

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADO AL PARTO POR CESÁREA EN EL  
HOSPITAL NACIONAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ – PUENTE  
PIEDRA EN EL 2019**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**JOSE LUIS CADILLO HUANCA**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE**

**MEDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ**

**2021**

**ASESOR**  
DR. WALTER BRYSON MALCA

### **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis docentes y a la universidad san Juan Bautista por prepararme para poder afrontar los retos que se me presentaran de ahora en adelante.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a Dios, quien cada día ilumina mi camino, a mi madre Juana HUANCA POMIANO, quien estuvo dando ánimos a seguir en cada momento de este largo camino, a mi tío Américo FIGUEROA CELESTINO quien fue fundamental en mi formación personal, profesional y a mis familiares que aportaron su granito de arena para que este sueño se pueda hacer realidad.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociado al parto por cesárea en el Hospital Carlos LanFranco la Hoz – Puente Piedra en el 2019.

**Material y Métodos:** Observacional, transversal, retrospectivo, analítico; La población fue de 3342 gestantes atendidas en el año 2019 atendidas en el Hospital Carlos LanFranco la Hoz – Puente Piedra, teniendo como herramienta la ficha de recolección de datos.

**Resultados:** Del análisis de 235 gestantes se obtuvo que el 51.5% fueron parto por vía vaginal mientras que el 48.5% fueron por parto abdominal de los cuales se produjo en mayor proporción entre las edades de 35 a 39 años con un porcentaje de 79.2%. Encontrándose como fundamental factor de riesgo materno la cesárea previa con una asociación significativa de [OR= 2,921 (IC=2,391-3,568); p=0,000], seguida del factor fetal la desproporción céfalo pélvica con una asociación significativa de [OR= 2,315 (IC=1,985-2,701); p=0,000] y como factor obstétrico la ruptura prematura de membranas con una asociación significativa de [OR= 2,315 (IC=1,985-2,701); p=0,000].

**Conclusión:** El principal factor de riesgo para la realización de la cesárea fue el materno, dentro de este se encontró en primer lugar la cesárea previa.

**Palabras clave:** Parto abdominal, cesárea previa, desproporción céfalo pélvica, ruptura prematura de membrana.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the risk factors associated with cesarean delivery at Hospital Carlos LanFranco la Hoz - Puente Piedra in 2019.

**Material and Methods:** Observational, transversal, retrospective, analytical; The population was 3342 pregnant women treated in 2019 at the Carlos LanFranco la Hoz Hospital - Puente Piedra, using the data collection form as a tool.

**Results:** From the analysis of 235 pregnant women, it was obtained that 51.5% were vaginally delivered while 48.5% were abdominally delivered, of which the highest proportion occurred between the ages of 35 to 39 years with a percentage of 79.2%. The previous cesarean section was found to be a fundamental maternal risk factor with a significant association of [OR = 2.921 (CI = 2.391-3.568); p = 0.000], followed by the fetal factor the cerebrospinal disproportion with a significant association of [OR = 2.315 (CI = 1.985-2.701); p = 0.000] and as an obstetric factor the premature rupture of membranes with a significant association of [OR = 2.315 (CI = 1.985-2.701); p = 0.000].

**Conclusion:** The main risk factor for performing a cesarean section was the maternal one, within this the previous cesarean section was found first.

**Key words:** Abdominal delivery, previous cesarean section, pelvic brain disproportion, premature membrane rupture.

## INTRODUCCION

La cesárea o también conocido como parto abdominal, es la intervención quirúrgica mediante el cual se interviene a la madre por vía abdominal para extraer al feto de la vida intrauterina al exterior (extrauterina), así mismo la práctica de este procedimiento se ha visto incrementado en las últimas décadas; Por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció un rango del 10 al 15% como máximo para la práctica de este procedimiento. Muy contrario a lo estipulado por la OMS en los años 90 la tasa variaba de 17 a 40%, llegando a incrementarse en la actualidad hasta en un 70% (3),

De realizar estudios en América Latina, se estimó que 9 millones de partos fueron por vía vaginal y 2 millones por vía abdominal, llegando este último a una tasa al año de 18%, teniendo como ejemplo uno de los porcentajes más altos a Colombia con un 46% y con un mínimo porcentaje Haití con 15% (3)(4).

A nivel nacional, se registró que este procedimiento se practicó hasta en un 54%, estando como principal factor materno, la cesárea previa; Estando como principales representantes el “centro materno de Lima y la Maternidad Edgar Rebagliatti” que fluctúan de 20 a 38%, en cambio con un porcentaje menor de 18% el “Hospital San Bartolomé” (4);

Esta investigación se realizó en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz – Puente Piedra, en vista que atienden a una gran población, y es adecuado para el estudio de nuestro problema que es: “Factores de riesgo asociados al parto por cesárea”. Abarcaremos al detalle la justificación, objetivos y propósito de esta investigación.

Para la realización de este estudio, se analizarán investigaciones análogas tanto de índole nacional como internacional, realizando el análisis de las bases teóricas y definiendo las hipótesis.

Para la realización de este estudio se realizó una metodología Observacional, transversal, retrospectivo, analítico y el nivel de investigación fue relacional.

La población fue de 3342 gestantes atendidas en el año 2019 atendidas en el Hospital Carlos LanFranco la Hoz – Puente Piedra, de los cuales se obtuvo una muestra de 235 gestantes, de las cuales 114 fueron partos por cesáreas y 121 fueron partos vaginales; Teniendo como herramienta la ficha de recolección de datos, y siendo analizado mediante el programa SPSS 25.0.

Posteriormente se da a conocer los resultados del estudio realizado, así como las discusiones; Seguida de las conclusiones y por ultimo las recomendaciones.



## ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
INDICE	ix
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 PROBLEMA GENERAL	2
1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	2
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	3
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6 OBJETIVOS	4
1.6.1 OBJETIVO GENERAL	4
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.7 PROPÓSITO	5
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b>	<b>6</b>
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2 BASES TEÓRICAS	14
2.3 MARCO CONCEPTUAL	19
2.4 HIPÓTESIS	21

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL	21
2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	21
2.5 VARIABLES	21
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	22
<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>25</b>
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	25
3.1.1 TIPO DE INVESTIGAIÓN	25
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	25
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	25
3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	27
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	27
<b>CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>28</b>
4.1 RESULTADOS	28
4.2 DISCUSIÓN	36
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES</b>	<b>38</b>
5.1 CONCLUSIONES	38
5.2 RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	43

## LISTA DE TABLAS

- Tabla 1:** Edad de la gestante según tipo de parto en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019.
- Tabla 2:** Factores de riesgo maternos asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019.
- Tabla 3:** Factores de riesgo fetales asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019.
- Tabla 4:** Factores de riesgo obstétricos asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019.
- Tabla 5:** Factores de riesgo asociado al parto por cesárea en el Hospital Carlos LanFranco la Hoz – Puente Piedra en el 2019.

## **LISTA DE ANEXOS**

**Anexo 1:** MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Anexo 2:** INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Anexo 3:** VALIDEZ DE INSTRUMENTOS-CONSULTA DE EXPERTOS

**Anexo 4:** MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Anexo 5:** INFORME DE GRADO DE SIMILITUD

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del Problema**

La cesárea es un procedimiento quirúrgico, mediante el cual se realiza una incisión a nivel abdominal con la finalidad de extraer al feto del útero materno, solo en condiciones que se complique el trabajo de parto vaginal o presente algún factor de riesgo <sup>(2)</sup>. La Organización mundial de la salud se pronunció ante este problema, indicando que las cesáreas deberían estar en el rango de 10% a 15 %, de esta manera prevenir la mortalidad materna y neonatal <sup>(1)</sup>.

En las últimas tres décadas se han incrementado las cesáreas, ya sean por factores de riesgo maternos, perinatales, obstétricos, de esta manera aumentando los riesgos a corto y largo plazo tanto materna como neonatal e incremento de costos en salud al realizar este procedimiento quirúrgico, convirtiéndose así en la cirugía mayor mas practicada y a la vez en un problema a nivel mundial <sup>(3) (4)</sup>.

En américa del sur se reporta que, de once millones de nacidos vivos por año, el 18 % son nacidos por parto abdominal <sup>(3)</sup>. En el Perú en el año 2016 la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) dio a conocer el incremento de cesáreas de un 22.9% a 31.6% del año 2011 al 2016, pudiendo observarse con mayor intensidad en los departamentos de Lambayeque y tumbes <sup>(1)</sup>. Los hospitales con mayor índice de cesáreas realizadas se encuentra la Maternidad de Lima y Edgar REBAGLIATEGUI oscilando ambos en un rango de 20% a 38% <sup>(4)</sup>.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

### **1.2.1.1 Problema General**

- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto por cesárea en el Hospital Nacional Carlos LanFranco la Hoz – puente piedra en el 2019?

### **1.2.1.2 Problemas Específicos:**

- ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo fetales asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019?

## **1.3 JUSTIFICACION:**

- **Justificación teórica:**

En las últimas tres décadas se ha visto un incremento del parto abdominal, motivo por el cual se busca determinar los principales factores tanto maternos, fetales, obstétricos que influyen y así dar a conocer a las profesionales de salud idóneos para contribuir en la disminución de este procedimiento quirúrgico.

- **Justificación práctica:**

Ante el incremento de las cesáreas se busca capacitar al personal de salud con relación a las indicaciones para realizar el parto abdominal

con la finalidad de disminuir el incremento de las cesáreas, así como las complicaciones a corto y largo plazo tanto maternos como fetales.

- **Justificación metodológica:**

Se busca que el establecimiento de salud utilice el sistema “ROBSON” propuesto por el Dr. Michael Robson en el 2001, y el cual la Organización Mundial de La Salud recomienda, En donde a las gestantes las distribuye según su situación obstétrica actual en 10 grupos, y así poder comparar con otros establecimientos de salud para poder llegar a disminuir el elevado uso de este procedimiento quirúrgico.

- **Justificación Económica social:**

Al disminuir el uso de las cesáreas disminuirá las complicaciones a corto y largo plazo tanto materna como del neonato, así mismo se disminuirá los gastos económicos para el sistema de salud, en vista que el parto por vía vaginal tiene un costo menor.

#### **1.4 DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO**

**Espacial:** El estudio será realizada en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Carlos LanFranco La Hoz distrito de Puente Piedra ubicado al norte de Lima - Perú.

**Temporal:** El estudio se realizará desde el primero de enero al 31 de diciembre del 2019.

**Social:** Se revisará las historias clínicas de gestantes atendidas para el trabajo de parto en el servicio de gineco - obstetricia en el año 2019.

**Conceptual:** Se evaluará a gestantes atendidas en el hospital Carlo

LanFranco la Hoz – Puente Piedra durante el 2019.

### **1.5 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Para poder reunir la información de las historias clínicas se requiere la autorización del personal encargado del área de archivos.

La limitación para este estudio fue que las historias clínicas no se encuentran con la información completa en vista que se ha perdido documentos relacionados a la patología de la paciente y que la escritura de la mayoría de las historias no es legible, dificultando de esta manera la presente investigación.

El poco tiempo que se tiene para la recolección de la información en vista que el personal encargado no se encuentra disponible durante todo el día.

### **1.6 OBJETIVOS:**

#### **1.6.1 Objetivo General:**

- Determinar los factores de riesgo asociado al parto por cesárea en el Hospital Carlos LanFranco la Hoz – Puente Piedra en el 2019.

#### **1.6.2 Objetivos Específicos:**

- Determinar los factores de riesgo maternos asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019.
- Determinar los factores de riesgo fetales asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019.
- Determinar los factores de riesgo obstétricos asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019.



### **1.7 PROPÓSITO:**

Contribuir a la disminución de las cesáreas ya que trae como consecuencia complicaciones a corto y largo plazo tanto maternas como neonatales, así mismo al realizar este procedimiento quirúrgico innecesariamente produce un costo al sector salud.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

#### NACIONALES

**Ángel E. Sinchitullo Castillo, (2020)<sup>(1)</sup> “Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano”.** Objetivo: Es definir las circunstancias asociadas al parto abdominal en el hospital Militar Central desde el 2014 al 2018. Metodología: Es estudio desarrollado es no experimental, analítico, retrospectivo, Casos y controles, en donde se utilizó una muestra de 988 partos de los cuales los controles fueron 659 partos vaginales (66.7%) y los casos fueron 329 partos por cesárea, de este último se desprende que 209 (21.2%) fueron cesáreas electivas y 120 (12.2%) fueron cesáreas por emergencia. Siendo la cesárea previa un factor asociado al parto abdominal (OR=1,55 IC95%=1,12-2,15); Así mismo se determinó que la edad y los controles prenatales no se asociaron al parto abdominal ( $p>0,05$ ); también estuvo relacionado la paridad (OR=0,83, IC95%=0,72-0,95). Conclusiones: la paridad y cesáreas previas fueron las circunstancias más relevantes que se asociaron al parto abdominal.

**Junior Hermilio JAMANCA CORSINO, (2020)<sup>(5)</sup> con el trabajo que titula: “Factores de riesgo asociado a parto disfuncional en pacientes atendidos en el servicio de ginecología del hospital san José, Callao durante el periodo de Julio 2018 a Julio del 2019”.** Este trabajo tiene un modelo de estudio: “Retrospectivo y analítico de casos y controles”, de una población de gestantes de 2553, del cual se obtuvo una muestra y tomando de ello 152 casos y 152 controles. Del análisis de los datos evaluados se obtuvo un resultado que indica que los factores asociados son: “Macrosomía fetal con un OR: 3.06, IC 95%: 1.90 – 4.94; Fase expulsivo precipitado OR: 1.72, IC 95%: 1.06 2.81; Trastornos hipertensivos con un OR: 2.85, IC 95%:

1.43 – 5.68; Y la multiparidad con un OR: 0.613, IC 95%: 0.38 – 0.97”, siendo que este último valor no fue de consideración. De estos datos obtenidos se llegó a la conclusión que los factores asociados fueron: “La Macrosomía fetal, cirugía uterina previa, fase expulsivo precipitado, trastorno hipertensivo y multiparidad.

**HUAMÁN SANTILLÁN, (2018)<sup>(6)</sup> “Factores relacionados a partos por cesárea en el Hospital II ESALUD de Huánuco.”** El objetivo de esta investigación es el siguiente: Establecer la predominancia de los partos por vía abdominal y definir las causas que se vinculan. Teniendo como metodología: Un estudio transversal, correlacional en donde estuvieron dentro del estudio todas las gestantes que culminaron su gestación en el Hospital II ESALUD de Huánuco. Para la recolección de la información se utilizaron las historias clínicas, así mismo para determinar la relación entre dos variables se utilizó el “chi cuadrado” y para el análisis de las tablas se utilizó la prueba “Fisher”. Obteniendo como resultado: Que el aumento de las cesáreas fue de un 37.16%, hallando una asociación entre el parto por cesárea y la cesárea previa [ P = 0,000; RP: 2.81: 2.81 (IC: 2.12 – 3.72) ]; Así mismo se asoció con la presentación del feto [ P = 0,034; RP: 2,14 (IC: 1,37-3,34) ]; También con el desprendimiento prematuro de membrana [ P = 0,039; RP: 2,61 (IC: 1,73-3,94)]; Sufrimiento fetal que se debe a diversos factores [ P = 0,000; RP: 2,68; (IC: 1,99-3,60) ]; También se halló asociación con la ruptura prematura de membrana [ P = 0,011; RP: 1,76 (IC: 1,20-2,58) ]; También estuvo incluido la placenta previa [ P=0,013; RP: 2,71 (IC: 1,92-3,82) ] y por ultimo las perturbaciones del líquido amniótico [ P = 0,012; RP: 1,90 (IC: 1,26-2,88) ]. No hallando una asociación relevante entre la Macrosomía del feto, la preeclampsia, los tratamientos hormonales por causa de la infertilidad, gestaciones múltiples y la condilomatosis. Después de este resultado se llegó a la siguiente conclusión: El porcentaje de cesárea en el Hospital II ESALUD – Huánuco llegó a ser de 37.16%, siendo muy elevada en comparación con la

cifra establecida por la Organización Mundial de la Salud que determino entre el 10 al 15%, también se estableció que las cesáreas no tienen una asociación determinante con los factores no clínicos.

**Ángel Eduardo SINCHITULLO CASTILLO, (2018)<sup>(7)</sup> con un trabajo de título: “Determinar los factores e indicadores asociados al parto por cesárea en pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital central, en el periodo 2014 – 2018”.** En el presente estudio también se calculó la incidencia de las cesáreas en el mismo periodo. Se utilizó el siguiente estudio: “Analítico, retrospectivo, de casos y controles”, tomando una población de 988 que estuvo constituida por los partos vaginales o cesáreas que tuvieron como termino dentro del 2014 al 2018. Para llegara a determinar el odds ratio se utilizó la prueba de “chi – cuadrado y regresión logística, y para examinar los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 23. De toda la información examinada se encontró que la cesara anterior es un factor de riesgo encontrándose el siguiente valor: “OR = 1.55, IC 95% = 1.12 – 2.15”; La semana de gestación ni los controles prenatales fueron de riesgo para cesárea ( $P > 0.05$ ); La paridad fue un factor de riesgo con un valor: “OR = 0.83, IC 95% = 0.72 – 0.95”, con este valor se llega a determinar que durante menor paridad hay mayor riesgo; Así mismo entre los factores demográficos principales, la edad de la paciente fue un factor de riesgo con un valor: “OR = 1.03, IC 95% = 1.0 – 1.06”, con esto se quiere decir que durante mayor sea la edad materna, aumenta la cesárea. De toda esta información recolectada de los resultados se llegó a la conclusión que los factores de riesgo para cesárea fueron: “Cesárea previa, paridad disminuida, edad elevada”.

**José Luis MEDINA HUIZA, (2016)<sup>(8)</sup> “Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional dos de Mayo de Enero a Diciembre. 2015”** El presente trabajo tiene como objetivo lo siguiente: Definir las circunstancias que se asocian a la realización del parto por cesárea. Utilizando

los materiales y método que a continuación se detallan: Se ejecutó una investigación de tipo observacional. Retrospectivo y transversal, y obteniendo los datos del libro de reportes de operaciones del servicio de obstetricia. Dando como resultado, que del total de partos el 57.5% fueron por cesárea y que está en mayor porcentaje entre las edades de 20 a 35 años. Del 100% de cesáreas realizadas el 68.7% fueron de emergencia, siendo el principal motivo la cesárea anterior con un porcentaje de 37.5%, en segundo lugar, por causa materna la pelvis estrecha, en tercer lugar, el feto grande y en cuarto lugar sufrimiento fetal agudo. De los datos obtenidos se llegó a la conclusión que en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el 2015 se obtuvo un resultado de cesáreas realizadas que asciende a un 57.5% y que es superior al porcentaje recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), estando en primer lugar de cesárea por causa materna la placenta previa, así mismo en primer lugar por causa fetal es la de feto grande y por último la principal de causa ovular es la ruptura prematura de membrana.

## **INTERNACIONALES**

**Anna Paula FERRARI, (2020) <sup>(9)</sup> este trabajo tiene como título: “Efectos de las cesáreas electivas sobre los resultados perinatales y las prácticas de atención”.** El presente trabajo tiene como objetivo constatar que es lo que causa la cesárea de tipo electiva con relación a los resultados perinatales, todo ellos en función de los partos por vía vaginal. Para este estudio se utilizó el cohorte en 591 puérperas y el recién nacido, este estudio se llevó a cabo en Sao Paulo, Brasil. La información de recolecto del padrón del hospital. Así mismo se recolecto la información sobre el trabajo de parto de cada puérpera, del neonato, información sociodemográfica e historia de la gestación actualizada. Para poder interrelacionar la información deseada se utilizó lo siguiente: “un análisis de regresión de Cox, adaptados a las variables utilizadas a través de lo obtenido de los análisis bivariados que muestran un nivel de significancia de  $P < 0.20$ . En los análisis acoplados, las interrelaciones

se consideraron significativas si  $P < 0.05$  y el riesgo relativo se considera como medida del efecto”. De esta información dio como resultado que las puérperas que tuvieron parto por vía abdominal electiva en relación a los partos por vía vaginal, tienen mayor posibilidad de no tener el contacto piel a piel con el recién nacido posterior al trabajo de parto, así mismo de no poder dar de lactar durante los primeros 60 minutos de nacido y de que el recién nacido llegue a ser hospitalizado en la unidad de cuidado intensivos. Llegando a la conclusión que al disminuir las cesáreas electivas se promueve una mejor practica de atención al recién nacido y disminuir las causas las consecuencias adversas del mismo.

**Francisco Lirio RAMOS FILHO, (2020) <sup>(10)</sup> este trabajo tiene como título “Trastornos hipertensivos: Prevalencia, resultados perinatales y tasas de cesáreas en mujeres embarazadas hospitalizadas por parto”.** Tiene como objetivo valorar la frecuencia de las alteraciones hipertensivas; Consecuencias perinatales como por ejemplo recién nacido prematuro, bajo peso al nacer, puntaje “APGAR” menor a 7 en el quinto minuto y por último los decesos fetales; Y la valoración de cesáreas en mujeres hospitalizadas para trabajo de parto. Tiene un método un estudio de casos y controles, siendo considerados como muestra las gestantes que presente y no presenten alteraciones hipertensivas. De un total de 36 724 féminas, 4 464 presentaron alteraciones hipertensivas y 32 260 no la presentaron. De la información analizada se obtuvo como resultado que las alteraciones hipertensivas estuvo presente en un porcentaje de 12.16%. Valores perinatales y la valoración de cesáreas entre los que presentan y no presentan alteraciones hipertensivas fueron las siguientes: “Nacidos prematuros [ con un porcentaje de 21.7% contra un 9.66%, teniendo como razón de posibilidad (OR) de 2.59, un porcentaje del 95% con “fi” rango de dependencia (CI), 2.40 – 2.80,  $P < 0.001$ ]; Un neonato con bajo peso al momento de su nacimiento (con un porcentaje de 24.48% contra un porcentaje de 10.56%, con razón de posibilidad (OR) de 2.75, rango de dependencia (CI) con un porcentaje de 95%, de 2.55 a 2.96,

P<0.001]; Con una valoración de “APGAR” < 7 durante el quinto minuto [Con un porcentaje de 1.40% contra un porcentaje de 1.10%, con razón de posibilidad (OR) de 1.27, rango de dependencia (CI) con un porcentaje del 95%, de 0.97 a 1.67]; Fetos fallecidos antes del trabajo de parto [con un porcentaje del 1.90% contra 0.91%, con razón de posibilidad (OR) de 2.12, del 95%, 1.67 a 2.70, P<0.001]; Valorando las cesáreas [con un porcentaje del 60.22% contra un 31.21%, OR de 3.34%, IC con un porcentaje de 95%, 3.14%]. -3.55, P<0.001”. Con los resultados obtenidos se llegó a la siguiente conclusión: “Las alteraciones hipertensivas se asocian con tasas elevadas de cesáreas, con ello aumentando la posibilidad de neonatos prematuros, neonatos con bajo peso al nacimiento y aumentando significativamente la cantidad de fallecidos fetales.

**Rafael AGUIRRE, (2018)<sup>(11)</sup> este trabajo tiene el siguiente título: “Análisis de las cesáreas en Uruguay por tipo de centro hospitalario”.** El presente trabajo tiene como objetivo examinar de forma comparativa las cesáreas en los diversos establecimientos de salud y comparar con lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tomando en cuenta las singularidades médicas y obstétricas de los partos, estando en primer lugar la clasificación de “ROBSON”, En el método se utilizó a 190 847 nacidos vivos entre el año 2009 y 2014 distribuidos en cada establecimiento de salud. Utilizando el patrón “LOGIT”, se examina la posibilidad de cesáreas teniendo la consideración la clasificación “ROBSON”, las singularidades maternas, entre otros. Se cotejan las tasas de cesáreas anunciadas por los centros de salud para las gestantes en general. De igual modo se oponen las tasas de cesáreas visualizadas en todos los centros de salud con las que, se supone, se hallarían si los hospitales continuaran el modelo de la muestra de los nosocomios indicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). De todos los resultados analizados, se determinó en forma general, que los establecimientos de salud de índole particular incremento el número de cesáreas más que los establecimientos de salud públicos, así mismo la tasa

de porcentaje en Uruguay es mayor que el 75%, encontrándose muy por encima de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud. De los valores hallados en los resultados se llegó a la conclusión que la cantidad de cesáreas en Uruguay es excesiva en comparación con los valores recomendados por la Organización Mundial de la Salud y en donde es más marcado este incremento es en los establecimientos de salud particular.

**Francisco Javier POSADA ROBLEADO, (2018)<sup>(12)</sup> con el trabajo que tiene o no título: “Embarazo y VIH ¿Indicadores absolutos de cesárea?”**, que tiene como objetivo valorar si los recién nacidos por cesárea electiva de gestante infectadas por el virus de inmunodeficiencia adquirida, tienen una posibilidad menor de positividad con relación a los nacidos por parto vaginal. Para poder elaborar este trabajo se realizó el siguiente estudio: “Retrospectivo, observacional y descriptivo”. Se evaluaron a las gestantes que dieron positivo y que iniciaron un tratamiento. Del análisis de 1261 nacidos, así como a 1245 gestantes se le realizaron una cesárea y el complemento culminó la gestación de manera fisiológica. De esta evaluación 103 neonatos dieron positivo para virus de inmunodeficiencia humana (VIH); De los cuales 87 fueron productos de parto por cesárea y 16 parto de manera fisiológica. Obteniendo que el producto de la cesárea tiene un porcentaje del 7% y el 100% de los partos vaginales dieron positivo para VIH, a la gestante a quien se le procedió a realizar la cesárea electiva arrojó un riesgo relativo: “0.7 con IC 95%, 0.06 – 0.09”. Siendo que hay una probabilidad del 6 al 9% de que un neonato de parto por cesárea electiva sea infectado por VIH. De todo esto se llega a la conclusión que la Cesárea electiva disminuye la probabilidad de que el neonato se infecte por VIH. Siendo que se llegó a obtener un porcentaje del 93% de neonatos no infectado producto de la Cesárea.



**Oscar Patricio ESPINOSA ECHEVARRIA, (2017)<sup>(13)</sup> con el trabajo que tiene como título: “Prevalencia y principales causas de cesárea en el Hospital General Delfina Torres de Concha Esmeraldas Sur en el periodo de tiempo Enero – Diciembre 2016”**, durante este periodo se pudo apreciar el crecimiento de los partos por cesárea, logrando obtener la información que a continuación se detallan: “Del total de gestaciones que son 3268 llevadas a trabajo de parto, 1846 fueron por vía abdominal, llegando a ser un porcentaje de 56.4%, y por otro lado los paros vaginales con sus dificultades abarcan una población de 1422 gestantes, llegando a alcanzar un porcentaje de 43.5% con relación al total. Por este incremento de las cesáreas se tuvo como objetivo hallar la prevalencia y etiologías más importantes que conlleven a la cesárea. Para realizar este estudio se utilizó un método de estudio descriptivo transversal, siendo la población las gestantes que entraron en trabajo de parto y posteriormente terminaron en cesárea en el servicio de Gineco Obstetricia durante el 2016; Para poder recolectar los datos se revisó la historia clínica de cada paciente, registros de las operaciones realizadas de 578 gestantes que reúnan los criterios de inclusión y exclusión. Para el análisis de la información recolectada se plasmó los datos en el programa de Microsoft Excel y posteriormente en el programa SPSS. De la información procesada se obtuvo el siguiente resultado: Los partos por vía abdominal llego a un porcentaje de 56.4%, de un total de 578 gestantes un porcentaje de 73% están en un intervalo de 18 a 35 años, siendo que la raza mestiza alcanzo un porcentaje de 73%, las gestantes con una educación secundaria llegaron a un porcentaje del 56%. También se encontró que dentro de los antecedentes prenatales un porcentaje del 82% de gestaciones culminó en embarazo a término, un porcentaje de 38% fueron cesáreas por primera vez. Así mismo de toda la información obtenida se encontró 5 causas fundamentales que son: “En primer lugar antecedente de cesárea con un porcentaje de 34%, en segundo lugar, debido a la preeclamsia con un porcentaje del 13%, en tercer lugar, la distocia de presentación con un porcentaje del 10%, en cuarto lugar, la desproporción céfalo pélvica con un porcentaje del 8%, y por último se

encuentra el sufrimiento fetal agudo con un porcentaje del 5%”. Llegando a la conclusión que la prevalencia de parto por cesárea llega a un porcentaje de 56.4%, siendo las causas de índole materno, del feto y ambas a la vez.

## **2.2 BASES TEÓRICAS.**

El parto es un mecanismo natural que trae como consecuencia la salida del feto por el canal vaginal de la vida intra útero al extra útero (a nuestro medio). La Organización Mundial de la salud la describe como un proceso involuntario, que llegado el momento no manifiesta ninguna dificultad, de bajo riesgo durante la gestación, con un neonato que nace en posición y presentación adecuado durante la semana 37 a 42, seguidamente de culminar este proceso no presentan ninguna complicación tanto la madre como el recién nacido<sup>(14)</sup>. Si durante el parto Vaginal ocurrieran complicaciones o se presente factores de riesgo tanto para la madre como para el feto se realizaría un procedimiento quirúrgico denominado cesáreo.

La cesárea es la intervención quirúrgica mediante el cual se extra al feto del útero (Histerotomía) por vía abdominal (Laparotomía) y de esta forma salvaguardar la vida tanto materna como del recién nacido <sup>(15)</sup>. El nombre asignado a esta intervención quirúrgica nace del latín caedere (cortar) y en la antigua Roma lo denominaban como caesones o caesares a los neonatos nacidos por esta vía; Llegando a ser el procedimiento quirúrgico más utilizado en todo el mundo <sup>(15)</sup>.

La cesárea se puede clasificar tomando en cuenta diversos criterios como:

### **A. POR LOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

- Primera cesárea
- Cesárea Previa

### **B. POR LAS INDICACIONES MEDICAS**

- Cesárea urgente
- Cesárea electiva

## **C. DE ACUERDO A LOS FACTORES ASOCIADOS**

### **FACTORES MATERNOS**

**Cesárea anterior** <sup>(16)</sup>.

**Infecciones por virus del herpes genital.**

La infección por el virus de herpes simple se puede dar en dos episodios siendo: “El primer episodio en el cual se pueda producir un contagio durante la gestación, pero es muy poco probable que pueda ocurrir ya que se han visto casos en solo un 5%, si se diera el caso, las complicaciones más frecuentes sería la pérdida del producto o un trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación (pre termino)”. “El segundo episodio ocurriría que no haya contagio intrauterino, pero si durante el trabajo de parto vaginal por contacto con los fluidos vaginales maternos, por lo que se optaría realizar la cesárea” <sup>(17)</sup>.

**Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome hellp.**

Es la hipertensión de mayor peligro durante el embarazo y que se manifiesta a partir de la semana 20 acompañado de proteínas elevadas en orina. Si a la hipertensión le sumamos las convulsiones y el trastorno del sensorio, se denominará eclampsia. Y a la presencia disfunciones a nivel sanguíneo como la hemolisis y hepáticas más la preclampsia, se denomina síndrome de HELLP <sup>(18)</sup>.

### **FACTORES FETALES**

**Presentación podálica.**

Es cuando el lado de la pelvis del producto se encuentra ocupando toda la pelvis superior de la madre. Se clasifican en las siguientes: “Completa, franca de nalgas e incompleta” <sup>(19)</sup>.

### **Macrosomía**

Ocurre cuando el recién nacido tiene un peso mayor a 4000 gr. Pero esto se da en países de América Latina y un peso de 4500 gr. A más se considera países diferentes a los latinos <sup>(20)</sup>.

### **Sufrimiento fetal**

Es la alteración del metabolismo del feto por un descenso en el intercambio con la madre y que progresa levemente rápida, y que como consecuencia conlleva a una anomalía en la homeostasis y que puede conllevar a la muerte <sup>(21)</sup>.

### **Discordancia Céfalo Pélvica.**

Es cuando el feto se encuentra de frente con relación a la pelvis materna, siendo la más peligrosa y con mayor morbimortalidad tanto de parte de la madre como del feto, motivo por el cual el médico especialista opta por el parto por cesárea <sup>(22)</sup>.

### **Situación Transversa**

Se define cuando el feto se encuentra en un ángulo perpendicular con relación a la madre, siendo que puede ser provisional o permanente, y se diferencian en dos: derecha e izquierda <sup>(22)</sup>.

### **Embarazo múltiple**

Son considerados como de alto riesgo por presentar complicaciones que alteran tanto a la gestante como al producto. Este tipo de embarazo tiende a relacionarse con las siguientes alteraciones: “trastornos hipertensivos, diabetes mellitus gestacional, anemia, nacimiento prematuro, hemorragias preparto y posparto y muerte materna” <sup>(23)</sup>.

## **FACTORES OBSTETRICAS**

### **Prolapso o procúbito y prociencia del cordón umbilical.**

El prolapso o Procúbito ocurre cuando el cordón umbilical se encuentra ubicado delante de la presentación fetal, y en el caso de la prociencia de cordón cuando el cordón umbilical se encuentra delante de la presentación, pero con la membrana coriamniótica intacta, en ambos casos durante el parto puede ocurrir una compactación y así de esta manera disminuya el flujo de oxígeno y consecuentemente llevar a la muerte fetal <sup>(18)</sup>.

### **Desprendimiento prematuro de membrana**

Es una de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, que se da aproximadamente en la semana 22 y que se caracteriza por que la placenta se ha separado total o parcialmente del útero, seguidamente la gestante tiene un sangrado considerable, disminución en la oxigenación del feto y puede llevar hasta la muerte tanto de la madre como del feto <sup>(18)</sup> <sub>(25)</sub>.

### **Placenta previa total o parcial.**

Es un tipo de hemorragia que ocurre en la segunda mitad del embarazo y esto ocurre cuando la ubicación de la placenta, ya sea parcial o completamente, se ubica en la parte inferior del útero que pueda estar sobre la parte interna del cérvix o próximo. Caracterizándose por un sangrado rojo rutilante pero sin dolor <sup>(18)</sup> <sub>(25)</sub>.

### **Acretismo placentario.**

Esto ocurre cuando hay una fijación anómala de la placenta a la pared del útero (miometrio), esto puede ocurrir total o parcialmente y debido a que la decidua basal no se forma. Esta

situación anómala aumenta conforme a la cantidad de cesáreas previas tenga la gestante <sup>(24)</sup> <sup>(25)</sup>.

### **Ruptura prematura de membrana**

Esto ocurre cuando las membranas corioamnióticas ya no se encuentran intactas y ocurre aproximadamente en gestaciones mayores a las 22 semanas. Así mismo tiene una relación inversamente proporcional al tiempo de embarazo, esto quiere decir que si ocurre en una gestante de menor tiempo de embarazo mayor será la morbilidad de la madre como la del feto <sup>(26)</sup>.

### **Oligohidramnios**

El líquido amniótico es fabricado por la placenta y las membranas, posteriormente a partir de la semana 18 aproximadamente gran porcentaje es fabricado por los órganos renales del feto. Por lo que si el índice de líquido amniótico (ILA) es menor a 5cm se denomina oligohidramnios, estando relacionado con el aumento de las cesáreas <sup>(27)</sup> <sup>(28)</sup>.

## **CONTRAINDICACIONES PARA REALIZAR UNA CESAREA**

En vista que hasta la actualidad no se ha llegado a un acuerdo mutuo para llevar una escala universal para definir los criterios de cesárea, y que al momento de elección de este procedimiento quirúrgico se tiene como finalidad salvaguardar la vida tanto de la madre como del feto, no se ha determinado en concreto contraindicaciones <sup>(25)</sup>.

La cesárea se ha visto que puede ocasionar morbimortalidad tanto a la madre como al recién nacido, pudiendo ser a corto o a largo plazo, como se detalla a continuación:

## MORBILIDAD A CORTO PLAZO <sup>(29)</sup>.

### Materna

- Infecciones
- Trombosis
- Morbilidad severa
- muerte

### Fetal

- Síndrome de dificultad respiratoria
- Taquipnea transitoria del recién nacido
- Ingreso a la unidad de cuidado intensivos del servicio de neonatología

## MORBILIDAD A LARGO PLAZO <sup>(29)</sup>.

### Maternas

- Anormalidades en la implantación placentaria
- Morbilidad por la cirugía
- Dificultad en procedimientos quirúrgicos posteriores
- Infertilidad

### Fetales

- Acretismo de la placenta
- Abrupto placentario
- Ruptura uterina

## 2.3 MARCO CONCEPTUAL

**Cesárea:** Es una técnica quirúrgica que por una incisión a nivel abdominal y del útero se extrae al feto <sup>(29)</sup>.

**Cesárea iterativa:** procedimiento quirúrgico que se realiza gestantes que tengan una enfermedad tanto materna y/o del feto y que por ende no se pueda realizar el trabajo de parto vaginal, o que al intentarlo haya una alta mortalidad tanto materna como fetal <sup>(29)</sup>.

**Técnica de operación cesárea:**

Gestante en decúbito dorsal, una leve orientación lateral con la finalidad que haya un mejor retorno sanguíneo a nivel uterino <sup>(18)</sup>.

**-Laparotomía de Pfannenstiel:** Corte transversal de 10 a 12 cm de longitud por sobre el pubis. Ingresando por planos hasta llegar al útero <sup>(18)</sup>.

**-Histerotomía:** El corte más utilizado en la “transversal baja”, teniendo como merito una poca perdida sanguínea, así también disminuye la probabilidad que se pueda romper posteriormente <sup>(18)</sup>.

**Clasificación de Robson:** Es un sistema mediante el cual se busca agrupar a las gestantes en diez grupos que son los siguientes: “1. Nulípara con embarazo único, presentación cefálica, 37 semanas o más, trabajo de parto espontáneo; 2. Nulípara con embarazo único, presentación cefálica, 37 semanas o más, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto; 3. Multípara sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, mayor o igual a 37semanas con trabajo de parto espontáneo; 4. Multípara, sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, mayor o igual a 37 semanas, trabajo de parto inducido o con cesárea antes del comienzo del trabajo de parto; 5. Multíparas, con al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, mayor o igual a 37 semanas; 6. Todas las mujeres nulíparas con embarazo único en presentación pélvica; 7. Multíparas con embarazo único en presentación pélvica, incluidas las mujeres con cesárea anterior; 8. Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las que tienen cicatriz uterina previa; 9. Mujeres con presentación transversa y oblicua, incluidas quienes tienen cicatriz uterina previa; 10. Mujeres con embarazo único, en presentación



cefálica menor o igual a 37 semanas, incluidas quienes tienen cicatriz uterina previa”. Estos diez grupos están subordinados a cuatro definiciones obstétricas, de esta manera faciliten precisar en qué grupos se dan con mayor frecuencia las cesáreas, también busca realizar un paralelismo con otros establecimientos de salud, así como en la misma. Todo esto busca realizar estrategias para disminuir las cesáreas <sup>(31)</sup>.

## **2.4 HIPOTESIS**

### **2.4.1 GENERAL**

- Existen factores de riesgo asociados al parto por cesárea en el Hospital Carlos LanFranco la Hoz – Puente Piedra en el 2019.

### **2.4.2 ESPECIFICOS**

- ¿Existen factores de riesgo Maternos asociados al parto por cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019?
- ¿Existen factores de riesgo fetales asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019?
- ¿Existen factores de riesgo obstétricos asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019?

## **2.5 VARIABLES**

En la presente investigación las variables de estudio son:

### **Factores de riesgo**

#### **Parto por cesárea**

Las cuales se clasifican en:

- Variable independiente: **Factores de riesgo.**
- Variable dependiente: **Parto por cesárea.**

Los factores de riesgo considerados son:

### **a) Factores maternos**

1. Cesárea previa
2. Pelvis estrecha
3. Distocias dinámicas
4. Infecciones sistémicas
5. Enf. Hipertensiva
6. Pre-eclampsia o eclampsia previa

### **b) Factores fetales**

1. Presentación podálica.
2. Embarazo múltiple
3. Macrosomía.
4. Sufrimiento fetal.
5. Discordancia Céfaló Pélvica.
6. Feto en Situación Transversa.
7. RCIU.
8. Malformaciones.

### **c) Factores obstétricos**

1. desprendimiento prematuro de membrana.
2. placenta previa total o parcial.
3. acretismo placentario.
4. Prolapso o Procúbito y prociencia de cordón umbilical.
5. Ruptura prematura de membrana.
6. Oligohidramnios.

## **2.6 DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS**

### **a) Características maternas**

1. Cesárea previa: Cuando la gestante tiene como antecedente una cesárea.

2. Pelvis estrecha: La dimensión de la pelvis materna es menor a los valores normales.
3. Distocias dinámicas: Es cuando las contracciones del útero son anormales.
4. Infecciones sistémicas: Las más frecuentes son por virus como el herpes genital y el virus de la inmunodeficiencia adquirida.
5. Enfermedad Hipertensiva: Aumento de la presión durante la semana 20 de la gestación o más.

#### **b) Características fetales**

1. Presentación podálica: Cuando el feto se encuentra en posición de nalgas en el interior del útero.
2. Embarazo múltiple: Cuando se tiene dos o más productos en una gestación.
3. Macrosomía: peso del recién nacido mayor o igual a 4000 gramos.
4. Sufrimiento fetal: perturbación de la fisiología del feto.
5. Discordancia Céfalo Pélvica: Desproporción de la cabeza fetal con relación a la pelvis materna.
6. Situación Transversa: Ocurre la cabeza del feto está al lado lateral de la madre mientras que el otro extremo de este se encuentra al lado contralateral materno.
7. Retardo en el crecimiento intrauterino: Se da cuando el feto no llega a su peso adecuado durante el tiempo que se encuentre en el interior del útero.
8. Malformaciones: Son anomalías que se dan en la estructura del feto.

#### **c) Características obstétricas**

1. desprendimiento prematuro de membrana: ocurre cuando se desliga la placenta del útero.
2. placenta previa total o parcial: La placenta obstaculiza la salida del feto.
3. Acretismo placentario: Implantación inadecuada de la placenta al útero.
4. Prolapso o Procúbito y procidencia de cordón umbilical: Cordón umbilical se ubica delante de la presentación fetal.

5. Ruptura prematura de membrana. Cuando la membrana que rodea al feto sufre la ruptura.
6. Oligohidramnios: Líquido amniótico se encuentra por debajo de los valores normales.

## **CAPITULO III METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

### **3.1 DISEÑO METODOLOGICO**

Investigación cuantitativa: Dado que se basó en datos estadísticos que fueron recopilados. Los números proporcionaron una mejor perspectiva para la toma de decisiones. El diseño cuantitativo de la investigación es vital para tener bases sólidas que nos ayudarán a mostrar conclusiones concretas.

#### **3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio es de tipo Observacional, transversal, retrospectivo, analítico. La investigación fue observacional porque el investigador no tuvo ninguna injerencia sobre las variables de estudio. Es de tipo Transversal debido a que la información fue recolectada en un solo periodo de tiempo. Retrospectivo dado que fue un estudio que se realizó sobre hechos ya ocurridos.

#### **3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

El estudio fue analítico de tipo relacional.

### **3.2 POBLACION Y MUESTRA**

#### **POBLACIÓN**

Gestantes que acudieron y se atendieron en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos LanFranco La Hoz durante el 2019.

Durante el periodo 3342 gestantes fueron atendidas en el hospital.

#### **CRITERIOS DE SELECCION**

Criterios de inclusión:

- ✓ Gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Los criterios de exclusión:

- ✓ Gestantes con enfermedades crónicas.

- ✓ Gestantes con recomendación para cesárea por un servicio diferente a gineco obstetricia.
- ✓ Gestantes infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- ✓ Historias clínicas incompletas e ilegibles.

### **MUESTRA:**

En el estudio se incluyó a 235 gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra. Que además cumplieron con los criterios de selección. El tamaño de muestra se calculó teniendo en cuenta una proporción de partos por cesárea en el grupo con antecedentes de cesárea de 30%, y un riesgo que implico el antecedente de cesárea de  $OR = 2$ , una potencia de la prueba al 80%, con un nivel de confianza del 95% y un 5% por perdida de información.

### **3.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

Para poder acceder a la información se solicitó la autorización correspondiente en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra, una vez aceptada la autorización se procedió a la recolección de la información de las historias clínicas, y posteriormente fue plasmada en la ficha de recolección de datos. La técnica de recolección de datos fue una revisión retrospectiva de las historias clínicas para la recopilación de la información.

En la ficha de recolección de datos se plasmaron los factores de riesgo que se asocian al aumento del parto por cesárea.

### **3.4 DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS**

En todos los análisis las variables categóricas fueron resumidas en: “Frecuencia y porcentajes”.

La relación entre la variable parto por cesárea y las variables que son factores de riesgo (maternos, fetales y obstétricos) fueron evaluadas mediante lo siguiente: “Prueba exacta de Fisher”. Los factores asociados a la variable parto por cesárea fueron determinados mediante modelo de regresión logística; Cuyos resultados fueron descritos mediante los Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95 %”.

Toda la evaluación se realizó con el siguiente nivel de significancia: 5 %.

### **3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

La recopilación de datos provenientes de historias clínicas, fue de la siguiente manera: “Se plasmo en la ficha de recolección de datos y posteriormente se ingresaron en una base de datos creada en una hoja de Excel, luego se analizó en el programa SPSS versión 25 y así se obtuvo los resultados”.

### **3.6 ASPECTOS ETICOS**

El jefe del servicio de Gineco-Obstetricia, del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz, autorizó la utilización de las historias clínicas, mientras cumplamos con lo siguiente: “Guardar la confidencialidad de los datos obtenidos de las pacientes, de esta manera no atentar contra su integridad”.

## CAPITULO IV ANALISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS

#### RESULTADOS

Tabla 1

Edad de la gestante según tipo de parto en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019

EDAD	CESAREA				Total	
	Si		No		n	%
	n	%	n	%		
14-19	17	40,5	25	59,5	42	100,0
20-24	25	36,8	43	63,2	68	100,0
25-29	27	58,7	19	41,3	46	100,0
30-34	23	46,9	26	53,1	49	100,0
35-39	19	79,2	5	20,8	24	100,0
40-44	3	50,0	3	50,0	6	100,0
Total	114	48,5	121	51,5	235	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

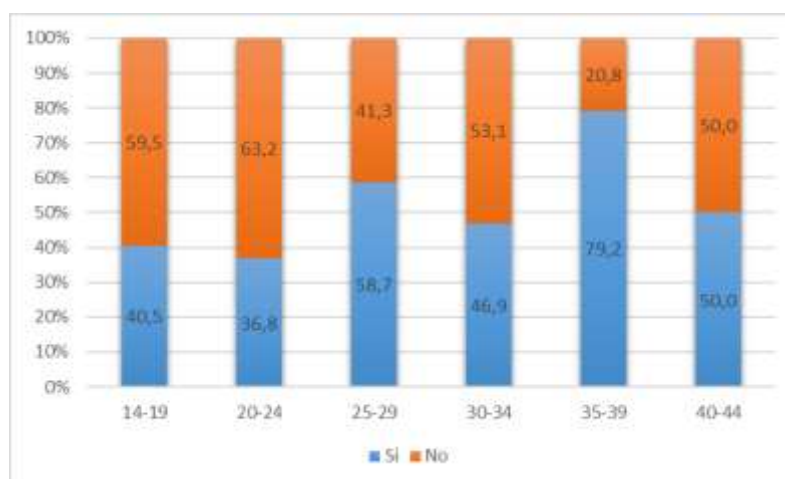


Gráfico 1. Edad de la gestante según tipo de parto en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019



La tabla y gráfico 1 muestra que de las 235 gestantes evaluadas 42 tenían edades entre 14 y 19 años de las cuales 40.5% tuvieron parto por cesárea mientras que 59.5% tuvieron parto vaginal, las gestantes de 20 a 24 años, 36.8% tuvieron parto por cesárea y 63.2% parto vaginal, el 58.7% de las gestantes de 25 a 29 años tuvieron parto por cesárea y 41.3% parto vaginal, el 46.9% de las gestantes de 30 a 34 años tuvieron parto por cesárea mientras que 53.1% tuvieron parto vaginal, el 79.2% de las gestantes de 35 a 39 años tuvieron parto por cesárea mientras que 20.8% tuvieron parto vaginal, el 50% de las gestantes de 40 a 44 años tuvieron parto por cesárea y los otros 50% tuvieron parto vaginal.

Tabla 2

Factores de riesgo maternos asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019

FACTORES MATERNOS		CESAREA				Total		p ≤ 0,05	OR	IC al 95% OR
		Si		No		n	%			
		n	%	n	%					
Cesarea previa	Si	51	100,0	0	0	51	100,0	<b>0,000</b> *	2,921	2,391-3,568
	No	63	34,2	121	65,7	184	100,0			
Pelvis estrecha	Si	8	100,00	0	0	8	100,0	<b>0,003</b> *	2,142	1,864-2,461
	No	106	46,6	121	53,3	227	100,0			
Distocia dinámica	Si	12	100,0	0	0	12	100,0	<b>0,000</b> *	2,186	1,895-2,522
	No	102	45,7	121	54,3	223	100,0			
Infecciones sistemáticas	Si	6	100,0	0	0	6	100,0	<b>0,011</b> *	2,120	1,849-2,432
	No	108	47,2	121	52,8	229	100,0			
Preeclampsia	Si	14	100,0	0	0	14	100,0	<b>0,000</b> *	2,210	1,912-2,555
	No	100	45,2	121	54,7	221	100,0			
Eclamsia	Si	1	100,0	0	0	1	100,0	0,302	-	-
	No	113	48,3	121	51,7	234	100,0			
Síndrome de HELLP	Si	2	100,0	0	0	2	100,0	0,143	-	-
	No	112	48,1	121	51,9	233	100,0			
Total		114	48,5	121	51,5	235	100,0			

Fuente: Ficha de recolección de datos

\* Estadístico de prueba: Prueba exacta de Fisher

La tabla 2 muestra 235 gestantes de las cuales el 48.5% terminaron en parto por cesárea mientras que el 51.5% terminaron en parto vaginal. De las

gestantes que presentaron cesárea previa al embarazo todas terminaron en cesáreas a diferencia de las que no presentaron cesárea previa al embarazo, el 34.2% tuvieron parto por cesárea; de las que presentaron pelvis estrecha todas terminaron en parto por cesárea a comparación de las que no presentaron pelvis estrecha el 46.6%; de las gestantes también terminaron en parto por cesárea; de las que no presentaron distocia dinámica todas terminaron en cesárea mientras que las que no presentaron distocia dinámica el 45.7% terminaron en parto por cesárea; del total de gestantes que presentaron infecciones sistemáticas todas terminaron en cesáreas a comparación de las gestantes que no presentaron infecciones sistemáticas el 47.2% también terminaron en parto por cesárea; así mismo se observa que del total de gestantes que presentaron preclamsia todas terminaron en cesárea y de las que no presentaron preclamsia 45.2% también terminaron en un parto por cesárea; resultados similares presentaron eclampsia y síndrome de hellp todas terminaron en cesárea mientras que el 48% aproximadamente de las gestantes que no presentaron eclampsia ni síndrome de hellp terminaron en un parto por cesárea. Existe evidencia estadísticamente significativa para decir que la cesárea previa se encuentra asociada a la cesárea ( $p=0.000$ ) y existiendo 2.91 veces más riesgo de presentar una cesárea cuando la gestante tuvo una cesárea previa a diferencia de las gestantes que no tuvieron (OR: 2.921; IC de OR al 95%: 2.391 – 3.568); así también se muestra que presentar pelvis estrecha se encuentra asociada a la cesárea ( $p=0.003$ ), existiendo 2.142 veces más riesgo de presentar una cesárea cuando la gestante tuvo una pelvis estrecha a diferencia de las gestantes que no tuvieron (OR: 2.142; IC de OR al 95%: 1.864 – 2.461); la distocia dinámica también se encuentra asociada a la cesárea ( $p=0.000$ ) y existiendo 2.186 veces más riesgo de presentar una cesárea cuando la gestante tuvo distocia dinámica a diferencia de las gestantes que no tuvieron (OR: 2.186; IC de OR al 95%: 1.895 – 2.522); el presentar infecciones sistemáticas se encuentran asociada a la cesárea ( $p=0.011$ ), existiendo 2.120 veces más riesgo de presentar una cesárea cuando la gestante presenta

infecciones sistemáticas a diferencia de las gestantes que no presentan (OR: 2.120; IC de OR al 95%: 1.849 – 2.432); la preclamsia se encuentra asociada a la cesárea (p=0.000) y existiendo 2.210 veces más riesgo de presentar una cesárea cuando la gestante tuvo preclamsia a diferencia de las gestantes que no tuvieron (OR: 2.186; IC de OR al 95%: 1.912 – 2.555);

Tabla 3

Factores de riesgo fetales asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019

FACTORES FETALES	CESAREA				Total		p ≤ 0,05	OR	IC al 95% OR	
	Si		No		n	%				
	n	%	n	%						
Presentación podálica	Si	9	100,0	0	0	9	100,0	<b>0,001</b> *	2,152	1,871-2,476
	No	105	46,5	121	53,5	226	100,0			
Sufrimiento fetal	Si	16	100,0	0	0	16	100,0	<b>0,000</b> *	2,235	1,929-2,589
	No	98	44,7	121	55,3	219	100,0			
Desproporción céfalo pélvica	Si	22	100,0	0	0	22	100,0	<b>0,000</b> *	2,315	1,985-2,701
	No	92	43,2	121	56,8	213	100,0			
Feto en situación transversa	Si	9	100,0	0	0	9	100,0	<b>0,001</b> *	2,152	1,871-2,476
	No	105	46,5	121	53,5	226	100,0			
Embarazo múltiple	Si	3	100,0	0	0	3	100,0	0,113	-	-
	No	111	47,8	121	52,2	232	100,0			
Macrosomía	Si	4	100,0	0	0	4	100,0	0,054	-	-
	No	110	47,6	121	52,4	231	100,0			
Retardo en el crecimiento intrauterino	Si	3	100,0	0	0	3	100,0	0,113	-	-
	No	111	47,8	121	52,2	232	100,0			
Malformaciones	No	114	48,5	121	51,5	235	100,0	-	-	-
Total		114	48,5	121	51,5	235	100,0			

Fuente: Ficha de recolección de datos

\* Estadístico de prueba: Prueba exacta de Fisher

En la tabla 3 se observa que de las gestantes con presentaciones podálicas todas terminaron en cesárea a comparación de las que no tuvieron presentación podálica el 46.5% terminó el parto en cesárea; de las que presentaron sufrimiento fetal todas también terminaron en cesárea a comparación de las que no presentaron sufrimiento fetal el 44.7% terminaron en parto por cesárea; de las que presentaron desproporción céfalo pélvica todas terminaron en parto por cesárea a comparación de las que no

presentaron desproporción céfalo pélvica el 43.2% terminó en parto por cesárea; de las gestantes que presentaron feto en situación transversa todas terminaron en cesárea mientras que de las que no presentaron feto en situación transversa el 46.5% terminaron en parto por cesárea; de las que presentaron embarazo múltiple todas terminaron en parto por cesárea a comparación de las que no presentaron embarazo múltiple el 47.8% terminó en parto por cesárea; de las gestantes que presentaron fetos con macrosomía todas terminaron en cesárea mientras que de las gestantes que no presentaron fetos macrosómicos el 47.6% también terminaron en parto por cesárea; del total de gestantes que presentaron fetos con retardo en el crecimiento intrauterino todas terminaron en cesáreas a comparación de las gestantes que sus fetos no presentaron retardo en el crecimiento intrauterino el 47.8% también terminaron en parto por cesárea; del total de gestantes también se puede observar que 48.5% no presentaron malformaciones sin embargo el parto terminó en cesárea. Existe evidencia estadísticamente significativa para decir que la presentación podálica del feto en gestantes está asociada a la cesárea ( $p=0.001$ ) mostrándose 2.152 veces más riesgo de terminar un parto en cesárea cuando el feto se encuentra en posición podálica a diferencia de las que no presentan (OR: 2.152; IC de OR al 95%: 1.871 – 2.476); el presentar sufrimiento fetal también se encuentra asociada a un parto por cesárea ( $p=0.000$ ) mostrándose 2.235 veces más riesgo de terminar un parto en cesárea cuando el feto presenta sufrimiento fetal a diferencia de las que no presentan (OR: 2.235; IC de OR al 95%: 1.929 – 2.589); la desproporción céfalo pélvica también se encuentra asociada a la cesárea ( $p=0.000$ ), mostrándose 2.315 veces más riesgo de presentar una cesárea cuando la gestante presenta desproporción céfalo pélvica a diferencia de las gestantes que no presentan (OR: 2.315; IC de OR al 95%: 1.985 – 2.701); el presentar el feto en situación transversa también se encuentra asociada a la cesárea ( $p=0.001$ ) mostrándose 2.152 veces más riesgo de presentar una cesárea cuando la gestante tiene el feto en situación transversa a diferencia de las gestantes que no tuvieron (OR: 2.152; IC de OR al 95%: 1.871 – 2.476).

Tabla 4

Factores de riesgo obstétricos asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019

FACTORES OBSTETRICOS	CESAREA				Total		p ≤ 0,05	OR	IC al 95% OR	
	Si		No		n	%				
	n	%	n	%						
Desprendimiento prematuro de placenta	Si	5	100,0	0	0,0	5	100,0	<b>0,026</b> *	2,110	1,841-2,418
	No	109	47,4	121	52,6	230	100,0			
Oligohidramnios	Si	7	100,0	0	0,0	7	100,0	<b>0,006</b> *	2,131	1,856-2,446
	No	107	46,9	121	53,1	228	100,0			
Prolapso de cordón umbilical	Si	12	100,0	0	0,0	12	100,0	<b>0,000</b> *	2,186	1,895-2,522
	No	102	45,7	121	54,3	223	100,0			
Ruptura prematura de membrana	Si	22	100,0	0	0,0	22	100,0	<b>0,000</b> *	2,315	1,985-2,701
	No	92	43,2	121	56,8	213	100,0			
Placenta previa	Si	2	100,0	0	0,0	2	100,0	0,234	-	-
	No	112	48,1	121	51,9	233	100,0			
Acretismo placentario	Si	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0,485	-	-
	No	113	48,3	121	51,7	234	100,0			
Total		114	48,5	121	51,5	235	100,0			

Fuente: Ficha de recolección de datos

\* Estadístico de prueba: Prueba exacta de Fisher

La tabla 4 muestra que de los que presentaron desprendimiento prematuro de placenta todas terminaron en parto por cesárea y de los que no presentaron desprendimiento prematuro de placenta el 47.4% terminaron en un parto por cesárea; de las que presentaron oligohidramnios todas terminaron en parto por cesárea a comparación de los que no presentaron oligohidramnios 46.9% también terminaron en parto por cesárea; de los que presentaron prolapso de cordón umbilical todas también terminaron en cesárea, a comparación de los que no presentaron prolapso de cordón umbilical el 45.7% también terminaron en parto por cesárea; de las que presentaron ruptura prematura de membrana todas terminaron en una cesárea a comparación de las que no presentaron ruptura prematura de membrana el 43.2% terminó en un parto por cesárea; de las gestantes que presentaron placenta previa todas terminaron en cesárea mientras que de las gestantes que no presentaron placenta previa el 48.1%

también terminó el parto en cesárea; de los que presentaron acretismo placentario todas terminaron en parto por cesárea mientras que los que no presentaron acretismo placentario 48.3% terminaron también en parto por cesárea. . Existe evidencia estadísticamente significativa para decir que el desprendimiento prematuro de placenta está asociada a la cesárea ( $p=0.026$ ) mostrándose 2.110 veces más riesgo de terminar un parto en cesárea cuando se presenta un desprendimiento prematuro de la placenta a diferencia de las que no presentan (OR: 2.110; IC de OR al 95%: 1.841 – 2.418); así también se puede evidenciar que oligohidramnios está asociada a la cesárea ( $p=0.006$ ) mostrándose 2.131 veces más riesgo de terminar un parto en cesárea cuando presentan oligohidramnios a diferencia de las que no presentan (OR: 2.131; IC de OR al 95%: 1.856 – 2.446); el prolapso de cordón umbilical se encuentra asociada a la cesárea ( $p=0.000$ ) mostrándose 2.186 veces más riesgo de terminar un parto en cesárea cuando presentan prolapso de cordón umbilical a diferencia de las que no presentan (OR: 2.186; IC de OR al 95%: 1.895 – 2.522); la ruptura prematura de membrana está asociada a la cesárea ( $p=0.000$ ) mostrándose 2.315 veces más riesgo de terminar un parto en cesárea cuando presentan ruptura prematura de membrana a diferencia de las que no presentan (OR: 2.315; IC de OR al 95%: 1.985 – 2.701).

Tabla 5

Factores de riesgo asociado al parto por cesárea en el Hospital Carlos LanFranco la Hoz – Puente Piedra en el 2019

FACTORES DE RIESGOS		OR	IC al 95% OR
FACTORES MATERNOS	Cesarea previa (si/no)	2,921	2,391-3,568
	Preeclampsia( si/no)	2,210	1,912-2,555
	Distocia dinámica (si/no)	2,186	1,895-2,522
	Pelvis estrecha (si/no)	2,142	1,864-2,461
	Infecciones sistemáticas (si/no)	2,120	1,849-2,432
FACTORES FETALES	Desproporción céfalo pélvica (si/no)	2,315	1,985-2,701
	Sufrimiento fetal (si/no)	2,235	1,929-2,589
	Presentación podálica (si/no)	2,152	1,871-2,476
	Feto en situación transversa (si/no)	2,152	1,871-2,476
FACTORES OBSTETRICOS	Prolapso de cordón umbilical (si/no)	2,186	1,895-2,522
	Ruptura prematura de membrana (si/no)	2,315	1,985-2,701
	Oligohidramnios (si/no)	2,131	1,856-2,446
	Desprendimiento prematuro de placenta (si/no)	2,110	1,841-2,418

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla 5 muestra los factores de riesgos asociados a la cesárea entre ellos tenemos dentro de los factores maternos a la cesárea previa, preclamsia, distocia dinámica, pelvis estrecha y las infecciones sistemáticas; dentro de los factores de riesgo fetales asociados a la cesárea encontramos a la desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal, presentación podálica y feto en situación transversa; y dentro de los factores de riesgo obstétricos asociados a la cesárea encontramos al prolapso de cordón umbilical, ruptura prematura de membrana, oligohidramnios y al desprendimiento prematuro de placenta.

## 4.2 DISCUSIONES

Del estudio realizado a la muestra de 235 gestantes atendidas en el Hospital Carlos LanFranco la Hoz – Puente Piedra en el 2019, a 48.5% se le realizó la cesárea; De las cuales se encuentran en mayor frecuencia entre las edades de 35 a 39 años con un porcentaje de 79.2%, esto tiene una similitud con el estudio realizado por **Ángel E. Sinchitullo Castillo, (2020)**<sup>(1)</sup>, en donde el 33.4% fueron cesáreas, así mismo en este estudio el parto abdominal no tuvo relación con la edad materna; En el de **HUAMÁN SANTILLÁN, (2018)**<sup>(6)</sup>, fue de un 37.16%; Mientras que de **José Luis MEDINA HUIZA, (2016)**<sup>(8)</sup> se produjo en un 57.5%, encontrándose en mayor porcentaje entre los 20 a 35 años y en estudio de **Oscar Patricio ESPINOSA ECHEVARRIA, (2017)**<sup>(13)</sup> en el año 2016 de enero a diciembre la cesáreas estuvo en un 56.4%, encontrándose en un 73% de 18 a 35 años. Del estudio realizado se aprecia una marcada elevación en el porcentaje de cesáreas, así como los estudios mencionados, lo cuales son muy superiores a los recomendados por la Organización Mundial de la Salud, que desde 1985, recomendó que el parto abdominal debería encontrarse entre un 10% y un 15%.

Los factores de riesgo maternos asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019 son la cesárea previa, pelvis estrecha, la distocia dinámica, el presentar infecciones sistemáticas, la preclamsia; En el estudio de **Ángel E. Sinchitullo Castillo, (2020)**<sup>(1)</sup> resalto la paridad y cesáreas previas, en el de **Junior Hermilio JAMANCA CORSINO, (2020)**<sup>(5)</sup> se encontró los Trastornos hipertensivos con mayor asociación, **HUAMÁN SANTILLÁN, (2018)**<sup>(6)</sup> encontró que la cesárea previa estuvo una mayor asociación, **José Luis MEDINA HUIZA, (2016)**<sup>(8)</sup> también encontró que la cesárea previa tuvo una mayor asociación así como la pelvis estrecha. De estos estudios se aprecia que el principal factor asociado a la cesárea es la cesárea previa, a excepción de una que es los trastornos hipertensivos.



Los factores de riesgo fetales asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019 son presentación podálica del feto, el presentar sufrimiento fetal, la desproporción céfalo pélvica y el presentar el feto en situación transversa; en comparación con el estudio de **HUAMÁN SANTILLÁN, (2018)** <sup>(6)</sup> dentro de sus factores fetales resaltó la presentación del feto y Sufrimiento fetal, en el de **José Luis MEDINA HUIZA, (2016)**<sup>(8)</sup> se encontró el feto grande y el sufrimiento fetal, **Oscar Patricio ESPINOSA ECHEVARRIA, (2017)**<sup>(13)</sup> encontró distocia de presentación, desproporción céfalo pélvica y el sufrimiento fetal. De estos estudios se apreció que hay un factor en común con relación a nuestro estudio que es el sufrimiento fetal agudo.

Los factores de riesgo obstétricos asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019 son el desprendimiento prematuro de placenta, el presentar oligohidramnios, el prolapso de cordón umbilical y la ruptura prematura de membrana; En el estudio de **HUAMÁN SANTILLÁN, (2018)** <sup>(6)</sup> se encontró la ruptura prematura de membrana, placenta previa y perturbaciones del líquido amniótico. Este estudio en comparación con el nuestro, difiere ya que como principal factor esta la ruptura prematura de membrana y anomalías del líquido amniótico.

## **CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

Los factores de riesgo asociado al parto por cesárea en el Hospital Carlos LanFranco la Hoz – Puente Piedra en el 2019 son la cesárea previa, pelvis estrecha, la distocia dinámica, el presentar infecciones sistémicas , la preclamsia, presentación podálica del feto, el presentar sufrimiento fetal, la desproporción céfalo pélvica, el presentar el feto en situación transversa, desprendimiento prematuro de placenta, el presentar oligohidramnios , el prolapso de cordón umbilical y la ruptura prematura de membrana.

Los factores de riesgo maternos asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019 son la cesárea previa, pelvis estrecha, la distocia dinámica, el presentar infecciones sistémicas, la preclamsia

Los factores de riesgo fetales asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019 son presentación podálica del feto, el presentar sufrimiento fetal, la desproporción céfalo pélvica y el presentar el feto en situación transversa.

Los factores de riesgo obstétricos asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019 son el desprendimiento prematuro de placenta, el presentar oligohidramnios, el prolapso de cordón umbilical y la ruptura prematura de membrana.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

Se recomienda realizar el estudio en una muestra más grande o en la totalidad de la población, y así precisar si los factores de riesgo hallados para la cesárea son similares o difieren, con la finalidad de poder disminuir la elevada tasa de cesáreas.

Implementar políticas dentro del hospital para que así haya una medición constante del rendimiento del personal médico y así progresar en la capacidad de respuesta antes de llevar a cabo un parto abdominal.

Iniciar un intento de parto vaginal en pacientes que hayan tenido como antecedente un parto abdominal, previo descarte de otros factores de riesgo e información a la paciente sobre el peligro y beneficio del parto vaginal.

Realizar programas tanto en la ciudad como en provincias, con relación a la promoción de los riesgos que conlleva un parto por vía abdominal no necesaria, así como las complicaciones a largo y corto plazo tanto maternos como fetales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ángel E. Sinchitullo Castillo, Luis Roldán Arbieta, et al. Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano. Rev. Fac. Med. Hum. 2020; 20 (3):444-451.
2. Rafael Aguirre, José Ignacio Antón, et al. Análisis de las cesáreas en Uruguay por tipo de centro hospitalario. Gac Sanit. 2019; 33(4):333–340.
3. Alma Iris Zúniga-Briceño, MD, et al. Clasificación de cesáreas según el modelo de robson, unidad obstétrica, hospital general san felipe, honduras, abril-junio de 2017. Rev. Colomb Obstet Ginecol ISSN 2463-0225 (On line) 2019; 70:19-26.
4. George Ybaseta-Soto, Carmen Quijandria-Tataje, et al. Parto vaginal en gestantes con cesárea previa en un hospital general de Perú. Rev méd panacea 2020 Ene-Abr; 9(1): 4-12.
5. Jamanca Corsino, Junior Hermilio. Factores de riesgo asociados a parto disfuncional en pacientes atendidos en el servicio de ginecología del hospital san José, callao durante el periodo julio 2018 - julio del 2019. 2020.
6. Huamán Santillán, Nike Abner, et al. Factores relacionados a partos por cesárea en el hospital II ES-SALUD de Huánuco. Rev. Perú Investig Salud. 2018; 2(1):10-17.
7. Ángel Eduardo Sinchitullo Castillo. Pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital militar central, 2014-2018. 2018.
8. José Luis MEDINA HUIZA. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital nacional dos de mayo de enero a diciembre del 2015. 2016.
9. Anna Paula Ferrari, Maiara Aparecida Mialich Almeida, et al. Effects of elective cesarean sections on perinatal outcomes and care practices. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 2020; 20 (3): 879-880.
10. Francisco Lírio Ramos Filho, Carlos Mauricio de Figueiredo Antunes. Trastornos hipertensivos: prevalencia, resultados perinatales y tasas de cesáreas en mujeres embarazadas hospitalizadas para el parto. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020; Vol. 42 No. 11.

11. Rafael Aguirre, José-Ignacio Antón, et al. Análisis de las cesáreas en Uruguay por tipo de centro hospitalario. *Gac Sanit.* 2019; 33(4):333–340.
12. Francisco Javier Posadas-Robledo. Embarazo y VIH ¿indicación absoluta de cesárea? *Ginecol Obstet Mex.* 2018 junio; 86(6):374-382.
13. Espinosa Echeverría Oscar Patricio, LEIME AYALA María Cristina. Prevalencia y principales causas de cesárea en el hospital general delfina torres de concha esmeraldas sur en el periodo de tiempo enero – diciembre 2016. Quito, Ecuador. 2017.
14. Fabiana Santos Lucena, Mariana Tarricone Garcia, et al. Cesarean section rates in São Paulo State: regional inequalities in SUS obstetric Care. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife.* 2020; 20 (4): 1137-1149 out-dez.
15. Miguel R. Sarduy Nápoles, I Lisbet L. Molina Peñate, et al. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2018; 44(2).
16. Cristian Javier Hernández-Espinosa. La epidemia de cesáreas como limitante del parto humanizado. *MED.UIS.* 2019; 32(1):9-12.
17. Aimée Festary Casanovas, Vivian Kourí Cardellá. Manejo de las infecciones por citomegalovirus y virus herpes simple en gestantes y recién nacidos. *Rev cubana Obstet Ginecol.* 2016; vol.42: no.1.
18. Oncoy Rosales Ariana. Indicaciones de cesárea. *Rev méd panacea.* 2018; 7(2):69-73.
19. Carlos Fernando Grillo-Ardila, MD, MSc; Alejandro Antonio Bautista-Charry, MD, MS(c); et al. Atención del parto con feto en presentación pelviana: revisión de la semiología, el mecanismo y la atención del parto. *Rev. Colomb Obstet Ginecol ISSN 2463-0225 (On line)* 2019; 70:253-265.
20. Rosa Gutarra Vilchez, César Conche Prado, et al. Macrosomía fetal en un hospital del Ministerio de Salud del Perú, de 2010 a 2014. *Ginecol Obstet Mex.* 2018 agosto; 86(8):530-538.
21. Dr. Alberto Kizer, Dr. Carlos Cabrera. Estado actual en el diagnóstico ecográfico y cardiotocográfico del sufrimiento fetal agudo. *Rev. Latin. Perinat.* 2018, 21 (3): (161).

22. Marco Guerrero, Juan Ocampo, et al. Determinación del índice pélvico anterior (API) predecir una pelvis estrecha en las adolescentes. En t. J. Morphol. 2016; 34 (3): 1158-1163.
23. Dra. Xiohong Chen Wu, Hospital Tony Facio Castro, Limón, Costa Rica. Gestación Múltiple. Revista médica sinergia. 2018; vol. 3 (5).
24. Dr. Luis Daniel Hernández Mendoza, Dr. Javier Edmundo Herrera Villalobos, et al. Acretismo placentario: Experiencia en Obstetricia Crítica. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. 2018; Vol. 18, no. 1.
25. Dr. Enrique Guevara Ríos, Dr. Amadeo Sánchez Góngora, et al. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología instituto nacional materno perinatal. 2018; 2ª. Edición.
26. MSc. Dr. Juan Antonio Suárez González, MSc. Dr. Mario Gutiérrez Machado, et al. La rotura prematura de membranas pretérmino y su relación con las consecuencias maternas y perinatales. Acta Médica del Centro. 2016; Vol. 10 N°. 3.
27. Lei Hou, Xin Wang, et al. Delivery mode and perinatal outcomes after diagnosis of oligohydramnios at term in China. The journal of maternal fetal & neonatal medicine 2020, VOL. 33, NO. 14, 2408–2414.
28. Ardila-Villa, Fiorela; Reyna-Villasmil, Eduardo; Et al. ligohidramnios aislado y resultante neonatal en embarazos a término. Avances en Biomedicina, 2017; 6(2), ISSN: 2477-9369 / 2244-7881.
29. Dra. Susana Ruiz Durán, Dra. María del Mar Sánchez Gila, et al. Incidencias y consecuencias de la cesárea iterativa. Rev. Latin. Perinat. 2018, 21 (1): (48).
30. Herrera Bustamante Juan Carlos. Factores asociados al incremento de las cesáreas en el servicio de maternidad del hospital regional del cusco, 2019. Cusco, Perú. 2020.
31. Diana Lorena Martínez-Rodríguez, Leopoldo César Serrano-Díaz, et al. Utilidad y eficacia de la clasificación de Robson para disminuir la tasa de cesáreas. Ginecol Obstet Mex. 2018; 86(10):627-633.

## ANEXOS

### ANEXO 1 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: José Luis CADILLO HUANCA.

ASESOR: Dr. Walter BRYSON MALCA.

LOCAL: Hospital Nacional Carlos LanFranco La Hoz.

TEMA: Factores de riesgo asociado al parto por cesárea en el Hospital Nacional Carlos LanFranco la hoz – puente piedra en el 2019.

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores maternos</b>			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Cesárea previa	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
Pelvis estrecha	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
Distocias dinámicas	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
Infecciones sistémicas	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
Preeclampsia	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
Eclampsia	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
Sd. Hellp	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores fetales</b>			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Presentación podálica	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
Embarazo múltiple	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
Macrosomía	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
Sufrimiento fetal	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
Discordancia céfalo pélvica	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
Situación transversa	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos

Malformaciones	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
----------------	-------	---------	-------------------------------

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores obstétricos</b>			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Desprendimiento PP	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
Placenta previa	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
Oligohidramnios	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
Acretismo placentario	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
Prolapso de cordón	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos
RPM	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos

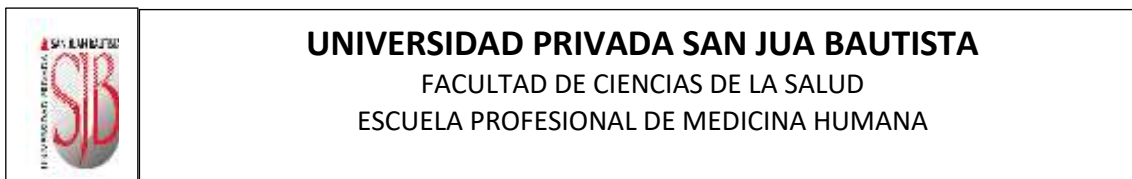
<b>VARIABLE DEPENDIENTE: Parto</b>			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Parto por cesárea	Si/no	Nominal	Ficha de recolección de datos



Dr. Walter Bryson Malca  
MEDICINA INTERNA  
C.M.P. 14559 R.N.E. 7509



## ANEXO 2 INSTRUMENTO



**Título:** Factores de riesgo asociado al parto por cesárea en el Hospital Nacional Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019.

**Autor:** José Luis CADILLO HUANCA.

**Fecha:**

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (INSTRUMENTO)

Ficha de Recolección de Datos N°

#### I.- DATOS GENERALES.

Edad:

Historia clínica Nro.:

**1. Parto por cesárea:**    **SI**        **NO**

#### II. DATOS ESPECÍFICOS

<b>a) Factores maternos</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Cesárea previa	( )	( )
2. Pelvis estrecha	( )	( )
3. Distocias dinámicas	( )	( )
4. Infecciones sistémicas	( )	( )
5. Pre-eclampsia	( )	( )
6. Eclampsia previa	( )	( )
7. Sd. Hellp	( )	( )
<b>b) Factores fetales</b>		
1. Presentación podálica.	( )	( )
2. Embarazo múltiple	( )	( )
3. Macrosomía.	( )	( )

- |                                  |     |     |
|----------------------------------|-----|-----|
| 4. Sufrimiento fetal.            | ( ) | ( ) |
| 5. Discordancia Céfalo Pélvica.  | ( ) | ( ) |
| 6. Feto en Situación Transversa. | ( ) | ( ) |
| 7. RCIU                          | ( ) | ( ) |
| 8. Malformaciones                | ( ) | ( ) |

**c) Factores obstétricos**

- |                                      |     |     |
|--------------------------------------|-----|-----|
| 1. DPP                               | ( ) | ( ) |
| 2. Placenta previa                   | ( ) | ( ) |
| 3. Oligohidramnios severo            | ( ) | ( ) |
| 4. Acretismo placentario.            | ( ) | ( ) |
| 5. Prolapso cordón umbilical.        | ( ) | ( ) |
| 6. Ruptura prematura<br>de membrana. | ( ) | ( ) |



Dr. Walter Bryson Malca  
MEDICINA INTERNA  
C.M.P. 14859 R.N.E. 7809

## Anexo 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS-CONSULTA DE EXPERTOS

### INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

**I.- DATOS GENERALES:** Factores de riesgo asociado al parto por cesárea en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz – Puente Piedra en el 2019.

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Walter Florencio BRYSON MALCA.

1.2 Cargo e institución donde labora:

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos.

1.5 Autor del instrumento: CADILLO HUANCA José Luis.

### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre..... (Variables).					90
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer .....(relación a las variables).					90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación .....(tipo de investigación)					90

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE**

**IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN**

Lugar y Fecha: Lima, 20 de abril del 2021



Dr. Walter Bryson Malca  
MEDICINA INTERNA  
C.M.P.: 14859 R.N.E.: 7809

Firma del Experto  
D.N.I N.º 08819198  
Teléfono:999047101

### INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

**I.- DATOS GENERALES:** Factores de riesgo asociado al parto por cesárea en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz – Puente Piedra en el 2019.

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Salvador DEDIOS FERNANDEZ.

1.2 Cargo e institución donde labora:

1.3 Tipo de Experto:      Metodólogo       Especialista       Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos.

1.5 Autor del instrumento: CADILLO HUANCA José Luis.

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre..... (Variables).					90
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer .....(relación a las variables).					90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación .....(tipo de investigación)					90

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE**

**IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN**

Lugar y Fecha: Lima, 20 de abril del 2021

  
 Dr. Salvador Deños Fernández  
 MEDICO GINECÓLOGO - OBSTETRA  
 ,CMP. 22135 - RNE: 13674  
 Teléfono: 99037846

### INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

**I.- DATOS GENERALES:** Factores de riesgo asociado al parto por cesárea en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz – Puente Piedra en el 2019.

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: MSc. Claudio J. FLORES FLORES.

1.2 Cargo e institución donde labora:

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos.

1.5 Autor del instrumento: CADILLO HUANCA José Luis.

### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					X
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					X
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre..... (Variables).					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer .....(relación a las variables).					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación .....(tipo de investigación)					X

### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

(Comentario del juez experto respecto al instrumento)

### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

**100%**

Lugar y Fecha: Lima, 20 de abril del 2021

MSc. CLAUDIO J. FLORES  
Docente Investigador  
Escuela Profesional de Medicina Humana  
Universidad Privada San Juan Bautista

Firma del Experto

D.N.I N.º: 09485870

Teléfono: 968700284

## ANEXO 4 MATRIZ DE CONSISTENCIA

**ALUMNO:** José Luis CADILLO HUANCA.

**ASESOR:** Dr. Walter Florencio BRYSON MALCA.

**LOCAL:** Hospital Nacional Carlos LanFranco La Hoz.

**TEMA:** Factores de riesgo asociado al parto por cesárea en el Hospital Nacional Carlos LanFranco la hoz – puente piedra en el 2019.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>General:</b></p> <p>PG: ¿Cuáles son los factores asociados al parto por cesárea en el Hospital Nacional Carlos LanFranco la Hoz – puente piedra en el 2019?</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>PE 1: ¿Cuáles son los factores maternos asociados al parto por cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019?</p>	<p><b>General:</b></p> <p>OG: Determinar los factores de riesgo asociado al parto por cesárea en el Hospital Carlos LanFranco la Hoz – Puente Piedra en el 2019.</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>OE1: Determinar los factores maternos asociados al parto por cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019</p>	<p><b>General:</b></p> <p>HG: ¿Existen factores de riesgo asociados al parto por cesárea en el Hospital Carlos LanFranco la Hoz – Puente Piedra en el 2019?</p> <p><b>Específicas:</b></p> <p>HE1: Existen factores maternos asociados al parto por cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019.</p> <p>HE2: ¿Existen factores fetales asociados al parto</p>	<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>Factores maternos. Factores fetales. Factores obstétricos.</p> <p><b>Variable Dependiente:</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>Parto por cesárea.</p>

<p>PE 2: ¿Cuáles son los factores fetales asociados al parto por cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019?</p> <p>PE 3: ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a la cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019?</p>	<p>OE 2: Determinar los factores fetales asociados al parto por cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019</p> <p>OE 3: Determinar los factores obstétricos asociados al parto por cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019</p>	<p>por cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019?</p> <p>HE3: ¿Existen factores obstétricos asociados al parto por cesárea en el hospital Carlos LanFranco La Hoz – Puente Piedra en el 2019?</p>	
---	---	---	--

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel:</p> <p>El estudio es analítico de tipo relacional</p> <p>- Tipo de Investigación:</p> <p>El estudio es de tipo Observacional, transversal, retrospectivo, analítico.</p>	<p>Población: 3342 gestantes.</p> <p>N:</p> <p>Criterios de Inclusión: Gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.</p> <p>Criterios de exclusión:</p>	<p>Técnica:</p> <p>Se ingresaron en una base de datos que fue creada en una hoja de Excel, luego se analizó en el programa SPSS versión 25 y se obtuvo los resultados.</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos.</p>

	<p>Gestantes con enfermedades crónicas.</p> <p>Gestantes con recomendación para cesárea por un servicio diferente a gineco obstetricia.</p> <p>Gestantes infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).</p> <p>Historias clínicas incompletas e ilegibles</p> <p>N=: (Población Objetiva)</p> <p>Tamaño de muestra: 235 gestantes.</p>	
--	---	--



Dr. Walter Bryson Malca  
MEDICINA INTERNA  
C.M.P. 14859 R.N.E. 7809



Msc. CLAUDIO J. FLORES  
Docente Investigador  
Escuela Profesional de Medicina Humana  
Universidad Privada San Juan Bautista