

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL DE
APOYO CANGALLO 2018 - 2021”**
TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

PRESENTADO POR:

Bach. MONTES TINEO, Yanet Karina.
Bach. MUÑOZ TORRES, Jhaquelin Miluzca.

ASESORA: Mg. Vega Guevara, Rosa María

AYACUCHO - PERÚ
2023

DEDICATORIA

A mi madre querida Olimpia, por haberme formado como la persona que soy en la actualidad, por el enorme sacrificio que hizo para poder educarme, quien me formó con valores morales y espirituales, siempre tuve tu motivación y apoyo incondicional para poder cumplir mis metas tu bendición y ejemplo me lleva por el camino del bien, a mi pareja Efraín y el fruto de nuestro amor Milan, quienes me dan las fuerzas para seguir adelante; la mayoría de mis logros se los debo a ustedes, incluyendo éste.


A mis hermanas y hermanos quienes me dan su cariño incondicionalmente, con su respaldo y apoyo me incitan a seguir adelante y cumplir mis objetivos, además de saber que mis logros también son los suyos.

Jhaquelin

A Dios, por consentir alcanzar esta etapa tan especial en mi existir, por los éxitos y los momentos dificultosos que me han ilustrado a valorarlos.

Mención especial para mi padre, quien ha sabido guiarme en valores, buenos sentimientos y sentido de cooperación en la sociedad; aspectos que fomentaron las habilidades para conseguir triunfar en la vida.

A mis hermanos que siempre han estado junto a mí, brindándome su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

A mi Madre querida,  a pesar de haberla perdido a muy temprana edad, ha estado siempre cuidándome y guiándome desde el cielo.

Yanet

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestra más sincera gratitud al alma mater, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos brindado la oportunidad de ser profesionales de esta noble profesión de Obstetricia.

A la Escuela Profesional de Obstetricia y a sus docentes, por brindarnos sus conocimientos y guiarnos para formarnos como insignes profesionales.

Nuestro eterno reconocimiento y gratitud a la Dra. Rosa María Vega Guevara, por su asesoría, sugerencias y denodado esfuerzo en la ejecución de la presente tesis para poder alcanzar nuestra meta.

También brindamos nuestro agradecimiento y reconocimiento al personal profesional y técnico del Hospital de Apoyo Cangallo, por su colaboración en la ejecución de la tesis.

Un agradecimiento sincero a nuestros familiares, amigos y todas aquellas personas que coadyuvaron y nos dieron aliento para culminar nuestra carrera profesional.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| CAPÍTULO I | 8 |
| PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 8 |
| 1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA | 8 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 10 |
| 1.3. OBJETIVOS | 10 |
| CAPÍTULO II | 12 |
| MARCO TEÓRICO | 12 |
| 2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO | 12 |
| 2.2 BASE TEÓRICA CIENTÍFICA | 16 |
| 2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TÉRMINOS | 24 |
| 2.4 HIPÓTESIS | 26 |
| 2.5 VARIABLES DE ESTUDIO | 27 |
| CAPÍTULO III | 28 |
| DISEÑO METODOLÓGICO | 28 |
| 3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN | 28 |
| 3.2 ENFOQUE DE ESTUDIO | 28 |
| 3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN | 28 |
| 3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 28 |
| 3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA | 28 |
| 3.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 29 |
| 3.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS | 29 |
| 3.8 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 29 |
| 3.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS | 29 |
| CAPÍTULO IV | 30 |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 30 |
| CONCLUSIONES | 41 |
| RECOMENDACIONES | 42 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 43 |

INTRODUCCIÓN

La cesárea es la intervención quirúrgica más comúnmente realizada en mujeres en todo el planeta, se precisa que es una operación quirúrgica en la pared anterior del abdomen y el útero para poder extraer el producto, placenta y anexos en ocasiones que el parto vaginal constituye peligro para la gestante y/o producto.

El colegio americano de obstetras y ginecólogos mencionó en 2014 que las atenciones de cesárea son empleadas ocasionalmente para salvaguardar la vida de la madre, el feto o ambos. Lamentablemente, el incremento exponencial de las tasas de cesárea de 1996 – 2011 no muestra evidencia para una disminución de la morbimortalidad materna o neonatal lo que plantea una significativa preocupación, especialmente porque algunos factores asociados son potencialmente modificables como las predilecciones de las gestantes y el viraje de la política en los establecimientos de salud públicos y privados que priorizan las cesáreas en lugar del parto vaginal y que indudablemente contribuyen al aumento de la tasa de parto por cesárea (1).

Realizar una cesárea sin indicación clínica convincente pone en riesgo, problemas de salud a la madre y al bebé. Según la OMS, "el parto por cesárea se asocia con peligros que a corto y largo plazo persisten y afectan la salud de las mujeres y los recién nacidos, también limitan embarazos futuros; riesgos que se incrementan cuando las mujeres no tienen acceso a programas de psicoprofilaxis obstétrica (2).

Se ha seleccionado como lugar de estudio el Hospital Apoyo Cangallo, puesto que según la unidad de investigación e informática del Departamento de Gineco-obstetricia las indicaciones y atenciones de cesárea ha ido aumentando progresivamente, identificando como principales causas: el antecedente de cesárea, sufrimiento fetal agudo, hipertensión arterial relacionado con el embarazo y la macrostomia fetal; complicaciones absolutas para una cesárea, sin embargo en la práctica clínica se observa otros factores que pueden estar incrementando las tasas registradas de cesárea; realidad que nos permitió definir el objetivo de investigación: determinar los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo entre

los años 2018-2021, siendo la investigación de tipo aplicada, analítica de casos y controles.

Se ha encontrado, así una incidencia de parto por cesáreas de 52,43% y como factores maternos que favorecen estas cesáreas la mayor escolaridad (OR: 1,71; $p=0,019$), mayor número de atenciones prenatales (OR:1,64; $p=0,035$), antecedente de cesárea anterior (OR:4,9; $p=0,000$), periodo intergenésico menor de 2 años (OR:1,86; $p=0,025$), antecedentes de cesárea (OR:4,90; $p=0,000$), nuliparidad (OR:2,27; $p=0,000$), índice de masa corporal mayor a 25 (OR:2,14; $p=0,000$), índice de masa corporal menor a 18.5 (OR:0,23; $p=0,013$). Entre los factores clínicos se asocian la distocia de presentación (OR:13,82; $p=0,000$), sufrimiento fetal agudo (OR:13,41; $p=0,000$), macrosomía fetal (OR:5,89; $p=0,002$), preeclampsia (OR:11,54; $p=0,000$), desproporción cefalopélvica ($p=0,000$); cesárea anterior (OR:7,50; $p=0,000$), pelvis estrecha ($p=0,000$) y otros (OR:9,00; $p=0,000$). Igualmente, los factores clínicos como sufrimiento fetal agudo y el Apgar al minuto de nacimiento ($p=0.021$) y a los 5 minutos ($p=0,000$) muestran asociación, así como la macrosomía fetal y el peso del recién nacido ($p=0.000$). Las principales características sociodemográficas que el mayor porcentaje de pacientes que tuvieron parto por cesárea, fueron jóvenes 52,6% (154), estado civil conviviente 73,7% (216), grado de instrucción secundaria 55,6% (163), ocupación estudiante 11,3% (33), situación económica dependiente 88,4% (259) y 57,7% (169) de procedencia rural.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La cesárea es conocida como un parto en el cual a la madre se le realiza una incisión quirúrgica en el abdomen y en el útero. Su prevalencia en los últimos años se ha incrementado significativamente, convirtiéndose en un problema de salud pública, pues las cesáreas conllevan riesgos maternos y perinatales. Al respecto, esta situación sobrepasa los límites propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta institución en su declaración de Ginebra del 2015 nos sugiere que está en continuo ascenso; se afirma que esta práctica ha contribuido a salvar vidas, la mayor parte de las veces se ejecuta sin indicación médica. El documento redactado en el año de 1985 titulado “Recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento - Declaración de Fortaleza”, establece que la tasa de cesáreas no debe exceder del 10% al 15% y que el parto vaginal siempre es preferible incluso en mujeres con antecedentes de cesárea previa (3). La OMS ha demostrado que las cesáreas continúan en crecimiento a nivel mundial y se encuentra en el 21% de los partos atendidos (3).

De igual forma, aumentar el número de cesáreas según los deseos de la madre también es importante en la elección de la cesárea (4). Sin embargo, el aumento en el número de cesáreas también se debe a factores financieros. (5), sociales y culturales (6), parece jugar un papel importante. Estos factores, junto con la percepción pública de que las cesáreas ahora son un procedimiento casi libre de riesgos, pueden haber contribuido al aumento de las tasas de cesáreas. (7).

Hay muchas razones o indicaciones para la cesárea, pero se debe analizar si es razonable. Una visión general de las cesáreas en las instituciones estatales muestra que la incidencia va en aumento.

Según un estudio de 2018 en The Lancet, existe suficiente evidencia científica de que la práctica de las cesáreas está aumentando en varias partes del mundo, por ejemplo, se reportó que, en 2018, Europa y América son los continentes con mayores tasas de cesárea; En Europa, el promedio de cesáreas fue de 27%, En

América del Norte el promedio de cesáreas fue de 32%, Asia 21%, Oceanía 32%, Latinoamérica y Caribe 15% (8).

América Latina es la región con mayor número de cesáreas en el mundo (44,3% de los nacimientos en 2015). República Dominicana ocupa el primer lugar en el mundo en cuanto a este tipo de nacimientos (58,1%), seguido de Brasil (55,5%). En Brasil, el 54,4% de esos nacimientos ocurrieron entre mujeres con estudios superiores. Entre los 15 primeros países también se encuentran Venezuela (52,4%), Chile (46%), Colombia (45,9%), Paraguay (45,9%), Ecuador (45,5%), México (40,7%) y Cuba (40,4%) (9).

En el año 2018, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) presenta la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2018 (ENDES) De 2013 a 2018, el número de cesáreas aumentó del 26,5 % al 34,5 % (un aumento de 8,0 puntos porcentuales). Asimismo, las mujeres de 35 a 49 años representan el 45,2% de cesáreas, frente al 23,7% de las mujeres de 20 años y menos, según la edad de la madre en el momento del nacimiento de la hija/hijo, mientras que la el número de cesáreas del primer parto fue del 40,0%, mientras que la proporción del sexto y más partos fue del 16,2%. En términos de nivel de educación materna y/o medios económicos, las madres con alto nivel educativo tienen una tasa de cesáreas más alta que las madres sin educación (50,0% vs. 11,9%) e incluso más alta si pertenecen al quintil más rico (62,5%). para las madres quinto inferior (13,5%) (10).

En el Departamento de Ayacucho, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) presenta la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2018 (ENDES) donde se registró un incremento de cesáreas del año 2013 con un porcentaje de 10 - 19,6% y en el año 2018 aumentando un porcentaje de 20 - 29,6%.

En el Hospital Regional de Ayacucho, en el año 2019, se practicaron 51,8 % de cesáreas; encontrando que los antecedentes de cesárea, desproporción fetopélvica, oligohidramnios, entre otros fueron las indicaciones más frecuentes para su ejecución. También se informa que el 59,6% han sido cesáreas de urgencia y el 40,4% electivas; este último dato requiere de mayor análisis, probablemente las gestantes están siendo influenciadas por diversas informaciones que abundan en la sociedad o también reciben la persuasión del personal de salud para preferir esta operación, sin considerar los riesgos y complicaciones que podrían presentarse (11).

El Hospital de Apoyo Cangallo, Hospital nivel II, se encuentra ubicado en el departamento de Ayacucho, Provincia de Cangallo, atendiendo a gestantes de su

zona de influencia, en la cual no se encontró estudios previos relacionados con el trabajo de investigación, en dicho nosocomio observamos el aumento de la tasa de cesárea por lo que se realiza dicho proyecto de investigación. El estudio se aboca a la incidencia y factores de riesgo presentes que puedan afectar la salud de la madre y del feto asociadas a las cesáreas atendidas en dicho hospital durante el periodo 2018-2021.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la incidencia de cesáreas en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021?
- ¿Cuáles son los factores maternos asociados a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021?
- ¿Cuáles son los factores clínicos asociados a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021?
- ¿Cuál es la relación que existe entre los factores clínicos como sufrimiento fetal con el factor APGAR y macrosomía fetal con el factor peso del recién nacido, al momento del nacimiento en gestantes con cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes con indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021?

1.3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la incidencia de cesáreas en pacientes atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018 – 2021.
- Identificar si los factores maternos como: edad mayor a 35 años, edad menor de 15 años, mayor escolaridad, mayor número de atenciones prenatales, antecedente de cesárea anterior, periodo intergenésico menor de 2 años,

periodo intergenésico mayor de 5 años, nuliparidad, índice de masa corporal mayor a 25, índice de masa corporal menor a 18.5, se asocia a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.

- Identificar si los factores clínicos como: distocia de presentación, parto obstruido, sufrimiento fetal agudo, macrosomía fetal, preeclampsia, embarazo prolongado, desproporción cefalopélvica, pelvis estrecha y otros, se asocian a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.
- Identificar la relación que existe entre los factores clínicos como sufrimiento fetal con el factor APGAR y macrosomía fetal con el factor peso del recién nacido, al momento del nacimiento en gestantes con cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.
- Identificar las características sociodemográficas: Estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia de las pacientes que tuvieron parto por cesárea atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018 – 2021.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Chavarría, L. (Nicaragua - 2018). “Factores asociados a la indicación de cesárea en embarazadas atendidas por el servicio de obstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. Enero a diciembre 2017”. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la indicación de cesáreas. **Metodología:** se trató de un estudio descriptivo, observacional, transversal; la muestra fueron 239 embarazadas seleccionadas según criterios de inclusión. **Resultados:** se demostró que la permanencia hospitalaria fue mayormente de 3 a 4 días; 10.5% indicaron tener cesárea, 5.9% para la distocia de presentación y 7.5% para el parto detenido. Los recién nacidos con Apgar al minuto fue el 0.4% de las cesáreas, a lo que se suma el sufrimiento fetal agudo y la preeclampsia moderada. **Conclusiones:** existe mayor frecuencia de cesáreas en pacientes con bajo nivel escolar, jóvenes y amas de casa; para las cesáreas por urgencia, se refieren causas como la taquicardia fetal, el sufrimiento fetal agudo, y en menor proporción la preeclampsia; se destaca que las gestantes atendidas de forma electiva lo hacen por cesárea anterior (18%), DCP (7,1%) y distocia de presentación (6,7%) (12).

Muños, H y Freyermuth M. (México - 2019). “Factores asociados al incremento de cesáreas en México”. **Objetivo:** Analizar la prevalencia del parto vía cesárea en México para 2011-2014. **Metodología:** la investigación fue descriptiva y los análisis se efectuaron con un modelo logístico multinivel de los años 2011-2014. **Resultados:** la incidencia de cesárea fue de 45%, coincidiendo en valores con el estado conyugal; las atenciones de cesáreas se dan mayormente en profesionales (70.43%) y 31.08% de nivel primario incompleto, edades de 35-44 años (57.48%) y de 18 años (36.86%) y el mayor número de controles pre natales. **Conclusión:** Hay un acrecentamiento en las atenciones de cesáreas en los establecimientos públicos predominantemente indígenas, así como aquellos que reciben pacientes con mayor índice de desarrollo humano (13).

Franco, R. (Paraguay – 2020). “Incidencia y características de los partos por cesárea en un Hospital público de Paraguay”. **Objetivo:** Comprobar la incidencia de cesáreas y parto vaginal en mujeres atendidas en un hospital público. **Metodología:** Se hizo una investigación descriptiva, retrospectiva y documental, la población fue conformada por 2087 gestantes mayores de 14 años de junio 2018 a junio 2019. **Resultados:** se registró una incidencia de cesáreas en el 36,28% de partos, siendo más prevalente en gestantes de 24-27 años de edad (24%); estas operaciones fueron indicadas por cesárea anterior (16.5%), por preeclampsia (11%), desprendimiento de placenta (10,5%), por bradicardia fetal (10%). **Conclusión:** Se encontró el 36.28% de índice de partos por cesárea, superando al 15% que establece la OMS como ideal; destacan como principales causas la cesárea anterior, preeclampsia, desprendimiento de placenta y bradicardia fetal (14).

ANTECEDENTES NACIONALES

Rodríguez, F. (Trujillo – 2010). “Macrosomía fetal, desprendimiento prematuro de placenta, bajo peso al nacer y sufrimiento fetal agudo como factores de riesgo obstétricos para Apgar bajo los 5 minutos en recién nacidos a término en el hospital Belén de Trujillo en el año 2009”. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo obstétricos para Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a término. **Metodología:** se seleccionaron según criterios de inclusión 50 historias clínicas de pacientes con Apgar bajo a los 5 minutos. **Resultados:** El sufrimiento fetal agudo se registró en el 60%, bajo pesos al nacer (22%), macrosomía fetal (6%). El SFA muestra significancia como factor de riesgo obstétrico ($p < 0.001$; OR:23.5), igualmente el BPN ($p < 0.05$; OR:4.42). **Conclusiones:** Se identificó como factores de riesgo obstétrico para Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a término, el sufrimiento fetal agudo y el bajo peso al nacer (15).

Gonzáles-Tipiana, I. (Ica – 2012). “Macrosomía fetal: prevalencia, factores de riesgo asociados y complicaciones en el hospital regional de Ica, Perú”. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo materno asociados a la macrosomía fetal. **Metodología:** la investigación fue descriptiva, retrospectiva, transversal con una muestra de 129 recién nacidos macrosómicos, atendidos del 1 de enero al 31 de diciembre del 2,002. **Resultados:** Se demostró 47% de incidencia de cesáreas, la edad de las madres fue de 31 a 40 años (58%), multiparidad (65%). El Apgar entre 7 y 10 al minuto en promedio fue 93%; el 99.2% alcanzó pesos entre 4,000 y

4,999gr, 0.8% más de 5,000gr. **Conclusiones:** Existe 5% de prevalencia de macrosomía fetal, destacando los factores maternos como: la edad mayor de 30 años, multiparidad y embarazo prolongado (16).

Yaipén, P; Ordinola, R; Gonzáles, L y Fernández, J. (Lambayeque – 2017). Puntaje Apgar obtenido en recién nacidos con sufrimiento fetal agudo en un hospital del ministerio de salud. Lambayeque, Perú. **Objetivo:** Establecer el nivel de Apgar en recién nacidos con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo previo al parto al minuto y 5 minutos. **Metodología:** investigación descriptiva, cuantitativa y transversal. Se trabajó con 122 historias clínicas de embarazadas cuyo feto contó con calificación “sufrimiento fetal agudo”. **Resultados:** Existe 81% de frecuencia de cesáreas; 73% presentó puntaje Apgar “normal”, el 10 % “depresión moderada” y el 17% “depresión severa”. En relación al Apgar a los 5 minutos, 94 % fue “normal”, el 4 % “depresión moderada” y el 1,6 % “depresión severa”. La vía de culminación de la gestación con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo. **Conclusión:** El Apgar “normal” se presentó en la mayoría de recién nacidos con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo en el pre parto (17).

Rojas, M. y Vargas, C. (Lima - 2018). “Características epidemiológicas y factores asociados a la Cesárea en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui”. **Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas y factores asociados a la cesárea en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui de agosto 2016 a julio 2017. **Metodología:** La investigación fue descriptiva, observacional, retrospectiva, transversal; se trabajó con una muestra de 122 historias clínicas. **Resultados:** Hay 45.97% de incidencia de partos distócicos; 27.87% presentaron edad entre 30-34 años, 38.52% fueron segundigestas, 36.07% tuvieron el estado civil “conviviente”, 37.7% poseen instrucción secundaria, 54.9% es de trabajo independiente y 66.39% proceden de la zona costa. Cabe destacar que el 48.36% tienen antecedentes de cesáreas, aunque no refieren ninguna indicación fetal para esta atención. **Conclusión:** Las cesáreas se presentan mayormente en mujeres de 30 a 34 años, con antecedentes de cesárea; preocupa la incidencia de 45.97% muy superior a la recomendación de la OMS (18).

Álvarez, C. (Piura – 2018). “Incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del Hospital de Apoyo II de Sullana, enero-diciembre 2017”. **Objetivo:** Establecer la incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes. **Metodología:** La investigación fue descriptiva, observacional y retrospectiva. La población fueron

2158 pacientes cesareadas, con una muestra de 327 pacientes. **Resultados:** Se halló una incidencia de 59.1% de cesárea, siendo 64.8% la causa materna la principal indicación de cesárea, destacando la cesárea segmentaria previa (24.6%), preeclampsia–eclampsia (22.9 %). **Conclusiones:** La indicación materna es la principal causa de cesárea que tiene una incidencia superior al recomendado por la OMS (19).

Huatuco, C. (Huancavelica – 2019). “Incidencia de cesáreas en el Hospital de Pampas, 2018”. **Objetivo:** Determinar la incidencia de los partos por cesárea. **Metodología:** El estudio fue descriptivo, observacional y transversal, la muestra lo constituyeron 167 mujeres cesareadas. **Resultados:** En cuanto a las características demográficas, 56,3% (94) tienen edades entre 20 a 30 años, 66,4% son convivientes y 29,3% cursaron la secundaria completa; se demostró que las indicaciones de cesárea se deben a: cesárea anterior (19,7%), preeclampsia (12,6%), desproporción céfalo pélvica (10,2%), sufrimiento fetal agudo (9,6%) y feto en presentación podálica (10,2%). **Conclusión:** La incidencia de los alumbramientos por cesárea es de 21,7% (20).

Puente de la Vega, C. (Cusco – 2019). “Factores asociados a puntaje de Apgar bajo en el servicio de neonatología, Hospital Regional del Cusco, 2018”. **Objetivo:** Demostrar la asociación de un puntaje de Apgar bajo con la mayor tasa de mortalidad neonatal. **Metodología:** El estudio fue observacional, analítico de caso-control, retrospectivo que evaluó 52 casos de neonatos con Apgar bajo y 104 controles con Apgar normal, los datos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas. **Resultados:** Se identificaron como factores asociados a puntaje de Apgar bajo: la cesárea como vía de parto, el trastorno hipertensivo del embarazo, distocia de presentación-situación, presencia de líquido meconial y el sufrimiento fetal agudo. **Conclusiones:** Los factores maternos, obstétricos y neonatales tienen asociación con el puntaje de Apgar Bajo (21).

Condori, R. (Tacna – 2021). “Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019”. **Objetivo:** Determinar la incidencia e indicaciones de cesárea. **Metodología:** La investigación fue descriptiva, cuantitativa, transversal y retrospectiva, la muestra fue 1805 casos. **Resultados:** Hay 56,1% de incidencia de cesárea, las cuales tienen como indicaciones a la desproporción céfalo-pélvica y cesárea iterativa (46,6%); edad de 22 a 24 años (16,0%), conviviente (73,6%), secundaria (61,9%), múltipara (57,6%), sin

antecedentes de cesárea (65,0%), de 6 a más controles pre natales (65,1%), recién nacido: vigoroso (97,8%), recién nacido con peso adecuado (73,2%).

Conclusión: La incidencia de cesárea es muy alta en relación a la tasa ideal establecida por la OMS, se destaca a la cesárea iterativa, desproporción céfalo-pélvica y el sufrimiento fetal como las principales causas para las indicaciones de cesárea (22).

Lozano, A. (Lima – 2021). “Factores asociados a la indicación de cesáreas en embarazadas atendidas por el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021”. **Objetivo:** Identificar los factores asociados a la indicación de cesáreas. **Metodología:** La investigación fue descriptiva, observacional, retrospectivo, transversal, la muestra fueron 706 pacientes de quienes se realizó un análisis de sus historias clínicas. **Resultados:** La incidencia de cesáreas fue 58,87%; las características sociodemográficas más frecuentes identificadas demuestran que el 68,6% tienen edades entre 20 a 34 años, 67,6% estado civil conviviente, 91,4% nivel de instrucción secundario; el 55,8% tuvieron control prenatal insuficiente, 69,1% son multigestas, 58,5% tuvieron índice de masa corporal normal; destaca también en los factores maternos, 28,8% de desproporción céfalo pélvica, también se halló 35,6% de sufrimiento fetal agudo y 49,1% ruptura prematura de membranas. **Conclusiones:** Hay 58,87% de incidencia de cesáreas. La desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal agudo y ruptura prematura de membranas son los factores más ordinariamente asociados a cesárea (23).

2.2 BASE TEÓRICA CIENTÍFICA

CESÁREA

Se define como un medio que consiente el nacimiento del feto mediante un procedimiento denominado laparotomía en la pared abdominal y de la histerotomía en el útero; este es recomendado en casos que la vía vaginal no sea la adecuada para la salida del feto (24).

Tipos de cesáreas

Para su mejor entendimiento, se clasifican las cesáreas según diversos criterios, los mismos que pasamos a desarrollar:

Según antecedentes obstétricos de la paciente (25)

- Primera: es la cesárea que se efectúa por vez primera.
- Previa: se conoce así cuando hay antecedentes de una cesárea.
- Iterativa: Se denomina así a la operación que se realiza en pacientes que ya han tenido dos o más cesáreas.

Según indicaciones (24)

- Electiva: debido a indicaciones médicas se programa para su ejecución en una fecha donde se realiza previo al trabajo de parto.
- Urgencia: se realiza cuando hay complicaciones maternas o fetales en una etapa crítica.

Según técnica quirúrgica (24)

- Corporal o clásica.
- Segmento arciforme (Tipo Kerr).
- Segmento corporal (Tipo Beck).

Indicaciones de las cesáreas

Indicaciones absolutas

Se considera así cuando la cesárea es la única alternativa para proceder a la culminación del parto.

Factores de riesgo maternos absolutos

- Desproporción céfalo-pélvica: se caracteriza porque el feto es muy grande para atravesar con normalidad el canal del parto, se atribuye a deformidades pélvicas maternas, rarezas posturales del feto, malformaciones, etc.
- Trastornos hipertensivos de la gestación: se identifican a la preeclampsia o hipertensión gestacional; son situaciones raras caracterizadas porque la presión arterial de la gestante es muy alta y afecta de diverso modo el bienestar materno-fetal, algunas veces implica transformaciones neurológicas.
- Herpes genital activo: la madre genera anticuerpos que a través de la placenta brindan protección al feto, por este motivo se reducen los peligros de contagio. Esta situación cambia si el virus está activo al final del embarazo, en cuyo caso es inevitable la cesárea para reducir el riesgo de transferencia vertical.

- Virus del papiloma humano (VPH): es de cuidado porque produce contusiones que taponan el canal de parto
- Rotura uterina: algunas veces, durante el progreso de la gestación o en el trabajo de parto, el útero puede tener lesiones, condicionada por la existencia de cicatrices uterinas antiguas, realización de legrados, tumores o anomalías.
- Miomas obstructivos, fibromas y quiste ováricos: son peligrosos cuando son de gran tamaño e intercepta la salida del feto.
- Antecedente de dos o más cesáreas: en estos casos se programa necesariamente una operación cesárea, de este modo se impide el riesgo de rotura uterina.

Factores de riesgo fetales absolutos

- Macrosomía fetal: se produce una desproporción cefalopélvica, poniendo en riesgo el feto.
- Situación transversa: el feto presenta la posición horizontal. En embarazos que aún no están a término no se realiza cesárea; esto ocurre cuando la posición no se acomoda en el trabajo de parto.
- Presentación de frente: el feto presenta la frente al estrecho superior de la pelvis materna, más distócica que las presentaciones cefálicas deflactadas. El diámetro presentado es el occipitomentoniano; ocurre cuando el feto es prematuro, puede deberse también a malformaciones fetales, hidramnios o multiparidad; es necesario precisar que esta posición debe ser confirmada por tacto vaginal (23).
- Embarazo múltiple: en este caso, debe considerarse cuando el feto no tenga presentación cefálica, necesariamente debe someterse a cesárea.
- Peso fetal: cuando el feto tenga pesos < 1500 gr, se procede a la cesárea para evitar la hemorragia intracraneal, potencialmente riesgoso con un parto vaginal.
- Macrosomía fetal: el feto tiene peso mayor de 4000 gr, lo cual puede producir muerte fetal y desgarro materno, se encuentra asociado a diabetes. El nacimiento debe ser instrumentado, se reportan distocia de hombros, sufrimiento fetal agudo, entre otros (24).
- Sufrimiento fetal agudo: se encuentra rarezas en la frecuencia cardiaca, puede deberse a hipoxia o acidosis fetal, consecuentemente ocurre falla multiorgánica o daño permanente en el sistema nervioso central (26).

Anomalías fetales como:

- Meningocele: se encuentra hidrocefalia, displasia de los arcos posteriores con protrusión de las meninges por la brecha ósea que origina una masa abultada a nivel dorsal, generalmente cubierta por piel.
- Onfalocele o gastrosquisis: son fallas congénitas que se presentan en la pared abdominal, hay protrusión de intestinos. En el onfalocele los intestinos se desplazan hacia adelante por el cordón umbilical; en tanto que la gastrosquisis es mediante un resquicio lateral al cordón umbilical.

Factores de riesgo ovulares absolutas.

- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta: hay un apartamiento parcial o completo de una placenta normalmente adherida, ocurre antes del parto o después de la 20ava semana de la gestación, se diferencia por la ocurrencia de sangrado rojo oscuro, dolor abdominal, hipertoniá uterina, sufrimiento fetal agudo.
- Placenta previa oclusiva total: la placenta se inserta en el segmento inferior del útero. Se presentan hemorragias indoloras, no hay contracción, tampoco sufrimiento fetal; el factor de riesgo está conformado por edad mayor a 35 años, gran múltipara, antecedentes de legrado o cesárea, placenta grande o anormalmente insertada, periodo intergenésico corto, tumores.
- Prolapso de cordón: son eventos obstétricos que producen hipoxia fetal, por este motivo es una indicación de cesárea. Se conocen dos variedades: a) Procidencia de cordón, se produce con el rompimiento de la bolsa lo que implica deslizamiento del cordón umbilical a través del cuello uterino, saliendo por la vulva ocasionando un aplastamiento de los vasos que otorgan sangre al feto, b) Procúbito de cordón, aquí hay integridad de la bolsa, el cordón umbilical se ubica delante de la cabeza del feto; se producen por diversas causas como: parto podálico, rotura prematura de membranas, cordón largo, gestación múltiple, polihidramnios, etc.
- Acretismo placentario: la placenta se adhiere de modo anormal a la pared uterina, según ello puede ser acreta, percreta e increta. Cuando se hace el diagnóstico durante los controles prenatales, se debe indicar cesárea programada.

- Oligohidramnios severo: el líquido amniótico disminuye, por lo que es necesario una cesárea programada a razón que implica una presión del cordón umbilical que generalmente produce sufrimiento fetal.

Indicaciones relativas

Son condiciones en que, pese a la existencia de otras opciones, se prefiere la cesárea como la mejor alternativa; pero se recomienda que antes deba analizarse con mucho criterio, teniendo en cuenta los factores de riesgo, como: maternas, fetales, ovulares y materno-fetales (26).

Factores maternos relativos

- Cesárea previa: tener una cesárea anterior no se considera una indicación para la realización de una nueva cesárea. Se convierte en indicación absoluta cuando agrega alguna otra justificación, como un periodo intergenésico corto.
- Colestasis: es un trastorno del hígado durante el embarazo. Los ácidos biliares son eliminados de forma incompleta por el hígado, aumentando sus concentraciones en sangre y otros tejidos. Se considera una patología benigna para la gestante, pero significa sufrimiento y riesgo de vida para del producto por lo que es una indicación de término de la gestación; la vía de elección de parto dependerá de condiciones favorables o no del cuello uterino.
- Preeclampsia: a las 20 semanas de edad gestacional se produce una presión arterial elevada acompañada de proteinuria o fallo orgánico.
- Expulsivo prolongado: se encuentra en gestantes recientes o nulíparas, el periodo expulsivo del parto tiene una duración mayor a 90 minutos, como referencia se sabe que en una múltipara tiene una duración de 60 minutos.
- Dilatación estacionaria: la dilatación en la parturienta dura de 2 horas a más.
- Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración: los esquemas de maduración se realizan de acuerdo al puntaje BISHOP, tal es así que gestantes que tienen un BISHOP menor a 6 se procede a dar misoprostol para madurar el cérvix y luego se procede a dar oxitocina; en cambio un cérvix con un BISHOP mayor a 6 se da de frente oxitocina para inducir el trabajo de parto.

- Enfermedad hipertensiva del embarazo: presión arterial elevada ($\geq 140/90$) que se presenta en una gestante de más de 20 semanas de edad gestacional, que no está acompañado de proteinuria ni de falla de órganos.
- Embarazo postérmino: se considera embarazo postérmino a un embarazo que dura más de 42 semanas, su presencia no necesariamente implica cesárea.
- Primigestante añosa: caso que se produce con gestantes mayores a 35 años, no implica cesárea ante la ausencia de factores de riesgo.
- Infección materna por VIH: es sujeta a la carga viral al momento del parto, cuando es alta se recomienda el uso de antivirales como zidovudina y también tener una cesárea programada.
- Sobrepeso: el sobrepeso condiciona la probabilidad de tener diabetes gestacional, veces macrosómicos, trastornos hipertensivos, trabajo de parto prolongado, entre otros; su presencia no es necesariamente indicador de cesárea.

Factores fetales relativos

- Presentación de cara.
- Restricción de crecimiento intrauterino: diagnosticado durante el control del embarazo, mediante ecografías obstétricas, se toman tres parámetros: el diámetro de la cabeza, el perímetro del abdomen y la longitud del hueso fémur; con el fin de evaluar el crecimiento y desarrollo del feto. Se define como un feto de tamaño pequeño debido a una causa patológica principalmente por no recibir los nutrientes necesarios. En sí no es una indicación de cesárea, se debe de evaluar la edad gestacional cómo es estado de bienestar fetal del feto para decidir la finalización de la gestación como la vía de parto.
- Feto podálico: el feto se encuentra en posición podálica, y no se acomoda en las fechas próximas al parto, aquí es cuando se programa una cesárea para evitar la morbilidad y mortalidad perinatal.
- Meconio: sustancia pegajosa de color verde oscuro que recubre el intestino del feto, producido por algunas circunstancias pudiéndose mezclar con el líquido amniótico. La presencia de este meconio se debe principalmente a tres razones: el sistema digestivo del producto está maduro lo que no indica sufrimiento fetal; si el cordón umbilical o la cabeza están siendo presionados por las contracciones durante el trabajo de parto, puede indicar o no sufrimiento fetal y la tercera causa es el sufrimiento fetal agudo que provoca

hipoxia fetal. Es importante tener en cuenta que la presencia de meconio en forma aislada no es una indicación de cesárea. Se realiza cesárea de urgencia si se diagnostica sufrimiento fetal agudo.

- Gestación múltiple: en pacientes con embarazo gemelar, en los cuales el primer feto no está en presentación cefálica, se recomienda proponer operación cesárea programada. La operación cesárea en gestaciones dobles no complicadas no debería realizarse antes de las 38 semanas de gestación ya que se pueden presentar deficiencias respiratorias en los recién nacidos.

Factores ovulares relativos

- Placenta previa oclusiva parcial: inclusión parcial de la placenta en el fragmento inferior del útero, encima del orificio interno o cercano del mismo.
- Corioamnionitis: contagio agudo del líquido amniótico; los microorganismos del tracto genital potencialmente colonizan e infectan las membranas, el cordón umbilical y el feto, produciendo fiebre y taquicardia en la madre, taquicardia fetal, irritabilidad uterina; aun esto se recomienda el parto vaginal; optando por la cesárea en caso haya dificultades en el trabajo de parto o alguna complicación (24).
- Polihidramnios severos: en gestaciones múltiples, frecuentemente aumenta el líquido amniótico, reconocido por el mayor tamaño uterino que no concuerda con la edad gestacional; puede producirse por síndromes genéticos y diabetes. Las complicaciones maternas son abrupción placentaria, disfunción uterina en el trabajo de parto y hemorragia posparto, en el feto induce a prematuridad, rotura prematura de membranas, prolapso de cordón (24).
- Ruptura prematura de membranas: es la rotura de membranas ovulares antes del trabajo de parto, se produce la expulsión de líquido amniótico; se detecta mediante el examen físico o algún otro test de laboratorio (test de nitrazina, test de Fern, coloración azul de Nilo).

Complicación de la cesárea

La cesárea es un recurso para algunas complicaciones del embarazo y parto, pero como toda operación presenta dificultades propias del medio, que merecen atención considerando que debe asumirse como la última opción para culminar el parto, ya que se trata de una opción para los casos en que el parto vaginal significa un riesgo; otro aspecto a considerar es que en la cesárea el riesgo de

morbimortalidad materno fetal tiene mayor probabilidad en comparación al parto vaginal (27).

La cesárea tiene diversas complicaciones, entre ellas:

- Quirúrgicas: implican lesiones vasculares a nivel del tracto urinario o intestinos.
- Infecciosas: contaminación de la herida que tiene un 3 a 5% de frecuencia, se reportan también endometritis puerperal a diferencia del parto vaginal (27).
- Hemorrágicas: hay aumento de la inercia uterina y hemorragia post parto, la periodicidad de hemorragia coligada a la cesárea electiva es menor comparando con la cesárea de urgencia y el parto (26).
- Tromboembólicas: aumenta la frecuencia en casos de cesáreas.
- Fetales: al aumentar la frecuencia de taquipnea transitoria, hay un peligro de contusión quirúrgica en el feto (26).
- Obstétricas: implica un potencial peligro de rotura uterina en un próximo embarazo, también incrementa el peligro de placenta previa y acretismo placentario, asociados a la edad materna que supera los 35 años, así como la multiparidad, cicatriz uterina anterior debido a un legrado instrumentado, aspiración manual Endo uterina y miomectomía (26).
- La muerte materna se incrementa a 6 veces en comparación al parto vaginal, por ello se considera como una complicación, debemos precisar que en una cesárea electiva la probabilidad es de solo 3 veces (28).
- El aumento excesivo de peso, la ruptura de membranas con más de 6 horas de evolución, cesárea de emergencia, condiciones socioeconómicas, número de atenciones prenatales, nuliparidad, pre eclampsia, corioamnionitis, volumen de pérdida sanguínea postquirúrgica, infecciones en otros órganos son considerados como factores que producen complicaciones están: (29).

Factores asociados a la cesárea

Muchos autores explican las razones para el incremento del índice de cesáreas, sin embargo, existen factores que aún no se entienden a cabalidad; por esta razón se atribuye a la inducción frecuente del parto, edad avanzada, obesidad o nuliparidad (1). Se considera también causas no clínicas o paramédicas, tales como las particularidades de los profesionales, las cesáreas por demanda de la gestante que a su vez es masificada por las experiencias anteriores de cesárea

previa y algunas veces por los comentarios positivos de los contactos sociales. El personal médico para evitar problemas legales, opta por terminar el embarazo con una cesárea, muchas veces sin previa indicación, probablemente por esta razón ha mermado la práctica del parto vaginal, por ello se considera que una cesárea previa determina que los otros embarazos también deben culminar con cesárea, sin tomar en cuenta las complicaciones materno-fetales relacionadas (1, 33).

Para otros autores, también implican cambios en las preferencias maternas acerca de la práctica obstétrica que son modificados por aspectos vinculados a la seguridad de ella misma y el feto, además de factores sociales como entidades que promueven la cesárea (30).

2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TÉRMINOS

Cesárea: Se define como la extracción fetal a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía) (24).

Incidencia de cesárea: Incumbe al número de intrusiones quirúrgicas nuevas, para extraer al feto por la vía abdominal, incidiendo en el útero.

Indicaciones de cesárea: Son la causa concluyente para efectuar una cesárea, la cual puede ser imperiosa o conexas debida a factores maternos, fetales, ovulares y materno-fetales.

Factores asociados: Son aquellas variables que, al actuar de forma individual o combinada, inciden positiva o negativamente en el tipo de parto que pueden ser vaginal o cesárea.

Edad mayor a 35 años: Es la etapa de la adultez.

Edad menor de 15 años: Individuo que aún no ha alcanzado la mayoría de edad, comprende toda la infancia y la adolescencia.

Mayor escolaridad: Nivel mayor de educación superior concluida.

Mayor número de atenciones prenatales: Se refiere a la atención prenatal que recibe la mujer durante su embarazo la cual es mayor o igual a 6 controles prenatales.

Antecedente de cesárea: Mujer que anteriormente ha tenido una cesárea.

Periodo intergenésico menor de 2 años: Periodo de tiempo transcurrido en función de la fecha de la última gestación a la del siguiente embarazo.

Periodo intergenésico mayor de 5 años: Se refiere al tiempo mayor de 5 años entre la última gestación y el siguiente embarazo.

Nuliparidad: Mujer que nunca ha tenido un parto.

Índice de masa corporal mayor a 25: Se calcula con base en el peso y talla, refleja el estado nutricional de la persona, determinando el sobrepeso y obesidad.

Índice de masa corporal menor a 18.5: Se emplea como base de cálculo el peso y la talla, incluye desnutrición.

Distocia de presentación: Posición o presentación fetal anómala que al final del embarazo no acogen la presentación correcta (presentación de nalga, cara, frente y hombros) de parto.

Parto obstruido: Trabajo de parto que no progresa en el canal del parto, a pesar de tener contracciones uterinas adecuadas.

Sufrimiento fetal agudo: Variación de la periodicidad cardiaca debido a hipoxia o acidosis fetal, supone un riesgo de daño permanente en el sistema nervioso central o falla multiorgánica, pudiendo terminar en muerte fetal.

Macrosomía fetal: La macrosomía es el peso al nacer > 4.000 g en un recién nacido a término.

Preeclampsia: Complicación severa de los trastornos hipertensivos del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daño de órgano blanco, se presentan por encima de la semana 20 de gestación.

Desproporción céfalo pélvica: Impedimento de parto vaginal producida por la insuficiencia del conducto pélvico para el paso del feto, o también debido al excesivo volumen del feto que supera las medidas de la pelvis.

Pelvis estrecha: Se denomina pelvis estrecha cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal.

Puntuación de APGAR: Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del recién nacido, tiene 5 características identificables: frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad y color de la piel; se evalúa y se le asigna un valor de 0, 1 o 2. El puntaje total está basado en la suma de los 5 componentes, estableciendo una puntuación de 0 a 10.

Depresión severa: 0 a 3 puntos

Depresión moderada: 4 a 6 puntos

Normal: 7 a 10 puntos

Peso del recién nacido: Es el peso que se toma inmediatamente después del nacimiento del niño o niña. La clasificación del peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo.

Bajo peso al nacer: 1500 a 2499 gramos

Normal: 2500 a 4000 gramos

Macrosómico: > 4000 gramos

Edad: Tiempo acontecido a partir del nacimiento, se enuncia en años. Se clasifica:
Adolescente: edad inferior a 18 años

Joven: edad 18 a 29 años

Adulta: edad igual o superior a 30

Estado civil: Es el contexto legal de una persona en la familia y sociedad que lo faculta para asumir obligaciones y ejercitar derechos. Las categorías asumidas para nuestro estudio son: casada, conviviente y soltera.

Grado de instrucción: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están incompletos. Se clasifica en: sin instrucción, primaria, secundaria, superior.

Ocupación: Labor que realiza regularmente en la etapa previa al parto.

Procedencia: Lugar de origen o nacimiento de la gestante, se clasifica en: Urbano (limitada a la ciudad), rural (sectores apartados de la ciudad).

2.4 HIPÓTESIS

H1:

- Los factores maternos como edad mayor a 35 años, edad menor de 15 años, mayor escolaridad, mayor número de atenciones prenatales, antecedente de cesárea anterior, periodo intergenésico menor de 2 años, periodo intergenésico mayor de 5 años, nuliparidad, índice de masa corporal mayor a 25, índice de masa corporal menor a 18.5, se asocia a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.
- Los factores clínicos como distocia de presentación, parto obstruido, sufrimiento fetal agudo, macrosomía fetal, preeclampsia, desproporción cefalopélvica y pelvis estrecha se asocian a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.
- Los factores clínicos como sufrimiento fetal con el factor APGAR y macrosomía fetal con el factor peso del recién nacido, se relacionan al momento del nacimiento en gestantes con cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.

H0:

- Los factores maternos como edad mayor a 30 años, edad menor de 18 años, mayor escolaridad, mayor número de atenciones prenatales, antecedente de cesárea anterior, periodo intergenésico menor de 2 años, periodo intergenésico mayor de 5 años, nuliparidad, índice de masa corporal mayor a 25, índice de masa corporal menor a 18.5, no se asocia a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.
- Los factores clínicos como distocia de presentación, parto obstruido, sufrimiento fetal agudo, macrosomía fetal, preeclampsia, desproporción

cefalopélvica y pelvis estrecha no se asocian a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.

- Los factores clínicos como sufrimiento fetal con el factor APGAR y macrosomía fetal con el factor peso del recién nacido, no se relacionan al momento del nacimiento en gestantes con cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.

-

2.5 VARIABLES DE ESTUDIO

Variable Independiente:

Factores maternos:

- Edad mayor a 35 años
- Edad menor de 15 años
- Mayor escolaridad
- Mayor número de atenciones prenatales
- Antecedente de cesárea anterior
- Periodo intergenésico menor de 2 años
- Periodo intergenésico mayor de 5 años
- Nuliparidad
- Índice de masa corporal mayor a 25
- Índice de masa corporal menor a 18.5.

Factores clínicos:

- Distocia de presentación
- Parto obstruido
- Sufrimiento fetal agudo
- Preeclampsia
- Desproporción cefalopélvica
- Pelvis estrecha

Variable Dependiente:

Indicación de cesárea

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada.

3.2 ENFOQUE DE ESTUDIO

Cuantitativa.

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Analítico.

3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, retrospectivo, de corte transversal, analítico de caso control.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: La población para el presente estudio estuvo conformada por 566 historias clínicas de gestantes, cuyo parto se produjo en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los años 2018 - 2021.

Muestra:

La muestra fue censal, constituida por la misma población, de las cuales se seleccionaron los casos y controles:

Casos: 293 historias clínicas de gestantes con parto por cesárea, cuyo parto se produjo en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los años 2018 - 2021.

Controles: 273 historias clínicas de gestantes con parto vaginal, cuyo parto se produjo en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los años 2018 - 2021.

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Historias Clínicas completas de gestantes, cuyo parto se produjo en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los años 2018 - 2021.
- Historias Clínicas de pacientes cuyos partos se atendieron en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los años 2018 - 2021.

Criterios de exclusión

- Historias Clínicas incompletas de gestantes, cuyo parto se produjo en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los años 2018 - 2021.
- Historias Clínicas de gestantes cuyos partos no se atendieron en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los años 2018 - 2021.

3.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Revisión documental

3.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

- Historia clínica perinatal
- Ficha de registros de datos

3.8 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó autorización al director del Hospital de Apoyo Cangallo para realizar el proyecto de investigación en el servicio de gineco obstetricia.
- Luego de conseguir el permiso correspondiente, se procedió a la tipificación de historias clínicas en el sistema informático perinatal del Hospital de Apoyo Cangallo.
- Fichada el número de las historias clínicas se solicitó autorización al jefe del área de admisión del Hospital de Apoyo Cangallo para poder acceder al área de archivos donde se encontraban las historias clínicas.
- Se procedió a ubicar las historias clínicas en el área de admisión del Hospital de Apoyo Cangallo las cuales fueron revisadas minuciosamente, con el objetivo de registrar los datos y se destinó en la ficha de recolección de datos elaborado por las autoras del trabajo de investigación, datos que sirvieron para crear la base de datos primaria en la hoja de cálculo Excel, para finalmente elaborar las tablas y proceder a su interpretación.

3.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

- Se codificó la información requerida.
- Se registraron en el paquete Microsoft Excel 2019 apropiadamente codificada.
- Se empleó el programa SPSS 25 para aplicar la estadística general consistente en el análisis porcentual, así como la estadística inferencial mediante las pruebas del test de independencia Ji o Chi cuadrado (X^2) y el Odds ratio (OR) para definir si la probabilidad de ocurrencia de un evento o enfermedad: caso/no caso difiere o no en distintos grupos.
- Se han elaborado cuadros estadísticos donde se describen y relacionan las variables de estudio, conteniendo los estadísticos correspondientes.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 01. Incidencia de cesáreas en pacientes atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018 – 2021.

| Año | Total cesárea | | porcentaje |
|------------|----------------------|-----|-------------------|
| 2018 | 217 | 107 | 49,3 % |
| 2019 | 174 | 84 | 48,3 % |
| 2020 | 178 | 87 | 48,9 % |
| 2021 | 228 | 144 | 63,2 % |
| Promedio | | | 52,43% |

Fuente: Revisión de Historias Clínicas HAC.

En la tabla 01, se muestra que la incidencia de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo fue mayor en el año 2021 con 63.2%, seguido en el 2018 con una incidencia del 49.3%, teniendo una incidencia promedio de 52.43%.

De los resultados se concluye que hay mayor incidencia en los partos por cesárea representados por un 53% en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los años 2018 – 2021.

Nuestros resultados de investigación se asemejan con lo obtenido por Muños, H y Freyermuth M. (14), en México, entre los años 2011 a 2014, quienes reportaron que, de 8, 746,144 total de partos, 4, 012, 894 fueron por cesárea, significando un porcentaje de 45.9%.

Igualmente, Alvares, C. (21) en Piura, encontró que, de un total de 3652 partos ocurridos en el Hospital durante el período del estudio, 2158 culminaron en cesárea, equivalente al 59,1% de los partos; coincidiendo también con Lozano, A. (26) en Lima, demostrando que, del total de 3535 partos, el 58.9% (2081 partos) culminaron en cesárea, afirmando que superan las recomendaciones dadas por la OMS.

Un resultado mucho más semejante al nuestro fue el realizado por Condori, R. (25) en Tacna, quien de 20324 partos atendidos entre los años 2014 a 2019, reportó 10700 que culminaron en parto por cesárea, determinando una tasa de incidencia de 52,6%.

Incidencias menores también han sido encontradas por otros investigadores, como Franco, R. (15) en Paraguay, quien reporta que 2087 partos ocurridos en el Hospital durante el período del estudio, 761 (36.46%) partos culminaron en cesárea; del mismo modo, Chavarría, L. (12) en Nicaragua, revela que el total de nacimientos 2610 partos, de ellos 977 partos culminaron en cesáreas teniendo como porcentaje 37.2%.

También, Huatuco, C. (23), en Huancavelica registra un total de partos de 769, de los cuales 167 (21.7%) culminaron en parto por cesárea.

Tabla 02. Factores maternos asociados a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.

| Factor | Casos | Controles | OR (IC 95%) (Li-Ls) | p valor |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------------|---------|
| Edad mayor a 35 años | 17,4% (51/293) | 15,0% (41/273) | 1,19 (0,761 - 1,868) | 0,442 |
| Edad menor de 15 años | 1,4% (4/293) | 0,4% (1/273) | 3,76 (0,418 - 33,893) | 0,204 |
| Mayor escolaridad | 20,1% (59/293) | 12,8% (35/273) | 1,71 (1,087 - 2,704) | 0,019 |
| Mayor número de atenciones Prenatales | 87,7% (257/293) | 81,3% (222/273) | 1,64 (1,032 - 2,605) | 0,035 |
| Antecedente de cesárea | 30,0% (88/293) | 8,1% (22/273) | 4,90 (2,964 - 8,083) | 0,000 |
| Periodo intergenésico menor de 2 años | 14,0% (41/293) | 8,1% (22/273) | 1,86 (1,075 - 3,207) | 0,025 |
| Periodo intergenésico mayor a 5 años | 23,5% (69/293) | 24,5% (67/273) | 0,95 (0,644 - 1,393) | 0,782 |
| Nuliparidad | 56,3% (165/293) | 36,3% (99/273) | 2,27 (1,616 - 3,176) | 0,000 |
| Índice de masa corporal mayor a 25 | 55,6% (163/293) | 37% (101/273) | 2,14 (1,525 - 2,991) | 0,000 |
| Índice de masa corporal menor a 18,5 | 1,0% (3/293) | 4,4% (12/273) | 0,23 (0,063 - 0,806) | 0,013 |

Fuente: Revisión de Historias Clínicas HAC

En la tabla 2, se observa que los factores maternos asociados a la indicación de cesárea son la mayor escolaridad con un $p=0,019$ y $OR=1,71$ donde la probabilidad de ocurrencia de un parto por cesárea es 1,71 (1,087 – 2,704) veces más cuando la gestante tiene mayor escolaridad. El mayor número de atenciones prenatales (6 a más) con un $p=0,035$ y $OR=1,64$ donde la probabilidad de presentar un parto por cesárea es 1,64 (1,032 – 2,605) veces más cuando la paciente presenta un mayor número de atenciones prenatales. Presentar antecedente de cesárea anterior con un $p=0,000$ $OR=4,9$, donde la probabilidad de presentar un parto por cesárea es 4,9 (2,964 – 8,083) veces más cuando la paciente presenta un antecedente de cesárea anterior. El periodo intergenésico menor de 2 años con un $p=0,025$ y $OR=1,86$ donde la probabilidad de presentar un parto por cesárea es 1,86 (1,075 – 3,207) veces más cuando la paciente presenta un periodo intergenésico menor de 2 años. La nuliparidad, con un $p=0,000$ y $OR=2,27$ donde la probabilidad de presentar un parto por cesárea es 2,27 (1,616 – 3,176) veces más cuando la paciente presenta nuliparidad. Y el índice de masa corporal mayor a 25 con un $p=0,000$ y $OR=2,14$ demostrando que la probabilidad de presentar un parto por cesárea es 2,14 (1,525 – 2,991) veces más cuando la paciente presenta IMC mayor a 25.

Del análisis de la tabla podemos concluir que los factores maternos asociados más comunes a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo fueron mayor escolaridad, mayor número de atenciones prenatales, antecedentes de cesárea anterior, nuliparidad, índice de masa corporal mayor a 25.

Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se halló evidencia estadística significativa ($p < 0.05$) lo cual indica que los factores maternos se asocian a la indicación de cesárea a excepción de periodo intergenésico mayor a 5 años que no muestra asociación.

Nuestros resultados se asemejan con el trabajo de Muños, H y Freyermuth M. (14), quienes, reportan que 50.06% de cesáreas se presentan en aquellas pacientes que tenían 6 o más controles prenatales, sin embargo, a diferencia de nuestros resultados reportan que 70.43% de cesáreas se presentan en pacientes con nivel de estudios superior, el mayor porcentaje de cesáreas 57.48% se presentan en edad de 35-44 años. Por su parte, Franco, R. (15) en Paraguay indica que la cesárea fue más prevalente (15,5%) en mujeres con antecedentes de cesárea anterior.

Datos más concordantes con nuestra investigación los encontramos en Rojas, M. (20), quien reporta que la cesárea se presenta con mayor frecuencia 37.7% en mujeres con mayor escolaridad, en segundigestas 38.52% y en pacientes con cesárea anterior 48.36%.

A si mismo Condori, R. (25) reporta que el 61,9% de gestantes cesareadas presentaron mayor escolaridad, el 65% antecedente de cesárea anterior y el 65,1% mayor número de controles pre natales.

Por otro lado, nuestros resultados difieren con los reportados por Lozano, A. (26) quien reporta que el 55.8% de cesáreas se presentan en aquellas pacientes que tenían controles prenatales insuficientes, igualmente en relación a la paridad reportan que el 69.1% de gestantes con cesárea son multigestas; en cuanto al índice de masa corporal 58.5% presentó IMC normal.

Tabla 03. Factores clínicos asociados a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.

| Factor | Casos | Controles | OR (IC 95%) (Li-Ls) | p valor |
|-----------------------------|-----------------|----------------|------------------------|---------|
| Distocia de presentación | 13,3% (39/293) | 1,1% (3/273) | 13,82 (4,218 - 45,276) | 0,000 |
| Parto obstruido | 0,0% (0/293) | 0,0% (0/273) | - | - |
| Sufrimiento fetal agudo | 13,0% (38/293) | 1,1% (3/273) | 13,41 (4,089 - 43,989) | 0,000 |
| Macrosomía fetal | 6,1% (18/293) | 1,1% (3/273) | 5,89 (1,715 - 20,230) | 0,002 |
| Pre eclampsia | 7,8% (23/293) | 0,7% (2/273) | 11,54 (2,695 - 49,439) | 0,000 |
| Desproporción cefalopélvica | 11,6% (34/293) | 0,0% (0/273) | - | 0,000 |
| Pelvis estrecha | 11,9% (35/293) | 0,0% (0/273) | - | 0,000 |
| Otros | 36.2% (106/293) | 19,8% (54/273) | 9,00 (6,112 - 13,259) | 0,000 |

Fuente: Revisión de Historias Clínicas HAC

En la tabla 3, se observa que los factores clínicos asociados a la indicación de cesárea son la distocia de presentación, con un $p=0,000$ y $OR =13,82$ donde la probabilidad de presentar un parto por cesárea es 13,82 (4,218 – 45,276) veces más cuando la paciente presenta distocia de presentación. El sufrimiento fetal agudo, con un $p=0,000$ y $OR=13,41$ donde la probabilidad de presentar un parto por cesárea es 13,41 (4,089 – 43,989) veces más cuando la paciente presenta sufrimiento fetal agudo. La macrosomía fetal con un $p=0,002$ y $OR=5,89$ donde la probabilidad de presentar un parto por cesárea es 5,89 (1,715 – 20,230) veces más cuando la paciente presenta macrosomía fetal. La preeclampsia, con un $p=0,000$ y $OR=11,54$ donde la probabilidad de presentar una cesárea es 11,54 (2,695 – 49,439) veces más cuando la paciente presenta pre eclampsia. Y en relación al factor pelvis estrecha encontramos que el total de pacientes con este factor clínico 11,9% (35) fueron cesareadas.

Del análisis de la tabla podemos concluir que los factores clínicos asociados más frecuentes para la indicación de cesárea fueron distocia de presentación (13.3%) y sufrimiento fetal agudo (13%), pelvis estrecha (11,9%), desproporción cefalopélvica (11,6%).

Podemos afirmar que nuestros resultados coinciden con Huatuco, C. (23), quien en Huancavelica encontró que las principales indicaciones de la cesárea fueron;

preeclampsia 12,6%, desproporción céfalo pélvica 10,2%, sufrimiento fetal agudo 9,6%; igualmente Puente de la Vega, C. (24) en Cusco afirmó que la distocia de presentación es determinante en las cesáreas.

En contraste, Chavarría, L. (12) en Nicaragua; reporta un porcentaje menor (5.9%) para la distocia de presentación, mientras que para el parto obstruido encontró un porcentaje mayor (7.5%); indica porcentajes ínfimos (0.4%) para la preeclampsia. Información importante la encontramos en Álvarez, C. (21) en Piura, quien indica que la causa materna es la más importante para las cesáreas (64.8%), la preeclampsia–eclampsia representa el 22.9 %, encuentra también sufrimiento fetal (41.7%).

Lozano, A. (26) en Lima, reporta que el 28.8% presenta desproporción céfalo pélvica, mucho mayor a lo encontrado por nosotras; igualmente en los factores fetales, encontró que el 35.6% tuvo sufrimiento fetal agudo y el 49.1% presentó ruptura prematura de membranas, que podría representar “otros” en nuestro caso.

Condori, R. (25) en Tacna encontró valores muy diferentes al nuestro, mayor porcentaje en la desproporción céfalo-pélvica y cesárea iterativa (46,6%); antecedentes de cesárea anterior (65,0% en ninguna), iniciación de trabajo de parto en forma espontánea (99,5%), 91,5% tuvieron cesárea de emergencia y el 86,4% tuvo líquido amniótico claro, afirmando que la desproporción céfalo-pélvica, la cesárea iterativa y el sufrimiento fetal son trascendentales en las indicaciones de cesárea.

Tabla 04. Relación entre el factor clínico Sufrimiento fetal agudo y el Apgar del recién nacido al momento del nacimiento en gestantes con cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.

| Sufrimiento fetal agudo | Puntuación de Apgar al min | | | | | | TOTAL | |
|-------------------------|----------------------------|-----|-------|-----|--------|------|-------|-------|
| | 0 – 3 | | 4 - 6 | | 7 - 10 | | N | % |
| | N | % | n | % | n | % | | |
| Si | 2 | 0,7 | 2 | 0,7 | 34 | 11,6 | 38 | 13,0 |
| No | 1 | 0,3 | 13 | 4,4 | 241 | 82,3 | 255 | 87,0 |
| Total | 3 | 1,0 | 15 | 5,1 | 275 | 93,9 | 293 | 100,0 |

Fuente: Revisión de Historias Clínicas HAC

La tabla 04 se observa que del total de gestantes con cesárea el 13% (38) presentó sufrimiento fetal agudo, de ellas el 11,6% (34) de sus recién nacidos presentó un Apgar de 7 a 10 al primer minuto de nacimiento.

En conclusión, la mayoría de los recién nacidos considerados como sufrimiento fetal agudo en el parto, tuvieron un puntaje APGAR normal.

Son escasas las investigaciones referentes a determinar la relación entre el factor sufrimiento fetal y el Apgar al nacimiento; sin embargo, encontramos cierta similitud con lo reportado por Chavarría, L. (12), quien, afirma que el sufrimiento fetal agudo al minuto se presenta en el 0.4% de las indicaciones de cesárea, precisando que no alcanzó asfixia.

González-Tipiana, I. (18) encontró que el 93% de recién nacido de madres cesareadas presentó Apgar entre 7 y 10 al minuto en promedio.

Tabla 05. Relación entre el factor clínico Sufrimiento fetal agudo y el Apgar del recién nacido al momento del nacimiento en gestantes con cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.

| Sufrimiento fetal agudo | Puntuación de Apgar a los 5 min | | | | | | TOTAL | |
|-------------------------|---------------------------------|-----|-------|-----|--------|------|-------|-------|
| | 0 - 3 | | 4 - 6 | | 7 - 10 | | n | % |
| | n | % | N | % | n | % | | |
| Si | 1 | 0,3 | 2 | 0,7 | 35 | 11,9 | 38 | 13,0 |
| No | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 254 | 86,7 | 255 | 87,0 |
| Total | 2 | 0,7 | 2 | 0,7 | 289 | 98,6 | 293 | 100,0 |

Fuente: Revisión de Historias Clínicas HAC

En la tabla 05 se observa que del total de gestantes cesareadas el 13% (38) presentó sufrimiento fetal agudo, de ellas el 11,9% (35) de sus recién nacidos presentó un Apgar de 7 a 10 a los 5 minutos de nacimiento.

La investigación de Rodríguez, F. (17) en Trujillo muestra que el 60% de pacientes que tuvieron Apgar bajo a los 5 minutos, tuvo sufrimiento fetal agudo; asimismo afirma que el SFA tiene alto grado de asociación para ser factor de riesgo obstétrico ($p < 0.001$), confirmando que el sufrimiento fetal agudo y el bajo peso al nacer son factores de riesgo obstétrico para Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a término.

Yaipén, P, y cols., (19) en Lambayeque, demostraron que quienes registraron “sufrimiento fetal”, el 73%, tuvo un puntaje Apgar “normal”. En cuanto al Apgar a los cinco minutos, el 94 % fue “normal”, el 4 % presentó “depresión moderada” y el 1,6 % “depresión severa”. Asimismo, Lozano, A. (26) en Lima incide en el sufrimiento fetal agudo como el indicador más asociado a cesárea (35,6%).

Tabla 06. Relación entre el factor clínico Macrosomía Fetal y el peso del recién nacido al momento del nacimiento en gestantes con cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.

| Macrosomía fetal | Peso del recién nacido (gr) | | | | | | TOTAL | | P |
|------------------|-----------------------------|-----|-------------|------|-------|-----|-------|-------|--------------|
| | 1500 - 2499 | | 2500 - 4000 | | >4000 | | N | % | |
| | n | % | n | % | n | % | | | |
| Si | 0 | 0,0 | 8 | 2,7 | 10 | 3,4 | 18 | 6,1 | 0,000 |
| No | 12 | 4,1 | 261 | 89,1 | 2 | 0,7 | 275 | 93,9 | |
| Total | 12 | 4,1 | 269 | 91,8 | 12 | 4,1 | 293 | 100,0 | |

Fuente: Revisión de Historias Clínicas HAC

En la tabla 06 se observa que del total de gestantes cesareadas el 6,1% (18) presentó macrosomía fetal, de ellas el 3,4% (10) de sus recién nacidos presentó peso mayor a 4000.

Es escasa la información sobre este factor, sin embargo, Gonzáles-Tipiana, I. (18) reporta que el 5% de gestantes con diagnóstico de macrosomía fetal, presentó recién nacidos con pesos entre 4,000 y 4,999 gr.

Tabla 07. Características sociodemográficas de las pacientes que tuvieron parto por cesárea atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018 – 2021.

| Características sociodemográficas | | Cesárea | |
|-----------------------------------|-----------------|------------|--------------|
| | | n | % |
| Edad | Adolescente | 24 | 8,2 |
| | Joven | 154 | 52,6 |
| | Adulta | 115 | 39,2 |
| | Total | 293 | 100,0 |
| Estado civil | Soltera | 42 | 14,3 |
| | Casada | 35 | 11,9 |
| | Conviviente | 216 | 73,7 |
| | Total | 293 | 100,0 |
| Grado de instrucción | Sin instrucción | 5 | 1,7 |
| | Primaria | 64 | 21,8 |
| | Secundaria | 163 | 55,6 |
| | Superior | 61 | 20,8 |
| | Total | 293 | 100,0 |
| Ocupación | Ama de casa | 242 | 82,6 |
| | Agricultora | 1 | 0,3 |
| | Ganadera | 3 | 1,0 |
| | Negociante | 3 | 1,0 |
| | Estudiante | 33 | 11,3 |
| | Profesional | 10 | 3,4 |
| | Otros | 1 | 0,3 |
| | Total | 293 | 100,0 |
| Procedencia | Rural | 169 | 57,7 |
| | Urbana | 124 | 42,3 |
| | Total | 293 | 100,0 |

Fuente: Revisión de Historias Clínicas HAC

En la tabla 07, se observa que las pacientes que tuvieron parto por cesárea el mayor porcentaje 52,6% (154) era joven (18 a 29 años), el 73,7% (216) conviviente, 55,6% (163) presentó grado de instrucción secundaria, el 82,6% (242) fue ama de casa, y el 57,7% (169) proceden de la zona rural.

Nuestros resultados coinciden con Lozano, A. (26), quien reporta que las edades de pacientes cesareadas se encuentran en un rango de edad de entre 20 a 34 años (68,6%), de estado civil conviviente (67,6%), nivel de instrucción secundario (91,4%).

Así mismo Condori, R. (25), reporta que las edades de pacientes cesareadas se encuentran en un rango de edad de 22 a 24 años (16,0%), secundaria (61,9%) y conviviente (73,6%).

Huatuco, C. (23), reporta que las edades de pacientes cesareadas se encuentran en un rango de edad de 20 a 30 años (56,3%) y el 66.4% de las pacientes son convivientes.

Nuestros resultados difieren con Gonzáles-Tipiana, I. (18), quien reporta que el mayor porcentaje de mujeres cesareadas 58% presentaba edades de 31 a 40 años.

Rojas, M. (20) reporta que el mayor porcentaje de mujeres cesareadas 27.87% poseen edades comprendidas entre 30-34 años, el 36.07% presentan estado civil conviviente, el 37.7% presentan grado de instrucción secundaria, el 54.9% son de ocupación independiente, el 66.39% proceden de la zona urbana.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de cesáreas en pacientes atendidas en el Hospital Apoyo Cangallo en promedio fue de 52,43% durante el periodo 2018-2021, mostrando una tendencia ascendente.
2. Los factores maternos asociados a la indicación de cesárea son: mayor escolaridad (OR: 1,71 y $p=0,019$), mayor número de atenciones prenatales (OR:1,64 y $p=0,035$), antecedente de cesárea anterior (OR:4,9 y $p=0,000$), periodo intergenésico menor de 2 años (OR:1,86 y $p=0,025$), nuliparidad (OR:2,27 y $p=0,000$), índice de masa corporal mayor a 25 (OR:2,14 y $p=0,000$), índice de masa corporal menor a 18.5 (OR:0,23 y $p=0,013$); mientras que la edad mayor a 35 años (OR:1,19 y $p=0,442$), edad menor de 15 años (OR:3,76 y $p=0,204$) y el periodo intergenésico mayor de 5 años (OR:0,95 y $p=0,782$), no muestran asociación.
3. Los factores clínicos como: distocia de presentación (OR:13,82 y $p=0,000$), sufrimiento fetal agudo (OR:13,41 y $p=0,000$), macrosomía fetal (OR:5,89 y $p=0,002$), preeclampsia (OR:11,54 y $p=0,000$), Desproporción cefalopélvica ($p=0,000$), Cesárea anterior (OR:7,50 y $p=0,000$), pelvis estrecha ($p=0,000$) y otros (OR:9,00 y $p=0,000$), se asocian a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo.
4. El 13% (38) presentó sufrimiento fetal agudo, de ellas el 11,6% (34) de sus recién nacidos presentó un Apgar de 7 a 10 (normal) al primer minuto de nacimiento.
5. El 13% (38) presentó sufrimiento fetal agudo, de ellas el 11,9% (35) de sus recién nacidos presentó un Apgar de 7 a 10 (normal) a los 5 minutos de nacimiento.
6. El 6,1% (18) presentó macrosomía fetal, de ellas el 3,4% (10) de sus recién nacidos presentó peso mayor a 4000.
7. El mayor porcentaje de pacientes que tuvieron parto por cesárea, fueron jóvenes 52,6% (154), estado civil conviviente 73,7% (216), grado de instrucción secundaria 55,6% (163), ama de casa 82,6% (242) y 57,7% (169) de procedencia rural.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar el uso de las normas y protocolos institucionales del MINSA con la finalidad de justificar los diagnósticos operatorios para disminuir el excesivo número de cesáreas.
2. Al Hospital Apoyo Cangallo, concienciar a las gestantes asistir a sus controles prenatales y capacitarse en técnicas para evitar las cesáreas y elevar las tasas de parto vaginal. Formar una comisión de control en el servicio de gineco-obstetricia del hospital en cargada de analizar el aumento de la incidencia de cesáreas. Asimismo, promover el uso correcto de partograma con el fin de posibilitar el parto vaginal en gestantes con cesárea anterior y también en gestantes que no presenten complicaciones que ponen en riesgo la vida de la madre y del feto.
2. Al Ministerio de Salud (MINSA) y la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga (UNSCH), considerar que los factores maternos que se asocian a las indicaciones de cesáreas deben analizarse para programar lineamientos de política y proponer un currículo que promueva el parto vaginal.
3. A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga - Escuela Profesional de Obstetricia, fomentar un programa de Psicoprofilaxis Obstétrica para reducir las complicaciones obstétricas pre y post natal mediante la preparación física y psicológica de la gestante para un parto sin temor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, Sociedad de Medicina Materno Fetal, Caughey, Aaron B., Cahill, Alison G., Guise, Jeanne. Prevención Segura del Parto por Cesárea Primaria. Clínica ACOG. 2014: p. 1-19. Disponible en: <http://www.femeba.org.ar/documentos/download/1440-prevencion-segura-del-parto-por-cesarea.pdf>
2. Organización mundial de la salud. Organización mundial de la salud. [Online].; 2015 [cited 2022 junio 02. Available from: <https://www.who.int/news/item/09-04-2015-caesarean-sections-should-only-be-performed-when-medically-necessary-says-who>
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS Sobre Tasas de Cesárea. Human Reproduction Programme. 2015: p. 1. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
4. Belizán J, Althabe F, M C. Consecuencias para la salud del aumento de las tasas de cesáreas. epidemiology. 2007; 18.
5. González M, Saucedo A, Santa Ana Y. Factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México. Salud Pública México. 2010 Sep; 52(5): p. 416-423. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000500009
6. Cadena J, Aguilar M, Vázquez D. Las ciencias sociales y la agenda nacional Reflexiones y propuestas desde las Ciencias Sociales. COMECSO. 2018. Disponible en: <https://www.comecso.com/congresos/congreso-vi/ciencias-sociales-agenda-nacional>
7. Milonas I, Friesé K. Indicaciones y riesgos de la cesárea electiva. Dtsch Arztebl International. 2015 Jul; 112(489-95): p. 29-30.
8. Boerma T, Ronsmans C, Melesse D, Barro A, Barros F. Epidemiología mundial del uso y las disparidades en las cesáreas. The Lancet. 2018 Oct; 392: p. 1341-1348. Disponible en: <https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/epidemiologia-consecuencias-e-intervenciones-para-reducir-el-exceso-de-cesareas-46138>
9. Detener la epidemia mundial de cesáreas. The Lancet. 2018 octubre 13; 392(10155): p. 1279. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol392no10155/PIIS0140-6736\(18\)X0043-9](https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol392no10155/PIIS0140-6736(18)X0043-9)

10. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar. salud materna e infantil. Lima: ENDES, Lima; 2018. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
11. Pino R, Zorrilla V, Rodríguez M, Ochoa W. Frecuencia e indicaciones de cesáreas electivas y de urgencia en el Hospital Regional de Ayacucho, Perú. Revista Peruana de Ciencias de la Salud. 2021 febrero 11; 3(1). Disponible en: <http://revistas.udh.edu.pe/index.php/RPCS/article/view/264e>
12. Chavarría Cano 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 de Título Profesional) ed. Granada: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2018. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/9149/1/98755.pdf>
13. Muñoz Hernández José Alberto, Freyermuth Enciso María Graciela, Ochoa Torres María del Pilar. Factores asociados al incremento de cesáreas en México, 2011-2014. PSM [Internet]. 2020 June [cited 2022 Dec 28]; 17(2): 59-91. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012020000100059&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v17i2.40047>.
14. Franco Netto R. Incidencia y características de los partos por cesárea en un Hospital público de Paraguay. (Artículo) ed. Paraguay: Revista Internacional de Salud Materno Fetal; 2020. Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/167>
15. Rodríguez, F. Macrosomía fetal, desprendimiento prematuro de placenta, bajo peso al nacer y sufrimiento fetal agudo como factores de riesgo obstétricos para Apgar bajo los 5 minutos en recién nacidos a término en el hospital Belén de Trujillo en el año 2009. Tesis licenciatura. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo. Perú. 2010. Disponible en: https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/175/RodriguezZu%C3%B1iga_F.pdf?sequence=1
16. Gonzáles-Tipiana, I. Macrosomía fetal: prevalencia, factores de riesgo asociados y complicaciones en el hospital regional de Ica, Perú. Rev. méd. panacea 2012; 2(2):55-57. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/129/123>.
17. Yaipén, P; Ordinola, R; Gonzáles, L y Fernández, J. Puntaje Apgar obtenido en recién nacidos con sufrimiento fetal agudo en un hospital del Ministerio de Salud.

- Lambayeque, Perú. REV EXP MED 2017; 3(3). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6126904.pdf>.
18. Rojas Moron, M. y Vargas Arzubiaga C. Características Epidemiológicas Y Factores Asociados a la cesárea en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui de agosto 2016 a julio 2017. (Tesis de Título Profesional). Universidad Privada Norbert Wiener. Lima. 2018. Disponible en: <https://docplayer.es/155515758-Universidad-privada-norbert-wiener-facultad-de-ciencias-de-la-salud-escuela-academico-profesional-de-obstetricia.html>
 19. Álvarez Escobar C. Incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del Hospital de Apoyo II de Sullana, enero-diciembre 2017. (Tesis de Título Profesional). Universidad Privada Antenor Orrego. Piura. Perú. 2018. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/3995/1/REP_MED.HUMA_CAROLYN.ALVAREZ_INCIDENCIA.INDICACIONES.CES%C3%81REA.GESTANTES.HOSPITAL.APOYO.II.SULLANA.ENERO.DICIEMBRE.2017.pdf
 20. Huatuco Hidalgo C. Incidencia de Cesáreas en el Hospital de Pampas, 2018. (Tesis de Título Profesional) ed. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4fdb7dd-4b8c-46cc-9283-8c6059b43bf1/content>
 21. Puente de la Vega, C. Factores asociados a puntaje de Apgar bajo en el servicio de neonatología, hospital regional del Cusco, 2018. Tesis licenciatura. Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco. Cusco. Perú. 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/4005/253T20190191.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 22. Condori Huaynapata, R. Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019. (Tesis de Título Profesional). Universidad Jorge Basadre Grohmann; 2021. Disponible en: <http://www.tesis.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4331>
 23. Lozano López A. Factores asociados a la indicación de cesáreas en embarazadas atendidas por el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021. (Tesis de Título Profesional). Universidad Nacional Federico Villarreal; Lima. 2021. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNF_f28623c79cd2de5fb1c936a86ac2b1a7/Description
 24. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. Williams Obstetricia. 25th ed. México: McGraw-Hill; 2019.

25. Cunningham , Leveno , Bloom , Hauth , Rouse , Spong. Williams Obstetricia. 23rd ed. Mexico: McGraw-Hill.; 2011.
26. Gayan P, Varas J, Demetrio A, Lattus J. Protocolo de Indicación operación cesárea. REV. OBSTET. GINECOL. 2009; 4(2): p. 113-118.
27. Carvajal Cabrera J, Ralph Troncoso C. Manual de Obstetricia y Ginecología. 9th ed. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
28. Anaya Prado R, Madrigal Flores S, Reveles Vázquez J, Ramírez Barba E, Frías Terrones G, Godínez Rubí J. Morbilidad materna asociada a operación cesárea. Medigraphic.com. 2008; 76: p. 467-472. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19314>
29. Cardoso, M., y Pinto-Neto A. Postdischarge surveillance following cesarean section: The incidence of surgical site infection and associated factors. Am J Infection Control. 2010; 38(6): p. 467-472. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20226571/>
30. Ruiz Sánchez J, Vallejos Parés A, Durán Arenas L. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatol. Reprod. Hum. 2014; 28(1): p. 33-34. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000100006

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Anexo N° 1
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

| DATOS GENERALES DE LA FICHA | |
|--|---|
| CÓDIGO: | FECHA: |
| LUGAR: | |
| I. FACTORES MATERNOS | |
| Edad mayor a 35 años: Si () No () | Periodo intergenésico menor de 2 años: Si () No () |
| Edad menor de 15 años: Si () No () | Periodo intergenésico mayor a 5 años: Si () No () |
| Mayor escolaridad: Si () No () | Nuliparidad: Si () No () |
| Mayor número de atenciones prenatales: Si () No () | Índice de masa corporal mayor a 25: Si () No () |
| Antecedente de cesárea anterior: Si () No () | Índice de masa corporal menor a 18.5: Si () No () |
| II. FACTORES CLÍNICOS | |
| Distocia de presentación: Si () No () Parto obstruido: Si () No () Sufrimiento fetal agudo: Si () No () Macrosomía fetal: Si () No () Pre eclampsia: Si () No () Desproporción cefalopélvica: Si () No () Pelvis estrecha: Si () No () Otros () ----- | |
| III. DATOS DEL RECIEN NACIDO | |
| APGAR al nacimiento: 1´..... | 5´..... |
| Peso al nacimiento: | |
| IV. INDICACIÓN DE CESÁREA: Si () No () | |
| V. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | |
| Edad: Adolescente () Joven () Adulta () | Ocupación: Ama de casa () Agricultora () Profesional () Negociante () Otros () |
| Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente () | Procedencia: Urbana () Rural () |
| Grado de instrucción: Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior () | |
| OBSERVACIONES: | |

MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVOS | JUSTIFICACIÓN | HIPÓTESIS | VARIABLES E INDICADORES | METODOLOGÍA |
|---|---|--|--|--|---|
| <p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>- ¿Cuáles son los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>- ¿Cuál es la incidencia de cesáreas en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021?</p> <p>- ¿Cuáles son los factores maternos asociados a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021?</p> <p>- ¿Cuáles son los factores clínicos asociados a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021?</p> | <p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>- Determinar la incidencia de cesáreas en pacientes atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018 – 2021.</p> <p>- Identificar si los factores maternos como edad mayor a 35 años, edad menor de 15 años, mayor escolaridad, mayor número de atenciones prenatales, antecedente de cesárea anterior, periodo intergenésico menor de 2 años, periodo intergenésico mayor de 5 años, nuliparidad, índice de masa corporal mayor a 25, índice de masa corporal menor a 18.5, se asocia a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.</p> <p>- Identificar si los factores clínicos como distocia de</p> | <p>Siendo necesario realizar este trabajo de investigación y según lo anteriormente expuesto, el aumento de la frecuencia de cesárea sobrepasa el porcentaje dado por la organización mundial de la salud en el 2015 de manera que se ha visto necesario estudiar cuál es la incidencia y los factores asociados que determinan la indicación de cesárea.</p> <p>Así mismo este estudio servirá para tomar acciones en la prevención primaria y disminuir así la frecuencia y procedimiento de cesáreas, evitando así las diversas complicaciones que se derivan de esta operación quirúrgica tanto para la madre como para el recién nacido; así como</p> | <p>H1:</p> <p>- Los factores maternos como edad mayor a 30 años, edad menor de 18 años, mayor escolaridad, mayor número de atenciones prenatales, antecedente de cesárea anterior, periodo intergenésico menor de 2 años, periodo intergenésico mayor de 5 años, nuliparidad, índice de masa corporal mayor a 25, IMC menor a 18, se asocia a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.</p> <p>- Los factores clínicos como distocia de presentación, parto obstruido, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia y desproporción cefalopélvica se asocia a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.</p> <p>- Los factores clínicos como sufrimiento fetal con el factor APGAR y macrosomía fetal con el factor peso del recién nacido, si se relaciona al momento del nacimiento en gestantes con cesárea en el</p> | <p>Variable Independiente:</p> <p>Factores maternos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad mayor a 35 años - Edad menor de 15 años - Mayor escolaridad - Mayor número de atenciones prenatales - Antecedente de cesárea anterior - Periodo intergenésico menor de 2 años - Periodo intergenésico mayor de 5 años - Nuliparidad - Índice de masa corporal mayor a 25 - Índice de masa corporal menor a 18.5. <p>Factores clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distocia de presentación - Parto obstruido | <p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Aplicada.</p> <p>ENFOQUE DE ESTUDIO</p> <p>Cuantitativa.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Analítico.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Observacional, retrospectivo, de corte transversal, analítico de caso control.</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <p>Población: La población para el presente estudio estuvo conformada por 566 historias clínicas de gestantes, cuyo parto se produjo en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los años 2018 - 2021.</p> <p>Muestra: La muestra fue censal, constituida por la misma población, de las cuales se seleccionaron los casos y controles:</p> <p>Casos: 293 historias clínicas de gestantes con parto por cesárea, cuyo parto se produjo en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los años 2018 - 2021.</p> <p>Controles: 273 historias clínicas de gestantes con parto vaginal, cuyo parto se produjo en el Hospital de</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| <p>- ¿Cuál es la relación que existe entre los factores clínicos como sufrimiento fetal con el factor APGAR y macrosomía fetal con el factor peso del recién nacido, al momento del nacimiento en gestantes con cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021?</p> <p>- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes con indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021?</p> | <p>presentación, parto obstruido, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia y desproporción cefalopélvica se asocia a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.</p> <p>- Identificar la relación que existe entre los factores clínicos como sufrimiento fetal con el factor APGAR y macrosomía fetal con el factor peso del recién nacido, al momento del nacimiento en gestantes con cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.</p> <p>- Identificar las características sociodemográficas: Edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia de las pacientes que tuvieron parto por cesárea atendidas en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018 – 2021.</p> | <p>también disminuir los gastos que conlleva realizar una operación cesárea injustificada respecto a un parto vaginal; todo esto nos permitirá reconocer los aciertos y debilidades como una herramienta útil para la gestión, orientando dónde incidir en los cambios de comportamiento necesarios del personal asistencial y los resultados tiene como objetivo crear conciencia para simplificar esta intervención, todo lo cual contribuye al mejor desempeño de la institución. Además de que este trabajo servirá de referencia para otros estudios, así como también permitirá poder comparar la realidad del Hospital Apoyo Cangallo con respecto a otras realidades hospitalarias y poder regular el uso de cesáreas y mejorar así la salud de las gestantes.</p> | <p>Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.</p> <p>H0:</p> <p>- Los factores maternos como edad mayor a 30 años, edad menor de 18 años, mayor escolaridad, mayor número de atenciones prenatales, antecedente de cesárea anterior, periodo intergenésico menor de 2 años, periodo intergenésico mayor de 5 años, nuliparidad, índice de masa corporal mayor a 25, IMC menor a 18, no se asocia a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.</p> <p>- Los factores clínicos como distocia de presentación, parto obstruido, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia y desproporción cefalopélvica no se asocia a la indicación de cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.</p> <p>- Los factores clínicos como sufrimiento fetal con el factor APGAR y macrosomía fetal con el factor peso del recién nacido, no se relaciona al momento del nacimiento en gestantes con cesárea en el Hospital de Apoyo Cangallo 2018-2021.</p> | <p>- Sufrimiento fetal agudo - Preeclampsia - Desproporción cefalopélvica. - Pelvis estrecha.</p> <p>Variable Dependiente: Indicación de cesárea.</p> <p>Variable interviniente: Características sociodemográficas</p> | <p>Apoyo Cangallo durante los años 2018 - 2021.</p> <p>Tamaño de muestra: Muestra disponibilidad total.</p> <p>Tipo de muestreo: No Probabilístico por conveniencia.</p> <p>Criterios de inclusión</p> <p>- Historias Clínicas completas de pacientes que tuvieron parto por cesárea, cuyo parto se produjo en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los años 2018 - 2021.</p> <p>- Historias Clínicas de pacientes cuyos partos se atendieron en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los años 2018 - 2021.</p> <p>Criterios de exclusión</p> <p>- Historias Clínicas incompletas de pacientes que tuvieron parto por cesárea, cuyo parto se produjo en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los años 2018 - 2021.</p> <p>- Historias Clínicas de pacientes cuyos partos no se atendieron en el Hospital de Apoyo Cangallo durante los años 2018 - 2021.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p>Técnica: Revisión documental</p> <p>Instrumento: - Historia clínica perinatal - Ficha de registros de datos</p> |
|---|--|--|---|--|--|

OPERACIONALIZACIÓN

| VARIABLE | DEFINICIÓN | INDICADORES | INDICE | ESCALA DE MEDICIÓN | TÉCNICA |
|---------------------------------------|--|-------------|---|--------------------|------------------------------|
| Variable independiente | | | | | |
| Factores maternos | | | | | |
| Edad mayor a 35 años | Es la etapa de la adultez. | Si | Gestante que tiene edad mayor a 35 a. | Ordinal | Revisión de historia clínica |
| | | No | Gestante que no tiene edad mayor a 35 a. | | |
| Edad menor de 15 años | Individuo que aún no ha alcanzado la mayoría de edad, comprende toda la infancia y la adolescencia. | Si | Gestante que tiene edad menor a 15 a. | Ordinal | Revisión de historia clínica |
| | | No | Gestante que no tiene edad menor a 15 a. | | |
| Mayor escolaridad | Nivel mayor de educación superior concluida. | Si | Gestante que tiene educación universitaria | Nominal | Revisión de historia clínica |
| | | No | Gestante que solo tiene educación primaria, secundaria | | |
| Mayor número de atenciones prenatales | Se refiere a la atención prenatal que recibe la mujer durante su embarazo. | Si | Gestante que tiene 6 a más controles | Ordinal | Revisión de historia clínica |
| | | No | Gestante que tiene menos de 6 controles | | |
| Antecedente de cesárea anterior | Mujer que ha experimentado una o más cesáreas anteriores. | Si | Gestante que tiene antecedente de cesárea anterior | Nominal | Revisión de historia clínica |
| | | No | Gestante que no tiene antecedente de cesárea anterior | | |
| Periodo intergenésico menor de 2 años | Periodo de tiempo transcurrido menor de 2 años de la fecha de la última gestación a la fecha del siguiente embarazo. | Si | Gestante que tiene periodo intergenésico menor de 2 años | Ordinal | Revisión de historia clínica |
| | | No | Gestante que no tiene periodo intergenésico menor de 2 años | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|----|---|---------|------------------------------|
| Periodo intergenésico mayor a 5 años | Periodo de tiempo transcurrido mayor de 5 años de la fecha de la última gestación a la fecha del siguiente embarazo. | Si | Gestante que tiene periodo intergenésico mayor de 5 años | Ordinal | Revisión de historia clínica |
| | | No | Gestante que no tiene periodo intergenésico mayor de 5 años | | |
| Nuliparidad | Mujer que nunca ha tenido un parto. | Si | Gestante que ha tenido un parto | Nominal | Revisión de historia clínica |
| | | No | Gestante que no ha tenido un parto | | |
| Índice de masa corporal mayor a 25 | Número que se calcula mediante el peso y la talla, que indica el estado nutricional de la persona, clasificación que conlleva problemas de salud que incluye sobrepeso y obesidad. | Si | Gestante que tiene índice de masa corporal mayor a 25 | Ordinal | Revisión de historia clínica |
| | | No | Gestante que no tiene índice de masa corporal mayor a 25 | | |
| Índice de masa corporal menor a 18.5 | Número que se calcula mediante el peso y la talla, que indica el estado nutricional de la persona, clasificación que conlleva problemas de salud que incluye desnutrición. | Si | Gestante que tiene índice de masa corporal menor a 18.5 | Ordinal | Revisión de historia clínica |
| | | No | Gestante que no tiene índice de masa corporal menor a 18.5 | | |
| Factores clínicos | | | | | |
| Distocia de presentación | presentación fetal anómala que al llegar al final de la gestación no adoptan la presentación correcta de parto. | Si | Gestante que tiene diagnóstico de distocia de presentación | Nominal | Revisión de historia clínica |
| | | No | Gestante que no tiene diagnóstico de distocia de presentación | | |
| Parto obstruido | Trabajo de parto que no progresa en el canal del parto, a pesar de tener contracciones uterinas adecuadas. | Si | Gestante con diagnóstico de parto obstruido | Nominal | Revisión de historia clínica |
| | | No | Gestante que no tiene diagnóstico de parto obstruido | | |
| Sufrimiento fetal agudo | Alteración de la frecuencia cardiaca, ya sea por hipoxia o por acidosis fetal, que | Si | Gestante que tiene diagnóstico de sufrimiento fetal | | |

| | | | | | |
|---|---|----|--|---------|------------------------------|
| | puede provocar daño permanente en el sistema nervioso central o falla multiorgánica, provocando la muerte fetal. | No | Gestante que no tiene diagnóstico de sufrimiento fetal | Nominal | Revisión de historia clínica |
| Preeclampsia | Complicación severa de los trastornos hipertensivos del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daño de órgano blanco, se presentan por encima de la semana 20 de gestación. | Si | Gestante que tiene diagnóstico de preeclampsia | Nominal | Revisión de historia clínica |
| | | No | Gestante que no tiene diagnóstico de preeclampsia | | |
| Desproporción cefalopélvica | Imposibilidad de parto vaginal causada porque el conducto pélvico es insuficiente para el paso del feto o por el excesivo volumen del feto para una determinada pelvis. | Si | Gestante que tiene diagnóstico de desproporción cefalopélvica | Nominal | Revisión de historia clínica |
| | | No | Gestante que no tiene diagnóstico de desproporción cefalopélvica | | |
| Pelvis estrecha | Se denomina pelvis estrecha cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal. | Si | Gestante que tiene diagnóstico de pelvis estrecha | Nominal | Revisión de historia clínica |
| | | No | Gestante que no tiene diagnóstico de pelvis estrecha | | |
| Variable dependiente Indicación de cesárea | Son la causa determinante para realizar una cesárea | Si | Electiva o Emergencia | Nominal | Revisión de historia clínica |
| | | No | No cesareada | | |

HOSPITAL DE APOYO CANGALLO "Juan Fukunaga Soyama"



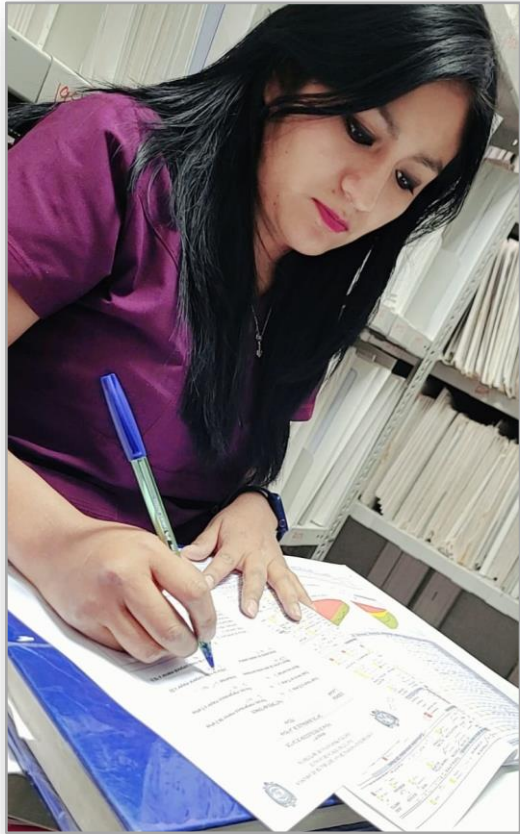
área de archivos donde se encuentran las historias clínicas



Ubicación de las historias clínicas



Recolección y registro de datos en la ficha



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

RESOLUCIÓN DECANAL N° 541-2023-FCSA-UNSCH-D

BACHILLERES: YANET KARINA MONTES TINEO

JHAQUELIN MILUZCA MUÑOZ TORRES

En la ciudad de Ayacucho siendo las 15:30 del día 23 de junio de 2023, se reunieron en forma presencial las Docentes miembros del Jurado Evaluador de la Escuela Profesional de Obstetricia para el acto de sustentación del Trabajo de Tesis titulado **“FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL DE APOYO CANGALLO 2018-2021”** presentado por las Bachilleres: **YANET KARINA MONTES TINEO Y JHAQUELIN MILUZCA MUÑOZ TORRES**, para optar el Título profesional de **OBSTETRA**.

Los miembros del jurado de sustentación están conformados por: **Presidente:** Prof. Vilma Zorrilla Delgado (delegada por la Decana). **Miembros:** Prof.Noemí Yolanda Quispe Cadenas, y Prof.Martha Paulina Infante Beingolea, como Asesora prof. Rosa María Vega Guevara y Secretaria Docente Prof. Graciela Mendoza Bellido.

Con el quorum reglamentario se dio inicio a este acto Académico, como acto inicial la Presidenta Prof. Vilma Zorrilla Delgado da lectura a la RESOLUCIÓN DECANAL N° 541-2023-FCSA-UNSCH-D, dando conformidad y recomendaciones, luego invita para la exposición a las Bachilleres iniciando la Bachiller en Obstetricia : **YANET KARINA MONTES TINEO**, continuando la Bachiller **JHAQUELIN MILUZCA MUÑOZ TORRES**.

Una vez concluida la exposición por las Bachilleres a las 16:10 la Presidenta de la comisión solicita a los Miembros del Jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas: iniciando con su participación la profesora Martha Paulina Infante Beingolea , acto seguido da pase a la profesora Noemí Yolanda Quispe Cadenas, continúa con la participación la Presidente Prof. Vilma Zorrilla Delgado y finalmente hace la invitación a la Asesora profesora Rosa María Vega Guevara para su intervención.Una vez concluida con las intervenciones la Presidente de la comisión a las 17:25 invita a las sustentantes y público abandonar el auditorium para que puedan proceder con la calificación.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FINAL

Bachiller: YANET KARINA MONTES TINEO

| JURADOS | TEXTO | EXPOSICIÓN | PREGUNTAS | PROMEDIO FINAL |
|-----------------------------------|-------|------------|-----------|----------------|
| Prof. Vilma Zorrilla Delgado | 16 | 17 | 17 | 17 |
| Prof. Noemí Y. Quispe Cadenas | 16 | 16 | 16 | 16 |
| Prof. Martha P. Infante Beingolea | 16 | 16 | 15 | 16 |
| PROMEDIO FINAL | | | | 16 |

Bachiller: **JHAQUELIN MILUZCA MUÑOZ TORRES**

| | TEXTO | EXPOSICIÓN | PREGUNTAS | PROMEDIO FINAL |
|-----------------------------------|-------|------------|-----------|----------------|
| JURADOS | | | | |
| Prof. Vilma Zorrilla Delgado | 16 | 17 | 17 | 17 |
| Prof. Noemí Y. Quispe Cadenas | 16 | 16 | 16 | 16 |
| Prof. Martha P. Infante Beingolea | 16 | 16 | 15 | 16 |
| PROMEDIO FINAL | | | | 16 |

De la evaluación realizada por los miembros del Jurado Calificador, llegaron al siguiente resultado:

Aprobar a las Bachilleres: **YANET KARINA MONTES TINEO**

JHAQUELIN MILUZCA MUÑOZ TORRES

Quienes obtuvieron la nota final de: 16 (dieciséis)

Y en señal de conformidad, los miembros del Jurado evaluador firman al pie del presente.

Siendo las 17:40 horas del mismo día se da por concluido el presente acto académico de modalidad presencial.



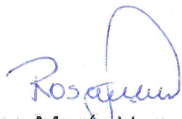
Prof. Vilma Zorrilla Delgado
Presidente



Prof. Noemí Yolanda Quispe Cadenas
Miembro.



Prof. Martha Paulina Infante Beingolea
Miembro



Prof. Rosa Maria Vega Guevara
Asesora



Prof. Graciela Mendoza Bellido
Secretaria Docente

Ayacucho 23 de junio 2023.

**CONSTANCIA N° 17-2023 VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD DE
TRABAJO DE TESIS**

Dra. Delia Anaya Anaya docente-instructora en el proceso de implementación de las pruebas anti plagio en **PRIMERA INSTANCIA** de la tesis de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; he constatado que la tesis titulada:

“FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL DE APOYO CANGALLO 2018-2021”.

Autoras: Bach. MONTES TINEO, Yanet Karina.

Bach. MUÑOZ TORRES, Jhaquelin Miluzca.

Asesores: Mg. Vega Guevara, Rosa María

Ha sido sometido al análisis del sistema antiplagio TURNITIN concluyendo que presenta un porcentaje de 22 % de similitud.

Ayacucho, 31 de mayo de 2023



Dra, Delia Anaya Anaya

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE TESIS- N° 017- 2023

La Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, en mérito a la Resolución Decanal N° 652-2022- FCSA- UNSCH- D, delegada por la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, verifica en segunda instancia, la originalidad de los trabajos de investigación y de tesis (borrador final antes de la sustentación), en el marco del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, aprobado por Resolución del Consejo Universitario N.º 039-2021-UNSCH-CU, demás normas y procedimientos inherentes; Por tanto, deja constancia que el trabajo de tesis titulado **“FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESAREA EN EL HOSPITAL DE APOYO CANGALLO 2018-2021”**,

Autoras: **Bach. MUÑOZ TORRES Jhaquelin Miluzca**
MONTES TINEO, Yanet Karina

Asesora : Prof. Rosa María Vega Guevara

Ha sido sometido al análisis del sistema antiplagio TURNITING concluyendo que presenta un porcentaje de **22 %** de similitud.

Por lo que, de acuerdo con el porcentaje establecido en el Artículo 13 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga es procedente conceder la Constancia de Originalidad.

Ayacucho, 05 de junio de 2023


UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
Dra. Maqta Infante Beingolea
DIRECTORA

C.c:
Archivo
MIB/

“FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL DE APOYO CANGALLO 2018-2021”

por Montes Tineo, Yanet Karina Muñoz Torres, Jhaquelin Miluzca

Fecha de entrega: 31-may-2023 08:15p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2106370931

Nombre del archivo: MONTES_TINEO_Y_MU_OZ_TORRES_-_TESIS_CONSTANCIA_TURNITIN.docx (1.54M)

Total de palabras: 14335

Total de caracteres: 79162

“FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL DE APOYO CANGALLO 2018-2021”

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

24%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|----|
| 1 | repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet | 4% |
| 2 | Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante | 3% |
| 3 | repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet | 3% |
| 4 | repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet | 3% |
| 5 | repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 6 | hdl.handle.net Fuente de Internet | 1% |
| 7 | redi.unjbg.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 8 | 1library.co Fuente de Internet | 1% |

| | | |
|----|---|------|
| 9 | repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet | 1 % |
| 10 | repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet | 1 % |
| 11 | docplayer.es Fuente de Internet | <1 % |
| 12 | repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 13 | dspace.ucacue.edu.ec Fuente de Internet | <1 % |
| 14 | Martínez Alcalá Philips Daniel. "Asociación entre nivel de vitamina D sérica con la presencia de fractura de cadera en pacientes mayores de 65 años", TESIUNAM, 2017 Publicación | <1 % |
| 15 | Vallejos Parás Alfonso. "Factores organizacionales, médicos y de las mujeres embarazadas asociados con las cesáreas, análisis en múltiples niveles", TESIUNAM, 2020 Publicación | <1 % |
| 16 | repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 17 | repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet | <1 % |

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo