Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana

Características epidemiológicas del parto por cesárea. Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021

Tesis

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor

Rosa Beatriz Utcañe Briceño

Asesor

William Rogelio Peña Ayudante

Huacho – Perú

2023

Reconocimiento - No Comercial – Sin Derivadas - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Reconocimiento: Debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso. **No Comercial:** No puede utilizar el material con fines comerciales. **Sin Derivadas:** Si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado. **Sin restricciones adicionales:** No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.

UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
LICENCIADA

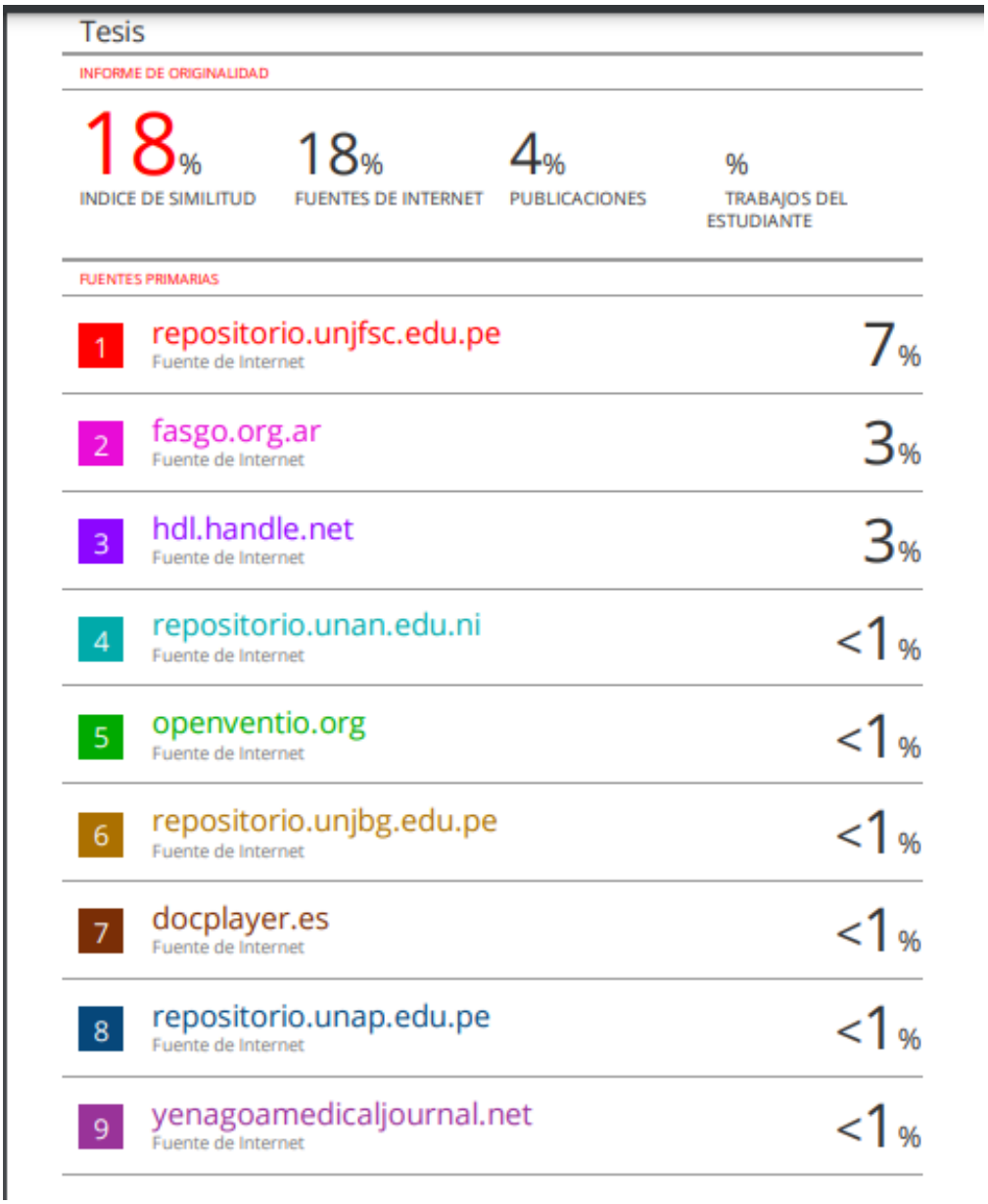
(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

FACULTAD DE .....Medicina Humana.....

ESCUELA P R OFESIONAL.....Medicina Humana.....

INFORMACIÓN DE METADATOS

DATOS DEL AUTOR (ES):		
NOMBRES Y APELLIDOS	**DNI**	**FECHA DE SUSTENTACIÓN**
Utcañe Briceño, Rosa Beatriz	45279459	25/08/2023
DATOS DEL ASESOR:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**DNI**	**CÓDIGO ORCID**
Peña Ayudante, William Rogelio	15736189	0000-0002-9308-0411
DATOS DE LOS MIEMROS DE JURADOS – PREGRADO/POSGRADO-MAESTRÍA-DOCTORADO:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**DNI**	**CODIGO ORCID**
Cuevas Huari, Edgardo Washington	21842249	0000-0003-4935-0696
Santos Reyes, Martin Manuel Dajhalman	07220895	0009-0006-7421-656X
Collantes Chang, José Luis	07220895	0000-0002-3047-9505



Tesis

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%	18%	4%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	fasgo.org.ar Fuente de Internet	3%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
4	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1%
5	openventio.org Fuente de Internet	<1%
6	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	docplayer.es Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	yenagoamedicaljournal.net Fuente de Internet	<1%

TESIS

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PARTO POR CESÁREA.

HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA, HUARAL 2021

JURADO EVALUADOR

M (o). EDGARDO WASHINGTON CUEVAS HUARI

PRESIDENTE

M.C. MARTIN MANUEL DAJHALMAN SANTOS REYES

SECRETARIO

M.C. JOSÉ LUIS COLLANTES CHANG

VOCAL

Dedicatoria

A mi abuela Rosa Ugaz, por su inmenso amor incondicional, por su enseñanza y brindarme todo el apoyo necesario para culminar mi carrera, pues sin ella no lo hubiera logrado.
Por formarme con reglas y algunas libertades, pero siempre siendo el mejor ejemplo para ser una persona de bien.

Rosa Utcañe Briceño

Agradecimientos

Agradezco de todo corazón a mi asesor el Dr. William Rogelio Peña Ayudante por haberme guiado en esta recta final de mi carrera, con mucho conocimiento y paciencia, pero por sobre todo de manera incondicional.

Agradezco también a mis maestros de la Facultad de Medicina Humana por haberme brindado todos los conocimientos posibles para mi vida profesional.

Rosa Utcañe Briceño

ÍNDICE

TÍTULO …… i

DEDICATORIA ……... iii

AGRADECIMIENTO ……... iv

ÍNDICE GENERAL …….. v

ÍNDICE DE TABLAS ……... viii

ÌNDICE DE FIGURAS ……. ix

RESUMEN …… x

ABSTRACT …….. xi

INTRODUCCIÓN …… 1

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ……... 3

1.1. Descripción de la realidad problemática …… 3

1.2. Formulación del problema ……. 5

1.2.1. Problema general …….. 5

1.2.2. Problemas específicos …… 5

1.3. Objetivos ……. 6

1.3.1. Objetivo general ……... 6

1.3.2. Objetivos específicos …….. 6

1.4. Justificación ……. 7

1.5. Delimitación del estudio ……... 8

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO ……. 9

2.1. Antecedentes de la investigación ……. 9

2.1.1. Antecedentes internacionales ……. 9

2.1.2. Antecedentes nacionales ……. 12

2.2. Bases teóricas ……... 20

2.3. Bases filosóficas …….. 32

2.4. Definiciones conceptuales …… 33

2.5. Formulación de la hipótesis ……. 34

2.6 Operacionalización de variables …… 34

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA ……. 36

3.1. Diseño metodológico ……... 36

3.1.1. Tipo de investigación …… 36

3.1.2. Nivel de investigación …….. 36

3.1.3. Diseño ……... 36

3.1.4. Enfoque …… 36

3.2. Población y muestra ……. 36

3.3. Técnica e instrumentos de recolección de datos …….. 38

3.3.1. Técnicas a emplear …….. 38

3.3.2. Descripción del instrumento …… 38

3.4. Técnicas para el procesamiento de la información … 39

CAPÍTULO IV: RESULTADOS …… 39

4.1. Análisis de resultados …….. 40

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN 51

5.1. Discusión …… 51

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES …….…… 60

6.1 Conclusiones ……. 60

6.2 Recomendaciones ……. 61

CAPÍTULO VII: FUENTES DE INFORMACIÒN …… 63

7.1. Fuentes bibliográficas ……... 63

7.2. Fuentes hemerográficas …… 64

7.3. Fuentes electrónicas ……..…… 70

ANEXOS ……. 72

Anexo 1. Matriz de consistencia ……. 73

Anexo 2. Ficha de recolección de datos …….. 74

Anexo 3. Constancia de acceso a información ……. 75

Anexo 4. Segmento de la base de datos en el programa estadístico Microsoft Excel ……..... 76

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla Nº1. Sistema de clasificación de Robson para cesáreas …….. 22

2. Tabla Nº 2. Variables utilizadas en la clasificación de Robson para las cesáreas …….. 24

3. Tabla Nº 3. Indicaciones absolutas para cesárea ……. 26

4. Tabla Nº 4. Indicaciones relativas para cesárea …….. 26

5. Tabla Nº 5. Indicaciones para cesárea ……. 27

6. Tabla Nº 6. Indicaciones más frecuentes del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 ……... 41

7. Tabla Nº 7. Indicaciones maternas del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 ……. 42

8. Tabla Nº 8. Indicaciones ovulares del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 ……... 43

9. Tabla Nº 9. Indicaciones fetales del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 ……... 44

10. Tabla Nº 10. Grupo etario de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 ……. 45

11. Tabla Nº 11. Grado de instrucción de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 …….. 46

12. Tabla Nº 12. Lugar de procedencia de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 …….. 47

13. Tabla Nº 13. Estado civil de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 ……. 48

14. Tabla Nº 14. Paridad de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 ……. 49

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Figura Nº1**.** Tasa de cesárea del Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 ……... 40

2. Figura Nº 2. Indicaciones más frecuentes del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 …….. 41

3. Figura Nº 3**.** Indicaciones maternas del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 ……... 42

4. Figura Nº 4. Indicaciones ovulares del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 ……... 43

5. Figura Nº 5. Indicaciones ovulares del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 ……... 44

6. Figura Nº 6. Edad de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 ……... 45

7. Figura Nº 7. Grupo etario de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 ……... 46

8. Figura Nº 8. Grado de instrucción de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 ……. 47

9. Figura Nº 9. Lugar de procedencia de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 …… 48

710. Figura Nº 10. Estado civil de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 …… 49

11. Tabla Nº 11. Paridad de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021 ……... 50

RESUMEN

OBJETIVO: determinar las características epidemiológicas del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista Huaral, 2021.

MATERIALES Y MÉTODOS: es un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Incluyó una población de 510 partos por cesárea y una muestra de 220 casos con in intervalo de confianza al 95%, usándose Microsoft Excel ® 2020 para el procesamiento de datos.

RESULTADOS: se determinó que la tasa de cesárea para el 2021 fue de 46,02% y se halló que, las indicaciones más frecuentes del parto por cesárea fueron la cesárea anterior (25,45%) y el distrés fetal (14,09%), además se determinó que las indicaciones maternas fueron las responsables del 52,27% de ejecución de esta técnica quirúrgica, seguida de las indicaciones fetales en el 34,54% y de las indicaciones ovulares en el 20% de los casos. La edad promedio de las mujeres estudiadas fue de 28,36 años y el grupo etario más afectado fue el que poseía una edad comprendida entre 20 a 34 años (71,81%), el grado de instrucción predominante fue el de secundaria (53,63%), el lugar de procedencia más descrito fue Huaral (94,09%), el estado civil predominante era el de conviviente (68,63%), así mismo, se vio la predominancia de las primíparas (36,36%) y multíparas (36,36%) sobre las nulíparas (24,09%).

CONCLUSIONES: se concluye que la tasa de cesárea encontrada, es determinada por encima de los estándares ideales descritos por la OMS, que con las mujeres sometidas a parto por cesárea tuvieron como principales causas a la cesárea anterior y al distrés fetal, que las indicaciones maternas son las que predominan a la hora de llevar a cabo una cesárea, que las mujeres de 20 a 34 años, con secundaria, de Huaral, convivientes que son primíparas o multíparas son intervenidas con una mayor frecuencia a esta técnica quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: características epidemiológicas, cesárea.

ABSTRACT

OBJECTIVE: determine the epidemiological characteristics of cesarean delivery at the San Juan Bautista Huaral Hospital, 2021.

MATERIALS AND METHODS: It is an observational, retrospective, cross-sectional and descriptive study. It included a population of 510 cesarean deliveries and a sample of 220 cases, using Microsoft Excel ® 2020 for data processing.

RESULTS: it was determined that the cesarean section rate for 2021 was 46.02% and it was found with a 95% CI that the most frequent indications for cesarean delivery were previous cesarean section (25.45%) and distress. fetal (14.09%), it was also determined that maternal indications were responsible for 52.27% of the execution of this surgical technique, followed by fetal indications in 34.54% and ovular indications in 20%. of the cases. The average age of the women studied was 28.36 years and the most affected age group was the one between 20 and 34 years of age (71.81%), the predominant level of education was secondary school (53, 63%), the most described place of origin was Huaral (94.09%), the predominant marital status was cohabiting (68.63%), likewise, the predominance of primiparous women (36.36%) was seen and multiparous (36.36%) over the nuliparous (24,09%).

CONCLUSIONS: it is concluded that the cesarean section rate found is determined to be above the ideal standards described by the WHO, women undergoing cesarean delivery had the previous cesarean section and the previous cesarean section as the main causes. fetal distress, that the maternal indications are the ones that predominate when carrying out a cesarean section, that women from 20 to 34 years old, with secondary education, from Huaral, cohabiting who are primiparous or multiparous, undergo this procedure more frequently Surgical technique.

KEY WORDS: epidemiological characteristics, cesarean section.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es una mediación de tipo quirúrgica que radica en sustraer el feto por vía abdominal, realizando para tal fin un corte sobre la matriz. Fue indicada cuando el parto alumbramiento no sería posible de ejecutar y teniendo como finalidad resguardar la existencia de la progenitora y el feto, pese a que desde un comienzo la ejecución de la misma alcanzaba una mortalidad alta para el binomio (Schanapp, Sepúlveda y Robert, 2014). Sin embargo, conforme fueron pasando los años y con la mejora del procedimiento quirúrgico, la mortalidad a la que primariamente se asoció se ha visto reducida de manera significativa y consecuentemente su tasa de incidencia ha subido exponencialmente.

Tal es así que para el 2019, se vio que México tenía una cifra de partos vía cesárea de 550 por cada 1000 neonatos, Turquía poseía un número de partos de 545, Corea de 475, Polonia de 390, Hungría de 383, Irlanda de 338, Italia de 327, Suiza de 317, Austria de 297 y Alemania de 296 partos vía cesárea por cada 1000 neonato, entre los principales países que integran la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (Statista, 2021). Además si nos centramos en América Latina, la cifra de cesáreas en promedio es de 38,9% del total de partos, teniéndose la observación que esta podrá ser mucho mayor debido a que en muchos de los países que conforman este territorio no se tiene una estadística global de esta práctica quirúrgica debido a que existe una subestimación de las cesáreas ejecutadas en el sector privado (OPS, 2020), Por otro lado, en el Perú se calcula en promedio la ejecución de unas 500 cesáreas mensuales en el Instituto Materno Perinatal, principal institución obstétrica a nivel nacional (Huayanay et al, 2022).

En una revisión sistemática ejecutada y publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se hizo hincapié en que tanto en cuenta que las cifras de partos vía cesárea se elevaron incluso en un 10 – 15%, lo cual decrece las muertes de las madres y los neonatos, sin

embargo, con cifras por sobre estos porcentajes, las tasas de cesárea dejan de asociarse a tal beneficio (OMS, 2015). Debiendo recordarse que, la cesárea, cuando se ejecuta sin una indicación médica correcta, se expone a la mujer y a su producto a padecer de complicaciones en la salud en un futuro cercano y lejano, de modo que la ejecución de una segunda o tercera cesárea se halla asociada a un 40% o 60% de probabilidad de mala inserción de placenta, lo que conlleva al inminente riesgo de hemorragia materna (OPS, 2020), entre otras series de complicaciones.

Sin embrago, al querer profundizar en el porqué del incremento de las tasas de cesáreas hallamos que a la actualidad existen múltiples indicaciones como las causas maternas entre las que hallamos a la patología materna, al trabajo de parto estacionario, a la desproporción céfalo – pélvica, entre otros, las causas fetales, como la pérdida del bienestar fetal y los procesos ovulares como el abruptio placenta (FASGO, 2021). Tal es así que durante el 2006 en Latinoamérica las principales indicaciones de cesáreas fueron DCP, distocia o ausencia de progresión en el parto en el 26% de los casos, la vigilancia fetal alterada en el 20% y el parto por cesárea previo en el 16% de la población estudiada (Schanapp, Sepúlveda y Robert, 2014). Así mismo, al querer conocer a que tipo de mujer se le practica más frecuentemente una cesárea se halla resultados como el del estudio realizado en Grecia donde se vio que el 29,2% del total de partos fue a través de la vía abdominal, que la edad materna de las pacientes sometidas a un parto por cesárea era de 29,65 años, que la referencia más frecuente para una cesárea electiva era la cesárea previa y en el caso de una cesárea de emergencia era el sufrimiento fetal (Petousis, Margioula, Masoura, 2012). Mientras que en un estudio nacional se determinó una frecuencia del 8,2% de cesáreas en un hospital de nivel II, donde la indicación más frecuente era el sufrimiento fetal agudo, que en gran medida las mujeres a quienes se le practicó una cesárea tenían entre 18 a 30 años, eran solteras y contaban con secundaria completa (Quesquén, Rodríguez, 2021).

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La cesárea es un procedimiento quirúrgico utilizado médicamente indicado con el fin de prevenir la mortalidad materna y neonatal. Sin embargo, se asocia con riesgos, y debido a que las tasas de realización de las mismas han aumentado, se están haciendo esfuerzos para garantizar que la cesárea se lleve a cabo solo y exclusivamente cuando sea requerida (Rudey, Carmo Leal, & Rego, 2020).

Tal es la problemática que, desde hace muchos años, como en 1985, un grupo de expertos convocados por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) quienes se reunieron en Fortaleza, Brasil para discutir el uso de una tecnología adecuada para el parto, haciendo eco de lo que en ese momento se consideraba un aumento injustificado y notable de las tasas de cesáreas a nivel mundial. Con base en la evidencia disponible en ese momento, los expertos en Fortaleza concluyeron: *"no hay justificación para que ninguna región tenga una tasa de cesáreas superior al 10-15%"*. A lo largo de los años, esta cita se ha vuelto omnipresente en la literatura científica, siendo interpretada como la tasa de cesáreas ideal (Betran, y otros, 2016).

Consecuentemente a nivel cronológico se puede observar como a nivel mundial la tasa de partos por cesárea está incrementándose conforme transcurren los años, hasta convertirse en el responsable del 30% del total de nacimientos actualmente mientras que en los años 60 era responsable de tan solo el 5% de los mismos (Schnapp, Sepùlveda y Robert, 2014). Adicionalmente podemos observar cómo en Estados Unidos para 1996 solo el 14% de partos fueron vía abdominal para las mujeres menores de 20 años mientras que para el 2018 la cifra llegó a alcanzar al 19,8%, en el asunto de las pacientes entre 35 a 39 años el 27% de ellas tuvieron parto por cesárea en 1996 y la cifra incremento a 40,1% para el 2018 mientras que

para el grupo de mujeres que tuvieron entre 40 a 54 años se les practicó una cesárea al 32% de las mismas durante el año 1996 mientras que la cifra llego a ser tal alta como del 50% en el 2013 y de 48% en el 2018 (Statista, 2021). Con respecto al Perú, de acuerdo a ENDES 2016, la prevalencia de partos por cesárea aumentó de 22,9% a 31,6% entre el periodo (2011 - 2016) (Bobadilla Ubillús & León Jiménez, 2017). Así mismo, un estudio descriptivo hecho entre el periodo (2013 – 2017) registró un total de 21819 partos de los cuales el 50,2% (n=10943) fueron cesáreas. La periodicidad de cesáreas para el 2013 fue de 49,4 % (n=2 216), en el 2014 de 48,4 % (n=2 156), en el 2015 de 51,3 % (n=2 213), el 2016 de 52,5 % (n=2 157) además en el 2017, 49,5 % (n=2 201) (Barrena Neyra, Quispesaravia, Ildefonso, Flores Noriega, & León Rabanal, 2020) mientras que investigaciones recientes señalan una incidencia de hasta el 53,21% de ejecución de las mismas del total de partos realizados en un nosocomio nacional (Sandoval, 2019). De igual manera al observar los datos brindados por el Hospital San Juan Bautista de Huaral se describe una tasa de cesárea del 29,78% durante el primer semestre del año 2022, haciendo referencia al alto nivel de ejecución de las mismas en esta institución como a lo largo del Perú y del mundo (Hospital San Juan Bautista, 2022).

Se debe de recalcar también que en un artículo publicado en la revista The Lancet en el 2018 se describe hasta una incidencia de 10 veces más la práctica de una cesárea en países de América Latina y la zona de El Caribe con respecto al resto del planeta, que es hasta 5 veces más frecuente una cesárea en quintiles más ricos que en los más pobres en aquellos países con beneficios económicos bajos o medios, que su incidencia aumenta entre las mujeres más educadas y que puede llegar ser hasta 16 veces más frecuente en el sector privado a comparación del público (Boerma et al, 2018).

Por lo señalado con anterioridad, se debe de detallar que este aumento de este procedimiento quirúrgico puede deberse a una mejor captación de problemas obstétricos que sin intervención de una cesárea podría afectar gravemente al binomio madre – hijo, no

obstante, según Flores también existen ejecución de cesáreas no justificadas que podrían ser explicadas por razones como: 1) Planificación por médicos especialistas para garantizarse un parto rápido y planificación en el centro laboral de manera previa; 2) Solicitud expresa de la parturienta que desea un parto sin dolor. Además, Bobadilla y León agregan un motivo: 3) La necesidad del entrenamiento de médicos residentes. (Bobadilla Ubillús & León Jiménez, 2017)

Por lo expuesto es razonable que en los últimos años haya existido y exista mucho interés en las cesáreas, tanto médicamente como entre las mujeres. Este interés ha sido mayor, y por más tiempo, en países donde la tasa de cesáreas ha aumentado a un ritmo acelerado (Robson, 2001). La preocupación más importante sobre el aumento de la tasa de cesáreas ha sido la creencia de que daría lugar a un aumento de las complicaciones quirúrgicas sin ningún beneficio comprobado ni para la madre ni para el bebé. Es necesaria información precisa y actualizada al respecto (Robson, 2001).

De manera que la meta del presente estudio es señalar las características epidemiológicas del parto por cesárea además de conocer las indicaciones más frecuentes en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el año 2021.

1.2 Formulación del problema

1.2.2. Problema general

1. ¿Cuáles fueron las características epidemiológicas del parto por cesárea en el Hospital San JuanBautista, Huaral, 2021?

1.2.3. Problemas específicos

1. ¿Cuál fue la tasa de cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021?
2. ¿Cuáles fueron las indicaciones más frecuentes del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021?
3. ¿Cuáles fueron las indicaciones maternas del parto por cesárea en el Hospital San Juan

Bautista, Huaral, 2021?

4. ¿Cuáles fueron las indicaciones ovulares del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021?

5. ¿Cuáles fueron las indicaciones fetales del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista,Huaral, 2021?

6. ¿Cuál fue el grupo etario de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021?

7. ¿Cuál fue el grado de instrucción de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021?

8. ¿Cuál fue el lugar procedencia de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021?

9. ¿Cuál fue el estado civil de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021?

10. ¿Cuál fue la paridad de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

1. Determinar las características epidemiológicas del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista Huaral, 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar la tasa de cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral,2021.

2. Determinar las indicaciones del parto por cesárea de mayor frecuencia en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021.

3. Determinar las indicaciones maternas del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021.

4. Determinar las indicaciones ovulares del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021.

5. Determinar las indicaciones fetales del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021.

6. Determinar el grupo etario de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021.

7. Determinar el grado de instrucción de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021.

8. Determinar el lugar de procedencia de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021.

9. Determinar el estado civil de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021.

10. Determinar la paridad de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Conveniencia

La disminución de la tasa global de mortalidad materna es un objetivo de desarrollo sostenible y del milenio, por ende, cualquier factor que pudiera involucrar alguna complicación obstétrica es de especial interés. Además, existen escasos estudios sobre la caracterización de los partos por cesárea en nuestro medio local, lo cual ha hecho imprescindible investigar más al respecto.

1.4.2. Relevancia social

La cifra de cesáreas se ha incrementado en todo el planeta. Solo en Perú representa alrededor del 50% del total de partos, asimismo, esto trae consigo posibles complicaciones maternas y neonatales, además de incrementar los costos del sistema de salud. Por lo que, el

tener un conocimiento amplio sobre sus características epidemiológicas e indicaciones nos ayuda a un manejo adecuado e incremento de esfuerzos en disminuir su incidencia por indicaciones sin motivos médicos correctos.

1.4.3. Implicaciones prácticas

La data obtenida brinda información imprescindible que puede ser usada en la delineación de programas de vigilancia y participación en gestantes a término, que serán sometidas a parto por cesárea.

1.4.4. Valor teórico

Ante la poca presencia de investigaciones en nuestra localidad, es menester conocer las características epidemiológicas e indicaciones de cesárea en nuestra población con el objetivo deproporcionar información en base a estudios locales.

1.4.5. Utilidad metodológica

Luego de recolectar los datos a través de la exploración de historias clínicas durante la ejecución de esta investigación, se ha generado conocimiento válido y confiable.

1.5. Delimitación del estudio

1.5.1. Delimitación espacial

El presente estudio fue ejecutado en el Hospital San Juan Bautista de nivel II - 2 que está localizado en Av. Tacna N.º 120 – urbanización San Juan II Huaral, Perú.

1.5.2. Delimitación temporal

Los datos fueron obtenidos del periodo de enero a diciembre del 2021.

1.5.3. Delimitación temática

La presente investigación abarca el área de ciencia de la salud, la subárea de medicina clínica y la especialidad de gineco – obstetricia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Gedefaw, et al (2020) quienes realizaron el proyecto titulado “Prevalence, indications, and outcomes of caesarean section deliveries in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis” con el objetivo de evaluar la prevalencia, indicaciones y las conclusiones de las cesáreas en Etiopía. Fue un metaanálisis que incluía 23 estudios transversales y donde se estudió 36 705 casos. La prevalencia global agrupada de cesáreas fue del 29,55 % (IC del 95 %: 25,46-33,65). La cesárea se asoció con dificultades posteriores tanto maternas como neonatales. La incompatibilidad cefalopélviana [28,13 % (IC95 %: 12,72-23,53] fue la instrucción más común de cesárea, seguida por un modelo de ritmo cardíaco del feto poco reconfortante [19,57 % (IC 95 %: 16,06-23,08]. Las complicaciones neonatales comunes después de una cesárea incluyeron puntuación APGAR baja, asfixia perinatal,sepsis neonatal, síndrome de aspiración de meconio, muerte neonatal temprana, muerte fetal y prematuridad, mientras que la morbilidad febril, la infección del sitio quirúrgico, la mortalidad materna, la anemia grave y la hemorragia posparto fueron las complicaciones maternas más comunes después de la cesárea. Concluyeron que *“la tasa de cesáreas fue alta, la desproporción cefalopélvica, la puntuación de Apgar baja y la morbilidad febril fueron las indicaciones más comunes de cesárea, de resultado neonatal y de la morbilidad materna después de la cesárea, respectivamente”.* (Gedefaw et al, 2020)

Rudey, Carmo, y Rego (2020) realizaron el estudio titulado “Cesarean section rates in Brasil” con la finalidad de hallar, informar y analizar la tasa de cesáreas en Brasil. Fue un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal que evaluó a 1´1774,665 nacidos vivos dentro del periodo del 2014 al 2017, recolectándose los datos del Sistema de Información de

Nacidos Vivos de Brasil (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos). Hallándose que la mayoría de los partos fue por cesárea (55,8%), así como encontraron que el grupo Robson (RG) 1 a 4 representó el 60,2% de los nacidos vivos y el 47,1% de todas las cesáreas. RG5 fue mayor que todos los demás grupos y aportó a la mayor tasa global de partos por cesárea (31,3%), además de ser el grupo que presentó el mayor crecimiento. Concluyeron que "*en Brasil, incluso los embarazos que presentan condicionesfavorables para el parto vaginal tienen altas tasas de cesáreas. En la población general, los estados y ciudades con un índice de desarrollo humano (IDH) alto tenían un porcentaje más alto de partospor cesárea que aquellos con un IDH bajo".* (Rudey, Carmo y Rego, 2020)

Netto et al (2020) publicaron el estudio "Incidencia y características de los partos por cesárea en un Hospital Público de Paraguay" con la finalidad de identificar la incidencia de partos vaginales y cesáreas de mujeres atendidas en el hospital Pedro Juan Caballero, además de determinar las indicaciones más frecuentes para la realización de estas. Fue un estudio documental, descriptivo y retrospectivo que evaluó a las gestantes desde los 14 años durante el lapso de junio del 2018 a junio del 2019. Se encontró que, de los 2087 partos realizados durante el lapso de estudio, el 36,46% (761) fueron cesáreas, no obstante, solo se estudiaron 200 casos, de los cuales se determinó que el 24,0% tenía entre 24 a 27 años, el 21,5% entre 28 a 32, el 19,0% entre 19 a 23, el 14,0% más de 37, el 11,0% entre 33 a 37 y el 10,5% entre 14 a 18 años. En cuanto a las indicaciones más frecuentes para la ejecución de la intervención quirúrgica se señalaron a la cesárea anterior en el 16,5%, a la preeclampsia en el 11,0%, al desprendimiento prematuro de placenta en el 10,5%, la bradicardia fetal en el 10,0%, la presentación podálica en el 8,5&, la macrosomía fetal en el 7,5%, a la alteración del bienestar fetal en el 6,5%, al embarazo gemelar en el 6,0%, la presencia de líquido meconial en el 5%, la taquicardia fetal en el 4,5%, el oligoamnios en el 4,5%, el embarazo postérmino en el 2,5%, la placenta previa en el 1,5%, la restricción del crecimiento intrauterino en el 1,5%,

entre otros. Finalmente concluyeron que *"el índice de indicación de cesárea fue superior a lo recomendado por la OMS".* (Netto et al, 2020)

Yamamoto et al (2019) elaboraron el estudio que se tituló "Cesarean rates in a Chilean public hospital and the use of a new prioritization criteria: The relevance index" con el objetivo de reportar nueva información que utilizó el sistema de Robson y el desarrollo de la tasa de cesáreas locales en un centro hospitalario estatal de Chile en un lapso de 9 años. Fue un estudio retrospectivo, correlacional y trasversal, donde se halló que la tasa total de cesáreas se elevó del 24 al 27 % ($p < 0,05$) en 53 571, con una mayor elevación en los grupos de Robson 1, 3 y 4.A pesar de que no hubo aumento en el grupo 5, esta agrupación tuvo el índice de relevancia más superior (20,3), lo que delimito la prioridad para la participación sobre los demás. Concluyeron que *"la tasa de cesáreas fue inferior a la reportada en otros centros de Chile y Latinoamérica. La clasificaciónde Robson y el índice de relevancia permitieron la priorización. Aunque aumentó en los grupos 1, 3 y 4, el grupo 5 necesita atención debido a su mayor impacto en la tasa general de cesáreas".* (Yamamoto et al, 2019)

Rafiei et al (2018) realizaron el estudio titulado "Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis" fue un estudio sistemático tipo metaanálisis donde de revisaron 41 artículos presentados entre los años 1999 y 2016 que abordaron el tema, con un total de 197514 gestantes estudiadas. Los resultados hallaron que la edad media de lo estudiado fue de 26,72 años, la prevalencia de cesáreas en Irán se estimó en un 48%. Las principales razones la prevalencia de cesárea en este estudio fueron la educación superior de las pacientes gestantes, los partos por cesárea previos y la sugerencia del especialista. La complicación más frecuente en mujeres sometidas a cesárea fue el dolor muscular, y la complicación fetal más frecuente en recién nacidospor cesárea fue la taquipnea transitoria. Concluyeron que *"la prevalencia de la cesárea en Irán es mucho más alta de lo que recomienda la OMS".* (Rafiei et al, 2018)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Quezada et al (2022) realizaron el estudio titulado “Flat trend of high caesarean section rates in Peru: A pooled analysis of 3,376,062 births from the national birth registry, 2012 to 2020” con la finalidad de realizar una descripción las tasas de cesárea a nivel nacional y subnacional en Perú (2012-2020). Fue un estudio ecológico, descriptivo y transversal que empleó la base de datos del registro nacional de nacimientos de Perú, cuantificando las tasas de cesáreas a nivel nacional, regional y provincial; también, por regiones naturales (Costa, Sierra y Amazonía). Usando datos a nivel individual de la madre, estratificaron las tasas de cesárea por nivel educativo, seguro médico y proveedor. Así como, estudiaron las correlaciones entre las tasas de cesárea y el índice de desarrollo humano (IDH), la altitud sobre el nivel del mar, la proporción de los habitantes que viven sumergidos empobrecidos y la proporción de la población rural. Encontraron que la tasa de cesáreas en Perú disminuyó levemente del 2012 (39,7%) al 2020 (38,0%). Se observó una brecha cada vez mayor en las cifras de cesáreas conforme fueron avanzando los años de estudio entre la Costa que mostró tasas más altas y las otras regiones naturales que mostraron tasas más bajas. Las tasas en la mayoría de las 25 regiones mostraron una tendencia plana, particularmente en los últimos cuatro años y algunas provincias mostraron una tasa muy baja. Las tasas fueron más altas en las madres con educación superior y en los usuarios de seguros de salud privados. Un IDH más alto, los establecimientos desalud ubicados a menor altitud, la pobreza más baja y la urbanización se correlacionaron positivamente con tasas más altas de cesáreas. Concluyeron que *“la tasa de cesáreas en el Perú estápor encima de las recomendaciones internacionales, se encontraron grandes diferencias por regiónnatural, provincias y nivel socioeconómico de las mujeres y se necesitan más esfuerzos para lograrlas tasas de cesáreas recomendadas”.* (Quezada et al, 2022)

Pastor (2022) ejecutó la investigación “Caracterización epidemiológica y clínica de las

pacientes con operación cesárea atendidas en el Hospital Las Mercedes Chiclayo, 2019" con el objetivo de establecer las características antes señaladas en un centro hospitalario del norte del Perú. Fue un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y trasversal que se realizó con una población de 1536 gestantes a las cuales se les realizó cesárea, así mismo, para su ejecución se hizo revisión de historias clínicas del hospital antes mencionado y se usó una ficha de recolección de datos, producida por su autor. Hallándose que, de los 3173 partos ocurridos durante el año 2019, el 48,41 % (1536) fueron vía abdominal, dentro de este grupo el 30,14% fueron mujeres que tenían una edad de entre (24 – 29) años, el 29,17% tenían entre (18 – 23) años, el 19,92% tenían entre (30 – 35) años, el 12,76% tenían más de 35 años y el 8,01% tenía menos o igual a 17 años, así mismo, el 27,21% poseía un grado de instrucción de secundaria completa, el 20,51% secundaria incompleta, el 15,23% primaria completa, el 15,17% superior no universitario completo, el 11,59% superior no universitario incompleto y el 10,29% primaria incompleta. En cuanto a la zona de procedencia se vio que el 50,72% procedía de una zona urbano – marginal, el 34,44% de una zona urbana y el 14,84% de una zona rural, mientras tanto, el 60,55% era conviviente, el 23,96% era casada y el 15,49% era soltera, adicionalmente al evaluar su ocupación se detalló que el 47,27% era estudiante, el 32,10% ama de casa y el 20,64% empleada. En cuanto a la edad gestacional, el 82,03% de las intervenidas poseían más de 37 semanas de edad gestacional, el 9,31% entre 33 a 36 semanas, el 5,66% entre 28 a 32 y el 2,99% menos de 27 semanas de edad gestacional, consecutivamente el 62,50% era primípara, el 33,53% multípara y el 3,97% gran multípara mientras que un 39,78% de las gestantes en las que fue practicada la cesárea poseían una atención prenatal no completa. Así mismo, las principales causas para llevar a cabo la intervención quirúrgica fueron la prematuridad en el 36% de los casos, la cesárea anterior en el 33,01%, el sufrimiento fetal en el 15,10%, la presentación podálica en el 9,70%, el oligohidramnios en el 7,16% y el abruptio placentae en el 1,17% de los casos. Concluyéndose

que *"las cesáreas fueron ejecutadas en el 48,41% del total de partos en el periodo y hospital establecido, las gestantes entre 24 a 29 años, con secundaria completa, de procedencia urbano – marginal, conviviente y estudiante fueron en las que con mayor frecuencia se practicó tal procedimiento".* (Pastor, 2022)

Quesquén y Rodríguez (2021) realizaron el estudio "Características epidemiológicas del parto por cesárea en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. 2018" con la finalidad de hallar las características nombradas en un hospital del MINSA. Se trató de un estudio retrospectivo, descriptivo y trasversal que contó con la participación de 177 casos, utilizándose para su ejecución una ficha para la recolección de datos de las historias clínicas para su posterior análisis en Microsoft Excel versión 2016. Dentro del estudio se encontró que, de los 2158 partos realizados en el periodo de investigación, el 8,2% (177) fueron a través de un tipo de parto abdominal, el 66,7% de las mujeres a las que se le practicó la cesárea tenía entre 18 a 30 años, el 23,7% más de 30 años y el 9,6% menos de 18 años, el 85,9% procedía de una zona urbana y el 14,1% de zona rural, el 58,8% eran solteras, el 26% eran convivientes, el 14,7% eran casadas y el 0,5% eran viudas, por su parte al evaluar el nivel de educación, se determinó que un 39% termino su secundaría, el 27,7% secundaria incompleta, el 21% educación superior, el 7,3% tenía primaria completa, el 4,5% primaria incompleta y el 0,5% era analfabeta. El 80,8% tenía entre 37 a 41 semanas de edad gestacional, el 9,6% menos de 37 semanas y otro 9,6% más de 41 semanas de edad gestacional, el 89,3% no tenía antecedente de cesárea anterior mientras que el 10,7% sí lo poseía, el 37,8% tenía menos o igual a 5 controles prenatales, el 35,1% entre 6 a 8 controles y el 27,1% más o igual a 9 controles prenatales, el 59,3% no tenía alguna gestación previa, el 30,5% entre 1 a 2 gestaciones previas, el 7,4% entre 3 a 4 y el 2,8% más de 5 gestaciones previas, mientras que las indicaciones más frecuentes para la indicación del procedimiento quirúrgico fueron el sufrimiento fetal en el 34,5% de los casos, la incompatibilidad céfalo

pélviana en el 24,3%, la labor de parto disfuncional con el 18,0%, el trastorno hipertensivo del embarazo en el 6,8%, la placenta previa en el 4,5%, el parto por feto en podálico en el 4,0%, la cesárea anterior en el 1,7%, el desprendimiento prematuro de placenta en el 1,1% y el prolapso de cordón en el 1,1% de los casos, entre las principales causas. Finalmente concluyeron que, *"la frecuencia de la cesárea fue del 8,2% del total de partos realizados durante el 2018, lo cual demuestra que dentro de este hospital los niveles de ejecución de cesárea se encuentran dentro de lo recomendado por la OMS".* (Quesquén y Rodríguez, 2021)

Hernández, Chacón y Bendezu (2020) realizaron la investigación titulada "Differences in the prevalence of cesarean section and associated factors inprivate and public healthcare systems in Peru" con el fin de evaluar la prevalencia y los determinantes de las tasas de cesáreas en establecimientos de salud públicos y privados del Perú. Fue un estudio analítico y trasversal donde se evaluaron 52215 gestantes entre 15 y 49 años de la base de información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del Perú (ENDES) de 2015 a 2017. Hallándose que la prevalencia de partos por cesárea fue de 73,0% (IC 95%: 71,1-74,9) y 30,3% (IC 95%: 29,6-31,0) en establecimientos de salud privados y públicos, respectivamente. En los establecimientos privados, vivir en zona urbana, tener mayor nivel educativo, estar en el grupo de etario comprendido entre (35 – 49) años y tener embarazos múltiples aumentó la probabilidad de cesárea. En los establecimientos de salud públicos, vivir en un área urbana, tener un quintil de mayor riqueza, mayor nivel educativo, mayor edad materna, orden de nacimiento, tamaño y sexo del recién nacido, tipo de embarazo, idioma y talla materna fueron factores asociados con la cesárea. Concluyeron que *"la prevalencia de cesárea encontrada en el presente estudio estuvo por encima del valor recomendado por la OMS (10%) tanto para establecimientos públicos como privados. Es necesario enfrentar el aumento indiscriminado en eluso de cesáreas, desarrollando estrategias de acuerdo al tipo*

de establecimiento de salud". (Hernández, Chacón y Bendezu, 2020)

Barrena, Quispesaravia, Flores y León (2020) realizaron el estudio "Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un Hospital Público de Lima en el periodo enero 2013 – diciembre 2017" con el fin de precisar la periodicidad del parto vía abdominal, así como las señales más prevalentes en un hospital en la capital del Perú. Fue un estudio descriptico, tipo serie de casos y retrospectivo. Hallándose que, de los 21810 partos dados durante el periodo de estudio, el 50,2% (10943) fueron a través de la vía abdominal, las pacientes sometidas a una cesárea tuvieron como mínimo 12 años y como máximo 53 años con una media de 26,9 años y una mediana de 26, a su vez, al evaluar la edad a través de grupos etarios se demostró que el 69.8% de los casos tenían entre 20 a 34 años, el 14,2% tenía menos o igual a 19 y el 16% tenía más o igual de 35 años, el grado de instrucción más prevalente dentro del estudio fue el de nivel secundario representando el 69% de la totalidad de casos, seguido del superior tipo no universitario en el 12,8%, de superior tipo universitario en el 8,9%, de primaria en el 8,2% y del analfabetismo en el 1,1% de los casos, mientras que al estudiar el estado civil se halló que el 71,3% de los casos eran convivientes, solteras en el 17,6% y casadas en el 10,4% entre los principales. En cuanto a la paridad, el 35,3% de las pacientes en las que se le practicó la cesárea era nulípara, el 32,55 era multípara, el 31,5% primípara y el 0,7% gran multípara, mientras que entre las primeras causas de indicaciones para la ejecución de la misma fueron cesárea anterior en el 25,3%, desproporción céfalo pélvica en el 19,8%, 2 o más cesáreas anteriores en el 10,5%, distocia de presentación en el 10,3% y distrés fetal en el 7% de los casos. No obstante, al evaluar las causas fundamentales maternas para la indicación de la cesárea fueron una cesárea anterior en el 25,3% de los casos, la desproporción céfalo pélvica en el 19,8%, dos o más cesáreas anteriores en el 10,5%, DHE en el 10,5% de los casos, VIH positivo en el 1,7%, inducción fallida en el 1,1% de los casos, entre otros, mientras que dentro de las principales causas fetales se encontraron a la distocia de

presentación en el 10,3% de los casos, al distrés fetal en el 7%, en el embarazo múltiple en el 1,3%, a la prematuridad en el 0,5%, a la restricción del crecimiento fetal en el 0,5%, entre otros y al evaluar las causas ovulares se determinó que las causas más frecuentes fueron la insuficiencia útero placentaria en el 5,2%, el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en el 1,9%, la corioamnionitis en el 1,5%, la distocia funicular en el 1,2%, el oligohidramnios en el 0,9%, el procúbito de cordón en el 0,3%, entre los principales. Finalmente concluyeron que *"en el Hospital Cayetano Heredia durante el periodo establecido, se sobrepasó la tasa de cesárea que recomienda la OMS"*. (Barrena, Quispesaravia, Flores y León, 2020)

Cadillo (2019) ejecutó la investigación "Características epidemiológicas e indicaciones del parto por cesárea de mayor frecuencia en el Hospital Barranca Cajatambo 2016 - 2017" con el fin de hallar la cifra de partos por cesárea dentro del centro hospitalario mencionado. Se trató de un estudio cualitativo, descriptivo, observacional y trasversal que uso una ficha para la recolección de datos de las variables a investigar, mientras que el análisis estadístico fue realizado en Microsoft Excel 2016 y el programa estadístico SPSS v. 25. Los resultados arrojaron que, de los 1789 partos asistidos durante el periodo de estudio, el 41,36% y el 39,94% de los años 2016 y 2017 respectivamente, fueron cesáreas. La edad media de las pacientes que se sometieron a este procedimiento quirúrgico fue de 27,05 años con una edad mínima de 11 y una edad máxima de 45 años, el 64,9% procedía de una zona urbana y el 35,1% de una zona rural, el 70,8% de las cesáreas fueron realizadas por emergencia y el 29,2% fueron cesáreas programadas. Al evaluar los motivos de indicación de la misma, se transmitió que el 32,2% de los casos fue por una cesárea previa, el 14,9$ por distocia, el 12,1% por emergencia, el 12,0% por sufrimiento fetal agudo, entre los principales. Así mismo, el 68,0% de los casos era multigesta mientras que el 32,0% era primigesta, el 93,0% se encontraba a término, el 6,9% pre término y el 0,1% post término. Por último, se

determinó que *"la tasa de cesárea anual se encuentra en un nivel superior a lo señalado como óptimo por la OMS"* (Cadillo, 2019)

Chávez (2019) llevó a cabo la investigación "Clasificación de las cesáreas según el modelo de Robson en el Hospital Regional de Huacho - 2018" con el fin de ordenar de acuerdo al patrón antes señalado aquellas cesáreas ejecutadas en un hospital nivel II – 2. Se trató de un estudio tipo retrospectivo, descriptivo y trasversal que abarco un muestreo probabilístico que incluyó 287 casos. Se halló que, en todo el 2018 sucedieron 3053 partos de los cuales 1158 (37,92%) fueron por cesárea, de este último grupo el 65,2% eran nulíparas, el 34,8% multíparas, el 43,6% tenía antecedente de cesárea mientras que el 56,4% no. Así mismo, según el grupo Robson la cifra de cesáreas en el primer grupo fue del 13,9%, en el segundo grupo del 16%, en el tercer grupo del 4,2%, en el cuarto grupo del 9,8%, el quinto grupo de 39,7%, el sexto grupo de 2,4%, el séptimo grupo de 2,8%, el octavo grupo de 2,1%, el noveno grupo de 1,4% y el último grupo de 7,7%. Teniendo como conclusión que *"el modelo de Robson es útil, sencillo y permite clasificar a las mujeres sometidas a cesárea".* (Chávez, 2019)

Morales (2017) realizó la investigación "Características de las cesáreas en el Hospital Vitarte en el año 2015" con la finalidad de distinguir las características presentes en aquellas pacientes en estado de gestación que se sometieron a cesárea en un centro hospitalario nivel II del territorio nacional. Fue un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que encontró que se produjeron 3608 partos durante el 2015, de estos, el 32,6 % fueron por cesárea. Las principales características fueron: edad promedio de 27; nivel de educación secundaria (94,2%); convivencia (51,1%); procedencia de Ate-Vitarte (61,7%); 4-6 controles prenatales (45,3%); tipo de indicación de cesárea urgente (65,5%); indicación de cesárea una cesárea previa (24,9%); APGAR 9,9 (60,8%); peso del recién nacido de 2500 a 3999 g (80,6%). Concluyó que *"la tasa de cesáreas es alta en comparación con los estándares de*

MINSA". (Morales, 2017)

Regalado y Trujillo (2017) hicieron la investigación "Factores asociados a la realización de cesárea en el Hospital Regional de Huacho Huaura Oyón 2016" con la finalidad de hallar las causas que se asocian al hecho de ejecutar una cesárea en un centro hospitalario dentro de Lima provincias. Fue un estudio retrospectivo, correlacional y trasversal que incluyó una muestra de 324 casos, usándose el programa estadístico SPSS v 24.0 y la prueba estadística de chi cuadrado para el análisis y procesamiento de los datos. Hallaron que el 72,95 de los casos tenía entre 20 a 35 años, el 15,4% teñían más de 35 años y el 11,7% menos de 19 con y una edad promedio de 20 años en el total de los casos, el 60,2% contaban con secundaria, el 29,0% con estudios superiores y el 10,8% con primaria, el 67,3% procedía de una zona rural, el 32,7% de una zona marginal, el 69,1% eran personas que convivían, el 16% fueron solteras, mientras que el 14,8% estaban casadas. Así mismo, el 13% de las gestantes en las que se le practicó cesárea tenían asimetría céfalo pelviana, el 8% labor de parto no funcional, el 8% enfermedad antihipertensiva, el 3,7% obesidad, el 14,5% tenía antecedente de cesárea, el 6,2% periodo intergenésico corto, el 3,1% presentó sufrimiento fetal, el 12% de los fetos era macrosómico, el 13,9% presentaba distocia de presentación, el 8% oligohidramnios severo, entre los principales a citar. Además, se determinó que un parto por cesárea previo, la asimetría céfalo pelviana, la labor de parto no funcional, la obesidad de la gestante y el distrés fetal de tipo agudo son factores incidentes para la ejecución de una cesárea. Concluyéndose *"existen factores sociodemográficos, fetales y maternos que se relacionan a la ejecución de una cesárea".* (Regalado y Trujillo, 2017)

2.2. Bases teóricas

Parto por cesárea

Definición

La cesárea es la técnica de parto operatorio más común en el mundo. La cesárea es la salida del feto, la membrana y la placenta por medio de una incisión a nivel del abdomen y del útero. (Lyell, y otros, 2016)

Incidencia

La tasa de cesáreas es diferente entre países, incluso entre áreas urbanas y rurales, debido a diferentes niveles socioeconómicos y oportunidades para permitir el acceso a servicios de atención en centros de salud públicos y privados. (Strom, 2013) Según el informe del *American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG)*, el parto por cesárea aumentó significativamente la vulnerabilidad de la mujer al riesgo de morbilidad y mortalidad relacionadas con el embarazo (35,9 muertes por cada100 000 partos vivos) en comparación con una mujer que tiene un parto vaginal (9,2 muertes por cada 100 000 nacidos vivos). (Rayburn & Strunk, 2013)

La tasa de cesáreas en el Perú estápor encima de las recomendaciones internacionales, según el estudio *Flat trend of high caesarean section rates in Peru: A pooled analysis of 3,376,062 births from the national birth registry, 2012 to 2020* ,en el que encontraron grandes diferencias por regiónnatural, provincias y nivel socioeconómico de las mujeres y se necesitan más esfuerzos para lograrlas tasas de cesáreas recomendadas. (Quezada et al, 2022)

Tipos

Según la situación de la gestante, puede ser *electiva*, cuando se programa en un momento determinado; y de *emergencia* cuando se realiza en un contexto que ponga en peligro la existencia de la gestante y el feto.

Según los precedentes de tipo obstétricos de la gestante; puede ser de tipo *primaria*, si se trata de la primera vez que va a ser sometida a parto por cesárea; o *iterativa* cuando ya tiene un parto por cesárea anterior.

De acuerdo al tipo de incisión, se divide en *clásica* cuando se realiza de forma vertical el cuerpo del útero; *Beck (segmento corporal)* cuando se realiza de forma vertical encima del segmento del útero; y lade *Kerr (transversal)*, cuando se realiza de forma transversal y es la más usada por sus ventajas tales como, menor sangrado, cierre fácil, y menor dehiscencia. (Navarro Ramos, 2020)

Clasificación

El aumento de las cifras de cesáreas es tema de preocupación constante en salud pública internacional, ya que aumenta la morbilidad materna relacionada con la cesárea. (Marshall, Fu, & Guise, 2011) De ahí surgió la necesidad de estandarizar la clasificación de la cesárea a través de los criterios deRobson dentro de los establecimientos de salud como lo propuso MS Robson en el año 2001. (Robson M., 2001)

En 2011, la OMS hizo una verificación sistemática de todas las 26 clasificaciones de partos por cesárea (Torloni, y otros, 2011) y concluyó que la clasificación de Robson (el Sistema de clasificación de 10 grupos era el sistema más apropiado para satisfacer las necesidades locales y requisitos internacionales. El sistema fue considerado como el mejor punto de partida común para un análisis más detallado. (Robson M. S., 2015)

Tabla Nº 1. Sistema de clasificación de Robson para las cesáreas	
Grupo 1	Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontaneo.
Grupo 2	Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.
Grupo 3	Multíparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontaneo.
Grupo 4	Multíparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o comparto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.
Grupo 5	Multíparas con al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación.
Grupo 6	Nulípara con embarazo único en presentación podálica.
Grupo 7	Multíparas con embarazo único en presentación podálica incluida las mujeres con cicatrices uterinas previas.
Grupo 8	Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.
Grupo 9	Mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.
Grupo 10	Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.
Fuente: FIGO Working Group On Challenge In Care Of Mother And Infants During Labour And Delivery, F. (2016). Best practice advice on the 10 – group clasification system for cesarean deliveries . Int J Gynaecol Obstet 135 (2), 232 – 233. Doi : 10.1016/j.ijgo.2016.08.001	

El sistema de clasificación de Robson es un sistema de clasificación prospectivo simple basadoen la división de todas las mujeres embarazadas en diferentes grupos sobre la base de parámetrosdentro de cuatro conceptos obstétricos: antecedentes obstétricos previos (nulíparas

o multíparas con o sin cicatriz de cesárea previa), inicio del parto (parto indeliberado, labor de parto mediante inducción o cesárea previa a la labor de parto), la categoría del embarazo en el momento del parto (cefálica única, de nalgas única, transversa u oblicua única o embarazo múltiple) y la duración del embarazoen el momento del parto (≥ 37 semanas versus ≤36 semanas). (FIGO Working Group On Challenges In Care Of Mothers And Infants During Labour And Delivery, 2016).

Los parámetros dentro de los conceptos obstétricos son todos mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos. Son simples, clínicamente relevantes para todos los médicos y sólidos en elsentido de que no cambiarán con el tiempo. Se pueden utilizar en todo el mundo y no dependen demedidas sofisticadas por lo que hasta las propias mujeres podrán saber a qué grupo pertenecen. Eldesarrollo de 10 categorías pretendía proporcionar un número razonable de grupos clínicamente relevantes como punto de partida común para el análisis y la comparación. Se recomienda la subdivisión y la fusión de grupos cuando esté clínicamente indicado para analizar eventos y resultados particulares o grupos de mujeres (FIGO Working Group On Challenges In Care Of Mothers And Infants During Labour And Delivery, 2016).

Según la OMS, la clasificación de Robson ayudará a optimizar el empleo de los partos por cesárea, la evaluación de las estrategias dirigidas a disminuir la tasa de cesáreas y así mejorar las prácticas clínicas y la calidad de atención en los diversos establecimientos de salud (Kant & Mendiratta, 2018).

Tabla Nª2 Variables utilizadas en la clasificación de Robson para las cesáreas	
Paridad	número de partos previos al ingresar para el parto. No se tendrán en cuenta el número de abortos previos. - Nulípara: ningún parto previo - Multípara: como mínimo un parto previo. Nacimiento por cualquier vía con un peso mayor a ≥ 500g o ≥ 22 semanas.
Edad gestacional	Numero de semanas de gestación cumplidas al momento del parto. - A término: 37 semanas o más. - Pretérmino: menor a 37 semanas.
Presentación situación	Polo fetal que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis. Relación entre el eje longitudinal fetal y materno. - Presentación cefálica: la cabeza fetal es polo que se ofrece al estrecho superior de la pelvis. - Presentación pelviana: las nalgas o bien ambos pies son las partes fetales que se presentan al estrecho superior de la pelvis. - Situación transversa u oblicua: el eje longitudinal del feto es perpendicular u oblicuo al eje longitudinal de la madre.
Cesárea previa	Numero de cesáreas previas al ingresar por el parto. Otros tipos de cicatrices uterinas (por ejemplo, miomectomía) no deben tenerse en cuenta y no se consideran una cesárea previa al clasificar a las mujeres. - Ninguna: todos los partos anteriores fueron vaginales o no ha tenido ningún parto. - Una o más: como mínimo un parto previo por cesárea, pero puede haber habido, además, uno o varios partos vaginales.
Inicio de trabajo de parto	Forma en la que se ha iniciado el trabajo de parto independientemente de lo que se hubiera planificado inicialmente. - Espontáneo: no hubo intervención médica para desencadenar el inicio de las contracciones uterinas. Las mujeres nulíparas o multíparas con cesárea programada que llegan en trabajo de parto espontaneo forman parte de este grupo. Este grupo también incluye a las mujeres a las que se ha administrado oxitocina o se ha practicado una amniotomía para potenciar el trabajo de parto. - Inducido: cuando no hay trabajo de parto y el mismo se ha inducido con alguna intervención farmacológica. - Sin trabajo de parto: la mujer no estaba en trabajo de parto cuando ingreso para el parto, y se tomó la decisión de practicar una cesárea.
Multiplicidad de la gestación	Numero de fetos (vivos o muertos) al ingresar para el parto. - Embarazo único: un solo feto. - Embarazo múltiple: dos o más fetos
Fuente: FIGO Working Group On Challenges In Care Of Mothers And Infants During Labour And Delivery, F. (2016). Best practice advice on the 10-Group Classification System for cesarean deliveries. Int J Gynaecol Obstet, 135(2),232-233.doi:10.1016/j.ijgo.2016.08.001	

Indicaciones

Las guías clínicas tienen indicaciones claras para la cesárea y están dirigidas a prevenir complicaciones perinatales que afectan a las gestantes y a los neonatos. Realizar la cesárea, cuando no está claramente indicada, no ha mostrado beneficios y se ha asociado con complicaciones maternas e infantiles y puede incurrir en gastos de salud innecesarios. La tasa decesáreas ha aumentado progresivamente en todo el mundo y las tendencias sugieren que aumentaráen la década actual. (Lumbiganon, y otros, 2010)

La elección de ejecutar la cesárea está basada de manera primordial en el asunto de qué es lo más conveniente o salvaguardar la vida de la gestante y el neonato. Por lo tanto, las prescripciones para alumbrar mediante cesárea se pueden dividir en absolutas y relativas. La cesárea a voluntad, hecha exclusivamente por pedido expreso de la gestante, sin tener indicación del asistente, es considerada como indicación por separada. Las indicaciones absolutas son responsables de menos del 10 % de todos los partos por cesárea. La mayoría de los partos por cesárea son hechas por indicaciones relativas. La decisión a menudo se toma sobrela base de una evaluación de riesgos, después de una extensa discusión con las obstetrices y los médicos involucrados, junto con la madre embarazada y su familia. (Mylonas y Friese, 2015).

Tabla Nº 3 Indicaciones Absolutas para cesárea	
Desproporción cefalopélvica absoluta	Pelvis materna pequeña, lo que imposibilita el parto vaginal.
Corioamnionitis (Síndrome de infección amniótica)	Infección de la placenta y posiblemente del feto que requiere parto inmediato.
Deformidad pélvica materna	Malformación anatómica lo que imposibilita el parto vaginal.
Eclampsia y Síndrome de HELLP	Complicaciones del embarazo que ponen en peligro la vida y por lo general conducen a un parto por cesárea.
Asfixia fetal o acidosis fetal	Situaciones que ponen en peligro la vida del feto que pueden provocar hipoxia fetal
Prolapso del cordón umbilical	Prolapso del cordón umbilical entre la cabeza del feto y la abertura vaginal, lo que puede conducir a la asfixia fetal
Placenta previa	Posición placentaria anómala impidiendo el parto vaginal
Situación y presentación anormal	Anomalía de la posición fetal que imposibilita el parto vaginal.
Rotura uterina	Situación aguda que amenaza la vida tanto de la madre como del feto, requiriendo parto inmediato por cesárea
Fuente : Mylonas, I, &Friese, K. (2015). Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. Dtsch Arztebl Int, 112(29), 489-495.doi: 10.3238/arztebl.2015.0489	

Tabla Nº 4. Indicaciones relativas para cesárea	
Patológica (CTG)	Puede proporcionar una indicación de hipoxia aguda o asfixia fetal. Si ocurre acidosis fetal, el parto debe completarse ya sea como un parto instrumentado (succión y/o fórceps) o por cesárea
Falta de progreso en el trabajo de parto (trabajo de parto prolongado)	El parto retrasado o la interrupción del trabajo de parto puede resultar en un resultado adverso para el feto o el recién nacido.
Cesárea previa	Se asume ampliamente que haber tenido una cesárea hace que sea difícil tener un parto vaginal en embarazos posteriores
Fuente: Mylonas, I, & Friese, K. (2015). Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. Dtsch Arztebl Int, 112(29), 489-495.doi: 10.3238/arztebl.2015.0489	

Las pautas también pueden dividirse en indicaciones maternas (66,2%), siendo la primordial el precedente de parto por cesárea que tuvo un 25,3%; por indicaciones fetales, siendo el principal la distocia de presentación (10,3%) y las indicaciones ovulares. (Barrena N. et al 2020)

Tabla Nº 5. Indicaciones para cesárea

Maternas (66.2%)	**Fetales (20%)**	**Ovulares (13.8%)**
Una cesárea anterior (25,3%)	Distocia de presentación (10,3%)	Insuficiencia útero placentaria (5,2%)
Desproporción céfalo pélvica (19,8%)	Distrés Fetal (7%)	Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (1,9%)
Dos o más cesáreas anteriores (10,5%)	Embarazo Múltiple (1,3%)	Corioamnionitis (1,5%)
Trastornos Hipertensivos (55)	Prematuridad (0,5%)	Distocia funicular (1,2%)
VIH Positivo (1,7%)	Restricción del crecimiento fetal (0,5%)	Placenta previa (1,1%)
Patología Materna (1,1%)	Malformaciones Fetales (0,3%)	Oligohidramnios (0,9%)
Inducción fallida (1,1%)	Otros (0,1%)	Procúbito de cordón (0,3%)
Condilomatosis (0,9%)		Anhidramnios (0,1%)
Miomatosis Uterina (0,2%)		Polihidramnios (0,05%)
Otros (0,6%)		Acretismo Placentario (0,04%)
		Otros (0,8%)

Fuente: Barrena Neyra, M, Quispesaravia Ildefonso, P, Flores Noriega, M, & León Rabanal, C. (2020) Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Rev Perú Ginecol Obstet, 66(2), 1-6. Doi:10.31403/rpgo.v66i2246

Cesárea por solicitud materna

Un documento del *American College of Gynecologists and Obstetricians* en 2013 publicó lineamientos para la cesárea por solicitud, la cual solo se realiza después de la semana 39 del periodo gestacional, nunca realizándose por la ausencia de mecanismos efectivos para el control del dolor,y debe evitarse en mujeres que manifiestan un deseo de descendencia numerosa. La revisión mostró que, comparándolo con el parto natural, el parto por cesárea a solicitud mostró una mayor duraciónde la estancia hospitalaria materna, una mayor probabilidad de problemas respiratorios neonatales(un problema que solo se observa hasta las 39 semanas, con una mejora sustancial a las 40 semanaso más), y un mayor riesgo de complicaciones como histerectomías y acretismo placentario en embarazos posteriores. Por otro lado, la cesárea electiva mostró menor tasa de transfusiones, sangrado, menos complicaciones quirúrgicas (el parto vaginal puede requerir el uso de fórceps o cesárea de emergencia), y menor probabilidad de incontinencia urinaria en el primer año pospartoy lesiones del plexo braquial fetal. Finalmente, y dado el nivel de conocimiento actual, no se puedecertificar la superioridad de una vía de parto sobre otra en cuanto a dolor posparto, dolor pélvico,depresión posparto, fístulas y mortalidad materna. (Câmara, y otros, 2016)

El metaanálisis sobre el tema realizado por Cochrane no encontró ningún ensayo clínico que compare el parto vaginal con la cesárea a solicitud. Por lo que concluyeron que, en ausencia de información en los ensayos, existe una necesidad apremiante de revisar de una manera sistemática diversos estudios de tipo observacionales y un sumario de información de tipo cualitativa con el fin de lograr una mejor evaluación los efectos a corto y largo plazo tanto del parto por cesárea y del parto natural. (Lavender, Hofmeyr, Neilson, Kingdon, y Gyte, 2012)

Complicaciones obstétricas

Placentación anormal

El aumento observado en la placentación anormal relacionado linealmente con el número de cesáreas parece un fenómeno reciente. La creciente tasa de partos por cesárea y la seguridad percibida para realizar un número cada vez mayor de cesáreas coinciden con una creciente insurgencia paralela de placentación anormal. El parto por cesárea aumentó drásticamente del 5,8 % en 1970 al 31,9 % en 2016 (Martin, Hamilton y Osterman, 2017), lo que contribuye a unamayor incidencia de placenta previa, placenta ácreta y gestación en cicatriz de cesárea. Laaparición de estas condiciones a largo plazo, años después de la cesárea anterior, resultó en unaumento dramático en la mortalidad y morbilidad materna. La tasa de mortalidad materna aumento de 7,2 fallecidos por cada 100 000 nacidos vivos durante el año 1987 (Berg, Chang, Callaghan, & Whitehead, 2003)a un máximo de 17,4 muertes por 100 000 en 2018. (National Center for Health Statistics, 2022).

En la obstetricia moderna, la placenta previa y la placenta acreta representan un gran porcentajede la morbilidad y mortalidad maternas, lo que representa el 1,7 % de todas las muertes maternasen los Estados Unidos. (Neggers, 2016)

Ruptura uterina

La ruptura uterina es una complicación rara pero potencialmente fatal de un embarazo posteriora una cesárea previa. Puede ocurrir antes o durante el trabajo de parto y, a menudo, se asocia con la necesidad de una cesárea de emergencia, sangrado excesivo, expulsión de la placenta o del fetohacia el abdomen, histerectomía o reparación uterina. El recién nacido a menudo está estresado y requiere ingreso en una unidad especializada de cuidados intensivos para neonatos. La incidencia de ruptura uterinavaría según las circunstancias clínicas y se informa que oscila entre el 0,5 y el 4%. (Landon, 2010). La ruptura uterina es muy común al intentar un parto natural después de dos cesáreas previas, lo que aumenta en consecuencia el

riesgo de histerectomía por cesárea. La dehiscencia dela cicatriz uterina es más frecuente, pero rara vez da lugar a complicaciones maternas y fetales potencialmente mortales. (Tanos y Toney, 2019) La técnica de sutura uterina se ha implicado en el resultado de la prueba de labor de parto luego de un parto por cesárea sin que se hayan encontrado diferencias entre las técnicas de cierre de una o dos capas. Es probable que la incidencia de rupturauterina aumente con el aumento de las cesáreas. (CORONIS, y otros, 2013)

Complicaciones ginecológicas

La seguridad relativa de la cesárea en la práctica obstétrica actual se centra en los resultados maternos a corto plazo, más que a largo plazo. Sin embargo, después de una cesárea, las mujeres corren un mayor riesgo de sufrir una variedad de afecciones ginecológicas crónicas. Estos incluyenadherencias quirúrgicas, dolor, infertilidad o subfertilidad, sangrado irregular, relaciones sexualesdolorosas, menstruaciones dolorosas y endometriosis. (Lyell D., 2011) (Zhang, y otros, 2019) Estas afecciones crónicas a menudo requieren una evaluación de seguimiento intensiva o una intervención quirúrgica mediante laparotomía o exploración endoscópica mediante histeroscopia o laparoscopia. Estos procedimientos conllevan riesgos adicionales de complicaciones relacionadas con dificultades imprevistas. (Vervoort, Vissers, Hehenkamp, Brölmann y Huirne, 2018)

Dolor crónico

Hay pocos estudios publicados sobre el riesgo de desarrollar dolor crónico en mujeres despuésde la cesárea. Sun y colaboradores describieron los desafíos de predecir el dolor después de la cesárea. (Sun & Pan, 2019) Otros investigadores destacan el papel potencial de la técnicaquirúrgica sobre el riesgo de dolor. La cesárea de emergencia, la selección de la incisiónabdominal, el cierre versus no cierre de la incisión visceral o peritoneal y la técnica de cierre uterino pueden provocar atrapamiento de nervios, adherencias pélvicas, defectos de cicatriz uterinay endometriosis, y pueden influir en la probabilidad de dolor. (Hardy &

Rousseau, 2019) El riesgo de dolor es mayor con un número creciente de cesáreas. Las mujeres con múltiples cesáreas repetidas tienen riesgos sustancialmente adicionales de lesiones de órganos en el momento de la cirugía. Se desconoce la aparición de endometriosis en la cicatriz de una cesárea. Sin embargo, a menudo se presenta como un dolor abdominal cíclico y una masa incisional que favorece una incisión de Pfannenstiel más que una incisión vertical en la línea media. (Zhang, y otros, 2019)

Adherencias pélvicas

Existen muy pocos datos publicados sobre la etiología de las adherencias pélvicas y abdominales después de la cesárea. Al igual que con el dolor, la técnica quirúrgica parece influir en la probabilidad de formación de adherencias post cesárea. En mujeres no embarazadas, las adherencias a menudo se asocian con dolor crónico e infertilidad (Silver, 2010) En el momento del parto, las mujeres embarazadas a menudo se enfrentan a cesáreas repetidas difíciles, lesión deórganos, pérdida de sangre severa y mayor tiempo de operación. (Silver, y otros, 2006)

Infertilidad

Hay muy pocos estudios en los que los autores evaluaron el efecto de la cesárea sobre la infertilidad o la subfertilidad. Las adherencias pélvicas pueden interferir con la función y la permeabilidad de las trompas. Los defectos de la cicatriz de la cesárea se han relacionado con la infertilidad. La intervención quirúrgica con laparoscopia, histeroscopia o ambas combinadas ha tenido éxito en la restauración de la fertilidad. (Florio, y otros, 2012)

Sangrado irregular

La incidencia del defecto o “nicho” de la cicatriz uterina de la cesárea está aumentando simultáneamente con las secuelas ginecológicas resultantes a largo plazo que incluyen dismenorrea, sangrado uterino irregular, subfertilidad, así como placentación anormal en gestaciones posteriores. (Sholapurkar, 2018) Tanos resumió cinco estudios que evaluaron

los síntomas de nicho en 5123 pacientes. Informó que el 65 % de las pacientes presentaban hemorragiauterina, el 46,2 % dolor pélvico crónico, el 52 % dismenorrea, el 71,5 % infertilidad y el 24,2 % dispareunia. Se necesitan estudios a largo plazo sobre el efecto de las técnicas de cierre uterino enestos síntomas ginecológicos y reproductivos no deseados. (Tanos y Toney, 2019)

Complicaciones neonatales

Hay pruebas emergentes de que los recién nacidos por cesárea pueden experimentar un desarrollo inmunitario alterado, microbioma intestinal reducido, obesidad infantil tardía y asma (Keag, Norman, & Stock, 2018). Se necesita continuar con la investigación para fortalecer aún más la evidencia. Los eventos perinatales adversos en mujeres con cesáreas previas se relacionanprincipalmente con la prematuridad y las complicaciones relacionadas (Yasseen, Bassil, Sprague,Urquía, & Maguire, 2019). Comparando a los neonatos que fueron alumbrado por parto natural, los nacidos vivos mediante parto cesárea tienen más probabilidades de tener síntomas respiratorios y de necesitar cuidados en la UCIN. (Sotiriadis, Makrydimas, Papatheodorou, Ioannidis, & McGoldrick, 2018)

2.3. Bases filosóficas

La ciencia debe de ser comprendida tanto desde desde el el nivel conceptual como social , por lo que irrefutablemente la ciencia y la filosofía dentro del campo mèdico se encuentran estrechamente relacionados (Peña, 2004).

El positivismo asume la busqueda de la verdad en base a hechos concretos, es por ello que esta investigación se enmarca dentro de la corriente positivista, ya que buscamos conocer la realidad de una practica médica que va en incremento , pese a las recomendaciones de disminuirlas.

Esta corriente filosófica asume la cuantificación para que los investigadores puedan estar seguros de sus afirmaciones mediante la medición de sus resultados. .

De tal modo que que es innegable la conexión que existe a traves de la medicina, investigación y filosofía para que al ser valoradas a traves de una perspectiva antropológica la ciencia pueda resaltar los múltiples beneficios que se brindarán a los seres humanos a través de las distintas prácticas y publicaciónes científicas en el mundo a favor de la mejora del bienestar personal de la población (Mora, 2008).

Por lo que abordar e investigar sobre la cesárea, una vía de parto muy frecuente en la actualidad, no solo se proporciona información y datos verídicos y confiables dentro de la investigación en salud, sino se contribuye a favorecer al salud de la madre e hijo.

2.4.Definiciones conceptuales

- **Cesárea:** procedimiento de tipo quirúrgico, con la que se logra la extracción del feto de la matriz materna por vía abdominal (OPS, OMS, & BIREME, 2022).
- **Tasa de cesárea:** resultado del total de cesáreas realizadas entre el número total de partos realizados multiplicado por el 100 por ciento (Hospital San Juan Bautista, 2022).
- **Indicación materna:** aquella causa materna que favorece a la ejecución de una cesárea como el antecedente de cesárea, trasmisión vertical de infecciones, trastorno hipertensivo del embarazo, entre otros (Ministerio de salud Chile, 2021).
- **Indicación ovular:** aquellas causas de origen placentario, corioamniótico o del cordón umbilical que favorecen a la ejecución de una cesárea como la placenta previa, procidencia del cordón, embarazo múltiple, entre otros (Ministerio de salud Chile, 2021).
- **Indicación fetal:** causas fetales que favorecen a la ejecución de una cesárea como presentación trasversa o podálico, registro fetal no tranquilizador, restricción del crecimiento intrauterino, entre otros (Ministerio de salud Chile, 2021).
- **Grupo etario:** agrupación de personas que poseen la misma edad (Real Academia

Española, 2021)

- **Grado de instrucción**: nivel de estudio ejecutado o en proceso de realización (Eustat, 2022).
- **Lugar de procedencia:** lugar donde se radica o nace (Real Academia Española, 2021)
- **Estado civil**: estado de una persona que guarda conexión con su nacimiento o filiación y que se corroborara en el registro civil correspondiente (Real Academia Española, 2022)
- **Paridad:** número de partos posterior a las 20 semanas de edad gestacional (Manual MSD, 2020)

2.5. Formulación de la hipótesis

Al ser un estudio de tipo descriptivo, no es necesaria la propuesta de hipótesis.

2.6. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicadores
Cesárea	De acuerdo a la consignación del parto por cesárea en la historia clínica.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1) Ausente 2) Presente
Tasa de cesárea	Resultado obtenido de la ejecución de la operación descrita con los datos obtenidos del Hospital San Juan Bautista en el periodo establecido.	Cuantitativa	De Razón	Valor numérico
Indicación materna	Según la indicación consignada en la historia clínica o en la solicitud de sala de operaciones.	Cualitativa Politómica	Nominal	1) Cesárea anterior 2) Desproporción cefalopélvica 3) Trastornos hipertensivos 4) VIH positivo 5) Patología materna 6) Inducción fallida 7) Condilomatosis 8) Miomatosis uterina 9) Otros

Indicación ovular	Según la indicación consignada en la historia clínica o en la solicitud de sala de operaciones	Cualitativa	Nominal	1) Insuficiencia uteroplacentaria 2) Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta 3) Corioamnionitis 4) Distocia funicular 5) Placenta previa 6) Oligohidramnios 7) Procúbito de cordón 8) Polihidramnios 9) Acretismo placentario 10) Otros
Indicación fetal	Según la indicación consignada en la historia clínica o en la solicitud de sala de operaciones	Cualitativa	Nominal	1) Distocia de presentación 2) Distrés fetal 3) Embarazo múltiple 4) Prematuridad 5) Restricción del crecimiento fetal 6) Malformaciones fetales 7) Macrosomía
Grupo etario	De acuerdo al grupo de pertenencia según la edad al momento del ingreso a hospitalización.	Cualitativa Ordinal	Ordinal	1) < 20 años 2) 20 – 35 años 3) ≥ 35 años
Grado de instrucción	Según el grado de instrucción registrado en la historia clínica.	Cualitativa Ordinal	Ordinal	1) Ninguno 2) Primaria 3) Secundaria 4) Superior
Lugar de procedencia	De acuerdo al distrito de procedencia al momento del ingreso	Cualitativa	Nominal	Distrito consignado
Estado civil	De acuerdo al estado civil consignado en la historia clínica al momento del ingreso.	Cualitativa Ordinal	Nominal	1) Soltera 2) Conviviente 3) Casada 4) Viuda
Paridad	Según la paridad consignada en la historia clínica al momento del ingreso.	Cuantitativa	De Razón	Valor numérico

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Tipo de investigación

Es una investigación básica, que permite conocer e incrementar los conocimientos sobre las características epidemiológicas de las cesáreas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral

3.1.2. Nivel de investigación

Es de tipo descriptivo porque se encarga de la reseña de fenómenos, situaciones, contextos y sucesos, detallando como son y cómo se manifiestan (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio,2014).

3.1.3. Diseño

La presente investigación tiene un diseño de tipo observacional, ya que solo se hizo la observación en su ambiente natural (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

3.1.4. Enfoque

Es de tipo cuantitativo debido a que es secuencial con un orden riguroso (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

3.2. Población y muestra

Población

Constituida por todas aquellas gestantes quienes se atendieron en el Hospital San Juan Bautista, y que satisfacen los criterios de inclusión durante el período de estudio.

Muestra

Se realizó un muestreo estadístico probabilístico de característica aleatoria simple y la fracción de fijación se calculó mediante la aplicación de la fórmula que corresponde a la población finita:

$$\eta = \frac{\boldsymbol{N} * \boldsymbol{Z^2} * \boldsymbol{p} * \boldsymbol{q}}{\boldsymbol{E^2} * (\boldsymbol{N} - \mathbf{1}) + \boldsymbol{Z^2} * \boldsymbol{p} * \boldsymbol{q}}$$

De donde:

η = Tamaño de la muestra

N = Población total

Z = Es el nivel de confianza; se utilizará un intervalo de confianza del 95%, por tanto, Z será igual a 1,96

p = Variabilidad positiva. Se considerará la máxima posible, es decir 0,5.

q = Variabilidad negativa, el complemento de la variabilidad positiva, es decir 0,5.

e = Precisión o error. Se considerará un error del 3%, es decir 0,03.

NIVEL DE CONFIANZA	Z
90 %	1.645
95%	1.96
99%	2.576

$$n = \frac{510 * 1.96 * 0.5 * 0.5}{0.03 + (510-1) + 1.96 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 220$$

Criterios de inclusión.

- Pacientes sometidas a parto por cesárea.
- Pacientes cuyo parto por cesárea fue atendido durante el periodo de enero de 2021 a

diciembre de 2021.

Criterios de exclusión.

- Historia clínica de la gestante incompleto o con datos contradictorios
- Historia clínica ausente

3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas a emplear

La información se consiguió mediante la revisión documental de las historias clínicas de las gestantes sometidas a cesárea a partir de la verificación del Libro de Registro Único de Atenciones del Departamento de Gineco-Obstetricia.

3.4.2. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento a emplear fue una ficha de recolección de datos conteniendo las variables de estudio (Anexo 2)

3.5. Técnicas para el procesamiento de la información

La data se organizó en el programa estadístico Microsoft Excel ® 2021

Análisis univariado

- Medidas de dispersión y tendencia central.
- Frecuencias en porcentaje y valores absolutos.
- Los resultados se presentan en cuadros y gráficos realizados en el Programa Estadístico Microsoft Excel ® 2021.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis de resultados

En el presente estudio que abarcó desde enero a diciembre del 2021, se incluyó la atención de 1108 partos en el Hospital San Juan Bautista de Huaral, de los cuales 510 fueron partos a través de una cesárea mientras 598 fueron partos vaginales. Para la ejecución de los resultados de la presente investigación se trabajó con el primer grupo, partos por cesárea, analizándose una muestra conformada por 220 casos, número extraído a través del cálculo de tamaño muestral, exponiéndose a continuación los resultados hallados de las características epidemiológicas de las pacientes intervenidas mediante cesárea en el hospital y periodo mencionado con anterioridad.

Tasa de cesárea

En la **Figura Nº 1**: al evaluar la tasa de cesárea en el Hospital San Juan Bautista en el transcurso del 2021, se determinó que la tasa fue del 46,02%.

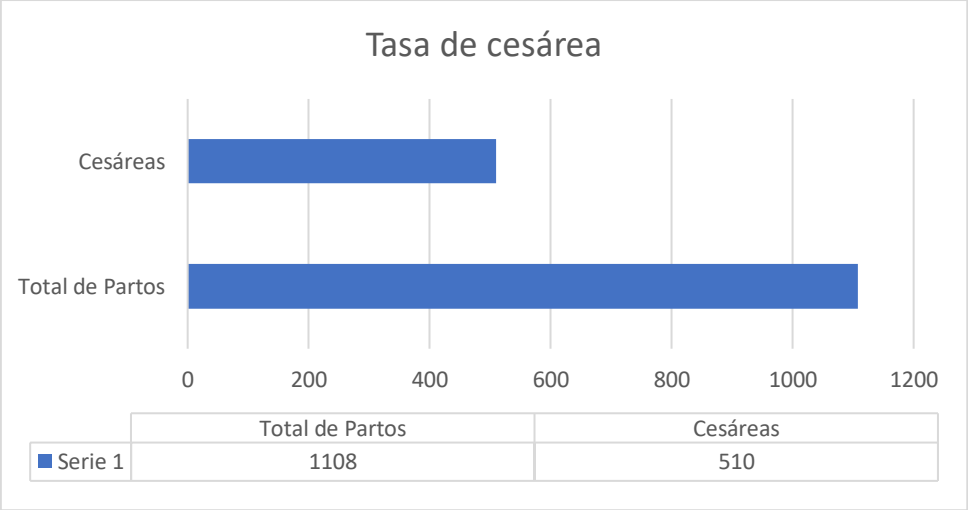


Figura Nº 1. Tasa de cesárea del Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Indicaciones más frecuentes

Se determinó que la principal indicación de la misma era la cesárea anterior representado por el 25,45% de los casos (n=56), seguido del distrés fetal con el 14,09% (n=31), de la desproporción céfalo pélvica con el 11,81% (n=26), de la distocia de presentación con el 10% (n=22), el oligohidramnios con el 5,9% (n=13), el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en el 4,5% (n=10), los trastornos hipertensivos del embrazo en el 4,5% (n=10) y la inducción fallida en el 4,09% de los casos (n=9). Figura Nº 2, Tabla Nº 6.

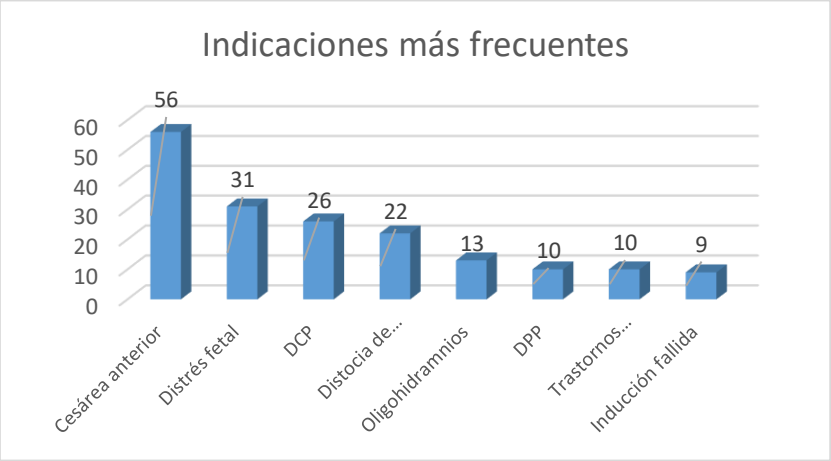


Figura Nº 2. Indicaciones más frecuentes del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Tabla Nº 6

Indicaciones *más frecuentes del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.*

Indicaciones más frecuentes	**N**	**%**
Cesárea anterior	56	25,45
Distrés fetal	31	14,09
Desproporción céfalo pélvica	26	11,81
Distocia de presentación	22	10,00
Oligohidramnios	13	5,90
Desprendimiento prematuro de placenta	10	4,54
Trastornos hipertensivos	10	4,54
Inducción fallida	9	4,09

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Indicaciones maternas

Se halló que 115 casos se propiciaron por este motivo, entre estos, la principal indicación era la cesárea anterior (n=56; 48,69%), seguido del DCP (n=26; 22,60%), trastornos hipertensivos (n=10; 8,69%), inducción fallida (n=9; 7,82%), VIH (n=3; 2,60%), condiloma (n=1, 0,86%), miomatosis (n=1; 0,45%), otras indicaciones (n=9, 7,82%). Figura Nº 3, Tabla Nº 7**.**

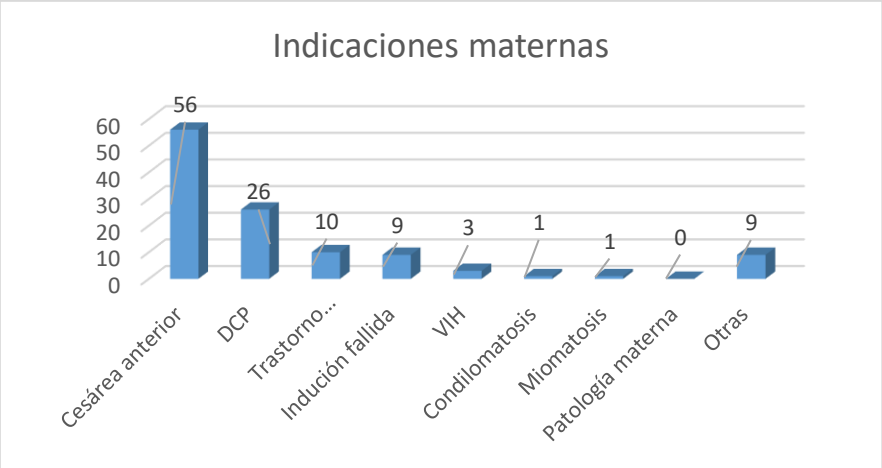


Figura Nº 3. Indicaciones maternas del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Tabla Nº 7

Indicaciones maternas del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Indicaciones maternas	**N**	**%**
Cesárea anterior	56	48,69
Desproporción céfalo pélvica	26	22,60
Trastorno hipertensivo	10	8,69
Inducción fallida	9	7,82
VIH	3	2,60
Condilomatosis	1	0,86
Miomatosis	1	0,86
Otros	9	7,82
TOTAL	115	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Indicaciones ovulares

Se halló que la principal indicación ovular era el oligohidramnios (n=13; 29,54%), seguido del desprendimiento prematuro de placenta (n=10; 22,72%), placenta previa (n=7; 15,90%,), insuficiencia útero placentaria (n=5; 11,36%), distocia funicular (n=5; 11,36%), corioamnionitis (n=3; 6,81%) y acretismo placentario (n=1; 2,27%). Figura Nº4, Tabla Nº 8

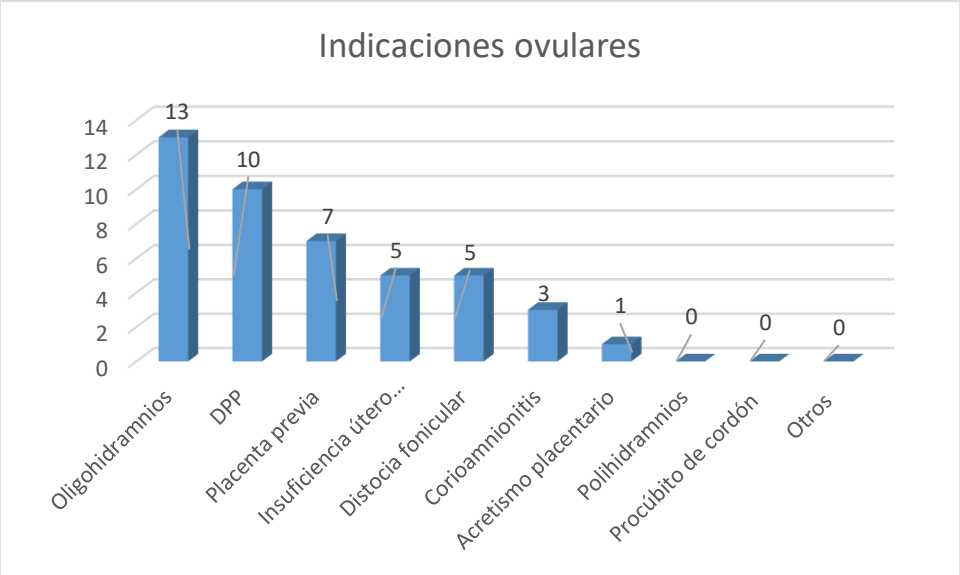


Figura Nº 4. Indicaciones ovulares del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Tabla Nº 8

Indicaciones ovulares del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Indicaciones ovulares	**N**	**%**
Oligohidramnios	13	29,54
Desprendimiento prematuro de placenta	10	22,72
Placenta previa	7	15,90
Insuficiencia útero placentaria	5	11,36
Distocia funicular	5	11,36
Corioamnionitis	3	6,81
Acretismo placentario	1	2,27
TOTAL	44	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Indicaciones fetales

Se halló que la principal indicación fue distrés fetal (n=31; 40,78%), seguido de distocia de presentación (n=22; 28,94%), macrosomía fetal (n=7; 9,21%), embarazo múltiple (n=5; 6,57%), RCIU (n=5; 6,57%), prematuridad (n=4; 5,26%) y malformaciones fetales (n=2; 2,63%), Figura Nº5, Tabla Nº 9.

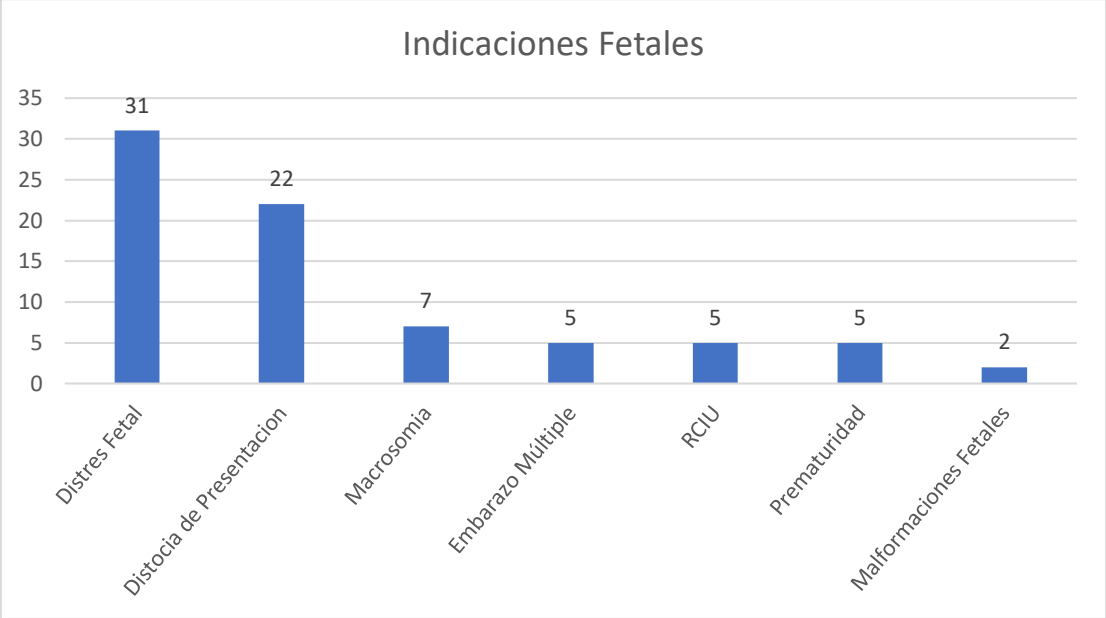


Figura Nº 5. Indicaciones fetales del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Tabla Nº 9

Indicaciones fetales del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Indicaciones fetales	**N**	**%**
Distrés fetal	31	40,78
Distocia de presentación	22	28,94
Macrosomía	7	9,21
Embarazo múltiple	5	6,57
Restricción del crecimiento uterino	5	6,57
Prematuridad	4	5,26
Malformaciones fetales	2	2,63
TOTAL	76	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Grupo etario

Se encontró que la edad mínima de la paciente sometida a parto por cesárea fue de 16 mientras que la máxima tuvo 52, así mismo, el promedio de las edades fue de 28,36 años y con un rango intercuartil hallado de 23 y 33 años para el segundo y tercer cuartil, respectivamente. Además, al evaluar la edad a través de grupos etarios se notó una predominancia de la práctica de esta técnica quirúrgica en mujeres que tuvieron entre 20 a 34 años (n=158; 71,81%), seguido de las mujeres con edad ≥ 35 años (n=44; 20%) y finalmente las menores de 20 años (n=18; 8,18%)**.** Figura Nº 6, Figura Nº 7, Tabla N 10.

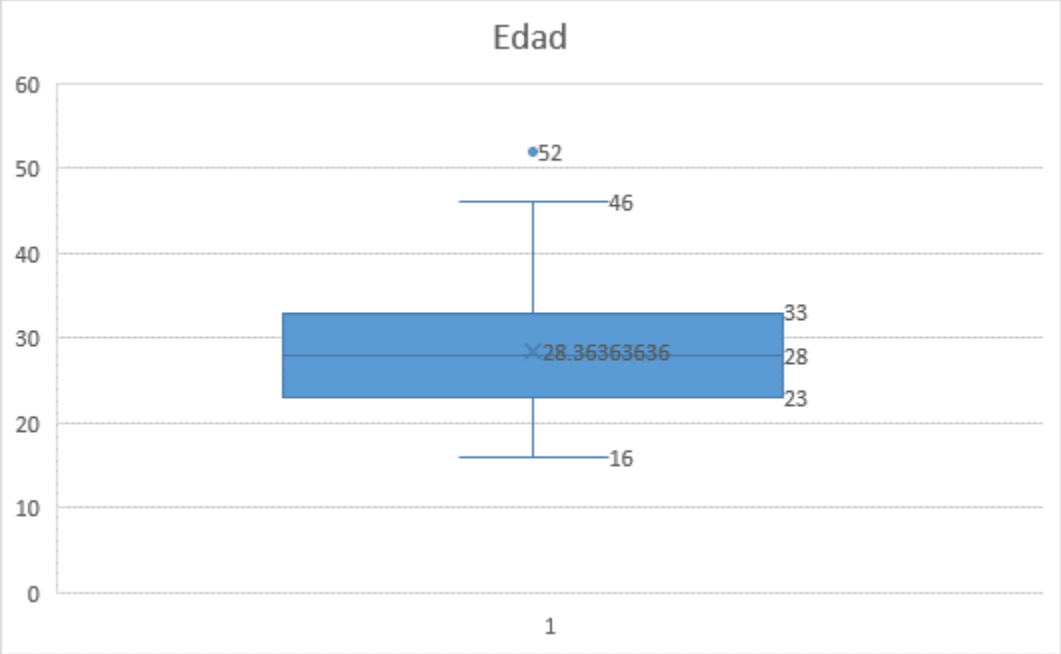


Figura Nº 6. Edad de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

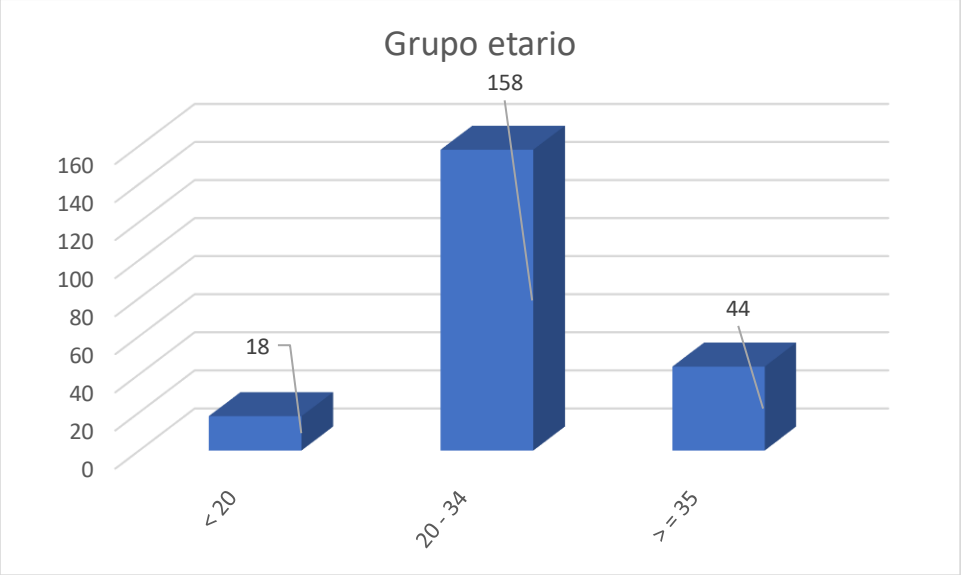


Figura Nº 7. Grupo etario de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Tabla Nº 10

Grupo etario de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Grupo etario	**N**	**%**
< 20 años	18	8,18
20 – 34 años	158	71,81
> = 35 años	44	20,00
TOTAL	220	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Grado de instrucción

Se halló que predominantemente poseían estudios secundarios (n=118; 53,63%), seguido de estudios superiores (n=94; 42,72%) y finalmente estudios primarios (n=8; 3,63%). Figura Nº 8, Tabla Nº 11.

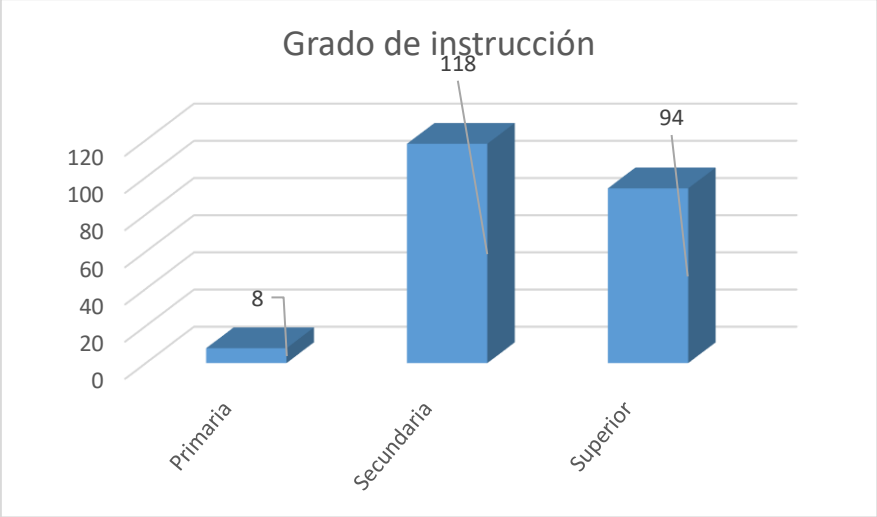


Figura Nº 8. Grado de instrucción de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Tabla Nº 11

Grado de instrucción de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Grado de instrucción	**N**	**%**
Primaria	8	3,63
Secundaria	118	53,63
Superior	94	42,72
TOTAL	220	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Lugar de procedencia

Se encontró que prevalentemente procedían de Huaral (n=207; 94,09%), de Chancay (n=12; 5,45%) y por último de Lima (n=1; 0,45%). Figura Nº9, Tabla Nº 12.

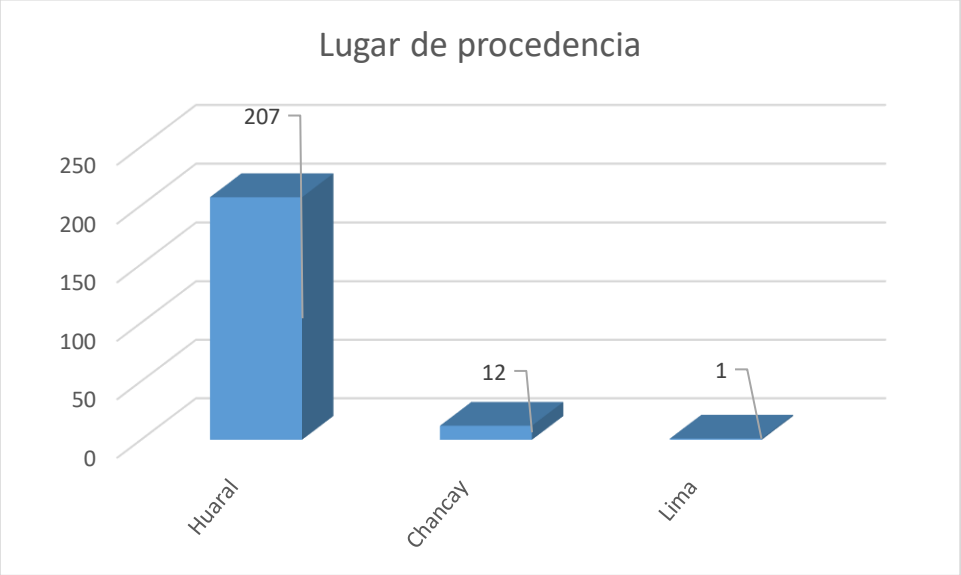


Figura Nº 9. Lugar de procedencia de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Tabla Nº 12

Lugar de procedencia de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Lugar de procedencia	**N**	**%**
Huaral	207	94,09
Chancay	12	5,45
Lima	1	0,45
TOTAL	220	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Estado civil

Al evaluar el estado civil de la muestra admitida a la investigación se reportó que eran en gran medida convivientes (n=151; 68,63%), seguido de solteras (n=36; 16,36%) y finalmente casadas (n=33; 15%). Figura Nº 10, Tabla Nº 13.

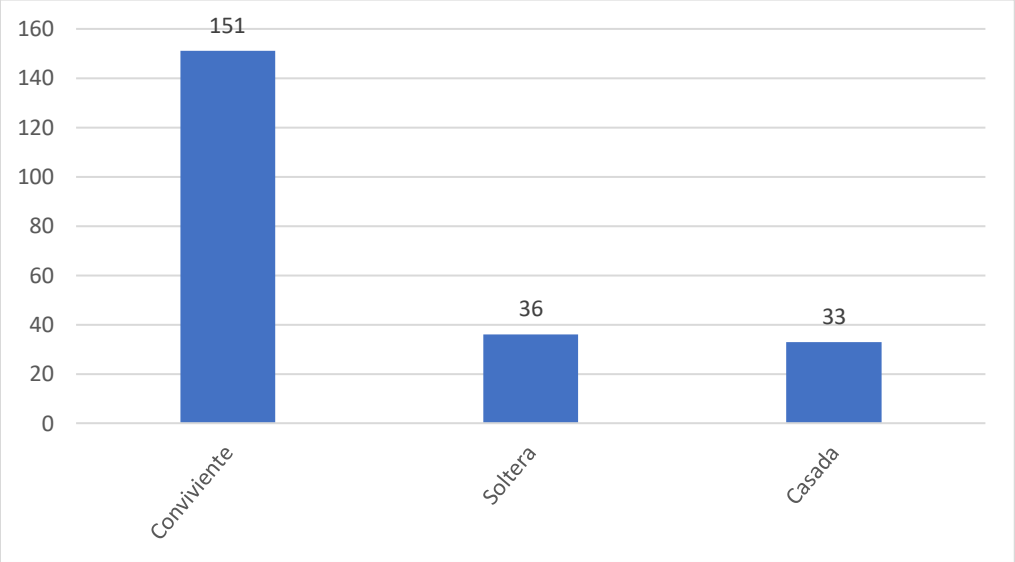


Figura Nº 10. Estado civil de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Tabla Nº 13

Estado civil de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Estado civil	**N**	**%**
Conviviente	151	68,63
Soltera	36	16,36
Casada	33	15
TOTAL	220	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Paridad

Al evaluar la paridad en la muestra se determinó que el 24,09% de los casos era nulípara, el 36,36% primípara, el 36,36% multípara y el 3,18% gran multípara. Figura Nº 11, Tabla Nº14.

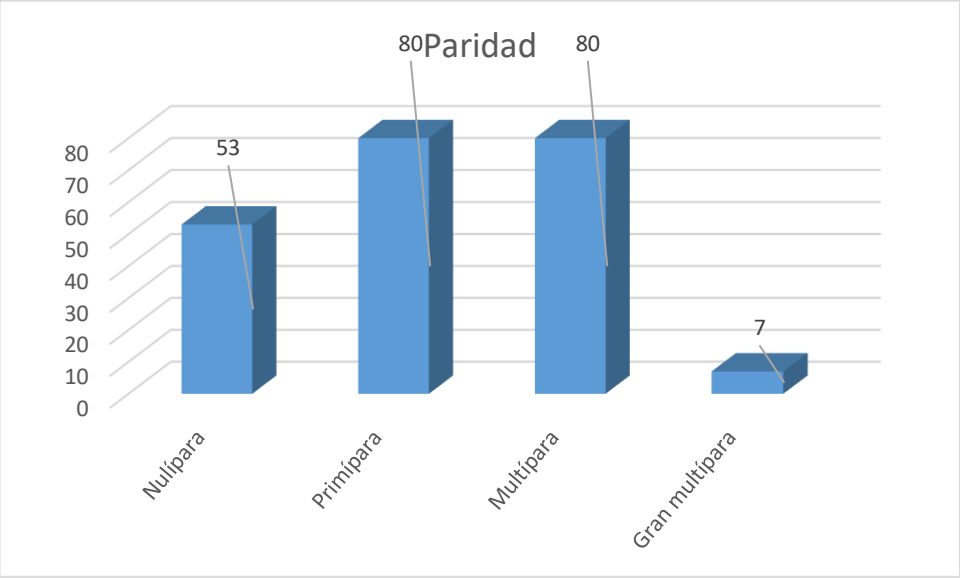


Figura Nº 11. Paridad de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Tabla Nº 14

Paridad de las pacientes con parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021.

Paridad	**N**	**%**
Nulípara	53	24,09
Primípara	80	36,36
Multípara	80	36,36
Gran multípara	7	3,18
TOTAL	220	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1. Discusión

En este estudio se estimaron las características de tipo epidemiológico de las pacientes gestantes que fueron intervenidas mediante cesárea en el Hospital San Juan Bautista de Huaral, 2021, las características ya estudiadas fueron seleccionadas de acuerdo a la relevancia prestablecida a razón de la literatura previamente revisada.

En el período de estudio de enero a diciembre del 2021 se atendieron 1108 partos en la institución donde se ejecutó la investigación, de estos, 510 partos fueron a través de una cesárea y de este grupo se analizó a una muestra de 220 pacientes, muestra obtenida a través del cálculo muestras para poblaciones finitas

Tasa de cesárea

La tasa de cesárea determinada en este estudio es del 46,02%, para el periodo evaluado. Resultados semejantes se reportaron en un estudio nacional publicado por Pastor en el 2022, quien reveló una tasa de cesárea del 48,41% en un hospital del norte del país y con el de Gonzales quien determinó una tasa de cesárea del 42,07% en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Sin embargo, resultados opuestos fueron hallados en el metaanálisis ejecutado por Gedefaw et al quienes reportaron una prevalencia del 29,55% de ejecución de cesáreas al ser comparada con el total de partos ejecutados, siendo una cifra menor a lo reportado a la presente investigación, sin embargo, debe de resaltarse que, si bien este último trabajo tiene un mayor nivel de evidencia, este solo investigó exclusivamente trabajos etíopes. Una cifra menor a la de la presente investigación también fue reportado por Netto et al quienes indicaron una tasa de cesárea del 36,46% para un hospital público de Paraguay, por el estudio ecológico nacional de Quezada et al quienes determinaron una tasa de cesárea nacional en el 38% para el año 2020, por Yamamoto et al en el 2019 quienes describieron una tasa de

cesárea del 27% en un hospital estatal de Chile, por Quezada y Rodríguez quienes encontraron una tasa de cesárea del 8,2%, con el de Chávez publicado en el 2019 quien detalla una tasa de cesárea del 37,92% para el Hospital Regional de Huacho durante el 2018, con el de Morales quien revela una tasa de cesárea del 32,6%. Así mismo, se contrapone a lo hallado por Rudey, Carmo y Rego en el 2020 quienes determinaron que el 55,8% de los nacimientos en Brasil fueron a través de una cesárea en el periodo de 2014 al 2017, hallándose una cifra mayor a lo determinado en este estudio, mismo caso con el estudio nacional de Barrena et al quienes reportan una tasa de cesárea del 50,2% de los casos. Observándose que en la mayor parte de estudios nacionales e internaciones se sobre pasa la tasa de cesárea ideal, que recomienda la OMS.

Indicaciones más frecuentes de cesárea

Las más frecuentes para indicar la cesárea fueron la cesárea previa, como indicación primordial, quien fue la causa para del 25,45% de los casos, seguido del distrés fetal quien fue motivo del 14,09% de los casos , la desproporción céfalo pélvica del 11,81% , la distocia de presentación del 10%, el oligohidramnios del 5,9%, los trastornos hipertensivos del embarazo en el 4,5%, el desprendimiento de membrana normoinserta en el 4,5% y la inducción fallida fue motivo en el 4,09% de los casos, entre las principales indicaciones. Teniendo coincidencias con el estudio de Iraní de Rafiei et al quienes revelan que en su estudio la principal indicación de cesárea fue la cesárea anterior, con el de Netto et al quienes detallan en que la indicación primordial encontrada es la cesárea previa, sin embargo, con todas sus otras indicaciones no coinciden o coinciden parcialmente con los porcentajes hallados, como la indicación de cesárea por preeclampsia en el 11%, por desprendimiento prematuro de placenta en el 10,5%, frecuencia cardiaca fetal en el 10%, feto en posición podálica en el 8,5%, macrosomía fetal en el 7,5%, alteración del bienestar fetal en el 6,5%, embarazo gemelar en el 6%, entre otros. Además, resultados contrarios se reportaron en el

metaanálisis internacional de Gedefaw et al publicado el 2020 donde se relata que la causa principal de la ejecución de la cesárea era la desproporción cefalopélvica siendo causa del 28,13% de las mismas, seguido de la frecuencia cardiaca poco tranquilizante en el 19,57%. Así mismo, contrario a lo hallado en el estudio nacional de Pastor quien da como primera indicación quirúrgica a la prematuridad, seguido de la cesárea anterior, el sufrimiento fetal, la presentación podálica, el oligohidramnios y al desprendimiento prematuro de placenta, con la investigación de Quesquén y Rodríguez quienes revelan que en su realidad de estudio, la principal indicación de la misma fue el distrés fetal presente en el 34,5% de los casos, seguido de la asimetría céfalo pelviana, el trabajo de parto disfuncional, el trastorno hipertensivo, la placenta previa, la presentación podálica, la cesárea anterior, el abruptio placentae y el prolapso en el cordón.

Indicaciones maternas

La indicación materna fue la indicación más importante para la ejecución de la cesárea en la muestra estudiada, representando el 52,27% del total de indicaciones. Dentro de este tipo de indicación, se halló a la cesárea anterior, quien es la primera causa general que propició una cesárea, siendo la indicación responsable del 25,45% del total de casos estudiados y la responsable del 48,69% del total de casos que tuvieron una indicación materna seguido de la desproporción céfalo pélvica quien fue responsable del 22,60% de las indicaciones maternas, los trastornos hipertensivos del 8,69%, la inducción fallida del 7,82%, la infección por VIH del 2,60%, la condilomatosis del 0.86%, la miomatosis del 0.45% y otras indicaciones fue el responsable del 7,82% de indicaciones maternas. Concordando con el estudio internacional de Gedefaw et al, quienes encuentran como la principal causa de llevarse a cabo una cesárea en su población de estudio a las causas maternas, sin embargo, este trabajo sitúa a la desproporción céfalo pélvica con indicación materna más frecuente, además, también coincide con el trabajo de Netto et al, quienes también sitúan a las causas maternas como las

principales causas para llevarse la técnica quirúrgica estudiada, hallándose en su trabajo que la cesárea anterior y el trastorno hipertensivo del embarazo están las indicaciones más prevalentes dentro de este grupo. Adicionalmente, se asemeja al estudio nacional de Barrena et al publicado en el 2020, quienes detallan que la indicación más prevalente para la ejecución de una cesárea era la razón materna, señalándose que la cesárea previo, la asimetría céfalo pelviana, las anomalías hipertensivas del embarazo, la coinfección con VIH y la inducción fallida eran las principales indicaciones en este grupo, así mismo, coincide con lo reportado por Gonzales en el 2016, quien en su estudio indicó que la indicación materna era la más descrita a la hora proponerse la ejecución de una cesárea. No obstante, lo determinado en este estudio llega a diferir con el estudio realizado por Pastor, quien encuentra como principal indicación de una cesárea a la causa fetal, indicándose que la prematuridad, el sufrimiento fetal y la distocia de presentación eran los motivos principales para que una gestante ingrese a sala de operaciones.

Indicaciones ovulares

Las indicaciones ovulares fueron la última causa de indicaciones para una cesárea, siendo el motivo del 20% del total de los casos estudiados. Dentro de este grupo se destaca el oligohidramnios responsable del 29,54% de las causas de tipo ovulares, el abruptio placentae responsable del 22,72%, la placenta previa responsable del 15,90%, la insuficiencia útero placentaria responsable del 11,36%, la distocia funicular responsable del 11,36%, la corioamnionitis responsable del 6,81% y el acretismo placentario responsable del 2,27% del total casos que tuvieron una indicación ovular. Concordando con el estudio internacional de Netto et al quienes detallan que a las causas ovulares como las indicaciones menos comunes para la ejecución de una cesárea, sin embargo, este describe que cuando se lleva a cabo la intervención quirúrgica estudiada a razón de una indicación ovular es más probable que sea debido al desprendimiento prematuro de placenta, oligohidramnios o placenta previa, también

coincide a lo hallado por Pastor, quien señala al oligohidramnios y al desprendimiento prematuro de placentas como las causas menos frecuentes para la ejecución de una cesárea dentro de su población de estudio, así mismo, es equiparable al trabajo de Quesquén y Rodríguez quienes encuentran a la indicación ovular como la que menos motiva a la realización de una cesárea, determinándose en este trabajo la placenta previa había sido la indicación del 4,5% de cesáreas, el abruptio placentae del 1,1% y el prolapso de cordón de otro 1,1%. Finalmente, también coincide con lo descrito en el trabajo de Gonzales publicado en el 2016, quien detalla que las indicaciones ovulares representaron el 16,27% de las indicaciones para la ejecución de una cesárea, describiéndose como indicaciones frecuentes dentro de esta a la ruptura prematura de membra, el circular doble de cordón, la placenta previa y al desprendimiento prematuro de placenta.

Indicaciones fetales

Las indicaciones fetales fueron la segunda causa de indicaciones de cesárea dentro de la muestra estudiada, por lo que se deduce que el 34,54% del total de casos tuvo alguna indicación fetal. Así mismo, en este grupo encontramos al distrés fetal, segunda causa general de indicación de cesárea en la muestra, presente en el 14,09% del total de casos estudiados, quien además representa el 40,78% de casos que tuvieron indicación fetal de una cesárea. Así mismo, hallamos a la distocia de presentación presente en el 28,94% de causas fetales, a la macrosomía en el 9,21%, el embarazo múltiple en el 6,57%, la prematuridad en el 5,26% y las malformaciones fetales representando el 2,63% de indicaciones fetales. Resultados que coinciden con el estudio de Gonzales, quien señala que las indicaciones fetales son las indicaciones más seguidas después de las maternas, en este trabajo se destacan a la macrosomía, distrés fetal, a la distocia de presentación y al embarazo múltiple como principales indicaciones fetales, además en el trabajo nacional de Barrena las causas fetales ocupan la segunda posición de indicaciones reportadas en una cesárea, en este trabajo se

destaca a la distocia de presentación, al distrés fetal, al embarazo múltiple, a la prematuridad y a la restricción del crecimiento intrauterina, entre las principales indicaciones fetales. Así mimos, en el trabajo de Regalado y Trujillo se revela que la distocia de presentación representó la indicación de una cesárea en el 13,9% de los casos, seguido del sufrimiento fetal y la macrosomía, mientras que en el estudio de Cadillo se presente a la distocia de presentación y al sufrimiento fetal como las principales indicaciones fetales para la ejecución de un parto vía abdominal.

Grupo etario

Al evaluar los años de las gestantes que se sometieron a parto por cesárea se determinó que la mínima edad hallada fue de 16 y la más alta fue de 52 años, con un promedio de edad de 28,36 años. Así mismo, al valorar la edad en grupos etarios se demostró que el 71,81% de casos estudiados tenía entre 20 a 34 años de edad al momento en que se le intervino quirúrgicamente, el 20% tenía una edad superior o igual a 35 años y un 8,18% eran menores de 20 años. Coincidiendo con el estudio internacional de Rafiei et al que hallo una edad media similar entre las sometidas a cesárea, determinado en 26,72 años, con el estudio de Barrena et al que reporto una edad media de 26,9 años, con el de Cadillo quien determinó una edad media entre las sometidas a cesárea de 27,05 años y con el de Morales quien halla una edad media de 27 años, igualmente, concuerda con el estudio nacional de Pastor donde se halla que el principal grupo etario sometido a una cesárea era el que comprendía las edades de 18 a 35 años con el 79,23% de casos, seguido del de mayores de 35 años con 12,76% de casos y finalmente las que poseían una edad inferior a los 18 años, representado por el 8,01% de casos. Sin embargo, cifras opuestas fueron encontradas por el estudio internacional de Netto et en el que se reportó un total de casos el 24% tuvo una edad promedio de entre 24 a 27 años, un 21,5% una edad entre 28 y 32, un 19% entre 19 a 23 un 14% más de 37, 11% entre 33 a 37 y el 10,5% entre 14 a 19 años, observándose como hay una mayor cantidad de

mujeres con edades menores y mayores sometidas a dicha intervención quirúrgica. Así mismo, resultados opuestos también fueron reportados por Quesquén y Rodríguez, quienes revelan que las mujeres entre 18 a 30 años fueron el grupo etario más sometido a una cesárea, seguido por las de más de 30 años y las menos sometidas a una cesárea fueron las menores de 18 años.

Grado de instrucción

Al evaluar el grado de instrucción se determinó que el 53,63% de los casos estudiados poseían secundaria, el 42,72% educación superior u un 3,63% estudios primarios. Coincidiendo parcialmente con el estudio nacional de Pastor quien halla que la población que más fue sometida a una cesárea fue la que poseía estudios secundarios seguido de la que poseía estudios superiores para finalmente encontrarse las mujeres que poseían un nivel de instrucción primario, no obstante, las cifras que se presentan en dicho estudio son de 47,72%, 26,70% y 25,51%, respectivamente, cifras distintas a lo comunicado en este estudio. De igual forma, se asemeja parcialmente con el estudio de Quesquén y Rodríguez quienes también reportan que las mujeres con secundaria son frecuentemente las que más se someten a una cesárea seguido de las mujeres con educación superior, educación primaria y las analfabetas, aunque las cifras son discordantes y alejadas a lo determinado en esta investigación y con el estudio de Barrena et al quienes reportan que las mujeres con educación secundarias son las que con gran regularidad son tributarias de cesárea, seguido de las mujeres con educación superior, primarias y finalmente las analfabetas. Además, los resultados hallados se contraponen a lo determinado en el estudio internacional de Rafiei et al quienes determinan una mayor prevalencia de ejecución de cesáreas en mujeres con educación superior, así como, lo escrito por el estudio ecológico nacional de Quezada et al donde se determinó una mayor ejecución de cesáreas en mujeres con un nivel de instrucción de universitario.

Lugar de procedencia

Al evaluar la procedencia de las gestantes comprendidas en el estudio se determinó que el 94,09% de los casos eran mujeres procedentes de Huaral, el 5,45% de Chancay y el 0,45% de Lima. Coincidiendo con lo descrito en el estudio nacional de Quezada que refiere que la ejecución de una cesárea es más elevada en zonas de la costa. Así mismo el estudio nacional de Pastor revela que 50,72% de sus casos procedían de un área urbano – marginal, que el 34,44% de área urbana y el 14,84% de un área rural, así mismo, en el trabajo de Quesquén y Rodríguez se detalló que el 85,9% de las sometidas a la técnica quirúrgica de cesárea procedían de una zona urbana y el 14,1% de zona rural, así como el estudio de cadillo publicado en el 2019 hace referencia que el 64,9% de su población de estudio procedía de un área urbana y el 35,1% de un área rural, debiendo describirse que Huaral, lugar donde fue llevado el estudio, es una zona que posee un área urbana, sin embargo, también posee una extensa área rural.

Estado civil

En cuanto al estado civil, la investigación determinó que la mayor parte de mujeres sometidas a una cesárea era conviviente, representando un 68,63% del total de casos estudiados, además el 16,36% eran solteras y el 15% casadas. Resultados semejantes se encontraron en el estudio de Barrena et al quienes encuentran que las pacientes femeninas que más se sometieron a una cesárea eran las convivientes, seguido de las solteras y finalmente las casadas y con el de Morales quien determina que las mujeres convivientes son las que en mayor frecuencia son sometidas a un parto abdominal. No obstante, se contraponen a lo encontrado en el estudio de tipo nacional de Quesquén y Rodríguez quienes determinan que son las pacientes solteras se someten más frecuentemente a cesárea seguido de las convivientes, casadas y por último las viudas, así mismo, en la investigación de Pastor se describe que las mujeres convivientes eran las que con mayor frecuencia se sometían a una

cesárea, representado por el 60,55% de sus casos, seguido de las casadas con el 23,96% de casos, dejando al último a las que poseían el estado civil de solteras, quienes representaban el 15,49% del total de casos.

Paridad

En cuanto a la paridad de las gestantes que se sometieron a una cesárea en el periodo y muestra de estudio se determinó que el 24,09% eran nulíparas, el 36,336% eran primíparas, el 36,36% multíparas y el 3,18% gran multíparas. Resultados opuestos fueron encontrados en el estudio nacional de Pastor, quien detalla que el 62,50% de los casos de estudió eran primíparas, el 33,53% multíparas y el 3,97% gran multíparas, así mismo, también se contrapone al estudio ejecutado Barrena et al quienes determinan en su estudio que las mujeres nulíparas fueron a quienes se les practicó con mayor frecuencia una cesárea, seguido de las multíparas, las primíparas y las gran multíparas, al realizado por Chávez en el 2019 quien relata que dentro de su población se encontró que el 65,2% eran multíparas y el 34,8% nulíparas. Finalmente, también de contrapone a lo hallado por Gonzales, quien encontró que el 65,38% de mujeres que se sometían a una cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales eran multíparas, el 33,14% primíparas y el 1,48% gran multíparas.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

En esta investigación se estudiaron y evaluaron las características epidemiológicas de las pacientes sometidas a una cesárea en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en todo el año 2021, concluyéndose:

1. La tasa de cesárea en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el 2021 fue de 46,02%.
2. Las indicaciones más habituales para el parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el año 2021 fueron el antecedente de cesárea y el distrés fetal, representando el 24,45% y el 14,09% de las indicaciones respectivamente
3. Las indicaciones maternas más frecuentes para programar un parto mediante cesárea en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el año 2021 fueron la cesárea anterior y la desproporción céfalo pélvica, representando el 48,69% y el 22,60% de las indicaciones maternas respectivamente.
4. Las indicaciones ovulares más frecuentes para programar un parto mediante cesárea en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el año 2021 fueron el oligohidramnios y el desprendimiento prematuro de placenta, representando el 29,54% y el 22,72% de las indicaciones ovulares respectivamente.
5. Las indicaciones fetales más frecuentes para programar un parto mediante cesárea en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el año 2021 fueron el distrés fetal y la distocia de presentación, representando el 40,78% y el 28,94% de las indicaciones fetales respectivamente.
6. La edad media de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el año 2021 fue de 28,36 años y el grupo etario más afectado fue el de

mujeres que poseían una edad entre 20 a 35 años, representando el 75% de los casos.

7. El grado de instrucción de las gestantes a las que se le practicó parto cesárea en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el año 2021 fue de secundaria en el 53,63% de los casos, de superior en el 42,72% y de primarios en el 3,63% de los casos.
8. Las gestantes que tuvieron un parto mediante cesárea en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el año 2021 procedían de Huaral en el 94,09% de los casos, de Chancay en el 5,45% y de Lima en el 0,45% de los casos.
9. El estado civil de las gestantes a las que se le practicó una cesárea en el Hospital San Juan Bautista de Huaral durante el año 2021 fue conviviente en el 68,63%, de soltera en el 16,36% y de casada en el 15% de los casos.
10. Las gestantes que fueron intervenidas mediante cesárea en el Hospital San Juan Bautista de Huaral durante el año 2021 eran nulíparas en el 24,09% de los casos, primíparas en el 36,36%, multíparas en el 36,36% y gran multíparas en el 3,18% de los casos.

6.2. Recomendaciones

I. Debido a la alta tasa de cesárea hallada en la presente investigación, se recomienda efectuar planes obstétricos de concientización, de mejoramiento de controles prenatales y auditorías internas, a fin de objetivar la fehaciente necesidad de esta intervención quirúrgica, así como de informar las ventajas y desventajas del parto por cesárea y de la captación precoz de problemas médicos que condicionen a la realización de la misma.

II. Los resultados hallados deben tomarse en cuenta para el mejoramiento de la salud materna dentro de la realidad estudiada.

III. Los datos hallados deberían ser utilizados para desarrollar lineamientos públicos sanitaros de la atención de la salud materna.

IV. Se sugiere realizar estudios longitudinales y de mayor complejidad que observen las posibles variaciones en las tasas de cesáreas para años posteriores y su relación a factores condicionantes.

V. Se recomienda mejorar los aspectos de planificación familiar entre las mujeres en general, a fin de restringir la población de mayor riesgo.

CAPÍTULO VII

FUENTES DE INFOMACIÒN

7.1. Referencias bibliográficas

Cadillo, G. (2019). *Características epidemiológicas e indicaciones del parto por cesárea de mayor frecuencia en el Hospital Barranca Cajatambo 2016 – 2017*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

Chávez, X. (2019). Clasificación de las cesáreas según el modelo de Robson en el Hospital Regional de Huacho – 2018. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

Fiestas, J. (2016). *Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Médico Naval CMSTen el periodo julio 2014 – julio 2015.* (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma

Gonzáles, M. (2016). *Indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2014*. (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma.

Morales, J. (2017). *Características de las cesáreas en el hospital vitarte en el año 2015.* (Tesis de pregrado). Universidad San Juan Bautista.

Navarro, C. M. (2020). *Frecuencia e indicaciones de las cesáreas programadas y de emergencias en el hospital Nacional Hipólito Unanue 2019*. (Tesis de pregrado). Universidad San Juan Bautista.

Pastor, E. (2022). *Caracterización epidemiológica y clínica de las pacientes con operación cesárea atendidas en el Hospital Las Mercedes Chiclayo, 2019*. (Tesis de pregrado). Universidad Particular de Chiclayo.

Quesquén, N. y Rodríguez, D. (2021). *Características epidemiológicas del parto por cesárea en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. 2018*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Regalado, G. y Trujillo, D. (2017). *Factores asociados a la realización de cesárea en el*

Hospital Regional de Huacho Huaura Oyón 2016. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo.

Sandoval, R. (2019). *Tasa de Incidencia de cesárea y aplicación el modelo de Robson en el Hospital de la Amistad Perú – Corea Santa Rosa II - , Piura, en el periodo enero – junio 2018*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Piura.

Strom, S. (2013). *Rates, Trends, and Determinants of Cesarean Section Deliveries in El Salvador: 1998 to 2008*. (Tesis de posgrado). Universidad de Washington.

7.2. Referencias hemerográficas

Barrena, M., Quispesaravia, P., Flores, M. y León, C.(2020). Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente deLima, Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet, 66*(2), 1-6. doi:10.31403/rpgo. v66i2246

Berg, C. J., Chang, J., Callaghan, W. M., & Whitehead, S. J. (2003). Pregnancy-relatedmortality in the United States, 1991-1997. *Obstet Gynecol, 101*(2), 289-296. doi:10.1016/s0029-7844(02)02587-5

Betran, A. P., Torloni, M. R., Gülmezoglu, A. M., Aleem, H. A., Althabe, F., Bergholt, T., . .. Debonnet, S. (2016). WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG, 123*(5),667-670. doi:10.1111/1471-0528.13526

Bobadilla Ubillús, L. E., & León Jiménez, F. (2017). En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo. *Rev Peru Ginecol Obstet, 63*(4), 659-660.

Câmara, R., Burlá, M., Ferrari, J., Lima, L., Junior, J. A., Braga, A., & Filho, J. R. (2016). Cesarean section by maternal request. *Rev Col Bras Cir*, 301-310. doi:10.1590/0100-69912016004002

CORONIS, C. G., Abalos, E., Addo, V., Brocklehurst, P., Sheikh, M. E., Farrell, B., . . . Spark, P. (2013). Caesarean section surgical techniques (CORONIS): a fractional, factorial, unmasked, randomised controlled trial. *Lancet, 382*, 234-248.

doi:10.1016/S0140-6736(13)60441-989

Elío, D. (2021). Medina y filosofía. Rev. Méd. La Paz. 27 (1)

FIGO Working Group On Challenges In Care Of Mothers And Infants During Labour AndDelivery, F. (2016). Best practice advice on the 10-Group Classification System forcesarean deliveries. *Int J Gynaecol Obstet, 135*(2), 232-233. doi:10.1016/j.ijgo.2016.08.001

Florio, P., Filippeschi, M., Moncini, I., Marra, E., Franchini, M., & Gubbini, G. (2012). Hysteroscopic treatment of the cesarean-induced isthmocele in restoring infertility.*Curr Opin Obstet Gynecol, 24*(3), 180-186. doi:10.1097/GCO.0b013e3283521202

Gedefaw, G., Demis, A., Alemnew, B., Wondmieneh, A., Getie, A., & Waltengs, F. (2020). Prevalence, indications, and outcomes of caesarean section deliveries in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Patient Saf Surg, 14*(11), 1-10. doi:10.1186/s13037-020-00236-8

Hardy, I., y Rousseau, S. (2019). Captive uterus syndrome: An unrecognized complication ofcesarean sections? *Med Hypotheses, 122*, 98-102. doi:10.1016/j.mehy.2018.10.010

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología dela investigación.* México: McGrawn Hill.

Huayanay, M. et al. (2022). Manejo del dolor postoperatorio de cesárea: estudio observacional en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2021. *Rev Peru Investig Perinata*. 11 (3): 21 – 26.

Hernández, A., Chacón, H. y Bendezu, G. (2020). Differences inthe prevalence of cesarean section and associated factors in private and public healthcare systems in Peru. *Sex Reprod Healthc, 26*(100570), 1-8. doi:10.1016/j.srhc.2020.100570

Kant, A., & Mendiratta, S. (2018). Classification of cesarean section through Robson

criteria:an emerging concept to audit the increasing cesarean section rate. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol, 7*(11), 4674-4677. doi:10.18203/2320 1770.ijrcog20184528

Keag, O. E., Norman, J. E., & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associatedwith cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med, 15*(1), e1002494. doi:10.1371/journal.pmed.1002494

Landon, M. B. (2010). Predicting uterine rupture in women undergoing trial of labor afterprior cesarean delivery. *Semin Perinatol, 34*(4), 267-271. doi:10.1053/j.semperi.2010.03.005

Lavender, T., Hofmeyr, G. J., Neilson, J. P., Kingdon, C., & Gyte, G. M. (2012). Caesareansection for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev, 2012*(3), CD004660. doi:10.1002/14651858.CD004660.pub3

Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Gülmezoglu, A. M., Souza, J. P., Taneepanichskul, S., Ruyan, P., . . . Hoang, T. B. (2010). Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet, 375*(9713), 490-499. doi:10.1016/S0140-6736(09)61870-5

Lyell, D. (2011). Adhesions and perioperative complications of repeat cesarean delivery. *AmJ Obstet Gynecol, 205*(Suppl 6), s11-s18. doi:10.1016/j.ajog.2011.09.029

Lyell, D. J., Power, M., Murtough, K., Ness, A., Anderson, B., Erickson, K., & Schulkin, J. (2016). Surgical Techniques at Cesarean Delivery: A U.S. Survey. *Surg J (N Y), 2*(4), e119-e125. doi:10.1055/s-0036-1594247

Marshall, N. E., Fu, R., & Guise, J. M. (2011). Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol, 205*(3), e1-e8. doi:10.1016/j.ajog.2011.06.035

Martin, J. A., Hamilton, B. E., & Osterman, M. J. (2017). Births in the United States, 2016. *NCHS Data Brief, 287*, 1-8. Obtenido de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29155684/

Mylonas, I., & Friese, K. (2015). Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Dtsch Arztebl Int, 112*(29), 489-495. doi:10.3238/arztebl.2015.0489

Mora, A. (2008). Filosofía y ciencia. Rev. Filosofía Univ. Costa Rica. 46(119), 69-74.

National Center for Health Statistics, N. (15 de Julio de 2022). *First data released on maternal mortality in over a decade*. Obtenido de https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/nchs_press_releases/2020/202001_MMR.htm

Neggers, Y. H. (2016). Trends in maternal mortality in the United States. *Reprod Toxicol, 64*,72 76. doi:10.1016/j.reprotox.2016.04.001

Netto, R., et al. (2020). Incidencia y características de los partos por cesárea en un Hospital Público de Paraguay. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal.* 5 (2), 4 – 9.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 1 – 8.

Peña, A. Medicina y filosofía: abordaje filosófico de algunos problemas de la medicina actual. *An. Fac. med.* 65 (1).

Petousis, S., Marguioula, C. y Masoura, S. (2012). Epidemiological characterictics and trends od caesarean delivery in a University Hospital in Northern Greece.Pubmed. 30 (4): 250 – 254.

Quezada, H., Cajachagua N., Guzman W., Tarazona, C.,Carrillo, R. y Huicho, L. (2022). Flat trend of high caesarean section rates in Peru: A pooled analysis of 3,376,062 births from the national birth registry, 2012 to2020. *Lancet, 12*(100293), 1-10. doi:10.1016/j.lana.2022.100293

Rafiei, M., Saei Ghare, M., Akbari, M., Kiani, F., Sayehmiri, F., Sayehmiri, K., &

Vafaee, R.(2018). Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod Biomed, 16*(4), 221-234. Obtenidode https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6004597/

Rayburn, F. y Strunk, A. L. (2013). Profiles about practice settings of American College of Obstetricians and Gynecologists fellows. *Filters applied: Review, 10 years. Clear all, 122*(6), 1295-1298. doi:10.1097/AOG.0000000000000011

Robson, M. (2001). Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Rev, 12*(1), 23-39.

Robson, S. (2001). Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 15*(1), 179-194. doi:10.1053/beog.2000.0156

Robson, S. (2015). The Ten Group Classification System (TGCS) - a common starting point for more detailed analysis. *BJOG, 122*(5), 701. doi:10.1111/1471-0528.13267

Rudey, E., Carmo Leal, M. y Rego, G. (2020). Cesarean section rates in Brazil. *Medicine (Baltimore), 99*(17), e19880. doi:10.1097/MD.0000000000019880

Schnapp, C., Sepúlveda, E. y Robert, J. (2014). Operación Cesárea. *Rev. Med. Clin. Condes.* 25 (6), 987 – 992.

Sholapurkar, L. (2018). Etiology of Cesarean Uterine Scar Defect (Niche): Detailed Critical Analysis of Hypotheses and Prevention Strategies and Peritoneal Closure Debate. *J Clin Med Res, 10*(3), 166-173. doi:10.14740/jocmr3271w

Silver, R. M. (2010). Delivery after previous cesarean: long-term maternal outcomes. *SeminPerinatol, 34*(4), 258-266. doi:10.1053/j.semperi.2010.03.006.

Silver, R. M., Landon, M. B., Rouse, D. J., Leveno, K. J., Spong, C. Y., Thom, E. A., . . .Peaceman, A. M. (2006). Maternal morbidity associated with multiple repeat cesareandeliveries. *Obstet Gynecol, 107*(6), 1226-1232. doi:10.1097/01.AOG.0000219750.79480.84

Sotiriadis, A., Makrydimas, G., Papatheodorou, S., Ioannidis, J. P., & McGoldrick, E. (2018).Corticosteroids for preventing neonatal respiratory morbidity after elective caesarean section at term. *Cochrane Database Syst Rev, 8*(8), CD006614. doi:10.1002/14651858.CD006614.pub3

Sun, K. W., & Pan, P. H. (2019). Persistent pain after cesarean delivery. *Int J Obstet Anesth,40,* 78-90. doi:10.1016/j.ijoa.2019.06.003

Tanos, V., & Toney, Z. A. (2019). Uterine scar rupture - Prediction, prevention, diagnosis,and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 59,* 115-131. doi:10.1016/j.bpobgyn.2019.01.009

Tejada, S. (2015). Bases filosóficas del cuidado en obstetricia. In Cresendo. Ciencias de la Salud. 2 (2), 584 – 591.

Boerma, T,. et al. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet.* 392 (ISSUE 10155): 1341 – 1348.

Torloni, M. R., Betran, A. P., Souza, J. P., Widmer, M., Allen, T., Gulmezoglu, M., & Merialdi, M. (2011). Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review. *PLoS One, 6*(1), e1566.

Vervoort, A., Vissers, J., Hehenkamp, W., Brölmann, H., & Huirne, J. (2018). The effect oflaparoscopic resection of large niches in the uterine caesarean scar on symptoms, ultrasound findings and quality of life: a prospective cohort study. *BJOG, 125*(3), 317-325. doi:10.1111/1471-0528.14822

Yamamoto, M., Latorre, R., Rojas, J., Wlker, B., Jordán, F., Carrillo, J., . . . Insunza, A. (2019). Cesarean rates in a Chilean public hospital and the use of a new prioritizationcriteria: The relevance index. *J Obstet Gynaecol Res, 45*(3), 578-584. doi:10.1111/jog.13879

Yasseen, A. S., Bassil, K., Sprague, A., Urquía, M., & Maguire, J. L. (2019). Late

preterm birth and previous cesarean section: a population-based cohort study. *J Matern FetalNeonatal Med, 32*(14), 2400-2407. doi:10.1080/14767058.2018.1438397

Yoshioka Maeda, K., Ota, K., Ganchimeg, T., Kuroda, M., & Mori, R. (2016). Caesarean section by maternal age group among singleton deliveries and primiparous Japanesewomen: a secondary analysis of the WHO Global Survey on Maternal and PerinatalHealth. *BMC Pregnancy and Childbirth, 39*, 1-6.

Zhang, P., Sun, Y., Zhang, C., Yang, Y., Zhang, L., Wang, N., & Xu, H. (2019). Cesareanscar endometriosis: presentation of 198 cases and literature review. *BMC WomensHealth, 19*(1), 14. doi:10.1186/s12905-019-0711-8

7.3. Referencias electrónicas

Eustat. (2022). Nivel de instrucción. Recuperado el 29 de octubre del 2022 de https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_136/elem_2376/definicion.html

FASGO. (2021). XXXV Congreso Argentino de Ginecología y Obstetricia - I Congreso Virtual. Recuperado el 31 de enero del 2023 de http://www.fasgo.org.ar/index.php/programa-cientifico-21/programa-preliminar/124-revista-fasgo/n-11-2021/2484-aplicacion-del-modelo-de-clasificacion-de-robson-en-la-practica-de-la-operacion-cesarea#:~:text=Variables%20epidemiol%C3%B3gicas%3A%20Edad%3A%20n%C3%BAmero%20de%20a%C3%B1os%20cumplidos%20al,la%20ces%C3%A1rea%3A%20sin%20escolaridad%2Fprimario%20completo%2Fprimario%20incompleto%2Fsecundario%20completo%2Fsecundario%20incompleto.

Hospital Huaral San Juan Bautista. (2022). Estadìstica: Indicadores Hospitalarios. Recuperado el 28 de octubre del 2022 de https://www.hospitalhuaral.gob.pe/wp-content/uploads/2022/08/Indicadores-Hospitalarios-2022-Hosp.-Huaral-I-Semestre.pdf

LJA. MX. (2020). La filosofía y la medicina/ el peso de las razones. Recuperado el 29 de

setiembre del 2022 de https://www.lja.mx/2020/04/la-filosofia-y-la-medicina-el-peso-de-las-razones/

Manual MSD. (2020). Dolor pelviano al principio del embarazo. Recuperado el 29 de octubre del 2022 de https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/s%C3%ADntomas-durante-el-embarazo/dolor-pelviano-al-principio-del-embarazo

OPS, OMS, & BIREME. (2022). *Descriptores en Ciencias de Salud*. Obtenido de https://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm

OPS. (2020). La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria. Recuperado el 30 de enero del 2023 de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Real Academia Española. (2022). Estado civil. Recuperado el 29 de octubre del 2022 de https://dpej.rae.es/lema/estado-civil

Real Academia Española. (2021). Etario, ria. Recuperado el 29 de octubre del 2022 de https://dle.rae.es/etario

Real Academia Española. (2021). Procedencia. Recuperado el 29 de octubre del 2022 de https://dle.rae.es/procedencia

Statista. (2022). Número de partos por cesárea registrados por cada 1000 nacidos vivos en países de la OCDE en 2019. Recuperado el 30 de enero del 2023 de https://es.statista.com/estadisticas/636202/tasa-de-partos-por-cesarea-en-paises-seleccionados/

Statista. (2021). Tasa de partos por cesárea en los Estados Unidos entre 1996 y 2018, según la edad de la madre. Recuperado el 28 de octubre del 2022 de

https://es.statista.com/estadisticas/634292/tasa-de-cesareas-por-edad-de-la-madre-en-ee-uu-1996/

ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de consistencia

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS DEL PARTO POR CESÁREA EN EL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL, 2021

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Problema general - ¿Cuáles son las características epidemiológicas del parto por cesárea en el Hospital San JuanBautista, Huaral, 2021? **Problemas específicos** - ¿Cuál es la tasa de cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021? - ¿Cuál son las indicaciones más frecuentes del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral 2021? - ¿Cuáles son las indicaciones maternas del parto por cesárea en el Hospital San JuanBautista, Huaral, 2021? - ¿Cuáles son las indicaciones ovulares del parto por cesárea en el Hospital San JuanBautista, Huaral, 2021? -¿Cuáles son las indicaciones fetales del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista,Huaral, 2021? - ¿Cuál es el grupo etario de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital SanJuan Bautista, Huaral, 2021? - ¿Cuál es el grado de instrucción de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en elHospital San Juan Bautista, Huaral, 2021? - ¿Cuál es el lugar procedencia de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital SanJuan Bautista, Huaral, 2021? - ¿Cuál es el estado civil de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021? - ¿Cuál es la paridad de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San JuanBautista, Huaral, 2021?	**Objetivo general** - Determinar las características epidemiológicas del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021. **Objetivos específicos** - Determinar la tasa de cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021. - Determinar las indicaciones más frecuentes del parto por cesárea de mayor frecuencia en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021. - Determinar las indicaciones maternas del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021. - Determinar las indicaciones ovulares del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021. - Determinar las indicaciones fetales del parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021. - Determinar el grupo etario de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021. - Determinar el grado de instrucción de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021. - Determinar el lugar de procedencia de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021. - Determinar el estado civil de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021. - Determinar la paridad de las pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2021.	- Tasa de cesárea - Indicaciones más frecuentes - Indicaciones maternas - Indicaciones ovulares - Indicaciones fetales - Grupo etario - Grado de instrucción - Lugar de procedencia - Estado civil - Paridad	**Tipo de estudio** Estudio Observacional, Retrospectivo, Transversal, Descriptivo **Población** Constituida por las gestantes atendidas en elHospital San Juan Bautista, que cumplanlos criterios de inclusión y exclusión. **Muestra** Muestreo estadístico probabilístico **Técnica para el procesamiento de la información** Medidas de dispersión y tendencia central. Frecuencias en porcentaje y valores absolutos. Los cuadros y gráficos serán realizadosen el Programa Estadístico Microsoft Excel ® 2021.

ANEXO 2. Ficha de recolección de datos

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PARTO POR CESAREA HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA, HUARAL 2021 (Ficha de recolección de datos)	
N° HCl.	
Indicación materna	1) Cesárea anterior ( ) 2) Desproporción cefalopélvica ( ) 3) Trastornos hipertensivos ( ) 4) VIH positive ( ) 5) Patología maternal ( ) 6) Inducción fallida ( ) 7) Condilomatosis ( ) 8) Miomatosis uterine ( ) 9) Otros ( )
Indicación ovular	1) Insuf. úteroplacentaria ( ) 2) DPPNI ( ) 3) Corioamnionitis ( ) 4) Distocia funicular ( ) 5) Placenta previa ( ) 6) Oligohidramnios ( ) 7) Procúbito de cordon ( ) 8) Polihidramnios ( ) 9) Acretismo placentario ( ) 10) Otros ( )
Indicación fetal	1) Distocia de presentación ( ) 2) Distrés fetal ( ) 3) Embarazo multiple ( ) 4) Prematuridad ( ) 5) Restricción del crecimiento fetal ( ) 6) Malformaciones fetales ( ) 7) Macrosomía ( )
Grupo etario	Edad:…… 1) < 20 años ( ) 2) 20 – 35 años ( ) 3) ≥ 35 años ( )
Grado de instrucción	1)Ninguno ( ) 2) Primaria ( ) 3) Secundaria ( ) 4) Superior ( )
Lugar de procedencia	( ) ……..
Estado civil	1) Soltera ( ) 2) Casada ( ) 3) Conviviente ( ) 4) Viuda ( )
Paridad	1)Nulípara( ) 2) Primípara ( ) 3) Multípara ( ) 4) Gran Multípara ( )

ANEXO 3. Constancia de acceso a información

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL HUARAL Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades Para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

CONSTANCIA

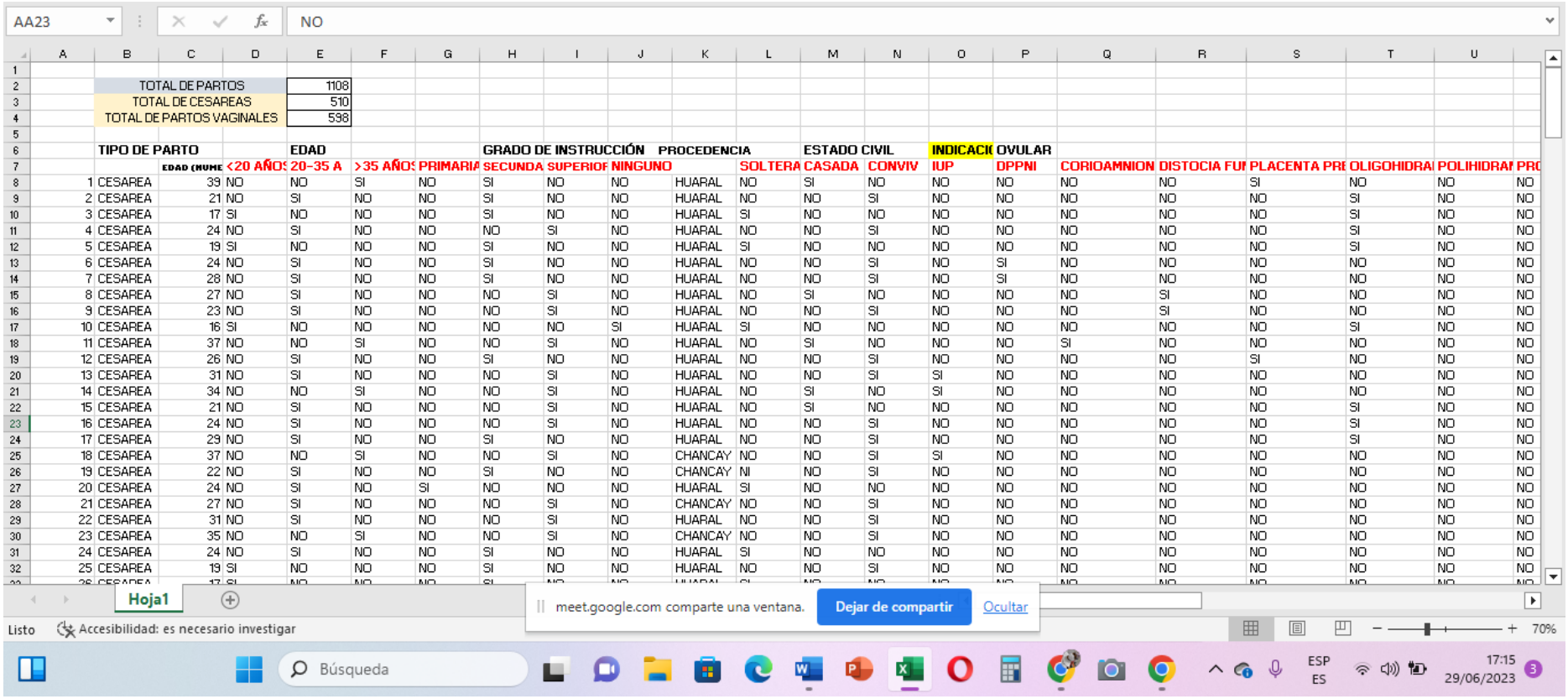
El que suscribe, Jefe de la Unidad de Registros Médicos Estadística e Informática del Hospital San Juan Bautista- Huaral hace constar que:

Se proporciono información Estadística de **Partos por Cesárea del Año 2021** al **TESISTA: ROSA BEATRIZ UTCAÑE BRICEÑO** con **DNI N.° 45179459**, para el trabajo de Investigación denominado **"CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DEL PARTO POR CESAREA, HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA -2021"**, los cuales fueron obtenidos de la Base de Datos de Egresos Hospitalarios, sistema utilizado para el registro de la Información solicitada.

Atentamente.

WWW.HOSPITALHUARAL.GOB.PE
Calle Tacna 128 Urb. San Juan II – Huaral
Central Telefónica: 2462698/2455321/2454580 Anexo 111 Telefax: 2481038
E-mail: hhuaral@hospitalhuaral.gob.pe

ANEXO 4. Segmento de la base de datos en el programa estadístico Microsoft Excel 2021



		TOTAL DE PARTOS		1108																		
		TOTAL DE CESAREAS		510																		
		TOTAL DE PARTOS VAGINALES		598																		
		TIPO DE PARTO		EDAD			GRADO DE INSTRUCCIÓN			PROCEDENCIA		ESTADO CIVIL			INDICACI	OVULAR						
		EDAD (NUME	<20 AÑOS	20-35 A	>35 AÑOS	PRIMARIA	SECUNDA	SUPERIOR	NINGUNO		SOLTERA	CASADA	CONVIV	IUP	DPPNI	CORIOAMNION	DISTOCIA FU	PLACENTA PRE	OLIGOHIDRA	POLIHIDRAI	PRO
1	CESAREA	39	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	HUARAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
2	CESAREA	21	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	HUARAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
3	CESAREA	17	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	HUARAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
4	CESAREA	24	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	HUARAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
5	CESAREA	19	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	HUARAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
6	CESAREA	24	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	HUARAL	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7	CESAREA	28	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	HUARAL	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
8	CESAREA	27	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	HUARAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
9	CESAREA	23	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	HUARAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
10	CESAREA	16	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	HUARAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
11	CESAREA	37	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	HUARAL	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
12	CESAREA	26	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	HUARAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
13	CESAREA	31	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	HUARAL	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14	CESAREA	34	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	HUARAL	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15	CESAREA	21	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	HUARAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
16	CESAREA	24	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	HUARAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
17	CESAREA	29	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	HUARAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
18	CESAREA	37	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	CHANCAY	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
19	CESAREA	22	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	CHANCAY	NI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20	CESAREA	24	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	HUARAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21	CESAREA	27	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	CHANCAY	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
22	CESAREA	31	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	HUARAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23	CESAREA	35	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	CHANCAY	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
24	CESAREA	24	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	HUARAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
25	CESAREA	19	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	HUARAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO