos asociados a cesárea de emergencia - hospital lazarte de Trujillo 2015. [tesis] Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3362>
26. Huamán Santillán A, Palacios Sánchez C, Rojas Espinoza MA, Guerrero Kuoc C. Factores relacionados a partos por cesárea en el Hospital II EsSalud de Huánuco. Rev Peru Investig Salud [Internet]. 6 de julio de 2018 [citado 9 de octubre de 2021];2(1):10-7. Disponible en: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/208>
27. Angel E. Sinchitullo-Castillo, Luis Roldán-Arbieto, Pedro M. Arango-Ochante. Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano. Rev. Fac. Med. Hum. Julio 2020; 20(3):444-451. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n3/2308-0531-rfmh-20-03-444.pdf>

28. Pino-Anaya R, Zorrilla-Delgado V, Rodríguez-Lizana M, Ochoa-Yupanqui WW. Frecuencia e indicaciones de cesáreas electivas y de urgencia en el hospital docente. Ayacucho, Perú. Rev Peru Cienc Salud. 2021; 3(1): 32-7. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Maritza-Rodriguez-Lizana-2/publication/349352157_Frecuencia_e_indicaciones_de_cesareas_electivas_y_de_urgencia_en_el_Hospital_Regional_de_Ayacucho_Peru/links/603426dd299bf1cc26e44fe3/Frecuencia-e-indicaciones-de-cesareas-electivas-y-de-urgencia-en-el-Hospital-Regional-de-Ayacucho-Peru.pdf
29. Lozano G. Factores Asociados a la indicación de cesáreas en embarazadas atendidas por el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021. [tesis] Universidad Nacional Federico Villareal; 2021. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5039>
30. Faundes A. La evolución histórica de la tasa de la cesárea: de una excepción en la antigüedad a un exceso en la actualidad. Rev Peru Ginecol Obstet. 2021;67(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322021000100004
31. Protocolos y Medicina MaternoFetal [internet] 2021 [Consultado 10 Oct 2021] Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/>
32. Kayem G, Raiffort C. Técnicas Quirúrgicas de la cesárea. EMC-Ginecología-Obstetricia. 2019.55(1): 1-12. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1283081X19417025>
33. Mahadik K. Rising Cesarean Rates: Are Primary Sections Overused? J Obstet Gynaecol India. 2019 Dec;69(6):483-489. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13224-019-01246-y>

34. La Clasificación de Robson: Manual de aplicación [internet] Organización Mundial de la Salud [Consultado 10 Oct 2021] Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/es/
35. Encuesta demográfica y de salud familiar. Salud materna [internet] ENDES 2018 [Consultado 11 Nov 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap008.pdf
36. Salud Materna [internet] MINSA 2001 [Consultado 11 Nov 2021]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portaWeb/06prevencion/prevencion_77.asp
37. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. 9.ª ed. Chile; 2018. Disponible en : <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
38. Vergara G. Cesárea: definición, indicaciones [Internet]. Docplayer. 2009 [citado 8 octubre 2021]. Disponible en: <https://docplayer.es/3912009-Cesarea-definicion-indicaciones.html>
39. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Organización Mundial de la Salud. 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1
40. Salinas H, Naranjo B, Pasten J, Retamales B. Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. Revista HCUCH 2007; 18: 168 – 178. Disponible en:

https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/estado_cesarea_en_chile.pdf

41. Morales P, Hernandez J, Garcia J, Islas E. Cesárea: beneficios y riesgos. Rev Invest Med Sur Mex x, Octubre-Diciembre 2009; 8 (4): 181-184. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2009/ms094c.pdf>
42. Hernández-Espinosa C. La epidemia de cesáreas como limitante del parto humanizado. MÉD.UIS.2019;32(1):9-12. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v32n1/0121-0319-muis-32-01-9.pdf>
43. Gonzalez M. Indicaciones de Cesárea en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo 2014. [tesis] Universidad Ricardo Palma; 2016. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/522/Gonzales_m.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Condor R. Incidencia e Indicaciones de Cesárea del Hospital Hipolito Unanue de Tacna en el 2019. [tesis] Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2021. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/4331/1978_2021_condori_huaynapata_rz_fac_s_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
45. Bustamante J, Vera O, Limo J, Patazca J. Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010-2011. Rev. Cuerpo Médico HNAAA. 2014;7(1): 6-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4755872>
46. Wynn A, Cabeza J, Adachi K, Needleman J, Garcia PJ, Klausner JD. Frequency of maternal and newborn birth outcomes, Lima, Peru, 2013. PLoS One. 2015 Mar 25;10(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4373801/>
47. Fernandes I., De Carvalho D.; Antunes D. Factores asociados a la ocurrencia de cesárea en Brasil. Rev. Cubana Edu. Superior, La Habana, 2021; 40;1(16) Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142021000400016

48. Alfonso M. Factores Asociados a la Indicación de Cesárea en Gestantes Atendidas en una Clínica del Cono Norte, Julio- Diciembre 2020. [tesis] Universidad Privada del Norte; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/28549#:~:text=Conclusi%C3%B3n%3A%20Dentro%20de%20los%20factores,el%20Sufrimiento%20fetal%20agudo%2C%20placenta>
49. 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] Universidad Privada Ricardo Palma; 2021. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1845>
50. Wynn A., Cabeza J., Needleman J., Garcia PJ, Klausner JD. Frequency of maternal and newborn birth outcomes, lima, Peru, 2013. Plos One. 2015. Mar 25;10(3):e0116102. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4373801/>

ANEXOS

Anexo 1: Acta de aprobación del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
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 ASOCIADOS A LA ALTA TASA DE CESÁREAS EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO 2019** que presenta la SRTA ANAIS ANGELICA ROSSELL LAURIANO con DNI 77500672 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:

Mag. Luis Alberto Cano Cardenas
ASESOR DE TESIS

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



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
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 ASOCIADOS A LA ALTA TASA DE CESÁREAS EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO 2019** que presenta la SRTA **IORELLA ALEXANDRA MUÑOZ AGUIRRE** con DNI 74743738 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:

Mag. Luis Alberto Cano Cardenas
ASESOR DE TESIS

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

Anexo 2: Carta de compromiso del asesor de tesis Anexo



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, Srta **Anais Angelica Rossell Lauriano** 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. Luis Alberto Cano Cárdenas

Lima, 14 de octubre de 2021



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, Srta **Fiorella Alexandra Muñoz Aguirre** 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. Luis Alberto Cano Cárdenas

Lima, 14 de octubre de 2021

Anexo 3: Carta de aprobación del proyecto de tesis, firmado por la secretaria académica



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero



Oficio Electrónico Nº 2123-2021-FMH-D

Lima, 28 de octubre de 2021

Señorita
ANAIS ANGELICA ROSSELL LAURIANO
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 ASOCIADOS A LA ALTA TASA DE CESÁREAS EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO 2019"**, con la propuesta de dos autores desarrollado en el contexto del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis, presentando 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 jueves 21 de octubre de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedida 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
6010

Central 708-0000 / Anexo:

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



Oficio Electrónico N° 2124-2021-FMH-D

Lima, 28 de octubre de 2021

Señorita
FIGRELLA ALEXANDRA MUÑOZ AGUIRRE
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 ASOCIADOS A LA ALTA TASA DE CESÁREAS EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO 2019"**, con la propuesta de dos autores desarrollado en el contexto del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis, presentando 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 jueves 21 de octubre de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedita 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 708 -0000 / Anexo:
6010

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

Anexo 4: Carta de aprobación de ejecución de la tesis con aprobación por el comité de ética de investigación

**COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



CONSTANCIA

La Presidenta del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: FACTORES ASOCIADOS A LOS PARTOS POR CESÁREA EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO 2019

**Investigadoras: ANAIS ANGELICA ROSSELL LAURIANO /
FIORELLA ALEXANDRAMUÑOZ AGUIRRE**

Código del Comité: PG 053 2023

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría de revisión expedita por el período de 1 año.

Exhortamos a las investigadoras a la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con el desarrollo científico del país.

Lima, 27 de abril 2023

**Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
Presidenta del Comité de Ética en Investigación**

Anexo 5: Autorización para ejecución de investigación para el Hospital Nacional Sergio E. Bernales



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL SERGIO E.
BERNALES

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres"
"Año del Bicentenario: 200 Años de Independencia"

MEMORANDO N° 72 - CIEI - HSEB-2021

A : Srta. Bach. Anais Angelica Rossell Lauriano
Srta. Fiorella Alexandra Muñoz Aguirre

ASUNTO : Autorización para ejecución de investigación

FECHA : Comas, 15 de diciembre del 2021

Mediante el presente me dirijo a usted, para comunicarle que el Comité Institucional de Ética "*Factores asociados a los partos por cesárea en gestantes del servicio de ginecología-obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2019*" aprueba su trabajo mediante el Acta N° 21- 0081 y se le brinda la autorización para la ejecución de su investigación.

Es todo cuanto comunico a usted según lo solicitado.

Atentamente,

.....

.....
Alejandro Víctor Pérez Valle
Presidente del Comité de Ética en Investigación

Cc.
Archivo

Anexo 6: Autorización de la realización del protocolo de investigación en salud en la institución de investigación.

ANEXO 10

AUTORIZACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CON SERES HUMANOS EN LA INSTITUCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Lima, 30 de Noviembre del 2021

Sr. Dr. (a) Alejandro Victor Perez Valle

Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación - HSEB

Presente. -

De mi consideración:

El Jefe del Departamento / Servicio de Ginecología y Obstetricia del Establecimiento de Salud Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Tiene el agrado de dirigirse a usted para manifestarle mi visto bueno para la realización del protocolo titulado **“FACTORES ASOCIADOS A LOS PARTOS POR CESÁREA EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO 2019”**.

Este protocolo deberá contar además con la evaluación del comité institucional de ética en investigación (CIEI) acreditado por el INS y la autorización correspondiente por su despacho antes de su ejecución por tratarse de un protocolo de investigación en salud con seres humanos.

Sin otro particular, quedo de usted atentamente.


Nombre: Jefe de Departamento / Servicio
Firma y sello

Anexo 7: Constancia de aprobación ética en investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales



"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

N° 0081-2021

CONSTANCIA DE APROBACIÓN ÉTICA

El Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales (CIEI-HNSEB) hace constar que el protocolo de investigación denominado "Factores asociados a los partos por cesárea en gestantes del servicio de ginecología-obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el período 2019" fue **APROBADO** bajo la modalidad de **REVISIÓN EXPEDITA**.

Investigadores: Bach. Anais Angelica Rosell Lauriano
Bach. Fiorella Alexandra Muñoz Aguirre

El protocolo de investigación aprobado corresponde a la **versión 2** de fecha **15 de diciembre de 2021**.

Para la aprobación se ha considerado el cumplimiento de los lineamientos metodológicos y éticos en investigación, que incluye el balance beneficio/riesgo, confidencialidad de los datos y otros.

Las enmiendas en relación con los objetivos, metodología y aspectos éticos de la investigación deben ser solicitadas por el investigador principal al CIEI-HNSEB.

El protocolo de investigación aprobado tiene un periodo de vigencia de 12 meses; desde el 15 de diciembre de 2021 hasta el 14 de diciembre de 2022, y; de ser necesario, deberá solicitar la renovación con 30 días de anticipación.

De forma semestral, deberá enviarnos los informes de avance del estudio a partir de la presente aprobación y así como el informe de cierre una vez concluido el estudio.

Lima, 15 de diciembre 2021


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NAC. SERGIO E. BERNALES
Mg. ALEJANDRO V. PÉREZ VALLE
Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación-2021
CIEI 2021 (CIEI 1482)

Anexo 8: Acta de aprobación del borrador de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
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 ASOCIADOS A LOS PARTOS POR CESÁREA EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO 2019", que presentan las Srtas. FIORELLA ALEXANDRA MUÑOZ AGUIRRE y ANAIS ANGELICA ROSSELL LAURIANO para optar el Título Profesional de Médico (as) Cirujano (as), 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:

MC. Pedro Mariano Arango Ochante
PRESIDENTE

MC. Maria Clorinda Araujo Durand
MIEMBRO

Mg. Victor Juan Vera Ponce
MIEMBRO

Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis

Mg. Luis Alberto Cano Cárdenas
Asesor de Tesis

Lima, 02 de Mayo de 2023

Anexo 9: Reporte Original de Turnitin

FACTORES ASOCIADOS A LOS PARTOS POR CESÁREA EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	4 %
2	drive.google.com Fuente de Internet	1 %
3	G. Kayem, C. Raiffort. "Técnicas quirúrgicas de la cesárea", EMC - Ginecología-Obstetricia, 2019 Publicación	1 %
4	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	docplayer.es Fuente de Internet	1 %
6	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1 %
7	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %

8	repositorio.ug.edu.ec	1 %
<hr/>		
9	repositorio.upsjb.edu.pe	1 %
<hr/>		
10	repositorio.unfv.edu.pe	1 %
<hr/>		
11	www.scielo.org.pe	1 %
<hr/>		

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

Anexo 10: Certificado de asistencia al curso de Taller de Elaboración de Tesis



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 la Srta.

ANAIS ANGELICA ROSSELL LAURIANO

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 ASOCIADOS A LA ALTA TASA DE CESÁREAS EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO 2019. CON LA PROPUESTA DE DOS AUTORES.

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)



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 la Srta.

IORELLA ALEXANDRA MUÑOZ AGUIRRE

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 ASOCIADOS A LA ALTA TASA DE CESÁREAS EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO 2019. CON LA PROPUESTA DE DOS AUTORES.

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 11: Matriz de Consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACION Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANALISIS DE DATOS
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a los partos por cesárea en gestantes del servicio de Ginecología - Obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2019?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Determinar los factores asociados a los partos por cesárea en gestantes del servicio de Ginecología - Obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2019.</p>	<p>HIPÓTESIS PRINCIPAL</p> <p>Existen factores asociados a los partos por cesárea en gestantes del servicio de Ginecología - Obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2019.</p>	<p>Variable dependiente:</p> <p>Cesárea</p>	<p>Observacional Transversal Analítico retrospectivo</p>	<p>Pacientes mujeres que tuvieron parto por cesárea del servicio de Ginecología - Obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2019.</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>Estadística analítica.</p>
<p>PROBLEMA ESPECÍFICO</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de parto eutócico vs parto por cesárea?</p>	<p>OBJETIVO ESPECÍFICO</p> <p>Estimar la frecuencia de parto eutócico vs parto por cesárea.</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICA</p> <p>Existe mayor frecuencia de parto por cesárea que parto eutócico.</p>	<p>Variables Independientes:</p> <p>Factores Sociodemográficos:</p>				

<p>¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociadas a la alta tasa de cesárea?</p> <p>?</p>	<p>Identificar los factores sociodemográficos asociadas a la alta tasa de cesárea.</p>	<p>Existen factores sociodemográficos asociados a la alta tasa de cesárea.</p>	<p>-Edad de -Nivel educación -Procedencia</p>				
<p>¿Cuáles son los factores obstétricos según la escala de Robson asociadas a la alta tasa de cesárea?</p>	<p>Identificar los factores obstétricos según la escala de Robson asociadas a la alta tasa de cesárea.</p>	<p>Existen factores obstétricos según la escala de Robson asociadas a la alta tasa de cesárea.</p>	<p>Factores Obstétricos: -N° de partos -Cesárea previa -Inicio del trabajo de parto</p>				
<p>¿Cuáles son los factores clínicos (maternas, fetales y ovulares) asociadas a la alta tasa de cesárea en gestantes?</p>	<p>Identificar los factores clínicos (maternas, fetales y ovulares) asociadas a la alta tasa de cesárea en gestantes.</p>	<p>Existen factores clínicos (maternas, fetales y ovulares) asociadas a la alta tasa de cesárea en gestantes.</p>	<p>Factores Clínicos: -Maternos -Fetales -Ovulares</p>				

Anexo 12: Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
VARIABLE DEPENDIENTE				
CESÁREA	Intervención quirúrgica que permite la extracción del feto mediante una incisión abdominal cuando la vía vaginal se compromete.	Cualitativa	Nominal	0. Electiva 1. Emergencia
VARIABLE INDEPENDIENTE				
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS				
EDAD	Tiempo de vida en años de la gestante hasta su ingreso al servicio de Gineco-Obstetricia HNDM.	Cuantitativa	Intervalo	0. ≤ 19 años 1. 20-34 años 2. ≥ 35 años
NIVEL EDUCATIVO	Grado más elevado de estudios.	Cualitativa	Nominal	0. Alto 1. Bajo
PROCEDENCIA	Área de residencia de la gestante.	Cualitativa	Nominal	0. Urbano 1. Rural
FACTORES OBSTÉTRICOS				
Nº DE PARTOS	Cantidad de partos de la gestante	Cuantitativa	Nominal	0. Múltipara 1. Nulípara
INICIO DE TRABAJO DE	Proceso que culmina con	Cualitativa	Nominal	0. Espontáneo 1. No trabajo

PARTO	el parto.			de Parto
EDAD GESTACIONAL	Tiempo transcurrido desde la fecundación hasta el momento del nacimiento.	Cualitativa	Intervalo	0. 37-41 ss 1. 1. < 37 ss
FACTORES CLÍNICOS				
FACTORES MATERNOS				
INDICACIONES CLÍNICAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS	Indicaciones patológicas de cesárea gineco-obstétricas de la madre.	Cualitativo	Nominal	0. Desproporción céfalo pélvica 1. Trastornos hipertensivos del embarazo 2. Cesárea anterior
FACTORES FETALES				
INDICACIONES CLÍNICAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS	Indicaciones patológicas de cesárea gineco-obstétricas del feto.	Cualitativo	Nominal	0. Macrosomía 1. Distocia de presentación 2. Estado fetal no tranquilizador
FACTORES OVULARES				
INDICACIONES CLÍNICAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS	Indicaciones patológicas de cesárea gineco-obstétricas de la placenta.	Cualitativo	Nominal	0. Placenta previa 1. Anormalidades de Líquido amniótico 2. Ruptura prematura de membrana

Anexo 13: Ficha de Recolección de Datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°:

**FACTORES ASOCIADOS A LOS PARTOS POR GESÁREA EN EL
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES**

1. DATOS GENERALES:

Tipo de parto: () Vaginal () Cesárea	
Edad (años):	
Nivel educativo: () Bajo – primaria y/o secundaria () Alto – técnico o superior	
Procedencia: () Rural () Urbana	

2. INDICACIONES OBSTÉTRICAS:

Número de partos: () Multíparas () Nullíparas	
Inicio de trabajo de parto: () Espontáneo () No hay trabajo de parto	
Edad de gestación: () prematuro (< 37 ss) () A término y Postérmino (≥37 – 41 ss)	

3. INDICACIONES CLÍNICAS

FACTORES MATERNOS	SÍ	NO	FACTORES OVULARES	SÍ	NO	FACTORES FETALES	SÍ	NO
Desproporción C/P			Placenta previa total			Macrosemia (>4500 gr)		
THE			ALA			Distocia de presentación		
Cesárea anterior			RPM**			EFNT		

DPP*: Desprendimiento prematuro de la placenta / ALA*: Anormalidades del Líquido amniótico/ RPM**: Ruptura prematura de membrana/EFNT*: estado fetal no tranquilizador

Anexo 14: Bases de Datos (EXCEL, SPSS) o el link a su base de datos subida en el INICIB-URP

https://drive.google.com/drive/folders/1VtKOuQ7CXFGNMc1e3lhJfqwMTKW_1nV?usp=sharing

