



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES ASOCIADOS A CESÁREAS DE EMERGENCIA EN EL
HOSPITAL DOS DE MAYO. ENERO – AGOSTO, 2021.**

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTOR

GOMEZ RAMOS, MONICA YSEÑA (0000-0001-8003-3248)

ASESORA

DRA. LOO VALVERDE, MARIA ELENA (0000-0002-8748-1294)

Lima, 2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTOR (Gomez Ramos Monica Yseña)

Tipo de documento de identidad del AUTOR (DNI :73464844)

Número de documento de identidad del AUTOR (ORCID-0000-0001-8003-3248)

Datos de asesor

ASESOR (Dra. Loo Valverde Maria Elena)

Tipo de documento de identidad del ASESOR (DNI:09919270)

Número de documento de identidad del ASESOR (ORCID-0000-0002-8748-1294)

Datos del jurado

PRESIDENTE (MC. Arango Ochante Pedro Mariano, 09807139, 0000-0002-3267-1904)

MIEMBRO (Dra. Luna Muñoz Consuelo del Rocío, 29480561, 0000-0001-9205-2745)

MIEMBRO (Mg. Vera Ponce Víctor Juan , 46070007, 0000-0003-40759049)

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado:

A Dios, que me brindo la entereza e iluminación cuando me sentía perdida, El me guio hasta lograr mi objetivo principal en la vida.

A mi amada madre, Vidalina Ramos, que, con su sacrificio, amor y apoyo incondicional, me ha brindado una buena educación para ser una mejor persona cada día. ¡Eres la mejor madre del mundo!

A mi abuelos, Efigenia y Santiago, que gracias a sus sabios consejos que me imparten cada día, supieron estar a mi lado, en mis momentos de necesidad.

A mi familia, mis tía y tíos, mis primos, quienes me cuidaron en los momentos de soledad. Sé que solo tienen buenos deseos y oraciones para mí, espero enorgullecerlos.

A mis maestros, que supieron impartir su amplia sabiduría, sobre nosotros, sus estudiantes, con amor, empatía, responsabilidad y perseverancia, nos enseñaron a concluir nuestra carrera profesional.

Finalmente, a mis amigos que siempre han estado acompañándome a lo largo de todos estos años y que siempre estuvieron prestos ayudarme.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por guiarme por el buen camino, hasta terminar mis
objetivos.

A mi querida Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, por
permitirme ser parte de su gran familia universitaria.

A mis maestros, en especial a la Dra. Maria Loo Asesora de la Tesis y al Dr.
Jhony A. De La Cruz-Vargas Director de la Tesis, que se comprometieron
conmigo ayudarme en la elaboración de este último peldaño para obtener mi
título universitario.

Finalmente, a mi madre, mis abuelos, mis tíos, tías y primos, por permitirme
ser parte de una gran familia, muy unida y amorosa, por estar presentes, en los
buenos y malos momentos de mi vida.

¡Todo lo que soy, es por ustedes y para ustedes! Muchas Gracias

FACTORES ASOCIADOS A CESÁREAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. ENERO – AGOSTO, 2021.

RESUMEN:

Introducción: La cirugía de emergencia es aquella en la cual, existe un riesgo vital ya sea para la madre como para el feto, que, de no realizarse este procedimiento, las consecuencias pueden ser fatales. **Objetivo:** Identificar los factores asociados a cesáreas de emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero- agosto, 2021. **Métodos:** El presente estudio es un diseño observacional, analítico de corte transversal; la población fue de 408 gestantes. Se aplicó los modelos lineales generalizados, la asociación entre la variable dependiente e independiente se hizo a través de la prueba de Poisson con un estimador robusto, el análisis se realizó en el software SPSSv25. **Resultados:** Se encontró una asociación significativa entre los controles prenatales menores de seis p<0.001, RP: 1.74, IC (1.47-2.05); COVID-19 p<0.001, RP: 2.04, IC (1.65-2.52); preeclampsia, p< 0.001, RP: 2.75, IC (2.24- 3.36); sufrimiento fetal agudo p <0.001, RP: 3.27, IC (2.69-3.97); el retardo del crecimiento intrauterino P <0.001, RP: 1.57, IC (1.19-2.07) edad gestacional pretérmino, p:0.005, RP: 1.49 IC (1.13-1.96) con las cesáreas de emergencia. **Conclusiones:** Los factores asociados a cesárea de emergencia fueron: controles prenatales, diagnóstico de Covid-19, preeclampsia, sufrimiento fetal agudo, el retardo del crecimiento intrauterino y edad gestacional.

Palabras Clave: Cesárea, servicios médicos de urgencia, factores de riesgo, complicaciones del embarazo, clasificación. (Fuente: DeCS)

FACTORS ASSOCIATED WITH EMERGENCY CESAREAN SECTIONS AT THE HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. JANUARY - AUGUST, 2021.

ABSTRACT:

Introduction: Emergency surgery is that in which, there is a vital risk for both the mother and the fetus, which, if this procedure is not performed, the consequences can be fatal. Objective: To identify the predominant factors associated with emergency cesarean sections at the Hospital Nacional Dos de Mayo. January-August, 2021. Methods: The present study is an observational, analytical, cross-sectional design; the population was 408 pregnant women. Generalized linear models were applied, the association between the dependent and independent variable was done through the Poisson test with a robust estimator, the analysis was performed in SPSSv25 software. Results: A significant association was found between prenatal controls less than six $p<0.001$, PR: 1.74, CI (1.47-2.05); COVID-19 $p<0.001$, PR: 2.04, CI (1.65-2.52); preeclampsia, $p<0.001$, PR: 2.75, CI (2.24-3.36); acute fetal distress $p<0.001$, PR: 3.27, CI (2.69- 3.97); intrauterine growth retardation $P<0.001$, PR: 1.57, CI (1.19-2.07) preterm gestational age, $p:0.005$, PR: 1.49 CI (1.13-1.96) with emergency cesarean sections. Conclusions: Factors associated with emergency cesarean section were: prenatal controls, Covid-19 diagnosis, preeclampsia, acute fetal distress, intrauterine growth retardation and gestational age.

Key words: cesarean section, emergency medical Services, risk Factors pregnancy complications, classification (Source: Mesh)

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA:.....	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:	12
1.3 LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA	12
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:	12
1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:.....	13
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:	14
1.6.1 OBJETIVO GENERAL:	14
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
2.2 BASES TEÓRICAS:	23
CLASIFICACIÓN DEL PARTO POR CESÁREA:.....	27
INDICACIONES DE CESÁREA DE EMERGENCIA:	29
INDICACIONES MATERNAS	29
INDICACIONES FETALES	30
INDICACIONES OVULARES.....	31
2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES:	31
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	35
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA:	36

.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:	36
.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:	36
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	38
4.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	38
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	39
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
4.4 RESULTADOS	40
4.4 DISCUSIÓN:.....	45
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
6.1 CONCLUSIONES:.....	50
6.2 RECOMENDACIONES:	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	52
ANEXOS:	61

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años, los diferentes procedimientos quirúrgicos han ido incrementando, dentro de ellas, las cirugías abdominales son las más frecuentes, en la cual el parto por cesárea está a la cabeza.¹ Existe una clasificación importante de las cesáreas, que vienen hacer las cesáreas programadas y no programadas, de estas las no programadas son las cesáreas de emergencia, en donde el tiempo entre el diagnóstico y la sala de operaciones no debe pasar los 30 minutos, ya que está en juego el estado vital de la madre o el feto. Cada año, las cesáreas han ido cada vez más en aumento, es por eso que la OMS, recomienda que la tasa ideal de cesárea, debe oscilar entre el 10% al 15%.²

Se define como cesáreas de emergencia al resultado de una patología de la madre o del feto, como, por ejemplo, ante la sospecha de la pérdida del bienestar fetal, prolapso del cordón, inestabilidad hemodinámica de la madre, preeclampsia, en donde la cirugía de emergencia es la primera opción, para salvaguardar al binomio madre-hijo.³

El presente estudio se realiza por la importancia de dar a conocer los principales factores asociados a cesáreas de emergencia; ya que gracias a este tipo de procedimiento muchas veces se pueden prevenir las muertes materno-fetales.

Finalmente, el objetivo principal del presente trabajo, es identificar los factores que se presentan en mayor proporción, dentro de las cesáreas de emergencia, cuyas causas pueden ser maternas, como edad materna, edad gestacional, paridad, controles prenatales, cesárea anterior, infección por COVID-19, desproporción cefalopélvica, pelvis estrecha, preeclampsia, causas fetales como

embarazo múltiple, sufrimiento fetal agudo, restricción del crecimiento intrauterino, peso fetal anormal, anomalías congénitas y causas ovulares como el desprendimiento prematuro de placenta, prolapso del cordón umbilical, ruptura prematura de membranas.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA:

En el Perú, actualmente se ha incrementado el número de nacimientos por cesáreas de un 26.5% a 34.5% entre el año 2013 al 2018 respectivamente según el INEI; de estos, el 18% son por cesáreas de emergencia. Asimismo, la edad promedio de las gestantes fue de 35 a 49 años, representando un 45.2%, frente al 23,7% de gestantes menores de 20 años.⁴

Las causas más frecuentes de las cesáreas de emergencia son maternas, fetales y ovulares, de las cuales las más importantes son sufrimiento fetal, prolapso del cordón, eclampsia y preeclampsia con signos de severidad.⁵

Es muy importante saber entender estas diferentes situaciones y reconocer bien las emergencias, ya que someter a una gestante a un trauma abdominal puede conllevar algunas complicaciones posparto, como hemorragias, infecciones de la herida operatoria; es por eso que desde la antigüedad hasta el momento el parto vaginal debería ser la primera opción de una gestante para dar a luz a su bebé.⁵

En los últimos años el parto por cesárea de emergencia, muchas veces ha podido proteger el binomio madre-hijo gracias a este tipo de cirugía, como por ejemplo la pérdida del bienestar fetal que afecta principalmente al feto ya que no recibe adecuadamente el oxígeno necesario y que si no se realiza una cesárea de emergencia podría ocasionar daños irreparables en el tejido cerebral incluso llevando a la fatalidad.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los factores asociados a cesáreas de emergencia en el hospital nacional dos de mayo durante el periodo enero – agosto, 2021?

1.3 LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA.

El presente trabajo de investigación está relacionado con la 9° línea de investigación sobre salud materna, perinatal y neonatal, según las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud del 2019-2023 del Instituto Nacional de Salud del Perú.⁶

Además, este tema de investigación también está relacionado a la 9° línea de investigación sobre salud materna, perinatal y neonatal, según el oficio N°0711/SG-URP y acuerdo del consejo universitario N°0510-2021- virtual del 2021-2025 de la Universidad Ricardo Palma.⁷

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

El presente estudio se está realizando por la necesidad de dar a conocer que muchas muertes materno-fetales se pueden prevenir con una cirugía de emergencia como es la cesárea.

Es importante saber que, sin la realización de esta cirugía, las complicaciones del binomio madre – hijo son fatales; por ejemplo, la preeclampsia es un trastorno hipertensivo del embarazo que afecta a las gestantes en edad fértil, en la cual muchas veces va existir una inestabilidad

hemodinámica, y para salvar la vida de la paciente tiene que terminar en sala de parto.⁸

Otra de las causas de una cesárea de emergencia es una ruptura uterina que se da en el trabajo de parto principalmente como resultado de la presión intrabdominal, el útero se rompe y esto va a comprometer grandemente el suministro de oxígeno en el feto, y la hemodinamia de las madres, en donde muchas veces si no se actúa a tiempo puede ser fatal.⁹

El presente trabajo se realiza para identificar cuáles son las causas que se presentan en mayor proporción, respecto a las cesáreas de emergencia, en un hospital nacional de tercer nivel III-1, de referencia y en época de pandemia, en el cual puede existir factores nuevos asociados, tales como el coronavirus.

Se espera también que los resultados obtenidos puedan servir de reflexión para las mujeres en edad fértil sepan cuando aceptar una cirugía.

1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:

Este proyecto se realizó en las gestantes del área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo que hayan dado un parto por cesárea en el periodo enero-agosto del 2021, a través de la recolección de datos, según el libro de registros de reporte operatorio, historias clínicas y el libro de partos del centro obstétrico del servicio de Ginecología y Obstetricia; respetando en todo momento la confidencialidad de la paciente.

El origen de este nosocomio, inició con el nombre de Nuestra Señora de la Concepción en 1538, que fue el primer hospital del Perú. Luego de varios años, dicho hospital quedo pequeño frente a la problemática de la población, por la

cual fue trasladados a un hospital más grande llamado Hospital Real de San Andrés que se ubicaba en la actual Plaza Italia; pero con el paso de los años, el aumento de pacientes conllevó a que dicho hospital fuera insuficiente. Es así que el 28 de febrero 1875 empieza a funcionar Hospital Nacional Dos de Mayo¹⁰,
11

El Hospital Nacional Dos de Mayo, es un establecimiento III-1, donde la afluencia es elevada en el servicio de ginecología y obstetricia por ser un hospital de referencia, tiene un gran prestigio por su amplia experiencia en el campo. Además, cuenta con una ubicación idónea, en donde conecta el cono norte con el centro de la ciudad.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.6.1 OBJETIVO GENERAL:

- Identificar los factores asociados a cesáreas de emergencia en el Hospital Nacional Dos de mayo. Enero – Agosto, 2021.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar los factores asociados a las causas maternas, tales como edad materna, edad gestacional, paridad, controles prenatales, cesárea anterior, infección por COVID-19, desproporción cefalopélvica, pelvis estrecha, preeclampsia, de las cesáreas de emergencia.
- Estimar los factores asociados a las causas fetales como embarazo múltiple, sufrimiento fetal agudo, restricción del crecimiento intrauterino, peso fetal anormal, anomalías congénitas de las cesáreas de emergencia.

- Analizar los factores asociados a las causas ovulares como el desprendimiento prematuro de placenta, prolapso del cordón umbilical, ruptura prematura de membranas de las cesáreas de emergencia.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Nacionales:

1) En el estudio realizado por Medina et al.¹², en Perú, publicado en el año 2016 y que titula “Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo enero a diciembre del 2015” consistió en un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal, que dio como resultado que las gestantes de 20 a 35 años son las que con mayor frecuencia se realizan este tipo de cirugía. Del total de cesáreas, el 68,7% son cesáreas de emergencia, siendo la principal indicación cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande y sufrimiento fetal agudo.

2) En el trabajo realizado por Mejía et al.¹³, en Perú, estudio publicado en el 2016 y que lleva por título “Prevalencia de cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital ESSALUD II-Cañete durante el periodo de enero a diciembre del 2014” consistió en un estudio observacional, retrospectivo de tipo descriptivo, con una población de 285 pacientes que fueron sometidas a este tipo de cirugía, tanto electiva como de emergencia. Se obtuvieron como resultados que la prevalencia de las cesáreas fue de 29,8%. Entre las principales indicaciones tenemos: cesárea anterior con un 23,5%, seguido por sufrimiento fetal y trabajo de parto disfuncional cada uno con 9,1%, además desproporción céfalo pélvica con 8,4%. Además, la edad materna más frecuente abarco de 20 a 34 años con un 70,9% asociado la edad gestacional más frecuente fue de 40 semanas con un 47,4%, asimismo un 94,4% fueron recién nacidos a término.

- 3) En el trabajo de Gonzales et al.¹⁴, en Perú, publicado en el año 2016 y que titula “Indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes durante el periodo 2014” realizó una investigación, de tipo descriptivo, de diseño retrospectivo, transversal y cuantitativo; tenía como población a 338 casos de cesárea de estos, se encontró como resultado que el parto por cesárea, represento una frecuencia de 42,07%. Las principales indicaciones de esta fueron: Cesárea Anterior con 24.26%; Desproporción Céfalo-Pélvica con 16.57%; Pre-eclampsia o Eclampsia con un 10.95%; Macrosomía Fetal con 9.47% y Ruptura Prematura de Membranas con 8.87%.
- 4) En el trabajo de Sinchitullo et al.¹⁵, en Perú, publicado en el año 2020 y que titula “Factores asociados a partos por cesárea en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Militar Central, 2014-2018” realizó un proyecto de investigación tipo analítico, retrospectivo, de casos y controles; la población fue 329 cesáreas, dando como resultado que las indicaciones principales fueron la cesárea previa con un OR=1.55, IC95%=1.12-2.15. Otro factor significativo fue el número de hijos con un OR=0.83, IC95%=0.72-0.95, demostrando así, que, a menor número de hijos, hay un mayor riesgo de cesárea; además la edad gestacional, demostró también ser significativa y un factor de riesgo con un OR=1.03, IC95%=1.0-1.06.
- 5) En el trabajo de Zelada et al.¹⁶, en Perú, publicado en el año 2019 y que titula “Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital PNP Luis N. Sáenz. Junio 2017 – junio 2018” realizó un estudio de tipo descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal, con un total de 384 gestantes sometidas a parto por cesárea, dando como resultado que la desproporción céfalo pélvica, el trabajo de

parto prolongado, pródromos de trabajo de parto y oligohidramnios demostraron una significancia y asociación, respecto a la indicación de cesárea con un $p < 0,001$. Dentro de los factores ovulares, el indicador que más prevaleció fue la ruptura prematura de membrana, la macrosomía fetal con un $p < 0,05$ y OR = 2,208, fue el factor más significativo dentro de los factores fetales al igual que la presentación fetal anómala con un $p = 0,001$ y OR = 9,89, sufrimiento fetal agudo con un $p < 0,05$, OR = 3,50 y gestación múltiple $p = 0,041$.

6) En el trabajo realizado por Valdivia et al.¹⁷ en Perú, publicado en el año 2021 y que titula “Factores maternos asociados al parto por cesárea, en mujeres de 12 a 49 años del Perú, entrevistadas en la ENDES 2019” en su estudio de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, analítico, transversal de mujeres entrevistadas por la ENDES 2019. Se encontró una incidencia del parto por cesárea de 38.5%. También se realizó un estudio multivariado en la cual se demostró una gran significancia respecto a los factores obstétricos, respecto al parto por cesárea, de las cuales, los indicadores principales fueron cesárea previa con un PRa: 3.19, IC 95%: 3.01 - 3.38 y dar parto en institución privada con PRa: 1.51, IC 95%: 1.42 - 1.61.

7) El trabajo realizado por Barrena et al.¹⁸, en Perú, publicado en el año 2020 y que titula “Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú” consistió en un estudio descriptivo, tipo serie de casos, en donde se obtuvo como resultado una frecuencia de 50.2%, siendo la indicación más frecuente cesárea previa y la desproporción céfalo pélvica.

8) El trabajo realizado por Mosquera et al.¹⁹, en Perú, publicado en el año 2020 y que titula “Prevalencia de parto por cesárea en primíparas en el Perú y factores asociados: análisis de la ENDES 2018” consistió en un estudio

observacional, analítico transversal de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018. Dando como resultado que la prevalencia ponderada de un parto por cesárea en primíparas es de un 35,6%. Dentro de los factores sociodemográficos asociados fueron la edad materna entre 35 a 49 años con un ORa = 5,87; IC95% de 4,26 a 8,08. Finalmente los indicadores obstétricos significantes fueron la atención prenatal en alguna entidad privada con un ORa = 1,77 ; IC95% de 1,55 - 2,03, tener un parto por cesárea en alguna entidad privada con un ORa :1,77 ; IC95% de 1,55 - 2,03 y tener alguna complicación durante el parto con un ORa :1,78 ; IC95% de 1,57 - 2,03.

9) En el trabajo de Buendia et al.²⁰, en Perú, publicado en el año 2021 y que titula “Prevalencia de cesáreas según la clasificación de Robson en un Hospital Nacional, Huancayo, 2018” consistió en un estudio cuantitativo, retrospectivo, transversal descriptivo. Su población fue 336 casos; los grupos de Robson más prevalentes fueron los grupos 1, 5 y 10, el grupo etario más común fue de 30 - 37 años; el estado civil más prevalente fue el de conviviente y la tasa global de prevalencia de cesárea es 35,3%.

10) En el trabajo de Cosavalente et al.²¹, en Perú, publicado en el año 2021 y que titula “Características de las gestantes con indicación de Cesárea de emergencia atendidas en el hospital II-2 Tarapoto-2017” consistió en un diseño descriptivo, transversal, retrospectivo de observación. Dando como resultados que el 54.4% de las gestantes están entre las edades de 20 - 34 años, el 54.2% de las gestantes fueron multíparas, el 91.0% presentaron una gestación entre 37 a 41 semanas, sin control prenatal el 65.5% y el 66.7% de mujeres han tenido una cesárea anterior. Finalmente, la indicación de cesáreas de origen materno es inminencia de rotura uterina (28.8%), seguido de corioamnionitis (14.1.0%),

síndrome hipertensivo del embarazo (13.0%) y la desproporción cefalopélvica (10.2%) y de origen fetal, se encuentra que el 61.6% es producto del sufrimiento fetal, el 29.4% es por mala presentación fetal y el 9.0% por prematuridad.

2.1.2 Antecedentes Internacionales:

11) El trabajo realizado por Mylonas et al.²², en Alemania, publicado en el año 2015 y titulado “Indications for and Risks of Elective Cesarean Section” consistió en su estudio retrospectivo tipo revisión de casos en la cual se basó en publicaciones con una búsqueda selectiva. Dando como resultados el aumento de las tasas de cesáreas por solicitud de la madre. En 1991, el 15,3% de todos los recién nacidos en Alemania fueron por parto por cesárea; en 2012, la aumento a un 31,7%, a pesar que solo existía indicación médica en un 10% de todos los casos. Se deben considerar los riesgos intraoperatorios y posoperatorios de la cesárea, junto con las complicaciones que pueden afectar los embarazos posteriores.

12) El estudio realizado por Rafiei et al.²³, en Iran, publicado en el año 2018 y titulado “Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis” consistió en un estudio de meta análisis, en la cual se consideraron 41 artículos y se incluyeron en una revisión sistemática. Dando como resultados a 197514 mujeres embarazadas con una edad media de 26,72 años. La prevalencia de cesáreas fueron 48% en Irán y los factores asociados a estos fueron la educación superior de las madres, la cesárea previa y la recomendación del médico. Dentro de las complicaciones más frecuente en las mujeres sometidas a este tipo de cirugía fue el dolor muscular y

la taquipnea transitoria en el recién nacido, que es una de las complicaciones más frecuentes en el recién nacido.

13) En el estudio realizado por Oonagh et al ²⁴, en Reino Unido, publicado en el 2018 y que titula “Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis” consistió en un estudio tipo metaanálisis de estudios observacionales en epidemiología. Dando como resultado que la placenta previa (OR 1,74), placenta acreta (OR 2,95), desprendimiento de placenta (OR 1,38), aborto espontáneo (OR 1,17) y muerte fetal (OR 1,27), pero no mortalidad perinatal (OR 1,11) se asociaron significativamente al parto por cesarea.

14) El trabajo realizado por Mascarello et al.²⁵ en Brazil, publicado en el año 2017 y que titula “Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis” realizaron una revisión sistemática con metaanálisis. Dando como resultados que las mujeres con cesárea tienen una mayor probabilidad de muerte materna (OR = 3,10, IC 95% 1,92-5,00) e infección posparto (OR = 2,83, IC 95%, 1,585,06), pero tienen una menor probabilidad de hemorragia (OR = 0,52; IC95%: 0,48 a 0,57). En cuanto a la transfusión de sangre, no se asoció con el tipo de parto (IC 95%: 0,88 a 2,81).

15) El trabajo realizado por Morton et al.²⁶, en Australia, publicado en el 2019 y que titula “Parto por cesárea: tendencia en las indicaciones durante tres décadas dentro de la red de hospitales de una ciudad importante” consistió en un estudio observacional retrospectivo de todos los partos por cesárea, Dando como resultado que la tasa de cesareas de emergencia fue de 8,7%. El parto por

cesárea de emergencia aumentó del 3,4% al 5,5% de todos los partos. Además de los partos realizadas principalmente por sospecha de compromiso fetal intraparto aumentaron del 5,2% al 5,6%. La cirugía por cesárea previa, fue el factor que más contribuyó al aumento del parto por cesárea electiva, del 3,8% al 9,0% de todos los partos.

16) En el trabajo realizado por Ortiz et al.²⁷, en Colombia, publicado en el año 2019 y que titula “Prevalencia de complicaciones en pacientes sometidos a cesárea en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2016 en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia 2016.” consistió en un estudio de prevalencia con análisis secundario en el cual se incluyeron historias clínicas de pacientes sometidas a cesárea de urgencias y programadas. Dando como resultado una prevalencia de complicaciones del 5.22% (IC95%: 3.86-6.89), dentro de los factores relacionados positivamente se encontraron a la gestación pretermo (OR: 2.05); presentar al menos una comorbilidad (OR: 2.51) y tener una prioridad clasificada como urgente (OR: 3.01). Se concluyó que la prevalencia encontrada en el hospital es similar a la mayoría de estudios publicados.

17) En el trabajo de Castro et al.²⁸, en Ecuador, publicado en el año 2021 y que titula “Prevalencia de cesárea de emergencia y su asociación con la hemorragia postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso, período 2019. Cuenca 2020” consistió en un estudio analítico, retrospectivo de corte transversal. Se recolectaron en el programa SPSS versión 20, los resultados se presentaron utilizando la media, desviación estándar, odds ratio (IC 95%) y el valor de p (0,05) para la significancia estadística. Dando como resultado una prevalencia de cesárea de emergencia fuese del 10.2%, de estos, el 54.3% fueron pacientes

con edades de 20-29 años. El 61.7% fueron multíparas. Las principales indicaciones fueron distocias, cesárea anterior y preeclampsia grave con 34,04%, 22,34% y 11,7% respectivamente.

18) En el trabajo de Franco et al.²⁹, en Paraguay, publicado en el año 2020 y que titula “Incidencia y características de los partos por cesárea en un Hospital Público de Paraguay” consiste en un estudio descriptivo, retrospectivo y documental, con una población de 761 cesáreas, que corresponden al 36,28% de los partos y 1326 partos vaginales. Dando como resultado que las gestantes entre 24 a 27 años representan un 24%. Las indicaciones más frecuentes, fueron cesárea anterior con 16.5%, preeclampsia con 11%, desprendimiento de placenta con 10.5%, bradicardia fetal con 10% y presentación podálica con 8,5%.

19) En el trabajo de Cano et al.³⁰, en Nicaragua, publicado en el año 2018 y que titula “Factores asociados a la indicación de cesárea en embarazadas atendidas por el servicio de obstetricia. Hospital Amistad Japón-Nicaragua. Granada. Enero a diciembre 2017” consiste en un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, con una población de 2610 gestantes. De estos 37.2% fueron parto por cesárea, de estos el 51.4% fueron cesáreas de emergencia, con una escolaridad de 37.7%. las indicaciones principales fueron por parto detenido 11.3%, taquicardia fetal 12.1%. Además, el tiempo entre la indicación y la realización de la cesárea fue 18.4% tenían más de 1hr, pero menor de 2hrs.

2.2 BASES TEÓRICAS:

➤ CESÁREA:

La palabra cesárea proviene del verbo latino *caedere* (cortar), *caedo* (yo corto), posiblemente epónimo del general romano Cayo Julio Cesar, ya que es posible que derive de la creencia popular de que Julio Cesar nació por esta vía; sin embargo, esta relación no está clara.¹

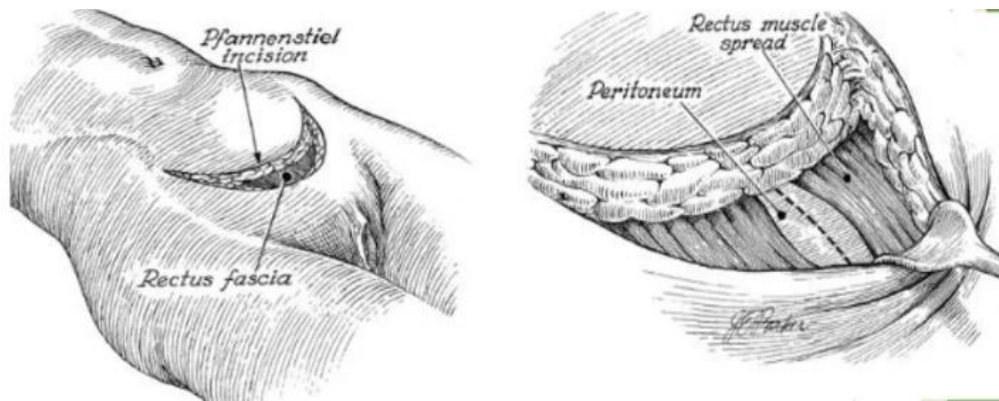
Para la mayoría de los autores consideran al verdadero creador de la operación cesárea fue el médico francés Francois Rousset, quien menciona en su monografía publicada en 1581 titulada “*Traite Nouveau de L’Hysterotomotokie ou enfantement cesarien*”, donde se recomienda por primera vez como procedimiento médico en una mujer viva.^{1,31}

A lo largo de los años, los procedimientos quirúrgicos han ido incrementando, en la cual, el parto por cesárea es una de las cirugías abdominales más frecuente en el mundo. La cesárea se define como el alumbramiento de un bebe a través de incisiones en la pared abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía); dentro de las incisiones la más simple y rápida es la incisión de Joel-Cohen; que es una incisión de aproximadamente 12 a 15cm de largo colocada dos dedos por encima del pubis. Además existen incisiones vertical o transversa, de estas la más utilizada es la transversa porque existe menor sangrado y mejor cicatrización.^{3,32}

TÉCNICA QUIRURGICA:

1. Se realiza primero la apertura de la pared abdominal, a través de una incisión tipo Pfannenstiel, incisión más utilizada por sus excelentes resultados estéticos, menor tasa de dehiscencias o eventraciones. Esta incisión es de tipo suprapúbica transversa de aproximadamente 10-12cm.³

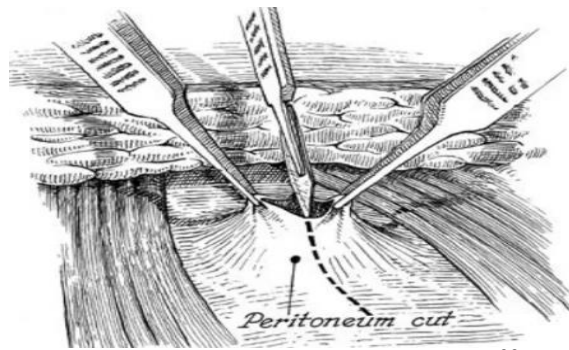
Figura N°1: Incisión de Pfannnestiel



Fuente: Efraín A. Medina Villaseñor, FACS.³³

2. Se realiza la apertura del tejido celular subcutáneo, mediante una disección roma, asociada a menor tiempo operatorio y la posibilidad de dañar vasos sanguíneos.³
3. Luego se procede a la apertura de la aponeurosis, mediante el bisturí frío o eléctrico y la ampliación lateral en dirección cefálica.³
4. Luego se realiza la disección del plano muscular subaponeurotico, teniendo cuidado con los vasos sanguíneos, además en gestantes sin cesárea previa, se realiza la separación manual de los músculos rectos en sentido vertical hasta identificar el peritoneo.³
5. Prontamente se realiza la apertura del peritoneo digitalmente, para minimizar el riesgo de lesión del útero, más si existe la sospecha de adherencias.³

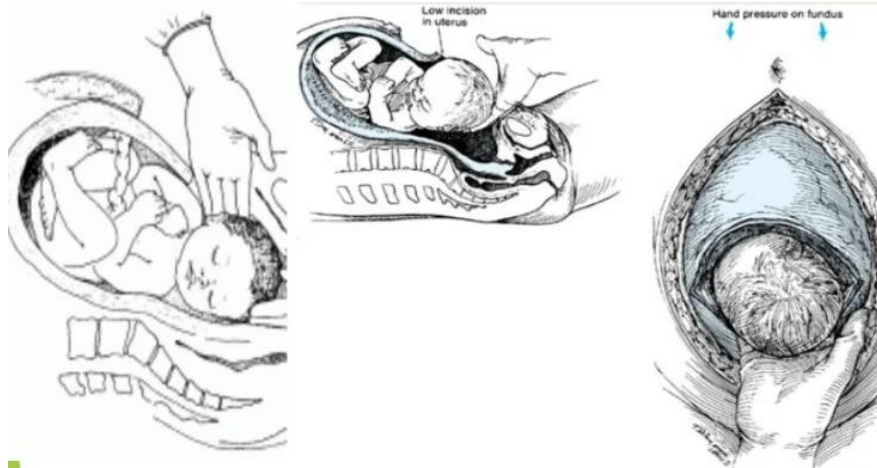
Figura N°2: Imagen de la disección roma hacia el peritoneo.



Fuente: Efraín A. Medina Villaseñor, FACS.³³

6. Posterior se identifica el segmento uterino de menor grosor, en la cual se abre transversalmente el peritoneo visceral con tijera y posteriormente disección digital.³
7. Inmediatamente se realiza la histerotomía, que va depender de múltiples factores como la presentación fetal, localización de la placenta, miomas. Se puede realizar a través de dos tipos de incisiones, en la cual la más frecuente es la incisión segmentaria transversa baja, que se realiza con el bisturí frío a través del útero y luego se amplía de manera digital. Cabe destacar que, en gestantes con antecedentes de cirugía previa, se realiza la incisión en la parte superior, para así evitar lesionar la vejiga.³
8. Posteriormente, se realiza la extracción fetal, aquí va a depender de la presentación fetal, en donde la más común es la presentación cefálica, en donde el cirujano introducirá su mano a la cavidad uterina para elevar y flexionar la cabeza fetal hasta la zona de la incisión, luego se va extraer el hombro anterior y posterior y finalmente el cuerpo fetal.³

Figura N°3: Imagen de la extracción fetal.



Fuente: Efraín A. Medina Villaseñor, FACS. ³³

9. Luego se realiza la histerorrafia con una sutura reabsorbible multifilamento n°1, colocando un punto suelto en cada ángulo lateral de la incisión y luego se hace una sutura continua. No se recomienda una sutura transfixiante, ya que hay mayor relación con la isquemia del tejido y como factor de riesgo de rotura uterina en posteriores gestaciones. ³
10. Posteriormente se realiza el cierre del peritoneo, pero es importante saber que no se debe suturar ni el peritoneo visceral y parietal, ya que disminuye estancia hospitalaria y reducir el tiempo operatorio. ³
11. El cierre de los músculos rectos no se recomienda, debido al aumento del dolor y estancia hospitalaria. ³
12. Finalmente, se procede al cierre de la fascia con sutura sintética reabsorbible, a modo de puntos separados. Luego se aproxima el tejido celular subcutáneo y el cierre de la piel con una sutura intradérmica. ³

CLASIFICACIÓN DEL PARTO POR CESÁREA:

Existe diferentes clasificaciones sobre las cesáreas como:

- **Cesáreas Programadas**: también llamada cirugía electiva, en la cual se realizará durante la gestación con patología materna o fetal que contraindique el parto vaginal.³
- **Cesáreas No programadas**: también llamadas urgente/emergente. Es el tipo de cirugía que se realiza por existir alguna patología de la madre o del feto, que en algunos casos inclusive puede comprometer el estado materno-fetal; entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no debe pasar 30 minutos.³

Otros autores clasifican las cesáreas como absolutas y relativas:

- **ABSOLUTAS**: Sufrimiento fetal, pérdida del bienestar fetal, desproporción feto-pélvica, desprendimiento prematuro de placenta severo, placenta previa sangrante, prolapso del cordón, cesárea previa y presentación podálica.³⁴
- **RELATIVAS**: Trastornos Hipertensivos del embarazo, distocias de rotación, detención de la dilatación, descenso de la cabeza, y fracaso de la inducción.³⁴

Finalmente, según el Instituto Nacional de Excelencia Clínica del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido público en abril del 2004 una clasificación con base en el bienestar del producto.

- ✚ **CATEGORÍA I**: Se da cuando hay una amenaza inmediata que compromete al binomio madre-feto y se debe realizar la operación por bradicardia fetal severa, prolapso del cordón, ruptura uterina y pH fetal menor de 7.2.^{34,35}
 - ✚ **CATEGORÍA II**: Se da cuando hay un compromiso materno fetal, pero que no es una amenaza inminente para la vida. Aquí hay un grado de urgencia para el término del embarazo, a fin de evitar un mayor deterioro ya sea de la madre o del feto.^{34,36}
-

- ✚ **CATEGORÍA III:** Aquí no hay algún tipo de compromiso materno-fetal, pero es necesario interrumpir el embarazo como la ruptura prematura de membranas y cesáreas programadas con trabajo de parto.
- ✚ **CATEGORÍA IV:** Es la interrupción programada de la gestación adaptándose a la paciente y al personal, es lo que se llama cirugía electiva. ^{34,36}

INDICACIONES DE CESÁREA DE EMERGENCIA:

Tabla N°1: Indicaciones Maternas.

INDICACIONES MATERNAS	
ABSOLUTAS	RELATIVAS
Desproporción cefalo-pelvica.	
Pelvis estrecha.	Cesárea segmentaria previa.
Obstrucciones mecánicas del canal vaginal como la fibrosis cervical.	Cérvix inmaduro.
Plastia vaginal o del piso pélvico previo	Cérvix inmaduro, que no responde a esquema de maduración
Cerclaje abdominal permanente.	Expulsivo prolongado.
Cesárea anterior 2 veces.	Dilatación estacionaria.
Cirugía previa sobre el útero.	Preeclampsia.
Condilomatosis obstructiva.	Eclampsia ^{36,37}
Cardiopatía descompensada	

<p>Miomatosis que invade la cavidad uterina.</p> <p>Herpes genital activo.</p> <p>Condilomatosis florida obstructiva.</p> <p>Cardiopatía descompensada.</p> <p>Malformaciones cerebrales arteriovenosas.</p> <p>Fistulas urinarias.</p> <p>Preeclampsia con signos de severidad ^{36,37}.</p>	
---	--

Fuente: Elder F. Reategui Solis, 2021³⁷.

Tabla N°2: Indicaciones Fetales:

INDICACIONES FETALES	
ABSOLUTAS	RELATIVAS
<p>Presentación transversa.</p> <p>Presentación podálica. Presentación de frente.</p> <p>Embarazo múltiple, gemelar monoamniótico monocorial, gemelar bivitelino en la cual no</p>	<p>Estado fetal insatisfactorio.</p> <p>Restricción del Crecimiento Intrauterino.</p> <p>Macrosomía fetal.</p> <p>Macrosomía fetal ^{36,37}</p>

<p>tengan una presentación cefálica.</p> <p>Sufrimiento fetal agudo</p> <p>Distocia del parto.</p> <p>Anomalías fetales (meningocele, hidrocefalia, onfalocele, gastrosquisis) ^{36,37}.</p>	
--	--

Fuente: Elder F. Reategui Solis, 2021³⁷.

Tabla N°3: Indicaciones Ovulares:

INDICACIONES OVULARES	
ABSOLUTAS	RELATIVAS
<p>Desprendimiento prematuro de placenta</p> <p>Placenta previa con oclusión total, Prolapso del cordón.</p> <p>Oligohidramnios severo ^{36,37}.</p>	<p>Placenta previa con oclusión parcial. Ruptura prematura de membranas.</p> <p>Polihidramnios severo ^{36,37}.</p>

Fuente: Elder F. Reategui Solis, 2021³⁷.

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES:

- **CESÁREA DE EMERGENCIA:** es la cirugía que se realiza en alguna situación que compromete la vida de la madre o el feto, cuyo periodo de tiempo no debe pasar los 30 minutos desde el diagnóstico hasta la sala de operaciones.³²
- **CAUSAS MATERNAS:**
 - **Edad Gestacional:** Se define como el número de semanas entre el primer día de la menstruación hasta el día del parto.³⁸

- **Edad Materna:** Es el periodo de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la fecha del parto de la gestante.
- **Paridad:** Se define como el número de gestaciones que ha tenido una mujer en edad fértil.
- **Controles Prenatales:** Se define como el número de controles prenatales que presenta una gestante, durante el primer, segundo y tercer trimestre.
- **Cesárea Anterior:** es el antecedente de haber tenido una cirugía abdominal en la cual se extrae el feto.
- **COVID-19:** Es una infección viral que puede causar diversas afecciones desde un resfrió común, hasta infecciones respiratorias graves.³⁹
- **Desproporción Cefalopélvica:** Es la dificultad del parto por vía vaginal, la dimensión anatómica de la pelvis es de 1.5 a 2cm o más por debajo de su tamaño normal, provocando que la cabeza fetal no pueda atravesar el anillo pélvico.⁴⁰
- **Pelvis Estrecha:** Se presenta cuando una de las dimensiones principales es de 1.5 a 2cm por debajo del tamaño normal, en la cual la cabeza fetal no va a pasar por el canal vaginal.⁴¹
- **Preeclampsia con Signos de Severidad:** Es aquella asociada a presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o diastólica ≥ 110 mmHg o evidencia de daño de órgano diana. Se presenta por encima de la semana 20 de gestación, pudiendo acarrear serias complicaciones como la eclampsia; en donde se presentan convulsiones tonico-clónicas o el síndrome HELLP; caracterizada por anemia

hemolítica microangiopática, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia.⁴² Este tipo de trastorno hipertensivo puede también complicarse, conllevando al edema agudo de pulmón, falla renal, encefalopatía hipertensiva con hemorragia cerebral, síndrome HELLP.⁴³

- **FACTORES FETALES:**

- **Embarazo Múltiple:** Se define como el desarrollo de dos fetos a más, al mismo tiempo, de los cuales pueden ser monocigóticos o dicigóticos.⁴⁴
- **Sufrimiento Fetal Agudo:** Se presenta entre el 6% al 15% de los partos, se define como el compromiso fetal durante el trabajo de parto, presentando hipoxia, hipercapnia y acidosis, que se puede diagnosticar a través de un patrón cardiotocográfico no tranquilizador, tinción meconial del líquido amniótico y alteración del equilibrio ácido-base.⁴²
- **Restricción Del Crecimiento Uterino:** Se define como la disminución de la velocidad del crecimiento intrauterino, es pequeño para la edad gestacional (PEG).
- **Peso Fetal Anormal:** Peso que es superior a 3999 gramos, o menor de 2500 gramos.
- **Anomalías congénitas** Se define como los defectos, trastornos o malformaciones congénitas. Dichas anomalías pueden ser funcionales o estructurales que ocurrieron durante la vida intrauterina.⁴⁵

- **FACTORES OVULARES:**

- **Desprendimiento Prematuro De Placenta:** Se encuentra después de las 22 semanas de gestación y antes del alumbramiento, que consiste en la separación parcial o total, de la placenta normalmente insertada, pudiendo causar sangrado uterino externo, hipertoniá uterina y distrés fetal. Principalmente se encuentra en gestantes con factores de riesgo como, hipertensión, multiparidad, gestante añosa, miomatosis.⁴³ Se define como el desprendimiento abrupto de la placenta, en general se da posterior a las 20 semanas.⁴⁶
 - **Prolapso del Cordón Umbilical:** Es el deslizamiento del cordón umbilical por delante del feto, sobresaliendo por el canal vaginal, siendo una emergencia obstétrica por puede comprimirse, comprometiendo la oxigenación fetal.⁴⁷
 - **Ruptura Prematura De Membrana:** Se define como la ruptura de las membranas ovulares, producidas previo al trabajo del parto, se da principalmente después de las 22 semanas de gestación. Se evidencia perdida de líquido turbio, purulento o fétido, temperatura mayor a 38°C, taquicardia materno-fetal asociado a dolor abdominal, que inclusive puede llegar a complicarse a corioamnionitis.⁴²
 - **Placenta Previa:** es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o cerca del mismo.⁴⁸
-
-
-

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GENERAL:

Existen factores asociados a cesáreas de emergencia en el Hospital Nacional Dos de mayo. Enero – agosto, 2021.

3.2 HIPÓTESIS ESPECIFICOS:

Ha 1: Existe asociación entre las causas maternas como edad materna, edad gestacional, paridad, cesárea anterior, preeclampsia, infección por COVID-19, pelvis estrecha, desproporción cefalopélvica y cesáreas de emergencia. Siendo la preeclampsia, el factor que predomina en causas maternas.

Ha 2: Existe asociación entre las causas fetales como sufrimiento fetal, peso fetal anormal, retardo del crecimiento intrauterino, anomalías congénitas, embarazo múltiple y cesáreas de emergencia. Siendo el sufrimiento fetal agudo, el factor que predomina en las causas fetales

Ha 3: Existe asociación entre las causas ovulares como ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, prolapso del cordón en feto vivo, placenta previa y cesárea de emergencia. Siendo la ruptura prematura de membranas, el factor que predomina en las causas ovulares

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

1. **TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:** Es un estudio observacional analítico de corte transversal. Es observacional porque es de carácter estadístico y demográfico, en la cual no hay intervención por parte del investigador y se limita a medir las variables que se colocan en el estudio. Es transversal porque el estudio se va a desarrollar en un momento concreto del tiempo, es un estudio de prevalencia y analítico, porque busca la asociación de la variable con el objetivo de la investigación. Finalmente, yo como investigador me comprometo a no manipular la información puesta en la historia clínica y asociados además de mantener confidencialidad de la paciente en todo momento.
2. **POBLACIÓN Y MUESTRA:** La población del presente estudio abarca el periodo de enero- agosto del 2021, que vendrían a ser las gestantes atendidas en el centro obstétrico del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Para el cálculo del tamaño muestral se emplea la calculadora de muestra Sample Size_INICIB del 2019, donde se calculó en relación al diseño de estudio transversal analítico. Los valores que se tomaron para PE del grupo 1 (enfermos/casos) que son las cesáreas de emergencia según el estudio de Castro fue del 10%.²⁸ y para la PE del grupo 2 (no enfermos/controles) que son las cesáreas electivas según el estudio de Sinchitullo fue del 21%.¹⁵

Encontrando una muestra de 374 pacientes, pero se incrementó el número de la muestra para aumentar la potencia de la prueba, la potencia de prueba es la que se expresa en la fórmula de número de muestra en porcentaje, que en nuestro caso se colocó el 80%, recolectándose en total 408 pacientes. El tipo de muestreo es no probabilístico.

Diseño Transversal Analítico	
P_1 : Proporción esperada con el factor en el grupo 1 (enfermos/ casos)	0.10
P_2 : Proporción esperada con el factor en el grupo 2 (no enfermos/ controles)	0.21
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.80
n' : TAMAÑO DE MUESTRA SIN CORRECCIÓN	169
n : TAMAÑO DE MUESTRA CON CORRECCIÓN DE YATES	187
TAMAÑO MUESTRA EXPUESTOS	187
TAMAÑO DE MUESTRA NO EXPUESTOS	187
TAMAÑO MUESTRA TOTAL	374

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

Fórmula para el cálculo del tamaño de muestra inicial

$$n' = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P_M(1-P_M)} - z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Donde P_M se calcula como:

$$P_M = \frac{P_1 + P_2}{2}$$

Aplicando la corrección de Yates tenemos:

$$n = \frac{n'}{4} \left[1 + \sqrt{1 + \frac{4}{n' * |P_1 - P_2|}} \right]^2$$

3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

- **Criterios De Inclusión:**

- ✓ Pacientes que fueron atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del HN2M.
- ✓ Gestantes a término sometidas a cesárea de emergencia y que tengan registro de los siguientes datos en las historias clínicas, reporte operatorio o libro de partos: edad gestacional, paridad, diagnostico preoperatorio, peso fetal, edad materna, número de controles prenatales

- **Criterios De Exclusión:**

-
- ✓ Se excluirán a gestantes de parto vaginal.
-

- **Variables De Estudio:**

- **Variables Dependientes:** cesárea de emergencia
 - **Variables Independientes:** edad materna, edad gestacional, paridad, controles prenatales, cesárea anterior, preeclampsia, infección por Covid-19, pelvis estrecha, desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal aguda, peso fetal anormal, retardo del crecimiento intrauterino, anomalías congénitas, embarazo múltiple, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, prolapso del cordón, placenta previa.
-

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los datos fueron recolectados a partir de reportes operatorios, historias clínicas y el libro de partos del centro obstétrico, del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo a través de la ficha de recolección de datos. Esta ficha está basada respecto a los factores asociados a cesáreas de emergencia que son las causas maternas, fetales y ovulares. Además, en dicha ficha guardara la confidencialidad de la paciente en todo momento.

4.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Los datos serán recolectados a través de una ficha de datos (**ver anexo 10**) estos datos fueron recogidos de los reportes operatorios, historias clínica y libros de parto de las cesáreas de emergencia.

Luego fueron colocados en EXCEL y exportados al programa SPSS v25, para posteriormente calcular los resultados. Para esto se aplicaron los modelos lineales generalizados, la asociación entre la variable dependiente e independiente se hizo a través de la prueba de Poisson con un estimador robusto y con un intervalo de confianza del 95%; calculándose así, el análisis bivariado. Para el análisis multivariado se ajustaron las variables tales como, edad materna avanzada, paridad, controles prenatales inadecuados, cesárea anterior, infección por COVID-19, desproporción cefalopélvica, pelvis estrecha, preeclampsia con signos de severidad, embarazo múltiple, sufrimiento fetal, anomalías congénitas, retardo del crecimiento uterino, desprendimiento prematuro de placenta, prolapso del cordón en feto vivo, ruptura prematura de membranas, peso fetal anormal, edad gestacional pretérmino y placenta previa. Finalmente, en estimaciones de parámetros se encontraron los porcentajes.

4.6 ASPECTOS ETICOS

Se cumplieron con todos los principios de ética y con la declaración de Helsinki. Además, esta investigación fue aprobada por el comité de ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, así como también del comité de ética del Hospital Nacional Dos de Mayo.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.4 RESULTADOS

En la tabla N°4, se muestra el orden de frecuencia de las variables asociadas a cesáreas de emergencia, se encontró dentro de paridad, que las múltiparas representaron el 67.6%, cesárea anterior con 34.3%, controles prenatales inadecuados o menores a seis con 61.3%, preeclampsia con 41.7%, sufrimiento fetal agudo con 47.1%, peso fetal inadecuado o menor a 2500 gramos con 29.4%, edad materna avanzada o mayor a 35 años con 21.1%, COVID-19 con 19.6%, edad gestacional pretérmino con 22.5% y ruptura prematura de membranas representando el 12.7%, las demás variables representaron un valor por debajo del 10%.

TablaN°4: Variables prenatales, natales y postnatales

VARIABLE	CESÁREA DE EMERGENCIA		CESÁREA ELECTIVA	
	N	%	N	%
PARIDAD				
Múltipara	138	67.60%	146	71.60%
Primípara	66	32.40%	58	28.40%
CONTROLES PRENATALES				
<6	125	61.30%	32	15.70%
≥6	79	38.70%	172	84.30%
SUFRIMIENTO FETAL				
SI	96	47.10%	8	3.90%
NO	108	52.90%	196	96.10%
PREECLAMPSIA CON SIGNOS DE SEVERIDAD				
SI	85	41.70%	23	11.30%
NO	119	58.30%	181	88.70%
CESÁREA ANTERIOR				
Si	70	34.30%	91	44.60%
No	134	65.70%	113	55.40%

PESO FETAL				
< 2500 gr	60	29.40%	38	18.60%
≥ 2500 gr	144	70.60%	166	81.40%
EDAD GESTACIONAL PRETERMINO				
SI	46	22.50%	2	1%
NO	158	77.50%	202	99%
EDAD MATERNA				
≥ 35 años	43	21.10%	40	19.60%
< 35 años	161	78.90%	164	80.40%
COVID-19				
SI	40	19.60%	14	6.90%
NO	164	80.40%	190	93.10%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS				
SI	26	12.70%	27	13.20%
NO	178	87.30%	177	86.80%
PELVIS ESTRECHA				
SI	14	6.90%	26	12.70%
NO	190	93.10%	178	87.30%
DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA				
SI	12	5.90%	6	2.90%
NO	192	94.10%	198	97.10%
RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO				
SI	13	6.40%	1	0.50%
NO	191	93.6	203	99.50%
ANOMALÍAS CONGENITAS				
SI	10	4.90%	2	1%
NO	194	95.10%	202	99%
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA				
SI	5	2.50%	6	2.90%
NO	199	97.10%	198	97.10%
PROLAPSO DEL CORDON EN FETO VIVO				

SI	6	2.90%	3	1.50%
NO	198	97.10%	201	98.50%
PLACENTA PREVIA				
SI	4	2%	3	1.50%
NO	200	98%	201	98.50%
EMBARAZO MULTIPLE				
SI	4	2%	1	0.50%
NO	200	98%	203	99.50%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°5, se muestra el análisis bivariado, donde se observa las variables significativas y asociadas a cesáreas de emergencia; que vienen a ser los controles prenatales inadecuados o menores a seis, con un $p < 0.001$ y $RP = 2.53$; cesárea anterior con $p = 0.039$ y $RP = 0.80$; COVID-19 $p < 0.001$ y $RP = 1.59$; preeclampsia con signos de severidad con un $p < 0.001$ y $RP = 1.98$; embarazo múltiple con $p = 0.037$ y $RP = 1.61$; sufrimiento fetal agudo con $p < 0.001$ y $RP = 2.59$, RCIU con $p < 0.001$ y $RP = 1.91$; anomalías congénitas con $p < 0.001$ y $RP = 1.70$; edad gestacional pretérmino con $p < 0.0001$ y $RP = 2.18$; peso fetal anormal con $p = 0.006$ y $RP = 1.31$.

Tabla N°5: Análisis bivariado de los factores asociados a las cesáreas de emergencia

VARIABLE	P	IC		RP
		Inferior	Superior	
EDAD MATERNA AVANZADA	0.708	0.82	1.32	1.04
CPN < 6	< 0.001	2.07	3.08	2.53
PARIDAD	0.381	0.74	1.11	0.91
CESÁREA ANTERIOR	0.039	0.65	0.98	0.80
COVID-19 SEVERO	< 0.001	1.31	1.94	1.59
DESproporción CEFALO-PELVICA	0.082	0.96	1.90	1.35

PELVIS ESTRECHA	0.079	0.43	1.04	0.67
PRECLAMPSIA CON SIGNOS DE SEVERIDAD	<0.001	1.67	2.35	1.98
EMBARAZO MULTIPLE	0.037	1.02	2.52	1.61
SUFRIMIENTO FETAL	<0.001	2.21	3.05	2.59
RETARDO DEL CRECIMIENTO UTERINO	<0.001	1.60	2.28	1.91
ANOMALIAS CONGENITAS	<0.001	1.29	2.23	1.70
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	0.770	0.47	1.74	0.90
PROLAPSO DEL CORDON EN FETO VIVO	0.221	0.83	2.15	1.34
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	0.884	0.73	1.31	0.97
PLACENTA PREVIA	0.681	0.59	2.19	1.14
EDAD GESTACIONAL PRETERMINO	<0.001	1.91	2.48	2.18
PESO FETAL ANORMAL	0.006	1.08	1.60	1.31

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°6, se realiza el análisis multivariado de las variables asociadas a emergencia, se encontraron ser significantes a los controles prenatales inadecuados o menores a seis, con un $p < 0.001$ y $RP = 1.74$; covid-19 mostro un $p < 0.001$ y $RP = 2.04$; preeclampsia con signos de severidad con $p < 0.001$ y $RP = 2.75$; sufrimiento fetal agudo con $p < 0.001$ y $RP = 3.27$; el retardo del crecimiento

intrauterino mostro p: 0.001 y RP= 1.57; edad gestacional pretérmino con un p= 0.005 y RP= 1.49.

Tabla N°6: Análisis multivariado de los factores asociados a cesáreas de emergencia

VARIABLES	P	IC		RPa
		Inferior	Superior	
EDAD MATERNA AVANZADA	0.334	0.73	1.11	0.90
PARIDAD	0.950	0.81	1.20	0.99
CPN <6	<0.001	1.47	2.05	1.74
CESÁREA ANTERIOR	0.383	0.74	1.12	0.91
COVID-19 SEVERO	<0.001	1.65	2.52	2.04
DESPROPORCIÓN CEFALO-PELVICA	0.703	0.67	1.30	0.93
PELVIS ESTRECHA	0.371	0.60	1.20	0.85
PRECLAMIA CON SIGNOS DE SEVERIDAD	<0.001	2.24	3.36	2.75
EMBARAZO MULTIPLE	0.077	0.96	1.91	1.36
SUFRIMIENTO FETAL	<0.001	2.69	3.97	3.27
ANOMALIAS CONGENITAS	0.648	0.73	1.65	1.10
RETARDO DEL CRECIMIENTO UTERINO	0.001	1.19	2.07	1.57
DESPRENDIMIENTO O PREMATURO DE PLACENTA	0.748	0.71	1.58	1.06
PROLAPSO DEL CORDON EN FETO VIVO	0.221	0.78	2.84	1.49
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	0.693	0.81	1.35	1.05
PESO FETAL ANORMAL	0.584	0.73	1.18	0.93
EDAD GESTACIONAL PRETERMINO	0.005	1.13	1.96	1.49
PLACENTA PREVIA	0.821	0.74	1.45	1.04

Fuente: Ficha de recolección de datos**4.4 DISCUSIÓN:**

Se revisaron 408 historias clínicas de las gestantes sometidas a cesáreas de emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, durante el periodo de enero-agosto del año 2021, de los cuales uno de los factores asociados y significativos fue la edad gestacional pretérmino con respecto a la cesárea de emergencia con un p : 0.005 y RP: 1.49, resultados respaldados, por artículos nacionales e internacionales como el de Zuniga.⁴⁹ en el 2018, con una población de 319 pacientes, en su análisis estadístico, se mostró que las gestantes que acudieron con una edad gestacional menor a 37 semanas tuvieron 2 veces más riesgo de presentar una cesárea con un valor de $p < 0.001$, RP: 2.51, IC95%: 1.53-4.12. El estudio de Ortiz.²⁷ en el 2016 demostró que la edad gestacional menor de 37 semanas se asoció significativamente con la indicación de cesárea con un $p < 0.02$, OR: 2.05, IC95%: 1.01-4.02. El estudio de Ticona.⁵⁰ en el 2019 demostró en su estudio que las gestantes que tuvieron una edad gestacional menor a 37 semanas tuvo un valor de $p < 0.001$, indicando ser significativa. En el estudio de Jativa.⁵¹ en el 2018, demostró con una muestra de 268 gestantes y con una edad gestacional menor de 37 semanas, se asoció significativamente con un $p = 0.011$, OR 5.08, IC95%: 1.62-5.96 a la indicación de cesárea. Así como también en el estudio de Andia.⁵² en el 2017, en su estudio mostro que 222 gestantes fueron cesáreas de emergencia, de las cuales el 37.55% tuvieron una edad gestacional pretérmino y el 0.79% tuvieron una edad gestacional postérmino, en donde estadísticamente se observó una significancia con un $p < 0.001$. A diferencia del estudio de Sinchitullo.¹⁵ en el 2020 mostro, que la edad gestacional no fueron un factor de riesgo respecto a la cesárea de emergencia con un $p = 0.665$.

Otro resultado significativo fue la preeclampsia con un $p < 0.001$, $RP=2.75$, demostrando estar asociado y ser 2 veces más prevalentes a presentar una cesárea de emergencia, resultado respaldado por el estudio según Alfonso.⁵³ en el 2020, identificó a 161 gestantes, de las cuales el 27% de pacientes tuvieron preeclampsia con un valor $p < 0.001$ $OR: 16.38$ mostrando ser una variable significativa respecto a la indicación de cesárea. En el estudio de Zuniga.⁴⁹ en el 2018, según su estudio con una muestra de 319 gestantes, de las cuales el 5.3% tuvieron preeclampsia, con un $p < 0.001$, $OR=26.82$, $IC95\%=6.19-116.99$ demostrando estar asociado al parto por cesárea. En el estudio de Ticona.⁵⁰ en el 2019, con una población de 31118 pacientes, se encontró el 2.4% de gestantes con preeclampsia, con un $p < 0.001$, indicando estar asociado a la cesárea. En el estudio de Jativa.⁵¹ en el 2018, que tuvo como muestra a 268 pacientes, de las cuales el 91% fueron preclámpicas sometidas a una cesárea de emergencia con un $p < 0.001$. En el estudio de Andia.⁵² en el 2017, con una muestra de 253 gestantes, en donde el 36.76% tuvieron preeclampsia, asociándose significativamente a una cesárea de emergencia con un $p=0.034$. En el estudio de Gamboa.⁵⁴ en el 2017, con una población de 82 pacientes, observó que el 19.5% presentó preeclampsia, además mostró que esta indicación materna está asociada significativamente con un $p=0.038$. A diferencia del estudio de Zelada.¹⁶ en el 2019, en su estudio se observó que la preeclampsia no estuvo asociada a las cesáreas de emergencia con un $p=0.40$.

El sufrimiento fetal agudo, fue otro factor significativo, encontrándose en el presente trabajo un valor de $p < 0.001$ y $RP: 3.27$, demostrando que las gestantes que tengan dicho diagnóstico, tengan 3 veces más riesgo de presentar una cesárea de emergencia, este resultado es respaldado por los siguientes estudios como el de Alfonso.⁵³ en el 2020, con una muestra de 161 gestantes, de las cuales 35 gestantes fueron

diagnosticadas con sufrimiento fetal agudo, donde demostró una significancia de $p < 0.038$, OR:4.31 con respecto a la indicación de cesárea. Además, en el estudio de Zuniga.⁴⁹ en el 2018, observó a 319 gestantes, de las cuales el 13.1% presentó sufrimiento fetal agudo, además esta patología tiene 144 veces más riesgo de ser riesgo de ser indicación de cesárea con un OR= 144,88 con IC95%: 19,85 a 1057, $p=0,000$. En el estudio de Huamán.⁵⁵ en el 2018, con una muestra de 239 pacientes, de las cuales el 75% fueron diagnosticadas con sufrimiento fetal agudo, asociándose también con la indicación de cesárea, con $p < 0.001$, RP:2.68 IC95% 1,99-3.60. En el estudio de Zelada.¹⁶ en el 2018, con una muestra de 284 gestantes, de las cuales el 88% presento sufrimiento fetal y con un valor de $p=0.002$, OR=3.50, IC95%=1.41-8.86, mostro que las gestantes con esta patología tienen 3 veces más riesgo de sufrir una cesárea de emergencia. En el estudio de Mora.⁵⁶ en el 2018, con una población de 539 casos, demostraron que el 19.6% presentaron sufrimiento fetal agudo con un OR :1.80, $p < 0.001$, indicando ser factor de riesgo y ser significancia con la indicación de cesárea de emergencia. Así como también el estudio de Varas.⁵⁷ en el 2015, con una muestra de 199 historias, de las cuales el 40% presentó sufrimiento fetal agudo, además se demostró que la presente patología fue significativo con respecto a la indicación de cesárea con un $p < 0.05$, OR=40.398, IC95%: 38.33-42.47. En el estudio de Andía.⁵² en el 2017, con una muestra de 253 gestantes, de los cuales el 0.40% presentó sufrimiento fetal, con $p=0,027$, lo cual fue significativo, para la cirugía de emergencia. Diferente al estudio de Palomino.⁶¹ en el 2017, identifico que el sufrimiento fetal agudo y la cesárea no tuvieron asociación significativa con un $p > 0.05$.

Otro indicador importante y nuevo que se encontró en el trabajo fue la infección por COVID-19, en donde se demuestra ser significativa con un $p < 0.001$, RP:2.04,

demostrando que las gestantes que padezcan dicho diagnóstico, tienen 2 veces más riesgo de padecer una cesárea de emergencia, resultado respaldado por artículos nacionales e internacionales como el estudio de Vielma.⁵⁸ en el 2020, con una muestra de 597 pacientes, de las cuales el 39.9% presentaron COVID-19, de estos el 63% fueron indicaciones de cesárea, dentro de las medidas de asociación, se observó un riesgo absoluto con un OR 1.79, IC95%=1,57-9,98 IC 95 $p < 0.05$ de padecer un parto por cesárea. En el metaanálisis de Lea.⁵⁹ en el 2021, revisaron 86 artículos de revisión, de las cuales el 51% fueron gestantes con infección por COVID-19 y tuvieron 7 veces más riesgo de ser indicación de cesárea, con un OR=7.2, $p < 0.05$. En otro estudio de Guevara.⁶⁰ en el 2020, con una muestra de 2419 pacientes, donde el 25.3% de las gestantes con infección por COVID-19 tuvieron una cesárea de emergencia.

Otro factor importante del presente estudio, asociado a cesárea de emergencia fue el retardo del crecimiento intrauterino, mostrando ser significativo con un $p < 0.001$, RP= 1.570, resultado respaldado por un estudio de Guevara.⁵⁶ en el 2018 con una población de 539 gestantes, de las cuales se encontró el 14.9% de RCIU con un OR=3.1 y $p < 0.05$. diferente al estudio de Alfonso.⁵³ en el 2021, con una muestra de 161 gestantes, mostro que el RCIU no estuvo asociado a la indicación de cesárea con un $p = 0.40$.

En cuanto a los controles prenatales, se observó que el 61.3% tuvo controles mayores a 6, y solo el 38.7% tuvieron controles prenatales insuficientes, además hay que resaltar que en el estudio, se observó que los controles prenatales insuficientes, representan una gran asociación con las cesáreas de emergencia con un valor de $p < 0.001$ y RP=1.74, resultado respaldado por el estudio de Valdivia.¹⁷ en el 2019 , con una muestra de 7850, observó que los controles prenatales menores a seis,

presentaron una asociación, con un valor de $p=0.010$, $RP=1.14$, con respecto a la cesárea. En el estudio de Palomino.⁶¹ en el 2016, con una muestra de 76 gestantes, encontró que los controles prenatales menores a seis, tienen la posibilidad de culminar su parto por cesárea de 2 veces más, que una gestante con controles prenatales normales, hallándose un OR 2.6. Resultado diferente, encontrado en el estudio de Aguilar.⁶² con una población de 132 gestantes, de las cuales el 17% fueron gestantes con controles prenatales insuficientes o menores de seis; además no estuvieron asociadas a la indicación de cesárea, con un $p>0.05$.

El presente estudio tuvo ciertas limitaciones, una de ellas es que no se incluyeron los factores socioculturales, ya que la obtención de datos, fueron recogidos de las historias clínicas, en donde estos tipos de factores no fueron mencionados. Además, este tipo de estudio solo aplica a un hospital nivel III-1, del ministerio de salud, ya que la población que acude a estos tipos de hospital tiene un nivel sociocultural diferente a los hospitales del mismo nivel, pero del seguro social.

Finalmente, otra importante limitación es el factor temporalidad, ya que el presente estudio solo se realizó durante el periodo de enero -agosto, 2021, época de pandemia, en donde el acceso a hospitales era un poco más restringido y la población fue menor a otros años sin pandemia.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES:

- Los factores asociados a las cesáreas de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, son controles prenatales inadecuados o menores a seis, infección por COVID-19, preeclampsia, sufrimiento fetal agudo, retardo del crecimiento intrauterino y edad gestacional pretérmino
 - Los factores asociados a cesáreas de emergencia que fueron causas maternas son los controles prenatales inadecuados, preeclampsia e infección por COVID-19.
 - Los factores asociados a cesáreas de emergencia que fueron causas fetales son: sufrimiento fetal agudo y retardo del crecimiento intrauterino.
 - En las causas ovulares, no se encontraron factores asociados a cesáreas de emergencia.
-

6.2 RECOMENDACIONES:

- ✚ Se recomienda que los futuros estudios también se enfoquen en estudiar variables sociodemográficas, con el fin de ubicar a la población de las mujeres más vulnerables a terminar en parto por cesárea de emergencia y en ellas dirigir las políticas de salud.
 - ✚ Dado que los controles prenatales insuficientes fueron significativos y ser una variable modificable, se recomienda fortalecer a los establecimientos del primer nivel, dando a conocer su importancia, ya que, gracias a estos, se puede prevenir futuras complicaciones de las gestantes, evitando que estas acudan a la emergencia de obstetricia, para tener un parto por cesárea.
-

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nápoles M. Peñate Ll. Llody G. Arencibia C. Hernández D De La Cc. La Cesárea como la más Antigua de las Operaciones Obstétricas. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. 9 De Octubre De 2018 [Citado 7 De Abril De 2022];44(2). Disponible En: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/339>
2. Who_Rhr_15.02_Spa.Pdf [Internet]. [Citado 8 De Abril De 2022]. Disponible En: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/who_rhr_15.02_spa.pdf?sequence=1
3. Sant J.D. Cesáreas en el Hospital De Barcelona.pdf [Internet]. [Citado 8 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>
4. INEI.Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Salud Materna. 2018. https://www.inei.gob.pe/media/menurecursivo/publicaciones_digitaes/est/lib1211/pdf/libro.pdf
5. Montenegro D. Indicaciones y Complicaciones Inmediatas de Cesáreas Realizadas a Pacientes que acuden al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nuevo Amanecer del Municipio de Bilwi durante el período de febrero a julio del año 2016 [Tesis para optar el título de médico y cirujano] Nicaragua. Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua.2018. <https://repositorio.unan.edu.ni/10490/1/99372.pdf>
6. MINSA. Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en el Peru 2019-2023 [Internet]. Instituto Nacional De Salud. [Citado 8 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://web.ins.gob.pe/es/investigacion-en-salud/prioridades-de-investigacion>
7. URP. Líneas de Investigación Periodo 2021-2025.Pdf [Internet]. [Citado 8 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/30004/n/0510-lineas-de-investigacion-periodo-2021-2025.pdf>
8. Antonette T.D. Preeclampsia y Eclampsia - Ginecología y Obstetricia [Internet]. Manual Msd Versión Para Profesionales. [Citado 8 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%c3%ada-y-obstetricia/anomal%c3%adas-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia>

9. Julie S.M. Rotura Uterina - Ginecología y Obstetricia - Manual Msd Versión Para Profesionales [Internet]. [Citado 8 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%20y-obstetricia/anomal%20complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-uterina>
10. MINSA. Historia del Hospital Nacional Dos de Mayo [Internet]. Hospital Nacional Dos De Mayo. 2016 [Citado 8 De Abril De 2022]. Disponible En: <http://hdosdemayo.gob.pe/portal/resena-historica/>
11. Ríos F. Estudio de Vulnerabilidad Sísmica Estructural, no Estructural y Funcional Hospital Nacional Dos De Mayo, Cercado de Lima.Pdf [Internet]. [Citado 8 De Abril De 2022]. Disponible En: <http://sigrid.cenepred.gob.pe/docs/para%20publicar/cismid/estudio%20de%20vulnerabilidad%20sismica%20estructural,%20no%20estructural%20y%20funcional%20hospital%20nacional%20dos%20de%20mayo,%20e%20cercado%20de%20lima.pdf>
12. Huiza M. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo enero a diciembre del 2015 [Tesis para optar el grado de médico cirujano] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016. https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/555/Medina_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Leon M. Prevalencia de Cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital Essalud II-Cañete Durante el Periodo de Enero a diciembre del 2014 [Tesis para optar el grado de médico cirujano] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016. [https://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/556#:~:text=conclusi%20%3a%20la%20prevalencia%20de%20ces%20a%20reas,oms%20\(10%20a%2015%25\)](https://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/556#:~:text=conclusi%20%3a%20la%20prevalencia%20de%20ces%20a%20reas,oms%20(10%20a%2015%25))
14. Gonzales_M. Indicaciones de Cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales Durante El Periodo 2014 [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016. Disponible En: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/522/gonzales_m.pdf?sequence=1&isallowed=y
15. Sinchitullo A. Roldán L. Arango P. Factores Asociados A Partos Por Cesárea En Un Hospital Peruano. Rev Fac Med Humana. Julio De 2020;20(3):444-51. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n3/2308-0531-rfmh-20-03-444.pdf>
16. 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 para optar el grado de médico cirujano]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Lima; 2019. <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1845/VZELADAL%3%81ZARO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Valdivia De R. Factores Maternos Asociados al Parto por Cesárea, en Mujeres de 12 A 49 Años Del Perú, Entrevistadas en la Endes 2019. [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Lima: Universidad Ricardo Palma. 2021. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3820>.
 18. Barrena M, Quispe P, Flores M, León C, et al. Frecuencia e Indicaciones del parto por Cesárea en un Hospital Docente de Lima, Perú. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. Abril De 2020 [Citado 8 De Abril De 2022];66(2). Disponible En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=s2304-51322020000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es. DOI: <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246>.
 19. Mosquera E. Prevalencia de Parto por Cesárea en Primíparas en el Perú y Factores Asociados: Análisis De La Endes 2018 [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2020. Disponible En: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11769/soto_me.pdf?sequence=1&isallowed=y
 20. Buendia A. Prevalencia de Cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Nacional de Huancayo,2018. [Tesis para optar el grado de médico cirujano] Huancayo: Universidad Peruana los Andes; 2021. Pdf [Internet]. [Citado 9 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/2339/tesis.buendia%20aparicio.pdf?sequence=1&isallowed=y>
 21. Cosavalente M. Características de las Gestantes con Indicación de Cesárea de Emergencia Atendidas En El Hospital II - 2 Tarapoto - 2017] [Tesis para optar el título de segunda especialidad en emergencias y alto riesgo]. Tarapoto: Universidad San Martin de Porres;2021. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/7746>
 22. Mylonas I. Indications for And Risks of Elective Cesarean Section. 2015;112:489-95 [Internet]. Deutsches Ärzteblatt. [Citado 8 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article?id=171328>. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0489
 23. Rafiei M, Saei Ghare M, Akbari M, Kiani F, Sayehmiri F, Sayehmiri K, Et Al. Prevalence, Causes, And Complications of Cesarean Delivery In

- Iran: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Int J Reprod Biomed.* Abril De 2018;16(4):221-34. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29942930/>
24. Keag Oe, Norman J, Stock S. Long-Term Risks and Benefits Associated with Cesarean Delivery for Mother, Baby, and Subsequent Pregnancies: Systematic Review And Meta-Analysis. *Plos Med.* 23 De Enero de 2018;15(1):E1002494. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29360829/>
 25. Mascarello K, Horta B, Silveira M. Maternal Complications And Cesarean Section Without Indication: Systematic Review And Meta-Analysis. *Rev Saúde Pública [Internet].* 17 De Noviembre De 2017 [Citado 9 De Abril De 2022];51. Disponible En: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/3vgzrtgb4d7xzgbwkrpvrrn/?format=html&lang=en>
 26. Morton R, Burton Ae, Kumar P, Hyett Ja, Phipps H, Mcgeechean K, Et Al. Cesarean Delivery: Trend In Indications Over Three Decades Within A Major City Hospital Network. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020;99(7):909-16 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31976544/>.
 27. Ortiz R, Moreno E, Mambuscay J, Muñoz Daza J, et al. Prevalencia de Complicaciones en Pacientes Sometidas a Cesárea en el Periodo Comprendido entre enero a Diciembre del 2016 en el Hospital Universitario San José De Popayán, Colombia 2016. *Rev Chil Obstet Ginecol.* Diciembre De 2019;84(6):435-48 https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-75262019000600435.
 28. Castro V.M. Prevalencia de cesárea de emergencia y su asociación con la Hemorragia postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019 [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2020.Pdf [Internet]. [Citado 9 De Abril De 2022]. Disponible En: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/36185/1/Proyecto%20de%20investigaci%C3%B3n.pdf>
 29. Franco N.R. Silva B.H. Franco N.J. Mayko S.B. Herica C.L. Aline F.R. et al. Incidencia y Características de los Partos por Cesárea en un Hospital Público de Paraguay. *Rev Int Salud Materno Fetal.* 2020; 1(3) 1-7 <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/rismf/article/view/167>
 30. Chavarría C.L. Factores Asociados a la Indicación de Cesárea en Embarazadas atendidas por el Servicio de Obstetricia. Hospital Amistad Japón-Nicaragua. Granada. Enero a diciembre 2017. [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma

- De Nicaragua, Managua; 2018. [Citado 9 de abril de 2022]. Disponible En: <https://repositorio.unan.edu.ni/9149/>
31. Tania O. Causas de las Intervenciones de Operación Cesárea, realizadas a mujeres de 16 a 40 años, en el hospital general regional” en el Hospital General Regional Dr. Bernardo Sepulveda Gutierrez en Zihuatanejo. Periodo Mayo–Octubre del 2016. [Tesis para optar el grado licenciatura en enfermería y obstetricia]. Zihuantanejo: Universidad de América; 2017. Disponible En: <https://qdoc.tips/tesis-tania-oregon-mayo-2017docx-pdf-free.html>
 32. Stanford Children’s Health. Parto por Cesarea.Stanford-2019 [Internet]. [Citado 9 De abril De 2022]. Disponible En: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=partoporcesrea-92-P09282>.
 33. Efraín A. Medina Villaseñor,Facs. Cesarea Tecnica Quirurgica-2017 [Internet]. 17:06:08 Utc [Citado 21 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://es.slideshare.net/efranamedinavillaseo/cesarea-tecnica-quirurgica>
 34. Oncoy Rosales Ariana. Indicaciones De Cesarea. 2018. 2:69-73. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021802>.
 35. Escobar D. Análisis de Situación de la Operación Cesárea en Adolescentes. [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Honduras: Universidad Nacional Autónoma de Honduras; 2017. <http://www.bvs.hn/tmvs/pdf/tmvs66/pdf/tmvs66.pdf>
 36. Quinlan JD, Murphy NJ. Cesarean delivery: counseling issues and complication management. *Am Fam Physician*. 2015 Feb 1;91(3):178-84. PMID: 25822271. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25822271/>
 37. Elder F. Factores de riesgo materno-fetales asociados al incremento de las Cesáreas en el Hospital II-Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020. [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martin; 2021.Pdf [Internet]. [Citado 10 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/4169/med.%20humana%20-%20elder%20favio%20reategui%20solis.pdf?sequence=1&isallowed=y>
 38. Medlineplus Enciclopedia Médica. Edad Gestacional.2021 [Internet]. [Citado 10 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm>
 39. OMS.Coronavirus.2021. [Internet]. [Citado 10 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>

40. Danforth's Obstetrics and Gynecology Ninth Ed. Scott, James R., et al, Desproporción Cefalopelvica. 22. American College of Nurse-Midwives, <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/labor-and-birth/cephalopelvic-disproportion/>
41. Medline. Enciclopedia Medica. Pelvis Estrecha ¿Qué es y Cómo Puede Afectar en el Parto?.2020 [Internet]. [Citado 10 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://www.facemama.com/embarazo/pelvis-estrecha.html>
42. MINSA. Salud Materno Perinatal. Peru.[Internet]. Instituto Nacional De Salud. [Citado 8 De Abril De 2022]. Disponible En <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3318.pdf>.
43. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo De La Preeclampsia/Eclampsia en el Perú. Rev Peru Ginecol Obstet. Octubre De 2014;60(4):385-94. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000400015&script=sci_abstract
44. Serna N. Embarazo múltiple. (Ed.), (2012). Biología del desarrollo. Cuaderno de trabajo. McGraw Hill. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1476§ionid=95223980>
45. OMS. Anomalías Congénitas.2022[Internet]. [Citado 11 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
46. Elizalde V, Calderón-Maldonado Ae, García-Rillo A, Díaz-Flores M. «Abruptio Placentae»: Morbimortalidad y Resultados Perinatales. Rev Med E Investig. 1 De Julio De 2015;3(2):109-15. <https://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/49555>
47. Julie S, Prolapso Del Cordón Umbilical - Ginecología Y Obstetricia.2020 [Internet]. Manual Msd Versión Para Profesionales. [Citado 11 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%c3%ada-y-obstetricia/anomal%c3%adas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/prolapso-del-cord%c3%b3n-umbilical>
48. Antonnette T.D. Placenta Previa - Ginecología Y Obstetricia.2020 [Internet]. Manual Msd Versión Para Profesionales. [Citado 11 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%c3%ada-y-obstetricia/anomal%c3%adas-del-embarazo/placenta-previa>

49. Zuniga M. Factores asociados a a indicacion de cesarea en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna de enero a diciembre del 2018. [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann;2019. Pdf [Internet]. [Citado 17 De Abril De 2022]. Disponible En: http://www.repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3757/1638_2019_zuniga_monje_nm_facsc_medicina_humana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
50. Ticona D. Análisis de la Cesárea Según la Clasificación de Robson en un Hospital Público del Peru. Rev Ginecol Obst Mex.2019;87(10):626-636.pdf [Internet]. [Citado 17 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom1910c.pdf>
51. Cabezas A.J. Factores Clínicos y Quirúrgicos que Influyen en la Indicación de Cesárea en Pacientes con Preeclampsia con Signos de Severidad. [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2018. <http://201.159.222.35/bitstream/handle/22000/15553/tesis%20finalizada%20.pdf?sequence=1&isallowed=y>
52. Mamani A. Factores Determinantes De La Cesárea En El Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno Periodo Enero-Diciembre 2017. [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano Puno; 2017. http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6392/And%c3%ada_Mamani_Albert.pdf?sequence=1&isAllowed=y
53. Alfonso M. et al, Factores Asociados a la Indicación de Cesárea en Gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte, Julio-diciembre 2020. [Tesis para optar el título profesional de obstetra] Lima. Universidad Privada del Norte; 2021.Pdf [Internet]. [Citado 17 De Abril De 2022]. Disponible En: <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/28549/alfonso%20tasayco%20maria%20carolina%20-%20flores%20de%20la%20cruz%20yolanda%20marina.pdf?sequence=1&isallowed=y>
54. Gamboa C. et al, Factores asociados a cesarea en adolescentes Hospital Laura Esther Rodriguez Dulanto de Supe, Barranca, 2016-2017. [Tesis para optar el grado de médico cirujano] Huaraz: Universidad Nacional Santiago Antunez de Mayolo; 2019.Pdf [Internet]. [Citado 22 De Abril De 2022]. Disponible En: http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2848/T033_76794447_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

55. 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 14 de mayo de 2022];2(1):10-7. Disponible en: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/208>
56. Mora-Soto N, Villegas-Agudelo La, López-Moreno La, Ramírez-Serrano Ca, Rubio-Romero Ja, et al. Riesgo De hospitalización del Neonato Asociado a la Cesárea en una Institución de Alta Complejidad en Bogotá, Colombia, 2018. Rev Colomb Obstet Ginecol. Marzo De 2020;71(1):42-55.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=s0034-74342020000100042&lng=en&nrm=iso&tlng=es doi: 10.18597/rcog.3364
57. Varas S. Factores maternos asociados a cesáreas de emergencia-Hospital Lazarte de Trujillo 2015. [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. 2017. http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/3362/1/rep_med.huma_cesar.varas_factores.maternos.asociados.ces%3%81rea.emergencia.hospital.lazarte.trujillo.2015.pdf
58. Vielma O. S, López A. M, Bustos V. Jc, Assar R, Valdés P. F, Vielma O. S, Et Al. Parto Prematuro en Pacientes Covid-19 en Hospital San Juan de Dios. Rev Chil Obstet Ginecol. Septiembre de 2020;85:S59-66. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-75262020000700009
59. Cupul-Uicab La, Hernández-Mariano Já, Vázquez-Salas A, Leyva-Lopez A, Barrientos-Gutierrez T, Villalobos Hernández A. Covid-19 Durante el Embarazo: Revisión Rápida Y Metaanálisis. Salud Pública México. 26 De Febrero De 2021;63(2, Mar-Abr):242-52. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11810>
60. Guevara-Ríos Enrique, Espinola-Sánchez Marcos, Carranza-Asmat César, Ayala-Peralta Félix, Álvarez-Carrasco Ricardo, Luna-Figueroa Antonio et al . Anticuerpos anti-SARS-COV-2 en gestantes en un hospital nivel III de Perú. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2020 Jul [citado 2022 Mayo 15] ; 66(3): 00002. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2259>.
61. Palomino D. Factores asociados a cesárea en adolescentes y adultas. Hospital Regional de Ayacucho. Setiembre-Noviembre 2016 [Tesis para optar el grado de médico cirujano] Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristobal de Huamanga; 2017.Pdf [Internet]. [Citado 22

- De Abril De 2022]. Disponible En:
http://209.45.73.22/bitstream/unsch/1867/1/tesis%20o793_pal.pdf
62. Aguilar G. Frecuencia e indicaciones de cesarea electiva y de urgencia. Hospital Il Carlos Tuppia Garcia Godos ESSALUD-Ayacucho. Enero a marzo, 2018. [Tesis para optar el grado de médico cirujano] Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristobal de Huamanga; 2017.Pdf [Internet]. [Citado 22 De Abril De 2022]. Disponible En:
http://209.45.73.22/bitstream/UNSCH/3436/1/TESIS%20O831_Agu.pdf
-
-
-

ANEXOS:**1. 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 CESÁREAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO. ENERO – AGOSTO, 2021**” que presenta la SRТА. Gómez Ramos Monica Yseña 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:

Dra. Maria Elena Loo Valverde**ASESORA DE TESIS**

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

Lima, 28 de Octubre de 2022

2. ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
 Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
 • **Unidad 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. Monica Yseña Gomez Ramos 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,

Dra. Maria Loo Valverde

Lima, 10 de noviembre del 2021



PERU

Ministerio
de SaludHospital Nacional
Dos de MayoMANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

R.D. N° 156 – 2019 / D / HNDM

Fecha: 08 / 11 / 2021

Comité de Ética en
Investigación Biomédica

FORMULARIO N° 02

**COMPROMISO FIRMADO POR EL INTERESADO PARA REALIZAR ESTUDIO
DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"**

Mediante el presente documento, YO MONICA YSEÑA GOMEZ RAMOS
Investigador Principal, responsable de la ejecución del estudio de investigación titulado:

- **"FACTORES ASOCIADOS A CESÁREAS DE EMERGENCIA EN EL**
- **HOSPITAL DOS DE MAYO. ENERO – AGOSTO, 2021."**
-

Que se realizará en el Hospital Nacional "Dos de Mayo", asumo el siguiente compromiso:

1. Seguir estrictamente el protocolo sin alterar su estructura ya acordada mientras el estudio se realice.
2. Si hubiera que hacer alguna variación, deberé comunicar el cambio propuesto a la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación (OACDI) y al Comité de Ética, para poder ser evaluado desde el punto de vista metodológico y ético.
3. Reportar trimestralmente al Equipo de Investigación de la OACDI, los avances del estudio, tratando de respetar el cronograma.
4. Dejaré una copia del informe final con los resultados de la investigación. Adicionalmente, si estudio fue sustentado y aprobado como tesis, dejaré una copia (física y en CD) de la misma, la cual formará parte de la biblioteca de tesis.

Investigador Principal

Coordinador de Investigación

Jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación,
Docencia e Investigación

- ❖ **Nota:** Este compromiso rige por un año. En caso de continuar el estudio, deberá solicitar una extensión de la aprobación 30 días antes del vencimiento. Se firmará un nuevo compromiso.

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

UNIVERSIDAD RICARDO



PALMA
Facultad de Medicina
Humana



Manuel Huamán Guerrero

Oficio Electrónico N° 2110-2021-FMH-D

Lima, 28 de octubre de 2021

Señorita
MÓNICA YSEÑA GOMEZ RAMOS
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 CESÁREAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO. ENERO – AGOSTO, 2021”**, 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.

4. ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

	PERÚ	Ministerio de Salud	Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud	Hospital Nacional Dos de Mayo
---	-------------	---------------------	---	-------------------------------

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

EVALUACIÓN N° 074-2021-CEIB-HNDM

"FACTORES ASOCIADOS A CESÁRIAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. ENERO - AGOSTO, 2021."

Investigador: MONICA YSEÑA GOMEZ RAMOS

El Comité de Ética en Investigación Biomédica concluye que:

- 1.- El Investigador se encuentra calificado para la conducción de la investigación.
- 2.- El Protocolo sigue lineamientos metodológicos y éticos.

Por tanto, el comité expide el presente documento de **APROBACIÓN Y OPINIÓN FAVORABLE** del presente estudio.


El presente documento tiene vigencia a partir de la fecha y expira el **15 de diciembre del 2022**.

El Investigador remitirá al Comité de Ética en Investigación Biomédica un informe final al término del estudio.


Atentamente

Lima, 16 de diciembre 2021

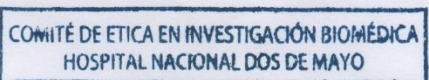
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO



DRA. ALEJANDRA PARHUANA BANDO (E)
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA



COMITÉ DE ÉTICA
PRESIDENTE
HNDM - HNDM
INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA



COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

APR/VRS/eva Pamua Historia de la Medicina



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital Nacional
Dos de Mayo

"AÑO BICENTENARIO DEL PERÚ 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

CARTA N° 0 241 -2021-DG-HNDM.

Lima, 29 de diciembre 2021

Estudiante:

MONICA YSEÑA GOMEZ RAMOS

Investigadora Principal

Presente. -

ASUNTO : AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

REF : Expediente N°08273 Registro N°033832-21

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que con Informe N°0937-2021-OACDI-HNDM, informa que no existe ningún inconveniente en que se desarrolle el estudio de investigación titulado:

"FACTORES ASOCIADOS A CESÁRIAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. ENERO - AGOSTO, 2021"

En tal sentido esta oficina autoriza la realización del estudio de investigación. Consecuentemente el investigador deberá cumplir con el compromiso firmado, mantener comunicación continua sobre el desarrollo del trabajo y remitir una copia del estudio al concluirse.

El presente documento tiene aprobación por el Comité de Ética en Investigación Biomédica de Nuestra Institución; según la (Evaluación N°074-2021-CEIB-HNDM) el cual entra en vigencia a partir del 16 de diciembre 2021 y expira el 15 de diciembre del 2022.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Sin otro particular, me suscribo de Usted.

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
v. ROSARIO DEL VALLE ROSA OKAMOTO
Directora General (e)

CARTA N°0107 -OACDI-CARTA N°0102-EI-HNDM

RM 000000000000/eva

<http://india.nodot.gov.pe/portal/>
director@hospitaldosdemayo.gob.pe
hdsdemayo@hotmail.com



Parque "Historia de la Medicina Peruana"
s/n alt. Cdra. 13 Av. Grau- Cercado de Lima
Teléfono: 328-0028 Anexo 3209

5. ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



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

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada “FACTORES ASOCIADOS A CESÁREAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO. ENERO – AGOSTO, 2021.”, que presenta la Señorita MONICA YSEÑA GOMEZ RAMOS para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

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

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

Dr. Pedro Arango
 PRESIDENTE

Dra. Consuela Luna
 MIEMBRO

Mag Víctor Vera
 MIEMBRO


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
 Director de Tesis

Dra. María Loo Valverde
 Asesora de Tesis

Lima, 17 de mayo del 2022

6. ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

feedback studio
Monica Gomez Ramos | FACTORES ASOCIADOS A CESÁREAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DO...
?



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FACTORES ASOCIADOS A CESÁREAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO. ENERO – AGOSTO, 2021.

LIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTOR

GOMEZ RAMOS, MONICA YSEÑA (0000-0001-8003-3248)

ASESORA

DRA. LOO VALVERDE, MARIA ELENA (0000-0002-8748-1294)

Lima, 2022

Resumen de coincidencias ×

13 %

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	5 %	>
2	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1 %	>
3	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1 %	>
4	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	1 %	>
5	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1 %	>
6	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	1 %	>
7	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1 %	>
8	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %	>
9	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	1 %	>
10	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	1 %	>
11	mail.revistas.unica.edu... Fuente de Internet	1 %	>
12	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	1 %	>

7. ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

MONICA YSEÑA GOMEZ RAMOS

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 CESÁREAS DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO. ENERO – AGOSTO, 2021.

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

Lima, 13 de enero de 2022

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



Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (e)

8. ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO	PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION
<p>¿Cuáles son los Factores asociados a cesáreas de emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero – Agosto, 2021?</p>	<p>GENERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores asociados a cesáreas de emergencia en el Hospital Nacional Dos de mayo. Enero – Agosto, 2021. 	<p>GENERAL:</p> <p>Existen factores asociados a cesáreas de emergencia en el Hospital Nacional Dos de mayo. Enero – agosto, 2021.</p>	<p>VARIABLES Dependientes:</p> <p>cesárea de emergencia</p>	<p>El tema de investigación es observacional analítico de corte transversal.</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>
	<p>ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar los factores asociados a las causas maternas, tales como edad materna, edad gestacional, paridad, 	<p>ESPECIFICOS:</p> <p>Ha 1: Existe asociación entre las causas maternas como edad materna, edad gestacional, paridad, cesárea anterior,</p>	<p>VARIABLES independientes:</p> <p>edad materna, edad gestacional, paridad, controles prenatales, cesárea anterior, preeclampsia,</p>	<p>Es observacional porque es de carácter estadístico y demográfico, en la cual no hay intervención por parte del</p>	

	<p>controles prenatales, cesárea anterior, infección por COVID-19, desproporción cefalopélvica, pelvis estrecha, preeclampsia con signos de severidad, de las cesáreas de emergencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimar los factores asociados a las causas fetales como embarazo múltiple, sufrimiento fetal agudo, restricción del crecimiento intrauterino, peso 	<p>preeclampsia, infección por COVID-19, pelvis estrecha, desproporción cefalopélvica y cesáreas de emergencia. Siendo la preeclampsia, el factor que predomina en causas maternas.</p> <p>Ha 2: Existe asociación entre las causas fetales como sufrimiento fetal, peso fetal anormal, retardo del crecimiento intrauterino, anomalías congénitas, embarazo múltiple y cesáreas de emergencia. Siendo el</p>	<p>infección por COVID-19, pelvis estrecha, desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal agudo, peso fetal anormal, retardo del crecimiento intrauterino, anomalías congénitas, embarazo múltiple, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta. Prolapso del cordón y placenta previa.</p>	<p>investigador y se limita a medir las variables que se colocan en el estudio. Es transversal porque el estudio se va a desarrollar en un momento concreto del tiempo, es un estudio de prevalencia y analítico, porque busca la asociación de la variable con el objetivo de la investigación.</p>	
--	---	---	--	--	--

	<p>fetal anormal, anomalías congénitas de las cesáreas de emergencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analizar los factores asociados a las causas ovulares como el desprendimiento prematuro de placenta, prolapso del cordón umbilical, ruptura prematura de membranas de las cesáreas de emergencia. 	<p>sufrimiento fetal agudo, el factor que predomina en las causas fetales</p> <p>Ha 3: Existe asociación entre las causas ovulares como ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, prolapso del cordón en feto vivo, placenta previa y cesárea de emergencia. Siendo la ruptura prematura de membranas, el factor que predomina en las causas ovulares</p>			
--	---	--	--	--	--

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLE:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFICINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	CATEGORIA	INTRUMENTO
CESAREA DE EMERGENCIA	es la cirugía que se realiza en situación que compromete la vida de la madre o el feto, que no debe pasar mas de los 30 minutos.	Cirugía de emergencia que no debe pasar los 30 minutos desde el diagnostico hasta la entrada a sala de operaciones.	Dependiente e cualitativa nominal.	Nominal	Gestante sometida a procedimiento quirúrgico	0: NO 1: SI	Ficha de recolección de datos
EDAD MATERNA	Periodo de tiempo desde el nacimiento hasta la fecha del parto de la madre	Años	Independiente y cuantitativa	De razón.	Fecha de nacimiento	Años	Ficha de recolección de datos
EDAD GESTACIONAL	Se define como el número de semanas entre el primer día de la menstruación hasta el día del parto	Medición de las semanas que transcurre hasta el día del parto	Independiente y Cuantitativa	De Razón	Tiempo que transcurre desde la concepción hasta el momento del parto	Semanas	Ficha de Recolección de Datos

PARIDAD	Se define como el número de partos que tiene una mujer	Numero de nacidos a término, prematuros, abortos e hijos vivos.	Independiente Y cuantitativa	De Razón	Número de Hijos vivos o muertos.	0: Primipara 1: Multipara	Ficha de Recolección de Datos
CONTROLES PRENATALES	Se define como la atención prenatal durante la gestación de la mujer	Numero de controles a la que asiste una gestante	Independiente Y cuantitativa	De Razón	Numero de controles prenatales	0: Adecuados 1: Inadecuados	Ficha de Recolección de Datos
CESAREA ANTERIOR	Es el antecedente de haber tenido una cirugía abdominal en la cual se extrae el feto.	Forma en la que nació un bebe a través de una cirugía abdominal.	Independiente Cualitativa	Nominal	Numero de Cesáreas Anteriores	0: No tiene cesárea anterior 1: Si tiene cesárea anterior	Ficha de recolección de datos
PRECLAMPSIA CON SIGNOS DE SEVERIDAD	Es aquella asociada a presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o diastólica ≥ 110 mmHg o evidencia de daño de órgano diana.	Criterios establecidos por el American Collage of Obstetricians and Gynecologists	Independiente Cualitativa	Nominal	Presión Arterial	0: No tiene preeclampsia 1: Si tiene preeclampsia	Ficha de recolección de datos

COVID-19	Es una infección viral que puede causar diversas afecciones desde un resfrió común, hasta infecciones respiratorias graves.	Infección viral	Independiente Cualitativa	Nominal	Infección Viral por Prueba Antigénica	0: No tiene Covid-19 1: Tiene Covid-19	Ficha de recolección de datos
PELVIS ESTRECHA	Se presenta cuando una de las dimensiones principales es de 1.5 a 2cm por debajo del tamaño normal, en la cual la cabeza fetal no va a pasar por el canal vaginal.	Evaluaciones clínicas realizadas en la paciente durante sus controles prenatales.	Independiente Cualitativa	Nominal	Diagnóstico Preoperatorio	0: No tiene Pelvis Estrecha 1: Tiene Pelvis Estrecha	Ficha de recolección de datos
DESproporción CEFALO PELVICA	Es la imposibilidad del parto por vía vaginal, la dimensión anatómica de la pelvis es de 1.5 a 2cm o más por debajo de su tamaño normal, provocando que la cabeza fetal no pueda atravesar el anillo pélvico.	Evaluaciones clínicas realizadas en la paciente durante sus controles prenatales.	Independiente Cualitativa	Nominal	Diagnóstico Preoperatorio	0: No tiene desproporción cefalopélvica 1: Si tiene desproporción cefalopélvica	Ficha de recolección de datos

SUFRIMIENTO FETAL	Es la condición que se presenta antes o durante el parto en la cual el feto no recibe suficiente oxígeno.	Se evalúa con el estado de hipoxia del feto mediante pruebas de no estrés (NST)	Independiente Cualitativa	Nominal	Latidos cardiacos fetales	0: no presenta sufrimiento fetal 1: presenta sufrimiento fetal	Ficha de recolección de datos
PESO FETAL ANORMAL	Peso que es superior a 3999 gramos, o menor de 2500 gramos.	Se evalúa con ecografía, preferencialmente en el tercer trimestre.	Independiente Cualitativa	Nominal	Peso fetal	≥4000: Macrosomia 2500-3999: Peso Normal 1500-2499: Bajo Peso <1500: Muy bajo peso	Ficha de recolección de datos
RCIU	Se define como la disminución de la velocidad del crecimiento intrauterino, es pequeño para la edad gestacional (PEG).	Ecografías obstétricas de control prenatal en la que se observa la restricción del crecimiento uterino, el feto tiene valores	Independiente Cualitativa	Nominal	Ecografía	0: no presencia RCIU. 1: presencia de RCIU.	Ficha de recolección de datos

		por debajo de lo normal para su edad gestacional					
ANOMALIAS CONGENITAS	Se define como los defectos, trastornos o malformaciones congénitas. Dichas anomalías pueden ser funcionales o estructurales que ocurrieron durante la vida intrauterina	Ecografías Obstetricas, del control prenatal del primer trimestre preferencialmente.	Independiente Cualitativa	Nominal	Ecografía	0: no presencia de anomalía congénita 1: presenta alguna anomalía congénita	Ficha de recolección de datos
EMBARAZO MULTIPLE	Desarrollo simultáneo en el útero de dos o más productos.	Ecografías obstétricas de control prenatal en la que se observa la presencia de dos o más fetos	Independiente Cualitativa	Nominal	Ecografía	0: no presencia de dos o más feto 1: presencia de dos o más fetos	Ficha de recolección de datos

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP)	Se define como el desprendimiento abrupto de la placenta, en general se da posterior a las 20 semanas.	Ecografía obstétrica que evidencia desprendimiento de la placenta	Independiente Cualitativa	Nominal	Ecografía	0: no presenta DPP 1: si presenta DPP	Ficha de recolección de datos
PROLAPSO DEL CORDON EN FETO VIVO	Es el deslizamiento del cordón umbilical por delante del feto, sobresaliendo por el canal vaginal, siendo una emergencia obstétrica por puede comprimirse, comprometiendo la oxigenación fetal.	Examen físico	Independiente Cualitativa	Nominal	Examen Físico: Tacto Vaginal	0: no presenta Prolapso de Cordón 1: si presenta Prolapso de Cordón	Ficha de recolección de datos
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA (RPM)	Rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico	Salida de líquido amniótico luego de la colocación de especulo tras la realización de maniobra de Valsalva	Independiente Cualitativa	Nominal	Examen Físico: Tacto Vaginal	0: No RPM 1: RPM	Ficha de recolección de datos

PLACENTA PREVIA	Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o cerca del mismo.	Ecografía obstétrica que evidencia inserción total o parcial de placenta sobre el orificio cervical interno.	Independiente Cualitativa	Nominal	Ecografía	0: no presencia de placenta previa 1: presencia de placenta previa	Ficha de recolección de datos
------------------------	--	--	------------------------------	---------	-----------	---	-------------------------------

9. ANEXO: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. DATOS GENEERALES		
• Edad Materna		
• Edad Gestacional		
• Paridad	Primipara () / Multipara()	
• Tipo de Cesárea	Electiva() / Emergencia ()	
• Controles Prenatales		
II. DATOS OBSTETRICOS		
A. CAUSAS MATERNAS	SI	NO
• CESAREA ANTERIOR		
• PRECLAMPSIA		
• INFECCION POR COVID-19		
• PELVIS ESTRECHA		
• DESPROPORCION CEFALO- PELVICA		
B. CAUSAS FETALES		
• SUFRIMIENTO FETAL AGUDA		
• PESO FETAL ANORMAL		
• RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO		
• ANOMALIAS CONGENITAS		
• EMBARAZO MULTIPLE		
C. CAUSAS OVULARES		

• RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		
• DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA		
• PROLAPSO DEL CORDON EN FETO VIVO		
• PLACENTA PREVIA		

FUENTE: Elaboración Propia

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

-
- La base de datos se adjunta al correo en SPS
-

